

ISSN 2223-2931



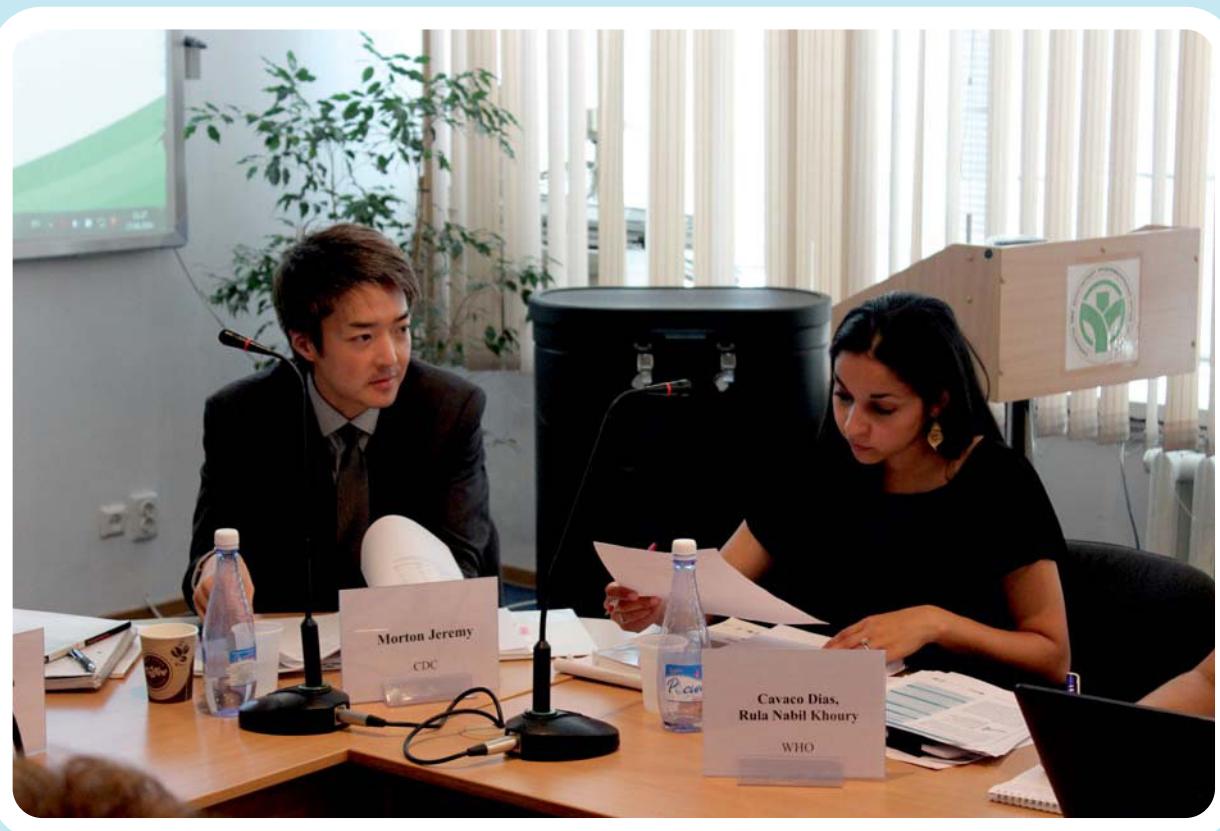
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫҢ ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ, АУРУДЫҢ АЛДЫҢ АЛУДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ НЫГАЙТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

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

№2

Алматы, 2014



Семинар-тренинг «Обсуждение результатов проведенного Глобального электронного опроса населения в Республике Казахстан. Подготовка Странового отчета GATS-Казахстан 2014». Организован ВОЗ/СДС и НЦПФЗОЖ МЗ РК, г. Алматы, 23-26 июля 2014 г.

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 2. 2014 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦПФЗОЖ.

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

Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

Д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

Ответственный редактор:

Профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Ешманов Е.У.

Технический секретарь:

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), Ахметов В.И.,
Алчинбаев М.К., Кульжанов М.К.

Научный совет:

Мукашева С.Б., Слажнева Т.И.,
Палтушева Т.П., Адаева А.А.,
Акимбаева А.А., Утембаева Н.Т.,
Сайдамарова Т.К., Длимбетова Д.О.

Редакционный совет:

Сулейменова Г.Р. (Алматы)
Тогайбаева Ж.Е. (Шымкент)
Шахабаев М.С. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Садвакасова А.К. (Костанай)
Кайдарова Д.К. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)
Сатыбалдиев Ж.Т. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Молдагалиев З.Н. (Уральск)
Иманбекова Г.М. (Тараз)
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)
Хамитов Т.Н. (Караганда)

МАЗМУНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТИЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТАРШЫЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Ж.Е. Баттақова, С.Б. Мұқашева, К.К. Медеубаева, Г.А. Кошаметова Республикалық аймақтардағы «Жастар денсаулық орталығының» қызметі туралы.....	8
Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Тоқмұрзиева, Т.С. Хайдарова Қазақстан Республикасындағы темекі шегу мен халықты темекі түтінінен қорғау бойынша тұтқалы көрсеткіштері.....	13
Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Тоқмұрзиева, А.А. Адаева Жасөспірімдер арасындағы салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелерінің заманауи көріністері (шолу).....	16
Н.Т. Өтембаева Қорқорды қолдану: таралымы мен денсаулыққа әсері.....	27
У.Д. Жарылқасова, А.К. Қаражанова, Г.Е. Махамбетова Сау болу үшін – дұрыс өмір сүр!.....	33

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ

А.А. Ақанов, М.А. Қамалиев, А.М. Әуезова Медицина қызметкерлерінің әлеуметтік қорғанысының жетілдіруі.....	40
А.Ф. Иманалин Батыс Қазақстан облысы халқының санитарлы-эпидемиологиялық саулығын қамтамасыздандырудың санитарлы-эпидемиологиялық орталықтарының аудандық филиалдарының ахуалы мен қызметтерін оңтайландыру.....	44
А.С. Әмірова, З.Т. Байсалбекова, А.М. Мешелева, У.М. Қазыбеков, Н.Б. Қененбаева Жоғарғы газохроматографиялық әдісті қолдану арқылы тағам өнімдеріндегі бензапиренді анықтау.....	55
С.Ж. Шайдарова Қарағанды қаласы №4 емханасы» КМК үлгісіндегі медициналық санитариялық алғашқы көмектің дамуы.....	57

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Тоқмұрзиева, Т.И. Слаҗнёва, Т.К. Сайдамарова Қазақстан халқының мақсатты қауымындағы әлеуметтік ауқымды ауруларды ерте анықтау ұлттық скринингтік бағдарламасын жүзеге асыру кезіндегі әдістемелік тәсілдер.....	63
И.А. Артющик Обыр – бүкіл ағзадағы жүйелік және жаппай энергиялық апат	69

АНАЛЫҚ ЖӘНЕ БАЛАЛЫҚТЫ ҚОРҒАУ

А. Әүкеев, А. Қәрімбаева, Ж. Қуандықова, А. Төлегенова, А. Оразалиева Әйелдердің босанудан кейінгі орта жастағы артериалды гипертензиясы.....	74
К.Е. Исмағамбетова Диареяны алдын алу кезіндегі емшекпен емізу рөлі.....	76
А.Р. Конусова, С.Д. Қойбақов, С.Д. Тауыбалдиева, Р.Д. Файзиева, Р. Қасымбекова Ортажастағы жүкті әйелдердің артериалды гипертензия ерекшеліктері.....	78
С.Т. Оспанова, М.А. Абдуллаева, Ж.А. Раманқулова, М.С. Жұмабаева, У.М. Досжанова, У.А. Төлегенова Босанудан кейінгі контрацепцияның өзекті сұрақтары.....	81

ІС-ТӘЖІРИБЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ

А.Ж. Жұсіпова, М.Е. Мұсаева, Б.М. Мерболат, Г.О. Мұнарбаева, А.А. Рысбекова	
Бүйрек алмастыру терапиясындағы таңдаулы әдіс.....	84
Е.Ю. Письменная, Н.А. Кәуметова, Б.С. Айтхожин, Н.А. Шафоренко Жұмсақ контактілі линзаларды қолдану ынтагерлігінен болған кейбір көз ауруларын емдеудегі стероидты емес қабынуға қарсы дәрілердің тиімділігі.....	91
А.А. Солтангазиев Алматы облысы аймақтары жағдайларындағы бас сүйек-ми зақымының клиникалық-эпидемиологиялық аспектілері мен медициналық-әлеуметтік салдары.....	96

СОДЕРЖАНИЕ

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

Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, К.К. Медеубаева, Г.А. Кошаметова О деятельности «Молодежных центров здоровья» в регионах республики.....	8
Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.С. Хайдарова Ключевые показатели по табакокурению и защите населения от табачного дыма в Республике Казахстан.....	13
Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, А.А. Адаева Современные аспекты проблем формирования здорового образа жизни подростков (обзор).....	16
Н.Т. Утембаева Употребление кальяна: распространенность и последствия на здоровье.....	27
У.Д. Джарылгасова, А.К. Каражанова, Г.Е. Махамбетова Чтобы здоровым быть – нужно правильно жить!.....	33

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

А.А. Аканов, М.А. Камалиев, А.М. Ауезова Совершенствование социальной защиты медицинских персоналов.....	40
А.Ф. Иманалин Состояние и оптимизация деятельности районных филиалов центра санитарно-эпидемиологической экспертизы в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения Западно-Казахстанской области.....	44
А.С. Амирова, З.Т. Байсалбекова, А.М. Мешелева, У.М. Казыбеков, Н.Б. Кененбаева Определение бензапирена в пищевых продуктах методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.....	55
С.Ж. Шайдарова Развитие первичной медико-санитарной помощи на примере КГП «Поликлиника № 4 г. Караганды»	57

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.И. Слажнёва, Т.К. Сайдамарова Методические подходы к реализации национальной скрининговой программы раннего выявления социально значимых заболеваний целевых групп населения Казахстана.....	63
И.А. Артющик Рак – тотальная и системная энергоавария во всём организме.....	69

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

А. Аукеев, А. Каримбаева, Ж. Куандыкова, А. Толегенова, А. Уразалиева Артериальная гипертензия у женщин среднего возраста в послеродовом периоде.....	74
К.Е. Исмагамбетова Роль грудного вскармливания в профилактике диареи.....	76
А.Р. Конусова, С.Д. Койбаков, С.Д. Таувалдиева, Р.Д. Файзиева, Р. Касимбекова Особенности артериальной гипертензии у беременных женщин среднего возраста.....	78
С.Т. Оспанова, М.А. Абдуллаева, Ж.А. Раманкулова, М.С. Жумабаева, У.М. Досжанова, У.А. Тулегенова Актуальные вопросы послеродовой контрацепции.....	81

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

А.Ж. Жусипова, М.Е. Мусаева, Б.М. Мерболат, Г.О. Мунарбаева, А.А. Рысбекова

Выборочный метод в терапии при трансплантации почек 84

Е.Ю. Письменная, Н.А. Кауметова, Б.С. Айтхожин, Н.А. Шафоренко

Эффективность нестероидных противовоспалительных средств в лечении

некоторых заболеваний глаз, инициированных ношением мягких контактных линз..... 91

А.А. Солтангазиев Клинико-эпидемиологические аспекты и медико-социальные

последствия черепно-мозговой травмы в условиях регионов Алматинской области..... 96

CONTENTS

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

Zh.E. Battakova, S.B. Mukasheva, K.K. Medeubaeva, G.A. Koshametova The activities of «Youth health centers» in regions	8
Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.S. Khaidarova Key figures on smoking and protect the public from exposure to tobacco smoke in the Republic of Kazakhstan.....	13
Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, A.A. Adaeva Modern aspects of the problems of healthy lifestyle adolescents (review).....	16
N.T. Utembayeva Use of hookah: prevalence and health consequences.....	27
U.D. Dzharylgasova, A.K. Karazhanova, G.E. Makhambetova To be healthy - you have to live right!	33

PUBLIC HEALTH

A.A. Akanov, M.A. Kamaliev, A.M. Auezova Improving social protection of medical personnel.....	40
A.F. Imanalin Status and optimization of district branches of the center of sanitary-epidemiological expertise in ensuring sanitary and epidemiological welfare of the population of West Kazakhstan region	44
A.S. Amirova, Z.T. Baysalbekova, A.M. Mesheleva, U.M. Kazybekov, N.B. Kenenbaeva Definition benzopyrene in foods by high performance liquid chromatography	55
S.Zh. Shaydarova Development of primary health care as an example CSE «Clinic № 4 of Karaganda».....	57

NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION

Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.I. Slazhneva, T.K. Saidamarova Methodological approaches to the implementation of the national screening program for early detection of socially significant diseases of the target population of Kazakhstan	63
I.A. Artyuschik The cancer - and total system crash energy throughout the body.....	69

MATERNAL AND CHILD HEALTH

A. Aukeev, A. Karimbaeva, J. Kuandykova, A. Tolegenova, A. Urazalieva Arterial hypertension in middle-aged women in the postpartum period	74
K.E. Ismagambetova The role of breastfeeding in the prevention of diarrhea.....	76
A.R. Konusova, S.D. Koybakov, S.D. Tauvaldieva, R.D. Fayzieva, R. Kasimbekova Features of hypertension in pregnant women of middle age	78
S.T. Ospanova, M.A. Abdullayeva, Zh.A. Ramankulova, M.S. Zhumabaeva, U.M. Doszhanova, U.A. Tulegenova Actual questions of postpartum contraception.....	81

PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

A.Zh. Zhusipova, M.E. Musaeva, B.M. Merbolat, G.O. Munarbaeva, A.A. Rysbekova Selective method in therapy for kidney transplantation.....	84
--	----

E.U. Pismennaya, N.A. Kaumetova, B.S. Aitkhozhin, N.A. Shaforenko Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory agents in the treatment of certain eye diseases initiated wearing soft contact lenses	91
A.A. Soltangaziev Clinical and epidemiological aspects of health and social consequences of traumatic brain injury in terms of regions of Almaty region.....	96

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

УДК 619.39 – 053.7(574)

Ж.Е. БАТТАКОВА¹, С.Б. МУКАШЕВА², К.К. МЕДЕУБАЕВА, Г.А. КОШАМЕТОВА

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

¹д.м.н., профессор, ²к.м.н.

**О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ»
В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ**

Аннотация

В статье дана информация о деятельности Молодежных центров здоровья.

Ключевые слова: молодежные центры здоровья, медико–психосоциальные услуги, медико – санитарная помощь.

По определению ВОЗ, подростковый возраст является периодом роста и развития человека, который следует после детства и длится до достижения зрелого возраста. Это один из критических переходных периодов жизненного цикла, для которого характерны бурные темпы роста, изменений и огромного потенциала, но, при этом, и время значительных рисков, когда мощное влияние оказывает социальный контекст.

Биологические детерминанты подросткового возраста носят, как правило, всеобщий характер, однако предположительность и характерные особенности этого периода могут варьироваться в зависимости от времени, культуры и социально – экономических ситуаций. За последнее столетие этот период претерпел многочисленные изменения, которые касаются более раннего вступления в брак, урбанизации, глобальной коммуникации и изменения сексуальных отношений и форм поведения [1].

Подростковый возраст – это период подготовки к зрелости, для которого характерен ряд ключевых аспектов развития. Помимо физического и полового развития эти аспекты включают продвижение к социальной и экономической самостоятельности, а также развитие личности, приобретение навыков,

необходимых для установления отношений и выполнения в зрелом возрасте, и формирование способности к абстрактному мышлению. По данным ВОЗ:

- Ежегодно умирает более 2,6 миллиона молодых людей в возрасте от 10 до 24 лет, в основном, от предотвратимых причин.
- Ежегодно рожает около 16 миллионов девушек в возрасте от 15 до 19 лет.
- В 2009 г. на молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет приходилось 40% всех новых случаев ВИЧ – инфекции среди взрослых людей.
- В любой отдельно взятой год около 20% подростков испытывают какую-либо проблему в области психического здоровья, наиболее часто депрессию или тревогу.
- По оценкам, 150 миллионов молодых людей употребляют табак.
- Примерно 430 молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет ежегодно умирают в результате межличностного насилия.
- По оценкам, 700 молодых людей ежедневно умирают от дорожно – транспортных травм[1].

За последнее десятилетие, как во всем мире, так и в нашей стране, резко изменилось сексуальное поведение молодых людей, порождающее комплекс проблем:

- нежелательная беременность;
- инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), включая СПИД;
- сексуальное насилие;
- психологические расстройства [2].

К настоящему моменту в стране учитывая наилучшую международную практику в с 2006 года созданы Молодежные центры здоровья (далее – МЦЗ), которые оказывают комплексные медико–психосоциальные услуги подросткам и молодежи [2].

В рамках реализации государственной Программы развития здравоохранения «Саламаты Казахстан» на 2011 – 2015 годы,

оказана поддержка в развитии сети МЦЗ по всей стране. Так, в 2011 году в республике насчитывалось 48 МЦЗ, к декабрю 2012 года функционировало 56, к 31 декабрю 2013 года количество составило 76.

МЦЗ в регионах открываются, как на базе городских, районных организаций первичной медико – санитарной помощи, на базе областных, районных центров формирования здорового образа жизни, так и на базе Центров молодежи, подведомственных местной исполнительной власти, на базе университетов (приложение 1).

Таблица 1 - Количество МЦЗ в разрезе регионов

регион	кол-во МЦЗ	регион	кол-во МЦЗ
г. Астана	10	Актюбинская область	4
Карагандинская область	10	Западно – Казахстанская область	4
Восточно – Казахстанская область	8	Кызылординская область	3
Атырауская область	7	Алматинская область	2
г. Алматы	6	Костанайская область	2
Мангистауская область	6	Павлодарская область	2
Жамбылская область	5	Южно – Казахстанская область	2
Акмолинская область	4	Северо – Казахстанская область	1

Основными направлениями деятельности МЦЗ являются: медицинские, социальные, психологические и правовые услуги, а также проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска социально - значимых заболеваний, формирование навыков безопасного, ответственного поведения [1].

В МЦЗ согласно приказу МЗ РК от 7 апреля 2010 года № 238 «Об утверждении типовых штатных нормативов организаций

здравоохранения», прием ведут гинеколог, уролог, дерматовенеролог, психолог, социальный работник, юрист; функционирует компьютерный класс, тренажерный зал, телефон доверия, комната досуга по интересам молодежи. Все это создает предпосылки для обращения подростков и молодежи в МЦЗ на основе принципов Добровольности, Доступности, Доброжелательности, Доверия.

Специалисты МЦЗ используют следующие формы взаимодействия: индивидуаль-

ное консультирование, групповые интерактивные тренинги, развитие волонтерского движения по принципу «Равный Равному», трудовую реабилитацию.

Проанализировав деятельность МЦЗ выявлено, что общее количество лиц, обратив-

шихся к специалистам МЦЗ в период с 2011 года увеличилось в 1,2 раза, обращает на себя внимание преимущественно девушек, чем парней. Динамика обращений в МЦЗ с 2011 года представлена на рисунке 1.

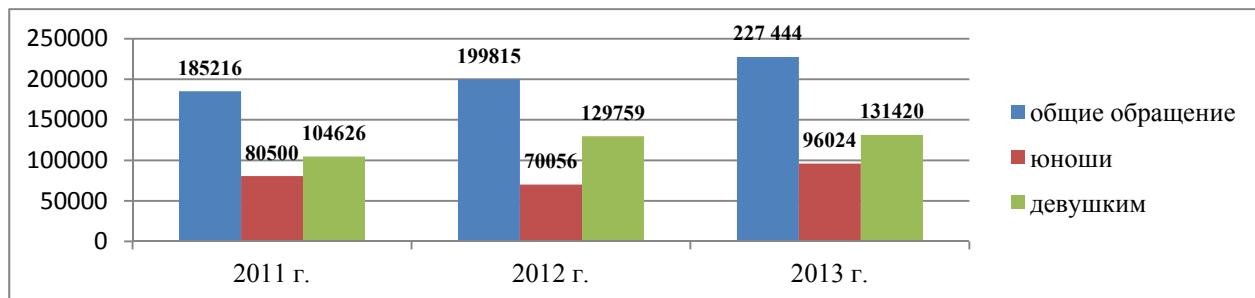


Рисунок 1 - Количество обращений в Молодежные центры здоровья

Из общего количества посещений, число посещений к узким специалистам, таким как: гинеколог, уролог, дерматовенеролог, психолог в 2013 году возросло в 1,2 раза по отношению к 2011 году. Основной повод для обращения составили: консультация, заболевание, прохождение профилактических ос-

мотров, социальные и правовые проблемы.

Анализ структуры посещений к специалистам демонстрирует в первую очередь большее количество обращений к психологу, на втором месте – гинекологу, и на третьем месте – урологу.

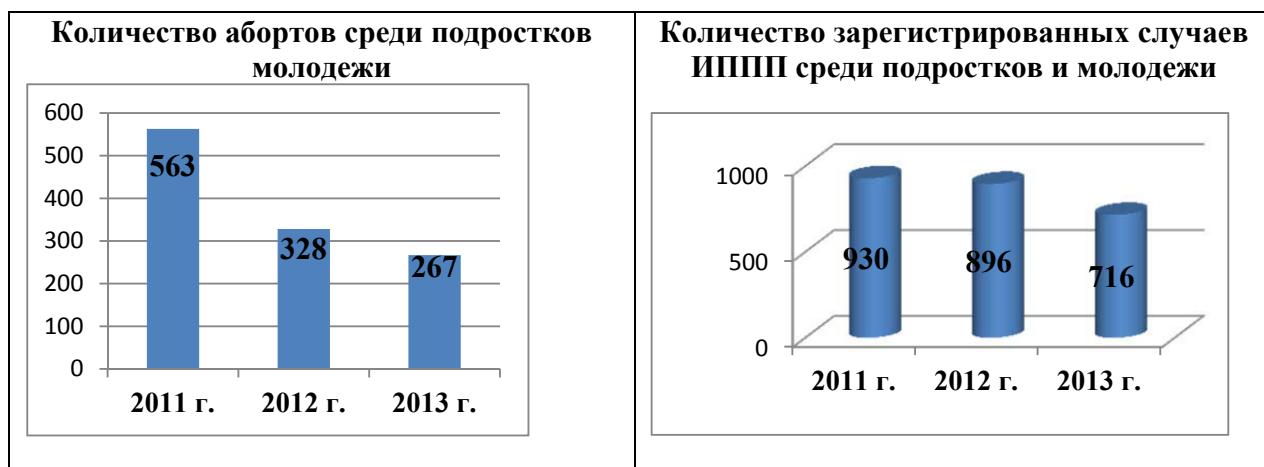


Рисунок 2 - Количество абортов и зарегистрированных случаев ИППП среди подростков молодежи

В период с 2011 года отмечается снижение количества абортов с 563 до 267 в 2013 году; зарегистрированных случаев ИППП среди

подростков и молодежи с 930 до 716.

Психологами МЦЗ проводятся индивидуальные и групповые консультации для

подростков и молодых лиц по возникшим проблемам; тренинги с целью – научить подростков и молодежь правильно действовать

в критических ситуациях, принимать ответственное решение, находить взаимопонимание с окружающими.

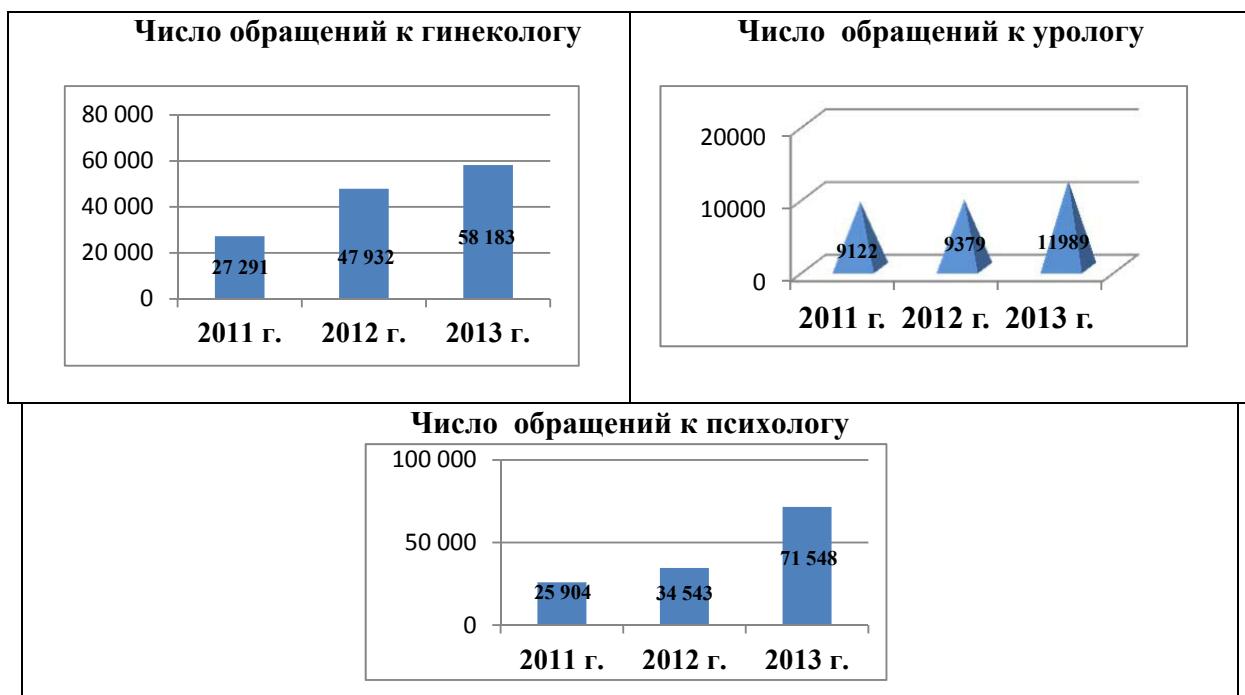


Рисунок 3 - Динамика обращений по годам к специалистам

Необходимо отметить и увеличение числа обращений за правовой помощью в период с 2011г. до 2013г. с 1 626 до 6 056 консультаций; потребность в решение социальных вопросов увеличилась в 2,3 раза составив в 2011 г. – 7 012 обращений, в 2012 г. – 11 879, в 2013 г. – 16 274.

Анализируя первичное и повторное обращение молодых людей в период с 2011 года отмечено, что первичное обращение возрос-

ло в 2,3 раза; повторное обращение – в 2,1 раза, что говорит о повышении уровня грамотности и информированности данной целевой группы, а также повышении доверия данным центрам (рисунок 4).

Источником информации о МЦЗ для подростков и молодежи на первом месте являются друзья, на втором месте – медицинские работники, на третьем месте – информационные материалы.

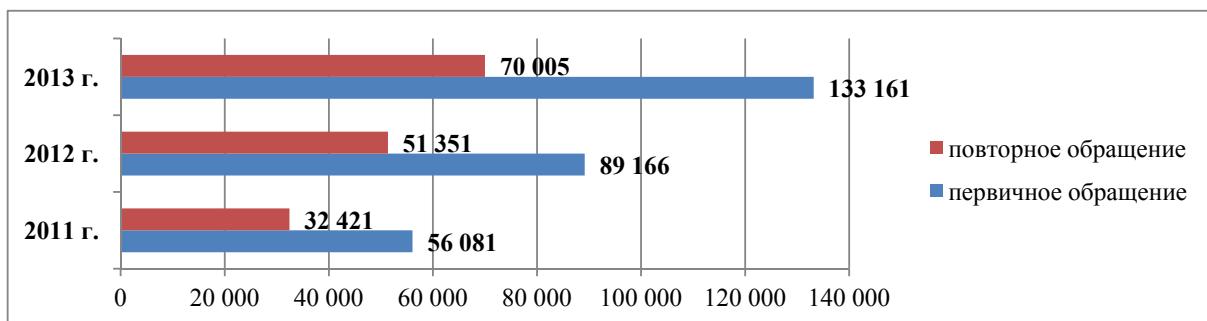


Рисунок 4 - Количество обращений

В целях усиления работы по сохранению и укреплению здоровья среди подрастающего молодого поколения и своевременного привития навыков формирования здорового образа жизни, Молодежными центрами здоровья увеличено количество организованных мероприятий в период с 2011 года в 5,2 раза. Так, в 2013 году проведено 37 147 мероприятий, таких как: тренинги, семинары, лекции, акции, дебаты, круглые столы по охране репродуктивного здоровья, по профилактике ИППП, по рациональному, питанию, повышению физической активности, отказу от употребления психоактивных веществ с распространением информационно–образовательных материалов, демонстрацией аудио- видеороликов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Документальный центр Всемирной организации здравоохранения, Информационный бюллетень, февраль 2014., - Тема номера – Здоровье подростков.

2. Организация молодежных центров здоровья в Казахстане (методические рекомендации), Алматы 2012.

ТҮЙИН

Бұл мақалада Республикасыдағы жастар денсаулық орталықтарының 2011-2013 жылдар аралығындағы жұмысы баяндалған.

Тірек сөздер: жастар денсаулық орталықтары, медик-психикалық-әлеуметтік қызметтер, медик – санитарлық көмек.

SUMMARY

This article contains information on the activities of the Youth health centres.

Key words: youth health centers, medical and psychosocial services, health – care.

УДК 614.1:613.84:351.761.2:303.425.6

Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Т.С. ХАЙДАРОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО ТАБАКОКУРЕНИЮ И ЗАЩИТЕ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аннотация

В данной статье представлены данные о ключевых показателях по распространенности и по борьбе с табакокурением. Выделены основные 6 разделов по анализу и разработке межсекторальных мер по данной проблеме. Необходимость такого подхода связана с тем, что при ранее проведенных широкомасштабных национальных исследованиях (всего проведено пять социологических опросов по стране) вопросы по табакокурению рассматривались, но в общем аспекте, в общей анкете, посвященной выявлению не только табакокурения, но других поведенческих факторов риска. Настоящее исследование проведено по новой методологии с использованием стандартной международной анкеты, где заложены вопросы только по табаку. Новые подходы и стандартная методология позволили получить достоверные данные.

Ключевые слова: табакокурение, борьба с табакокурением, снижение спроса на табачные изделия, социологический опрос.

Введение. Республика Казахстан присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака и взяла на себя обязательства по осуществлению межсекторальных мер для защиты населения от табачного дыма. Министерство здравоохранения РК и Национальный центр проблем по формированию здорового образа жизни являются организациями, которые осуществляют научное обоснование и разработку мер по борьбе с табаком в РК. Причинами распространения табакокурения являются не только наркотический характер никотиновой зависимости, но и реклама, маркетинг и лоббизм табачных компаний, стимулирующих табачную эпидемию в Казахстане и препятствующих принятию межсекторальных антитабачных мер. Одним из эффективных мер снижения курения является принятие Постановления Правительства РК от 22 ноября 2011 года №1366, в котором утверждены Правила размещения на пачке табачного изделия, сведений о составе, содержания вредных веществ и предупреждения о вреде курения в виде пиктограмм (шокирующих картинок) на си-

гаретных пачках. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 22 ноября 2011 года № 1367 утверждены Предупреждения о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий. Данные Постановления Правительства РК вступают в силу в 2013 году.

Актуальность исследования. Курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию заболеваний. Распространенность курения является причиной высокой заболеваемости и смертности населения от неинфекционных заболеваний. С курением связаны до 90% всех случаев рака легких, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы легких, 25% случаев ишемической болезни сердца. Ежегодно в РК умирает более 25 тысяч человек, из них по некоторым данным около 13% связаны с табакокурением.

В Казахстане выявление распространенности табакокурения до настоящего времени проводилось через Национальные социологические исследования с 1998 года по 2012 год, которые проводились Национальным

центром проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ). По результатам последнего исследования (5-е национальное, 2012 г) распространенность табакокурения среди респондентов составила по Республике Казахстан 26,5 %, среди мужчин (41,5%), среди женщин (11%). Распространенность курения среди городских респондентов 27,1%, доля курящих сельских опрошенных немного меньше чем городских, и составляет 25,7%.

В результате применения международных стандартов при выполнении НТП «Разработка концептуальных подходов к снижению потребления табака для формирования здорового образа жизни, профилактики нарушений репродуктивного здоровья мужчин и снижения предотвратимых причин смертности населения от рака легких» (2013-2015 гг.) (определение случайной выборки домохозяйств, случайной выборки физических лиц старше 15 лет) в настоящем научном исследовании были получены новые данные по табакокурению, которые ранее не были использованы. Новые данные связаны с определением новых критериев анализа и оценки табакокурения и межсекторальных мер по снижению спроса на табачные изделия. Например, если ранее мы изучали только распространность курения, без деления на нынешних и бывших курильщиков, то теперь в новом исследовании мы включили более 30 показателей в разрезе: нынешние и бывшие, ежедневные и периодические курильщики, что позволит провести более достоверный и детальный анализ по распространности курения среди взрослого населения. Также получены новые данные по мероприятиям, направленным на снижение спроса на табачные изделия и по повышение информированности населения о вреде табака (пиктограммы).

Цель исследования. Анализ распространности табакокурения, мнения и отношения населения к табакокурению, разработка

ключевых показателей по борьбе с табакокурением и показателей по борьбе с табакокурением и защите населения от табачного дыма.

Методы исследования. Использованы статистические, аналитические методы. Проведено социологическое исследование, анкетирование проводилось во всех 14 областях республики и городах Астана и Алматы по стандартной международной методике. В исследовании использовалась новые анкеты, где вопросы табакокурения представлены в новой редакции. Расширение вопросов анкеты было связано с изучением различных видов табака, распространенности курения только курительных и только не курительных видов табака в зависимости от некоторых демографических данных. Изучена подверженность пассивному курению, знания и отношение населения к предупреждениям о вреде курения на пачках сигарет, отношение к цветным картинкам (пиктограммы) на пачках сигарет, маркетинг табачных изделий, роль СМИ в рекламе табакокурения. Для проведения анализа и сравнения полученных данных с другими исследованиями определены выходные табличные данные и показатели по всем 6 разделам.

Задачи отчетного периода на 2 квартал 2014 года:

1. Анализ табакокурения, мнения и отношения населения к табаку, формирование ключевых показателей по борьбе с табакокурением и защите населения от табачного дыма.

2. Анализ показателей курения различных видов табака (курительный табак, бездымный табак) в зависимости от демографических показателей и статуса курения, полученных по результатам Глобального электронного опроса взрослого населения старше 15 лет.

Основные результаты исследования.

Определены 6 основных разделов и ключевые показатели по каждому разделу:

1. Употребление табака (11 показателей);
2. Прекращение употребления (7 показателей);
3. Пассивное курение (3 показателя);
4. Экономика (2 показателя);
5. Средства массовой информации (1);
6. Знания, отношения и восприятие, заинтересованность в снижении курения (4 показателя).

Разработаны ключевые показатели по борьбе с табакокурением на основе анализа данных опроса населения по табакокурению. На основе этих данных во втором квартале проведена статистическая обработка данных и анализ курения среди взрослого населения. Были разработаны **3 группы показателей для анализа табакокурения:**

- 1) демографические показатели - 12** показателей (по полу - 2, по возрастным группам - 4, по месту проживания -2, по уровню образования - 4);
- 2) по видам табака - 4** показателя (курение всех видов табачных изделий, курение только курительных видов табака (сигареты, сигары, сигариллы, самокрутки, кальян); курение бездымного табака (насвай), кальяна;
- 3) показатели статуса курения (21 показателя)**, все данные по различным видам табака анализировались по статусу курения: нынешние курильщики (ежедневные курильщики, периодические курильщики-2 показателя), не курящие 3 показателя (включают бывших ежедневных курильщиков, бывших периодических курильщиков, никогда не куривших); 3) показатели **по возрасту начала курения** в возрасте 20-34 года, **16 показателей.** По разделу пассивного курения – 4 показателя; По разделу Экономика -5 показателей. По разделу СМИ – 3 показателя; По разделу знания, отношение – 2 показателя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Поли-

тика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие, Алматы,-2010.

2. Battakova Zh.E, Tokmurziyeva G.Zh, Khaidarova T.S, Adayeva A.A, Akimbaeva A.A, PaltushevaT.P. Prevalence of Behavioral Risk Factors Among Adults of Kazakhstan // EurAsian Journal of BioMedicine, International Medical Association Japan. ISSN 1882-7632. Vol.7, No.1, P.1-6, 2014.

3. Потемкина Р.А. Разработка системы мониторирования поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний. // Ж. Профилактика и укрепление здоровья. – 2005. - №5. С. 45.

4. Joshu C.E., Boemer T.K., Brownson R.C., Ewing R. Personal, neighborhood and factors associated with obesity in the United States // J. Epidemiol Community Health. 2008. № 62 (3), P. 202-208.

5. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации, разработанный ВОЗ. WHO/NMH/CCS/01.01. ВОЗ,- 2001.

ТҮЙИН

Бұл зерттеу тек темекі бойынша сұрақтар енгізілген халықаралық стандартты қолданып жасалынған жаңа әдістемемен өткізілген. Жаңа тәсіл мен стандартты әдістеме ең анық мәліметтерді алуға көмектесті.

Тірек сөздер: темекі шегу, темекі шегумен күрес, темекі бұйымдарына сұраныстың төмендеуі, әлеуметтік сауалнама.

SUMMARY

This study was conducted on a new methodology using the standard international questionnaire, where questions are laid only on tobacco. New approaches and standard methodology allowed to obtain reliable data.

Key words: smoking, tobacco control, reduction of demand for tobacco products, sociological survey.

УДК 614.2:614.39:613.96:304.3

Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, А.А. АДАЕВА

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

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО
ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ
(ОБЗОР)**

Аннотация

В настоящей статье представлен обзор литературы по проблемам здоровья и формирования здорового образа жизни среди подростков.

Процесс формирования здоровья на этапе подросткового возраста имеет многокомпонентный биосоциальный характер, обусловленный влиянием большого числа факторов риска. Можно констатировать, что имеются достоверные и существенные риски ухудшения здоровья современных подростков, обусловленные их образом жизни, прежде всего распространностью вредных привычек. Этот фактор относится к управляемым. Проблема снижения распространенности вредных привычек среди подростков является неотложной, она заслуживает пристального внимания и требует объединения усилий врачей, педагогов, родителей, социологов, всего сообщества.

Ключевые слова: подростки, образ жизни, факторы риска, здоровье.

Здоровье подрастающего поколения является актуальной проблемой первоочередной важности, так как составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного, кадрового, оборонного потенциала страны, и, наряду с другими демографическими показателями, является важным индикатором социально-экономического развития. Стремительные темпы ухудшения их здоровья в последние десятилетия объясняются не только экономической ситуацией, нарастанием процессов социальной напряженности в обществе, экологической обстановкой и накопившимися проблемами в здравоохранении, но и прочно укоренившимся безответственным и пренебрежительным отношением к собственному здоровью [1-5].

Численность подросткового населения (15-17 лет) на начало 2013 года в Республике Казахстан составляла 727600 человек [6]. Сложившиеся в предшествующие годы тенденции ухудшения здоровья подростков

приняли устойчивый характер и в современных условиях характеризуются высокой распространенностью морффункциональных расстройств, хронических заболеваний, нарушений физического и психического развития. За последние 10 лет среди подростков частота функциональных нарушений возросла в 1,5 раза, хронических болезней - в 2 раза. Более 60% старшеклассников имеют хронические болезни, 20% из них имеют в анамнезе одновременно пять и более диагнозов хронических заболеваний и функциональных нарушений. Уменьшается удельный вес абсолютно здоровых школьников, среди учащихся их число не превышает 10-12% [4, 7-9].

В течение последних 5 лет отмечают рост общей заболеваемости детей в Республике Казахстан. Тенденция роста заболеваемости, отмечается практически по всем классам, за исключением инфекционной патологии [10-11].

Показатель общей заболеваемости под-

ростков Казахстана с 2005 по 2012 гг. увеличился с 111861,2 до 140537,2 на 100 000 соответствующего населения. Как и в прежние годы, показатель формируется за счет класса «Болезни органов дыхания» - 46677,4 на 100 000 подросткового населения. На втором месте – заболевания пищеварительной системы – 19315,6 на третьем – болезни глаза и его придатков – 11544,3. Возросла заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов, остаются на стабильно высоком уровне заболевания мочеполовой системы. Продолжается рост болезней нервной, эндокринной системы, расстройств питания, нарушений обмена веществ. Все выше перечисленное требует более детального анализа и создания системы мероприятий по снижению распространенности данных видов патологий. Значительно увеличилось число детей, которые состоят на диспансерном учете у психиатров в связи с патологическими изменениями вследствие употребления психоактивных веществ. Рост их за последние 5 лет составил 30 %. Заболеваемость психическими расстройствами у подростков городской местности выше, чем у взрослых почти в 2 раза. Около 5 тысяч подростков встали на учет впервые [12].

Ежегодно в Казахстане регистрируется порядка 12-13 тысяч случаев подростковой беременности, из них 8 тысяч заканчивается абортами, остальные случаи - родами [13]. Подростковый возраст, по критериям ВОЗ, охватывает период жизни от 10 до 19 лет, является критическим этапом в жизни человека и характеризуется психологическим, социальным становлением, полным завершением процесса развития организма. Отечественный критерий подросткового возраста - период от 15 до 17 лет.

Подростки являются сложной, взыскательной группой, характеризующейся формами поведения, которые носят исследовательский, но при этом часто рискованный характер. В этот период особенно остро

проявляются на поведенческом уровне различные негативные установки. Это связано с их психологическими особенностями. При определенных обстоятельствах, например в ситуации конфликта, подросток способен на большую импульсивность в поведении. Особенностям подросткового возраста посвящено довольно много исследований [14-16]. Поэтому актуальным представляется анализ поведенческих проявлений подростков, влияющих на здоровье, свидетельствующих о психологическом, соматическом неблагополучии.

В разные годы в нашей стране и за рубежом проводились многочисленные исследования здоровья различных групп населения. Однако, в основном, все они носили медицинский характер, а констатация фактов снижения уровня здоровья способствовала лишь привлечению огромных средств в производство различных лекарственных препаратов, и не позволяла разработать и, тем более, реализовать комплексные программы оздоровления населения. Медицина оказывается все более бессильной в решении проблем выраженного снижения уровня физического компонента здоровья и психофизического потенциала людей еще и потому, что, как многократно было показано исследователями разных стран, среди факторов, влияющих на здоровье, на долю недостатков и дефектов здравоохранения приходится лишь около 10-12%, влияние экологических факторов на здоровье оценивается примерно в 20-25% всех воздействий, 20% составляют биологические (наследственные) факторы, исходной точкой анализа состояния здоровья в настоящее время все чаще выступает образ жизни человека. (50-55%) [17-18].

Одним из центральных, но слабо разработанных вопросов связанных с исследованием мотивации сохранения здоровья, является изучение отношения к здоровью, т.е. то, как добиться, чтобы сохранение здоровья стало ведущей, органичной потребностью человека.

ка, на протяжении всей его жизни.

Существует комплекс показателей, которые характеризуют отношение индивида к своему здоровью: самооценка здоровья, медицинская информированность, место здоровья в системе жизненных ценностей, наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков), стрессогенные факторы, физическая активность [19].

У подростков не сформировано ценностное отношение к собственному здоровью, большинство из них имеет низкий уровень знаний по проблеме здоровьесбережения, не владеет элементарными умениями и навыками по сохранению собственного здоровья. Анализ официальных документов, теоретических источников по исследуемой проблеме показывает, что современный старшеклассник должен обладать знаниями о человеческом организме, быть компетентным в области сохранения своего здоровья, знать о влиянии физической культуры и здорового образа жизни на предупреждение и развитие заболеваний, владеть способами сохранения своего здоровья, выполнять комплексы упражнений снятия утомления и повышения работоспособности, осуществлять самоконтроль за состоянием своего здоровья, т. е обладать высоким уровнем культуры здоровья. Одним из путей достижения такого уровня является формирование готовности учащихся школ к здоровьесбережению [20-21].

Таким образом, следует отметить, что понятие здорового образа жизни пока не занимает ведущие места в иерархии потребностей современных подростков.

К примеру, физический имидж человека (хорошее физическое развитие, стройность и т. п.) среди других важнейших показателей отмечают 85% респондентов в США и лишь 33% подростков в России. У американских старшеклассников при ранжировании 17 жизненных ценностей здоровье заняло 1-е место, а у российских – 9-е [22].

Одной из причин того, что в иерархии жизненных ценностей у подростков здоровье и здоровый образ жизни занимают не первые места является отсутствие прочной сформированной мотивации на сохранение и укрепление здоровья. Подобные мотивы являются «знакоыми», т.е. когда человек осознает, называет необходимость выполнения определенной деятельности, но это не побуждает его к действиям. Это свидетельствует о том, что мотив еще не сформирован, имеющееся знание лишено побуждающей функции [23].

В задачах при подготовке подростка к здоровому образу жизни есть определенные трудности: имеющиеся программы, в области здоровья, чаще всего делают упор на знания. Практика же показывает, что обучение школьников здоровому образу жизни при отсутствии у них осознанного желания быть здоровым, является малоэффективным. То есть, наличие знаний, еще не значит наличие проявления убеждений в необходимости здорового образа жизни. Данный вопрос, сохранения и укрепления здоровья школьников, можно решить лишь при условии формирования соответствующей мотивации.

Исследуя причины, влияющие, по мнению школьников, на их ценностное отношение к здоровью, выяснилось, что для них очень важен пример родителей, родительский контроль и специальная информация (уроки, лекции, периодика). В подростковом возрасте, к выше перечисленным причинам, добавляется – поддержание собственного имиджа. Таким образом, родители (личный пример родителей, их контроль) и специальные занятия повышающие компетентность в вопросах здоровья, для школьников являются факторами, влияющими на благоприятное отношение к здоровью, а это можно считать сильным механизмом мотивации. А поддержание имиджа – специфическим механизмом мотивации, имеющим наибольшую эффективность в старшем школьном возрасте.

Вышесказанное позволяет наметить не-

обходимые шаги в построении профилактической работы, воспитании у подростков понимания личной ответственности за свое здоровье и формировании мотивации сохранения и укрепления здоровья:

- формирование правильного понятия феномена «здоровье». Данная категория должна основываться в широком определении понятия «здоровье»; как взаимозависимого единства физического, психического, социального, а так же личностного и нравственного компонентов здоровья;

- соответствия способов его сохранения и укрепления как неразрывного единства всех его компонентов: физического, психического, социального, в том числе личностного и нравственного;

- «перевод» знаемого мотива в действующий. Для этого нужно помочь подростку найти личностный смысл в необходимости сохранить здоровье и связать это с другими потребностями учащихся данного возраста (например, профессиональное самоопределение), это наделяет «знаемые» мотивы побуждающей функцией [2].

Специалистами выявлено, что у школьников нет сформированного понимания сущности здоровья как единства физических, психических и социальных компонентов личности. Понимание, «здоровья» только как физического компонента, свидетельствует о доминировании медицинской модели феномена здоровья.

Культура здорового образа жизни личности - это часть общей культуры человека, которая отражает его системное и динамическое состояние, обусловленное определенным уровнем специальных знаний, физической культуры, социально-духовных ценностей, приобретенных в результате воспитания и самовоспитания, образования, мотивационно-ценостной ориентации и самообразования, воплощенных в практической жизнедеятельности, а также в физическом и психофизическом здоровье.

Важно сформировать у школьников понимания того, что здоровый образ жизни – это формы и способы повседневной деятельности человека, мотивированного поведения которые соответствуют биологическим и социальным потребностям, укрепляют и совершенствуют его резервные возможности, способствуют благоприятному росту, развитию и формированию здоровья детей и подростков, обеспечивая тем самым успешное выполнение им своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций [24].

Уровень мотивации на здоровый образ жизни, неприемлемость вредных привычек и профилактику заболеваний среди школьников низкий. Основную ответственность за организацию профилактической работы среди учащихся большая часть подростков отдают медицинским работникам, не придавая достаточного значения своему личному участию в ней. Приоритеты по организации здорового образа жизни более половины старшеклассников (54%) отдают медицинским работникам, а свое личное участие в профилактике заболеваний считают необходимым только 41% [25].

Как отмечают многие исследователи [26-28], значение поведения в структуре факторов, формирующих здоровье подростков, в последние десятилетия резко возросло в связи с обусловленностью наиболее распространенных заболеваний, а также особенностями образа жизни.

Здоровьесберегающее поведение необходимо контролировать с помощью четких, объективных критериев, в качестве показателей которого выступает популяционный уровень поведенческих рисков, образа жизни, представляющих опасность для здоровья и благополучия.

У значительного числа подростков отмечается превалирование «здоровье разрушающих» форм поведения над «здоровьесфор-

мирующими» при отсутствии статистически значимых различий у мальчиков и девочек, что представляется особо неблагоприятным с учетом значимой роли здорового образа жизни для формирования репродуктивного потенциала девочек (девушек) [29].

В подростковом возрасте, в период полового созревания, поведение в значительной мере определяется характерными для этого периода реакциями эмансипации, группирования, увлечениями (хобби) и формирующимся сексуальным влечением. Эти же факторы могут способствовать вовлечению подростков в группы, где практикуется употребление алкоголя, табака и наркотиков, при условии, что эти группы позволяют удовлетворить какие-либо потребности подростка, которые он не сможет удовлетворить в других группах. К сожалению, показатели распространенности деструктивных форм поведения в обществе достаточно высоки. Вызывают тревогу и тенденции их развития. Прежде всего, это постоянное увеличение количества молодых людей, которые вступают в ранние половые связи, попадают в наркотическую зависимость, имеют проблемы с алкоголем.

Анализ показывает, что на формирование вредных привычек влияют негативные стереотипы поведения окружающих: членов семьи, сверстников или друзей, которые злоупотребляют спиртным, курят. Негативное влияние оказывают и средства массовой информации. С одной стороны, они выступают как фактор, стимулирующий формирование здорового образа жизни у молодежи, а с другой - провоцируют развитие вредных привычек, химической зависимости, способствуют развитию психологического дискомфорта [30-32].

Подражание взрослым и одобрение сверстников способствуют приобщению подростков к курению. Кроме того, некоторые подростки начинают курить из-за давления сверстников, отсутствия навыка отказа от

курения, несмотря на то, что их семьи являются противниками табакокурения. В среде сверстников срабатывает механизм взаимного подражания [33-34].

Почти 30% 15-летних подростков в Европе сообщают о регулярном употреблении алкоголя. В некоторых странах Содружества Независимых Государств шесть из десяти 15-летних юношей, употребляющих алкогольные напитки, в течение 2001 года находились в состоянии опьянения не менее двух раз [35-36].

Важным прогностическим признаком является отношение детей к употреблению алкоголя. Так, если к приему алкоголя неприемлемо относятся 80% учеников 5-7 классов, то в старших классах неприемлемость данного фактора снижается до 47%. Большинство впервые попробовавших алкогольные напитки наблюдаются среди подростков 15 лет [37].

За последние годы проблема потребления алкоголя и в Казахстане приобрела значение государственной важности вследствие значительного роста заболеваемости, связанных напрямую или косвенно с чрезмерным употреблением алкогольных напитков. В республике прослеживается тенденция увеличения числа людей, употребляющих алкоголь, особенно среди лиц молодого возраста.

В Алматы среди юношей 15-16 лет регулярно употребляют алкогольные напитки 44% [38]. Употреблению алкоголя часто способствуют одобрение, уговоры друзей, сверстников. Каждая четвертая смерть среди подростков связана с алкоголем, а в целом по Европе ежегодно в результате употребления алкоголя умирает примерно 55000 подростков [39-41].

Существенным фактором, ухудшающим здоровье школьников является низкая двигательная активность. Дефицит двигательной активности уже в младших классах составляет 35-40%, а среди старшеклассников – 75-85%. Уроки физического воспитания лишь

в малой степени (на 10-18%) компенсируют дефицит движений, что явно недостаточно для профилактики отклонений в состоянии здоровья. По данным других исследователей, 40,8% нерегулярно посещают занятия физической культуры, в спортивных секциях занимаются 23% [42].

Длительная статическая нагрузка школьника требует усиления физической активности. Оптимальный двигательный режим относится к числу важнейших социально-гигиенических факторов, благоприятно влияющих на здоровье. Дефицит движений, напротив, вызывает многообразные моррофункциональные изменения в организме ребенка.

Физическое воспитание в школе решает важнейшие задачи: оздоровительные (укрепление здоровья растущего организма), образовательные (формирование и совершенствование двигательных действий), воспитательные (развитие моральных, волевых качеств, навыков положительного поведения). Врачебный контроль и физическое воспитание в школе - неотъемлемые составляющие здоровье формирующей и здоровье сберегающей деятельности врачей и педагогов в общеобразовательных учреждениях [43].

Многоаспектность и сложность проблемы укрепления здоровья подрастающего поколения свидетельствуют о том, что ее эффективное решение возможно только в случае активности самих учащихся. Следует констатировать, что в настоящее время значительная часть школьников не имеют сформированной потребности в физической активности, а в современных публикациях, посвященных формированию здорового образа жизни учащейся молодежи, физической культуре и спорту в структуре гигиенического воспитания учащихся уделяется весьма скромное место. Среди предпочитаемых ими форм досуговой деятельности преобладают компьютерные игры, виртуальное общение

через интернет, слушание музыки, просмотр телевизора [44].

Из этого следует, что одним из важнейших условий укрепления здоровья подрастающего поколения является охват процессом физического воспитания разнообразных аспектов жизнедеятельности современных школьников. В целях этого необходимо, чтобы физическое воспитание учащихся имело место не только на уроках физической культуры, но и в ходе различных форм внеklassной воспитательной, информационной работы, осуществляющей широким кругом педагогов, школьными врачами и медицинскими сестрами.

Поведение подростков в контексте здоровья в значительной мере связано с уровнем их медицинской информированности. Медицинская информированность характеризуется знаниями подростка: о вреде для здоровья некоторых привычек, о факторах риска наиболее распространенных заболеваний, репродуктивном здоровье, о перенесенных заболеваниях, об особенностях своего организма в связи с противопоказанием приема тех или иных лекарств, о правилах оказания первой медицинской помощи. Кроме того, показатель медицинской информированности характеризует эффективность профилактической деятельности системы здравоохранения.

Исследование, проведенное среди школьников 15-17 лет в г. Алматы, показало, что более половины подростков не знают последствий курения(56,6%), употребления алкоголя (51,1%) и наркомании (60,5%). Учащиеся плохо информированы о профилактике инфекционных заболеваний: вирусного гепатита – 63,8%, туберкулеза – 85,5%. Только 60% знают, как предупредить себя от заражения СПИДом, 52% - от инфекций, передающихся половым путем [45].

Информированность не осознается как ценность по причине недоступности или крайне ограниченного доступа к адекват-

ным, компетентным источникам информации. К примеру, в СМИ есть все о том, как обольстить незнакомого партнера, и почти ничего о том, как при этом сохранить здоровье. Наиболее распространенными источниками информации по вопросам профилактики заболеваний сохранению и укреплению здоровья, формированию здорового образа жизни подростков являются друзья/ сверстники/одноклассники (57,4 %), телевидение (54,8%), журналы (42,2%), газеты (35,33%), книги (36,9%), мамы (30,5%), медицинские работники (0,8%). Поэтому следует способствовать тому, чтобы в средствах массовой информации было больше информации о ре-продуктивном здоровье и о последствиях нерационального поведения [46].

Реализация подростками и молодёжью установок, направленных на здоровье сбережение, формирование поведенческих стереотипов, ведущих к укреплению здоровья, возможны только при повышении медицинской культуры, уровня знаний о том, как эти установки правильно реализовать. Решение данной задачи только медикам не под силу, поскольку требует организованных действий со стороны целого ряда социальных институтов.

Следует согласиться с мнением Всемирной организации здравоохранения, что школа в настоящее время действительно является едва ли не единственным социальным институтом, который стремится противостоять патологическому влиянию среды и пытается при этом детей учить. Пусть не каждой школе это удается в полной мере, и пусть задачи школьного врача и педагога далеко не всегда совпадают. Вместе с тем признание того, что школа не готова взять на себя ответственность за здоровье детей, представляется настолько же неверным, насколько неверно мнение некоторых учителей, что забота о здоровье в основном является обязанностью врача.

Многочисленные научно-практические

исследования последних лет были посвящены разработке системы охраны и укрепления здоровья детей и подростков. Наиболее значимые и реализуемые превентивные технологии сохранения и укрепления здоровья отвечают принципиальному требованию — возможности интеграции в педагогический процесс. Особая роль в решении этих задач принадлежит медицинскому сопровождению обучения и воспитания детей [47-49].

В этой связи возрастает актуальность обучения школьников навыкам сохранения и укрепления здоровья, что наиболее полно возможно реализовать в организованных коллективах.

Программа формирования культуры здорового и безопасного образа жизни должна представлять собой комплексную программу формирования знаний, установок, личностных ориентиров и норм поведения, обеспечивающих сохранение и укрепление физического, психологического и социального здоровья обучающихся как одной из ценностных составляющих, способствующих познавательному и эмоциональному развитию ребенка, достижению планируемых результатов освоения основной образовательной программы общего образования.

Систематическое использование широкого круга средств и методов, создание новых и реализация существующих программ по профилактике и оздоровлению будет способствовать достижению реального прогресса. Каждый родитель, каждая семья, сообщество, организация, государство в целом, располагая определенными возможностями, используя ресурсы, источники знаний, наиболее оптимальные подходы для решения актуальных проблем, должны внести достойный вклад в охрану здоровья подрастающего поколения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Поздеева Т.В. Оценка и формирование самосохранительного поведения как инструмент профилактики репродуктивного здоровья// Проблемы городского здравоохранения: выпуск 11, сб. научных трудов под общ.ред. проф. Вишнякова Н.И. – Санкт-Петербург, 2006. – Изд-во НИИХ СПб. ГУ. – С. 294-297.
2. Журавлева И.В. Самосохранительное-поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // СОЦИС: Социол. исслед. - 2000. №5. - С. 66-75.
3. Мырзахметов К.Т., Кожахметова Г.К., Джургенова Г.И. Современные проблемы формирования здоровья и здорового образа жизни школьников // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2009. - №2. - С. 59-61.
4. Голева О.П. Формирование хронических заболеваний у подростков //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2005. - №6. - С. 16-18.
5. Тулебаев К.А., Исина З.Б., Жакешбаев Н.А., Каржаубаева Ш.Е. Результаты медицинского обследования школьников в возрасте 15-17 лет // Проблемы, опыт и перспективы развития программы проведения скрининга, раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и оздоровления населения Республики Казахстан: материалы международной научно-практической конференции. - Астана, 2004. - С.307-310.
6. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году. - Стат. сб. – Астана - Алматы, 2010. - 310 с.
7. Орлова Г.Г., Рогожникова В.А., Арефьева И.С., Журавлева Г.А. Роль профилактической медицины в охране лиц молодого возраста // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. - №3. – С. 30-34.
8. Усманова М.В. Уровень заболеваемости подростков // Современные аспекты общественного здоровья и здравоохранения: Матер. IV ежегодной междунар. науч.-практ. конф. – Алматы, 2005. – С. 134-135.
9. Левина Л.И., Куликова А.М. Подростковая медицина. – СПб: Питер, 2006. – 544с.
10. Диканбаева С.А., Машкеев А.К. О состоянии здоровья детей и актуальных задачах педиатрической науки в Казахстане // Педиатрия и детская хирургия. – 2006. - №4. – С 12-15.
11. Нургалиева Б.К., Садыкова Г.М., Жуматаева Г.Н. Диспансеризация – подростков// Медицина. – 2002. - №5. – С. 102-103.]
12. Колокина Р.С. Состояние здоровья детей и подростков общеобразовательных школ в Республике Казахстан // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2008. - №3. - С. 65-67.
13. Колокина Р.С. Особенности проведения информационной работы для девочек-подростков общеобразовательных школ по охране репродуктивного здоровья // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2006. - №4. - С. 66-67.
14. Куликов А.М., Медведев В.П. Подростковая медицина: Российский и зарубежный опыт. – СПб. – 2006. – 78 с.
15. Пагава Е.К., Мишо П.А., Жанин А., Бакашвили И.З., Пагава К.И Рисковое поведение подростков в большом городе // Вестн. Рос. гос. мед. ун-та.– 2007. – № 1.– С. 65–69.
- 16 . Прихожан А.М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика. - М.; Воронеж: МОДЭК, 2000. - 303 с.
- 17.Лисицын Ю.П. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения. М., 1998.
18. Irwin CE Jr, Adams SH, Park MJ, Newacheck PW. Preventive care for adolescents: few get visits and fewer get services.Pediatrics.

19. Комков А.Г. Социально-педагогические основы формирования физической активности школьников: Монография. – СПб.: СПбНИИФК, 2002. – 228 с.
20. Иванова Л.Ю. Отношение подростков к различным компонентам здорового образа жизни / Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием (Москва, 16-18 февраля 2010 г.). – М.: 2010. 257-259 с.
21. Мустакимова А.А., Габидуллина С.Н. Медицинская активность и самооценка здоровья девушек-подростков 15-17 лет / Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием «Профилактическая медицина в России: истоки и современность», посвященная 140-летию образования первой гигиенической кафедры в России (24-25 сентября 2009 г.) Казань, 2009. – Т.2. – С. 47-48.
22. Адаптация и здоровье: учебное пособие / Отв. Ред. Э.М. Казин. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003. – 301 с.
23. Вартанова И. И. Структура ценностей в системе мотивации старших подростков и юношей //Мир психологии. - 2008. - N 3. - С. 131-141.
24. Сухарев А.Г., Стан В.В., Игнатова Л.Ф., Цыренова Н.М., Шелонина О.А Технология формирования мотивации к здоровому образу жизни детей / Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием (Москва, 16-18 февраля 2010 г.). – М.: 2010. 593-596 с.
25. Чубаровская, В. В. Первичная профилактика рисковых форм поведения подростков //Гигиена и санитария . - М.: Медицина, 2009. - N 2. - С. 63- 66.
26. Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002. – 240 с.
27. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey / Editors C.Currie, C.Roberts, A.Morgan, R.Smith, W.Setterbulte, O.Samdal, V.Rasmussen. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. – 248 p.
28. Власова Ж. Н., Жукова Т. А. Формирование культуры здоровьесбережения старшеклассников в условиях модернизации общеобразовательной школы //Теория и практика физ. культуры. - 2009. - N 8. - С. 25-30.
29. Иванова И.В., Смирнов О.Ю. , Волкова Г.А., Кондакова В.С. Здоровьесформирующее и здоровьесразрушающее поведение юношей и девушек подросткового возраста / Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием. – М.: 2010. 259-262 с.
30. Макарова Ю.В., Чижова Ж.Г., Доскин В.А. Причины возникновения вредных привычек в подростковой среде // Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва, 26-27 мая 2009 г.). – М., 2009. – С. 270-271.
31. Аимбетова Г.Е. Организационно-методические подходы к изменению поведения городских школьников по формированию здорового образа жизни: дисс. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2005. – 310 с.
32. Тихомирова Л.Ф.Формирование у детей и подростков негативного отношения к вредным привычкам // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2003. – № 2. – С. 39-45.
33. Jamison B, Muula AS, Siziba S, Graham S, Rudatsikira E. Cigarette smoking among school-going adolescents in Lithuania: Results from the 2005 Global Youth Tobacco Survey. BMC Res Notes. 2010 May 7;3:130.
34. McClave AK, Whitney N, Thorne SL, Mariolis P, Dube SR, Engstrom M; Adult tobacco survey - 19 States, 2003-2007. Centers

for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR SurveillSumm. 2010 Apr 16;59(3):1-75.

35. Всемирный доклад по вопросам молодежи / Генеральная Ассамблея ООН. - Шестидесятая сессия. – 2005.

36. Jager Justin, Merline Alicia, Schulenberg John E. Adolescent risk factors for adult alcohol use and abuse: Stability and change of predictive value across early and middle adulthood // Addiction.– 2008.–Vol.103, прил. 1.– С. 84–99.

37. Иванов А.Г. некоторые аспекты употребления алкогольных напитков подростками и молодежью // Российский медицинский журнал. – 2004. - №2. – С. 12-14.

38. Калмаханов С.Б. Формирование и оценка здоровья детей и подростков в условиях крупного города: автореферат ... дисс. канд. мед. наук. - Алматы, 2006. - 24 с.

39. The health of children and adolescents in WHO's European Region Regional Committee or Europe Fifty-third session Vienna, 8–11 September 2003.

40. Ostergren M., Barnekow V. Child and adolescent health and development in a European perspective - a new WHO strategy // Danish Medical Bulletin – 2007, No. 2, Vol. 54.- P. 150-152.

41. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». Инструмент действий.- Всемирная организация здравоохранения, 2005.-40c.

42. Маркова А.И., Ляхович А.В., Трубина А.А., Сураева Н.И. Методические подходы к профилактике курения среди старшеклассников // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – № 5. – С. 44-46.

43. Singh AS, Chin A Paw MJ, Brug J, van Mechelen W. Dutch obesity intervention in teenagers: effectiveness of a school-based program on body composition and behavior. ArchPediatrAdolescMed. 2009 Apr;163(4):309-17.

44. Макеев Н.И., Антонова Е.В. «Отно-

шение подростков 15-17 лет к физической культуре и спорту» / Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием «Профилактическая медицина в России: истоки и современность», посвященная 140-летию образования первой гигиенической кафедры в России (24-25 сентября 2009 г.) Казань, 2009. – Т.2. – С. 28-29.

45. Жумагалиев Г.Г. Информированность школьников о здоровом образе жизни // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2003. - №1. - С. 72-74.

46. Милюков В.А., Стронгина Т.Б. Некоторые формы привлечения общественности к работе с детьми и подростками // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – № 3. – С. 58-60.

47. Баранов Л. А., Кучма В., Тутельян В. Л., Величковский Б. Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России // Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 7-26.

48. Глазунов И.С., Демин А.К., Евстифеева Г.Ю. и др. «Укрепление здоровья детей школьного возраста: план действий по разработке региональных программ в России // Профилактика заболеваний и укрепления здоровья. – 2004. – № 1, ч.1. – С.14-20.

49. Сейдуманов М.Т. Совершенствование организационно-функциональных основ формирования здорового образа жизни по работе со школьниками и студентами (на примере Акмолинской области): дис. ... канд. мед. наук. – Астана, 2006. – 139 с.

ТҮЙИН

Бұл мақалада жасөспірімдер арасындағы салуатты өмір салтын қалыптастыру мен денсаулық мәселелері туралы әдебиетке шолу жүргізілген. Жасөспірімдер жасын-

дағы кезеңде денсаулықты қалыптастыру үдерісі көптеген тәуекелділік ықпалдарының әсерінен пайда болған көпқұрамдас биоэлеуметтік мінезге ие. Қазіргі жасөспірімдердің денсаулығының нашарлауының айқындалған және байыпты тәуекелділіктердің бар екендігін ең алдымен, зиянды әдеттердің таралуынан деп белгілеуге болады. Бұл ықпал басқарылмалыға жатады. Жасөспірімдер арасындағы зиянды әдеттердің таралуының азаю мәселелері шұғыл түрде істелінетін жұмыс, ол бүкіл қауымдастықтың, социологтардың, атааналардың, ұстаздардың, дәрігерлердің бірігіп күш салуы мен көз жазбайтын назарына лайық.

Тирак сөздер: жасөспірімдер, өмір салты, тәуекелділік ықпалдары, денсаулық.

SUMMARY

This paper reviews the literature on health and healthy lifestyles among adolescents. The process of formation of health at the stage of adolescence has multi biosocial character due to the influence of a large number of risk factors. We can state that there is credible and significant risks of ill health today's teenagers due to their way of life, especially the prevalence of bad habits. This factor applies to managed. The problem of reducing the prevalence of harmful habits among adolescents is urgent, it deserves attention and requires the combined efforts of doctors, teachers, parents, sociologists, and the entire community.

Key words: adolescents, lifestyle, risk factors, health.

УДК: 613.84-036.2:688.932 7 (4/9)

Н.Т. УТЕМБАЕВА

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

УПОТРЕБЛЕНИЕ КАЛЬЯНА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ПОСЛЕДСТВИЯ НА ЗДОРОВЬЕ

Аннотация

В обзорной статье были изучены отчет ВОЗ, законодательные документы, обзорные и исследовательские статьи об употреблении кальяна. Распространенность употребления кальяна в мире растет. В связи с тем, что подростки и молодые люди менее осведомлены о рисках и негативных последствиях курения кальяна для здоровья. Курильщики кальяна считают, что употребление кальяна опасно для здоровья.

Ключевые слова: курение кальяна, распространенность, последствия.

Кальян (англ. – hookah, shisha, narghile and waterpipe smoking) – прибор для курения, позволяющий фильтровать и охлаждать выдыхаемый дым. Особенности курения кальяна: табак кальяна сжигается с использованием древесного угля в чаше, далее табачный дым проходит в колбу сосуда и сквозь жидкость в колбе табачный дым фильтруется и человек вдыхает охлажденный дым кальяна через трубку [1-16, 21, 24, 27, 33-37, 41-43].

Выдыхаемый дым кальяна содержит никотин, тяжелые металлы (мышьяк, хром и свинец), токсичные и канцерогенные вещества, окись углерода (CO), смола, которые приводят к сильным головным болям, головокружениям, отравлениям, тошноте, рвоте, обморочным состояниям и потере сознания у курильщиков [2-7, 11-16, 21-23, 29-37].

Температура сжигания табака для кальяна составляет около 900°C, у сигарет температура сжигания 450°C при этом выделяется разного типа и уровня вредные химические вещества и смола [15, 16, 32]. Курение кальяна в течении одного часа эквивалентно курению 100 и более сигарет [14, 23, 28, 32, 44]. В 1000 мл кальянного дыма содержится 1,79 мг CO, 1,06 мг в 45 мл сигаретного дыма [15, 41]. В объеме 500 мл, сигарета обеспечивает

$1,06 \times (500/45) = 1,06 \times 11,1 = 11,76$ мг CO, кальян обеспечивает $1,79 \times (500/1\ 000) = 0,89$ мг CO. Дым кальяна содержит в 13 раз меньше CO, чем сигаретный дым [15]. По исследованиям, кальян не является безвредной альтернативой сигаретам [34, 40, 44].

Курение кальяна с употреблением алкоголя очень опасно для здоровья [6, 36]. Через кальян передаются инфекционные заболевания, такие как гепатит, туберкулез, герпес [3, 5, 13, 15, 28, 34, 44]. В исследовательских работах описаны, что курение кальяна является фактором риска развития сердечно-сосудистых, респираторных заболеваний, хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), различных форм рака (рака пищевода, рака легких, рака мочевого пузыря), снижения функции легких, пародонтоза, бесплодия [2-7, 10-15, 21-24, 27-44]. Курение кальяна приводит к низкому весу новорожденного ребенка при рождении, чьи матери курили во время беременности [2-5, 38]. Курение кальяна изменяет поведение, оказывает негативное влияние на когнитивные способности, координации движений, слух, зрение и бдительность, и вызывает никотиновую зависимость [5, 16, 23, 28, 36, 37]. Ежегодно 4,9 млн. смертей в мире происходят по причине курения кальяна и 70%

из них в развивающихся странах [6]. Курение кальяна может убить 10 миллионов человек в ближайшие 20-30 лет [5, 23].

Распространенность употребления кальяна в мире. Кальян употребляют в странах Африки и Азии почти 400 лет [5, 6, 12-15, 23, 32]. Кальян был изобретён в Индии, Эфиопии и Персии [2-5, 32]. Ежегодно распространность курения кальяна в мире растет, более ста миллионов человек во всем мире курят кальян ежедневно [5, 27, 29, 32].

Кальян употребляют в Турции, Индии, Пакистане, Бангладеше, Китае и в других восточных странах [2-7, 21, 29, 32]. В последние годы его употребляют в западных странах, в США, Канаде, Великобритании, Австралии, особенно модно курение кальяна среди молодежи и подростков учащихся в средних школах, в высших учебных заведениях [2-6, 12, 21-23, 32]. Кальян курят в ресторанах, кафе и барах, длительность кальянной сессии может быть несколько минут или несколько часов [5, 7, 9, 11, 30-36, 44].

В восточных странах, в такие как Кувейт, Сирия, Египет и Ливан распространность курения кальяна увеличивается от 20% до 70% [3, 5, 7, 11]. В арабских странах от 22% до 50% мужчин курят кальян, женщины – от 23% до 70% [6].

В Иране курильщики кальяна считают, что мероприятия, проводимые в стране в борьбе против табака неэффективны, и через средства массовой информации (СМИ), рекламу сигарет и кальяна могут существенно повлиять на увеличение распространенности курения кальяна среди подростков [39]. В Малайзии молодежь больше предпочитает курить кальян, чем сигареты. Считают, что курение кальяна менее вредно, практически не вызывает табачной зависимости, жидкость фильтрует многие токсические вещества, не чувствуют запаха никотина, смолы [5].

В Индии кальян начинают курить с подросткового возраста с 17,3 лет употребляют кальян без согласия родителей, отмечают

неблагоприятные последствия для здоровья после курения кальяна [29]. В Пакистане начинают употреблять кальян с 14 лет, в Иране и Ливии с 16 лет, в Индии в г. Пуне с 17,3 лет, в Сирии с 19,2 лет [29, 31]. В исследовательских работах молодежь считает, что курение кальяна не вызывает привыкания, менее вредно в отличие от сигарет [2-5, 7, 11, 12, 16, 21, 27-32, 42]. На самом деле, в кальяне больше содержится никотин от 2 % до 4%, чем в сигаретах от 1% до 3 %. Концентрация окиси углерода в кальянном дыме от 0,34 % до 1,40%, в сигаретном дыме до 0,41% [5, 23, 32].

В США распространность курения кальяна увеличивается от 10% до 60% среди подростков [8, 9, 11]. Студенты высших учебных заведений предпочитают больше курить кальян, чем сигареты [9, 11]. Девушки с первого курса колледжа увлекаются курением кальяна, почти треть курят кальян [24]. Учащиеся в высших школах (54 %) начинают курить кальян с 20-21 лет [26].

В Канаде с каждым годом количество курильщиков кальяна среди молодежи увеличивается. Например, с 2006 по 2010 год количество всегда употребляющих кальян увеличивается как среди юношей, так и среди девушек [8, 18]. В Флориде наблюдается аналогичная картина: распространность курения кальяна увеличивается среди девушек и юношей с 2007 по 2012 год [8].

Исследования убедительно показывают, что распространность курения кальяна во всем мире растет, в связи с тем, что подростки менее осведомлены о рисках и последствиях курения кальяна для здоровья [2-43]. Такие исследования по изучению распространенности курения кальяна позволяют принять решение по разработке мероприятий по борьбе против табака. Специалисты предлагают планирование и осуществление образовательных обучающих программ с целью повышения уровня знаний о вреде курения кальяна для здоровья среди подростков

и взрослого населения, свободное время уделять физической активности [2-43].

В Казахстане действует Постановление №6 от 14.03.2013 года «О введении запрета на курение кальяна в общественных местах», где постановлено запретить курение кальяна в пунктах общественного питания; в крытых сооружениях, предназначенных для массового отдыха; в музеях, библиотеках и лекториях; в зданиях аэропортов, железнодорожных, автомобильных и водных вокзалов; в помещениях, являющимися рабочими местами [1].

В Казахстане Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК проводит мероприятия по снижению курения кальяна путем распространения информационно-образовательных материалов (ИОМ) в виде буклетов, плакатов, аудио- и видеороликов. По данным 5-го национального исследования (2012 г.) в Казахстане 1263 курят кальян из опрошенных мужчины больше, чем женщины (10,1% и 4,2%), соответственно. В связи с этим, необходимо проводить национальные социологические и международные исследования по изучению распространенности курения кальяна среди подростков и взрослого населения с целью разработки эффективных программ в борьбе против курения кальяна.

Таким образом, задачами НЦ ПФЗОЖ, городских и областных центров ПФЗОЖ являются проводить просветительную работу и повышать уровень знаний о негативных последствиях курения кальяна среди подростков и взрослого населения с использованием СМИ, ИОМ, телевизионных программ, которые смогут помочь снизить масштабы курильщиков, мотивировать население вести здоровый образ жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Постановление №6 от 14.03.2013 года «О введении запрета на куре-

ние кальяна в общественных местах».

2. Abughosh S., Yang M., et al. Waterpipe smoking among jordanian adults: Predictors and correlates // J Behav Health. – 2012. – 1(1). – P.7-15.
3. Akil E.A., Gaddam S., et al. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review // Int J Epid. – 2010. – 39(3). – P.834-857.
4. Akil E.A., Gunukula S.K., et al. The prevalence of waterpipe tobacco smoking among the general and specific populations: a systematic review // BMC Public Health. – 2011. – 11:244. – P.1-12.
5. Al-Naggar R.A., Saghir F.S. Water Pipe (Shisha) Smoking and Associated Factors Among Malaysian University Students // Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. – 12. – 2011. – P.3041-3047.
6. Ashurst J.V., Urquhart M., et al. Carbon Monoxide Poisoning Secondary to Hookah Smoking // J Am Osteopath Assoc. – 2012. – 112(10). – P.686-688.
7. Azab M., Khabour O.F., et al. Water pipe tobacco smoking among university students in Jordan // Nicotine & Tobacco Research. – 2010. – 12 (6). – P.606-612.
8. Barnett T.E., Forrest J.R., et al. A Multiyear Assessment of Hookah Use Prevalence Among Florida High School Students // Nicotine & Tobacco Research. – 2014. – 16(3). – P.373-377.
9. Barnett T.E., Smith T., et al. Evidence of emerging hookah use among university students: a cross-sectional comparison between hookah and cigarette use // BMC Public Health. – 2013. – 13:302. – P.1-7.
10. Blank M. D. Acute effects of waterpipe tobacco smoking: a double-blind, placebo-control study // Drug Alcohol Depend. – 2011. – 116(1-3). – P.102-109.
11. Blank M.D., Brown K.W., et al. An Observational Study of Group Waterpipe Use in a Natural Environment // Nicotine & Tobacco Research. – 2013. – P.1-7.

12. Brockman L.N., Pumper M.A., et al. Hookah's new popularity among US college students: a pilot study of the characteristics of hookah smokers and their Facebook displays // BMJ Open. – 2012. – 2. – P.1-8.
13. Chaouachi K. A critique of the WHO TobReg's «Advisory Note» report entitled: «Waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators» // Journal of Negative Results in BioMedicine. – 2006. – 5:17. – P.1-9.
14. Chaouachi K. Assessment of narghile (shisha, hookah) smokers' actual exposure to toxic chemicals requires further sound studies // Libyan J Med. – 2011. – 6. – P.1-5.
15. Chaouachi K. Hookah (Shisha, Narghile) Smoking and Environmental Tobacco Smoke (ETS). A Critical Review of the Relevant Literature and the Public Health Consequences // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2009. – 6. – P.798-843.
16. Cobb C. Waterpipe Tobacco Smoking: An Emerging Health Crisis in the United States // Am J Health Behav. – 2010. – 34(3). – P.275-285.
17. Cobb C.O., Shihadeh A., et al. Waterpipe Tobacco Smoking and Cigarette Smoking: A Direct Comparison of Toxicant Exposure and Subjective Effects // Nicotine & Tobacco Research. – 2011. – 13(2). – P.78-87.
18. Czoli C.D., Leatherdale S.T., et al. Bidi and Hookah Use Among Canadian Youth: Findings From the 2010 Canadian Youth Smoking Survey // Preventing chronic disease public health research, practice, and policy. – 2013. – 10. – P.1-10.
19. Dar N.A., Bhat G.A., Shah I.A., et al. Hookah smoking, nass chewing, and oesophageal squamous cell carcinoma in Kashmir, India // British Journal of Cancer. – 2012. – 107. – P.1618-1623.
20. Dogar O., Jawad M., et al. Effect of Cessation Interventions on Hookah Smoking: Post-Hoc Analysis of a Cluster-Randomized Controlled Trial//Nicotine & Tobacco Research. – 2013. – 27. – P.1-7.
21. Eissenberg T. and Shihadeh A. Waterpipe Tobacco and Cigarette Smoking Direct Comparison of Toxicant Exposure // Am J Prev Med. – 2009. – 37(6). – P.518-523.
22. Eissenberg T. Tobacco Smoking Using a Waterpipe (Hookah): What You Need to Know // AANA Journal. – 2013. – 81(4). – P. 308-313.
23. Elias W., Assy N. et al. The detrimental danger of water-pipe (Hookah) transcends the hazardous consequences of general health to the driving behavior // Journal of Translational Medicine. – 2012. – 10:126. – P.1-14.
24. Fielder R.L., Carey K.B., et al. Predictors of Initiation of Hookah Tobacco Smoking: A One-Year Prospective Study of First-Year College Women // Psychol Addict Behav. – 2012. – 26(4). – P. 963-968.
25. Hakim F., Hellou E. The Acute Effects of Water-Pipe Smoking on the Cardiorespiratory System // CHEST. – 2011. – 139(4). – P.775-781.
26. Hampson S. E., Tildesley E., et al. Smoking Trajectories Across High School: Sensation Seeking and Hookah Use // Nicotine & Tobacco Research. –2013. –15(8). – P.1400-1408.
27. Heinz A.J., Giedgowd G.E., et al. A comprehensive examination of hookah smoking in college students: Use patterns and contexts, social norms and attitudes, harm perception, psychological correlates and co-occurring substance use // Addictive Behaviors. – 2013. – 38. – P.2751-2760.
28. Jarrett T., Blosnich J. et al. Hookah Use Among U.S. College Students: Results From the National College Health Assessment II // Nicotine & Tobacco Research. –2012. – 14 (10). – P.1145-1153.
29. Kakodkar P.V., Bansal S.S. Hookah Smoking: Characteristics, Behavior and Perceptions of Youth Smokers in Pune, India // Asian Pac J Cancer Prev. – 2013. –14 (7). – P.4319-4323.
30. Karimy M., Niknami S., et al. Personal

- Attitudes, Risk Perception and Perceived Vulnerability toward Water Pipe Smoking among Male Students in Zarandieh // Health Education & Health Promotion (HEHP). – 2013. – 1 (2). – P. 47-59.
31. Karimy M., Niknami S., et al. Refusal Self Efficacy, Self Esteem, Smoking Refusal Skills and Water Pipe (Hookah) Smoking among Iranian Male Adolescents // Asian Pac J Cancer Prev. – 2013. – 14 (12). – P. 7283-7288.
32. Koul P.A., Hajni M.R., et al. Hookah Smoking and Lung Cancer in the Kashmir Valley of the Indian Subcontinent // Asian Pacific J Cancer Prev. – 2011. – 12. – P.519-524.
33. Maziak W. The global epidemic of waterpipe smoking // Addictive Behaviors. – 2011. – 36. – P.1-5.
34. Nakkash R.T., Khalil J. and Afifi R.A. The rise in narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco smoking: A qualitative study of perceptions of smokers and non smokers // BMC Public Health. – 2011. – 11:315. – P.1-9.
35. Primack B.A., Hopkins M., et al. US health policy related to hookah tobacco smoking // American Journal of Public Health. – 2012. – 102. – P.47-51.
36. Primack B.A., Rice K.R., et al. U.S. Hookah Tobacco Smoking Establishments Advertised on the Internet // American Journal of Preventive Medicine. – 2012. – 42 (2). – P.150-156.
37. Primack B.A., Sidani J., et al. Prevalence of and associations with waterpipe tobacco smoking among U.S. university students // Annals of Behavioral Medicine. – 2008. – 36. – P.81-86.
38. Raad D., Gaddam S., et al. Effects of Water-Pipe Smoking on Lung Function // CHEST. – 2011. – 139(4). – P.764-774.
39. Roohafza H., Sadeghi M., et al. Social norms of cigarette and hookah smokers in Iranian universities // Arya Atheroscler. – 2013. – 9 (1). – P.45-50.
40. Sadjadi A., Derakhshan M.H. et al. Neglected role of hookah and opium in gastric carcinogenesis: A cohort study on risk factors and attributable fractions // Int. J. Cancer. – 2014. – 134. – P.181-188.
41. Sajid K.M., Chaouachi K. and Mahmood R. Hookah smoking and cancer: carcinoembryonic antigen (CEA) levels in exclusive/ever hookah smokers // Harm Reduction Journal. – 2008. – 5:19. – P.1-14.
42. Sutfin E.L., McCoy T.P., et al. Prevalence and correlates of waterpipe tobacco smoking by college students in North Carolina// Drug Alcohol Dependence. – 2011. – 115. – P.131-136.
43. Waked M., Salameh P. and Aoun Z. Water-pipe (narguile) smokers in Lebanon: a pilot study // Eastern Mediterranean Health Journal. – 2009. – 15(2). – P.432-442.
44. World Health Organization (WHO). TobReg advisory note. Waterpipe tobacco Smoking: Health effects, research needs and recommended actions by regulators. – 2005. – Geneva, Switzerland. – P.11.

ТҮЙИН

Мақалада ғылыми және әдеби шолу жұмыстарға шолу жүргізілген. Ғылыми жұмыстарда, кальянды шегу таралуы жыл сайын өседі. Кальянды шегетіндер деңсаулық үшін кальянның қауіпін анықтайды. Кальянның дем тартылатын тұтіні қатты бас ауруына, улануларға, өкпелердің функцияның төмендеуіне, қатер ісіктердің әр түрлі пішіндеріне, жүрек ауруларына, созылмалы респираторлы ауруларына, пародонтозға, туылғанда аз салмаққа бедеуілкке, өлім-жітімге және жүқпалы ауруларға алып келеді.

Тірек сөздер: кальянды шегу, кальянды шегудің таралуы, кальянды шегудің себеп-салдары.

SUMMARY

In a review article examined WHO report, legislative documents, review and research articles on the use of the hookah. Prevalence of

hookah in the world grows. Due to the fact that teenagers and young people are less aware of the risks and negative effects of smoking hookah health. Hookah smokers believe that the use of

shisha is hazardous to health.

Key words: hookah smoking prevalence, consequences.

УДК 613.2/.8

У.Д. ДЖАРЫЛГАСОВА¹, А.К. КАРАЖАНОВА, Г.Е. МАХАМБЕТОВА²

¹Национальный научно-практический, образовательный и оздоровительный центр «Бобек», г. Алматы

²РГУ «Бостандыкское районное управление по защите прав потребителей
Департамента по защите прав потребителей», г. Алматы

ЧТОБЫ ЗДОРОВЫМ БЫТЬ – НУЖНО ПРАВИЛЬНО ЖИТЬ!

Аннотация

Здоровье это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровый образ жизни это определенный тип жизнедеятельности, включающий совокупность привычек, стереотипов поведения, различных видов активности (производственной, социальной, интеллектуальной, физической, медицинской и др.), направленный на сохранение и укрепление здоровья.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, первичная профилактика, фактор риска.

Здоровье это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровый образ жизни это определенный тип жизнедеятельности, включающий совокупность привычек, стереотипов поведения, различных видов активности (производственной, социальной, интеллектуальной, физической, медицинской и др.), направленный на сохранение и укрепление здоровья. Соблюдение гигиенических норм и правил поведения: труда и отдыха, сна, питания, физической и двигательной активности, за-каливание, гигиена сексуальной жизни и отсутствие вредных привычек и пристрастий. Умение адаптироваться к сложным социальным, географическим и климатическим условиям жизни. Умение выполнять обязанности (семейные, коллективные, общественные и др.). Наличие рациональных человеческих потребностей и цивилизованные пути их удовлетворения. Самый драгоценный дар, который человек получает от природы – здоровье! Какой бы совершенной ни была медицина, она не может избавить каждого от

всех болезней! Главным в обеспечении гармоничного развития и укрепления здоровья, является образ жизни человека! Основным и наиболее важным элементом здорового образа жизни, является личная гигиена. Личная гигиена включает в себя рациональный суточный режим, уход за телом, гигиену одежды и обуви. Правильный суточный режим – это выполнение различных видов деятельности в строго определенные часы. При правильном и строгом соблюдении режима дня вырабатывается четкий ритм функционирования организма. Правильное чередование работы и отдыха, регулярное питание, создают наилучшие условия для работы и восстановления, тем самым способствуют укреплению здоровья, продлению их творческого долголетия [1]. Важным моментом для сохранения и увеличения резервов здоровья является воздействие на организм естественной природной среды (климат, воздушные и солнечные ванны, дозированные прогулки, босохождение, обливание). Искусство быть здоровым – это постоянная работа над расширением духовного сознания, мыслительной способности, умением контролировать

себя, достижение нравственной чистоты, постоянное выполнение физических упражнений. В условиях современного мира человек большую часть дня проводит в помещении, это сильно ограничивает его подвижность и приводит к привыканию к малоподвижному образу жизни. Комплексное использование доступных природных методов оказывает существенное влияние на основные звенья в организме, вызывая ответную реакцию организма на воздействие факторов внешней среды и значительно повышает эффективность профилактической направленности. Это связано с положительным влиянием данных факторов на гемодинамику, улучшение которой стимулирует обменные процессы, снижает гипоксию тканей, улучшают работу головного мозга [2].

Существует пять критериев здорового образа жизни:

1. Соответствие биологических возможностей организма социальным установкам человека.

2. Соблюдение гигиенических норм и правил поведения.

- ▶ Гигиена труда и отдыха
- ▶ Гигиена сна
- ▶ Гигиена питания
- ▶ Гигиенические нормы физической (двигательной активности)
- ▶ Закаливание
- ▶ Гигиена сексуальной жизни
- ▶ Отсутствие вредных привычек и пристрастий

3. Умение адаптироваться к сложным социальным, географическим и климатическим условиям жизни.

4. Умение выполнять обязанности (семейные, коллективные, общественные и др.)

5. Наличие рациональных человеческих потребностей и цивилизованные пути их удовлетворения.

Существует целый ряд определений здоровья, но все они обычно содержат пять следующих критериев:

- отсутствие болезней;
- нормальное функционирование организма в системе «человек – окружающая среда»;
- полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие;
- способность приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде;
- способность к полноценному выполнению основных социальных функций.

Есть понятие здоровья индивидуального и общественного.

Индивидуальное здоровье – это здоровье отдельного человека. В это понятие сегодня вкладывается достаточно широкий смысл, оно подразумевает не только отсутствие болезней, но и такие формы поведения человека, которые позволяют ему улучшать свою жизнь, делать ее более благополучной, достигать высокой степени самореализации. Так, в уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указано, что здоровье – это «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Достичь благополучия можно только через труд, направленный на расширение и реализацию своих духовных, физических качеств и социальных возможностей. Благополучие касается всех аспектов жизни человека, а не только его физического состояния. Духовное благополучие связано с разумом, интеллектом, эмоциями. Социальное благополучие отражает общественные связи, материальное положение, межличностные контакты. Физическое благополучие отражает биологические возможности человека, состояние его тела. Благополучие человека включает в себя две составляющие: духовную и физическую. При этом большое значение имеет его духовная составляющая. Об этом еще около 2 тыс. лет назад так сказал в своем трактате «Об обязанностях» древнеримский оратор Марк Туллий Цицерон: «Прежде всего, каждому виду живых существ природа дарова-

ла стремление защищаться, защищать свою жизнь, то есть свое тело, избегать всего того, что кажется вредоносным и добывать себе все необходимое для жизни: пропитание, пристанище и так далее. Общее всем живым существам стремление соединиться ради того, чтобы производить на свет потомство, и забота об этом потомстве. Но наибольшее различие между человеком и зверем состоит в том, что зверь передвигается настолько, насколько им движут его чувства, и приспособливается только к окружающим его условиям, мало думая о прошлом и о будущем. Напротив, человек, наделенный разумом, благодаря которому он усматривает последовательность между событиями, видит их причины, причем предшествующие события и как бы предтечи не ускользают от него, он сравнивает сходные явления и с настоящим тесно связывает будущее, с легкостью видит все течение своей жизни и подготавливает себе все необходимое, чтобы прожить. Человеку свойственна, прежде всего, склонность изучать и исследовать истину». Духовное и физическое здоровье – две неотъемлемые части человеческого здоровья, которые должны постоянно находиться в гармоническом единстве, обеспечивая высокий уровень здоровья. Духовное здоровье отражает здоровье нашего разума, а физическое – здоровье тела. Духовное здоровье – это способность познавать окружающий мир и себя, анализировать происходящие события и явления, прогнозировать развитие ситуаций, оказывающих влияние на жизнь, формировать модель (программу) поведения, направленную на решение возникающих задач, защиту своих интересов, жизни и здоровья в реальной окружающей среде. Чем выше интеллект, тем достоверней прогноз событий, тем точнее модель поведения, тем устойчивее психика, тем выше уровень духовного здоровья.

Физическое здоровье – это способность тела реализовывать разработанную программу действий и резервы на случай воз-

никновения непредвиденных экстремальных и чрезвычайных ситуаций. Вот как сказано о единстве духовного и физического здоровья в книге американского диетолога Поля Брегга «Построение мощной нервной силы»: «История рассказывает о двух рыцарях, которые убили друг друга из-за цвета королевского щита, который был повешен в центре огромного зала замка. Один рыцарь говорил, что щит красный, другой – зеленый. После трагического сражения кто-то взглянул на обе стороны щита: одна сторона была красная, другая – зеленая. Есть также две стороны щита здоровья – физическая и духовная – и они обе важны. Обе эти стороны – физическая и духовная – так тесно переплетены, что невозможно разделить их. Физическое здоровье воздействует на духовную жизнь, и духовный контроль обеспечивает необходимую дисциплину для поддержания физического здоровья» [3-6].

Духовное здоровье определяется системой мышления, познанием окружающего мира и ориентацией в нем; тем, как мы относимся к окружающей среде или к какому-либо определенному лицу, вещи, области знаний, принципу. Достигается это здоровье умением жить в согласии с собой, с родными, друзьями и обществом, прогнозировать и моделировать события, составлять на этой основе программу своих действий.

Физическое здоровье обеспечивается высокой двигательной активностью, рациональным питанием, закаливанием и очищением организма, оптимальным сочетанием умственного и физического труда, умением отдохнуть, исключением из употребления алкоголя, табака и наркотиков. Вот как об этом сказал А. Шопенгауэр: «Следовательно, прежде всего мы должны стараться сохранить хорошее здоровье. Средства к этому несложные: избегать всех эксцессов, излишних бурных и неприятных волнений, а также чересчур напряженного и продолжительного умственного труда, далее – усиленное

движение на свежем воздухе в течение, по крайней мере, двух часов, частое купание в холодной воде и тому подобные гигиенические меры» [7].

Общественное здоровье – это общественная, социально–политическая и экономическая категория, которые характеризуют жизнеспособность всего общества. Это здоровье складывается из здоровья отдельных членов общества. Общественное здоровье и индивидуальное здоровье каждого человека неразрывно взаимосвязаны и зависят одно от другого.

Человек в процессе своей повседневной жизнедеятельности должен следовать целому ряду правил (норм поведения) для обеспечения личного физического, духовного и социального благополучия и сохранения здоровья. К этим правилам относят следующие:

- умение сохранять психологическую уравновешенность в различных жизненных ситуациях;
- умение обеспечивать высокий уровень своей физической формы;
- умение адекватно реагировать на различные опасные и чрезвычайные ситуации;
- умение правильно строить взаимоотношения в обществе.

Все эти умения составляют основные нормы здорового образа жизни. Что же такое здоровый образ жизни? Под ним понимается индивидуальная система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, духовное и социальное благополучие в реальной окружающей среде (природной, техногенной и социальной) и активное долголетие. Здоровый образ жизни создает наилучшие условия для протекания физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний и увеличивает продолжительность жизни человека. Ведя иной образ жизни, человек своим поведением наносит ущерб собственному здоровью: нормальное течение физиологических процессов часто нарушается, жизненные силы

организма в большинстве своем расходуются на компенсацию того вреда, который причиняется здоровью. При этом увеличивается вероятность различных заболеваний, происходит ускоренное изнашивание организма, сокращается продолжительность жизни. Здоровый образ жизни – это цельная, логически взаимосвязанная, продуманная и спланированная система поведения человека, которую он соблюдает не по принуждению, а с удовольствием и уверен, что она даст положительные результаты в деле сохранения и укрепления здоровья. Здоровый образ жизни – это динамичная система поведения человека, основанная на глубоком знании многих факторов, оказывающих влияние на здоровье человека, и выборе такого алгоритма своего поведения, который максимально обеспечивает сохранение и укрепление здоровья. При этом необходимо постоянно корректировать свое поведение с учетом приобретенного опыта и возрастных особенностей. Эта перестройка поведения всегда требует дополнительных усилий. Поэтому, чтобы было, приятно от затраченных усилий, необходимо хорошо видеть конечную цель усилий: чего вы хотите добиться, ведя здоровый образ жизни. Коротко эту цель можно сформулировать так: благополучие для себя, для своей семьи и для государства. Почему здоровый образ жизни является индивидуальной системой поведения? Каждый человек индивидуален и неповторим. Он индивидуален по своим наследственным качествам, по своим стремлениям и возможностям, в определенной степени даже окружающая среда (дом, семья, работа и т. д.) имеет индивидуальный характер. Поэтому для сохранения и укрепления своего здоровья каждый человек должен создать свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечит ему достижение физического, духовного и социального благополучия. Для того чтобы сформировать систему здорового образа

жизни, необходимо знать факторы, которые положительно влияют на здоровье. Это соблюдение режима дня, рациональное питание, закаливание, занятия физической культурой и спортом, хорошие взаимоотношения с окружающими людьми. Следует учитывать также и факторы, отрицательно влияющие на здоровье: курение, употребление алкоголя и наркотиков, эмоциональная и психическая напряженность при общении с окружающими, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания.

Факторами, влияющими на состояние здоровья являются:

- ▶ образ жизни – 50-55%
- ▶ окружающая среда (экологические) – 20-25%
- ▶ наследственные (генетические) факторы – 15-20%
- ▶ здравоохранение – 10%

Факторами риска, способствующими развитию и прогрессированию заболеваний являются:

- поддающиеся изменению биологические характеристики (уровень в крови липидов, глюкозы, АД и др.);
- состояние окружающей среды; особенности образа жизни и привычек (неправильное питание, курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем);
- пол, возраст и некоторые генетические характеристики, которые не поддаются изменениям и используются в основном при определении прогноза возникновения заболевания.

Общие рекомендации по выработке личных качеств, необходимых для ведения здорового образа жизни:

- иметь четко сформулированную цель жизни и обладать психологической устойчивостью в различных жизненных ситуациях;
- знать формы своего поведения, которые способствуют сохранению и укреплению здоровья;
- стремиться быть хозяином своей жизни;

верить в то, что образ жизни, который вы ведете, даст положительные результаты;

- выработать у себя положительное отношение к жизни, воспринимать каждый день как маленькую жизнь, уметь радоваться жизни;
- развивать в себе чувство самоуважения, осознание того, что вы не зря живете, что все задачи, стоящие перед вами, вы в состоянии решить и знаете, как это сделать;
- постоянно соблюдать режим двигательной активности, так как нет никаких других средств, которые бы заменили движение;
- соблюдать правила и гигиену питания;
- соблюдать режим труда и отдыха, выполнять правила личной гигиены;
- быть оптимистом, двигаясь по пути укрепления здоровья, ставить перед собой достижимые цели, не драматизировать неудачи, помнить, что совершенство в принципе недостижимая вещь;
- радоваться успехам во всех человеческих начинаниях – успех порождает успех.

Профилактика заболеваний (diseases prevention) это мероприятия, направленные на предупреждение болезней: борьба с факторами риска, иммунизация, замедление развития заболевания и уменьшение его последствий (ВОЗ, 1999 г.). Выделяют несколько уровней профилактического воздействия:

1. Укрепление здоровья (health promotion) — процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить контроль над факторами, определяющими здоровье.
2. Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического контроля.
3. Меры по формированию здорового образа жизни, в том числе: создание информа-

ционно-пропагандистской системы повышение уровня знаний всех категорий населения о негативном влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения; обучение здоровью; меры по снижению распространенности курения и потребления табачных изделий, снижению потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств; побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления.

Профилактика заболеваний и нарушений в состоянии здоровья включает:

- индивидуальная - профилактические мероприятия, проводимые с отдельно взятым человеком;
- групповая - профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы);
- популяционная (массовая) - профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом. Популяционный уровень профилактики, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями - это местные программы профилактики или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Первичная профилактика (primary prevention) — комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение отклонений в состоянии здоровья и предотвращение заболеваний, общих для всего населения и отдельных (региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных) групп и индивидуумов.

Вторичная профилактика это комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений и осложнений заболеваний, а также комплекс мер по предотвра-

щению снижения трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности. Вторичная профилактика включает: проведение диспансерных медицинских осмотров с целью выявления заболевания и факторов, влияющих на их течение; целевое санитарно-гигиеническое воспитание (обучение) пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний; проведение оздоровительных и лечебных мероприятий по устранению отрицательных для здоровья факторов, осуществление динамического наблюдения. Медицинская профилактика по отношению к населению определяется как вид деятельности службы здравоохранения, направленный на раннее выявление и снижение риска развития заболеваний, а также на снижение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, часть широкого комплекса межведомственных мер, направленных на укрепление здоровья населения и профилактику заболеваний. В медицинской профилактике применяют многодисциплинарный подход к оценке и управлению риском развития заболеваний в рамках деятельности службы здравоохранения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аспекты валеологии «Как быть здоровым» - МЗ РК Республиканский Центр здоровья, Алматы,-1997.-85 с.
2. Детские болезни Н.П. Шабалов М., 6-е издание 2007. Том – I, стр 6., «Введение».
3. Лекция проф. Жерносек В.Ф., «Здоровый образ жизни. Уровень профилактики в педиатрии» - Алматы, 2012.-21 с.
4. Березин И.П., Дергачев Ю.В. Школа здоровья. - М, 2004. - 125 с.
5. Воробьев В.И. Слагаемые здоровья. - М, 2004. - 302 с.

6. Куценко Г.И., Новиков Ю.В. Книга о здоровом образе жизни. - С-Пб, 2005.- 122 с.

7. Настольная книга учителя физической культуры. Под ред. Л. Б. Кофмана. - М.: «Физкультура и спорт», 2005. - 312 с.

ТҮЙИН

Денсаулық бұл ауру мен физикалық дефектілердің болмауы ғана емес, бұл - толық физикалық, рухани және әлеуметтік амандық. Салауатты өмір салты бұл денсаулықты сақтау мен нығайтуға бағытталған әдет-тұрып жиынтығы, жүріс-тұрыс стереотипі, әр-қылы іс-әрекеттердің түрлері (өндірістік, әлеуметтік, интеллектуалдық, физикалық, медициналық және т.б.) және тіршілік

әрекетінің белгілі типі.

Тірек сөздер: салауатты өмір салты, біріншілік профилактика, тәуекел факторы.

SUMMARY

Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity. A healthy lifestyle is a certain type of life, including the collection of habits, behaviors, various types of activity (industrial, social, intellectual, physical, medical, etc.) aimed at preserving and promoting health.

Key words: healthy lifestyle, primary prevention, risk factor.

УДК 614.2(100)

А.А. АҚАНОВ, М.А. ҚАМАЛИЕВ, А.М. ӘҮЕЗОВА

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университет, Алматы қаласы

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ӘЛЕУМЕТТІК ҚОРҒАНЫСЫНЫҢ ЖЕТИЛДІРУІ

Түсініктеме

Мақалада авторлар мамандардың заманауи білімділік технологияларын қолдануымен, медициналық жұмысшылардың кәсіпқойлық жауапкершілігін сақтандыру қағидаттарын енгізулеріне негізделген медициналық қызметтерді көрсету сапасының халықаралық әдістемелерін көлтіреді.

Түйін сөздер: медициналық қызмет, медициналық жұмысшылардың кәсіпқойлық жауапкершілігін сақтандыру.

Денсаулық сактаудың кез-келген жүйесінің, ұйымдастырылу жүйесі мен жұмыс істеу деңгейіне қарамастан, негізгі тапсырмасы болып мемлекет азаматына сапалы медициналық көмек көрсетуге кепілдік беруі табылады. Азаматтың жүйемен тілдесумен қанағаттану дәрежесі оның күтүіне сай келуі керек.

Кәсіби тілмен айтқанда, медициналық көмек қолжетімді, үздіксіздік, жалғастырушылық қағидаларына сай, қарқынды, пайдалы, пациентке тұспалданған, қауіпсіз, уақтылы болуы керек, ғылыми-техникалық жетістіктері мен емдеу әдістерін қолданумен, дәрігерлер қателіктерінің жоқ болуы (минимализациялану) кезінде кері әсерлер мен асқынудың пайда болуын болдырмау керек. Осылайша, XIX ғасырдың әйгілі паталоганатомы Давыдовский И.В секциялық зерттеулер материалдары бойынша ең алғашкы болып «дәрігерлік қате» терминін қолдана бастады, бұған ол мынадай анықтама берді: «медиқтердің адад қателесу салдары болып табылатын дұрыс емес қателіктер».

Бүгінгі танда әдеби мәліметтер бойынша, АҚШ-та 70 мыңға жуық асқыну немесе көз жұмуға әкелетін дәрігерлік қателіктер болады. Медицина қызметкерлері үшін білім мен дағдыларды үздіксіз жетілдіру - біздің заманымыздың талабы. Жасалған

зерттеулердің нәтижелері құралдардың ескіретінін және жыл сайын технологияның 20-25% жаңа құралдар, дәрі-дәрмек, препараттар, білімге байланысты жетілдіруді қажет ететінін көрсетті.

Ұшақты басқарудағы, соның ішінде төтенше жағдайда адами факторлардың төмендетуіне бағытталған жазғы шеберлікке үйрету, ұшақты басқару симуляциялық оқытудың, соның ішінде медицинада да жанжақты ендіру мен әзірлеу үшін негіз болды.

Статистикаға сүйенсек, тренажер, мұляж, секциондық материал, зертханалық жануарларда дағдыларды жетілдіру пациент үшін қауіпті 40-60%-ға азайтады. Компьютерленген тренажерлар іс жүзінде көптеген артықшылықтарға қол жеткізуге көмектеседі: оқу үрдісінің медициналық мекемесінің жұмыс кестесіне тәуелділігін жою; профиль бойынша аурулардың бар болуына құрделі немесе жасалына алмайтын үрдісті қайталау; оқытушының кірісе алуы; оқушының әрекетін түзей алуы; пациент үшін қауіптің жоқтылығы және т.б. Өсіреле бұл төтенше жағдайларда өте маңызды, яғни біріккен, уақтылы және білікті дәрігердің (мамандар тобы) іс-әрекетіне пациент өмірі байланысты болғанда маңызды. Бұл медициналық көмек көрсету жүйесіндегі пациенттердің құқықтарын қамтудың бірінші аспектің бо-

лып саналады.

Ғылыми әдебиеттерде өзін-өзі тану, дамыта алатын, жоғары білікті мамандарды дайындаі алатын оқытудың заманауи, инновациялы әдістері туралы айтылған. Білім беру технологиялары әрдайым жетілдіріледі және бұлардың тез ендірілуі оқытушылар, жоғары оқу орындар мен түлектердің потенциалының дамуына байланысты болып табылады.

Білім мен дағдыларды тәуелсіз бағалау – денсаулық сақтауда тәуекелдерді басқарудың тиімді жүйесінің қажетті элементтерінің бірі. Құрылымды, кешенді емтихан, тәуелсіз бағалар қағидасын сақтау, «валидтік» тесттер, объективті, кәсіпті әдістер – біліктілікті арттырудың, әсіресе дәрігерлердің практикалық дағдыларының құрамдас бөлігі болып табылады.

Отандық клиникалардың қамтылу деңгейі бүгінгі таңда жоғары білікті қызмет көрсету үшін барлық мүмкіндіктерді ұсынады, лизинг, ауруханалардың өсіп келе жатқан автономияны әкеліп берушілерге анағұрлым тиімді құрал-жабдықтарды әкелуге жағдай жасайды, ал бұл өз кезегінде, нарықтағы медициналық қызмет көрсетуінде қосымша бәсекелесті артықшылықтарын әкеледі. Осының барлығы денсаулық сақтаумен байланысқан кездепациент үшін тәуекелдерді төмендетуге тиімді жетістіктерге қол жеткізуге жағдай жасайды.

Ал қателік болып қойған жағдайда не істеу керек? Егер пациентті дұрыс жүргізбеу салдарынан асқынуға әкелген болса, операция жасаған кезде қателік немесе пациент өліміне әкелген болса не істеу керек? Пациентті емдеу, диагноз қою және алдын алу нәтижесінде «дәрігерлік қателік» пайда болған пациенттің материалды-мүліктік мүдделерін қорғау механизмінің бірі болып медицина қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандырудың бар болуы табылады. Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың тапсырысы-

мен медицина қызметкерлерін міндетті түрде сақтандырудың жүйесін өзірлеу бастау алды. Үкіметтің алдында 2013 жылдың 1 шілдесіне дейін медицина қызметкерлері тарарапынан енжар немесе ұқыпсыз қатанастың жоқ болуы кезінде азамат денсаулығына залал келтіру үшін дәрігерлердің кәсіптік жауапкершілігін міндетті сақтандыруды енгізу туралы сұрақ қойылды. Берілген тапсырыс мемлекет басшысының «Қазақстанның әлеуметтік модернизациясы жалпыға ортақ Еңбек Қоғамына жиырма қадам» бағдарламалық сөйлеген сөзінде айтылған.

Денсаулық сақтау жүйелері жемісті болып саналатын дамыған мемлекеттерде медицина қызметкерлердің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыруы тіпті XX ғасырдың басында орындалған. Ең тараф кеткен екі модель түрі бар: нарықтық және әлеуметтік.

Медициналық қызмет мемлекет тарарапынан қаржыландырылатын елдерде кәсіптік жауапкершілікті сақтандырудың жеке нарығына сирек сенеді. Бұндай мемлекеттерде медицина қызметкерлерінің кәсіптік жауапкершілігін сақтандырудың әлеуметтік моделі жұмыс істейді. Әлеуметтік модель мемлекет тарарапынан ұлken жауапкершілігін талап етеді – сақтандыру жүйесін қаржыландыру, басқару, тексеру бөлігінде осының барлығы жалғыз орталықтанған агенті – қор арқылы жүзеге асырылады, мысалы: Швеция, Дания, Канада, Жаңа Зеландияда.

Нарықтық модель денсаулық сақтау жүйесі нарыққа тұспалданған АҚШ, Германия, Жапония мемлекеттері үшін тиімді, әрі кең таралған, оларда медициналық қызмет көрсету тәжрибесі мемлекеттік секторға қарағанда басым.

Денсаулық сақтау қызметкерлерінің жауапкершілігін сақтандыру модельдерін бөлудің ендігі бір критерийі – медицина қызметкерлеріне кінә тағу, оларға қатысты қандай да бір жаза қолдану, сот шешімінен кейін ғана өтеу сияқты практикасы болып та-

былады. Осылайша «кінәлі» және «кінәсіз» жүйелерін ажыратады. Айта кететін жайт, казақстандық модель дәрігердің өздерінің міндеттеріне енжар қатынасының жағдайларын алып тастаған. «Кінәлі» жүйесі пациенттің негізделген шағымы кезінде айыптаушы өзінің қате әрекетіне байланысты жағымсыз әсерлерге: айыппұл, сөгіс, оқыту – біліктілігін арттыру, лицензиясынан айрылу т.с.с ұшырайды және сот шешімін талап етеді (АҚШ, Жапония, Ұлыбритания, Канада).

«Кінәсіз» өтөу жүргізу жүйелері си-
рек кездеседі, ЭСДҰ-дың кейбір елдерінде
әзірленген. Бұл елдерде сот шешімдері
жәбірленуші пациенттерге өтемақы ұсыну
бойынша шешім алдын ала шарт бо-
лып табылмайды. Жаракат немесе осы
жарақатты алдын алуға болатыны туралы
факт - өтемақыны төлету үшін бастапқы
дәлел болып табылады. Жәбірленуші па-
циенттерге қаржыландыру коммерциялық
емес сақтандыру мекемелері арқылы (Дания,
Финляндия) немесе мемлекетпен (Швеция,
Жаңа Зеландия) орындалады.

Отандық модель құрастыру кезінде бұл мемлекеттердің тәжірибесі ете маңызды, бұл кезде ол ағымдағы жағдайды, сақтандыру мәдениетін де ескеру керек. Қазақстанда сақтандыру нарығы 35 компаниямен ұсынылған, 10 компания медицина қызметкерлерінің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыру бойынша өз қызметтерін ұсынады. Берілген нарық дамуының ете нашар дәрежесінде орналасқан.

Модельді мемлекет тарарапынан таңдау маңызды саяси шешім болып табылады. Өйткені бұл – қоғам үшін маңызды сала, жүйеге өте көп әлеуметтік таптар: кәсіптік қызметі сақтандырылатын медицина қызметкерлері де, денсаулығына қауіп төне алатын пациент те, мекемесінің ішінде дәрігерлік тәжірибелер орындалатын медициналық ғимараттар да қатысады. Сұрақтың экономикалық, әлеуметтік,

медициналық жақтарын мұқият зерттеу көрек, қаржылық және занды тәуекелдер болуы мүмкін. Осыған орай әлеуметтік сауалнамалар, мұдделі тараптар мен халықтың пікірлерін білудің басқа да құралдары щешім қабылдағанда жан-жақты талқылау мен талдауға көмектеседі. Медицина қызметкерлерінің кәсіптік жауапкершілігін сақтандырудың қазақстандық моделін әзірлеу бойынша халық және медицина қызметкерлері арасында әлеуметтік сауалнама жүргізілді. Осылайша сұрастырылған медицина қызметкерлерінің 87% мен халықтың 86% жағымды немесе нейтралды түрдемедицина қызметкерлерінің кәсіптік жауапкершілігін сақтандыруды енгізуге деген жауап берді. Медицина қызметкерлерінің 61% жуық сақтандырудың міндетті түрдеөткізуін қалайды. Бұл азаматтардың мемлекетке сенімін білдірудің белгісі ме? Таңдау деңсаулық сақтау саласындағы жауапкершілікті сақтандырудың мемлекеттік қорына (40%) түсті, екінші орында – араласқан форма (28%), үшінші орында – жеке сақтандыру компаниялары (19%), ең аз мөлшерде халық сақтандырылуының кәсіптік бірлестіктері (15%).

РЕЗЮМЕ

В статье авторы приводят международные подходы к обеспечению качества предоставляемых медицинских услуг, основанные на профессиональной подготовке специалистов с использованием современных образовательных технологий, внедрении принципов страхования профессиональной ответственности медицинских работников.

Ключевые слова: медицинские услуги, страхования профессиональной от

ветственности медицинских работников.

SUMMARY

In this article the authors present international approaches to ensure the quality of medical services, based on the training of specialists

using modern educational technology, implementation of the principles of insurance medical malpractice.

Key words: health care, insurance, medical malpractice.

УДК 614.3-613.2099(005)

А.Ф. ИМАНАЛИН

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

**СОСТОЯНИЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РАЙОННЫХ
ФИЛИАЛОВ ЦЕНТРА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО
БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Аннотация

Центры санитарно-эпидемиологической экспертизы (ЦСЭЭ) в рамках осуществления деятельности в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения выполняют весь объем лабораторных и инструментальных исследований. В практической деятельности результаты лабораторного контроля являются ведущим элементом в обосновании предложений по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в выявлении причинно-следственных связей в изменении состояния здоровья под влиянием неблагоприятных факторов среды обитания и, наконец, основным доказательством в практике выявления, предупреждения и пресечения санитарных правонарушений, включая применение мер административного воздействия к проверяемым субъектам управлением по защите прав потребителей (УЗПП) [1,2,3,4].

Ключевые слова: районный филиал центра санитарно-эпидемиологической экспертизы, санитарно-эпидемиологическое благополучие, управление по защите прав потребителей.

Актуальность. Районные филиалы ЦСЭЭ играют значительную роль в доказательной базе при проведении государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Однако затрагивающиеся вопросы деятельности филиалов ЦСЭЭ в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия, если они и имеются, то опубликованы ограниченно, не дают достоверно полной картины, данные недостаточно систематизированы, имеют фрагментарный характер, таким образом, данное исследование является актуальным на сегодняшний день.

Цель исследования: изучение деятельности районных филиалов Западно - Казахстанского областного ЦСЭЭ и их роль в обеспечении санэпидблагополучия.

Материалы исследования: в работе отражены данные о деятельности филиала ЗКО ЦСЭЭ по Зеленовскому району в период с 2011 по 2013 годы.

Методы исследования: собранные материалы (данные формы №18 «Отчет о деятельности санитарно-эпидемиологической службы» и анкеты) обработаны с применением статистического метода.

В качестве социологического исследования применен метод анкетирования сотрудников филиала Западно – Казахстанского областного ЦСЭЭ и УЗПП по Зеленовскому, Зеленовскому №1, Акжайкскому, Бурлинскому, Карагобинскому районам.

Результаты по материально-техническому и кадровому обеспечению.

Материально-техническое оснащение относится к значимым факторам, определяющим развитие любого учреждения.

Оснащенность лабораторий филиала ЗКО ЦСЭЭ по Зеленовскому району видна из таблицы 1. За 2012 год из 78 единиц, 20-ти летний срок эксплуатации превышает у 31% оборудования и аппаратуры. За 2013 год, си-

туация по оснащению почти не изменилась, и парк оснащения лабораторий также не об-

новлялся, не приобретено ни одного нового оборудования и аппаратуры

Таблица 1 – Оснащение филиала ЗКО ЦСЭЭ по Зеленовскому району основным оборудованием и аппаратурой за 2012-2013 годы, единиц

Годы	Находится в эксплуатации	В том числе старше 20 лет	Удельный вес устаревшего оборудования	В том числе приобретено в текущем году
2012	78	24	31%	8
2013	78	23	30%	0

В рамках реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» большое внимание должно уделяться созданию конкурентноспособного кадрового потенциала и квалификации кадров [5].

Ситуация по штатам филиала видна в таблице 2, с каждым годом занятость как должностями, так и физическими лицами увеличивается.

Таблица 2 - Штаты филиала ЦСЭЭ по Зеленовскому району за 2011-2013 годы

Годы	Филиал ЦСЭЭ по Зеленовскому району					
	Всего должностей	Занято				физ. лица
		Должностей	Абс.	%	Абс.	
2011	42,0	37,0	37	88,1	88,1	
2012	43,5	41,0	41	94,3	94,3	
2013	42,5	41,5	42	97,6	98,8	

Основные показатели экспертной деятельности.

Одним из приоритетных пунктов в деятельности филиалов ЗКО ЦСЭЭ является выполнение государственного заказа на проведение лабораторных исследований и инструментальных замеров. Об объёмах основной деятельности и показателю результативности проведенных исследований лабораториями филиала ЗКО ЦСЭЭ по Зеле-

новскому району можно судить по таблице 3.

По санитарно-химическим исследованиям количество проб увеличилось на 1888 единиц в 2013 году (5291 проб), по сравнению с 2011 годом (3403 проб).

В бактериологической лаборатории на территории Зеленовского района в 2013 году было проведено наименьшее количество экспертиз и составило 12160 проб, что на 6908 проб меньше чем в 2011 году (19068 проб).

Таблица 3 – Санитарно-химические и лабораторные исследования проб за 2011-2013 годы

Виды лабораторных исследований	2011 год		2012 год		2013 год	
	всего исследовано проб, единиц	из них не отвечает требованиям НД	всего исследовано проб, единиц	из них не отвечает требованиям НД	всего исследовано проб, единиц	из них не отвечает требованиям НД
Санитарно-химические исследования	3403	138	3797	136	5291	191
Бактериологические исследования	19068	350	17450	557	12160	316

Как один из основных показателей работы, процент положительных результатов от общего количества санитарно-химических исследований, за 2011-2013 годы превышает

среднеобластной, и с 2011 года снижается с 4,1% до 3,6%, что наглядно показано на рисунке 1.

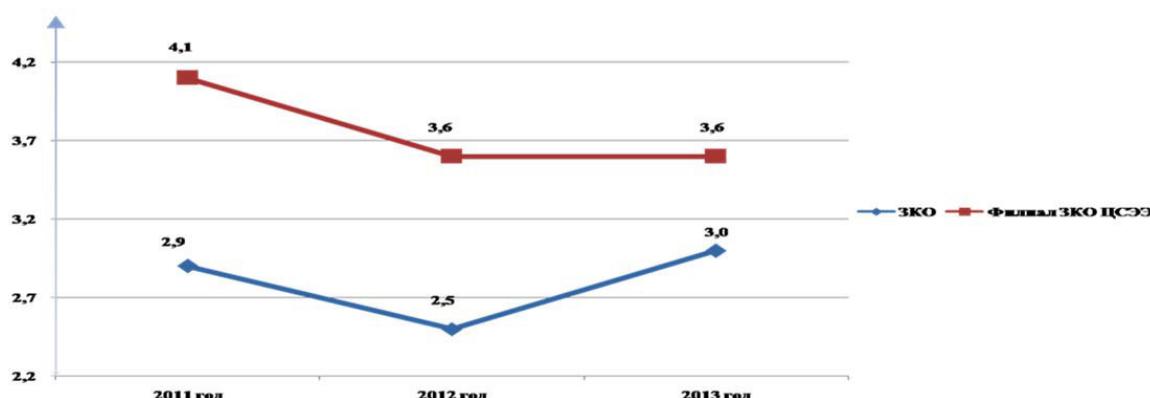


Рисунок 1 - Удельный вес проб несоответствующих НД по санитарно-химическим исследованиям за 2011-2013 годы, в %

Ниже среднеобластного показателя процент нестандартных проб, исследованных в бактериологической лаборатории Зеленов-

ского района, и составлял в 2013 году 2,6% (2012год- 3,2%) (Рисунок 2).

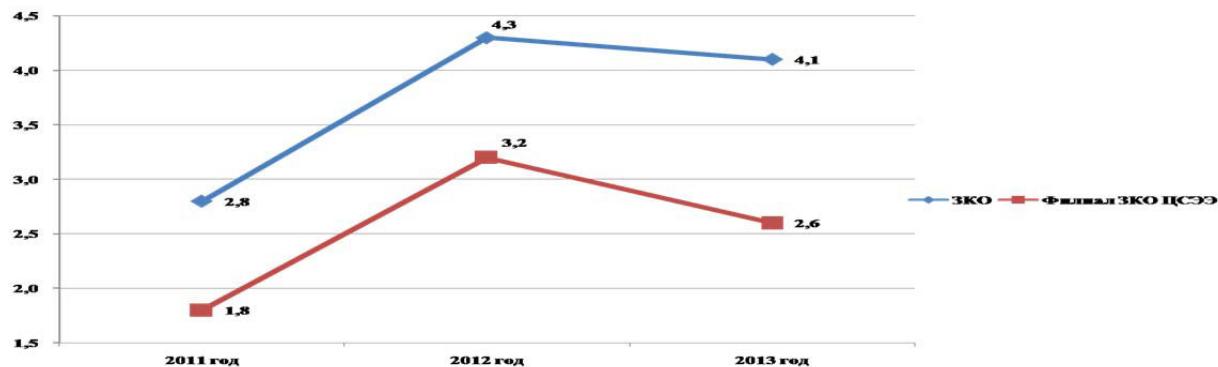


Рисунок 2 - Удельный вес проб несоответствующих НД исследованных в бактериологической лаборатории за 2011-2013 годы, в %

Количество исследований в паразитологической лаборатории в 2013 году по сравнению с 2011 годом, снижается на 2305 исследова-

ний, однако, увеличилась доля исследований, не отвечающих требованиям НД (таблица 4).

Таблица 4 – Количество выполненных исследований в паразитологической лаборатории за 2011-2013 годы

	2011 год		2012 год		2013 год	
	Выполнено исследований, единиц	В т. ч. положительных	Выполнено исследований, единиц	В т. ч. положительных	Выполнено исследований, единиц	В т. ч. положительных
Паразитологическая лаборатория						
Зеленовский район	5860	38	6343	84	3555	59

На рисунке 3 показан процент положительных результатов исследований в паразитологической лаборатории, который еже-

годно увеличивается, и в 2013 году в 2,8 раза превышает показатели по сравнению с 2011 годом.

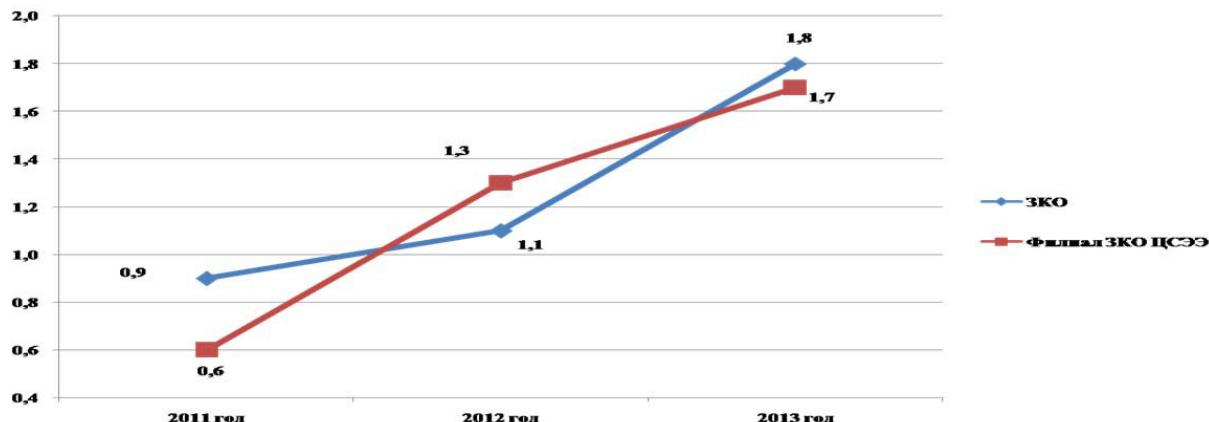


Рисунок 3 - Удельный вес положительных исследований в паразитологической лаборатории за 2011-2013 годы, в процентах

Одним из видов деятельности филиала ЦСЭЭ является лабораторное сопровождение, с целью поиска путей передачи и источника инфекции, при проведении противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний по первичным экстренным извещениям. На рисунке 4 видно, что по Зеленовскому району удельный вес охваченных очагов с применением лабораторных методов исследования в 2013

году, по сравнению с 2012 годом, снизился почти в 2 раза (1,8 раз). Охват лабораторным обследованием в 2011 году составлял менее 10% очагов инфекционных заболеваний, в 2012 году каждый четвертый очаг обследован лабораторно, и в 2013 году каждый седьмой очаг соответственно. Также видно, что выходы для обследования очага выполнялись не на 100%.

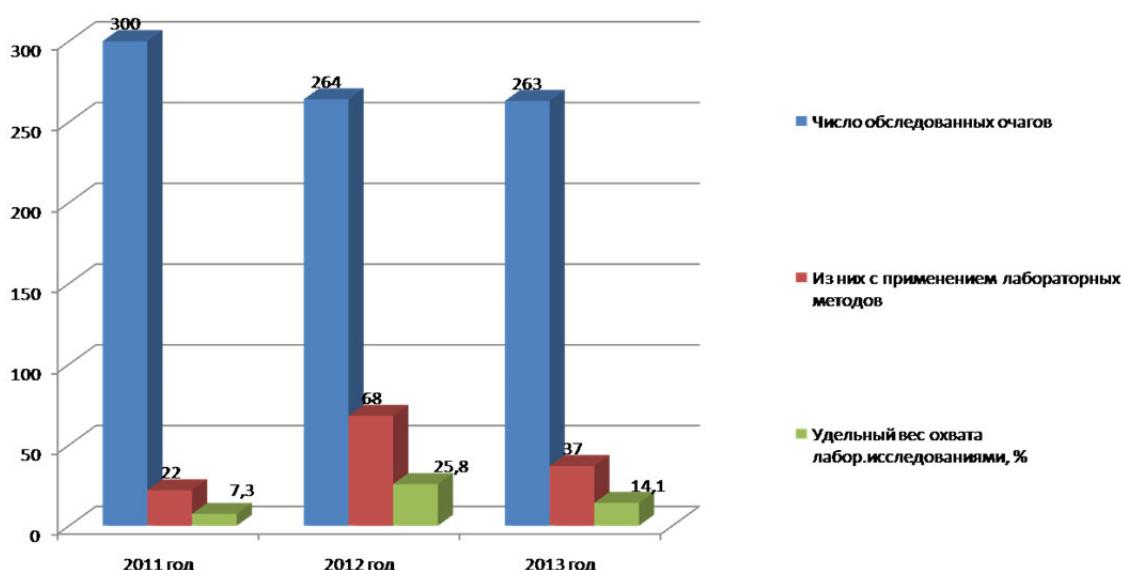


Рисунок 4 - Удельный вес охвата инфекционных очагов лабораторным обследованием за 2011-2013 годы

В таблице 5 показаны некоторые мероприятия, проведенные в инфекционных очагах, где отмечается, что по сравнению с 2012 годом в 2013 году число обследованных контактных лиц снижено в 4,5 раза, а также число отобранных смызов и продуктов питания.

Наименьшее количество исследований

питьевой воды из очагов инфекционных заболеваний отмечается в 2011 году, а в 2013 году (40) ниже, чем в 2012 году (44). В результате этого, предполагается, что в менее чем 10% очагов выявляются пути передачи и источники инфекций, и положительная динамика здесь не наблюдается.

Таблица 5 – Мероприятия в инфекционных очагах за 2011-2013 годы по Зеленовскому району

Годы	Число очагов всего, единиц	обследованных из них с применением лабораторных методов	в т. ч.:		лабораторно исследовано, единиц					Заключительных дезинфекций, единиц	Обследовано лиц, контактирующих по заболеванию	Выявлено источников инфекции					
					вода питьевая	продукты питания	прочие	смызы									
			число проб, всего	в т.ч. не соответствуют гигиеническим нормативам	число проб, всего	в т.ч. не соответствуют гигиеническим нормативам	число проб, всего	в т.ч. обнаружен возбудитель	число проб, всего	в т.ч. положительных							
2011	320	300	22	19	2	34	2	2	0	550	0	134	0	103	3	19	227
2012	287	264	68	44	1	144	1	8	0	775	3	112	0	471	3	19	247
2013	289	263	37	40	4	57	2	0	0	445	21	92	10	285	2	20	313

Немного более благополучная обстановка с паразитарными заболеваниями, так в 2011 году охвачено лабораторным методом 62%

очагов, однако в 2012 и 2013 годах наблюдается снижение охвата, 60% и 40% соответственно, что отражено на рисунке 5.

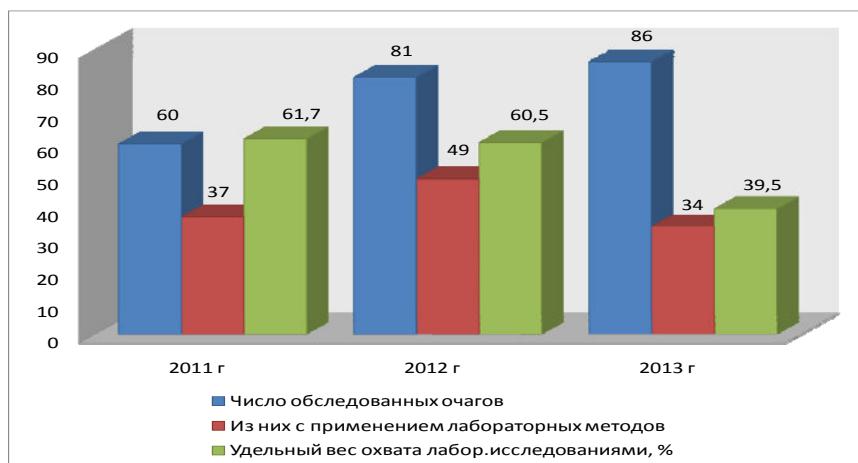


Рисунок 5 - Удельный вес охвата очагов паразитарных заболеваний лабораторным обследованием за 2011-2013 годы

При проведении противоэпидемических мероприятий в очагах необходимо применять лабораторные исследования в 100% случаях. Положение на сегодня настораживает. Не имея на руках данные результатов лабораторных исследований, мы зачастую не

знаем с чем нам бороться.

Как видно из таблицы 6, ежегодно увеличивается охват заключительной дезинфекцией очагов паразитарных заболеваний, а число обследованных контактных лиц, смызов, овощей и фруктов, почвы снижается.

Таблица 6 – Мероприятия в очагах паразитарных заболеваний за 2011-2013 годы по Зеленовскому району

Годы	выполнено исследований, единиц															Выполнено дезинфекций, единиц	
	контактные лица			вода			овощи и фрукты			почва			смызы				
	всего обследовано лиц	в т.ч. с положительными результатами	число проб	в т.ч. с положительными результатами	число проб	в т.ч. с положительными результатами	число проб	в т.ч. с положительными результатами	число проб	в т.ч. с положительными результатами	число проб	в т.ч. с положительными результатами	всего очагов обработано, единиц	в т.ч. с применением дезинфекционной камеры			
2011	60	60	37	808	17	17	0	30	0	41	0	430	2	11	1	21	3
2012	125	81	49	645	9	14	0	25	0	33	0	400	0	16	0	31	2
2013	136	86	34	580	18	0	0	17	0	30	0	315	4	25	3	49	2

Результаты анкетирования сотрудников районных филиалов ЦСЭЭ и УЗПП

Было проведено анкетирование, направленное на изучение мнения сотрудников филиалов ЗКО ЦСЭЭ, УЗПП по Зеленовскому, Зеленовскому №1, Акжайкскому, Бурлинскому, Каратобинскому районов об эффективности деятельности районных филиалов ЦСЭЭ и других характеристиках работы.

Для оценки мнения среди опрошенных

специалистов ЦСЭЭ, относительно объёма исследований и измерений в рамках государственного заказа, более половины (51,5%) отметили, что объём уменьшился, 21,2 % отметили существенное на 25 % и более увеличение, 9,0 % указали на несущественное менее чем на 25 % увеличение, 6% и 12 % затруднились или оставили без ответа данный вопрос (Рисунок 6).

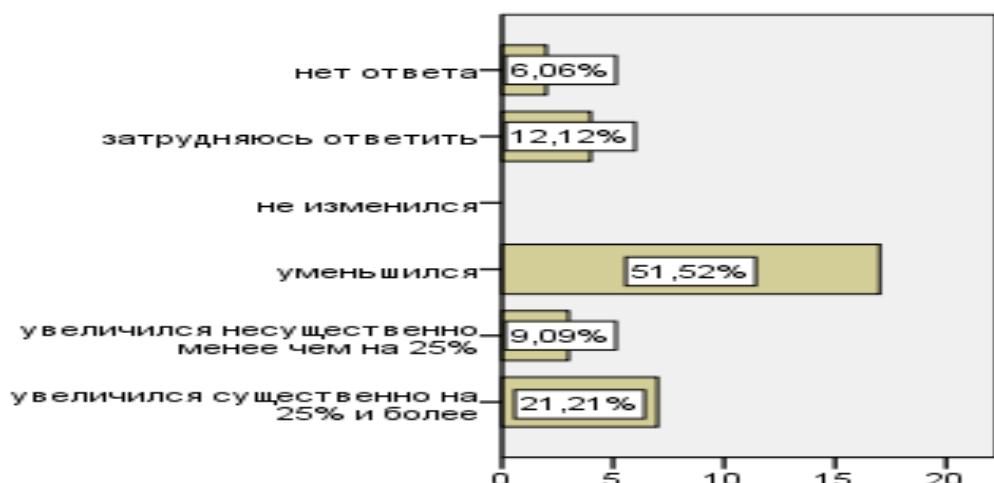


Рисунок 6 – Распределение анкетируемых ЦСЭЭ по мнению относительно объёма исследований и измерений в рамках государственного заказа за 2011-2013 годы

На вопрос об обеспеченности филиала современным оборудованием и аппаратурой, специалисты ЦСЭЭ ответили следующее: то что оснащение лаборатории достаточно

современное отметили 66,7%, недостаточно современное – 30,3%, затруднились ответить -3,0%. В том, что оборудование устаревшее не отметил никто (Рисунок 7).

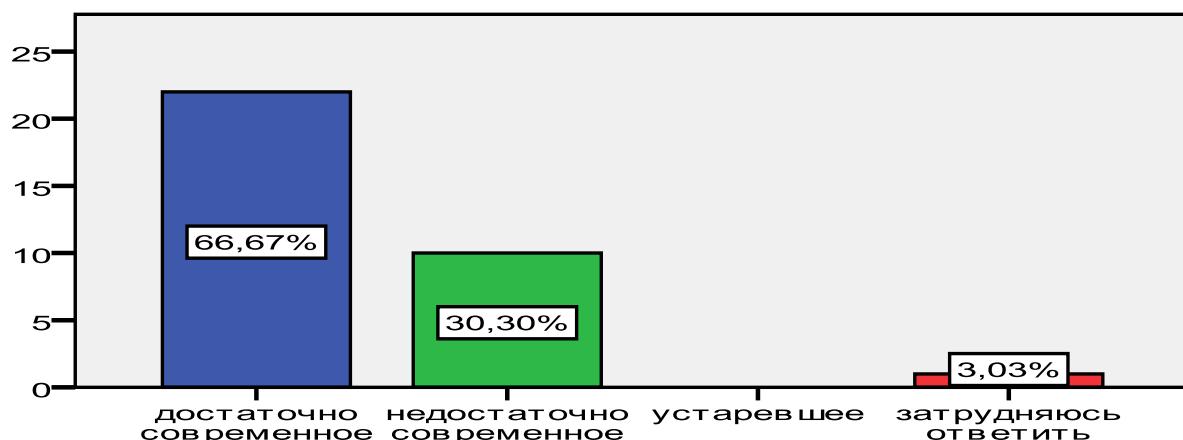


Рисунок 7 – Распределение сотрудников ЦСЭЭ по оценке обеспеченности филиала современным оборудованием и аппаратурой

Осуществление на должном уровне взаимодействия лаборатории филиала ЦСЭЭ с УЗПП является одной из существенных сторон в решении вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия. В связи с этим, весьма актуальным является вопрос деятельности ЦСЭЭ, основной задачей которого является лабораторное обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Оценивая уровень взаимодействия специалистов ЦСЭЭ, 46,7% респондентов среди

сотрудников УЗПП подсчитали высокоразвитым, недостаточно развитым 1/3 респондентов, неразвитым считают 3,3% (Рисунок 8).

Иная ситуация складывается среди опрошенных специалистов ЦСЭЭ: 36,3% опрошенных считали высокоразвитым взаимодействие лаборатории ЦСЭЭ с УЗПП, 54,5% респондентов – недостаточно развитым, и не развитым считают 3,0% (Рисунок 9).

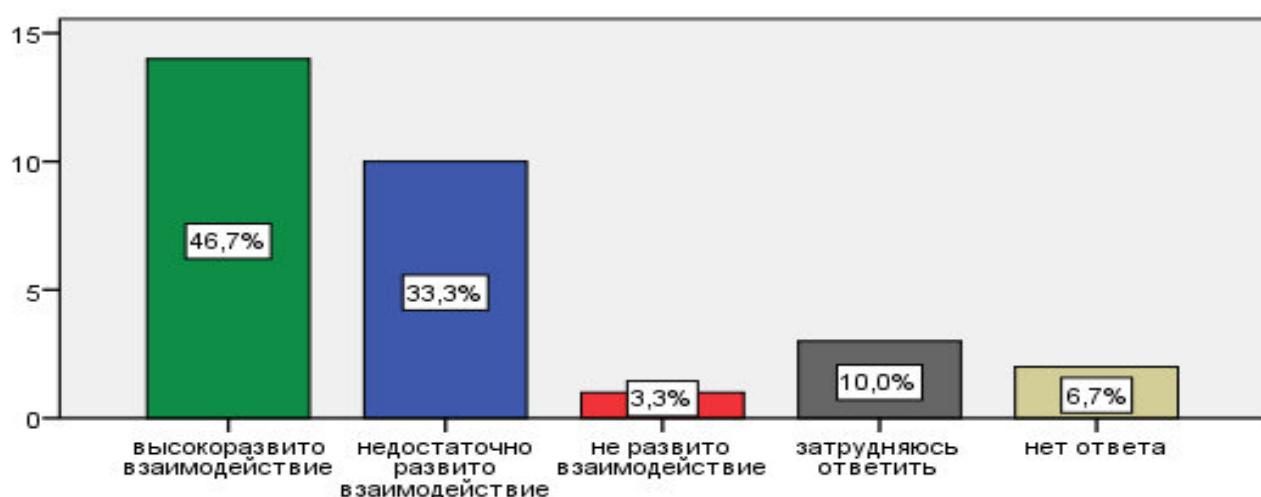
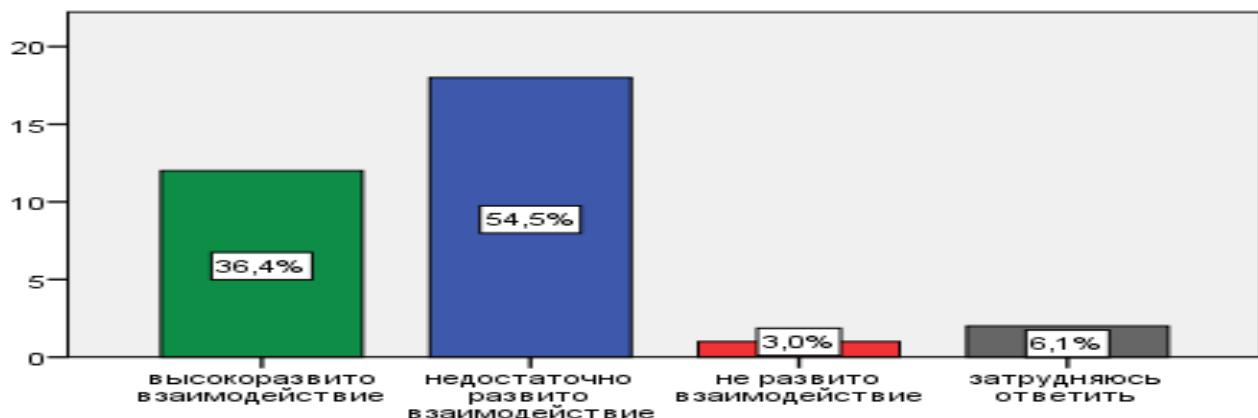


Рисунок 8 – Оценка уровня взаимодействия сотрудников ЦСЭЭ с УЗПП
(по мнению УЗПП)



Результаты. В данной работе изучены некоторые, на наш взгляд, важные моменты деятельности районных филиалов ЦСЭЭ, оказывающих влияние на санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Значимыми оказались мнения среди опрошенных сотрудников филиалов ЗКО ЦСЭЭ и УЗПП по следующим моментам:

Более половины (51,5%) опрошенных специалистов ЦСЭЭ, указали на уменьшение объёма исследований и измерений в рамках государственного заказа за последние 3 года;

Только 2/3 (66,6%) сотрудников филиала ЦСЭЭ считают, что лаборатории обеспечены достаточно современным оборудованием и аппаратурой;

Среди специалистов ЦСЭЭ, более половины (54,5%), и среди сотрудников УЗПП одна треть (33,3%), подсчитали недостаточным уровень взаимодействия между ЦСЭЭ и УЗПП;

По показателям деятельности филиала ЗКО ЦСЭЭ по Зеленовскому району за 2011-2013 годы видна следующая картина:

Отмечается малый охват обследованием, лабораторными исследованиями, и заключительной дезинфекцией очагов инфекционных заболеваний, только в каждом седьмом очаге в 2013 году полностью проведены противоэпидемические мероприятия;

По очагам паразитарных заболеваний - в 2013 году только 40% охвачены лабораторными методами, однако в течение 3 лет число обследованных контактных лиц, смывов, овощей и фруктов, почвы ежегодно снижается;

Количество проб исследованных в бактериологической лаборатории филиала за 3 года, снижается. Ниже среднеобластного показателя процент нестандартных проб, исследованных в бактериологической лаборатории Зеленовского района. При внешнем лабораторном контроле в 2013 году 82% проб не соответствуют требованиям нормативных документов;

По санитарно-химическим исследованиям отмечается превышение среднеобластного показателя по положительным результатам среди проб.

С каждым годом занятость, как должностями, так и физическими лицами в штате филиала увеличивается;

Более четверти оборудования и аппаратуры в филиале ЦСЭЭ устарело. За 2013 год, ситуация по обновлению парка не изменилась, не приобретено ни одного нового оборудования и аппаратуры;

Выводы: За последние 3 года объём исследований в рамках госзаказа практически по всем видам лабораторной деятельности характеризуется неравномерностью и существенным снижением. Данное обстоятельство отмечают 52 % опрошенных специалистов ЦСЭЭ.

Материально-техническая база районного филиала ЦСЭЭ характеризуется изношенностю оборудования и его дальнейшим старением, требует обновления. Необходимость обновления оборудования подтверждается и мнением 30% специалистов ЦСЭЭ.

Существенно возросла и приблизилась к максимально возможной укомплектованность штатных должностей филиала ЦСЭЭ.

Лабораторными исследованиями охвачены в среднем 54% очагов паразитарных заболеваний и 16% очагов инфекционных заболеваний, что обусловлено ограниченными возможностями лаборатории.

Более половины сотрудников ЦСЭЭ (54%) и каждый третий специалист управления по защите прав потребителей (33%) отмечают недостаточно развитый уровень внутрисекторального взаимодействия между данными подразделениями службы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сергалиев Т. С., Махнева Г. П., Тусупбеков С. Д., Джакетаева Ш. Д., Абдрахманов К. Т., Жаналина Г. А., Алышева Н. О., Омар-

жанова Б. А., Касимова К. К. Современные технологии в деятельности санитарно-эпидемиологической службы РК//«Актуальные вопросы сельского здравоохранения» Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 15-летию службы формирования ЗОЖ 4-5 апреля 2013 г., Караганда, 2013. - С.205

2. Ашрепова С.О. Система лабораторного обеспечения государственного санитарно-эпидемиологического надзора на региональном уровне//Гигиена труда и медицинская экология.- Караганда, 2011. - №1 (30),- С.81-85

3. Абикеева Р.И. Роль санитарно-эпидемиологической экспертизы в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения Карагандинской области// Гигиена труда и медицинская экология.- Караганда, 2011. - № 3 (32), - С.71-79

4. Сраубаев Е.Н., Белоног А.А. Руководство по санитарной экспертизе в области гигиены труда. – Караганда, 2008. – 562 с.

5. Указ Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы.

ТҮЙИН

Санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы халық саулығының зертханалық және аспапты зерттеулер саласы бойынша қызмет атқару барысында барлық көлемді игеріп орындайды. Аудандық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығының бөлімшелері мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізу барысында дәлелді негіз ретінде маңызды рөл атқарады.

Тірек сөздер: Аудандық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығының бөлімшесі, санитарлық-эпидемиологиялық саулық, тұтынушылар құқығын қорғау басқармасы.

SUMMARY

Centers sanitary-epidemiological expertise in the implementation of activities in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population carry the entire volume of laboratory and instrumental investigations. Regional branches of the center of sanitary-epidemiological expertise play a significant role in the evidence base during state sanitary and epidemiological surveillance.

Key words: district branch center sanitary-epidemiological expertise, sanitary and epidemiological welfare, office of consumer protection.

УДК 614.31:613.28/.29:664.8.035:543.544.52

**А.С. АМИРОВА, З.Т. БАЙСАЛБЕКОВА, А.М. МЕШЕЛЕВА,
У.М. КАЗЫБЕКОВ, Н.Б. КЕНЕНБАЕВА**

Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, г. Алматы

ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕНЗАПИРЕНА В ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТАХ МЕТОДОМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЙ ЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ

Аннотация

Проведение лабораторного контроля по определению содержание бензапирена в копченых пищевых продуктах является очень важным и необходимым при осуществлении контроля на пищевых предприятиях.

Ключевые слова: бензапирен, копченые пищевые продукты, результаты исследования содержания бензапирена.

Бензапирен - искусственное химическое вещество, член рода полициклических углеводородов, соединение высшего класса опасности. Бензапирен представляет собой обычный канцероген химического свойства, опасный для человека в самых малых по дозе концентрациях, так как обладает функцией накаливания в естественной среде организма. Кроме того, он имеет мутагенные свойства, способен вызывать мутации на генном уровне.

Ученые со всего мира проводили специальные опыты в лабораториях с бензапиреном на животных, и эти испытания подтвердили, что это вещество имеет способность проникать внутрь организма через кожный покров, желудочно-кишечный путь, органы дыхания, и, наконец, самое страшное - это то, что он может также проникнуть и через плаценту в организм ребенка, в утробе матери. Ученые протестировали все вышеописанные варианты передачи бензапирена в организм подопытных животных, и в каждом случае получилось, что он способен вызывать развитие и эволюцию злокачественной раковой опухоли у всех объектов исследования. Бензапирен способен усваиваться в организме, и помимо этого, он является химически устойчивым веществом, мигриру-

ющим из одних субъектов в другие.

Одним из широко распространенных источников бензапирена является процесс горения практически всех видов горючих материалов. Бензапирен присутствует в дымовых газах, копоти и саже, оседающих в дымоходах и на поверхностях, имевших контакт с дымом, точнее в смолистых веществах, содержащихся в продуктах горения. В окружающей среде накапливается преимущественно в почве, меньше в воде. В пищевых продуктах (в зерне, копченых мясных и рыбных продуктах, копченых консервах и пресервах) допустимый уровень бензапирена составляет не более 0,001 мг/кг.

Метод измерения основан на экстракции бензапирена из анализируемых по методике объектов гексаном, предварительно обработанного спиртовым раствором едкого калия, выделение фракции полициклических ароматических углеводородов, содержащей бензапирен, очистке полученной фракции от мешающих примесей на колонке с сефадексом и в тонком слое ацетилированной целлюлозы с последующим количественным определением выделенного бензапирена высокоеффективной жидкостной хроматографией или спектрофлуориметрией при комнатной температуре. Диапазон опреде-

ляемых величин массовой доли бензапирена в анализируемых продуктах при использовании метода высокоэффективной жидкостной хроматографии 0,0001-0,002 мг/кг.

Оптимальный диапазон определяемых массовых концентраций бензапирена в растворе при использовании метода высокоэффективной жидкостной хроматографии составляет 0,01-0,02 мкг/см³, при использовании метода спектрофлуориметрии - 0,02-0,2 мкг/см³. Эти методы регламентируются в стандарте ГОСТ Р 51650-2000 г. и СТ РК 1502-2006 г. «Продукты пищевые методы определения массовой доли бензапирена», «Определение бензапирена в зерне, копченых мясных и рыбных продуктах методом ТСХ». Принцип метода заключается в том, что подготовленный образец вносится через систему ввода (инжектор) в поток растворителя (подвижной фазы), создание такого потока обеспечивается системой подачи растворителя, состоящей из одного или нескольких прецизионных насосов высокого давления. С потоком подвижной фазы образец переносится в хроматографическую колонку, заполненную частицами неподвижной фазы с размером от 5 до 100 мкм. При прохождении образца через колонку происходит разделение на компоненты, при котором образуются отделенные друг от друга хроматографические зоны. Разделенные хроматографические зоны элюируются из колонки через один или несколько детекторов, сигнал которых усиливается и регистрируется компьютером в виде хроматографических пиков. Основной целью хроматографического про-

цесса является разделение анализируемых веществ.

На базе нашей лаборатории в 2013 г. было проведено исследование на содержание бензапирена 108 проб, в исследованных копченых пищевых продуктах превышение предельно допустимой концентрации (ПДК) не обнаружено.

Использование в практике работы лаборатории методов высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) с применением жидкостного хроматографа фирмы «Шимадзу LG-20» дает возможность с достаточной точностью провести исследование и получить информацию о наличии и количестве бензапирена в пищевых продуктах.

ТҮЙИН

Тағам өнімдерін зерттеуде газохроматографиялық әдісті қолдану арқылы бензапиреннің микроконцентрацияларын табуға болады және олардың көрсеткіштері нормативтік көрсеткіштен едәүір тәмен деңгейде екені анықталған.

Тірек сөздер: бензапирен, ысталған азық-тұлік өнімдері, бензапиреннің құрамының зерттеу нәтижелері.

SUMMARY

Definition of benzopyrene in foods by high performance liquid chromatography can detect and identify with trace benzopyrene and determined that their refractive index lower than the standard

Key words: benzopyrene, smoked foods, the study content of benzopyrene.

УДК 614.2:614.881(574.3)

С.Ж. ШАЙДАРОВА

Поликлиника № 4, г. Караганда

РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НА ПРИМЕРЕ КГП «ПОЛИКЛИНИКА № 4 г. КАРАГАНДЫ»

Аннотация

В статье изложен опыт внедрения инновационных методов оказания первичной медико-санитарной помощи населению в соответствии с международными стандартами. В поликлинике №4 осуществляется принцип свободного выбора врача населением, развиваются стационаро-замещающие технологии. Большое внимание уделяется выполнению скрининговых программ, проведению профилактических осмотров. Внедрена дифференцированная оплата труда медицинских работников по комплексному подушевому нормативу, непрерывно совершенствуется профессиональный уровень врачей и медсестер. Постоянно улучшается лекарственное обеспечение в рамках гарантированного объема медицинской помощи, широко используются новые информационные технологии. Проводимые мероприятия существенно повышают качество оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Ключевые слова: первично медико-санитарная помощь, скрининговая программа, комплексный подушевой норматив, стационарозамещающие технологии.

Президент РК в ежегодном Послании народу Казахстана от 17.01.2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», определил дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи как одно из приоритетных направлений здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь представляет собой первый уровень контакта населения с системой здравоохранения, первый этап непрерывного процесса охраны здоровья, который дополняется далее службами специализированной медицинской помощи [1].

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), по определению ВОЗ, является ядром национальной системы здравоохранения, выступает в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, т. к. выполняет главную её функцию.

Приоритетное развитие первичного звена здравоохранения обусловлено тем, что именно эта служба должна обеспечить гарантирован-

ный минимум медицинской, психолого-социальной помощи, доступность и комплексность медицинского обслуживания, координацию с другими службами здравоохранения, непрерывность наблюдения за ведением пациентов в различных ЛПУ, информированность пациентов об их состоянии, методах лечения, ожидаемых результатах [2].

В целях повышения доступности, эффективности и качества амбулаторно-поликлинической помощи проводится комплексное совершенствование, разработка и внедрение рациональных форм и методов оказания первичной медико-санитарной помощи, отвечающей международным стандартам [3]. Меняется содержание оказываемой помощи из узкомедицинского – к комплексному медико-социальному воздействию, с ориентацией на здорового активного человека, на семейный принцип обслуживания с выраженной профилактической направленностью.

Для дальнейшего совершенствования финансирования амбулаторно-поликлиничес-

ской помощи, КГП «Поликлиника №4 г. Караганды» с 2013 года участвует в pilotном проекте по внедрению оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому нормативу (КПН), согласно приказа МЗ РК №519 от 01.08.2012 года [4]. С 2014 года данный проект будет внедрен по всей стране.

Главная цель комплексного подушевого норматива (КПН) – повысить ответственность врачей первичного звена за состояние здоровья прикрепленного населения, обеспечить мотивацию врачей к улучшению качества медицинской помощи. В связи с этим разработан механизм увеличения расходов на службу ПМСП и профилактику заболеваний, а также сокращения необоснованных лабораторно-диагностических и консультативных услуг. Введение КПН предусматривает внедрение семейной медицины, обязательное повышение квалификации и увеличение количества врачей общей практики, делегирование части функций от профильных специалистов к врачам общей практики и от врачей к медицинским сестрам [5].

Для достижения поставленных целей наиболее значимым среди указанных показателей, является развитие института общей врачебной практики, с целью сокращения числа посещений узких специалистов, повышения качества первичной медико-санитарной помощи [6].

Мировая практика показывает, что ключевой фигурой в системе ПМСП является врач общей практики (ВОП) или семейный врач. В нашей поликлинике удельный вес врачей общей практики с каждым годом растёт (в 2011 году – 11 ВОП (28%), в 2012 году – 16 ВОП (43%), в 2013 году – 22 ВОП, что составляет 71% от общего количества врачей ПМСП. Планируется до конца 2014 года довести количество ВОП до 90% от количества врачей ПМСП.

Специфика деятельности ВОП требует расширенной оптимальной профессиональ-

ной подготовки для оказания комплексной медицинской помощи. В связи с этим в реформировании ПМСП особое значение придается разработке и внедрению новых эффективных образовательных технологий и стандартов для ВОП. Для определения уровня подготовленности медицинских работников в поликлинике:

- составлены профессиограммы для медицинских сестёр и врачей;
- разработаны рейтинговые оценки по индикаторам процесса и результата;
- ежемесячно проводятся тестирования медицинских работников на знание вопросов оказания медицинской помощи по социально- значимым заболеваниям;
- продолжается работа по усовершенствованию системы непрерывного профессионального развития кадров. Согласно плана мероприятий, утвержденного Министерством здравоохранения Республики Казахстан от 18 июля 2012 года «Об утверждении Дорожной карты по совершенствованию функциональных обязанностей специалистов первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» и составленному графику проводится повышение квалификации участковых врачей ПМСП по 8 приоритетным направлениям (кардиологии, неврологии, нефрологии, гастроэнтерологии, офтальмологии, эндокринологии, оториноларингологии, пульмонологии) [7]. В 2013 году организованы курсы для ВОП по кардиологии, эндокринологии, неврологии. Обучение проводится также каскадным методом на рабочем месте. Только за 2013 год 46 врачей и 66 СМР прошли обучение на 346 курсах повышения квалификации, лекциях, мастер – классах, семинарах, конференциях. В среднем каждый врач и медицинская сестра прошли обучение по 3 курсам.

С целью повышения роли СМР и делегирования функций от ВОП к участковым медицинским сестрам:

- осуществляется отбор высококвалифи-

цированных средних медицинских работников по результатам «профессиограмм»;

- наиболее опытные из них ведут самостоятельный прием пациентов, осуществляют обслуживание вызовов на дому и активное посещение пациентов;

- согласно программе «Обеспечение безопасной беременности» продолжается самостоятельный приём акушерками беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности.

Продолжается работа по созданию модели взаимоотношений «мотивированный сотрудник и удовлетворенный пациент». Эта модель повышает уровень удовлетворенности населения качеством оказываемых медицинских услуг и заинтересованности врача в конечных результатах своей работы.

Согласно разработанной рейтинговой оценки труда по индикаторам процесса для каждого сотрудника и ежемесячному мониторингу показателей, проводится дифференцированная оплата, через стимулирующий компонент подушевого норматива. Это позволяет создать конкурентную среду, повышает престиж медицинских работников и соответственно, влияет на удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

Таким образом, в амбулаторно-поликлинической службе появился важный мотивационный рычаг поощрения труда медицинских работников за улучшение качества предоставляемых медицинских услуг населению, возможность ежемесячного поощрения за качественную работу.

В целом, работа с применением комплексного подушевого норматива повышает эффективность использования финансовых ресурсов, выделяемых на ПМСП, повышает уровень квалификации и профессиональной подготовленности врачей ВОП и медицинских медсестер, а также уменьшает нагрузку на врачей профильных специальностей.

В поликлинике внедряется один из основ-

ных принципов ЕНСЗ по предоставлению пациенту права свободного выбора врача и медицинской организации [8]. Только за 2013 год, правом свободного выбора медицинской организации по прикреплению к поликлинике воспользовалось – 1974 человека.

Эффективно развиваются стационарозамещающие технологии, обеспечивающие эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации [9]. В условиях дневного стационара нашей поликлиники в 2013 году прошли лечение 3710 пациентов, в стационарах на дому - 1298 пациента. В целом отмечается рост стационарозамещающих технологий на 1,35%, по сравнению с предыдущим годом.

Система здравоохранения в Республике Казахстан до недавнего времени была ориентирована на лечение болезней, а не на их профилактику. 75% расходов ГОБМП тратилось на оказание специализированной и скорой медицинской помощи и только 25% - на первичную помощь. Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. предполагает значительное смещение акцента со специализированной медицинской помощи на профилактические мероприятия, оказываемые на уровне ПМСП.

В поликлинике с 2011 года организовано отделение профилактики и социально-психологической помощи.

Специалисты отделения профилактики и социально-психологической помощи оказывают профилактические услуги в рамках ПМСП, социальные и психологические услуги населению в амбулаторных условиях и на дому.

Социальные работники проводят контроль за состоянием здоровья долгожителей на дому, осуществляют доставку бесплатных лекарственных средств, медицинский уход нуждающимся пациентам, по мере необходимости организуют госпитализацию в стационар, приглашают на дом для консуль-

тации профильных специалистов и психологов, обучают родственников правилам ухода за больными, помогают в решении вопросов социального характера и многое другое.

В отделении профилактики и социально-психологической помощи функционируют школы здоровья: кабинет планирования семьи, кабинет безопасной беременности, кабинет здорового ребенка, молодежный центр, антитабачный центр, школа сахарного диабета, коронарный клуб, школа бронхиальной астмы, клуб активного долголетия. Их деятельность ориентирована на:

1. Снижение уровня запущенных случаев социально значимых заболеваний – БСК, сахарного диабета, туберкулёза, онкозаболеваний и т.д.

2. Снижение уровня госпитализаций в круглосуточные стационары

3. Снижение количества вызовов скорой медицинской помощи

В школах здоровья и клубах опытные специалисты проводят занятия по профилактике заболеваний, обучение по методикам дыхательной гимнастики, лечебной физкультуре, по программе ИВБДВ, грудного вскармливания, безопасной беременности. Пациенты получают информацию по режиму питания, закаливанию, по ведению активного здорового образа жизни и т.д. За 213 год школы здоровья поликлиники посетило 5447 пациентов.

Работа по формированию здорового образа жизни и солидарной ответственности населения проводится также, через средства массовой информации, сайт поликлиники, путем проведения широкомасштабных акций, участие медицинских работников в телепередачах, транслирование видеороликов, распространение информационно-образовательных материалов (плакатов, буклетов, листовок, брошюр), маршрутное телевидение и др.

Результатом профилактической работы стало увеличение доли обращений пациен-

тов с профилактической целью на 22%, по сравнению с предыдущим годом.

Одно из наиболее важных профилактических направлений медицинской деятельности поликлиники является проведение профилактических скрининговых осмотров, которые входят в гарантированный объём бесплатной медицинской помощи.

Основной целью проведения профилактических скрининговых осмотров целевых групп населения является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья [10] (ст. 155 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения»).

В настоящее время, согласно Национальной скрининговой программе проводятся скрининги на раннее выявление болезней системы кровообращения, сахарного диабета, глаукомы, злокачественных новообразований, предопухолевых заболеваний молочной железы, шейки матки, толстой и прямой кишки, на вирусные гепатиты В и С. Перечень и объём скрининговых обследований ежегодно расширяется. С 2014 года КГП «Поликлиника №4 г. Караганды» участвует в pilotном проекте по внедрению скрининговых исследований на раннее выявление рака простаты, рака печени, рака пищевода и желудка.

План Национальной скрининговой программы в нашей поликлинике в 2013 году выполнен на 100%. Все вновь выявленные пациенты с хроническими заболеваниями и/или перенесшие отдельные острые заболевания взяты на диспансерный учёт и динамическое наблюдение, проводится их оздоровление.

Ежегодно увеличиваются затраты на гарантированный объём бесплатной медицинской помощи, расширяется его перечень [11,12].

Улучшается лекарственное обеспечение,

согласно «Перечню лекарственных препаратов, для бесплатного обеспечения населения в рамках ГОБМП на амбулаторном уровне [9]».

Пациенты, состоящие на диспансерном учете с определенными заболеваниями, указанными в перечне, имеют право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами - всего 152 наименований лекарственных средств, по 44 заболеваниям. На диспансерный учет пациенты берутся после проведения обследования в полном объеме с подтверждённым диагнозом [13,14].

Улучшается материально-техническое оснащение ПМСП. За период внедрения ЕНСЗ в поликлинике:

- оборудовано 7 кабинетов ВОП и 3 кабинета доврачебного приёма;
- закуплены: аппарат суточного мониторинга ЭКГ и АД, тредмил система, оказывающая кардиологическую помощь (электрокардиограф, беговая дорожка), стоматологическая установка, дентальный рентген аппарат, камера для хранения стерильных инструментов, УЗИ аппарат, гастро-фиброскоп, ЭКГ, тонометры внутрглазного давления, акутренды для измерения уровня глюкозы и холестерина крови экспресс методом, лобные рефлекторы, таблицы для измерения остроты зрения, весы, ростомеры, вибромассажер.

В рамках ЕНСЗ в настоящее время в активной фазе находится реализация Единой информационной системы здравоохранения (е-здравоохранение), призванное улучшить качество оказываемой медицинской помощи за счет снижения бумажного документооборота. Созданы республиканские и региональные электронные порталы, формируются электронные паспорта здоровья населения.

Можно сделать вывод об эффективности предпринимаемых государством реформ по совершенствованию развития амбулаторно-поликлинической помощи в нашей стране, критерием которых является улучшение ка-

чества жизни населения и увеличение продолжительности жизни до 80 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», утвержденный Указом Президента Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113
3. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»
4. Приказ МЗ РК №519 от 01.08.2012 года «О реализации pilotного внедрения оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по комплексному подушевому тарифу»
5. Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 марта 2012 № 395 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года №2131 «Об утверждении государственного норматива сети здравоохранения Республики Казахстан».
6. Приказ МЗ РК от 6 апреля 2012 года №226 «О внесении изменений в приказ МЗ РК от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП».
7. Дорожная карта МЗ РК от 18.07.2012 года «План мероприятий по делегированию функций профильных специалистов врачам общей практики и части врачебных функций участковым медицинским сёстрам»
8. Приказ МЗ РК от 30.12.2010г. № 1000

«О создании и ведении регистра прикрепленного населения к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь»

9. Постановление Правительства Республики Казахстан от 6 декабря 2011 года № 1472 «Об утверждении Правил оказания стационарозамещающей помощи»

10. Приказ МЗ РК №145 от 17.03.2011 г. «О внесении изменений в Приказ и.о. МЗ РК № 685 от 10.11. 2009 г. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп».

11. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении Перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП)»

12. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2010 года № 1363 «О внесении изменений в Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136»

13. Приказ и.о. Министра здравоохранения от 4 ноября 2011 года №786 «Об утверждении перечня лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне с определенными заболеваниями и специализированными лечебными продуктами»

14. Приказ МЗ РК №571 от 14.11. 2005 г. «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний».

ТҮЙН

Мақалада халықаралық стандарттарға сәйкес, халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету барысында инновациялық әдістерді енгізу тәжірибесі көрсетілген. №4 емханада азаматтың дәрігерді еркін таңдау принципі мен стационарды алмастыратын медициналық

көмек көрсету технологияларының дамуы жүзеге асырылуда. Скринингтік бағдарламалалар мен профилактикалық зерттеулерге көп көңіл бөлінеді. Кешенді жан басына шаққандағы нормативі бойынша медициналыққызыметкерлерге сарапанған еңбек ақы төленеді, дәрігерлер мен медбикелердің біліктілік деңгейі артуда. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі аясында дәрілік қамсыздандыру жақсаруда, жаңа ақпараттық технологиялар кең қолданылады. Атқарылып отырған шаралар халыққа медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсету сапасын жоғарлатуда елеулі әсер етеді.

Тірек сөздер: бірінші медициналық-санитарлық көмек, скринингтік бағдарлама, кешенді жандық норматив, стационар таратуши технологиилар.

SUMMARY

The article describes the experience of introducing innovative methods of providing primary health care to the population, in accordance with international standards. The clinic number 4, implement the principle of free choice of doctor, develop inpatient technology. Much attention is given to the implementation of screening programs, conduct checkups. Introduced differentiated pay health workers on integrated capitated , continuously improving the professional level of doctors and nurses. Constantly improving drug provision in the framework of guaranteed health care, widely used new information technologies. Ongoing activities significantly improve the quality of primary health care to the population.

Key words: primary health care, screening program, a comprehensive capitation, inpatient technology.

УДК614:613

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж., ТОКМУРЗИЕВА, Т.И. СЛАЖНЕВА,
Т.К. САЙДАМАРОВА**

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

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ СКРИНИНГОВОЙ ПРОГРАММЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЦЕЛЕВЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Аннотация

В статье описаны методические подходы к основным компонентам комплексной профилактики и сокращения заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний и факторов, способствующих их возникновению. Изложены методические требования к выявлению скрытой патологии при скрининговых обследованиях.

Ключевые слова: скрининги, социально значимые заболевания, профилактика.

Концепция скрининга в здравоохранении, то есть активного выявления болезни или предболезненного состояния у лиц, считающихся или считающих себя здоровыми, в течение XX века быстро распространилась и в настоящее время широко принята в большинстве развитых стран. При правильном использовании скрининг может быть единственным инструментом в профилактике заболеваний [1].

Основными компонентами комплексной профилактики и сокращения заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний, (ХНЗ), а также факторов, способствующих их возникновению, являются:

1. Медицинские профилактические осмотры путем скрининговых обследований отдельных категорий взрослого и детского населения

2. Внедрение алгоритмов пропаганды здорового образа жизни, профилактики факторов риска социально - значимых заболеваний на уровне ПМСП - индивидуальная и групповая профилактика хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой и онкопатологии.

3. Популяционная профилактика с проведением информационно-образовательных кампаний.

4. Проведение научных исследований для разработки экономически обоснованных программ профилактики важнейших социально-значимых заболеваний на различных уровнях оказания первичной медико-санитарной помощи.

5. Мониторинг внедрения скрининговой программы [2].

За пять лет с момента начала реализации национальной скрининговой программы (2008 год) определилась четкая тенденция к положительной динамике как количественных, так и качественных показателей скрининг обследований.

Всем известно, что состояние здоровья населения является индикатором благополучия государства. На сегодняшний день состояние здоровья населения в целом характеризуется как сложное, имеет место высокая смертность в результате сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания. Сохраняется высокий уровень младенческой и материнской смертности. Обращает на себя внимание высокая заболеваемость населения, особенно сельского, его отдельных групп и слоев (молодежь, женщины, дети школьного возраста).

Скрининговые исследования предусматривают применение методики выявления скрытой патологии у большой группы практи-

тически здоровых лиц и должны отвечать следующим требованиям:

1. высокая чувствительность применяемого метода или теста, благодаря чему обнаруживается большинство заболеваний в обследуемой группе при минимальном числе ложноотрицательных заключений
2. высокая специфичность метода, позволяющего исключить большинство здоровых пациентов, у которых нет заболеваний и свести к минимуму число ложноположительных заключений.
3. приемлемая средняя стоимость одного выявленного случая.
4. минимальный вред для здоровья обследуемых.
5. простота эксплуатации и содержания оборудования

Скрининговая программа направлена на раннее выявление и предупреждение развития социально значимых заболеваний, выявление и профилактику факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения. [3]

Проводимый при скрининговых обследованиях «тест-опрос», можно считать весьма перспективным методом обследования, благодаря таким свойствам стандартного опроса, как простота, общедоступность, возможность применения его в различных автоматизированных системах обследования и проведения массовых исследований. При правильном использовании анкет (ф025-08/у – статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента), с хорошо организованной работой по дообследованию выявленных больных эффективность скрининговых осмотров возрастает, особенно, в части выявления поведенческих факторов риска возникновения заболевания. Немаловажным аспектом эффективности скрининга является не только охват обследованием, но и строгий учет тех, у кого обнаружены факторы риска.

Из-за бессимптомного течения заболеваний на ранней стадии многие больные отказываются от дальнейшего наблюдения, и связь с ними утрачивается. В этой связи, требуется проведение разъяснительной работы среди лиц, имеющих факторы риска, относительно важности диспансерного наблюдения, чтобы усилия по выявлению заболеваний на ранних стадиях не оказались напрасными.

Скрининговая программа в Казахстане входит в перечень Государственного объема бесплатной медицинской помощи и все его этапы являются бесплатными для населения.

В Республике, с 2008 года целевой группой для раннего выявления являются заболевания системы кровообращения (БСК); предопухолевые состояния и рак молочной железы; предопухолевые процессы и рак шейки матки (приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»).

С 2011 года приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2011 года «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» введены целевые группы на выявление сахарного диабета, глаукомы, предопухолевой патологии и рака толстой и прямой кишки (колоректальный рак).

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ) является координатором по методическому руководству, координации, мониторингу и анализу результатов проведения скрининговых осмотров. На НЦПФЗОЖ возложена ответственность за мониторинг и анализ результатов выявления поведенческих факторов риска (ФР) и организацию

работы Рабочей группы по научно-методическому обеспечению скрининговой программы [4,5].

За период действия скрининговой программы значительно расширилась информированность населения. В результате планомерного обучения медицинского персонала занятого в проведении скрининговых обследований на уровне первичной медико-санитарной помощи, методической поддержки программы улучшилось качество проведения скрининга целевых групп населения на всех этапах [6].

Специалисты, занятые в скрининговой программе отвечают за организацию и процедуры скрининга; устанавливают и поддерживают взаимосвязь со всеми заинтересованными лечебными организациями и ведомствами. Постоянно осуществляют организацию и проведение информационных кампаний среди прикрепленного населения о необходимости прохождения скринингового обследования. Для повышения посещаемости

стационарных скрининговых осмотров проверяется и уточняется список, на основе которого составляются адресные приглашения доставляемые пациентам подлежащим скрининговому осмотру; проводится работа по мотивированию целевого населения принять приглашение и пройти обследование;

Четкое выполнение своих функциональных обязанностей, взаимодействие всех участников скрининговой программы позволило повысить эффективность программы скрининга в Казахстане

Анализ результатов внедрения скрининговых программ показал, что по мере развития программы удельный вес выявленных случаев заболеваний имеет тенденцию к росту по большинству нозологий (предопухолевые и злокачественные новообразования молочной железы, предопухолевые и злокачественные новообразования толстой и прямой кишки, сахарный диабет и болезни системы кровообращения). Рис.1,2,3.

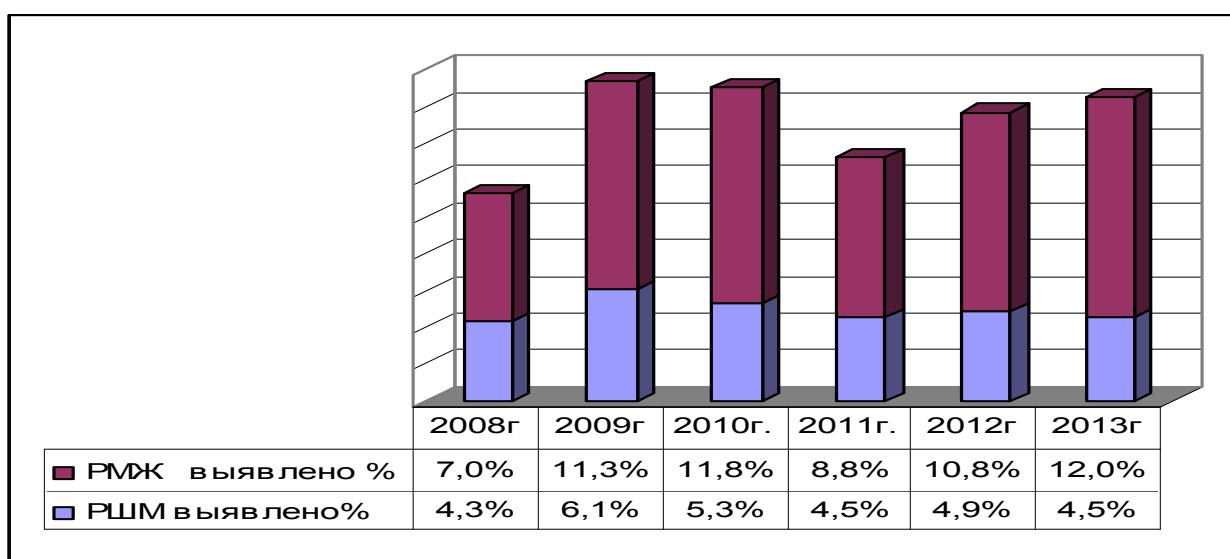


Рисунок 1 - Удельный вес выявленных случаев онкопатологии, 2008-2013 годы
(предопухолевые и злокачественные новообразования шейки матки и молочной железы)

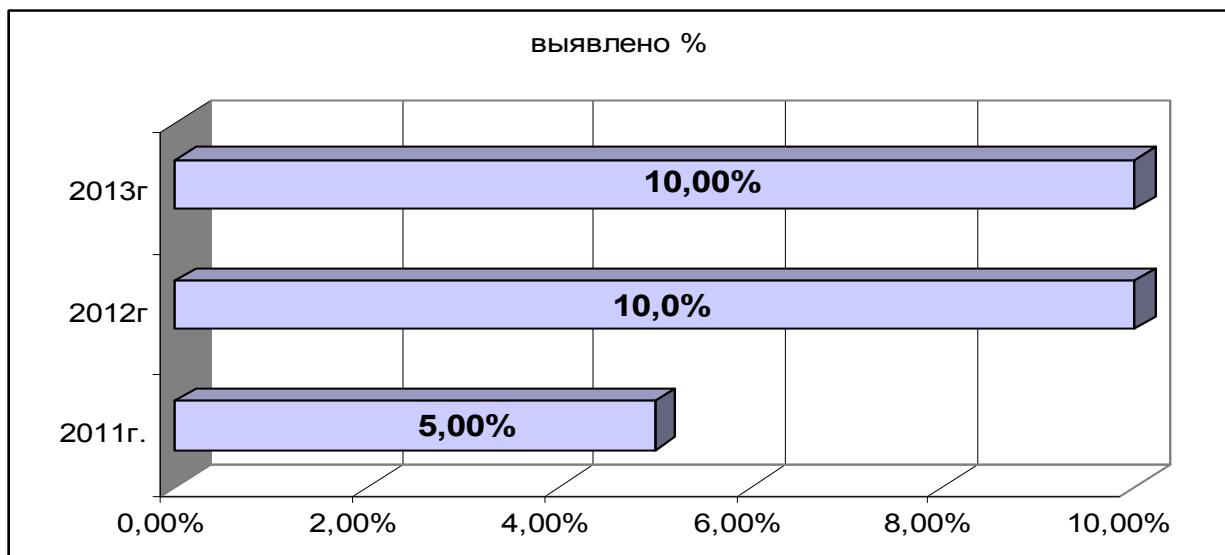


Рисунок 2 - Удельный вес выявленных случаев предопухолевых и злокачественных новообразований толстой и прямой кишки 2011-2013 г.г.

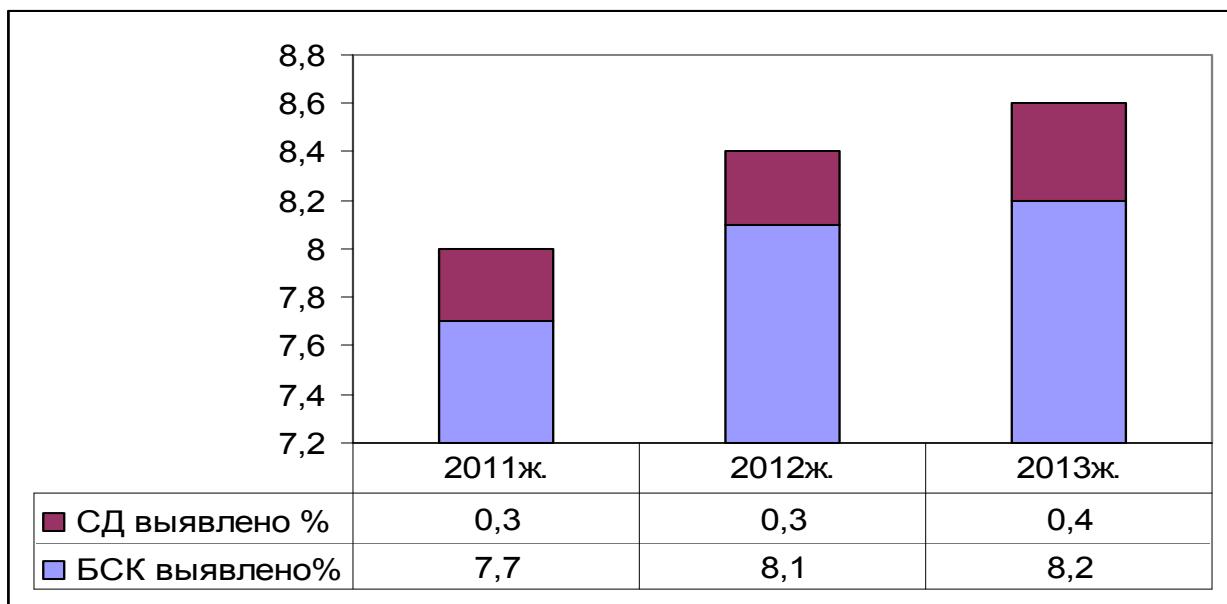


Рисунок 3 - Удельный вес выявленных случаев сахарного диабета и болезней системы кровообращения 2011-2013 г.г.

В связи с актуальностью онкологического скрининга с 2012 года внедряются скрининговые программы на раннее выявление рака пищевода, желудка, печени и предстательной железы (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 08 ян-

варя 2013г.№ 8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, желудка, печени и предстательной железы в pilotных регионах» что способствовало расширению скрининговых программ (Таб.1).

Таблица 1 - Внедрение скрининговых онкологических программ в Казахстане до 2016 года.

2012 г	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы	Рак молочной железы
Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки	Рак шейки матки
Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак	Колоректальный рак
Рак простаты	Рак простаты	Рак простаты	Рак простаты	Рак простаты
	Рак желудка, пищевода	Рак желудка, пищевода	Рак желудка, пищевода	Рак желудка, пищевода
	Рак печени	Рак печени	Рак печени	Рак печени
Пилот: ВКО	+ ЗКО, ВКО, Кызылординская, Павлодарская, г.г. Астана, Алматы	+Актюбинская, Атырауская, Карагандинская, Костанайская, СКО	+Акмолинская Жамбылская, Алматинская, Мангистауская, ЮКО	Все регионы Республики

В дальнейшем будет продолжена деятельность по внедрению механизмов заинтересованности работодателей в прохождении скрининговых обследований работников, дальнейшем динамическом наблюдении, повышении солидарной ответственности граждан в прохождении скрининговых обследований.

Результативность профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения путем скрининговых обследований (медицинская, экономическая) соответствует данным международных исследований и свидетельствует о необходимости дальнейшего продолжения скрининговой программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 «Скрининг в Европе» Всемирная организация здравоохранения (от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения), - 2008.

2 «Принципы и практика скрининга на

выявление заболеваний» монография Всемирной организации здравоохранения. Уилсон и Джангнер (Wilson and Jungner), - 1968.

3 «Организация профилактических скрининговых медицинских осмотров в Республике Казахстан», методическое руководство, МЗ РК, НЦПФЗОЖ, Алматы,-2012.

4 «Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний», Протоколы профилактической деятельности, МЗ РК, НЦПФЗОЖ,- 2012.

5 «Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике», методические рекомендации, НЦПФЗОЖ, Алматы,-2012.

6 «Отчеты по скрининговым осмотрам целевых групп населения Республики Казахстан», НЦПФЗОЖ, Алматы,- 2008 – 2013.

ТҮЙИН

Скринингтік тексеру жолымен (медициналық, экономикалық) ересек халықтың бөлігін профилактикалық медициналық тексеруден өткізудің нәтижелілігі халықаралық зерттеу мәліметімен сәйкес және скринингтік бағдарламаның ары қарай жалғастыра берудің қажеттілігін көрсетеді. Скрининг тексерудің әмбебап құралы емес, бола алмайды да, бірақ сенімді зерттеу мәліметі негізінде ірікten қолдану кезінде ол қабілетті және келешекте пайдалы, тиімді болып табылады.

Тірек сөздер: скринингтер, әлеуметтік ауқымды аурулар, профилактика.

SUMMARY

This article describes the methodological approaches to the basic components of a comprehensive prevention and reducing morbidity and mortality from chronic diseases and the factors contributing to their occurrence. Methodical requirements for the identification of latent diseases by screening.

Key words: screenings, socially significant diseases prevention.

УДК 616.006

И.А. АРТЮЩИК

Северо-Казахстанский государственный университет им. М. Козыбаева, г. Петропавловск

**РАК – ТОТАЛЬНАЯ И СИСТЕМНАЯ ЭНЕРГОАВАРИЯ
ВО ВСЁМ ОРГАНИЗМЕ**

Аннотация

Используя научно обоснованный опыт практиков-онкологов и специалистов в этой области можно предотвратить треть распространенных раковых заболеваний на индивидуальном, общественном и политическом уровнях. Открытая информационная деятельность по борьбе против рака должна быть доступна для каждого Казахстана без дискриминации.

Ключевые слова: рак, онкология, причины рака, раковые клетки.

В течение многих лет в структуре всех причин смерти онкологическая патология занимает второе место после болезней системы кровообращения, и существенным образом эти заболевания влияют на среднюю продолжительность жизни населения Республики Казахстан. В онкологии, как нигде очень важна ранняя диагностика. В СКО заболеваемость раком населения возросла почти в 2,6 раза в 2013 году по сравнению с 2011 годом. Актуальность данной патологии должна затронуть каждого Казахстана основываясь на качественном проведённом скрининговом осмотре, который обоснованно сокращает смертность от рака.

В настоящее время существует немало доказанных причин и теорий возникновения рака. И, тем не менее, с каждым годом количество больных не уменьшается, а растет, невзирая на возраст больных людей.

Английскими учёными Р. Долл и Р. Пито доказано, 30-35% случаев заболевания рака связано с неправильным питанием, 30-32% - с курением, 10% - вызывают вирусы, 4% - алкоголь и производственные канцерогены, 2% - загрязнение окружающей среды, 1% - пищевые добавки, ультрафиолет солнца, ионизирующая радиация, 2% - онкологическая отягощённая наследственность, 5% - случаев рака обусловлены неизвестными причинами

[8]. Рак - это не только местное проявление болезни, а запущенные, ставшие хроническими процессы в крови, лимфе, в кровеносных сосудах, внутренних органах, многолетняя хроническая нехватка витаминов, минералов, энзимов, недостаток ультрафиолетового питания кожи. Существует много теорий о причинах возникновения рака и его патогенеза: теория облучения, химическая, гормональная, наследственная, травматическая, нервная, инфекционная, вирусная, иммунная, паразитарная, трихомонадная, теория ангиогенеза, теория гомотоксикологии, теория Варбурга, Вирхова, Галлиона и др. Кроме того, вызывают рак химические вещества: 3, 4 – бензипрен, 2-нафтиламин, ДДТ, фенацетин, люминал, полициклические углеводороды, натрия бисульфат, пары винилхлоридов, уретан, нитрозамины и др. [1]. Раковые клетки есть у каждого человека в любой момент времени! Чтобы понять, как и почему развивается рак, нужно понять механизмы работы иммунной системы. Вирхов сказал: «Любой живой организм есть государство клеток. В этом государстве каждая группа клеток выполняет свои функции согласно своей специализации». Это относится и к иммунной системе. Она делает всё для того, чтобы посторонние факторы, которые могут повредить и изменить гоме-

остаз организма были или уничтожены или обезврежены. А как же правильно питаться? Практики онкологи отмечают, что у многих больных наблюдается нехватка витаминов и минералов, особенно группы В - комплекса, никотиновой и пантотеновой кислоты, на общем фоне кислородного голодания организма (О. Варбург директор института клеточной физиологии в Берлине). Только без кислородной среде могут муттировать раковые клетки, поэтому двигаемся всегда при любой болезни и в любом возрасте. Выдающие учёные и специалисты в этой области уверяют, что главная причина раковых заболеваний – рафинированная, мёртвая пища с химическими консервантами. Налегайте не на колбасу, сосиски и пельмени, а ягоды, овощи и фрукты в любом виде, не менее 450 гр. в день. Включайте в свой рацион разнообразную зелень, крупяные и бобовые продукты питания. Статистика показывает, что жители стран, употребляющих мясную пищу в незначительных количествах, мало болеют раком, например, жители Индии, Юкатана. Мясо – это своего рода наркотик, и 95% людей ежедневно переедают, употребляя избыточное количество мяса и мясных продуктов при малоподвижном образе жизни. Знаменитый онколог и директор онкологической клиники в Германии Dr. Josef сказал: «Передание животных белков ведёт к нарушению кровообращения, то есть к артериосклерозу, следствием которого является венозный застой и кислородная недостаточность. Это ведёт к витаминной и минеральной недостаточности, в том числе недобору В3, В6, магнезиума и, главное, к хронической недостаточности энзимов поджелудочной железы. Всё это вызывает различные онкологические заболевания». Причинами развития раковых клеток является недостаток в питании селена, магния, цинка, йода, марганца, железа, кальция, калия, заплесневевые продукты питания, употребление белого хлеба без отрубей, пестициды, злоупотребление анти-

биотиками, диагностическая рентгенология в завышенных дозах, электромагнитные и ионизирующее излучение, ковровое покрытие. Согласно статистике исследования Л. Стогарт (1990 г, май) по этническим группам, больше всего раковых заболеваний наблюдается среди чёрного населения США, затем среди жителей Гавайев, на третьем месте – филиппинцы, на четвёртом – японцы, китайцы и народы Латинской Америки. Наименьшее количество раковых больных – среди американских индейцев и эскимосов. Главная причина такой статистики, как считает профессор Л.Стогарт, - употребление не содержащих отрубей продуктов из зерновых и муки. Народы, употребляющие хлеб из ржаной муки и кукурузы, имеющие в рационе фасоль, рис, картофель и овощи, болеют раком намного реже(8). Кроме того причинами развития рака являются: все стиральные порошки, древесный спирт, моющие средства, смазочные масла автомобилей, гербициды, пестициды, все химические удобрения, краски, подушки и матрацы из пенопласта, содержащие формальдегид, исходящий из старого холодильника газ фреон, бутылочная вода, дезодоранты, косметические средства, свинцовые соединения в домашних водопроводах, наконец мыло – все эти вещества являются химическими раздражителями, способствующими развитию различных тяжёлых заболеваний, включая рак. Особое внимание следует обратить на канцерогенное вещество никель, находящееся в растительных и животных жирах, особенно в жареной картошке (фри), гамбургерах и в маргарине. Любое блюдо, приготовленное в микроволновой печи при температуре выше 4250 содержит токсический элемент бензопирен, который, попадая в организм, убивает все витамины и энзимы. Знаменитый профессор Японии Кацудзо Ниши считает, что рак – результат неправильного образа жизни, неправильного питания и неумения справиться со страхами, унынием, другими

отрицательными чувствами. Он утверждает, что одна из главных причин возникновения рака – накопление в организме вредной окиси углерода, которая накапливается из-за недостатка кислорода, неправильного питания, излишнего употребления сахара и спиртных напитков, из-за недостатка в организме магния(10). Согласно данным ВОЗ, заболеваемость раком желудка в Японии находится в прямой зависимости с повышенным употреблением соли. Вредны прогорклые растительные масла, сало и жир животного происхождения. Искусственные подсластители, нитриты и нитраты – серьёзный фактор риска возникновения рака. Капуста брокколи – заменитель мяса, была известна ещё в Древнем Риме. Она содержит витамины группы В, РР, Е, С в ней в три раза больше, чем в цветной, богата кальцием и фосфором, а главное по составу аминокислот белок брокколи не уступает говядине. Медики Великобритании установили, что в брокколи содержится вещество сульфорафон, убивающее бактерии некоторых видов язв желудка, а также препятствующие развитию рака этого органа. Максимальное количество сульфорафона содержится в проростках брокколи. Пекинская капуста – эликсир молодости. Её считают источником активного долголетия так как в ней находится в значительном количестве лизин – аминокислота незаменимая для человеческого организма, она обладает способностью очищать кровь от вредных микробов и вирусов. Подобно многим видам капусты, брюссельская содержит азотистые соединения индолы, препятствующие развитию рака. Синьор помидор – содержит вещество ликопен – мощнейший антиоксидант, предотвращает преждевременное старение и защищает от онкологических заболеваний. Данный продукт хорошо усваивается в сочетании с кисломолочными продуктами. В этом же направлении хорошо использовать в питании горох в любом виде, свёклу, сою, корень имбиря, зелёный чай, репу, брюкву,

редис, лук, чеснок, болгарский зелёный перец, цитрусовые др. Самые крупные эксперты США - dr. Zane R. Kime по вопросам физиологии солнечных лучей, утверждают, что люди, питающиеся правильно и часто бывающие на солнце, меньше болеют раком. Потребление свободных жиров, изобилие вареной и жареной жирной пищи, радиоактивное лечение, химиотерапия, различные защитные кремы, лосьоны, химическая косметика, очки – всё это ослабляет иммунную систему и при контакте с солнечными лучами вызывает рак. При недостатке витамина Д существует большой риск возникновения рака прямой кишки, как считает Dr. Lancet. Русская учёная, доктор Забалуева экспериментально доказала на мышах, что при воздействии солнечных лучей рост опухоли уменьшается на 50%. Необходимо уменьшить или вообще исключить из питания соль, заменив её специями и разными приправами (сок лимона). Боремся с любым лишним килограммом набранного веса. Давно доказано, что избыточный вес ведёт к хроническим заболеваниям, включая рак. По данным онколога Макса Герсона, из десяти тысяч случаев клинически установленного диагноза рак в 90% случаев – это отравление организма собственными каловыми массами, запоры. И промывание кишечника, обучение человека правильному питанию может его спасти. Доктор Герсон был первым, кто доказал, что при раке поражается эндокринная система, в особенности щитовидная железа, т.к. йода в обычной пищи недостаточно из-за недостатка йода в самой земле [9]. Борис Увайдов особо отмечает, что во всех случаях онкологических заболеваний и хронических болезней должна соблюдаться строгая растительная или соковая диета в сочетании с другими комбинированными методами [9]. Научные исследования, доказывают психосоматический характер рака. Онкологи утверждают, что многие их пациенты – это люди, вовлечённые в затяжные конфликты в

семье или на работе, испытывающие злость, раздражительность, неверие в лучшую жизнь, чувство ненависти, мстительности, ревности, неуверенности в себе, общей недовлетворённостью жизнью. Многие врачи, подтверждают, что счастливые, довольные собой люди редко болеют раком. Одной из серьёзных причин рака может быть (и уже стала) глубокая обида: на правительство, на политический бонз, на детей, соседей, родителей, родственников, окружающих, начальника и прочее, не оправдавших почему-то ваших надежд. Самая глубокая и трудноизлечимая обида – на самого себя. Названный выше фактор риска – обида – тесно связан с бездуховностью. Освобождаем голову от негативных мыслей, эмоций и поступков. Рак – это прежде всего структурные нарушения белков, которые впоследствии вызывают и генетические изменения. Поверьте в резервные силы организма, разведите самодисциплину, настройте свои мысли на победу и перейдите на здоровый образ жизни. Без покаяния, прощения и высвобождения истинной любви, как доказывает врачебная практика, болезнь плохо поддаётся лечению. Человека убивает не сам рак, а страх умереть от рака. Если больной не готов потратить время, энергию и немного финансов ради своего здоровья, то он никогда не обретёт его. Здоровье нужно завоёывать.

Вывод. Успех излечения рака зависит от индивидуальных особенностей человека, от его веры, степени интеллигентности, возраста, наследственной конституции, темперамента, кармических и психологических структур, от окружающей среды. Профилактика – основа победы над раком. Можно сказать, что потенциально излечимы все болезни, но не каждый больной излечим.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. М.В. Кутушов « Рак исцелим. Таинственные причины возникновения рака», АНС, Москва, 2008, С. 386-390.
2. Г.А. Джарылкапова, Е.М. Назыров. «Валеология», Алматы, 2005, С. 24-41.
3. Е. Ахмадуллина. Капустная семейка // Журнал «Здоровье». - Алматы. - 2009. - №3. - С. 28-29.
4. А.В. Романов. «Чем богата свекла», «Синьор помидор» // Журнал «Здоровье». - Алматы. - 2009. - №4. - С. 29-30.
5. Е. Ахмадуллина. Диета против рака // Журнал «Здоровье». - Алматы. - 2008. - №1. - 13с.
4. М.А. Смирнова «Лечебное питание. Пониженный иммунитет» // Рипол, Москва, 2013. С.15-25, 27-30.
5. Н.И. Даников «Целебный Имбирь» // Эксмо, Москва, 2012, С.24-55.
6. Н.И. Даников «Целебный лимон» // Эксмо, Москва, 2012, С.9-15, 192.
7. В.П. Назаренко «Онкология желудка и пищевода» // Санкт- Петербург, «Вектор», 2010, С.90-98.
8. А.Семёнова «Рак можно и нужно победить» // Рили, Москва, Санкт – Петербург, 2007, С.3-5.
9. Б. Уайдов «Победа над раком, советы по профилактике и рекомендации по лечению» // Рипол. Москва, 2008, С.8-16-19, С.29-35, С.49-116, 181- 191.
10. К.Ниши «Система здоровья Кацудзо Ниши» // Невский проспект, Санкт – Петербург, 2004, С.11-18, 100-101.
11. В.Н.Сероклинов «36 и 6 правил крепкого иммунитета» // Эксмо, Москва, 2012, С.12-15, 81-86.

ТҮЙИН

Онколог-практиктер мен осы саладағы мамандардың ғылыми кисынды тәжірибелерін қолдана отырып және жеке, қоғамдық және саяси деңгейлерде таралған қатерлі ісіктің үштен бірін алдын алуға болады. Еш кемсітушіліксіз әр Қазақстандыққа қатерлі ісік ауруына қарсы күрес ашық болуы керек.

Тірек сөздер: қатерлі ісік (обыр), онкология, обырдың себеп-салдары, обыр жасушалары.

SUMMARY

Using scientifically sound experience practitioners - oncologists and specialists in this field can prevent a third common cancers at the individual, social and political levels. Public information activities on the fight against cancer should be available to everyone without discrimination of Kazakhstan.

Key words: cancer, cancer, cancer causes, cancer cells.

УДК 616.12-008.331.1-053.82/.84:618.6-055.26/.28

**А. АУКЕЕВ, А. КАРИМБАЕВА, Ж. КУАНДЫКОВА, А. ТОЛЕГЕНОВА,
А. УРАЗАЛИЕВА**

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Аннотация

Статья посвящена проблеме артериальной гипертонии у беременных женщин. У 50,0% наблюдавшихся беременных установлена гестационная артериальная гипертензия, которую можно предупредить при своевременном наблюдении у врача кардиолога и при контроле АД (артериальное давление), ИМТ (индекс массы тела), питания, и назначения гипотензивной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертония, беременность, поражения органов мишней при АД, диспансерный учет у кардиолога.

Цель исследования. Раннее выявление хронической артериальной гипертензии и предупреждение сердечно-сосудистых осложнений у женщин среднего возраста после родовом периоде.

Задачи исследования:

1. Дифференцировать «гестационную артериальную гипертензию» от хронической артериальной гипертензии у женщин среднего возраста после родовом периоде;
2. Возможность применения антигипертензивных препаратов при лактации.

Материал и методы. Проведено исследование в г.Алматы ГП №15 среди 20 женщин которые рожали 12-13 недель назад, в возрасте 30-40 лет. В ходе исследования были взяты в основную группу исследования 10 женщин состоящиеся на диспансерском учете у кардиолога по поводу АГ и 10 женщин у которых была гестационная артериальная гипертензия в период беременности.

Результаты исследования. В основной группе в период исследования у 2 пациенток (20%) было повышенное АГ II степени (170/110 мм.ст.рт), у 7 пациенток (70%) АГ I степени (140/100 мм.рт.ст), у 1 из них(10%) нормальное АД (120/90мм.рт.ст). В группе сравнения только у 1 пациентки (10%) было повышенное АД (160/100 мм.рт.ст), у 5 пациенток нормальное АД (120/80 мм.рт.ст), у

4 из них определили пониженное АД (110/80 мм.рт.ст и ниже). По методу опроса мы определили, что женщины в основной группе примающие антигипертензивные препараты у них держаться стабильное АД и это отрицательно не влияет на грудное вскармливание.

Выводы. Артериальная гипертензия – это состояние, характеризующееся повышенным уровнем артериального давления при «гипертонической болезни» и «симптоматических артериальных гипертензиях». Критерии диагностики артериальной гипертензии – систолическое АД >140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД >90 мм.рт.ст. Артериальная гипертензия, возникшая после 20 недели гестации, но не исчезнувшая через 12 недель после родов при повышенном уровне АД устанавливается диагноз хронической АГ, пациентка нуждается в дообследовании с целью уточнения причины АГ и степени ее тяжести. Особенно тщательное наблюдение в течение первых 48 часов из-за высокого риска развития ПЭ/экклампсии. Оптимально, чтобы уровень АД был ниже 150/95 мм.рт.ст.

Женщины, перенесшие в период беременности гестационную АГ или ПЭ, в связи с повышенным кардиоваскулярным риском должна находиться под наблюдением кардиолога. Необходим контроль за весом,

уровнем АД, показателями липидного, углеводного обменов. Адекватная антигипертензивная терапия в период беременности должна способствовать максимальному снижению общего риска сердечно-сосудистых заболеваний в послеродовом периоде.

Тактика антигипертензивной терапии в период лактации:

- Отказ от медикаментозной терапии при АГ без ПОМ, АКС и уровне АД до 150/95 мм.рт.ст. Лактация возможна
- Низкодозированная медикаментозная терапия при АГ без ПОМ, АКС и уровне АД 150/
 - 95 – 179/109 мм.рт.ст., что позволяет продолжить кормление грудью. В этой ситуации целевых значений АД, вероятно, достичь не удастся, однако общий сердечно сосудистый риск будет снижен
 - Антигипертензивная терапия, в том числе комбинированная, с достижением целевого уровня АД у пациентов из группы высокого риска (при АГ с ПОМ и/или АКС, при уровне АД 180/110 и выше, сахарном диабете, метаболическом синдроме). В этой ситуации необходим отказ от кормления грудью.

При отсутствии достоверных данных обследования пациентки до беременности, на основании которых можно было бы определить степень АГ, о тяжести течения АГ следует судить по наличию или отсутствию сопутствующих факторов риска (ФР), поражения органов-мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС), определяющих на ряду с уровнем АД общий сердечно-сосудистый риск. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний через 10-14 лет после родов у женщин с преэкламсией: АГ (3,7); ИБС(2,6); Инсульт 1,81; Смерть 1,49.

ТҮЙН

Мақала жүкті әйелдердің артериалдық қысым мәселелеріне арналған. Бақылауда болған 50,0% жүкті әйелдерде гестационды артериалдық гипертензия анықталды, оларды кардиолог дәрігерде уақытылы қадағалау және артериалды қысымын, дене массасының көрсеткішін бақылау мен гипотензивтік терапия белгілеу арқылы алдын алуға болады.

Тірек сөздер: артериалды гипертония, жүктілік, артериалдық қызым кезіндегі ағзалардың зақымдануы, кардиологта диспансерлік тіркеуде тұру.

SUMMARY

Article devoted to the problem of hypertension in pregnant women. 50.0% of the observed set of pregnant gestational hypertension, which can be prevented with timely observation from cardiologist and control of AP, BMI, nutrition, and destination of antihypertensive therapy.

Key words: arterial hypertension, pregnancy, target organ damage in arterial pressure, dispensary registration by a cardiologist.

УДК 616.34-008.314.4-053.3-084:613.287.1

К.Е. ИСМАГАМБЕТОВА

Акмолинская областная детская больница, г. Кокшетау

РОЛЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИАРЕИ**Аннотация**

По данным обзора литературы острые кишечные инфекции в структуре детской патологии до настоящего времени занимают ведущее место. Проанализированы случаи диареи в отделении раннего возраста в областной детской больнице г. Актюбинска за 2007-2009 гг. Сокращение количества переводов за последние годы (2010-2013 гг.) и отсутствие ВБИ является результатом внедрения программы ИВБДВ (интегрированное ведение болезней детского возраста).

Ключевые слова: грудное вскармливание, диарея, кишечные инфекции.

Грудное молоко – это идеальный продукт питания и защита от различных заболеваний. Согласно рекомендациям ВОЗ, ребенок до 6 месяцев должен находиться исключительно на грудном вскармливании, с дальнейшим продолжением кормления грудью после введения прикорма. Грудное вскармливание приносит пользу не только ребенку, но и матери. Но, к сожалению, иногда по разным причинам ребенок переводится на искусственное питание или частично докармливается смесью.

По данным отделения раннего возраста Акмолинской областной детской больницы (АОДБ) за 2013 г. пролечено 547 детей, из

них исключительно на грудном вскармливании 152 детей, что составило 27,7%, остальные 72,2% получали докорм или находились на искусственном вскармливании по самым разным причинам (мама-студентка, отказные дети, ребенок госпитализирован без ухода и т.д.).

Были проанализированы случаи диареи в отделении раннего возраста АОДБ за 2007-2009 гг. Все дети были переведены в инфекционное отделение в течение первых 3 суток от начала заболевания. При поступлении и переводе дети были обследованы на наличие возбудителей кишечных инфекций.

Таблица 1 - Дети переведенные в инфекционное отделение с диарейным синдромом

Нозология	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Сальмонеллез	7	1 (бак выделитель)	7+2 бак выделителя
Гастроэнтериты неустановленной этиологии	13	6	12
Энтериты установленные	6	2	11
Бак носитель E. Coli	-	-	1
Диагноз ОКИ снят	23	30	16
Всего	49	39	49

Все случаи переводов были разобраны на заседании комитета по контролю за инфекционными заболеваниями. 80% детей с диарейным синдромом находились на искусственном вскармливании, 13% - на смешанном вскармливании, и 7% - исключительно на грудном вскармливании.

В последующем все переведенные дети находились на стационарном лечении в среднем от 7 до 14 дней, и выписались после повторных обследований на кишечную инфекцию с отрицательными анализами.

Острые кишечные инфекции в структуре детской патологии до настоящего времени занимают ведущее место, уступая лишь ОРВИ. Проблемы диарейного синдрома особенно актуальны для детского возраста. По данным ВОЗ, причиной смерти у детей до 5 лет в 28% случаев являются острые диареи. Ежегодно диареей страдает 1 млрд. жителей планеты, среди них 70% составляют дети до 5 лет. Ежегодно в мире 5 млн. детей умирают от острой диареи.

Диарея – это учащение опорожнения кишечника (3 и более раз в сутки) с изменением характера стула от кашицеобразного до водянистого. У новорожденного ребенка, находящегося на грудном вскармливании, в норме ежедневный стул до 5-6 раз в сутки, кашицеобразной консистенции желтого цвета без примеси. У детей на искусственном вскармливании – до 1-2 раз в сутки без примеси. Появление в стуле гноя, крови, слизи и быстрое возникновение диареи с симптомами интоксикации указывает на инфекционную природу диареи.

Сокращение количества переводов за последние годы (2010-2013 гг.) и отсутствие ВБИ – все это является результатом внедрения программы ИВБДВ (интегрированное

ведение болезней детского возраста).

Выводы. Дети, находящиеся исключительно на грудном вскармливании, диарейным синдромом болеют реже. Поэтому необходимо поощрять грудное вскармливание и активно внедрять программу «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ).

ТҮЙИН

Әдебиеттер шолуының мәліметтері бойынша өтркір ішек жұқпалары жасөспірім патологиясының құрылымында осы күнге дейін алдыңғы қатарларда. 2007-2009 жж. Ақтөбе қаласының облыстық балалар ауруханасында жасөспірімдер бөліміндегі диарея жағдайларына талдау жүргізілді. Соңғы жылдары (2010-2013 жж.) ауыстыру санының қысқаруы мен аурухана ішіндегі жұқпалардың болмауы жасөспірімдер ауруының біріктірілген емдеуі бағдарламасының енгізілуінің нәтижесі болып табылады.

Тірек сөздер: емшекпен емізу, диарея, ішек жұқпасы.

SUMMARY

According to a literature review of acute intestinal infections in the structure of children's pathology to date are at the forefront. Analyzed cases of diarrhea in young children in the office of the regional children's hospital of Aktobe in 2007-2009. Reducing the number of transfers in recent years (2010-2013 gg.) And the absence of intrahospital infections is a result of the introduction of IMCI (Integrated Management of Childhood Illness).

Key words: breast-feeding, diarrhoea, intestinal infections.

УДК 618.3

**А.Р. КОНУСОВА, С.Д. КОЙБАКОВ, С.Д. ТАУВАЛДИЕВА, Р.Д. ФАЙЗИЕВА,
Р. КАСИМБЕКОВА**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Это исследование проводилось для изучения особенности течения, определения факторов риска артериальной гипертензии у беременных и предотвратить осложнении течения и родов. Для исследования использовалась статистическое когортное исследование. Во время проведенного исследования среди беременных с осложнением артериальной гипертензии были выявлены самые частые хронические заболевания которые могут явиться фактором риска для развития артериальной гипертензии беременных.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, гестоз, преэклампсия, беременность, перинатальные заболевания, эссенциальная гипертензия.

Актуальность. В современное время болезни сердечно-сосудистой системы занимает важное место по сравнению с другими патологиями. Основным фактором развития болезни сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия.

Артериальная гипертензия является самыми частым осложнением беременности и часто приводит к заболеваемости и смертности матери и ребенка. По данным ВОЗ 20–33%, а по данным других исследований 40% материнской смерти из-за артериальной гипертензии.

Цель исследования. Частота и особенности течения артериальной гипертензии у беременных среднего возраста.

Задачи исследования:

- Определить причины и предотвратить осложнения артериальной гипертензии у беременных в возрасте от 30 до 40 лет;
- Определить факторы риска и хронические заболевания, приводящие к артериальной гипертензии у беременных;

Артериальная гипертензия у беременных – понятие объединяющие разные клинико-патогенетические виды гипертензивных состояний у беременных. У некоторых жен-

щин до беременности в анамнезе могут быть заболевания почек, он может спровоцировать повышение артериального давления; у некоторых может быть эссенциальная артериальная гипертензия, у третьих артериальная гипертензия может быть вызвана беременностью, это гестационная форма артериальной гипертензии или преэклампсия [1].

Артериальная гипертензия (АГ) встречается у 4–8 % беременных. К АГ относится целый спектр различных клинико-патогенетических состояний: гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (почечные, эндокринные), гестоз. По данным ВОЗ, гипертензивный синдром — это вторая после эмболии причина материнской смертности, составляющая 20–30 % случаев в структуре материнской смертности. Показатели перинатальной смертности (30–100 0/00) и преждевременных родов (10–12 %) у беременных с хронической гипертензией значительно превышают соответствующие показатели у беременных без гипертензии. АГ увеличивает риск отслойки нормально расположенной плаценты, может быть причиной нарушения мозгового кровообращения, отслойки сетчатки, эклампсии, мас-

сивных коагулопатических кровотечений в результате отслойки плаценты [2]. Во многих странах мира АГ занимает первое место в структуре материнской смертности вследствие тяжелых осложнений: эклампсии, острой почечной недостаточности, HELLP и ДВС-синдрома, геморрагического инсульта [3]. Синдром артериальной гипертензии во время гестации рецидивирует при значительной части последующих беременностей и рассматривается как независимый фактор риска кардиоваскулярных расстройств [4,5.]

У новорожденных, матери которых имели гипертензивные расстройства, имеются достоверные различия в исходах по сравнению с детьми, рожденными материами-нормотониками: низкий вес при рождении (12,1% и 7,15% соответственно), досрочные роды (1% и 0,5% соответственно), ацидоз в умбрикальной артерии (0,58% и 0,19% соответственно), менее 3 баллов по шкале Апгар через 5 минут (0,89% и 0,66% соответственно). [1]. Физиологические изменения происходящих во время беременности трудно отличить от патологических изменений[6].

Материал и методы. Проведено исследование среди 30 беременных женщин в возрасте от 30 до 40 лет, наблюдающихся в женской консультации ГП №10. Во время наблюдения у 13 беременных было выявлено артериальная гипертензия, которые состоят в основной группе. В группу сравнения вошли беременные женщины с физиологическим течением и без осложнения беременности (n= 17).

Результаты исследования. В эти группы вошли беременные в возрасте от 30 до 40 лет, которые встали на учет по поводу беременности в сроке 8 недель. В ходе обследования двух групп у 73.3 % беременных анамнез был отягашен хроническим пиелонефритом (n=22), без изменения в анализах мочи в момент встания на учет. Из них 20% беременных вошли в основную группу (n=6), так как в сроке 22-24 недели у них в анализах мочи наблюдалась, лейкоцитурия, проте-

инурия, а так же отеки нижних конечностей. 13,3% беременных основной группы в возрасте от 38 до 40 лет страдали артериальной гипертензией II степени, фр II (n=4), с АД 160/100 мм.рт.ст. до беременности и с назначением лекарственной коррекцией (допегит 250 мг по 1таб * 3 раза в день) во время беременности артериальное давление снизили до 120/90 мм.рт.ст. Вместе с артериальной гипертензией у 6,66% беременных в анамнезе хронический пиелонефрит (n=2).

В общем 13,3 % беременным женщинам был выставлен диагноз: «Артериальная гипертензия II степени, фр 2 »(n=4), так как они страдали артериальной гипертензией до беременности. А 20% беременным диагноз был сформулирован как «Гестационная гипертензия», потому что в течении беременности после 22 недели гестации у них наблюдалось повышение артериального давления до 140/90 мм.рт.ст, протеинурия и отеки нижних конечностей (n=6). 10% беременным выставлен диагноз «Симптоматическая гипертензия» (n=3), так как у беременных появились жалобы на боли в пояснице, повышение температуры до 380С и изменения в общих анализах мочи: лейкоцитурия, умеренная протеинурия и бактериурия. У 10% беременных - беременность закончилась преждевременными родами в сроке от 32 до 35 недель (n=3). У одной беременной, страдающей артериальной гипертензией беременность закончилась внутриутробной гибелью плода в сроке 30 недель. В сравнительной группе беременность протекала без особенностей и осложнений.

Выводы. По результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что артериальная гипертензия является частым осложнением беременных среднего возраста. У большинства наблюдаемых артериальная гипертензия проявилась в III триместре беременности, это в свою очередь показывает, что артериальная гипертензия была спровоцирована беременностью. У многих

женщин артериальная гипертензия проявляется на фоне хронических заболеваний. В связи с этим существует огромный риск развития таких осложнений как преэклампсия, эклампсия, преждевременные роды и застывшая беременность. Для профилактики или предотвращения артериальной гипертензии у беременных нужно своевременное выявление и лечение хронических заболеваний. Так как в основной группе у большинства беременных наблюдаются хронические заболевания. Раннее выявление и назначение соответствующих методов диагностики и лечение артериальной гипертензии у беременных может предотвратить такие осложнения как преждевременные роды, отслойка плаценты, задержка внутриутробного развития плода и отслойка сетчатки. При выявлении факторов риска развития артериальной гипертензии самыми важными пунктами является сбор анамнеза и систематическое прохождение обследования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Пристром А.М. Артериальная гипертензия беременных: диагностика, классификация, клинические формы» Учебное пособие. – Минск.: БелМАПО, 2011. – 103 с.
- Верткин А.Л., Ткачев О.Н., Мурашко Л.Е., Мишина И.Е., Тумбаев И.В. Артериальная гипертония беременных: диагностика, тактика ведения и подходы к лечению // Лечащий врач. – 2006. - №3. – С.18-22.
- Yoshida, A. Flow-mediated vasodilatation and plasma fibronectin levels in preeclampsia / A. Yoshida, S. Nacao, M. Kobayashi et al. // Hypertension. -2007. Vol. 36 (3). - P. 400-404.
- Внутренние болезни и беременность: тактика применения лекарств: учебное пособие / О.П.Алексеева, З.Д.Михайлова. - Н.Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии, 2008. – 288 с.

5. Авдеева, М.В. Диагностика артериальной гипертензии во время беременности / М.В. Авдеева, Л.В. Щеглова // Сердце. Журнал для практикующих врачей. 2006. - Т. 5, №4 (28). - С. 187-189.

6. Ребров Б.А. Артериальная гипертония у беременных // Артериальная гипертензия. – 2011. №3(17). Ссылка в Интернете: <http://www.mif-ua.com/archive/article/18450>

ТҮЙІН

Бұл зерттеу орта жастағы жүкті әйелдерде жиі кездесетін асқыну артериальды гипертензияның ерекшеліктерін, сонымен қатар қауіп-қатер топтарын анықтау және артериальды гипертензияның асқынударын алдын-алу мақсатында жүргізілді. Зерттеуде статистикалық когорттық әдіс қолданылды. Артериальды гипертензиямен асқынған жүкті әйелдердің жүктіліктің динамикалық ағымының ерекшеліктері сондай-ақ зерттеу барысында қандай созылмалы аурулар жүктілік кезінде көп жағдайда артериальды гипертензияға алып келетіні анықталды.

Тірек сөздер: артериальды гипертензия, гестоз, преэклампсия, жүктілік, перинатальды аурулар, эссенциальды гипертензия.

SUMMARY

This study was conducted to explore features of the flow, identify the risk factors of hypertension in pregnant women and to prevent Morbidity and childbirth. To investigate the use of statistical cohort study. During a study of pregnant women with complications of hypertension were identified the most frequent chronic disease that may become a risk factor for the development of arterial hypertension in pregnancy.

Key words: hypertension, preeclampsia, eclampsia, pregnancy, perinatalnye disease, essential hypertension.

УДК 613.888:618.6

**С.Т. ОСПАНОВА, М.А. АБДУЛЛАЕВА, Ж.А. РАМАНҚУЛОВА, М.С. ЖҰМАБАЕВА,
У.М. ДОСЖАНОВА, У.А. ТӨЛЕГЕНОВА**

С.Д. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы

БОСАНУДАН КЕЙІНГІ КОНТРАЦЕПЦИЯНЫҢ МАҢЫЗДЫ СҰРАҚТАРЫ

Түсініктеме

Әйел өмірінде босанудан кейінгі кезең критикалық кезең ретінде қарастырады. Конtraceпцияны қолдану - бұл оның репродуктивті денсаулығын сақтаудағы маңызды жолы. Таза Прогестерондық Конtraceптив өзін босанғаннан кейінгі кезенде барлық артықшылығын отбасын жоспарлауда мықты және қауіпсіз гормональді контрацепция түрінде қолдануға мүмкіндік береді.

Тірек сөздер: таза прогестерондық контрацептив, гормональді контрацепция.

Барлығына да белгілі, жаңа дәуіргі контрацепция заттарына қол жетімділікті шектеу туыттың жоғарылауына емес, керінше жоспарланбаған жүктілік санының өсуіне алып келеді. Отбасын жоспарлаудың бірінші кезекті контрацепция түрінде, жасанды түсік тастауды таңдауға алып келеді. Бұл, әрине, ана мен бала өлімінің көбеюіне алып келеді. Сонымен, акушер-гинекологтардың ең басты мақсаты ауқымды түрде тұрғындарға отбасын жоспарлауда сапалы жәрдем көрсету.

20 ғасырда фертильділік көрсеткіштерін (WFS-World Fertility Surveys), контрацепцияны қолданудың таралуын (CPS-Contraceptive Prevalence Studies), Репродуктивты денсаулықты (RHS- Reproductive Health Surveys) зерттеу жөніндегі кең ауқымды халықаралық зерттеулер жүргізілген. Соның қорытындысы бойынша, ең жоғары көрсеткішті контрацепциядағы «қажеттілікті қанағаттандырмаған» болып, әйелдерде туыттан кейінгі кезең болып табылады. Конtraceпцияда «қажеттілікті қанағаттандырма» - бұл әйел жоспарлы емес жүктіліктің алдын алғысы келеді, бірақ контрацепция қолданбайтын жағдай.

1990 жылдары Е.М Вихляева, Е.И Николаева өткізген зерттеулер мәліметтері бойынша, әйелдердің тек 35% қайта туу жөнінде нақты жоспары бар, ал әрбір оныншы әйел

босанғаннан кейінгі бірінші жылды жүктілікті үзу үшін медициналық үйимфа шағымданады.

Әйел адам өмірінде босанғаннан кейінгі кезең маңызды екені белгілі. Ана мен бала үшін босанудың ең қолайлы мезгілі үштен бес жылға дейінгі уақыт аралығы. Интергенетикалық интервалдың азауы көптеген зерттеулердің мәліметтері бойынша ана аурушандығы мен өліміне алып келеді.

Сондықтан әйел өмірінде босанудан кейінгі кезең критикалық кезең ретінде қарастырады, контрацепцияны қолдану- бұл оның репродуктивті денсаулығын сақтаудағы маңызды жолы.

Отбасын жоспарлау жөнінде кеңес беруді босану үйінен шығар кезінде емес, әйелдер кеңесі кезеңінде бастау маңызды, босану үйі мен одан да ертеректе қалыптастыру керек. Бұл пациенттің отбасын жоспарлаудың маңыздылығын медицина қызметкерімен талқылауға және өзіне керекті қосымша мәлімен алуға уақыт болу үшін.

Бұғынгі таңда босанудан кейінгі кезенде қолданатын контрацепцияның таңдауы кең:

- лактациялық amenorea әдісі (ЛАӘ)
- контрацепцияның гормональды емес әдісі
- эстрогенді компоненті қосылмаған таза прогестинді контрацептивтер.

Барлық аталған контрацепция түрлері қауіпсіз және ақпаратты, бірақ кез-келген түрін қолдану ең бірінші кезекте емшекпен емізуіндегі болуы мен болмауымен анықталады.

Емізетін ана үшін отбасын жоспарлауда ең қолайлы ЛАӘ- контрацепцияның түрі босандан кейінгі 6 ай ішінде барлық ережелерді сақтау кезінде ең таңдаулы әдісі болып табылады. Бұл әдістің артықшылығы ол қауіпсіздігі, жанама әсердің жоқтығы, мен қараждаттың қажетсіздігі отбасын жоспарлауда кең қолдануы болап табылады. ЛАӘ ана сүті құрамындағы иммуноглобулиндер есебінен ұзак үақытты баланың иммунизациясына, жатыр инволюциясына алып келеді, босандан кейінгі ерте және кеш қан кетулердің қаупін азайтады.

ЛАӘ пролактиннің үлкен дозаларының әсерінен овуляцияны басу салдарынан, ал пролактин секрециясы ана сүтімен жиі емізу әсерінен болады, егер әйел ана сүтімен емізетін болса және менструациясы болмаса, босандан кейінгі алғашқы 6 ай ішінде овуляцияның тежелуі болатыны дәлелденген. Егер ана сүтімен емізу болмаса, овуляция шамамен 6-8 апта ішінде қалпына келеді. ЛАӘ таңдау кезінде әдістің тиімділігі үшін белгілі шарттарды орындау қажет:

- 1) тек қана ана сүтімен емізу кемінде 3-4 сағат сайын күндіз және әр 12 сайын тұнде.
- 2) менструацияның болмауы.
- 3) босандан кейін 6 айдан артық уақыт өтпеген жағдайда.

Белгілі бір өмірлік жағдайлар әйелдің ЛАӘ барлық ережелерін сақтай алмауына алып келуі мүмкін. Бұл жағдайда ол альтернативті әдісті қажет етеді.

Үлкен потенциалға ие гормональді Таза Прогестерондық Контрацептив (мысалы Лактинет, құрамында дезогестрол 75 мкг/тәул).

ТПК гормональді контрацепциясының барлық артықшылығы бар, бірақ комбинирленген оральді контрацептивтерге карағанда құрамында эстроген жоқ, сол себептен ана сүтінің көлемі мен сапасына әсер етпейді. Откізілген рандомизирленген клиникалық зерттеулер құрамында 75 мкг дезогестрол бар ТПК емізетін әйелдердің ана сүтінің көлемі, сапасы мен бала дамуына көрі әсерін анықтамаған. Сол себепті, ТПК емізетін әйелдерде босандан 6 аптадан кейін қолдануға рұқсат етілген және ДДҰ қауіпсіздіктің бірінші қатарындағы «Контрацепция қолданудың қолайлы медициналық шарттарына» жатады.

ТПК-Лактинет (дезогестрол 75мкг/тәул) контрацептивтік эффектісі овуляцияны төжеу есебінен бірнеше бірегей қасиеттерге ие. Бұл жоғары контрацептивтік қорғаныс (Перль индексі 0,14-0,17 тең), ол ҚОК тең. 12 сағатқа дейін препаратты қабылдауды өткізу кезінде эффективтілігін ҚОК тәрізді жоғалтпайды. ҚОК сияқты он емдік қасиетке ие. Сонымен қатар оны кез-келген әйелдерге эстрогендер қабылдау қарсы болған кезде (АҚ көтерілуіне бейімділік, активті шылым шегу, қан тамырлардың варикозды кеңеюі) қолдануға болады.

Сонымен ТПК өзін босанғаннан кейінгі кезенде барлық артықшылығын отбасын жоспарлауда мықты және қауіпсіз гормональді контрацепция түрінде қолдануға мүмкіндік береді.

РЕЗЮМЕ

В жизни женщины послеродовой период рассматривают как критический момент. Использование контрацепции это важный путь к сохранению репродуктивного здоровья женщин. Чисто прогестиновые контрацептивы во время послеродового периода для планирования семьи дают возможность использовать их как самым сильным и безопасным методом гормонального контрацептива.

Ключевые слова: прогестиновые контрацептивы, гормональная контрацепция.

SUMMARY

In the life of postpartum women are treated like a critical moment. Contraceptive use is an important way to preserve women's reproductive health. Progestin-only contraceptives during the postpartum period for family planning makes it possible to use them as the most powerful and safe method of hormonal contraceptive.

Key words: progestin-only contraceptives, hormonal contraception.

ӘОЖ 616.61-008.64-073.27-035.1

**А.Ж. ЖУСПОВА, М.Е. МҰСАЕВА, Б.М. МЕРБОЛАТ, Г.О. МҰНАРБАЕВА,
А.А. РЫСБЕКОВА**

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ-сы

БҮЙРЕК АЛМАСТЫРУ ТЕРАПИЯСЫНДАҒЫ ТАНДАУЛЫ ӘДІС

Түсініктеме

Бұл статьяда жедел бүйрек зақымдануы мен созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі кезінде бүйрек алмастыру терапиясында қолданылатын гемодиализ мен перитонеальды диализ жайлы баяндалған. Жедел бүйрек зақымдануы мен созылмалы бүйрек жетіспеушілігі кезінде қолданылатын бүйрек алмастыру терапиясында ГД және ПД маңызы зор. Осы уақытқа дейін біздің мемлекетімізде бүйрек алмастыру терапиясы ретінде ГД жасалынып келеді. Кейінгі кезде көптеген зерттеулер нәтижесінде ГД-ге қарағанда ПД-ның артықшылықтары қолайлы болып келеді. Бүйрек алмастыру терапиясында қолданылатын ПД-ның ГД-ден артықшылықтары: жаңа туылған нәрестелерде, ерте жастағы балаларда және салмағы аз балаларда қолдануға мүмкіндік беріп, жақсы нәтиже көрсетті. Науқастарға көбірек еркіндік береді, қанмен контакттың аз болуы, жоғары клиренсті тазалау, электролитті бұзылысты коррекциялау, гемодинамикалық тұрақтылық, бүйрек қызметіне зақымдаушы әсері немесе ЖБЖ ағымына кері әсерінің болмауы, дәрілерді мөлшерлеп қолданудың женілдігі және болжамдылығы, клиникалық және техникалық асқынулардың минимальды жиілігі.

Тірек сөздер: Гемодиализ, перитонеальды диализ, ультрафильтрация, диффузия.

Кіріспе. Қазіргі кезде мүгедектікке және өлімге әкелетін ең жиі, маңызды медико-социалды проблемалардың бірі бүйрек аурулары. Соның ішінде созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі және жедел бүйрек зақымдалуы жыл сайын өсіп келеді. Осы науқастардың жедел жағдайда бүйрек қызметін қалпына келтіру, немесе өмірін ұзарту мақсатында гемодиализ және перитонеальды диализдің маңызы зор [1].

Озектілігі. Қазіргі танда әлемде 100 мыннан аса созылмалы бүйрек ауруы бар науқастар перитонеальды диализді қабылдайды. Абсолютті көрсеткіштер бойынша: АҚШ-та - 32 мың, Европада - 30 мың, Японияда - 15мың, Тайванда - 10 мың [9].

Гемодиализдегі науқастардың жыл сайынғы өлім көрсеткіші: ≈ 25% АҚШ-та (олардың 50%-жүрек-қантамырасқынулары, 15% - инфекция) [9]. Қазақстанда 40% жоғары [9].

Қазақстанда жедел бүйрек ауруларының жайылуы мен созылмалы бүйрек жеткілік-

сіздігінен өлім көрсеткішінің жоғарылауы туралы сұрақтар туып отыр. Республикамызда зерттеулер жүргізгенде бүйрек ауруларын дамыған елдермен салыстырғанда біздің еліміздегі 1,5-2 есе жоғары екенін көрсетеді.

Соңғы 10 жылда диализді орталықтар 24 -тен 40- қа жетіп отыр. «Жасанды бүйректің» қазіргі заманғы аппараттары, барлық жерлерде бүйрек алмастыру терапиясының жаңа әдісі - бикарбонатты диализ іске қосылды. Бұғынғы күні «жасанды бүйрек» аппаратына науқастар саны 1608 адамды құрайды, - деп медицина ғылыминың докторы, нефролог Кайрат Кабулбаев нефрологтардың Алматыдағы конгрессінде мәлімдеген болатын [9].

«Қазақстанда 2006 жылы науқастар саны 560 құраса, 2011 жылы – 1608 адамды құрады. Яғни, 5 жылда 30% науқасқа өсken. Ал басқа елдерде 5-7% науқасқа өсken», - деп) Қазақстанның нефрологтар Ассоциациясының бас секретары Кайрат Кабулбаев нефрологтардың Алматыдағы II

конгрессінде айтып өткен [9].

2011-2015 жылдары КР денсаулық сақтау министерлігінде барлық мемлекет деңгейінде гемодиализ көмегін кеңейту жоспарланды, соған 552,3 миллиард тенге (3,7 миллиард доллар) бөлінген [9].

Қазақстанның нефрологтар Ассоциациясының президенті Қанатбаева А.Б. Алматыдағы II конгрессіндегі мәлімдемесінде перитонеальды диализ тәжірибесі балаларды гемодиализден ауыстыра отырып, бала өмірінің сапасын жақсартуға және өмір сұру уақытын узартуға жағдай жасады [8].

Мақсатымыз. Жедел бүйрек зақымданында және созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі кезінде қарапайым, эффективті және қол жетімді ем ретінде перитонеальды диализді жетілдіру.

Мәліметтер мен әдістер.

Бүйректі алмастыру терапиясының негізгі түрлері [1,15]:

- Радикалды - бүйрек трансплантациясы
- Интракорпоральды - перитонеальды диализ
- Экстрокорпоральды - гемодиализ

Гемодиализ (ГД) – науқастың қаны өтетін және қалдық заттар мен артық сұйықтықтардан босататын жасанды фильтрді (диализаторды) қолдана отырып, қанды ағзадан тыс тазалау әдісі [6]. Бүйрек жеткіліксіздігінің терминалды сатысында созылмалы диализді бастау туралы сұрақты шешуде диализді монитордың экстрокорпоральды контурына жеткілікті мөлшердегі қан жинауды қамтамасыз ететін тамырлық доступ қою керек. Қан организмнен тамырға енгізілген ине арқылы алынады. Фильтрге керек қан ағысы жылдамдығын қамтамасыз ету үшін науқастарға хирургиялық жолмен артерио-венозды фистула орнатады. Ереже бойынша оны сол қолға жасайды. Иықтың төменгі 1/3 бөлігінде екі қан тамырды бірге тігеді: артерия және венаны, олар тері астында орналасқан және үлкен қан тамырларды құрайды. Тек осы тамыр қан жинау

үшін қолданылады, осы тамырдан қан организмнен ине арқылы шығып, магистраль жүйесімен фильтрге өтеді, онда тазаланып және фистулаға енгізген екінші ине арқылы қайтадан қан тамырға келеді [2]. ГД сеансын жүргізу үшін қолданылатын доступтың тұрақты және уақытша түрлерін ажыратады [2,11].

Уақытша тамырлық доступ ЖБЗ немесе СБЖ-ның терминалды сатысындағы науқастарда гемодиализді терапияны жедел бастау керек болғанда қойылады. Уақытша доступ арнайы бір немесе екі қуысты катетерді бұғанаасты, сан немесе еремды венаға (катетер ультрадыбысты бақылау арқылы) орналастырады.

Кеңінен қолданылатын бұғанаасты венаға мүмкіндігінше катетер қоймаған дұрыс. Себебі тамырлардың стенозы дамып, қолдағы веналардың қанайналымы бұзылады, ары қарай артерио-венозды фистула орнатуда қындықтар туады [2,11].

Тұрақты тамырлық доступқа артерио-венозды шунт жатады, бірақ ол қазіргі кезде қолданылмайды. Нативті тамырды қолданумен жүретін артерио-венозды фистуланың тамырлық протезден ерекшелігі өзінің функциясын ұзакқа дейін сақтайды және асқыну жиілігі төмен болады. Артерио-венозды фистуланы орналастыру күрделі болуы мүмкін, кейде тіпті артерия жағдайы нашар болса (қант диабеті, атеросклероз) және вена терен орналасса немесе нашар дамыған болса, тромб түзілсе, жиі травмалық вена-пункция жасалса орналастыру мүмкін болмайды [12].

Гемодиализде жартылай өткізгіш мембрана – диализатор, перитонеальды диализде – ішастар. Осы әдісте ерітілген зат мембранадан өтуі үшін арнайы үш процесстің өтуімен механизм жүзеге асырылады: диффузия, ультрафильтрация (конвекция) және осмос [3,12].

Диффузияның қозғаушы күші – концентрация градиенті: заттар жоғары концентрациялы аймактан төмен концентрациялы

аймаққа өтеді. Өту жылдамдығы концентрация градиентіне, диффузия көлеміне және мембрана қарсылығына тәуелді. Диффузия мембрана тесігінің диаметрі кішірейгенде жылдамдығын арттырады. Мембранның екі жағындағы концентрациясын өзгерте отырып, диффузия ағымын реттеуге болады (предилюция әдісі) [3].

Ультрафильтрация (конвекция) – (ultra – «жоғары», «шектен тыс», filtration – сұзгілеу) заттарды жартылай өткізгіш мембранның гидростатикалық қысым градиентін туғызу

арқылы өткізеді. Заттарды сумен қоса өткізу жоғары қысымды аумақтан төменгі қысымды аумаққа өткізу арқылы жүзеге асырылады[12].

Оsmos – бұл суды ондағы ерітілген заттардың концентрация градиенті арқылы жартылай өткізгіш мембранадан өткізуі. Осы процессті негізгі қолдану аумағы – гипергидратацияны шектеуге және диализдеуші сұйықтық пен қан арасындағы осмостық градиентті туғызуға қатысатын перитонеальды диализ болып табылады [3,18].

Кесте -1 ГД көрсеткіштер [3,4,5,7]:

Жедел көрсеткіштері	Созылмалы көрсеткіштері
Жедел бүйрек зақымдануы >анурия>1 л Гиперкалиемия аидоз	Уремия гипергидратация

ГД қарсы көрсеткіштері:

- Бала салмагының аздығы
- Тамырлық доступтың болмауы
- Жүрек қан тамыр жеткіліксіздігі
- Қан ұю жүйесінің ақауы

Гемодиализдің асқынулары:

- Қан кету
- Тамырлық доступтың асқынуы
- Қан тамырлық доступтың инфекциясы сеписске дейін
 - Ауалы эмболия
 - Перфузиялық контур және артық ультрафильтрациялық қан жоғалтудан коллапстың дамуы
 - Биосәйкес мембранның жеткіліксіздігі
 - Контаминирленген диализдеуші сұйықтықтан эндотоксиннің түсүі
 - Гипертензия немесе гипотонзия
 - Анемияның ауырлауы.

Перитонеальды диализ (ПД) – бұл организм ішілік қан тазалау әдісі. Іш қуысына арнайы сұйықтықтарды енгізу арқылы, қаннан түсетең үлік заттарды және артық сұйықтықтарды өзіндік фильтр, яғни перито-

неальды мембрана арқылы тазалау[5].

ПД әсер механизмі: ПД ішастар арқылы жасалынады. Ішастар қанды фильтрация жасайтын жартылай өткізгіш мембрана қызметін атқарады. ПД-де ультрафильтрацияның жылдамдығы, организмнен судың шығарылуы диализдегі сұйықтықтағы глюкоза концентрациясының өзгеруімен реттеледі. Сұйықтықта неғұрлым глюкоза көп болса, ультрафильтрация соғұрлым жоғары болады [10,17].

Бұл әдістің мақсаты диализді сұйықтық катетр арқылы іш қуысына енгізіледі 4-5 сағат сонда қалдырады. Осы уақытта науқастың қанындағы қалдық заттар мен диализат концентрациясы теңеледі. Бұл жағдайда науқас өзінің күнделікті ісімен айналыса алады. Содан соң диализат шығарылады да таза сұйықтықпен ауысады. Сұйықтықты тәулігіне 4-5 рет күнде, үнемі ауыстырып жасалады [10,11].

ПД-ның клиникалық ерекшеліктеріне жатады [5,10,16,17]:

- Қаннның химиялық құрамының көрсеткіштерінің тұрақтылығы;

- АҚ қысымын жоғары сапалы бақылау;
- Постдиализді синдромның болмауы;
- Диетадағы шектеулердің азауы мен еркін жүріп тұру мүмкіндігі;
- Бүйректің қалған функциясының қызметін сақтап қалуды созуы;
- Женілдетілген психологиялық адаптация;
- Кальций-фосфор тепе-тендігінің сақталуы.

ПД адекваттығының клиникалық көрсеткіштеріне жатады:

- уремия симптомдарының болмауы;
- науқастың өзін жақсы сезінуі;
- науқастың жақсы еңбекке қабілеттілігі.

Перитонеальды диализге көрсеткіштер:

Жедел бүйрек зақымдануы
Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің терминалды сатысы

ПД қарсы көрсеткіштері

- Ишектің ауыр қабыну аурулары
Жедел белсенді дивертикулит
Ишектің белсенді ишемиялық аурулары
Іш қысының абсцесі
- Ауыр психикалық бұзылыстар
- Жүктіліктің III триместрінде емнің басталуы

• Интеллекттің төменділігі (көмекшісіз)

Перитонеальды диализ асқынұлары:

- Перитониттер
- Биосәйкес диализдеуші сұйықтықтың жеткіліксіздігі

Кесте 2 - ПД-ның және ГД-ның ерекшеліктері [18]:

Перитонеалды диализ	Гемодиализ
Бұл жағдайда катетр тікелей іш қусына қойылады.	Перманентті және уақытша қан тамырлық катетер (екі жолдық немесе бір жолдық); • артериовенозды шунт; • артериовенозды фистула; • синтетикалық қан тамырлық протез
Ішастар тіндері арнайы диализ сұйықтығы және организмдегі қан тәрізді қызмет атқарады.	Көптеген мембрана талшықтары сұйықтықтың және қанның сұзбесіне қатысады.
Перитониалды диализ күніне шамамен 4-5 рет жасалады.	Гемодиализ аптасына шамамен 3-4 рет жасалады.
Емделуші перитониалды диализді үйде қабылдауына толық еркіндігі бар.	Гемодиализ процесі емделушінің ауруханаға немесе клиникага келуін талап етеді.
«Оsmos» перитонеальды диализді жүзеге асыру процесіне көмектеседі.	Бұл жерде бүйрек тәрізді қанды сұзуге жасанды диализ машинасы жұмыс жасайды
Перитонеальды диализ емделушіге кәміл бостандық береді	Гемодиализben емделіп жаткан науқастар қатал диеталық бақылауда болуы тиіс.

Кесте 3 -Таңдау әдісі ПД/ГД [4,13,14,19]:

	Гемодиализ	Перитонеалды диализ
Артықшылықтары	<p>-Бұл тәсіл әдетте дайындығы мол жоғары саннатағы дәрігерлердің көмегімен ғана жүргізіледі.</p> <p>-Диализбен сырқаттанып жатқан басқа да емделушілермен байланыста болып, эмоционалды қолдауға ие бола алады.</p> <p>Гемодиализді перитонеалды диализге қарағанда аптасына 3 күн ауруханаға барып, дәрігердің нұсқауымен қабылдауыныңға болады</p>	<p>-Бұл тәсіл гемодиализге қарағанда көбірек еркіндік береді.</p> <p>-Аталмыш тәсілді үйде немесе таза бір мекенде қабылдай алады.</p> <p>-Жолда жүргендеге де, ұйықтап жатқанда да ем қабылдауға еш киындық, кедергі бола алмайды.</p> <p>-Инені қажет етпейді.</p> <p>-Емнің тез басталуы, қолданудың қарапайымдылығы</p> <p>-Жоғары клиренсті тазалау</p> <p>-Қалыпты сұйықтықты баланысты ұстап тұру қабілеті</p> <p>-Парентералды тамақтану мен сұйықтық қабылдауды шектеудің болмауы</p> <p>-Компенсациялық қышқыл-сілтілі жағдайды ұстап тұру</p> <p>-Электролитті бұзылысты коррекциялау</p> <p>-Гемодинамикалық тұрақтылық</p> <p>-Қанмен контакттың аз болуы</p> <p>-Бүйрек қызметіне зақымдауши әсері немесе ЖБЗ ағымына кері әсерінің болмауы</p> <p>-Дәрілерді мөлшерлеп қолданудың женілдігі және болжамдылығы</p> <p>-Клиникалық және техникалық асқынулардың минимальды жиілігі</p> <p>-Қол жетімділік</p>
Кемшілік -тері	<p>-Ем қабылдаған күні науқастар өздерін шаршанқы сезінеді</p> <p>-Қан қысымының тұрақсыздығы</p> <p>-Диализді қабылдау жолдарында қан үюлары пайда болуы ықтимал.</p> <p>-ВГ, ВИЧ-инфекцияның жүзу қаупі жоғары</p> <p>-Электролит алмасуының бұзылысы</p> <p>-Кальций-фосфор төмендеуі</p> <p>-Анемияның ауырлауы</p>	<p>-Іштің шырышты қабатына инфекция түсү қауіпі жоғары.</p>

Перитонеальды диализдің техникалық клиникалық артықшылықтары:

Жедел бүйрек жеткіліксіздігі кезінде гемоглобин екі аппаратта да тең болып қала береді (80-90 г/л), бірақ перитонеальды диализ қабылдаушы науқастарда гемодиализben салыстырғанда гемотрансфузия 1,8 есеге аз қажет етеді. Бұл жағдайды эритроциттердің жарақаттануымен, қан кетудің жоғарылауымен, гемодиализ кезінде аппарат арқылы қан жоғалтумен байланыстырады [4,17].

ПД артықшылығы қарапайым және қауіпсіздігінде. 45,6 % науқас балаларда ГД кезінде гипертензия немесе гипотензия түрінде гемодинамикалық асқынулар байқалған. Перитонеальды диализ кезінде қан айналымның айқын емес бұзылыштары, транзиторлы түрде өтіп медикаментозды емді қажет етпейді. Ерте жастағы балаларда ГД жүргізуде қан тамырлық жол табу қыынға соғады, сондай жағдайда перитонеальды катетер орнату техникалық қындықтар туғызбайды [5,13,19].

Қорытынды. Бүйрек алмастыру терапиясы ішінде перитонеальды диализ қазіргі уақытта дүние жүзінде тандаулы әдіс болып табылады, әсіресе педиатрияда. ПД бүйрек жеткіліксіздігі дамыған науқастарда тіпті ауруханаға алыс аумактарда жылдам әрі эффективті көмек көрсетуге ынғайлы. Олай деп айтуға негіз бар, себебі перитонеальды диализ гемодиализге қарағанда қарапайым, экономикалық жағынан арзан, науқастар еркін жүре алады. ПД-де науқастарда диализді тоқтатуға тұра келетін асқынулар сирек кездеседі. Перитонеальды диализ - жаңа туылғандар мен ерте жастағы балалардағы бүйректік алмастырушы терапияның жалғыз тандаулы әдісі болып табылады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Стецюк Е.А. Основы гемодиализа. Под ред. проф. Е.Б. Мазо. – М.: Гэотар-Мед, 2001.– 320 с.

2. Бекишев Б.Е. Выбор сосудистого доступа при проведении острого гемодиализа. // Астана мед. Журн.-2002-№2. –С.123.

3. Бовкун И.В., Румянцев А.Ш. Оценка тактики проведения сеанса гемодиализа у больных с разной величиной артериального давления. //Журн. Нефрология.-2006.-Т.10, №3.-С.62-67.

4. Мондоев Л.Г. Влияние гемодиализа на показатели гемодиализа у больных с хронической почечной недостаточностью. //Гемотология и трансфузиология – 2009.-Т.54. №5.- С.24-26.

5. Томилина Н.А. Особенности течения синдрома артериальной гипертензии у больных хронической почечной недостаточностью на перитонеальном диализе. //Нефрология и диализ.- Т. 8, 2006 г., №2.

6. Васильева И.А., Михеева Ю.С. Проблема не соблюдения лечебного режима больными находящимися на лечение хроническим гемодиализом. //Нефрология.- 2003.- Т.7, №4.-С.14-20.

7. Чингаева Г.Н. Профилактика вирусного гепатита у больных с хронической почечной недостаточностью не хроническом гемодиализе. // Вестн. КазНМУ.-2006.- №2.-С.70-72.

8. Канатбаева Асия - д.м.н., профессор КазНМУ, Президент Ассоциации нефрологов Казахстана. Второй Конгресс нефрологов Независимых Государств. 2012

9. Қазақстанның нефрологтар Ассоциациясының бас секретары Кайрат Кабулбаев нефрологтардың Алматыдағы II конгрессіндегі мәлімдемесі. Второй Конгресс нефрологов Независимых Государств. 2012

10. Гуревич К.Я., Константинов Ю.В., Шумилкин В.Р. и соавт. Перитонеальный диализ (пособие для врачей). СПб., 2003: 98.

11. Comert M., Borazan A., Kulah E., Ucan B.H. A new laparoscopic technique for the placement of a permanent peritoneal dialysis catheter: the preperitoneal tunneling method. Surg Endosc 2005; 19 (2): 245–248.

12. Руководство по диализу. Под ред.

Джона Т. Даугирдаса, Питера Дж. Блейка, Тодда С. Инга. Пер. с англ. под ред. А.Ю. Денисова и В.Ю. Шило. Третье издание. М.: Центр диализа. Тверь: Триада, 2003: 744 с.

13. Heaf J.G. Algorithm for optimal dialysis access timing. Clin Nephrol 2007; 67 (2): 96–104.

14. Голуб И.Е. Доц., к.м.н. Сорокина Л.В.Иркутск, Острая почечная недостаточность. Лечение», 2011г, С.64-68.

15. “Процедуры гемодиализа в Казахстане стали доступней”, 27 апреля 2012г. Минздрав РК., Подробнее: <http://vesti.kz/society/60686>

16. Захарова Е.В. «Заместительная почечная терапия.» Дата последнего обновления – 27.11.2011 .Статья из журнала «Нефрология», 2011, том 15, №1, С. 33-46.

17. Горбовицкий Е.Б., Яжгур Ф.М. и Равич Д.П., Перitoneальный диализ в терапии почечной недостаточности. Киев, 1996, С.25-26.

18. Devuyst O., Combet S., Cnops Y. et.al. //Nephrol.Dial.Transplant.-2001.- Vol.16-P.675-678.

19. Смирнов А.В., Бабарыкина Е.В. Возраст и артериальное давление у больных на гемодиализе. //Нефрология.-2005.-Т.9, №1-С.34-38.

РЕЗЮМЕ

В настоящей статье речь идет о гемодиализе и перитониальном диализе, используемым при заместительной терапии острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности. ГД и ПД при заместительной терапии острой почечной недостаточности и хронической почечной недостаточности имеют огромное значение. До настоящего времени в нашей стране в качестве заместительной терапии применялся только гемодиализ. В последнее время в результате многочисленных исследований было доказано преимущество ПД перед ГД. Преимущества ПД перед ГД при заместительной терапии: выявлены хорошие резуль-

таты при применении к новорожденным, к детям младшего возраста и детям с дефицитом веса. Это такие как, свобода передвижения больных, минимальный контакт с кровью, высококлиренсная очистка, коррекция электролитного нарушения, гемодинамическая резистентность, отсутствие отрицательного влияния на функцию почек или на процесс острой почечной недостаточности, легкость и предстакуемость при дозированном применении препарата, минимальная частота клинических и технических осложнений.

Ключевые слова: Гемодиализ, перitoneальный диализ, ультрафильтрация, диффузия.

SUMMARY

In this article is informed about hemodialysis and peritoneal dialysis which can be used during the inflammation of the kidney and Chronic renal failure in therapy of kidney transplantation. Hemodialysis and peritoneal dialysis play the important role during the inflammation of the kidney and Chronic renal failure in therapy of kidney transplantation. Up to this time our country only provides procedures of hemodialysis in the therapy of kidney transplantation. According to the latest researches peritoneal dialysis is getting more advantageous than the hemodialysis. Advantages of peritoneal dialysis in the therapy of kidney transplantation. It gives a good opportunity to use for newborns, for young children and for children with light weight, as well as it shows an excellent results in its consequences. These kind of procedures like less contact with blood, high clearance, the correction of electrolyte disturbance, hemodynamical stability, inflammatory influence for the kidney or the absence of any harm for acute renal failure, easiness of taking medicine and its hypothesis, minimal frequency of technical and clinical complications.

Key words: hemodialysis, peritoneal dialysis, ultrafiltration, diffusion.

UDC 616-056.52-053.5:613.22:371.711:373.3:614.2

ИНИЦИАТИВА НАБЛЮДЕНИЯ ВОЗ ЗА ЕВРОПЕЙСКИМ ДЕТСКИМ ОЖИРЕНИЕМ: СРЕДА ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОНТЕКСТЕ УРОВНЯ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА В НАЧАЛЬНЫХ ШКОЛАХ

WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE: SCHOOL NUTRITION ENVIRONMENT IN RELATION TO LEVEL OF OVERWEIGHT AT THE SAME PRIMARY SCHOOLS

Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij, Vesselka Duleva, Marie Kunesova, Maria Hassapidou, Eva Martos, Nazih Eldin, Iveta Pudule, Ausra Petrauskiene, Ragnhild Hovengen, Ana I Rito, Gregor Stare, Agneta Sjoberg, Agneta Yngve, Joao Breda

SUMMARY

Background. Overweight and obesity in childhood remain a major public health problem in the European Region of World Health Organization (WHO). Schools can play an important role in the promotion of a healthy diet and sufficient physical activity and thus in the prevention of overweight and obesity. Aim of present study was to evaluate within Europe the differences between and within countries in the school nutrition environment in relation to overweight levels at the same primary schools.

Methods. Data from eleven countries participating in WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) were used (1738 schools in school year 2007/2008 and 2021 schools in school year 2009/2010). School personnel provided information on 18 school environmental characteristics on nutrition and physical activity. A school nutrition environment score was calculated, whereby higher scores correspond to higher support for a healthy school nutrition environment. Trained field workers measured weight and height of children aged 6-9 years at the same schools. Body mass index-for-age (BMI/A) Z-scores were computed using the 2007 WHO growth reference and for each school the mean of the children's BMI/A Z-scores was calculated.

Results. Large between-country differences were found in school nutrition environment scores. Low-score countries (Bulgaria, Czech Republic, Greece, Hungary, Ireland and Portugal) graded less than half of school environmental characteristics as positive and the high-score countries (Latvia, Lithuania, Norway, Slovenia and Sweden) judged more than half of the characteristics as positive. All country level BMI/A Z-scores were positive (range: 0.12-1.02) indicating higher BMI values than the 2007 WHO growth reference, whereby Greece, Ireland and Portugal had the highest scores. Largest within-country school nutrition environment scores were found in Bulgaria, Czech Republic, Lithuania and Greece. No consistent associations were found between school nutrition environment scores and school BMI/A Z-scores.

Conclusions. Some European countries have implemented more supportive school environment policies on nutrition and physical activity than others. However, most countries with low school nutrition environment scores also host schools with supportive school environment policies, suggesting that a uniform school policy to tackle the obesogenic school environment has not been implemented at a same level throughout a country.

УДК 617.75-035.2:681.735:615.276

Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ, Н.А. КАУМЕТОВА, Б.С. АЙТХОЖИН, Н.А. ШАФОРЕНКО

АО Железнодорожная больница,
Поликлиника №1, г. Павлодар

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ, ИНИЦИИРОВАННЫХ НОШЕ- НИЕМ МЯГКИХ КОНТАКТНЫХ ЛИНЗ

Аннотация

Оценена клиническая эффективность препарата Дикло-ф 0,1% глазные капли в лечении некоторых заболеваний глаз, инициированных ношением МКЛ. Проведённое исследование свидетельствует о высокой противовоспалительной эффективности препарата Дикло-ф 0,1% глазные капли. Применение данного препарата существенно сокращает длительность заболевания, улучшение клинической картины наступает в минимальные сроки.

Ключевые слова: мягкие контактные линзы (МКЛ), Дикло-ф 0,1%.

Актуальность проблемы заключается в том, что при ношении контактных линз часть пациентов сталкивается с воспалительными заболеваниями глаз.

Несмотря на большое количество противомикробных средств, и методов их применения, в некоторых случаях лечение воспалительных заболеваний оказывается малоэффективным. В связи с этим вопросы лечения таких заболеваний остаются важной проблемой как научно-практического, так и социального значения. Воспалительные заболевания глаз, наряду с противомикробной терапией, требуют назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). В нашем исследовании применялся Дикло-ф 0,1% глазные капли (производитель: Sentiss Pharma). В состав препарата входит диклофенак натрия – НПВП, полиаксил – антиоксидант, трометамин – поддерживает РН=7,4. Вследствие этого сочетания препарат обладает лучшей переносимостью, более выраженным противовоспалительным и противогиперемическим действием. Действие диклофенака основано на подавлении синтеза простагландинов, что при местном применении приводит к уменьшению отёка и гиперемии конъюнктивы, снижению болевых ощущений, не

вызывает побочных эффектов, возникающих при применении кортикоステроидов.

Этиологической причиной воспалительных заболеваний глаз, инициированных ношением МКЛ, может выступать любой фактор: микробы, механическое повреждение, синдром «сухого глаза», гипоксическое состояние роговицы и др. В большинстве случаев источником проблемы является сам пациент. Было установлено, что 75 – 85% пользователей МКЛ не выполняют рекомендации врача-офтальмолога по уходу за контактными линзами, не соблюдают правила гигиены, часто используют повреждённые линзы, перенашивают линзы, искусственно пролонгируя фактические сроки замены, длительно используют линзы в течение суток, а также во время сна, используют для хранения и обработки МКЛ растворы низкого качества с неудовлетворительными противомикробными и очищающими свойствами. Несоблюдение режима особенно часто фиксировалось у пациентов, которые использовали контактные линзы однодневного ношения, продление срока эксплуатации до 2 – 3 дней сопровождалось серьезными нарушениями гигиены. Опыт наблюдения показал — чем больше стаж ношения контактных

линз и чем старше пациент, тем чаще выявлялись нарушения правил гигиены. Пациенты, начинающие испытывать незначительные ощущения дискомфорта, несвоевременно обращаются за квалифицированной медицинской помощью, продолжают носить линзы, занимаются самолечением, доводя заболевание до развитой стадии.

Цель работы. Изучение клинической эффективности Дикло-ф 0,1% глазные капли в лечении некоторых заболеваний глаз, инициированных ношением МКЛ.

Материал и методы исследования. С целью изучения эффективности препарата под наблюдение были взяты две однородные по возрасту и нозологии группы пациентов с воспалительными заболеваниями глаз от 16 до 48 лет. Наблюдение велось в течение 8 месяцев. Пациенты основной группы получали комплексное лечение с включением Дикло-ф 0,1% глазные капли. Дикло-ф 0,1% глазные капли назначали в виде инстилляций

4–6 раз в день в зависимости от тяжести воспалительного процесса. Лечение проводили в составе местной и общей комплексной терапии, включающей антибактериальные, противовирусные, десенсибилизирующие препараты, витамины. При синдроме «сухого глаза» использовались увлажняющие гели, при эрозиях и инфильтратах роговицы – кератопротекторы. Пациенты контрольной группы с аналогичными воспалительными заболеваниями получали комплексное лечение без применения препарата Дикло-ф 0,1% глазные капли. Эффективность лечения оценивалась по длительности и выраженности воспалительных проявлений.

В качестве критериев положительной динамики оценивались следующие симптомы: снижение остроты зрения, светобоязнь, жжение, чувство инородного тела, покраснение, ощущение сухости глаза, слёзотечение, отделяемое.

Результаты.

Таблица 1 – Группы пациентов по нозологиям

Вид заболевания	Количество пациентов с НПВП	Количество пациентов без НПВП
Блефарит	5	3
Инфильтраты век	4	4
Папиллярный конъюнктивит	10	8
Микробный конъюнктивит	20	22
Эпиклерит	6	6
Инфильтративный кератит	15	15
Синдром «сухого глаза»	8	8

Анализ динамики клинической картины выявил, что в группе, где в качестве противовоспалительного средства применялся Дикло-ф 0,1% глазные капли, отмечалось смягчение и исчезновение жалоб пациен-

тов, существенное укорочение длительности заболевания, отсутствие остаточных изменений по сравнению с результатами в контрольной группе.

В группе, где Дикло-ф 0,1% глазные кап-

ли не применялся, у пациентов дольше сохранялись жалобы на чувство инородного тела, жжение и слёзотечение. Длительно, более 15 дней, у половины пациентов с инфильтративными кератитами не исчезало

покраснение глаз, и интенсивность инфильтративных очагов была без динамики. Практически всем пациентам этой группы для улучшения качества лечения был назначен Дикло-ф 0,1% глазные капли.

Таблица 2 – Результаты лечения с применением Дикло-ф 0,1% глазные капли

Симптом	ПОЛНОЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ЖАЛОБ					
	С применением НПВП			Без применения НПВП		
	за 3 дня	за 5 дней	> 7 дней	за 3 дня	за 5 дней	> 7 дней
Жжение	5	5	2	2	2	7
Чувство инородного тела	9	14	4	6	6	18
Ощущение сухости глаза	3	4	6	4	4	7
Светобоязнь	7	3	1	3	4	4
Снижение остроты зрения	2	5	1	2	3	4
Покраснение	22	20	6	9	12	25
Слёзотечение	7	2	0	2	2	5
Отделяемое	11	24	7	9	26	8

Выводы:

1. Проведённое исследование свидетельствует о высокой противовоспалительной эффективности препарата Дикло-ф 0,1% глазные капли в лечении некоторых заболеваний глаз, инициированных ношением МКЛ.

2. Данный препарат хорошо переносится пациентами, существенно сокращает длительность заболевания, что позволяет в наиболее короткое время вернуться к ношению МКЛ, сохранить человеку обычный ритм жизни.

3. Необходимо исчерпывающе информировать пациента о правилах гигиены и ухода за контактными линзами, а также обо всех возможных осложнениях, возникающих при их неправильном использовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.А. Киваев, Е.И. Шапиро. «Контактная коррекция», М.2000.
2. Н. Эфрон. Асептический инфильтративный кератит, вызванный ношением контактных линз. Вестник оптометрии №1, С. 17-24. Микробный инфильтративный кератит, вызванный ношением контактных линз. Вестник оптометрии №1, С. 28-38.
3. Е.А. Фёдорова, В.П. Просянюк. Роль мягких контактных линз плановой замены в развитии микробных поражений роговицы. Глаз №6, 2004.
4. В.В. Бржевский, Е.Е. Сомов. Диагностика и лечение больных с синдромом сухого глаза. С-Петербург 2005.

ТҮЙИН

Мақалада Дикло-ф 0,1% дәрмектің конъюктивамен қасан қабықтың ауруында, және жанааспалы линзалармен қолданатың көз науқастардың клиникалық нәтижелігі бакылалды. Зерттеуің нәтижелері Дикло-ф 0,1% дәрмектің жоғары қабыну қарсы әсері туралы дәлелдейді.

Тираж сөздер: жұмсақ контактті линзалар, Дикло-ф 0,1%.

SUMMARY

Clinical efficacy of medicine Diclo-F 0,1% eye drops was assessed in treatment of some eye diseases, caused by wearing SCL (soft contact lens).

Medication of this medicine reduce duration of a disease essential, amelioration comes quickly.

Key words: soft contact lenses (SCL), Diklo-f-0.1%.

УДК 617.5:616-036.22.071(574-25)

А.А. СОЛТАНГАЗИЕВ

Городская клиническая больница № 4, г. Алматы

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНОВ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

В работе проведен анализ структуры, наиболее важных причин черепно-мозговой травмы, оценены клинико-демографические аспекты, объём и качество лечебно-диагностической помощи пострадавшим, показатели инвалидизации и смертности в регионе Алматинской области. В результате проведенной работы получены показатели, характеризующие распространённость, факторы риска, основные причины и исходы черепно-мозговой травмы, выявлены эпидемиологические и региональные особенности ее течения в исследуемом регионе.

Ключевые слова: медико-социальные последствия, черепно-мозговая травма, нейротравма, клинико-эпидемиологические аспекты.

В настоящее время одной из наиболее актуальных проблем современной медицины является увеличение травматизма, и соответственно, увеличение количества больных с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и ее последствиями. Нейротравма, согласно современных представлений специалистов, ассоциируется с «silent epidemic», т.е. «скрытой эпидемией» Черепно-мозговая травма занимает большой удельный вес в общей структуре травматизма и заболеваемости, являясь основной причиной инвалидизации и смертности населения, как в нашей стране, так и за рубежом [1].

Клиническим аспектам ЧМТ посвящено большое количество научных публикаций в виде монографий, журнальных статей, диссертаций в нашей стране и за рубежом.

Эпидемиологические аспекты ЧМТ в различных регионах стран СНГ подробно освещены в большом числе научных работ, в которых констатируется распространённость и частота нейротравмы, при этом отмечаются их значительные колебания от 1,79 до 12,85 на 1000 населения [2]. При этом наблюдается ежегодное увеличение ЧМТ, что связано, по мнению многих авторов, с суще-

ственными изменениями социально-экономического положения, факторов риска, обусловленных урбанизацией, насыщенностью транспортными средствами, увеличением их скоростей, криминализацией обстановки.

За последние годы частота ЧМТ, особенно тяжелых форм, непрерывно возрастает. Этой травме наиболее часто подвержены лица до 50 лет, т.е. наиболее активный контингент населения. Учитывая постарение населения Республики Казахстан и превышение летальности над рождаемостью, особенности в больших городах Республики, это имеет особо важное значение. По данным мировой статистики [Лебедев В.В. и др., 1987], только 10 - 15% пострадавших с ЧМТ попадают в специализированные нейрохирургические отделения. Остальных пострадавших лечат в травматологических и обще-хирургических отделениях. Это значительно повышает количество диагностических ошибок, по данным А.М. Никулина (1988), - до 24,1 %, и увеличивает количество поздно проведенных операций при сдавлениях или ушибах мозга, что повышает летальность при данной патологии. Это положение, особенно в сельской местности и небольших (до 300

000 населения) городах. Даже в Алматы, при относительно развитой нейрохирургической службе, около трети больных с ЧМТ госпитализируют в непрофильные отделения. Недооценка начальных симптомов сдавления головного мозга приводит к запоздалому вызову к пострадавшим с внутричерепными гематомами и сдавлением мозга нейрохирургов, уже при декомпенсированном состоянии больного (пострадавшего).

Авторами констатируется высокая инвалидизация и смертность пострадавших, преобладающая у лиц молодого трудоспособного возраста. Так, по данным [3] инвалидизация после ЧМТ наблюдается в 30% случаев, а смертность колеблется от 99 до 210,3 наблюдений на 1000 населения, занимая 2-е место после сердечно-сосудистых заболеваний.

По мнению многих авторов, углубленное изучение структуры ЧМТ, ее распространенности среди различных групп населения, основных причин и факторов, влияющих на нейротравматизм, является основой для разработки обоснованных мероприятий с целью профилактики снижения ее частоты, организации оказания более эффективной нейротравматологической помощи и, в конечном итоге, снижению инвалидизации и смертности [4].

В связи с вышеизложенным, проблема ЧМТ до настоящего времени является актуальной. Ее актуальность определяется еще и тем, что сравнительные клинико-статистические исследования в различных регионах сельской местности не проводились. В частности, отсутствуют данные о распространенности ЧМТ в регионе, ее структуре, роли социально-гигиенических факторов риска и причин повреждений, о соответствии травматологической помощи современным стандартам.

Отсутствие этой информации, необходимой для планирования и повышения эффективности системы организации медицинской

помощи, снижения инвалидизации и смертности пострадавших, определили выбор темы научного исследования.

Цель исследования: Разработать мероприятия по совершенствованию системы оказания лечебно-профилактической помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой в условиях сельской местности на основе внедрения инновационных медицинских технологий.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность, факторы риска, основные причины и исходы черепно-мозговой травмы, выявить эпидемиологические и региональные особенности в исследуемом регионе.

2. Провести анализ уровня оказания экстренной первичной и специализированной медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой с учетом клинического течения и особенностей диагностики различных форм черепно-мозговой травмы.

3. Изучить влияние оснащенности различных по штатно-организационной структуре лечебных учреждений региона на эффективность диагностики и лечения и, соответственно, на показатели послеоперационной и общей летальности у пациентов с черепно-мозговой травмой.

4. Разработать лечебно-организационную схему оказания специализированной медицинской помощи пациентам с черепно-мозговой травмой в условиях исследуемого региона в целях усовершенствования системы ее оказания, улучшения исходов, снижения показателей летальности и инвалидизации.

Научная новизна исследования:

Впервые осуществлен анализ структуры, наиболее важных причин черепно-мозговой травмы, оценены клинико-демографические аспекты, объем и качество лечебно-диагностической помощи пострадавшим, показатели инвалидизации и смертности в регионе

Алматинской области. В результате проведенной работы получены показатели, характеризующие распространенность, факторы риска, основные причины и исходы черепно-мозговой травмы, выявлены эпидемиологические и региональные особенности ее течения в исследуемом регионе. На основании полученных данных исследования определены недостатки в диагностике и лечении пострадавших с черепно-мозговой травмой на до- и госпитальном этапах, которые явились основанием для разработки современных мероприятий по усовершенствованию системы оказания специализированной нейротравматологической помощи, улучшения исходов, снижения показателей летальности и инвалидизации.

Практическая значимость работы и внедрение в практику:

Для внедрения в практическую деятельность разработан лечебно-диагностический алгоритм и стандарты оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой, в том числе в ДТП. Полученные новые клинико-статистические данные и разработанные на их основе научно-обоснованные мероприятия по улучшению системы оказания лечебно-диагностической помощи пострадавшим, могут быть использованы нейрохирургами, травматологами лечебных учреждений Алматинской области, а также при планировании органами здравоохранения региона, кочевого фонда, кадров, медицинского современного диагностического и лечебного оборудования и, таким образом, для совершенствования нейротравматологической помощи как в исследуемом регионе, так и в аналогичных регионах нашей страны.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акшулатов С.К. Клинико-эпидемиологическое исследование острой черепно-мозговой травмы и ее последствий в Республике Казахстан (на модели г.Алматы):

Автореф. дис. докт. – Москва, 1995. – 42 с.

2. Потапов А.А., Захарова Н.Е., Корниенко В.Н., Пронин И.Н., Александрова Е.В., Зайцев О.С., Лихтерман Л.Б., Гаврилов А.Г., Данилов Г.В., Ошоров А.В., Сычев А.А., Полупан А.А. // Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, 2014.-N 1.-C.4-13.

3. Лихтерман Л.Б. Справочник поликлинического врача, 2013.-N 10.-C.70-78.

4. Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Потапов А.А./Consiliummedicum,2013.-N 9.-C.5-12.

ТҮЙН

В результате проведенной работы получены показатели, характеризующие распространность, факторы риска, основные причины и исходы черепно-мозговой травмы, выявлены эпидемиологические и региональные особенности ее течения в исследуемом регионе.

Тірек сөздер: медико-социальные последствия, черепно-мозговая травма, нейротравма, клинико-эпидемиологические аспекты.

SUMMARY

As a result of work obtained indicators describing the prevalence, risk factors, underlying causes and outcomes of traumatic brain injury identified epidemiological and regional characteristics of its course in the study region.

Keywords: medical and social consequences, traumatic brain injury, neurotrauma, clinical and epidemiological aspects.

**Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы**

Дүниежүзілік темекімен күрес қуніне (31 мамырға) арналған «Психологиялық белсенді заттектерді, сонымен қатар шегілмейтін темекі өнімдерін тұтынудың алдын алу» тақырыбымен баспасөз мәжілісін өткізу

АНДАТПАСЫ

Откізу мерзімі: 2014 жылдың 14 мамыры, сағат 12-00-де.

Откізілу орны: «Қазақстан баспасөз клубы», Алматы қаласы

Шегілмейтін темекі өнімдері – бұл соруға, шайнауга және іскеуге арналған темекі өнімдері. Осы түтінсіз темекі өнімдерінің түрі: сиос пен насыбай. Мұның бәрі қоғамдық денсаулыққа қауіп төндіреді және ағзада қатерлі онкологиялық ауру (ауыз қуысы, жұтқыншақ обыры және т.б.) тудырады. Темекі тартылатынына, шайналатынына немесе іскеленетініне қарамастан барлық түрі өлімге душар етеді.

Осы іс-шараны өткізуін мақсаты денсаулыққа шылымқорлықтың зияндық әсері туралы халықтың хабарлылығын арттыру. Темекіні төмендетуге, салауатты өмір салтын ұстануға, азаматтардың өз денсаулығына жауапкершілігін арттыруға және заңдарды орындауға бағытталған әрекеттерге халықты жұмылдыру.

Жұмысқа қатысатындар:

1. Баттақова Жәмилә Еркінқызы -

Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығының директоры. **Тақырыбы:** «Шегілмейтін темекі өнімдерін тұтынудың алдын алуға бағытталған іс-шаралар. Тау-кен өндірісінің қызметкерлерінің темекі өнімдерін тұтынуын зерттеу

нәтижесі».

2. Алтынбеков Сағат Эбілқайырұлы

– Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-зерттеу орталығының директоры. **Тақырыбы:** «Психологиялық белсенді заттектерді тұтынудың алдын алу мен жастар арасындағы суицид».

3. Нұргазиев Куаныш Шадыбайұлы

– Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институтының директоры. **Тақырыбы:** «Насыбай, сиос, шайнайтын, іскейтін темекі және т.б. секілді шегілмейтін темекі өнімдерін, психологиялық белсенді заттектерді тұтынудың салдарынан онкологиялық ауру туындау қаупі, онкологиялық (ауыз қуысы, жұтқыншақ және т.б.) ауруларының ерте пайда болуы».

4. Сатыбалдиев Жайық Төлеқұлы –

Алматы облыстық Салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығының директоры. **Тақырыбы:** «Темекі өнімдерін тұтынудың алдын алу бойынша шаралар ұйымдастыру мен өткізу. Темекіге қарсы орталықтардың қызметі».

5. Садықова Жәмилә Женісқызы

– «Темекі тұтінінен азат Қазақстан үшін» Ұлттық одағының директоры. **Тақырыбы:** «Шегілмейтін темекі өнімдеріне тыйым салудың халықаралық тәжірибесі».

ПРЕСС - РЕЛИЗ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы

Қазақстан Республикасында 2014 жылдың 2-ші және 12 маусымы аралығында жіті ішек инфекциясының алдын алу жөнінде онкүндік өткізу баспасөз мәжілісі

СӘСҚПҰО-ның ұйымдастыру-әдістемелік жетекшілігімен республика өнірлерінде 2014 жылдың 2-ші және 12 маусымы аралығында жіті ішек инфекциясының алдын алу жөнінде онкүндік өткізіледі.

Онкүндікті өткізу мақсаты: халықтың жіті ішек инфекциялары, олардың таралуы мен жұқтырудан сақтандыру шаралары, жеке және қоғамдық гигиенаны сақтау жөніндегі ақпараттылығын арттыру. Балаларды, жас-өспірімдерді жеке тазалық гигиенасына сактауға дағдыландыру. Денсаулықты сақтау мен нығайту үшін халықтың, жұмыс берушілердің, қызметкерлердің ақпараттылығын арттыру.

ЖИИ өмірге тікелей қауіп тудыра отырып ауыр жағдайдағы науқастың барлық ағзасына таралып және дамуына байланысты ең өзекті инфекциялық аурулардың бірі болып табылады. ДДҰ-ның мәліметінше, жыл сайын «диареялық» аурудан 1-1,2 млрд. оқиға тіркеліп, 5 млн. жуық бала ЖИИ мен оның асқынуынан қаза табады. Балалардың үлесіне барлық ЖИИ оқиғасының 60-65%-ға жуығы жатады, 1 жастан 7 жасқа дейінгі балалар ауырады. Ең жоғары көрсеткіш – 2 жасқа дейінгі балалар тіркелуі.

Қазақстан Республикасының тұтынушылардың құқығын қорғау агенттігінің «Санитариялық-эпидемиологиялық сараптау жіне бақылау ғылыми-практикалық орталығының» мәліметі бойынша 2012 жылы тіркелген 16 659 оқиға, балалар арасындағы 12 238 оқиғасы қарағанда 2013 жылы ЖИИ-дің барлығы 14 722 оқиғасы тіркелді, оған бактериялық дизентерея, басқа белгілі ішек инфекциялары, белгісіз бактериялық және вирустық инфекциялар

ЖИИ-дің маңыздылығы дененің улануымен, сузыдануымен аурудың ауыр түрінің белгілерінің қалыптасты арқылы ерте жастағы балалар тобында бірден артады.

ЖИИ-дің емделуі көбінесе дер кезінде дәрігерге жүгінуге, диагноз қоюға және көмек көрсету тәсіліне байланысты. Қолайлы жағдайдың өзінде де жедел ішек инфекциясы ағзалардың қызметінің бұзылуына алып келеді және денсаулығы төмен балалардың түрлі инфекциялар мен тән ауруларына шалдығуына ықпал етеді. Мұның бәрі осы мәселенің өзектілігін және ЖИИ-дің алдын алу туралы халықтың ақпараттылығын арттырудың маңыздылығын ескертеді.

Осы онкүндіктің шенберінде республиканың барлық өнірлерінде ЖИИ-дің алдын алу жөнінде терапевтердің, жалпы практика дәрігерлерінің, педиатрлардың консультация беруі арқылы Ашық есік күндерін өткізу, емізудің маңыздылығы жөнінде әсіресе, МСАК ұйымдарындағы Дені сау бала кабинетінде ата-аналардың білім деңгейін арттыру; БАҚ-қа хабарлау арқылы ЖИИ-дің алдын алу жөнінде Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының «Салауатты жұмыс орындары», «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін ауруханалар», «Салауатты университеттер» жобасының шенберінде мектепке дейінгі балаларға арналған ұйымдардың, лагерьлердің, балалар үйінің, интернаттардың, кәсіпорындардың, үйымдардың қызметкерлері үшін оқыту семинарлары мен тренингтер, дөңгелек үстелдер өткізу; теле-радиода сөз сөйлеу, баспасөз мәжілісі, өнірлік басылымдарға жариялау, акциялар өткізу, ЖИИ-дің алдын алу мәселелерін хабарлау үшін тақырыптық бағдарлама өткізу.

ПРЕСС - РЕЛИЗ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы

Халықаралық нашақорлықпен және заңсыз есірткі айналысымен күрес күніне орайластырылған нашақорлықтың алдын алу жөнінде 2014 жылғы 2 маусым мен 2 шілде аралығында айлық өткізу баспасөз мәжілісі

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы мен ҚР ДСМ «2014 жылға арналған саламатты өмір салтын қалыптастыру мен аурулардың профилактикасы жөнінде іс-шараларды өткізу туралы» 2014 жылғы 27 қаңтардағы №45 бұйрығын іске асыру мақсатында СӨСҚПҰО-ның ұйымдастыру-әдістемелік жетекшілігімен Қазақстан Республикасының өнірлерінде **2014 жылдың 26 маусымында** Халықаралық нашақорлықпен және заңсыз есірткі айналысымен күрес күні мен оған орайластырылған 2014 жылғы 2 маусым мен 2 шілде аралығында «**Сенің есірткің САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ болсын!**» ұранымен айлық өткізіледі.

Айлықтың мақсаты: жасөспірімдер мен жастардың денсаулығына қатысты жауапты, қауіпсіз мінез-құлықты қалыптастыруға ықпал ететін психологиялық және әлеуметтік жағымды жағдай туғызуды, сондай-ақ психологиялық белсенде заттектерді тұтынудан бас тартуға дағдыландыруға жүртшылықтың назарын аударуды; Қазақстан Республикасында қызмет етіп жатқан Жастар денсаулық орталықтарының қызметін жастар мен жасөспірімдерге медициналық-психологиялық әлеуметтік қолдау көрсетуді жетілдіру.

Жыл сайынғы БҮҰ-ның есірткіні бақылау жөніндегі халықаралық комитетінің 2013 жылғы Дүниежүзілік есірткі туралы баяндамасында героин мен кокаин секілді дәстүрлі препараттарды қолдану төмендегендеге, әлемнің кейбір жерлерінде

рецепт бойынша босатылатын дәрілер шамадан тыс қолданылуда, ал жаңа психологиялық белсенде заттектерді тұтыну артуда. Осыған байланысты Біріккен Ұлттар Ұйымының есірткі мен қылмыс жөнінде басқармасы бұл заттектерді өндіру, айналымға шығару мен шамадан тыс тұтынуға жол бермеу мақсатында келісілген әрекеттер қолдануға қатысуға шақырады.

ХЕБК-ның мәліметінше «занды есірткілер» және «дизайнерлік есірткілер» ретінде сатылатын жаңа психологиялық белсенде заттектер (бұдан әрі - ЖПБЗ) тендессіз жылдамдықпен таралуда және қоғамдық денсаулық сақтау саласына күтпеген қындықтар туғызуда. Баяндамада ЕмҚБҰҰ хабарлаған ЖПБЗ-ның көлемі 2009 жылдың аяғында 166-дан 2012 жылдың ортасында 251-ге дейін 50 пайызға өсken. Алғаш рет ЖПБЗ-ның көлемі халықаралық бақылаудағы (234) жалпы заттектердің көлемінен асып тұсті. Себебі жаңа зиянды заттектер есірті нарығына үнемі үздіксіз шығып отырғандықтан халықаралық есірткіні бақылау жүйесі қазіргі уақытта ЖПБЗ-ның пайда болуынан қындыққа тап болуда.

ЖПБЗ-ның қауіптілігі заңмен тыйым салынбаған, қауіптілігі тексерілмеген және дәстүрлі препараттарға қарағанда қауіптірек болуы мүмкін. «Спайс», «мяу-мяу» және «ваннаға арналған тұз» секілді кезбе атаулар жастарды адастырып, қауіп төмен ләzzат алады деп сендіреді. Жаңа психологиялық белсенде заттектердің химиялық құрылымын бітпейтін өзгерту мүмкіндігін есепке ала отырып, жаңа құрам оны халықаралық

бақылауга қою әрекетінен басып озуда.

Казіргі таңда Қазақстанда есірткіні тарату мен тұтынуға қатысты жағдай, әсіресе бала-лар мен жасөспірімдер үшін шынайы қатер тудырып отыр. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің (ҚР ДСМ) наркологиялық ұйымының ресми статистикасы бойынша психологиялық белсенді заттектерді (ПБЗ) (алкоголь мен темекіден басқа) тұтынуға байланысты наркологиялық аурушандылық 2012 жылы 100 мың халыққа шаққанда 30,1-ді құрады (2011 жылы – 37,1). Кәмелеттік жасқа толмаған тұлғалар арасында (1,4) және әйелдер арасында (6,7), бұл көрсеткіш айтарлықтай төмен, дегенмен жалпы халықты алғанда жастар арасында (67,4) екі есеге жоғары.

ПБЗ-ны (алкоголь мен темекіден басқа) тұтынудан туындаған психологиялық және мінез-құлықтық бұзылуымен ресми тіркелген науқастар саны ҚР бойынша 2011 жылға қарағанда 2012 жылы 2011 жылы 270,3-те 2012 жылы 100 мың халыққа шаққанда 234,01-ге төмендеген. Кәмелеттік жасқа толмаған тұлғалар (14 жасқа дейінгі балалар - 1,1; 15-17 жастағы - 61,7) мен әйелдер арасындағы (36,1) көрсеткіш айтарлықтай төмен. 18-29 жастағы жастар арасында наркологиялық патологиямен (алкоголь мен темекіге байланысты патологиядан басқа) есепте тұрған пациенттер саны осы жастағы 100 мың халыққа шаққанда

2012 жылы 314,4-ті құрады, ол жалпы халық арасында 1,3 есе көп.

Айлық өткізу шеңберінде республиканың барлық өнірлерінде БАҚ-қа хабарлау арқылы барлық қызығушылық танытқан тараптар мен танымал тұлғаларды (актерлер, спортсмендер, эстрадалық орындаушыларды) тарту арқылы психологиялық белсенді заттектерді тұтынудың алдын алу тақырыбында баспасөз мәжілістерін, дөңгелек үстелдер, пікірталастар; халық көп жиналған орындарда танымал тұлғаларды (актерлер, спортсмендер, ардагерлер мен басқа да адамдарды) тарту арқылы «**Сенің есірткің САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ болсын!**» ұранымен нашақорлықтың алдын алу жөнінде флэш-мобтар; психолог, нарколог, заң мамандарының және әлеуметтік қызметкерлердің кеңес беруі арқылы МСАК ұйымдарында, наркологиялық диспансерлерде, жастар денсаулық орталықтарында, темекіге қарсы орталықтарда Ашық есік күндерін өткізу; Жасөспірімдер мен жастарды тәуліктік «Шұғыл желі - 150» қызметі жөнінде ақпаратпен қамтамасыз ету.

Халықаралық нашақорлықпен және заңсыз есірткі айналысымен құрес күні әлем жүртшылығының назарын жастар мен жасөспірімдерге ерекше көніл аудару арқылы халық арасында психологиялық белсенді заттардың таралуына жол бермеуге күшті біріктіруге назар аударуга мүмкіндік береді.

ПРЕСС - РЕЛИЗ

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы

Дүниежүзілік темекімен түрес күні (31 мамырға) арналған «Психологиялық белсенді заттерді, сонымен қатар шегілмейтін темекі өнімдерін тұтынудың алдын алу» тақырыбымен баспасөз мәжілісін өткізу **БАСПАСӨЗ ХАБАРЛАМАСЫ**

Қазақстан халықтарының арасында темекі өнімдерін тұтынуды төмендету мақсатында «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» ҚР Кодексін әзірлеу бойынша ҚР Парламентінің Мәжілісінің жұмысшы тобы осы өнімді өндірушілер жұмысын алға бастыратын лоббисшілердің сыйнын тудырған шегілмейтін шегілмейтін темекі өнімдерінің барлық түрлерін өндіру, тарату мен тұтынуға тыйым салу қабылданды.

Шегілмейтін темекі өнімдері – бұл соруға, шайнауга және иіскеуге арналған темекі өнімдері. Қазіргі уақытта Қазақстан рыногында белсенді саудаланып жүрген осы темекі өнімдерінің ең «танымал» түрлері: снюос пен насыбай. Сонымен қатар, Еуроадақта шегілмейтін темекі өнімдерінің айналымына 1992 жылдан бастап Еуропалық Парламент пен Кеңестің ЕС 2001/37/ЕС директивасына сәйкес жаппай (Швеция мен Норвегиядан басқа) шегілмейтін темекі өнімдерін өндіруге, сатыға және таратуға тыйым салынған.

Осы тыйым салынған жұмыс тобының мүшелері ҚР Парламенті Мәжілісінің көптеген депутаттарының қолдауына қарамастан, кейбір лоббисшілер жер астында жұмыс кезінде кеншілер снюос пен насыбайды қажет етеді деген дәлелді қолдана отырып, дұрыс емес деп есептейді.

Дегенмен, кеншілердің «насыбай мен

снююсті қолдану» жағдайы керісінше.

2014 жылдың мамыр айында СӨСҚПҰО-мен ҚР көмір және таулы-металлургиялық өнеркәсіптерінің жұмыскерлерімен темекі өнімдерін тұтынудың таралуы туралы эксперименттік жедел сұрақ-жауап жүргізу-дің нәтижесі бойынша кеншілердің көбі темекіні артық көреді – 82,2%, ал кеншілердің небары 0,8%-ы снююсті, 9 %-ы насыбайды тұтынады. Барлығы 58,9% кенші темекі өнімдерінің кейбір түрлерін тұтынады.

Сонымен, еріксіз лоббисшілердің шегілмейтін темекі өнімдеріне тыйым салуды жүргізу бойынша қоғамдық пікірталаста басты дәлелі болып отырған кеншілер насыбайға мұқтаж емес, жұмыс уақытынан тыс қарапайым темекіні шеккенді жән сарайды және снюос үшін де 2000 теңге төлеуге дайын емес.

СӨСҚПҰО-ның басшылығымен баспасөз баяндамашылары ҚР аумағында шегілмейтін темекі өнімдеріне тыйым салуды енгізу бойынша Парламент Мәжілісінің депутаттарының шешімінетолық қолдау көрсететінін айтты. Ұлттық деңгейде шалагай емес, тек шешілген заңнамалық шаралар ғана елдің экономикасына ауыртпалық тудыратын темекіні тұтынудан болатын өлім-жітім мен аурушаңдылықты төмендету бойынша тиімді нәтижеге қол жеткізеді.

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

**ПРЕСС-РЕЛИЗ
к проведению Международного Дня защиты детей
1 июня 2014 года**

В рамках реализации плана мероприятий Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 27 января 2014 года №45 при организационно-методической поддержке Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ) **1 июня 2014** года в регионах республики проводится Международный день защиты детей под девизом **«ВСЕ ЛУЧШЕЕ ДЕТИЯМ!»**.

Целью проведения данного мероприятия является привлечь внимание исполнительной власти, государственных органов, общественности к созданию условий, способствующих росту и развитию здорового поколения Казахстана.

День защиты детей учрежден в ноябре 1949 года решением сессии Совета Международной демократической Федерации женщин и отмечается ежегодно 1 июня.

В Послании Президента Республики Казахстан народу Казахстана 17 января 2014 года говорится, что **развитая страна в XXI веке – это активные, образованные и здоровые граждане**. Все развитые страны имеют уникальные качественные образовательные системы. К 2020 году планируется обеспечить 100% охват казахстанских детей от 3 до 6 лет дошкольным образованием. В среднем образовании обучение должно соответствовать уровню преподавания Назарбаев-Интеллектуальных школ. Выпускники школ должны знать казахский, русский, английский языки. Результатом обучения школьников должно стать овладение ими навыками критического мышления, самостоятельного поиска и глубокого анализа.

Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 17 августа 2013 года № 479 «О внесении изменений в приказ и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» в организациях ПМСП, **в состав отделений профилактики и социально-психологической помощи включены: кабинет здорового ребёнка, Молодежные центры здоровья**, целью которых является **сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения**.

С целью оказания медицинского, психологического, социального консультирования подростков в стране развивается сеть Молодежных центров здоровья (МЦЗ). В динамике увеличивается количество обращений подростков в МЦЗ по различным жизненным ситуациям. С мая месяца 2012 года работает телефон **«Горячая линия» 150**, где круглосуточно оказывают консультативную помощь акушер – гинеколог, психолог.

День защиты детей надо ценить как праздник, который помогает социальному, физическому, нравственному и душевному развитию детей.

Во всех регионах страны будут проводиться такие мероприятия, как: круглые столы, пресс-конференции, дебаты, семинары-тренинги под девизом **«Все лучшее детям!»**; Дни открытых дверей в родовспомогательных и детских медицинских организациях с привлечением профессиональных специалистов с вручением информационно-образовательных материалов по охране материнства

и детства (планирование семьи, репродуктивное здоровье, Пособие «Уход за детьми раннего возраста» и т.д.); акции для будущих матерей в ПМСП: фотоконкурс «Я жду ребенка» или, «В ожидании чуда – раздели мою радость» и др. с широким освещением в СМИ; медико-психологическое консуль-

тирование подростков в Молодежных центрах здоровья (акушер-гинеколог, уролог, дерматовенеролог, юрист, психолог) по вопросам укрепления и сохранения здоровья подростков, защите репродуктивных прав и правовым вопросам подростков

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

**к проведению декадника по профилактике острых кишечных инфекций
Республике Казахстан со 2 по 12 июня 2014 года**

При организационно-методическом руководстве НЦПФЗОЖ, **с 2 по 12 июня 2014 года** в регионах республики проводится декадник по профилактике острых кишечных инфекций.

Цель проведения декадника: повышение информированности населения об острых кишечных инфекциях, путях их распространения, мерах по предупреждению заражения, соблюдению личной и общественной гигиены; привитие детям, подросткам навыков соблюдения личной гигиены; повышение ответственности населения, работодателей, работников, родителей за сохранение и укрепление здоровья.

ОКИ являются одними из самых актуальных инфекционных заболеваний в связи с повсеместным распространением и развитием у части больных тяжелого состояния, которое может представлять непосредственную угрозу для жизни.

По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется до 1-1,2 млрд. «диарейных» заболеваний и около 5 млн. детей ежегодно умирают от ОКИ и их осложнений. На долю детей приходится около 60-65% всех случаев ОКИ, чаще болеют дети от 1 года до 7 лет. Самые высокие показатели регистрируются в возрастной группе до 2-х лет.

В Республике Казахстан по данным «Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга» Агентства Республики Казахстан по защите прав потребителей в 2013 году зарегистрировано всего 14 722 случаев группы ОКИ включает бактериальную дизентерию, другие кишечные уточненные инфекции, бактериальные и вирусные не уточненные инфекции, из них среди детей

10 833 случаев, это на 12% меньше, а среди детей на 11%, чем в 2012 году, когда было зарегистрировано 16 659 случаев, из них 12 238 случаев среди детей. Наряду с этим отмечается снижение сальмонеллозных инфекций с 1 667 случаев в 2012 году до 1 404 случаев в 2013 году, а также снижение ротавирусного энтерита с 2 325 до 1 848 случаев соответственно.

Значимость ОКИ резко возрастает в группе детей раннего возраста в связи с формированием в клинике тяжелых форм болезни, сопровождающихся выраженным токсикозами, дегидратацией.

Исходы ОКИ зависят в большей мере от своевременности обращения, постановки диагноза и тактики оказания помощи. Но даже при условии благоприятного течения, острые кишечные инфекции приводят к нарушению функций целого ряда органов и систем, способствуют формированию у детей со сниженным индексом здоровья подверженности к различным инфекционным и соматическим болезням. Все это обуславливает актуальность данной проблемы и значимость повышения грамотности и уровня информированности населения по профилактике ОКИ.

В период данного декадника во всех регионах республики будут проводиться Дни открытых дверей с консультацией терапевтов, врачей общей практики, педиатров по вопросам профилактики ОКИ, повысить уровень знаний родителей в вопросах значимости грудного вскармливания, особенно в кабинетах здорового ребенка организации ПМС; круглые столы, обучающие семинары, тренинги для сотрудников детских дошкольных организаций, лагерей, домов ребенка,

интернатов, предприятий, организаций в рамках проектов Всемирной организации здравоохранения «Здоровые рабочие места», «Больницы, способствующие укреплению здоровья», «Здоровые университеты» по

средством СМИ: теле-радио-выступления, пресс-конференции, публикации в региональных печатных изданиях, проведение акций, тематических передач для освещения вопросов профилактики ОКИ.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары үлттық орталығы

«Денсаулық жолы-2014» кең ауқымды акциясын өткізу баспасөз хабарламасы

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы мен ҚР ДСМ «2014 жылға арналған саламатты өмір салтын қалыптастыру мен аурулардың профилактикасы жөнінде іс-шараларды өткізу туралы» 2014 жылғы 27 қаңтардағы №45 бұйрығын іске асыру мақсатында Қазақстанда жыл сайын 1 шілдеден 31 тамызға дейін өнірлік ауыл тұрғындарына арналған кең ауқымды «Денсаулық жолы» акциясы өткізіледі.

Созылмалы инфекциялық емес аурулар мүгедектік пен мезгілсіз өлімнің себебі болғандықтан Ғаламдық бәсекеге қабілеттілік индексінің маңызды бір индикаторы болып отырған өмір сүрі ұзақтығының көрсеткішіне айтарлықтай әсер етеді. Инфекциялық емес ауру жыл сайын шамамен өлім-жітімнің 36 миллион оқиғана себеп болады. Аталған аурудың ортақ қауіпті факторлары бар, олар темекі шегу, дұрыс тамақтанбау, алкогольді шамадан тыс тұтыну, дene белсенділігінің жетіспеуі, артық салмақ пен үнемі күйзелісте жүру, ал обырдың дамында негізгі қауіпті факторлары В (HBV) вирустық гепатитінен, С (HCV) гепатитінен және адамдағы папиллома вирусының (HPV) кейбір түрлерінен туындайтын созылмалы инфекциялар болып табылады.

ҚАЖА, ҚД, онкологиялық аурумен аурушандылықты және өлім-жітімді

төмендегу мақсатында ерекше рөл созылмалы инфекциялық емес аурулардың пайдада болу қауіпті факторларын төмендегу мәселесіне халықтың сауаттылығы мен белсенділігін арттыру, скринингтік тексеріп-караудан дер кезінде ету мен денсаулықты күшейтуге және сақтауға ықпал ететін ережелерді сақтауға, оның ішінде көкөністер мен жемістерді тәулігіне 400 гр аса тұтынуды арттыру, тұзды тұтынуды тәулігіне 5 граммға дейін төмендегу, майды, тез сінетін көміртегі (фаст-фуд, тәтті газдалған сусындарды) тұтынуды шектеу, дene белсенділігін 30-дан 60 минутқа дейін арттыру, дene салмағын бақылауда ұстау, шылымқорлықты және алкогольді тұтынуды шектеу немесе бас тарту үшін азаматтардың ортақ жауапкершілігіне бөлінеді.

Осы жылы өткізілетін ақпараттық-коммуникациялық «Денсаулық жолы» науқанының **bastы назары** қан айналымы жүйесі ауруының, қант диабетінің, онкологиялық аурулардың және мінездүйнештіктердің қауіпті факторлардың алдын алуға аударылады.

Науқан терапевтік, кардиологиялық, эндокринологиялық, онкологиялық қызмет және салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметі мамандарын тарту арқылы оңтайлы медициналық бригаданың шалғайдағы ауылдарға баруымен жүзеге асырылады.

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Министерства здравоохранения Республики Казахстан**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

**к проведению месячника по профилактике наркомании, приуроченного к
Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом
наркотиков со 2 июня по 2 июля 2014 года**

В целях реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы и Приказа МЗ РК от 27.01.2014 года №45 «О проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний на 2014 год», при организационно - методическом руководстве НЦПФЗОЖ в регионах Республики Казахстан **26 июня 2014 года** проводится Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков и приуроченный к нему месячник со 2 июня по 2 июля 2014 года с призывом «**Пусть ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ станет твоим наркотиком!**».

Цель месячника: привлечь внимание общественности к созданию благоприятных психологических и социальных условий для подростков и молодежи, способствующих формированию ответственного, безопасного поведения по отношению к своему здоровью, а также привитие навыков отказа от употребления психоактивных веществ; активизировать работу функционирующих в Республике Казахстан молодежных центров здоровья для оказания подросткам и молодежи медико-психосоциальной поддержки.

В ежегодном Всемирном докладе о наркотиках 2013 Международного комитета ООН по контролю над наркотиками (далее - МККН) отмечено, что в то время как использование традиционных препаратов, таких как героин и кокаин, снижается, в некоторых частях мира лекарства, отпускаемые по рецепту злоупотребляются все чаще, а применение новых психоактивных веществ растет. В этой связи Управление Организации Объединенных Наций по наркотикам и

преступности призывает принимать согласованные действия в целях недопущения производства, оборота и злоупотребления этими веществами.

По данным МККН, продаваемые как «легальные наркотики» и «дизайнерские наркотики», новые психоактивные вещества (далее - НПВ) распространяются с беспрецедентной скоростью и создают непредвиденные проблемы для общественного здравоохранения. В докладе показано, что количество НПВ, о которых было сообщено в УНП ООН, выросло с 166 в конце 2009 года до 251 в середине 2012 года, более чем на 50 процентов. Впервые количество НПВ превысило общее количество веществ, находящихся под международным контролем (234). Так как новые вредные вещества возникают с неизменной регулярностью на рынке наркотиков, международная система контроля над наркотиками в настоящее время сталкивается с трудностью из-за скорости появления НПВ.

Опасность НПВ заключается в том, что НПВ не запрещены законом, не были проверены на безопасность и могут быть гораздо более опасными, чем традиционные препараты. Уличные названия, такие как «спайс», «мяу-мяу» и «соли для ванн» вводят молодых людей в заблуждение и дают им веру, что они получают удовольствие с низким риском. С учетом практически бесконечной возможности изменить химическую структуру новых психоактивных веществ, новые составы опережают попытки их установления под международный контроль.

На сегодняшний день в Казахстане ситуация в отношении распространения и употребления наркотиков становится реальной

угрозой, особенно для детей и подростков. По данным официальной статистики наркологических организаций Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) наркологическая заболеваемость, связанная с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (кроме алкоголя и табака), в 2012 году составила 30,1 на 100 тыс. населения (в 2011 году – 37,1). Среди несовершеннолетних лиц (1,4) и среди женщин (6,7) этот показатель значительно ниже, но среди молодёжи выявляемость (67,4) более чем в 2 раза выше, чем среди общего населения.

Количество официально зарегистрированных больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (кроме алкоголя и табака), по РК в 2012 году, по сравнению с 2011 годом, несколько уменьшилось – с 270,3 в 2011 г. до 234,01 на 100 тыс. населения в 2012 году. Среди несовершеннолетних лиц (дети до 14 – 1,1; дети 15-17 лет – 61,7) и женщин (36,1) этот показатель значительно ниже. Среди молодёжи в возрасте 18-29 лет количество пациентов, состоящих на учёте с наркологической патологией (кроме патологии, связанной с алкоголем и табаком), в 2012 году составляет 314,4 на 100 тыс. населения в этом возрасте, что в 1,3 раза выше, чем среди общего населения (таблица 4).

В рамках проведения месячника во всех регионах республики будут проводится пресс-конференции, круглые столы, дебаты, диспуты на тему профилактики употребления психоактивных веществ с привлечением заинтересованных сторон и известных лиц (актеры, спортсмены, эстрадные исполнители); флаш-мобы в местах массового скопления населения по профилактике наркомании под девизом: «Пусть ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ станет твоим наркотиком!» с привлечением известных лиц (актеры, спортсмены, ветераны и многие другие); Дни открытых дверей в организациях ПМСП, наркологических диспансерах, молодежных центрах здоровья, антитабачных центрах с консуль-

тациями психологов, наркологов, юристов и социальных работников и во дворцах школьников, спортивных комплексах для детей и подростков с особыми потребностями, а также социально- уязвимых слоев населения; активизировать работу дворовых клубов; информирование подростков и молодежи о работе круглосуточной «Горячей линии 150» и др. с широким освещением в СМИ, интернет-ресурсах, социальных сетях.

Международный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков позволяет привлечь внимание всей мировой общественности к консолидации усилий по предотвращению распространения психоактивных веществ среди населения, с акцентом на подростков и молодежь.

**Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары
ұлттық орталығы**

ДДҮ-ның «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» жобасының өнірлік үйлестірушілеріне арналған жарақаттың алдын алу жөнінде семинар өткізуге

БАСПАСӨЗ ХАБАРЛАМА

Откізілу орны:

**Алматы қ., Қонаев көш., 86,
«Алматы» мәжіліс залы
СОСКПҰО, 3-қабат**

Откізілу мерзімі мен күні:

**10.00-де.
03.07.2014 ж.**

Дүниежүзілік денсаулық сақтау үйімінің 2013 жылғы дүниежүзіндегі жол қозғалысы қауіпсіздігінің жағдайы туралы баяндамасында әлемдегі 99% халық немесе 6,8 миллиард адамды қамтыған 182 елдің жол қозғалысының қауіпсіздігі жөнінде мәлімет берілді. Дүниежүзінде жолда 1,24 миллионға жуық адам қаза тауып, ал 20-дан 50 миллионға дейін адам қауіпті жарақат алады. Дүниежүзінде жол-көлік апатының нәтижесінен болатын өлім-жітім оқиғасының 59%-ы 15-44 жас аралығындағы жас адамдар арасында орын алады. Орташа жылдамдықты 5%-ға төмендету өлімге әкелетін апарттың санын толықтай 30%-ға төмендетуге ықпал етеді. Балаларға арналған орындық пен қосымша құрал (жастық) апат болған жағдайда балалар өлімін 54-80%-ға төмендетеді.

Қазақстан Республикасының Статистика агенттігінің мәліметі бойынша 2012 жылы жол-көлік оқиғасының нәтижесінде адамдар зардап шеккен 14 168 оқиға тіркелді. Күндізгі уақытта жол-көлік оқиғасы кезінде өлім-жітім оқиғасына қауіп-қатер 93%-ға дейін артады, ал қалған ауыр зардап шеккендер 22%-ды құрайды. Балалар жарақатының 10-14 жас аралығында, қайғылы оқиға мен жарақаттың 40%-ы мектепке дейінгі және 60%-ы мектеп окушылары арасында көп

кездеседі. Балалардың қатысуымен орын алған ЖКО-ның жалпы санының 80%-ы балалар өтетін жүргіншілер өткелінде орын алады.

Жолдағы және тұрмыстық жарақаттың жоғары болуының басты себебі балалар жарақатынан сақтандыруға ересектердің жеткілікті назар аудармауы, балалардың бос уақытын дұрыс ұйымдастырмауы, мектеп окушыларының жол жүру мәдениетінің төмендігі, жол қозғалысы ережесін жеткілікті білмеуі, ата-аналардың кері үлгі көрсетуі және мектеп жанындағы жолдарға жүргізушілердің назар аудармауы болып табылады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы Қазақстан Республикасының Үкіметімен 2011-2020 жылдарға арналған жол қозғалысы қауіпсіздігі мен жарақаттанушылықтың алдын алушы қамтамасыз ету бойынша әрекеттің ғаламдық онжылдық бағдарламасыніске асыру бойынша Ұлттық іс-шаралар жоспарын жүзеге асрыу шенберінде балалар мен жасөспірімдер арасында жол-көлік және тұрмыстық жарақаттың алдын алу жөнінде сектораралық өзара әрекеттестікті өнірлік деңгейде үйлестіруші салауатты өмір салты

қызметінің мамандарының ақпарат-тылдырын артыру мақсатында ҚР ДСМ 2014 жылғы 27 қаңтардағы №45 бұйрығын іске асыру шенберінде ДДҮ-ның «Денсаулықты нығайтуға ықпал ететін мектептер» жобасының өндірлік үйлестірушілеріне арналған семинар-кеңес өткізеді.

Күтілетін нәтиже мектеп қоғамы, жастар, ата-аналар мен педагогтар, жүргізушілердің тұрмыстық және жол-көлік жаракатының алдын алу жөнінде ақпараттылдырын

жоғарылату; жолда және тұрмыста қауіпсіз мінез-құлық дағдыларын жақсарту; жол-көлік және тұрмыстық жаракат кезінде дәрігерлік алды алғашқы көмекті көрсету дағдыларын арттыру; ересектерді, көлік жүргізушілерін, балаларды, жасөспірімдер мен жастарды, қызығушылық танытқан ұйымдарды жол мен тұрмыстағы мәдениетті мінез-құлық пен балалардың бос уақытын дұрыс ұйымдастыру жауапкершілігін арттыру; жаракат пен оның салдарының деңгейін төмендету.



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
САЛАУАТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ҰЛТТЫҚ ОРТАЛЫҚЫ
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТҮТҮНУШЫЛАР ҚҰҚЫҒЫН ҚОРҒАУ АГЕНТТІГІ СЭСЖМПО

ДЕМАЛУШЫЛАРҒА ТАМАҚТАН УЛАНУДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНІНДЕ БЕРИЛЕТІН КЕҢЕСТЕР!

Тағам дұрыс дайындалмаса немесе сақталмаса жедел ішек инфекциясына және тағамдық улануға әкелуі мүмкін

Табиғатта белсенді және салауатты демалысты өткізу үшін ұсынылады:

- Азық-түлікті арнайы дүкендер мен базарлардан сатып алыңыз
- Тез бұзылатын азық-түліктер: сүт пен сүт өнімдерін, етті, кремді кондитерлік өнімдерді, дайын және араластырылған салатты өзіңізben бірге алып шықпаңыз
- Ірі еттерді, құстың етін, жұмыртқаны әбден қайнатыңыз және қуырыңыз
- Қолданар алдында көкөністерді, жеміс-жидектерді жақсылап тазалап жуыңыз
- Ауыз суын немесе қайнатылған суды тұтыныңыз. Су қоймаларындағы суды пайдаланбаңыз
- Қолыңызды жуыңыз немесе бактерияға қарсы әсері бар/зарарсыздандыратын дымқыл майлықты қолданыңыз



Карапайым
кеңестерді ұстану
Сіздің және
отбасыңыздың
денсаулығын
сақтайбы!

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛГЫН ҰСТАН!



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ҮЛТТЫҚ ОРТАЛЫҚ

БЕЛСЕНДІ ҰЗАҚ ӨМІР – ЖҰЗ ЖАСТЫ ТОЙЛАУҒА КЕПІЛ!



Тегін таратылды

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҰСТАН!