

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

**ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

Издается с 2002 г.  
**№ 3. 2009 г. (УДК 614.2.574)**

**Учредитель:**

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

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

**Подписной индекс 75978**

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

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:  
г. Алматы, ул. Кунаева, 86  
тел/факс 2916118, внутр. 126  
Заказ № 46. Тираж 500 экз.

**Главный редактор:**

Профессор Диканбаева С.А.

**Зам. главного редактора:**

профессор Слажнева Т.И.

**Ответственный редактор:**

профессор Хайдарова Т.С.

**Технический редактор:**

Горбачева А.Н.

**Технический секретарь:**

Акимбаева А.А.

**Редакционная коллегия:**

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

**Научный совет:**

Девятко В.Н., Кулмагамбетов И.Р.,  
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А.,  
Дуйсекеев А.Д., Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К.,  
Омарова М.Н., Изатуллаев Е.А.

**Редакционный совет:**

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



## МАЗМҰНЫ

### ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

- ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖАСТАР ДЕНСАУЛЫҚ  
ОРТАЛЫҚТАРЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК САПАСЫНА ТАЛДАУ ЖАСАУ.  
Ш.Е. Қаржаубаева, А.А.Адаева, Г.Д.Көшкімбаева. Салауатты өмір салтын  
қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Студенттер емханасы,  
Алматы қаласы.. ..... 14
- ШЕТ ЕЛДЕРДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ  
БАҒЫТТАРЫ МЕН ЖАҢАША БАҒДАРЛАРЫ. Т.С.Хайдарова,  
Р.Н.Нұрмұханбетова, А.А.Акимбаева, Ж.Т.Майшенова, Б.А.Наржанов. Салауатты  
өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, №3 Емхана,  
Алматы қаласы..... 17
- АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНДА ҚАН АЙНАЛУ ЖӘНЕ  
ВАЕГЕТАТИВТІК ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫ ТАРАЛУ ЖАҒДАЙЫ.  
Э.Т. Абдраимова. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық  
Медицина Университеті, Алматы қаласы. .... 22
- СТУДЕНТ ҚЫЗДАРДЫҢ РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҚТАРЫН  
ШЫҢДАЙТЫН САЛАНЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ. Г.Д.Көшкімбаева.  
Алматы қаласының Студенттер емханасы..... 25
- ОҢТҮСТІК АСТАНАНЫҢ ЕРЕСЕК ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ӨКПЕ  
АУРУЛАРЫНЫҢ ЖИЛІГІ. Ғ.М.Қасымова, А.Т.Терлікбаева, Б.М.Қасымова,  
А.С.Бижанова, А.Ж.Дәрыбаева, Г.И.Сәрсенова, А.Б.Мұстафин, Л.С.Дәулетбеков,  
К.Назарова. С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина  
университеті, Алматы қаласы. .... 30
- ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА СӨСҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ  
ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІН ЖЕТІЛДІРУ**
- АУРУЛАРДЫҢ ДАМУЫНА ҚАТЕРІ МҮМКІН ФАКТОРЛАРДЫҢ  
ӨЗГЕРУІНДЕГІ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ БАҒДАРЛАМАНЫҢ САПАСЫНЫҢ  
ЭКОНОМИКАЛЫҚ ӨЛШЕУМЕН ТАЛДАУ ЖАСАУ. Т.С.Хайдарова,  
Г.Р.Жапбаркулова, Ж.Т.Майшенова, Б.А.Наржанов. Салауатты өмір салтын  
қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. .... 32
- ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ  
ШЫҒЫНДЫ БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІ. Т.С.Хайдарова, Г.Р.Жапбаркулова,  
А.А.Акимбаева, Ж.Т.Майшенова, Б.А.Наржанов. Салауатты өмір салтын



калыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. ....	34
<b>ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЛАРЫҢ БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ ӨНДІРІСТІК ОБЪЕКТІЛЕРДІ АТТЕСТАТТАУ.</b> Ж.Т.Алпысбаева. ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау Министрілігінің еңбекті қорғау жөніндегі Республикалық ғылыми зерттеу институты, Астана қаласы. ....	37

<b>МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДЕНЕ БІТІМІНІҢ ДАМУЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ҚАЛЫПТАСТЫРУШЫ ФАКТОРЛАР (шолу).</b> А.К.Текманова. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. ....	40
---	----

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

<b>МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ КОМПЬЮТЕРЛІК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ПАЙДАЛАНУ АРҚЫЛЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН САБАҚТАРДАҒЫ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ МҮМКІНДІКТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТЫ.</b> А.Р.Абзалиева. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті, Алматы қаласы. ....	44
---	----

<b>ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ АЙМАҒЫНДАҒЫ СЫРДАРИЯ ӨЗЕНІНІҢ СУЫН ЗЕРТТЕУГЕ ТҮСІНІКТЕМЕ.</b> А.С.Күлімбетов. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. ....	46
--	----

<b>АҚТАУ ҚАЛАЛЫҚ № 1 ЕМХАНА БОЙЫНША ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ ЖӘНЕ АРТЕРИЯЛДЫ ГИПЕРТОНИЯСЫ БАР НАУҚАСТАР АРАСЫНДА ЖҮРГІЗІЛЕТІН АЛДЫН АЛУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ.</b> О.Т.Жұмалиева. №1 қалалық аурухана, Ақтау қаласы. ....	49
---	----

<b>АҚТАУ ҚАЛАСЫНДЫҒЫ № 1 ЕМХАНАНЫҢ СТАЦИОНАР АЛМАСТЫРУШЫ КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУЫ.</b> Қ.Қ. Құрақбаев, О.Т.Жұмалиева, С.А.Бокаева, А.О.Ақмұханов. №1 қалалық аурухана, Ақтау қаласы. Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы. ....	52
---	----

<b>БӨРТПЕ СҮЗЕКТІ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ.</b> Қ.Н.Нәбенov, Ж.Е. Құрманбаева, И.Қ.Кобдикова. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы. ....	54
--	----

<b>ЕЛДІ МЕКЕНДЕРДЕ КЕМІРГІШТЕРМЕН КҮРЕСУ ШАРАЛАРЫ.</b> Қ.Н.Нәбенov, И.Қ.Кобдикова, Ж.Е.Құрманбаева. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы. ....	57
--	----



ЖАС АДАМДАРДА ӨКПЕ ІРІНДІ АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУ КЕЗІНДЕ КИНЕЗИТЕРАПИЯ ПАЙДАЛАНУ. Н.А.Рутенко. Қазақ медицина университеті, Астана қаласы. ....	58
МЕКТЕП ЖӘНЕ ЛИЦЕЙ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. Г.А.Хамзина. М.Қозыбаев атындағы Солтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, Петропавл қаласы. ....	61
<b>ТӘЖІРИБЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ</b>	
МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘРЕКЕТТІҢ КЕРІ ӘСЕРІНЕ ШАЛДЫҚҚАНДАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК-ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТЫ. М.А.Граф, Л.Ж.Камзебаева, Г.А.Ермаханова, М.К.Зейтын. Денсаулық сақтау саласын дамыту институты, Алматы қаласы .....	65
АБАЙЛАҢЫЗ ИНСУЛЬТ! Р.Абзалиев. № 17 қалалық емхана, Алматы қаласы. ...	68
ЖЕКЕ БӨЛІНІП АЛЫНҒАН ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНАЛАРДАҒЫ МҮГЕДЕКТЕР КӨРСЕТКІШТЕРІНЕ ТАЛДАУ ЖАСАУ. А.У.Туребаев, М.Г.Гимадиева, Г.Н.Черемпей, Е.А.Скрипниченко, Р.Г.Алиева, Л.Г.Кононенко, Т.Б.Баймаханов, К.Г.Шарапатов, З.У.Иманжусупова. Павлодар облысының денсаулық сақтау саласын басқару, Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, №5 Емхана, №3 МӘЭ бөлімі, Павлодар қаласы .....	69
ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНІҢ БҰЗЫЛЫНУЫНЫҢ АРТЕРИАЛДЫ ҚАН ҚЫСЫМЫ МЕН ЖОҒАРЫ ДЕҢГЕЙДЕГІ АСА ҚӘУІПТІ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТКЕ ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІ. А.Ж.Бекбосынов. Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар қаласындағы филиалы, Семей қаласы. ....	72
ЗӨР БӨЛУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ИНФЕКЦИЯЛАРДЫ ЕМДЕУДЕ КСИТРОЦИННІҢ САПАСЫ. В.Б.Садықова, Г.Т.Мырзабекова, Л.А.Аманбаева, С.Д.Алпысбаева. Алматы қаласының МКҚМ «№ 2 Балалар қалалық клиникалық ауруханасы».....	75
БАЛАЛАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЫ КЕЗІНДЕГІ КАРДИОВАСКУЛЯРЛЫ ЗАҚЫМДАНУЛАР. А.М.Нугманова. Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы қаласы .....	78
НОЛИПРЕЛДІ АРТЕРИЯЛЫ ҚЫСЫМНЫҢ КӨТЕРІЛУІН ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ. Ғ.М.Қасымова, А.Т.Терлікбаева, Б.М.Қасымова, А.С.Бижанова, А.Ж.Дәрыбаева, Г.И.Сәрсенова, А.Б.Мұстафин, Л.С.Дәулетбеков, К.Назарова. С. Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы. ....	80
ЖАС ҚЫЗДАРДАҒЫ ЖЫНЫСТЫҚ ЕРТЕ ЖЕТІЛУДІ ЕМДЕУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. А.Е.Арыстанбекова, А.Ж.Жаилова, И.А.Аскарова. Алматы Мемлекеттік дәрігерлер білімін жетілдіру институты, Алматы қаласы .....	82



МИКРОСПОРЛАР МЕН ЗООАНТРОПОНОЗДЫҚ ТРИХОФИТИЛЕРДІҢ  
КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. А.Т.Кәрібаева. Тері-венерологиялық  
ғылыми-зерттеу институты, Алматы қаласы. .... 84

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ДЕРМАТОМИКОЗ АУРУЛАРЫНЫҢ  
КЕЙБІР КӨРСЕТКІШТЕРІ. А.Т.Кәрібаева. Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу  
институты, Алматы қаласы. .... 87

ҚҰРСАҚ ҚУЫСЫ МҮШЕЛЕРІНДЕ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫ  
ТУДЫРАТЫН МАҢЫЗЫ БАР ФАКТОРЛАР ҚАТЕРІ. Г.Р.Жапбарқұлова. Қазақ  
Медицина Университеті, Алматы қаласы. .... 90

ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУДАРДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУҒА МҮМКІН  
БОЛАТЫН ҚАЛЫПТАСҚАН ӘДЕТТЕР. Г.Р.Жапбарқұлова. Қазақ Медицина  
Университеті, Алматы қаласы. .... 93

### **САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ, ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ**

САНИТАРЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІҢ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ПАЙДА БОЛУ ЖӘНЕ ДАМУ  
ТАРИХЫ. Б.С.Байсеркин. Республикалық санитарлық эпидемиологиялық станция,  
Алматы қаласы ..... 94

ТҰТЫНУШЫЛАРДЫҢ ҚҰҚЫҒЫН ЖӘНЕ АДАМДАРДЫҢ СӘТТІЛІГІН  
ҚОРҒАУ – ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ НЕГІЗІ.  
Б.С.Байсеркин. Республикалық санитарлық эпидемиологиялық станция,  
Алматы қаласы ..... 97

### **СӨСҚПҰО БАСПАСӨЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ХАБАРЛАРЫ**

«ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АНАЛАР МЕН БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚТАРЫН  
ШЫҢДАУ» ТАҚЫРЫБЫНДАҒЫ ҚР ДСМ ЖӘНЕ ЕРБ ДДСҰ/ЕО БІРІКТІРІЛГЕН  
ЖОБАНЫ ІСКЕ АСЫРУҒА АРНАЛҒАН ҰЛТТЫҚ КЕҢЕСІ. Р.С.Колокина.  
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,  
Алматы қаласы. .... 107

«ДЕНСАУЛЫҚ ЖОЛЫ-2009» РЕСПУБЛИКАЛЫҚ АКЦИЯСЫ. Р.С.Колокина.  
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,  
Алматы қаласы. .... 108

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖҮРЕК КҮНІ Н.А.Сулейманова  
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,  
Алматы қаласы..... 111

«ЕЛИЗАВЕТА» ВАФЕЛЬ НАНЫ ..... 113



## СОДЕРЖАНИЕ

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ  
ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Ш.Е. Каржаубаева, А.А. Адаева,  
Г.Д Кошкимбаева. Национальный Центр проблем формирования здорового образа  
жизни Студенческая поликлиника, г. Алматы ..... 14

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ И НОВЫЕ ПРОГРАММЫ В  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН. Т.С.Хайдарова,  
Р.Н.Нурмуханбетова, А.А.Акимбаева, Ж.Т.Майшенова, Б.А. Наржанов.  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни,  
Поликлиника №3, г.Алматы ..... 17

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНОЙ  
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ШКОЛЬНИКОВ г. АЛМАТЫ.  
Э.Т.Абдраимова. Казахский Национальный Медицинский  
университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы .....22

ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ  
СТУДЕНТОК. Г.Д.Кошкимбаева. Студенческая поликлиника, г.Алматы ..... 25

К ЧАСТОТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ  
ЮЖНОЙ СТОЛИЦЫ. Г.М.Касымова, А.Т.Терликбаева, Б.М.Касымова,  
А.С.Бижанова, А.Ж. Дарыбаева, Г.И.Сарсенова, А.Б.Мустафин, Л.С.Даулетбеков,  
К. Назарова. Казахский Национальный медицинский  
университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы ..... 30

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФЗОЖ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

ЭКОНОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ  
ПРОГРАММ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ. Т.С.Хайдарова, Г.Р.Жапбаркулова, Ж.Т.Майшенова,  
Б.А. Наржанов. Национальный Центр проблем формирования  
здорового образа жизни, г.Алматы ..... 32

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА В  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ. Т.С.Хайдарова, Г.Р.Жапбаркулова, А.А.Акимбаева,  
Ж.Т.Майшенова, Б.А. Наржанов. Национальный Центр проблем формирования  
здорового образа жизни, г.Алматы ..... 34



ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И АТТЕСТАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ. Ж.Т.Алпысбаева. РГКП «Республиканский научно исследовательский институт по охране труда МТЗН РК», г.Астана .....	37
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ФАКТОРЫ ФОРМИРУЮЩИЕ ИХ ЗДОРОВЬЕ (обзор). А.К.Текманова. КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, г.Алматы .....	40
<b>ПРОФИЛАКТИКА НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ. РОЛЬ ГОСУДАРСТВА, РАБОТОДАТЕЛЯ И ЧЕЛОВЕКА В СОХРАНЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ</b>	
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ШКОЛЬНИКОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАБОТОЙ ЗА КОМПЬЮТЕРОМ. А.Р.Абзалиева. Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы .....	44
ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДЫ РЕКИ СЫРДАРЬИ В ПРЕДЕЛАХ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ. А.С.Кулимбетов. Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы .....	46
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. АКТАУСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1. О.Т.Жумалиева. Актауская городская поликлиника №1, г.Актау .....	49
ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ. ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1 Г. АКТАУ. К.К.Куракбаев, О.Т.Жумалиева, С.А.Бокаева, А.О.Акмуханов. Актауская городская поликлиника №1, г.Актау. Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы .....	52
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПО СЫПНОМУ ТИФУ. К.Н.Набенов, Ж.Е.Курманбаева, И.К.Кобдикова. Каз НМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы ....	54
МЕРЫ БОРЬБЫ С ГРЫЗУНАМИ В НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ. К.Н.Набенов, И.К.Кобдикова, Ж.Е.Курманбаева. Каз НМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы ....	57
КИНЕЗИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА. Н.А.Рутенко. Казахский Медицинский Университет, г.Астана .....	58



ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ И  
ЛИЦЕЯ. Г.А.Хамзина Северо- Казахстанский государственный  
университет им.М. Козыбаева, г. Петропавловск ..... 61

### **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ,  
ПОСТРАДАВШИХ ОТ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ  
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ М.А. Граф, Л.Ж. Камзебаева,  
Г.А. Ермаханова, М.К. Зейтын Институт развития здравоохранения МЗ РК ..... 65

ОСТОРОЖНО ИНСУЛЬТ! Р.Абзалиев.  
Городская поликлиника №17. г.Алматы ..... 68

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОЙ  
ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ. А.У.Туребаев, М.Г.Гимадиева, Г.Н.Черемпей,  
Е.А.Скрипниченко, Р.Г.Алиева, Л.Г.Кононенко, Т.Б.Баймаханов, К.Г.Шарапатов,  
З.У.Иманжусупова. Управление здравоохранения Павлодарской области,  
Областной центр формирования здорового образа жизни,  
ККГП Поликлиника № 5, отдел МСЭ №3 МТСЗН г. Павлодар. .... 69

НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТОНИЕЙ И С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО  
ИНСУЛЬТА. А.Ж.Бекбосынов. Павлодарский филиал Государственного  
медицинского университета, г. Семей ..... 72

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КСИТРОЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ  
МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. В.Б.Садыкова, Г.Т.Мырзабекова,  
Л.А.Аманбаева, С.Д.Алпысбаева. ГККП «Детская городская клиническая  
больница № 2», г.Алматы ..... 75

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК. А.М.Нугманова. Научный центр педиатрии и детской  
хирургии, г.Алматы ..... 78

ПРИМЕНЕНИЕ НОЛИПРЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИИ. Г.М.Касымова, А.Т.Терликбаева, Б.М.Касымова, А.С.Бижанова,  
А.Ж.Дарыбаева, Г.И.Сарсенова, А.Б.Мустафин, Л.С.Даулетбеков, К.Назарова.  
Казахский Национальный медицинский университет  
им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы ..... 80



ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ  
У ДЕВОЧЕК А.Е.Арстанбекова, А.Ж. Жаилова, И.А.Аскарова. Алматинский  
Государственный институт усовершенствования врачей г.Алматы ..... 82

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ  
ТРИХОФИТИИ И МИКРОСПОРИИ. А.Т.Карибаева. Научно-исследовательский  
кожно-венерологический институт МЗ РК, г.Алматы ..... 84

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ В  
РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. А.Т.Карибаева. Научно-исследовательский  
кожно-венерологический институт МЗ РК, г.Алматы ..... 87

ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПАТОЛОГИИ  
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. Г.Р.Жапбаркулова.  
Казахстанский медицинский университет, г. Алматы ..... 90

ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.  
Г.Р.Жапбаркулова. Казахстанский медицинский университет, г.Алматы ..... 93

### **САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА, ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ  
В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН  
Б.С.Байсеркин Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы ..... 94

ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ КАК ОСНОВА  
РЕФОРМИРОВАНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ  
Б.С.Байсеркин Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы ..... 97

### **СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦПФЗОЖ**

НАЦИОНАЛЬНОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО РЕАЛИЗАЦИИ СОВМЕСТНОГО  
ПРОЕКТА МЗ РК И ЕРБ ВОЗ/ЕС «УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И  
РЕБЕНКА В КАЗАХСТАНЕ НА 2009- 2011 годы». Р.С.Колокина. Национальный  
Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы ..... 107

РЕСПУБЛИКАНСКАЯ АКЦИЯ «ДЕНСАУЛЫК ЖОЛЫ-2009». Р.С.Колокина  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни ..... 108

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ СЕРДЦА В КАЗАХСТАНЕ. Н.А.Сулейманова  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни ..... 111

ВАФЕЛЬНЫЙ ХЛЕБ «ЕЛИЗАВЕТА» ..... 113



## CONTENTS

### **PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE MANAGEMENT**

ANALYSIS OF SOCIAL EFFICIENCY OF YOUTH HEALTH CENTERS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. Sh. E. Karzhaubayeva, A.A. Adayeva, G.D. Koshkimbayeva. National Center for problems of healthy lifestyle development, Student polyclinic, Almaty .....	14
PREVENTIVE DIRECTION AND NEW PROGRAMS IN HEALTH CARE OF FOREIGN COUNTRIES. T.S.Khaidarova, R.N.Nurmukhanbetova, A.A.Akimbaeva, Z.T.Maishenova, B.A. Narzhanov. National Center for problems of healthy lifestyle development, polyclinic №3, Almaty .....	17
STATE OF CIRCULATORY SYSTEM AND AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM AT PUPILS OF ALMATY. E.T.Abdraimova. Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty .....	22
ORGANIZATION OF SERVICE FOR FEMALE STUDENTS' REPRODUCTIVE HEALTH. G.D. Koshkimbaeva. Student polyclinic, Almaty .....	25
TO THE FREQUENCY OF LUNG DISEASES AMONG ADULT POPULATION OF THE SOUTHERN CAPITAL. G.M. Kassymova, A.T. Terlikbaeva, B.M. Kassymova, A.S. Bizhanova, A.Zh. Darybaeva, G.I. Sarsenova, A.B. Mustafin, L.S. Dauletbekov, K. Nazarova. Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty .....	30
<b>THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF PERFECTION HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN</b>	
ECONOMETRIC ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF PREVENTION PROGRAMS ON CHANGING DISEASE RISK FACTORS. T.S.Khaidarova, G.R.Zhapbarkulova, Z.T.Maishenova, B.A. Narzhanov. National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty .....	32
METHODS OF EVALUATION SOCIO-ECONOMIC LOSS IN HEALTHCARE. T.S.Khaidarova, G.R. Zhapbarkulova., A.A.Akimbaeva, Z.T.Maishenova, B.A. Narzhanov.National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty .....	34



EVALUATION WORKING CONDITIONS AND ATTESTATION OF INDUSTRIAL FACILITIES. Z.Alpibayeva. Republican Scientific-research institute on protection of labour under Ministry of labour and social protection of population of the Republic of Kazakhstan, Astana .....	37
FEATURES OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOL AGE CHILDREN AND TEENAGERS AND FACTORS FORMING THEIR HEALTH (review). A.K.Tekmanova. Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty .....	40
<b>PREVENTION AT POPULATION AND INDIVIDUAL LEVEL. ROLE OF STATE, EMPLOYER AND HUMAN IN HEALTH PROTECTION</b>	
COMPARATIVE STUDYING OF A CONDITION OF PHYSICAL HEALTH AND ADAPTABLE POTENTIAL OF PUPILS WHO ARE FOND OF COMPUTER WORK. A.R.Abzalieva. Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty .....	44
CHARACTERISTICS OF SYRDARYA RIVER'S WATER WITHIN KYZYLORDA REGION. A.S.Kulimbetov. Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty .....	46
EFFECTIVENESS OF PRIMARY PREVENTION AMONG PATIENTS WITH HYPERTENSION AND ISCHEMIC HEART DISEASE AT AKTAU CITY POLYCLINIC №1. O.T. Zhumaliyeva. Aktau City polyclinic № 1, Aktau .....	49
THE ORGANISATION HOSPITAL SUBSTITUTING CARE THE HELP OF A CITY POLYCLINIC № 1 CITIES OF AKTAU. K.K.Kurakbaev, O.T.Zhumaliyeva, S.A.Bokaeva, A.O.Akmuhanov. Aktau City polyclinic №1, Aktau. School of Public Health, Almaty .....	52
PREVENTIVE MEASURES FOR TYPHUS. K.N.Nabenov, Z.E.Kurmanbaeva, I.K.Kobdikova. Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty .....	54
MEASURES AGAINST RODENTS IN HUMAN SETTLEMENTS. K.N.Nabenov, I.K.Kobdikova, Z.E.Kurmanbaeva. Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty .....	57
KINESITHERAPY IN TREATMENT OF PURULENT LUNG DISEASES IN YOUNG PEOPLE. N.A.Rutenko. Kazakh Medical university, Astana .....	58



---

PSYCHOPHYSIOLOGICAL FEATURES OF SCHOOL AND LYCEUM STUDENTS.  
G.A.Khamzina. Northern Kazakhstan State University named by M.Kozybaev,  
Petropavlovsk ..... 61

## **PRACTICAL HEALTH AND DISEASES PREVENTION**

SOCIO-HYGIENIC CHARACTERISTICS OF PERSONS AFFECTED BY THE  
ADVERSE EFFECTS OF MEDICAL INTERVENTIONS. M A Graf, L.J.Kamzebaeva,  
G.A.Ermakhanova, M.K.Zeitin. Institute of public health development, Almaty ..... 65

CAUTION INSULT! R.Abzaliev. №17 city polyclinic, Almaty ..... 68

ANALYSIS OF DISABILITY IN PARTICULAR CITY POLYCLINIC. A.U. Turebaev,  
M.G. Gimadieva, G.N. Cherempey, E.A. Skripnichenko, R.G. Alieva, L.G. Kononenko,  
T. B. Baimakhanov, K.G. Sharapatova, Z. U. Imanzhusupova. Health Department of  
Pavlodar oblast, Oblast Center for healthy lifestyle development, Polyclinic № 5,  
medical-social expertise department № 3, Pavlodar. .... 69

HEMOSTASIS DISORDERS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION  
AND HIGH RISK OF ISCHEMIC STROKE. A.Zh.Bekbosynov. Pavlodar branch of  
State Medical University, Semey ..... 72

EFFECTIVENESS OF XITROCIN IN TREATMENT OF URINARY SYSTEM  
INFECTIONS. V.B. Sadykova, G.T. Myrzabekova, L.A. Amanbaeva, S.D. Alpysbayeva.  
“Children’s City Clinical Hospital № 2”, Almaty ..... 75

CARDIOVASCULAR DISORDERS IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL  
DISEASE. A.M.Nugmanova. Scientific center of pediatrics  
and child surgery, Almaty ..... 78

NOLIPREL IN TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION. G.M. Kassymova,  
A. T. Terlikbaeva, B.M. Kassymova, A.S. Bizhanova, A.Zh. Darybaeva, G.I. Sarsenova,  
A.B. Mustafin, L.S. Dauletbekov, K. Nazarova. Kazakh National medical university  
named after S.D.Asphendiyarov, Almaty ..... 80

FEATURES OF TREATMENT PREMATURE SEXUAL DEVELOPMENT AT GIRLS.  
A.E. Arstanbekova, A.Zh. Zhailova, I.A. Askarova. Almaty State doctors postgraduate  
institute, Almaty ..... 82

CLINICAL PECULIARITY OF FUNGAL INFECTIONS CAUSED BY  
TRICHOPHYTON AND MICROSPORON. A.T.Karibayeva. Dermato-Venerological  
Research Institute, Ministry of Healthcare, Almaty ..... 84



---

SOME RATES OF EPIDERMOMYCOSIS MORBIDITY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN A.T.Karibayeva. Dermato-Venerological Research Institute, Ministry of Health RK, Almaty ..... 87

IMPORTANT RISK FACTORS LEADING TO DEVELOPMENT OF ABDOMINAL DISEASES. G.R. Zhapbarkulova. Kazakhstan Medical University, Almaty ..... 90

HEALTH KEEPING BEHAVIOUR OF THE SURGICAL PATIENT. G.R.Zhapbarkulova. Kazakhstan Medical University, Almaty ..... 93

### **SANITARY-EPIDEMIOLOGIC SERVICE. INFECTIOUS DISEASES PREVENTION**

MAIN STAGES OF SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. B.S.Baiserkin. Republican sanitary-epidemiological station, Almaty ..... 94

CONSUMER PROTECTION AND WELFARE AS A BASIS FOR REFORMING THE SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE. B.S.Baiserkin. Republican sanitary-epidemiological station, Almaty ..... 97

### **NCPHLD PRESS-SERVICE REPORTS**

NATIONAL MEETING ON THE IMPLEMENTATION OF JOINT PROJECT MH RK AND WHO OFFICE FOR EUROPE/EU “STRENGTHENING HEALTH OF MOTHER AND CHILD IN KAZAKHSTAN FOR years 2009 - 2011”. R.S.Kolokina. National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty ..... 107

REPUBLIC AKTION « HEALTH WAY-2009» R.S.Kolokina. National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty ..... 108

WORLD HEART DAY IN KAZAKHSTAN N.A.Suleimanova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty ..... 111

WAFFLE BREAD «ELEZABETH» ..... 113



## АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Каржаубаева Ш.Е., Адаева А.А., Кошкимбаева Г.Д.  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни  
Студенческая поликлиника, г. Алматы*

Одна из составляющих качества медицинской помощи - наличие удовлетворенности пациента, в связи с чем, существенным направлением контроля качества медицинской помощи является анализ жалоб и обращений граждан, изучение обоснованности/необоснованности их претензий в зависимости от использования медицинским персоналом технологий и ресурсов.

Социальная эффективность деятельности здравоохранения напрямую связана с качеством медицинского обслуживания и удовлетворением потребностей населения в услугах медицинского назначения, которое отражает социальную приемлемость здравоохранения и влияет на здоровье населения. Удовлетворенность потребителя медицинской помощью учитывает коэффициент социальной эффективности, который определяется как соотношение числа случаев удовлетворенности потребителя медицинской помощью к общему числу случаев оказания медицинской помощи (в отношении деятельности врачебного персонала, выяснение предложений у пациентов, направленных на улучшение работы медицинской организации, их социальная активность, заинтересованность в улучшении обслуживания).

В настоящей статье приводятся результаты социологического исследования, проведенного среди пациентов, обратившихся в Молодежные центры здоровья (МЦЗ) страны в 2009 году, в котором участвовало 482 респондента городов Алматы, Астана, Шымкент, Семей, Тараз.

Исходя из требований международных стандартов ИСО 9000 и, соответственно, принципов доминирования интересов конечных потребителей, нами было определено, что их оценка служит конечной мерой оценки эффективности работы МЦЗ.

### **Результаты исследования**

Результаты показали, что молодые люди большей частью обращались без согласия родителей (64,5%). При этом 78,7% выразили уверенность, что никто из социального окружения не узнает об этом визите.

В основном пациентами были городские жители, причем в возрасте 18 лет и старше – 51,2%, реже – от 15 до 17 лет (то есть подростки согласно отечественной возрастной градации) – 37,1% и от 10 до 14 лет (дети) – 11,6%, причем, как жителей города, так и села.

Среди обратившихся школьники составили 41,5%; студенты - 37,9% и учащиеся средних специальных учебных заведений - 10,8%.

Источниками информации о центрах, прежде всего, служили знакомые и друзья (35,4%), волонтеры (15,4%), школа (12,9%), работники поликлиники (10,5%), а также о центре узнавали во время тренингов.

Визит пациентами в 2009 году был сделан впервые – в 71,0% случаях; повторно – 29,03%. Анализ степени доступности центров показал, что в основном они располагаются в пределах 15- или 30-минутной доступности (41,14 % и 36,3% соответственно), что вполне приемлемо.

Среди отмеченных респондентами причин визитов на первом месте – осмотры (26,9%), на втором – психологические проблемы (25,1%), на третьем – необходимость получения совета или информации (10,9%).

В целом респонденты довольны предоставленными условиями (77,5%); затруднились оценить 18,1%, недовольны лишь 4,5%. Среди отмеченных удобств преобладали эстетическое оформление, удобная мебель, а среди неудобств – «холод в помещении».

Важной статьей расходов при открытии и дальнейшем функционировании МЦЗ является издание и приобретение аудио-, видео- и печатной информации. 87,5% респондентов



отметили наличие печатной продукции в холле или коридоре, 7,0% - ее отсутствие, 5,6% - не обратили внимание.

Один из принципов работы МЦЗ – дружелюбное отношение к молодым людям.

Распределение ответов на вопрос анкеты «Считаете ли Вы, что сотрудники были дружелюбными и желающими Вам помочь?» представлено в таблице 1.

Таблица 1 - Оценка респондентами дружелюбного отношения (по всем МЦЗ РК, 2009 г.)

	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Регистратор	96,21	1,17	2,62
Врач	96,75	1,08	2,17
Медсестра	92,09	3,72	4,19
Тренер волонтеров	91,63	2,46	5,91
Психолог	96,44	1,29	2,27
Социальный работник/юрист	88,95	2,91	8,14
Прочие	67,21	4,92	27,87

(%) Исследование показало, что сотрудники МЦЗ достаточно благожелательно относятся к пациентам, обязательно представляются (89,4%), объясняют, «что будет происходить во время приема» (89,7%), одинаково уважительно относятся как к юношам, так и к девушкам (87,5%). Результатом этого является то, что респонденты в 91,1% случаев ответили утвердительно, то есть «чувствовали себя легко и свободно на приеме»; ответили «нет» лишь 2,5%.

Благожелательной атмосфере содействовало также наличие достаточной степени приватности и конфиденциальности при общении, которую отметили по всем специалистам свыше 85% респондентов.

94,7% опрошенных подтвердили, что к ним отнеслись с той же долей уважения, на которую они рассчитывали.

В 62,5% случаев респонденты были удовлетворены ответами на свои вопросы. В то же время, каждый четвертый отметил, что не получил ответов на все вопросы. Среди причин названы «недостаток времени» - 62,5% и «недостаток внимания» - 25,0%.

Согласно сложившейся системе, в МЦЗ основной источник финансирования – бюджетные средства. На платной основе помощь оказывается лицам старше 18 лет. В 93,4% случаев респонденты отметили, что

услуги предоставлялись бесплатно, а 2,9% - платно.

Большинство опрошенных отметили достаточную профессиональную подготовку специалистов - 93,6% в целом по всем МЦЗ, затруднились ответить – 4,9%, ответили отрицательно – 1,4%.

Немаловажный раздел работы МЦЗ – вовлечение самих молодых людей в деятельность центра с тем, чтобы расширить сферу деятельности и повысить качество работы. При этом 85,9% респондентов отметили, что им была предоставлена возможность предлагать меры по улучшению работы МЦЗ.

Важным показателем социальной эффективности и привлекательности для молодежи созданных центров является оценка организации их работы. Респондентам было предложено расположить по степени важности от 1 до 8 некоторые моменты, связанные с посещением центра. Так, позицию «дружелюбность персонала» наибольшая часть респондентов (24,55 %) отнесла к первому месту. Равное количество респондентов (по 21,72 %) поставили на первое и третье места позицию «наличие профессиональных навыков у сотрудников». На пятой ступени по значимости находится «оформление организации и помещения для ожидания»



(20,67%), на шестой - «часы работы» (22,92%), седьмое место ранговой лестницы большинство респондентов отдали позиции «месторасположение организации» (20,63 %). В последнюю очередь обращавшихся волновал вопрос стоимости услуг в МЦЗ и проведения тренингов в интерактивной форме (20,58 % и 23,36 % соответственно). Из полученных данных следует сделать вывод, что пациенты Молодежных центров здоровья высоко ценят профессионализм специалистов.

Таким образом, проведенный опрос обращавшихся в Молодежные центры здоровья показал, что в большинстве случаев отмечена достаточно высокая степень удовлетворенности их деятельностью и, соответственно, высокую социальную эффективность.

#### **Использованная литература:**

1. Антипова С.И., Горячева Е.В. Изучение мнения населения об оказании медицинской помощи в Беларуси// Мед. Новости, 2005. - № 2. – С. 54–56.
2. Астафьев Л. М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи// Социология здоровья и медицины, 2005.
3. Ефименко С.А., Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. – 2006. - № 1. – С. 9–14.
4. Решетников А.В., Астафьев Л.М. Медико-социологический подход к исследованию качества медицинской помощи // Социология медицины, – 2005. - № 1 (6). – С. 32–38.



## ШЕТ ЕЛДЕРДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ БАҒЫТТАРЫ МЕН ЖАҢАША БАҒДАРЛАРЫ.

*Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нұрмұханбетова, А.А.Акимбаева, Ж.Т.Майшенова, Б.А.Наржанов.*

*Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының*

*Ұлттық Орталығы, №3 Емхана, Алматы қаласы.*

Соңғы жылдары батыс елдердің денсаулық сақтау саласын басқарушылар, ауруы емдегеннен гөрі оның алдын алу шараларын жақсарту керек дегенді көп айта бастады. Және бұл көп концепцияны көпшілігі қолдап та отыр. Халықтың денсаулығын қорғауда, адамдардың денсаулықтарын ауыртып алып оны қалпына келтіруге әрекет істегенше, керісінше денсаулық сақтау керек, ол үшін аурудың алдын алатын шараларды жақсарту керек екендігі анықталды. Соның нәтижесінде батыс елдерде және ДДҰ (ВОЗ) «дені сауға денсаулық» деген денсаулық сақтау саласында жаңа теорияны ұсынып отыр.

Сонымен бірнеше шет елдердегі денсаулық сақтау саласының моделдеріне тоқталайық.

Ағылшын денсаулық сақтау жүйесі.

КСРО тәжірибесіне сүйене отырып құрылды. Өкінішке орай, бұны бәрі біле бермейді, тек оның дамуын оқыған адам ғана біледі. Ұлыбританияның денсаулық сақтау жүйесі мемлекеттік болды және ол аз шығында пайдалы да тиімді медициналық көмек көрсете алды [29, 40]. Негізгі қаржы қорды мемлекеттік қордан жинақтады да жоғарыдан төменге басқару вертикалы бойынша бөлінді.

Орталықтандырылған қаржыландыру емдеудің бағасын өсіп кетпеуін қадағалап отырады. Осы мәселе Ұлыбритания мемлекетінде өте қажет болған болатын, басқа әлеуметтік қамсыздандыру жүйесі бар мемлекеттерге қарағанда, Ұлыбританиялық реформада денсаулық сақтауды қаржыландырудың тиімді де пайдалы болуы үшін мемлекеттің Үкіметі біріншіден, ауруханалар аралық және басқада өндірістік қызметтер арасындағы бәсекелестіктің өсуін; екіншіден, жергілікті автономиялардың рөлін арттыруда жаңа ұйымдастырушылық шараларды іздестіруді қолданды.

Мемлекеттік медицина әр-бір адамға тиімді көмекті іздейді. Ұлыбританиялық медицина қаржының кіріс мөлшері мен азаматтарына

арналған және сол елде тұратын барлық адамдарға медициналық көмек көрсетеді.

Денсаулық сақтау Ұлттық жүйесі өз азаматтарына ақысыз дәрі алуға көмектеседі. 16 жасқа дейінгі балаларға, 18 жасқа дейінгі студенттерге және 80 жастан асқандарға дәрі-дәрмек ақысыз беріледі. 65 жастан асқан адамдарға, зейнеткерлерге, зейнет ақысын есептей келе жеңілдетілген дәрі-дәрмек бөлінеді. Медициналық жедел жәрдем көмей тоқтамсыз, тиімді көмек көрсетеді. Оған мемлекет ерекше көңіл бөледі. Ұлыбританияда міндетті медициналық қамсыздандыру жоқ. Мемлекеттік медицина қорын жеке ерікті медициналық қамсыздандыру толықтырып тұрады. Ерікті медициналық қамсыздандыру медициналық маманды, аурухананы, соның ішінде жеке меншіктегі медициналық көмек алуға болатындығына мүмкіндік береді.

Денсаулық сақтау Министрлігіне елдегі 14 шеттік басқарма аймағы тікелей қарайды, оның құрамында 145 жергілікті денсаулық сақтау басқармасы және 90 отбасы медициналық басқармасы бар. Денсаулық сақтау басқармалары жергілікті басқармаларға бағынбайды. Алғашқы медициналық көмек жалпы тәжірибелік дәрігерлерден құралады (ЖТД). Жалпы тәжірибелік дәрігерлер Комерциялық жүйеге жататын және ерікті болып саналады. Олар жеке шарттармен жұмыс істейді. Екі тәжірибені ұстанады: кәдімгі және ЖТД-қорды жинақтаушылар. Кәдімгі тәжірибедегілер-бірінші көмекті көрсеткен өз еңбегінің ақысын алады, ал ЖТД мемлекеттің қаржы қорынан және екінші көмекті госпиталден көрсеткеннің бір бөлшегін қоса алады. Англияның медициналық мекемелері «трастар» деп аталды. Мұнда 50 төсектік ауруханалар көп. Ондағы медициналық көмекті медбикелер жүргізеді.

Қорыта келгенде, Ұлыбританияның денсаулық сақтау саласы біздікіне өзгеше екенін көреміз. Онда мемлекеттік жүйенің басқаша



түрі қалыптасқан және ол халыққа айтарлықтай тиімді.

Швециялық, канадалық, англиялық, франциялық және немістік денсаулық сақтау жүйелері медициналық жоғары көмек көрсетулерімен ерекше мән бергізіледі және көңіл бөлуге мәжбүрлейді. Мысалы, француздардың медициналық көмекке деген бағасы мен дәрігерлердің гонорарларын мемлекет қадағалайды, соның негізінде медициналық көмекке деген ақы өспей келеді [6, 25].

Сонымен Францияда Ұлттық жүйедегі медициналық қамсыздандыру, міндетті әлеуметтік қамтамасыз ететін жүйенің бір бөлігі болып есептеледі. 1945 ж. басынан бастап, 1945 ж. басынан бастап эгалитарлық немесе теңестірілетін жүйеде басталды. Бірінші орынға барлық адамдарға түгелідей тиесілі медициналық көмек көрсету қойылды. Медициналық қамсыздандырудың ұлттық жүйесі тұрғындардың 99% қамтыды және оны Денсаулық сақтау Министрлігі мен Әлеуметтік жұмыстар Министрлігі қадағалайды. Қамсыздандырылғандардың жұмыс түрлеріне байланысты қамсыздандыру жүйесінде әртүрлі басқару түрлері жұмыс істеді. Жеке меншіктегі қамсыздандыру да бар. Тұрғындардың 85% қосымша қамсыздандыру жасаған.

Франция еліндетұрғындардың денсаулығына қатерді бақылау үш денсаулық сақтау министрлігімен қадағаланады: франциялық тамақ тағамдарының медициналық қауіпсіздігі Агенттігімен, франциялық Денсаулық тағамдарының медициналық қауіпсіздігі Агенттігімен және Қауымдық денсаулық сақтау мониторингісі Ұлттық институттымен.

Тұрғындардың саясаты Денсаулық сақтау министрлігінің Денсаулық сақтау Генералдық директоры Қауымдық гигиеналық француздық Кеңесімен ақылдасу арқылы шешіледі.

Францияның денсаулық сақтау саласының 74% шығынын Ұлттық жүйедегі медициналық қамсыздандыру қаражатымен іске асырылады. Жеке және ұйымаралық қамсыздандырылу 6,8% және ал 5% медициналық көмек көрсетуден түседі. Жалпы салықтан 3%, ал 13% пациенттің өзі төлейді. Соңғы төлем соңғы 25 жыл бойына өзгермей келеді.

1985 ж. бері мемлекеттік және жеке меншіктегі ауруханалар жалпы бюджеттен

қаражатталынады. Амбулаторлық көмек көрсеткен дәрігер, ұлттық қамсыздандыру қассасынан, әр-бір келісім шарттан тиесілі сый ақысын алып отырады. Ұлттық қамсыздандыру қассасына кірмейтін дәрігерлер медициналық көмектің ақысын өздері белгілейді.

Дәрілердің ақысы салыстырмалы тұрғыда қымбат.

Соңғы жылдары франция тұрғындарының өмір сүру жасы ұзарды. Соның негізінде жасы ұлғайған адамдар саны өсіп, жасы ұлғайғандарға медсестралық көмек көрсету үйінің саны өсуде.

ДДҰ бағасы бойынша Францияның медициналық көмек көрсету жүйесі соңғы онжылдар ішінде 191 батыс елдердегі ең бірінші орында келеді.

Ресей федерациясында денсаулық сақтау саласы Ұлттық қордың қалдық ақшасымен 3,4% қаржыландыру 1990 жылға тұрғындардың денсаулығын қорғауда медициналық көмек көрсетуге мүлде жарамай қалды да денсаулық сақтау саласындағы реформаға әкеп тіреді. Реформаның ең бірінші бағыты болып міндетті медициналық қамсыздандыру (ММҚ) жүргізілді. Осы бағытта 1991 ж. «Ресей федерациясының азаматтарын медициналық қамсыздандыру туралы» Заң қабылданды. Содан 1994 жылға дейін бұл қамсыздандыру түрлі себептермен енгізілмеді.

Ресейдегі міндетті медициналық қамсыздандыру денсаулық сақтау саласындағы экономикалық ұйымдастырушылық және заңгерлік салаларда өзгерулер енгізді:

- алғаш рет медициналық шаралар үшін заңды түрде еңбек ақы қорынан 3,6% тұрақты төлем белгілі есепшотқа жіберу бекітілді;

- медициналық қамсыздандырудың қаржылары өз еркіндегі мемлекеттік ММҚ қорларында да жиналады;

- Денсаулық сақтау шығынына жұмсалатын көп каналдық жүйені реттеу керек болды. Мұнда Қорғаныс министрлігі, Көлік министрлігі, Атом министрлігі және басқа да 23 министрліктер жүйелері есептелінді. Параллелді жұмыстар жүргізілмеу қадағаланды.

- ММҚ жүйесі денсаулық сақтаудағы дәрігерлері мен медбикелер және ауру төсек санын білуді, ескі жүйені жаңартуды, емханалық қызметті қадағалауды жақсартады.

1994 ж. 1 сәуірде Ресей Федерациясында 82



аймақтық ММК қоры жұмыс істеді, оларда 900 адамдық және аудан аралық филиалдар; 200-ден астам ұйымдық медициналық қамсыздандыру болды. Одан жиналған қаржымен Ресейдің 41 ауданына медициналық техника, дәрі-дәрмектер, автокөліктерге 25 млрд. руб. жұмсалды. Сонымен қатар 6,1 млрд. рубл федералдық деңгейдегі медициналық мекемелерге көмек көрсетілді.

1995 ж. Ресей денсаулық сақтау саласында Алғашқы медициналық көмек көрсету саласына реформа жүргізілді. Бұл саланың ең басты фигурасы жалпы тәжірибе дәрігері болды (отбасы дәрігері).

1996 ж. Ресей федерациясында Денсаулық сақтау жүйесінде 300 ЖТД жұмыс істеді. «Отбасылық медицина» 1997-2005 жж. жоспарланды. Бірінші кезең (1997-1998 жж.) заңдық-нормативтік, материалдық-техникалық және ұйымдастырушылық базасын құрады.

Екінші кезең (1999-2000 жж.) ЖТД құруға бағытталды. Үшінші кезең (2001-2005 жж.) барлық территорияда отбасы дәрігерлерін енгізу.

Ресейдегі қауымдық денсаулық сақтаудың дамуы.

РФ қауымдық денсаулықты сақтау жұмыстары туралы тәжірибелері бар. 1980-90 жж. республикалық, облыстық, аудандық, салалық және қоғамдық «Денсаулық бағдарламасы» жасалынды және оның іс-шаралары жүзеге асырылды. Бұл бағдарлама ылғи да қаржыландырылып тұрмаса да, қоғамдық және мемлекеттік басқарушылықтың үздіксіз қадағалауының нәтижесінде, тұрғындар арасында санитарлық-гигиеналық жағдайларды және денсаулықты жақсартуға айтарлықтай әсері болды. Қазіргі кезде РФ «Халық денсаулығы» Мемлекеттік бағдарламасы жұмыс істейді, ол 1999-2005 жж. жоспарланған және оған үкімет орындарының барлық деңгейлері қатысады және бірге жұмыс істейді [8].

ТМД елдеріндегі денсаулық сақтау саласының қауымдық жаңа жүйеге (моделге) деген қызығушылық танытуы, ең алдымен әкімшілдік реформасын жүзеге асыру, ал ондағы басты мақсат-«мемлекеттің экономикаға кедергі түрлеріне анық талдау жасау, бюрократтық басқарушылықтан құтылу және мемлекеттік басқарушылық қай өзгерісте көп қажет болса

сол жағдайларды жақсарту және күшейту» (5).

Латвияда денсаулық сақтау саласы

Латвияда денсаулық сақтау саласын қайта құруға жоспарлы қаржыландырудан біртіндеп ақылы медициналық көмек көрсету қарастырылды. Денсаулық сақтау саласы мемлекеттік медициналық қамсыздандыруға көп көңіл бөлінді, дегенмен де жеке меншіктік медициналық қамсыздандырудан қашып отырған жоқ. Бюджет халықтың саны мен құрамына қарай құрылады.

10% сақталуға қалдырылады; күнделікті шығын қоры; жедел медициналық жәрдем көрсету қоры; 6%-дейінгі стоматологияға бөлінеді; қосымша жұмыстар қоры; емхана (40%) мен аурухана (60%) мекемелерінің жұмысына қажетті қорлар болып құрылады [20, 21].

Ригадағы барлық амбулаторлық мекемелер жеке меншікке ауысқан, 90% стоматологтар жекешеленген тәжірибемен жұмыс істейді.

Литвада денсаулық сақтау саласы

Литвада денсаулық сақтау саласын қайта құру Денсаулық туралы заң қабылдаудан басталды. 1993 ж. денсаулық сақтауды реформалау агенттігі құрылды. Қаржыландыру мен басқарушылық жеке жеке жұмыс істейді.

Эстониядағы денсаулық сақтау саласы

Эстония мемлекеті басқа жақын шет елдерге қарағанда нарық жағдайына батыл қалыптасуды бастады. Негізгі реформалау бағытында міндетті медициналық қаржыландыру 13% салық еңбек ақыға, шеттік медициналық қаржыландыру қорларын құру, салауатты өмір салтын қалыптастыру және аурулардың профилактикалық бағдарламалары, алғашқы медициналық көмек көрсету жүйесін жақсарту, отбасылық дәрігерлер, денсаулық сақтау басқармаларын қайта құру және медициналық мекемелерді жекешелендіру, саны көп сапасы жоқ ауру төсек орны мен мамандарды азайту ж. б. болды.

Дәрі-дәрмекпен сапалы қамтамасыз ету мақсатында Лицензиялау Кеңесі құрылды. 1991 ж. жеке меншік дәріханалары жұмыс істей бастады.

Денсаулық сақтау саласына қайта реформалауды жақсарту үшін Эстония Үкіметі Халықаралық ұйымдардан көмек сұрағаннан кейін, Дүниежүзілік банкт Эстония мемлекетінің денсаулық сақтау саласын реформаларды



жақсарту мақсатында жоба даярлап жатыр. Бұл жобаны Финляндия, Швеция, Дания, Канада және АҚШ үкімет тараптарынан қолдау көрсетіп отыр.

Әзербайжандағы денсаулық сақтау саласы

Әзербайжанда денсаулық сақтау саласын реформалау барлық медициналық ауруханалар мен емханаларды жекешелендіруден басталды және ақылы медициналық көмек көрсету енгізілді. Тәжірибе жүзінде реформаның бірінші кезеңінен бастап америкалық «Маквелл интернэшнл» компаниясымен және израилдік «Тель-Хешимир» мемлекеттік клиникасымен бірігіп жұмысты жүргізу жоспарланған. Бұл кезеңді іске асыруға 20 млн. доллар қажет деп жоспарланған [13].

Қырғыз Республикасындағы денсаулық сақтау саласы

Қырғыз Республикасындағы денсаулық сақтау саласын реформалау 1993 ж. Конституция қабылданғаннан кейін басталды. Сол уақытта үш маңызды Заңдар жазылды. Дегенмен де ең маңызды мәселе «Ұлт денсаулығы» мемлекеттік бағдарлама қабылданғаннан кейін алға жылжи басталды. Онда 5 маңызды бағдар анықталды:

1. Отбасы.
2. Ана мен бала денсаулығы.
3. Қоршаған ортаны қорғау.
4. Ауыз судың қауіпсіздігі.
5. Салауатты өмір сүру.

MANAS бағдарламасы UNDP-мен бірге денсаулық сақтау саласын 1995-2005 жж. аралығындағы реформаға арналып жасалынды. Оның негізгі ұсталымдары: ескі денсаулық сақтау саласының адамдар денсаулығына тиімді жағдайларын қалдыру (медициналық қызметмен бәріне де тиімді болуы); денсаулықты қорғаудың маңыздылығын дарыптау (профилактикалық шараларды кеңейту); емдеу және қалпына келтіру.

Эксперимент түрінде 1996 ж. Бішкек қаласы мен Ыстық-көл облысындағы БМСК мекемесі қайта құрылды. Бішкек қаласында үлкендер, балалар және әйелдерге кеңес беру мекемелері біріктірілді. Екі жылдық жалпы (ЖТД) тәжірибедегі дәрігерлерді оқытып даярлау курсы енгізілді: оған интерн-дәрігерлер, терапевтер мен педиатрлар қабылданды.

Ыстық-көл облысының емханаларында отбасы дәрігерлер тобы (ОДТ)

ұйымдастырылды.

ТМД емдері үшін шығыс герман тәжірибесі қызықты болып табылды. Мұнда денсаулық сақтау саласының бір жүйесін екінші бір жүйе жойып жіберді. Екі Германдық мемлекет біріккеннен кейін шығыс герман жерінде бұрынғы ФРГ заңы жүре бастады, жеке меншік тәжірибедегі медицина басталды, содан 90% дәрігерлер жеке тәжірибелі жұмысқа ауысты.

Дәрігерлер кредит алып жеке жұмыстарын ашты. Кредит беру үшін дәрігердің жас шамасы 42-ден аспауы керек болды.

Бұл реформаның (моделдің) тиімділігі:

- әкімшілік-басқарма аппараттарын қысқарту;
- жалпы мамандықтар дәрігерлерінің көбеюі және қызмет көрсету түрі өседі;
- дәрігер ешкімге бағынышты болмайды; ауру адамға көп көңіл бөлінеді;
- білімі нашар дәрігер еріксіз шеттеп қалады.

Өкінішке орай, Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтау саласын реформалау соңғы жылдарға дейін анық бағытты көрсете алмай келді. 90-шы жылдарда басталған бастапқы медико-санитарлық жәрдемдің (БМСЖ) мекемелерін реформалау үшін енгізілген жаңа шаруашылық механизімі (ЖШМ) 1995 ж. тоқтап қалды, соның негізінде қалдық принципімен қаржыландыруды толығымен жүргізуге мүмкіндік болмады. Бірақ ЖШМ пайдасы да болды, әр медициналық мекеме өздерінің мүлкітеріне жауапкершілікпен қарауды бастады, жеке меншіктік деген түсінікті дұрыс түсінді, бас дәрігерлер қарамағындағы дәрігерлер мен медицина қызметкерлердің біліктілігіне және емдеу сапалылығына қарай еңбек ақы төлеуді бастады. Егерде медициналық қамсыздандыру қаржы қорын көбейтетін болса, ЖШМ сол қаржыны үнемді жұмсауды үйретті. Сондықтан міндетті медициналық сақтандыру (ММС) мен ЖШМ біріктірілген жұмыс жүйесі деп түсінуге болады. Сонымен, шет елдердегі тәжірибелерді де айта келе біздің елде болған денсаулық сақтау реформасында, қай мемлекет ЖШМ алдымен жүргізген болса ММС жұмысы соншалықты жеңіл түрде іске асырылды деуге анық болады.

Қазақстан Республикасындағы ММС Ресей мемлекетінің ММС жұмысымен жалпы



сипаттамада ұқсастық болды. Қазақстанда ММС заңа 1995 ж, қабылданған болса 1998 ж. тоқтатылды, соның салдарынан ММС жұмысын толық жүргізе алмады.

Дүниежүзілік тәжірибе көрсетіп отырғандай, ұлттық денсаулық сақтау саласына енгізілген медициналық қамсыздандыру жүйелі жұмыстары, мемлекеттің экономикалық жақсы дамығандығын көрсетеді. Егерде халық бай болса, ол мемлекеттің байлығы, адам бай болса ол өзінің денсаулығын қорғауға қамсыздандыру үшін ақшасын аямайды және міндеттелінбей ақ өз еркімен қаржы құя алады, әрине сонымен қатар жақсы саясат пен білімділік те мемлекеті бай елде жақсы дамиды, бұл дегеніміз халықтың байлық деңгейіне де әсерін тигізетіні қан. Сонымен қатар жеке меншіктегі медициналық мекемелер де пайдалы жұмыс істейді де мемлекет экономикасына қаржы қосып тұрады. Әрине, әр мемлекет ұлттық мемлекет болып саналады, сондықтан сол елдің ұлттық ерекшеліктерін ескере отырып, халықтың арасына ірткі салынбайтын жұмыс бағдарламасын жасап, оны кезең кезеңдермен, өте нәзік секемсіз жұмыс жүргізгенде ғана

нәтижелі болады. Мемлекет тарапынан білікті де білімді басқарушылықты талап етеді.

Сонымен, қорыта келсек, ТМД, Шығыс Еуропа және алыс шет елдердің денсаулық сақтау саласын реформалау жағдайларын зерделей келе біздің көзіміздің жеткені, қайта құрудың нәтижесі халықтың денсаулықтарын және денсаулық сақтау саласының деңгейіне ғана байланысты емес, сол мемлекеттің саяси және экономикалық деңгейі мен келешегіне байланысты болады екен.

Шет елдердегі тәжірибені көшіріп алып, біздің елде айна-қатесіз қолдануға болмайды. Себебі, әр елдің денсаулық сақтау саласы сол елдің ұлттық даму ерекшелігімен, әлеуметтік-мәдени және экономикалық дамуымен тығыз байланысты дамиды, егерде оларды есептемей басқа елдің тәжірибесін зорлап енгізем дегенмен ол ұзаққа апармайды да басталмай жатып сөніп қалады. Соның негізінде біз, дүниежүзілік қауымдық денсаулық сақтау саласының реформалаудың қажеті бар компоненттерін анықтадық.



## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ШКОЛЬНИКОВ г. АЛМАТЫ.

*Э.Т.Абдраимова.*

*Казахский Национальный Медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы*

Формирование здоровья детей происходит под влиянием большого числа факторов риска, среди которых особое значение имеют: несбалансированное и нерациональное питание, неудовлетворительная экология, отсутствие надлежащих гигиенических условий в детских и подростковых образовательных учреждениях, не соблюдение научно-обоснованных условий обучения и характера учебного процесса. По данным многолетних исследований НИИ Гигиены детей и подростков РАМН установлено, что вклад внутришкольных факторов и внутришкольной среды в формирование здоровья детей составляет 21-27% (1,2).

На основе данных статистических материалов Министерства здравоохранения РК (3,4) и материалов отчетно-учетных документов медицинских пунктов различных школьных учебных заведений, проведены сравнительные изучения распространенности заболеваний среди учащихся различных возрастов (9, 13, 15 лет), за последние 4 года (2005, 2006, 2007, 2008 гг.). Заболевание (или любое болезненное состояние) связанные или вызванные из-за негативного влияния большой умственной работы обычно отражается на функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы (ССС) учащихся. Поэтому из МКБ – 10 (5) для дальнейшего изучения мы выбрали Y1 класс заболевания – болезни нервной системы и IX класс – болезни системы кровообращения.

А так же для выяснения основных факторов, влияющих на состояние здоровья школьников и обращаемость за медицинской помощью (XI класс) мы проводили опрос об оценке здоровья на момент обследования.

Проведена выкопировка данных из основных медицинских документов (форма №112 – «История развития ребенка», форма №026 – «Индивидуальная карта ребенка. Паспорт здоровья») школьников, и из отчетных

материалов школьных врачей. Всего единиц наблюдения 3246 учащихся (9, 13, 15 лет).

Изучение распространенности общей заболеваемости, заболеваемости по классу заболеваний нервной системы и системы кровообращения, за последние 3 года, показывает стабилизацию показателей (табл. №1).

Тем не менее если общая заболеваемость у детей имеет тенденцию роста на 20,3%, то в подростковом возрасте дальнейший рост не наблюдается, но держится на стабильно на высоком уровне.

Разница роста при этом, между детьми и подростками составляет 34,3%.

Обращает на себя внимание так же то, что если показатели общей заболеваемости в сравнении с показателями РК у детей города ниже на 18,5%, то в подростковом возрасте этот показатель опережает РК на 48,3%. Так же табличные данные (табл. №1) указывает на высокие показатели заболевания нервной системы, кровообращения, и различных отклонении от нормы, как у детей, так и у подростков города в сравнении с показателями по РК.

Детальный анализ выбранной заболеваемости показывает на наиболее частые заболевания детей обеих школьных заведений различными заболеваниями нервной системы (в основном различные расстройства вегетативной нервной системы, различные синдромы головных болей и т.д.), причем болезни увеличивается с возрастом, особенно у учащихся НШ. Болезни системы кровообращения так же ярко проявляется у учащихся НШ. Особенный рост по изученным годам не проявляется, но наблюдается некоторое стабильность за изучаемые годы в пределах определенно высоком уровне (табл.2.).



Таблица №1. - Характеристика распространенности заболеваемости среди школьников г. Алматы и по РК за 3 года

Общая заболеваемость			
Дети			
2004	2005	2006	РК (2005)
1079,6	1746,9	1773,8	1248,2
подростки			
2334,2	1971,4	2182,4	1118,6
Болезни нервной системы			
Дети			
2004	2005	2006	РК,2005
98,1	93,9	98,9	55,4
подростки			
253,5	203,0	214,2	68,1
Болезни системы кровообращения			
Дети			
2004	2005	2006	РК,2005
13,9	14,3	14,4	10,9
Подростки			
53,8	44,5	47,4	29,4
Симптомы, признаки и отклонения от нормы			
Дети			
2004	2005	2006	РК,2005
33,5	39,7	45,8	9,3
Подростки			
30,0	26,8	25,5	7,3

Таблица №2. - Сравнительные данные болезней нервной системы и органов кровообращения в различных школьных образовательных учреждениях г. Алматы за последние 4 года (2005-2008гг), на 1000 населения.

Болезни нервной системы					Болезни кровообращения				
Годы				Всего	Годы				Всего
2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008	
ОШ									
Дети 9, 13 лет									
99,5	97,1	101,2	99,6	99,3	17,9	16,7	17,1	18,3	17,5
Подростки 15 лет									
259,7	236,2	244,5	259,3	249,9	54,7	53,4	51,9	53,5	53,3
НШ									
Дети 9, 13 лет									
106,3	101,7	105,9	103,4	104,3	21,9	20,7	19,9	21,3	20,9
Подростки 15 лет									
261,7	244,9	259,3	260,5	256,6	61,5	59,7	60,7	61,9	60,9

Полное представление о здоровье учащихся возможно при условии его комплексного исследования. С целью выяснения основных факторов влияющих на состояние здоровья школьников подростков (XI класс заболеваемости) мы проводили опрос на субъективные ощущения учащихся 15 летних

подростков, на момент обследования. У подростков НШ самочувствие было хуже чем подростков ОШ (табл.3), где в ответах преобладали жалобы в основном неврологического характера (нарушения сна, раздражительность, головные боли)



Таблица 3. – Состояние общего самочувствия учащихся подростков на день обследования, М±m

№	Учащиеся подростк. 15 лет	n	Хорошее самочувствие	Усталость, слабость, раздражительность	Нарушения сна	Головн.боли	Др. неприят. ощущен.
1	ОШ	433	24,6±0,9	36,3±0,7	9,1±0,5	16,3±0,5	13,7±0,7
2	НШ	641	5,1±0,7	49,7±0,1	15,4±0,9	20,1±0,9	19,7±0,5
3	Всего	1074	14,8±0,8	43,0±0,4	12,2±0,7	18,2±0,7	11,7±0,7

Основной причиной подобного состояния здоровья, наравне с другими неблагоприятными факторами, по мнению большинства исследователей, и по результатам наших собственных работ является, высокая учебная нагрузка.

Таким образом, полученные результаты научных исследований показывают на необходимость дальнейшего изучения состояния физического развития и основных функциональных возможностей организма учащихся детей и подростков в связи с повышенными учебными нагрузками в школьных учебных заведениях.

Литература:

1. Онищенко Г.Г. О санитарно-эпидемиологическом благополучии общеобразовательных учреждений российской федерации. // Гиг. и сан. - № 4. – 2004. – С. 3-7.
2. Кучма В.Р. Руководство по гигиене охраны здоровья школьников. –М., 2000. – С. 32.
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2003 году: Статистические материалы. – Астана-Алматы, 2004
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2004 году: Статистические материалы. – Астана-Алматы, 2005
5. Жирнова О.И. Медицинская статистика. М., Эксмо. 2007. – 160с.

**ТҰЖЫРЫМ**

Мектеп дәрігерлерінің негізгі медициналық есеп беру, тіркеу құжаттарының мәліметтері бойынша, оқушылар арасында қанайналу және вегетативтік жүйке жүйесі аурулары таралу жағдайы жаңа мектептік оқу орындарындағы оқушылар арасында күрделі жағдайды байқатқандықтан, оқушылар организмнің функционалдық жағдайларын мектептік оқу орындарының оқу үрдісімен байланыстыра отырып, терең зерттеу қажеттігін көрсетті.

**SUMMARY**

The disease of circulation of blood system and vegetative nervous system. Investigation results of basic medical documents schools doctors showed complicated studies and developed. The disease of circulation of blood system and vegetative nervous system.



## ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ УКРЕПЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОК

*Г.Д. Кошкимбаева. Студенческая поликлиника, г.Алматы*

Эффективность получения профессиональных и интеллектуальных знаний зависит от многих параметров, в том числе от состояния здоровья и отношения к формированию здорового образа жизни. Одним из представителей социального класса является студенчество в возрасте от 17 –25 лет. Это возраст, когда человек устанавливается как личность со своими убеждениями, навыками и определенным образом жизни. Эта передовая, активная, социальная категория людей способная выполнять общественные, трудовые, производственные функции. И насколько наше современное студенчество будет здоровым в полном смысле этого слова, настолько оно сможет использовать энергетические, интеллектуальные ресурсы своего организма и проявить творческие способности на благо нашего общества.

Результат наших исследований по факторам риска, негативно влияющих на репродуктивное здоровье студенток г. Алматы, показали, что исходный низкий индекс здоровья (28,5%) из-за перенесенных в детстве и пубертате заболеваний и выявленных в данном возрасте (20,7±1,8) соматических и гинекологических заболеваний. Нами так же было установлено, что превалирующая роль в комплексе факторов принадлежит психо-эмоциональным кризисным ситуациям трудной адаптации к учебе и жизни в мегаполисе - 48,09%, медицинским - 41,2% и бытовым, социальным, учебным - 10,7%, попытались разработать поэтапное выполнение профилактических и лечебных оздоровительных мероприятий, оценить их эффективность у студенток с соматической и гинекологической патологией на фоне диагностированных психо-эмоциональных нарушений. Мы не встретили работ по организации таких мероприятий для студенток мегаполисов. В работе Мазиашвили Н.М. [1] даны рекомендации по диспансеризации и оздоровлению беременных подростков студенток г.Астаны.

Установлено, что в мегаполисе у девушек

раннего репродуктивного возраста (20,7±1,8) самым трудным является процесс психо-эмоциональной адаптации к учебе и жизни в новых городских условиях. Факт, который во многих исследованиях, почти не учитывается.

Разрабатывая свои оздоровительные мероприятия, данному факту уделили первостепенную роль. В студенческой поликлинике работают акушер-гинеколог, терапевт, ЛОР врач, стоматолог, хирург. Для постановки точных диагнозов и определения диспансерной группы привлекаются психолог, невропатолог, эндокринолог, детский (подростковый) гинеколог с обследованием на клинических базах города, включая лабораторные и другие методы.

Интеграция позволяет ускорить обследование, студенты имеют на руках результаты обследований, заключения специалистов и их точные рекомендации по лечению.

Наличие студенческой поликлиники позволяет проводить целенаправленный мониторинг за оздоровлением студентов. Однако, в процессе разработки оздоровительных мероприятий, были выделены факторы риска, которые не имели отношения к медицинским проблемам, но существенно влияли на здоровье студенток. Это были бытовые, социальные факторы и факторы, имеющие отношение к учебе (многократная сдача зачетов, отсутствие условий для занятий, равнодушное или пренебрежительное отношение некоторых преподавателей). Эти факторы, в сочетании с бытовыми и медицинскими усугубляли психо-эмоциональный статус. Учитывая все это, нами совместно с администрацией студенческой поликлиники были разработаны и апробированы оздоровительные мероприятия (рис.1).

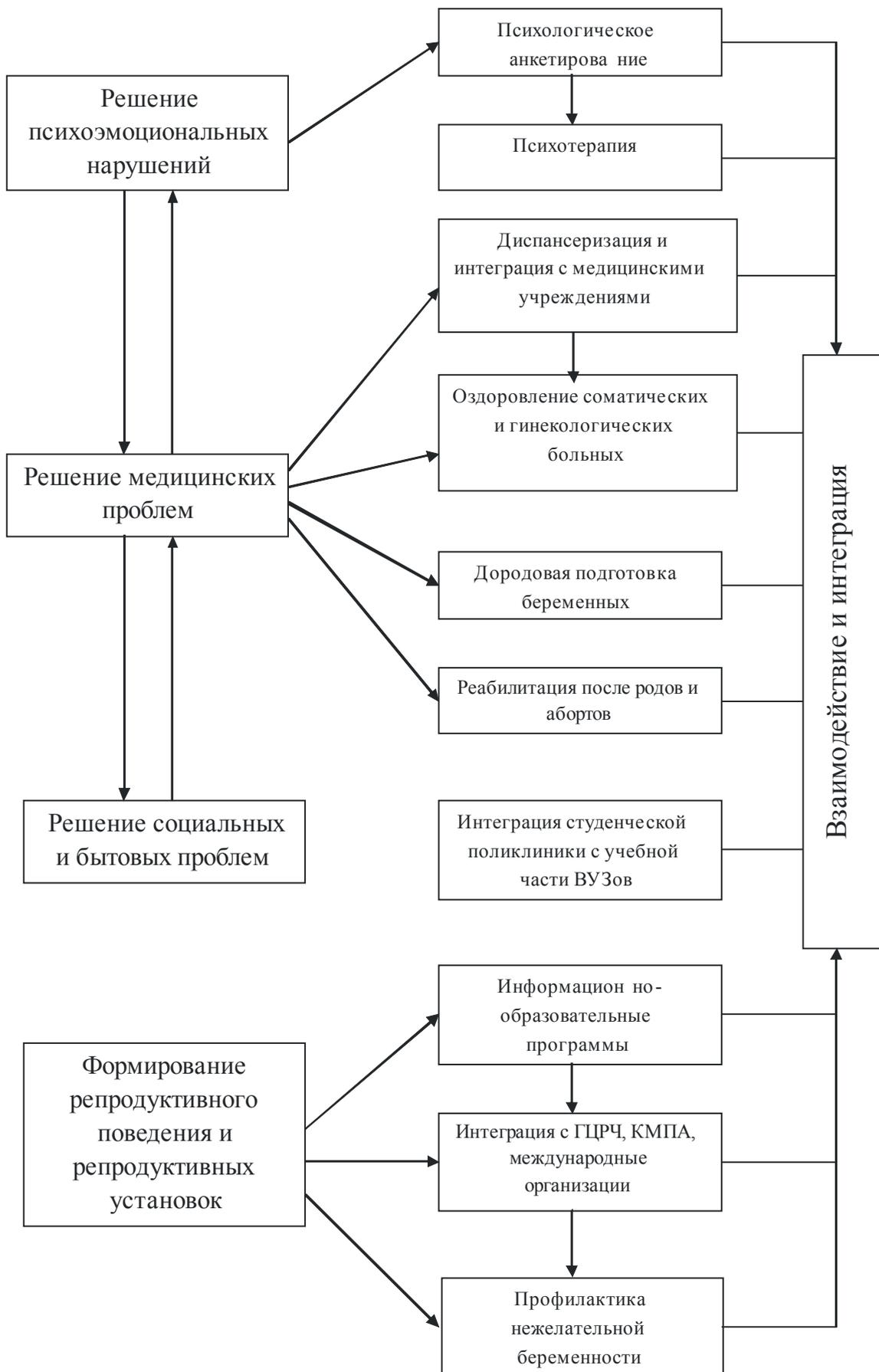


Рисунок 1. Модель организации оздоровительных мероприятий



Психотерапевтическая работа была направлена на снятие страхов, тревожности, коррекции неадаптивных установок в отношении к преодолению проблем связанных с жизнью в большом городе, в условиях не привычных с детства, преодолением трудности во взаимоотношениях с сокурсниками и преподавателями.

Применение программы позволило влиять на индивидуальные характеристики личности студенток, снижая уровень тревожности и ощущение неблагоприятной ситуации. В результате психотерапевтической работы отмечались изменения в пользу восстановления баланса гетероагрессивности/аутоагрессивности. В целом, психотерапевтическая работа помогла становлению личности студентов, что играет большую роль в формировании общего интеллектуального потенциала и репродуктивного потенциала. Четкий позитив отмечен у 86,6% (1992 из 2300).

Образовательно-информационные мероприятия по формированию правильного сексуального и репродуктивного поведения, предупреждения нежелательной беременности, о вреде аборта, о последствиях вредных привычек проводилось нами только в тесной интеграции с Городским Центром Репродукции человека, с Казахстанской ассоциацией по сексуальному и репродуктивному здоровью и другими международными организациями. Эти мероприятия способствовали повышению общей информированности студенток и позитивного изменения репродуктивного поведения и репродуктивных установок.

Работа по медицинским проблемам приводилась в 3-х направлениях: лечение студенток с соматической и гинекологической патологией, дородовая подготовка беременных по стандартам ВОЗ и реабилитация студенток после аборта и родов.

Анализ результатов лечения проводился у 115 студенток, которым диагноз выставлен после комплексного обследования, включая клинико-лабораторные, рентгенологические методы, УЗИ органов малого таза, бактериоскопических или бактериологических методов. Общим в этой группе являлось: все прошли курс психотерапии

и у всех проведены исследования клеточного и гуморального иммунитета, а также определялась концентрация гонадотропных гормонов. Студентки прошли полный курс лечения по показаниям: противовоспалительную терапию, дифференцированную гормонотерапию, а также лечение сопутствующих соматических заболеваний. Из 115 студенток полное выздоровление наблюдалось у 91 (78,8%) студентки, частичное – у 12 (10,4%), 12 (10,4%) – в связи со сложными диагнозами госпитализированы на обследование в многопрофильные больницы. Положительный результат наблюдался в целом у 103 (89,6%) студенток, которые продолжили учебу. Такой результат можно отнести за счет наличия в студенческой поликлинике всех служб, интеграцией с медицинскими учреждениями города, высоким качеством медицинских услуг в условиях мегаполиса. Это особенно важно для приезжих студенток, так как в регионах качество медицинского обслуживания имеет разную характеристику.

Дородовая подготовка по стандартам ВОЗ.

Мы анализировали 246 обменных карт и историй родов студенток, прошедших дородовую подготовку и родивших в ПНЦ 1, 2 родильных домах. Эти учреждения являются пилотными учреждениями по внедрению стратегий ВОЗ «Безопасное материнство». Основная цель данной стратегии ВОЗ – внедрение новых подходов в ведению беременности. При этом беременность рассматривается не как болезнь (а беременная как пациентка), а как физиологический процесс в организме женщины и необходимо обеспечить ее физиологическое течение. Особая роль придается осознанному участию самой женщины в процессе родов, максимальной демедикаментизации с целью ограничения отрицательного воздействия на плод и новорожденного. В целом по городу наблюдаются положительные сдвиги в исходах родов в пилотных учреждениях.

Анализ 246 документов беременных студенток (2005-2006-2007 годы) показал, что дородовая подготовка по стандартам ВОЗ вызвали положительный психологический настрой к родам, осознанное понимание происходящих в организме изменений, усвоение



осознанного участия в родах, укрепление чувства материнства, усвоение навыков правильного режима гигиены, питания, навыков грудного вскармливания. Несмотря на то, что это были женщины раннего репродуктивного возраста (неодинаковая физическая и психологическая зрелость) целенаправленная дородовая подготовка с положительным психологическим настроением, положительно влияет на исходы беременностей и родов.

Реабилитация после аборт и родов

Проблемы реабилитации во время учебы в ВУЗе имеют первостепенное значение, хотя этому вопросу почти не уделяется внимания, что является впоследствии причиной многих хронических патологических состояний. В наших наблюдениях высокая частота абортов среди забеременевших и высокий удельный вес репродуктивных потерь требует не только определенной работы по их профилактике, но и необходимость психологической и физической (соматической, гинекологической) реабилитации. Это необходимо в связи с основной целью студенток – продолжить и качественно закончить учебу. Тема реабилитации после родов и абортов постоянно поднимается в литературе, в т.ч. и в Республике Казахстан [2-4]. Однако, все эти исследования посвящены реабилитации женщин в активном репродуктивном возрасте, преимущественно старше 24 лет. В наших исследованиях реабилитация имеет отношение к возрасту  $20,7 \pm 1,8$  лет.

Учитывая, что тема беременности и, особенно, аборта в студенческой среде является негласной, мы смогли анализировать послеабортное и послеродовое течение только у 168 студенток, обратившихся за помощью к врачам студенческой поликлиники. Из 168 студенток 107 (63,7%) обратились после аборта через 1 месяц (35 или 32,7%) и через 3-4 месяца (72 или 67,3%) и 61 (36,3%) после родов. Всем проведено клиничко-лабораторное исследование, УЗИ малого таза, бактериоскопия и бактериологические исследования мазков из влагалища. Студентки с нарушением менструального цикла консультированы на кафедрах по дифференцированной терапии с подбором гормональных препаратов, а так же иммуностимуляторов.

Самым важным в процессе реабилитации было своевременное обследование, своевременная терапия и интеграция студенческой поликлиники с медицинскими учреждениями города включая профессорско-преподавательский состав клинических кафедр.

Из 107 обратившихся после аборта полное выздоровление было в 91,5% случаях через 2 месяца. У студенток обратившихся после родов выздоровление через 1-2 месяца наблюдалось в 86,8% случаях, остальные были направлены на консультацию и лечение на клинические базы кафедр. В любом случае своевременное оказание помощи, консультирование по контрацепции позволило большинству студенток после аборта и родов продолжить учебу. В итоге при своевременном обращении 168 студенток у 151 (89,8%) имело место полное выздоровление и возможность учиться дальше.

Совместная работа с учебной частью ВУЗов (решение бытовых, социальных и учебных проблем

Наличие бытовых, социальных и учебных проблем, отрицательно влияющих на психоэмоциональное состояние студенток, затем на качество жизни, на физическое здоровье, на репродуктивное здоровье заставило включить в плановые мероприятия студенческой поликлиники активную интеграцию с учебной частью ВУЗов и преподавательским составом. По инициативе администрации студенческой поликлиники были разрешены некоторые бытовые проблемы, оказана материальная помощь больным студентам, разрешены психологические конфликты с преподавателями, предоставлялись академические отпуски по состоянию здоровья, проведены встречи и беседы с родителями и родственниками, принималось участие в оказании помощи слабым студентам в подготовке к зачетам сильными студентами. Учитывая большой объем такой работы, в то же время положительные результаты при вновь созданном Молодежном центре, отдельный блок будет заниматься интеграцией с ВУЗами по данным проблемам.

Таким образом, лечебно-профилактические и организационные подходы к укреплению общего и репродуктивного здоровья



студентов в мегаполисе многогранны. Общие положительные результаты могут быть только при плановом комплексном подходе и интеграции всех служб, имеющих отношение к репродуктивному здоровью студенток.

#### **Литература:**

1. Мазиашвили Н.М. Прогнозирование и профилактика перинатальных осложнений у студенток-подростков. Автореф... дисс. канд, Алматы, 2006.

2. Тажиева А.Е. Совершенствование систем охраны репродуктивного здоровья работниц

промышленных предприятий. Автореф... дисс. докт. мед. наук, Алматы, 2008, с.36.

3. Касканова А.Г. Касканова А.Г. Восстановительное лечение больных с хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов природными и преформированными факторами. Автореф... дисс. канд. наук, Алматы, 2008, с.25.

4. Омарова Г.К. Системные нарушения у нерожавших женщин после искусственного аборта и пути их коррекции. Автореф... дисс. докт. мед. наук, Алматы, 2008.



## ОҢТҮСТІК АСТАНАНЫҢ ЕРЕСЕК ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ӨКПЕ АУРУЛАРЫНЫҢ ЖИІЛІГІ.

*Ғ.М.Қасымова, А.Т.Терлікбаева, Б.М.Қасымова, А.С.Бижанова, А.Ж.Дәрыбаева,  
Г.И.Сәрсенова, А.Б.Мұстафин, Л.С.Дәулетбеков, К.Назарова. С.Д.Асфендияров  
атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.*

Тыныс алу мүше жүйелерінің патологиясы барлық әлемдегі науқастықпен және өлімнің жиі себептерінің бірі болып табылады.

Мақсаты: Алматы қаласының базалық клиникасында стационарлық емдеу өткен науқастардың бронхо-өкпелік ауруларының жиілігін зерттеп білу.

Мәліметтер және зерттеу әдістері. Кейінгі бес жылда әр түрлі бронхоөкпелік патологиясымен 2278 науқас ем қабылдаған, ол жалпы пациенттердің (5428) санынан 41,9% құрайды. 45 жасқа дейінгі жас жастағы тұлғалар басым болды (62,8%), жиі (62,6%) созылмалы обструктивті бронх қабынуы айқындалды, (СОБҚ), 41,7% жағдайда - өкпе қабынуы. Көбіне – 68,8% науқастар бірінше рет өкпе қабынуымен ауырған. Шығым шегу, спирттік ішімдікті қолдану, үй-тұрмыс жағдайының қанағаттанбағансыздығы – әлеуметтік тәуекел факторлары болып табылды. 78,8% науқастардағы ілеспелі созылмалы аурулар, 12% мұздау факторлары – медико-биологиялық факторлар. Жүргізілген емдеу нәтижесінде жазылып кетуімен 41,7% шығарылған, жақсаруымен – 52,8%, өзгеріссіз – 9,8%. Науқастар жиі (82,8%) шұғыл емханаға жатқызылған.

Тыныс алу жетпеушілігі (ТЖ I-II сатысы), қан айналысының жетпеушілігі (ҚАЖ), демікпе күйі емханаға жатқызудың себептері болып табылды.

Кейінгі бес жылдағы бронхоөкпелік ауруларын саралағанда біздің Оңтүстік астанада созылмалы обструктивті бронх қабынуының, өкпе қабынуының едәуір өскені айқындалды. Емделген науқастардың арасында жас жастағылардың басым болғаны өзіне назар аударады. Оңтүстік астананың әуе бассейінің сауығу мәселері және біздің қаламыздың тазалығымен сүйкімділігі маңызды факторы болып табылады. Бұл сұрақтардың шешімі әлеуметтік мәселелерді шешіп қана қоймай экономикалық мәселелерінде шешетіні айқын.

Әдебиет:

1. Өкпенің созылмалы обструктивті ауыруын диагностикалау, емдеу және алдын-алудың ғаламдық стратегиясы. Қайта қаралған 2006/ Ағылшын тілінен аударылған РМҒА Академігі А. Г. Чучалиннің редакциясымен, 96б.

2. А. Г. Чучалин, Тыныс алу мүшелерінің ауруларының тиімді фармакотерапиясы, М., «Литерра» басылым – 2004ж.



## К ЧАСТОТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОЙ СТОЛИЦЫ.

*Г.М.Касимова, А.Т.Терликбаева, Б.М.Касимова, А.С.Бижанова, А.Ж. Дарыбаева, Г.И.Сарсенова, А.Б.Мустафин, Л.С.Даулетбеков, К. Назарова. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы*

Патология системы органов дыхания является одной из частых причин заболеваемости и смертности во всем мире.

Цель: изучить частоту бронхо-легочных заболеваний у больных, прошедших стационарное лечение в базовой клинике г. Алматы.

Материал и методы исследования. За последние пять лет прошли лечение 2278 больных с различной бронхолегочной патологией, что составляет 41,9% от общего числа пациентов (5428). Преобладали лица молодого возраста до 45 лет (62,8%), чаще (62,6%) выявлялся хронический обструктивный бронхит (ХОБ); в 41,7% случаев – пневмония. Большинство – 68,8% больных впервые заболели пневмонией. Социальными факторами риска явились: курение, употребление спиртных напитков, некалорийное питание, неудовлетворительные жилищно-бытовые условия. Медико-биологические факторы – сопутствующие хронические заболевания у 78,8% больных, факторы переохлаждения у 12%. В результате проведенного лечения выписано с выздоровлением – 41,7%, с улучшением – 52,8%, без перемен - 9,8% больных. Больные

чаще (82,8%) госпитализировались экстренно.

Причинами госпитализации являлись дыхательная недостаточность (ДН II-III ст.), недостаточность кровообращения (НК), астматический статус.

Анализ бронхолегочных заболеваний за последние 5 лет выявил значительный рост ХОБ, пневмонии в нашей Южной столице. Обращает на себя внимание преобладание молодого возраста пролеченных больных. Немаловажным фактором является проблема оздоровления воздушного бассейна южной столицы. Совершенно очевидным является и то, что решение этих вопросов представляют собой не только социальные проблемы, но и экономические

Литература:

1. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. Пересмотр 2006/ Перевод с англ. Под ред. Академика РАМН. А.Г. Чучалина., 96с.

2. Чучалин А.Г., Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания., М., из-во «Литтерра» - 2004г.



## ЭКОНОМЕТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Т.С.Хайдарова, Г.Р.Жапбаркулова, Ж.Т.Майшенова, Б.А.Наржанов.  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы*

Здоровье следует рассматривать как целостно-многомерное динамическое состояние организма и форму жизнедеятельности человека, которая обеспечивает ему физиологически обусловленную продолжительность жизни, достаточную удовлетворенность состоянием своего организма и приемлемую социальную дееспособность. В Казахстане в соответствии со Стратегическим планом МЗ РК на 2009-2011 годы основным ключевым критерием для оценки профилактической работы и ФЗОЖ определен показатель средней продолжительности жизни [1].

В Национальном отчете по ЦРТ за 2007 год сообщается, что в области здравоохранения наблюдается особенно медленный прогресс по улучшению показателей, при этом ожидаемая продолжительность жизни при рождении также является низкой для страны со средним уровнем доходов [2].

Вызывают серьезную озабоченность и высокие показатели заболеваемости и смертности от различных неинфекционных болезней. Так, в 2005 году стандартизированный уровень смертности от болезней сердечно-сосудистой системы составил 846,5 случаев на 100 тыс. населения по сравнению с 764,2 случаями в среднем по странам Центральной Азии. В последнее десятилетие возросла смертность от травм, отравлений и несчастных случаев. В Казахстане наблюдается один из самых высоких показателей травматизма в Европейском регионе ВОЗ. Уровень смертности от рака, скореллированный на возраст, особенно от рака легких, является самым высоким в Центральной Азии [1-2].

Основными факторами риска в Казахстане, связанными с образом жизни, как показали широкомасштабные исследования, проведенные в Национальном центре проблем ФЗОЖ МЗ РК за 1998-2007 гг. являются табакокурение, потребление алкоголя, высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина,

высокий индекс массы тела, низкое потребление фруктов и овощей и низкая физическая активность. Например, в Казахстане уровень курения остается особенно высоким (65,3% среди мужчин – 1997 г, в 2007 г. 27% средняя по РК) [3]. Как ни парадоксально, но республика также является одной из немногочисленных стран Европейского региона ВОЗ, где отмечен низкий уровень потребления фруктов и овощей на душу населения.

Сложившаяся ситуация во многом является следствием низкой гигиенической культуры населения, что проявляется в резком увеличении распространенности вредных привычек (курение, наркомания, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкая двигательная активность), ухудшении состояния окружающей среды, условий труда, быта и отдыха.

Наряду с указанными причинами, ухудшение состояния здоровья населения обусловлено также недостатками в организации здравоохранения и утратой позиций профилактики в медицине.

Следует признать, что в этих условиях изменить ситуацию может только реальное повышение в здравоохранении приоритета профилактической деятельности и целенаправленное ее развитие и совершенствование.

Сохранение и укрепление здоровья человека, увеличение средней продолжительности и качества жизни, предупреждение преждевременной смертности являются актуальными проблемами не только здравоохранения, но и общества в целом.

Укрепление здоровья - процесс, предоставляющий населению возможность осуществлять контроль за состоянием своего здоровья и факторами, влияющими на него.

Эконометрический анализ результатов крупных профилактических программ, показывает высокую эффективность гигиенического образования и воспитания в



достижении генеральных целей укрепления здоровья. Так, реализация межсекторальных программ укрепления здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученного выигрыша как 1 к 7, то есть каждый вложенный рубль экономит обществу 7 рублей из средств, которые необходимо было бы потратить на устранение последствий, вызванных курением, употреблением алкоголя и наркотиков, нерациональным питанием, неправильным сексуальным поведением и т.д [4].

При осуществлении хорошо спланированных долгосрочных мероприятий по формированию здорового образа жизни в школах, которые направлены на предотвращение курения, профилактику нежелательной беременности, а также СПИДа и болезней, передающихся половым путем, соотношение стоимости затрат и полученной выгоды составляет 1 к 14. Примерно такой же показатель эффективности может быть получен при успешной реализации программ вакцинопрофилактики (например, против кори, эпидемического паротита и краснухи или дифтерии), в которых просветительский и образовательный компонент часто является решающим [4].

Вторичная профилактика заболеваний также оказывается высокоэффективной. Так, при проведении программы профилактики артериальной гипертензии на промышленных предприятиях в группах активного вмешательства число дополнительно сэкономленных лет жизни в расчете на 10000 человек составило 557, причем почти треть из них пришлась на трудоспособный возраст [4].

Выполнение поставленных основных задач укрепления здоровья населения, естественно, не может дать сиюминутных результатов, однако, как показывает опыт целого ряда высокоразвитых стран и результаты научных исследований, проведенных в Российской Федерации, решение этих задач способно привести в течение 5-10 лет к снижению распространенности табакокурения на 20% и, как следствие, - к уменьшению на 5% заболеваемости, нетрудоспособности и смертности от основных хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) [4].

Улучшение структуры питания населения

и повышение качества пищевых продуктов наряду с повышением на 25-30% числа систематически занимающихся физкультурой и получающих адекватные физические нагрузки обеспечит снижение распространенности избыточной массы тела на 25-30%, уменьшение заболеваемости и смертности основных ХНИЗ на 10 и 5%, соответственно. Снижение потребления алкоголя и профилактика употребления наркотиков позволят снизить заболеваемость алкоголизмом на 15% и потери от временной нетрудоспособности и инвалидности по заболеваниям общемедицинского профиля, связанными со злоупотреблением алкоголем, на 5%, а также заболеваемость соматическими болезнями, обусловленными токсическими эффектами алкоголя и наркотических веществ, на 25%, обеспечив тем самым уменьшение травматизма на 10-15%.

Снижение загрязнения окружающей среды до нормативных требований позволит достичь снижения общей заболеваемости и смертности соответственно на 10-15 и 5%.

Таким образом, основываясь на проведенном анализе научных исследований по эконометрическим расчетам по определению влияния ФР на состояние здоровья населения можно определить медицинскую, социальную и экономическую эффективность профилактических вмешательств по изменению поведенческих ФР развития заболеваний.

#### Литература:

1. Стратегический план МЗ РК на 2009-2011 годы. Астана-2008 г.
2. Цели развития на пороге тысячелетия в Казахстане, 2007 г.
3. Мониторинг распространенности поведенческих факторов риска инфекционных заболеваний среди населения Республики Казахстан 1998-2007 гг.// Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, № 1, -2009. –стр. 104-109.
4. Концепция сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания. Приложение к решению Коллегии Минздрава России от 30 июля 1997 г. N 11.



## МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНО- ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

*Т.С.Хайдарова, Г.Р.Жапбаркулова, А.А.Акимбаева, Ж.Т.Майшенова, Б.А.Наржанов.  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы*

По данным ВОЗ здоровье человека на 50% зависит от образа жизни, развитие большинства хронических неинфекционных болезней (болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и др.) также связано с образом жизни человека. В этой связи становится важным формирование здорового образа жизни казахстанцев и развитие физической культуры. С этой целью начата реализация Программы «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы, в рамках которой будет увеличено финансирование программ здорового образа жизни. Будет усилена профилактическая направленность отрасли, увеличится охват отдельных категорий населения профилактическими осмотрами, будут реализованы меры по повышению физической активности граждан и в первую очередь детей [1].

Научные работы в области экономики здравоохранения больше посвящены экономическому обоснованию применения лекарственных препаратов, ценообразованию на медицинские услуги, оценкам затрат на лечение. Эти исследования в основном носят узкоспециальный характер и не учитывают стоимость общественного здоровья в масштабах страны и отдельных регионов и экономический ущерб, обусловленный недопроизводством ВВП из-за снижения уровня здоровья, повышения заболеваемости, смертности, инвалидности, снижения средней продолжительности жизни. Имеется мало работ по оценке эффективности профилактических программ и по социально-экономической оценке изменения поведенческих факторов риска, таких как курение, употребление алкоголя, гиподинамия, избыточная масса тела.

Для полноценного изучения взаимодействия общественного здоровья и экономики требуется целостная методика оценки экономического ущерба и выгоды в связи с реальными и потенциальными (прогнозными) изменениями заболеваемости, инвалидизации и смертности

населения, позволяющая определять величины ущерба и выгоды для различных возрастных групп с учетом видов заболеваний и потерянных лет потенциальной жизни.

С точки зрения оценки эффективности здравоохранения принципиальное значение имеют исследования академика С.Г.Струмилина (1966), определявшего долю национального дохода, сберегаемую здравоохранением. По его данным, на каждые 100 рублей, затрачиваемых на здравоохранение, создается 220 руб. национального дохода, т.е. экономическая эффективность выше в 2 раза. Повышение средней продолжительности жизни и сокращение смертности в СССР за 10 лет, согласно расчетам Струмилина, давали на тот период выгоду около 10 млрд. руб [2].

Следует отметить, что показатель средней продолжительности жизни в соответствии с директивными документами Министерства здравоохранения, такими как Стратегический план на 2009-2011 годы, считается наиболее информативным и определен, как целевой интегрированный критерий для оценки профилактической направленности и реализации процесса формирования здорового образа жизни среди населения [3].

Анализ динамики средней продолжительности жизни в Казахстане за период с 1999 г по 2003 годы показывает, что данный показатель оставался в тот период на уровне 65,7-65,8. Только с 2004 года имеется некоторая положительная динамика – показатель увеличился до 66,38 лет.

Социально-значимые болезни наносят существенный экономический урон и снижают ожидаемую продолжительность жизни, уровень которой в 2007 году составил 66,38 лет (в рейтинге ГИК Казахстан занимает 101 позицию с показателем продолжительности жизни в 64 года, данные за 2007 год).

Следует отметить, что продолжительность жизни в нашей стране существенно меньше,



чем в развитых странах. Пример экономически развитых стран показывает, что реально достижимая продолжительность жизни в наши дни составляет 78 лет [4]. Следовательно, в среднем каждый умерший в РК человек не дожил 14 лет до возраста своей «естественной» смерти. Исследования, проведенные в наши дни, показывают, что масштабы экономического урона, наносимого заболеваемостью, инвалидностью и смертностью весьма значительны. По ориентировочным подсчетам Ю.П. Лисицына (1998), потери общества вследствие преждевременной смертности (ППС) до 70 лет, заболеваемости с утратой трудоспособности и инвалидности за 1996 год составляют (в ценах 1996 г.): от непредотвращенных смертей – 45 трлн. руб. (20,4 млрд. долл. по ППС); от заболеваемости с временной утратой трудоспособности – 4 трлн. руб. (1,8 млрд. долл.); от первичной инвалидности – 3 трлн. руб. (1,4 млрд. долл.). В другой своей работе (2001) он отмечает, что сокращение непредотвращенной смертности, инвалидизации, заболеваемости в состоянии дать экономический эффект в размере 30-40 млрд. руб. в год (4-5 млрд. долл. в год по ППС).

Е.И. Аксель и И.А. Горбачева (2000) подсчитали, что в связи со смертностью от злокачественных новообразований населением России в 1998 г. было потеряно 4,9 млн. человеко-лет жизни. Наибольший урон наносит обществу рак легких (807,9 тыс. человеко-лет), желудка (625,9 тыс.), молочной железы (390,7 тыс.) и гемобластозы (291,8 тыс. человеко-лет).

По данным И.Л. Шаханиной с соавторами (1993), в 1992 г. один случай дифтерии оценивался в 6874 руб. Общий экономический ущерб в связи с дифтерией по России в 1992 г. составил 26,8 млн. руб. (около 190 тыс. долл. по ППС). Экономическая значимость сальмонеллеза по стране в 1992 г. составила 433 млн. руб. (примерно 3 млн. долл. по ППС), в том числе 134 млн. руб. (31%) – в связи с заболеваемостью детей и 299 млн. руб. (69%) – взрослых. Более половины этой суммы – 232 млн. руб. (54%) израсходовано на медицинские мероприятия, среди которых доминируют затраты на лечение (48%).

Поскольку жизнь человека обладает

стоимостью, в случае его смерти следует учитывать не только «явные» экономические потери, к которым она приводит (упущенная выгода в производстве ВВП, выплаты семье в связи с потерей кормильца), но и потерянную стоимость самой жизни, то есть стоимость количества лет, которые человек не дожил до возраста средней продолжительности жизни. Эта стоимость рассчитывается по формуле:

$P_{it} = C_t \cdot (J_t - i)$ , где  $P_{it}$  – стоимость потерянных лет в результате смерти человека в возрасте  $i$  в году  $t$ ;  $C_t$  – стоимость года статистической жизни в году  $t$ ;  $J_t$  – ожидаемая продолжительность жизни в году  $t$ ;  $i$  – возраст умершего человека [5].

Например, если человеку умерев в возрасте 45 лет, исходя из величины средней продолжительности жизни в РК можно считать, что он не дожил до возраста своей «естественной» смерти 20 лет. Эти и есть потерянные (непрожитые) годы. По данным исследователей России стоимость одного года среднестатистической жизни в 20 517 руб. (3 878 долл.) [5]. Отсюда стоимость двадцати потерянных лет составит 410,3 тыс. руб. или 77,6 тыс. долл.

Приведенные данные свидетельствуют о значимости профилактических мер для экономики здравоохранения. Это обусловлено ростом национального груза болезней, вызванного высокой смертностью, распространением хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний, возрастанием потерь населения в связи с воздействием техногенных и стихийных факторов, дорожно-транспортным травматизмом. Согласно его подходу потери здоровья населения характеризуются прямой и непрямой стоимостью. Прямая включает стоимость лечения и реабилитации больных, социальные выплаты (пенсии по инвалидности, выплаты по социальному страхованию), а также расходы на мероприятия по охране здоровья населения. Непрямая стоимость учитывает упущенную выгоду в производстве ВВП, связанную с временной или постоянной утратой трудоспособности в результате заболеваний, инвалидизации и смерти. По расчетам, проведенным в 1996 г. в России прямая стоимость груза болезней составила 110,2 трлн. руб. (49,9 млрд. долл. по ППС), а



непрямая 316,7 трлн. руб. (143,4 млрд. долл.).

Приведенные оценки показывают, что заболеваемость, инвалидность и смертность населения связаны с очень существенными экономическими затратами, игнорировать которые в современных условиях, учитывая низкий уровень здоровья, высокую смертность в трудоспособном возрасте и сокращение населения, уже невозможно, поэтому проведение профилактической работы, мониторинг поведенческих факторов риска развития заболеваний имеют большое социально-экономическое значение.

Таким образом, при оценке ущерба от смертности используется показатель стоимости статистической жизни, который должен в данном случае подчеркнуть стоимость каждой жизни как таковой, вне экономических отношений производства и потребления. Следующий этап экономического анализа медико-демографических процессов должен быть основан на методике расчета прогнозной экономической выгоды от повышения уровня общественного здоровья, учитывающей

экономическую отдачу от снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности в результате мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья населения.

#### **Литература:**

1. Постановление Правительства Республики Казахстан № 1260 от 21 декабря 2007 года « Об утверждении программы « Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы.

2. Дубинин С. А., Гуров А. Н. Некоторые положения экономической теории развития здравоохранения // Эконом. здравоохранения.- 2002.-№5-6.-С.29-32.

3. Стратегический план Министерства здравоохранения РК на 2009-2011 годы. – Астана-02008 г.

4. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

5. Окушко А.Б. (ред.) Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения // Гл. врач.-2002.-№5.-С.22-26

---

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Біздің қолымыз жеткен әдебиеттерде профилактикалық бағдарламаның сапасына баға беру және дененің көп салмағы, аз қозғалу, арақ ішу, темекі тарту сияқты мінез-құлыққа байланысты болатын қатерлердің әлеуметтік-экономикалық бағаларын қозғайтын жұмыстар аз кездесті.

#### **SUMMARY**

In the available literature there are few studies on assessment of effectiveness of prevention programs and on socio-economic evaluation of behavioral risk factors changing such as smoking, alcohol consumption, physical inactivity and overweight.



## ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА И АТТЕСТАЦИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ОБЪЕКТОВ.

*Ж.Т.Алпысбаева.*

*РГКП «Республиканский научно исследовательский институт  
по охране труда МТЗН РК», г.Астана*

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

Не смотря на технический прогресс, автоматизацию труда, направленную на увеличение его производительности и снижение трудоемкости и т.д., на сегодняшний день наблюдается высокий уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, снижение устойчивой работоспособности и индивидуальной производительности труда. В связи с этим актуальным является проведение мониторинга условий труда.

В соответствии с определением МОТ мониторинг рабочей среды заключается в выявлении и оценке факторов среды, которые могут неблагоприятно повлиять на здоровье работников. Мониторинг включает оценку санитарных и профессиональных гигиенических условий, факторов организации труда, которые могут создать риск для здоровья работников, средств коллективной и индивидуальной защиты, экспозиции работников опасным агентам и контрольных систем, предназначенных для исключения или ограничения их. С точки зрения здоровья работников мониторинг рабочей среды может фокусироваться, но не ограничиваться только на эргономике, профилактике несчастных случаев и заболеваний, гигиене труда, организации труда и психосоциальных факторах на рабочем месте.

Постоянный контроль состояния

производственной среды на рабочих местах является одним из средств предупреждения профессиональных заболеваний и осуществляется путем оперативного выявления отклонений от гигиенических нормативов с принятием необходимых мер по их устранению. Систематически осуществляющийся контроль условий труда и реализация мероприятий по улучшению условий труда позволяет снизить показатели вредных факторов производственной среды.

Исходя из международного опыта основными принципами мониторинга условий и охраны труда являются: своевременность, полнота, согласованность действий участников мониторинга, открытость, системность.

Индикаторами показателей мониторинга выступают:

- количество рабочих мест, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- смертность населения в трудоспособном возрасте;
- кол-во пострадавших в расчете на 1000 работающих;
- коэффициент производственного травматизма;
- число человеко-дней нетрудоспособности;
- коэффициент впервые выявленных профессиональных больных;
- индекс профессиональных заболеваний;
- число обученных по охране труда;
- наличие служб охраны труда у работодателей;
- удельный вес работников, занятых в неблагоприятных условиях труда;
- охват работников, прошедших периодический медосмотр;
- показатель эффективности привлечения к административной ответственности;
- показатель эффективности приостановленных работ;
- индекс профессионального риска и т.д.



Своевременность и необходимость аттестации производственных объектов по условиям труда на сегодняшний день не вызывает сомнения так как основной целью охраны труда является предотвращение производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Разработка и осуществление профилактических мероприятий требует знания состояния безопасности труда, оценки условий труда на каждом рабочем месте, информации о вредных производственных факторах, что и обеспечивает аттестация производственных объектов.

По данным статистики, от 20 до 40% трудопотеря обусловлено заболеваниями, прямо или косвенно связанными с неудовлетворительными условиями труда, иначе говоря, профессиональными рисками. Исходя из теории профессиональных рисков, известно, что полностью избежать их в трудовой деятельности практически невозможно, однако можно ими управлять посредством проведения разнонаправленных профилактических, оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

Аттестация производственных объектов по условиям труда является одним из инструментов анализа, оценки и управления профессиональными рисками, которая в настоящее время заняла достойное место в системе мониторинга и оценки условий и характера труда, травмобезопасности рабочих мест, учета обеспеченности работников средствами индивидуальной защиты (СИЗ). По существу – это предварительная оценка профессионального риска или «оценка риска на работе», принятая в 1996г. в странах Евросоюза.

Процедура управления профессиональными рисками основана на выявлении вредных и опасных факторов производственной среды, влияющих на безопасность здоровья работников – идентификация профессиональных рисков и составление реестра профессиональных рисков. Как показывает практика, первичная идентификация рисков для каждого рабочего места и конкретного работника предприятия осуществляется при аттестации рабочих мест по условиям труда. По результатам первичной

идентификации профессиональных рисков на предприятиях составляется перечень контролируемых вредных и опасных факторов производственной среды и трудового процесса на рабочих местах. Оценка вредных и опасных факторов проводится также в рамках производственного контроля соблюдения санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий.

Цель аттестации и оценки рисков в странах Евросоюза (ЕС) во многом идентичны: уменьшение уровней воздействия на работников, выявленных на рабочих местах, опасных и вредных производственных факторов. Но, если при оценке профессиональных рисков ЕС эта цель является единственной, то область использования результатов аттестации значительно шире.

В процессе аттестации осуществляется реальная количественная оценка уровня риска (через замеры вредных производственных факторов, определение травмобезопасности, тяжести напряженности труда и оценки качества выдаваемых СИЗ). Появляется возможность обоснованно ранжировать очередность реализации эффективных профилактических мер с учетом фактического уровня риска, т.е. управлять риском.

Поэтому практические подходы оценки условий при аттестации должны обеспечивать максимально достоверные результаты и основываться на измерениях и оценках уровней опасных и вредных производственных факторов по утвержденным методикам.

Следует отметить, что на многих предприятиях СНГ разработаны и успешно используются автоматизированные системы мониторингования состояния здоровья работающих, процессов управления, контроля и отображение значений технологических параметров и состояния оборудования. Полученная информация накапливается в виде базы данных и отображается через графики и таблицы. За счет автоматизации достигается обеспечение регистрации и отображения аварийных сигналов, управленческих решений и команд на дисплее.

Использование возможностей современных информационных технологий, более



совершенных программных средств анализа, учета и контроля условий труда становится жизненной необходимостью, так как повышает эффективность управления и реализации решений, улучшает качество проводимой работы, повышает культуру производственной деятельности. Следовательно, назрела ситуация внедрения автоматизированных систем для осуществления мониторинга условий труда, что позволит оперативно и достоверно оценить условия труда, определить приоритетные производственные факторы, составить прогноз профессиональных рисков, вычислить безопасный стаж работы.

В настоящее время, как показывает практика, не на должном уровне используются результаты аттестации производственных объектов. Так в п.5 пп. 7 «Правил проведения обязательной периодической аттестации производственных объектов по условиям труда», утвержденных приказом Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 23 августа 2007 года № 203-п указано, что результаты аттестации производственных объектов используются при страховании ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей.

В Законе от 7 февраля 2005 года «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» дается определение класса профессионального риска как уровень производственного травматизма и профессиональной заболеваемости, сложившийся по видам экономической деятельности. Также законом установлены пределы страховых тарифов в зависимости от класса профессионального риска. В соответствии с «Правилами отнесения видов экономической деятельности к классам профессионального риска», утвержденными постановлением Правительства РК от 30 июня 2005 года оценка степени профессионального риска основывается на статистических показателях травматизма на производстве и профессиональных заболеваний.

Следовательно, своевременное проведение аттестации производственных объектов и устранение несоответствий требованиям по безопасности и гигиене труда способствуют уменьшению показателей производственного травматизма и профессиональных заболеваний, а значит снижению класса риска и уменьшению размера страхового тарифа. По итогам аттестации производится наладка и ремонт приточно-вытяжных систем, освещения, кондиционирования воздуха, работников обеспечивают необходимыми средствами индивидуальной защиты, разрабатываются и внедряются мероприятия по снижению шума и вибрации, замене устаревшего оборудования, вносятся изменения в режим труда и отдыха.

На основании вышеизложенного можно заключить следующее, обязательное периодическое проведение аттестации производственных объектов по условиям труда и использование результатов аттестации для оценки риска, способствуют своевременному выявлению профессиональных заболеваний, снижению производственного травматизма и как следствие обеспечиваются условия для безопасного труда, охраны здоровья и трудоспособности работающего населения.

#### Литература:

1. Закон «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» от 7 февраля 2005 года;
2. «Правила проведения обязательной периодической аттестации производственных объектов по условиям труда» от 23 августа 2007 года № 203-п;
3. Измеров, Н.Ф. Оценка профессионального риска и управление им – основа профилактики в медицине труда// Гигиена и санитария. 2006.- №5.-С.14-16;
4. Данилов И.П., Захаренков В.В., Олещенко В.М. Мониторинг профессионального риска как инструмент охраны здоровья работающих во вредных условиях труда// Гигиена и санитария. 2007.-№3.-С.49-50;
3. Медведев А.В. Автоматизированная



обработка результатов аттестации рабочих мест по условиям труда// Безопасность и охрана труда. 2006. - № 3, -С.32-35;  
4.Охрана труда в Республике Казахстан.

Национальный обзор.- Астана. 2008.-128с.;  
5.Материалы Международной организации труда.

---

### ТҰЖЫРЫМ

Осы мақалада еңбек жағдайларының мониторингін жүргізуде, жарақаттану және де кәсіптік аурулардың деңгейлерін төмендетуде өндірістік объектілерді аттестаттаудың рөліне баға беріледі. Кәсіптік тәуекелдерді басқаруды бағалауды өткізу үшін аттестаттау нәтижесінің тиімділігі көрсетілген.

Негізгі сөздер: өндірістік объектілерді аттестаттау, еңбек жағдайларының мониторингін жүргізу, жарақаттану және де кәсіптік аурулардың, кәсіптік тәуекелдерді басқаруды.

### SUMMARY

This article is devoted to the evaluation of the role of attestation of industrial facilities in the process of monitoring of the working conditions, decreasing of occupational traumatism and diseases. There is also given the practicability of using of the results of attestation for occupational risk evaluation.

Key words: attestation of industrial facilities, working conditions monitoring, occupational traumatism and diseases, occupational risk.

---

## ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ФАКТОРЫ ФОРМИРУЮЩИЕ ИХ ЗДОРОВЬЕ (обзор).

*А.К.Текманова. КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

Физическое развитие организма является одним из ведущих признаков здоровья. На каждом возрастном этапе оно характеризуется определенным комплексом связанных между собой морфологических и функциональных свойств организма и обусловленным этими свойствами запасом физических сил [1].

Показатели физического развития могут быть использованы для диагностики многих процессов. Поэтому в медицинских исследованиях оценке физического развития, как индивидуальной так и коллективной придается большое значение. Известно, что организм человека во всем периоде развития

взаимодействует с окружающей средой как единая, целостная система. Поэтому, находясь в постоянном взаимодействии с окружающей средой, человеческий организм подвергается различным морфофункциональным изменениям, то есть здоровье человека формируется в контексте повседневной жизни.

Давно установлено, что физическое развитие ребенка протекает неравномерно: наблюдается известная волнообразность в нарастании веса и роста в различные периоды. Анатомо-физиологические особенности развития детей школьного возраста характеризуются определенными изменениями



в различных системах и органов. Костно-связочный аппарат: В младшем школьном возрасте нередко встречаются искривление позвоночника, являющиеся обычно следствием продолжительного сидения в неправильной позе за партами и столами. Неправильное положение позвоночника неблагоприятно влияет на рост и развитие грудной клетки, уменьшает жизненную емкость легких (ЖЕЛ), задерживает рост и нарушает работу важных органов (сердце и легкие) и тем влечет за собой задержку общего физического развития и общее ослабление организма.

В среднем школьном возрасте процесс окостенения значительно усиливается. Чрезмерное напряжение, связанные с малоподвижными положениями или непосильной работой, могут вызвать преждевременное окостенение, которое приведет к прекращению роста костей, и неблагоприятно отразится на деятельности органов кровообращения. Рост костей в этом возрасте идет неравномерно: в то время как рост костей конечностей, позвоночника, костей таза (особенно у девочек) и плечевого пояса у мальчиков протекает энергично, рост грудной клетки иногда отстает от общего роста тела («физиологическое узкогрудие»); грудная клетка оказывается в таких случаях несоразмерно узкой по отношению к выросшему в длину телу. В старшем школьном возрасте исчезает непропорциональность в развитии костей конечностей и туловища. Но окостенение в различных частях скелета еще продолжается.

Мышечная система: в младшем школьном возрасте интенсивно развиваются и крепнут мышцы связки, замечается значительное увеличение объема мышц и соответственно увеличение мышечной силы. Но мускулатура семи-восьмилеток относительно еще слаба, в частности слабы мышцы спины, что при недостаточном физическом воспитании – может привести к плохой осанке у детей. В среднем школьном возрасте дети находятся в процессе полового созревания: это переходный, подростковый возраст. У подростков повышается рост мышечной силы. Значительный прирост мускульной силы падает примерно на 13-14 лет у девочек, и на 14-15 лет у мальчиков. Подросток

чувствует прилив у себя мышечной силы, но он нередко переоценивает свою выносливость. В этом возрасте наблюдается вместе с тем, известная неравномерность в развитии мускулатуры и костей, непропорциональность в развитии туловища и конечностей: подросток выглядит несколько худощавым; в своих движениях в начале переходного возраста более или менее угловат, не знает куда девать руки и т.п. В старшем школьном возрасте еще более усиливается мышечная система, повышаются мышечный тонус, двигательная активность и работоспособность организма. Тело школьника (как юноши, так и девушки) к 17-18 годам приобретают пропорции, которые уже типичны для взрослых. И становятся вполне готовым к трудовой деятельности [2, 3].

Физическое развитие, как состояние здоровья, так же как рождаемость, заболеваемость и детская смертность, отражает санитарное состояние детского коллектива. Поэтому, постоянное наблюдение за физическим развитием и состоянием здоровья детей и подростков, совершенно необходимо, так как позволяет своевременно наметить и осуществить ряд индивидуальных и массовых оздоровительных мер [4].

На сегодняшний день не сложно представить о процветающем экономике, что влечет за собой различные изменения во всех сферах деятельности человека, и люди из года в год становятся все более больными в результате неправильного подхода к своему здоровью [5].

По мнению Российских авторов НИИ Гигиены детей и подростков [6, 7] наивысшие приросты тотальных размеров и физиометрических показателей детей и подростков отмечены в 70-е годы, а начиная с 80-х годов отмечается уменьшение их функциональных показателей. Стабилизация показателей полового созревания и снижение морфологических показателей наблюдается с 90-х годов. В настоящее время наблюдается завершения процесса акселерации среди подростков и отмечается такое положение, как «грациализация» телосложения: уменьшение всех широтных и обхватных размеров тела. Видимо, это связано с тем, что различности степени действия факториальных признаков окружающей среды, оказывавшие



влияние на параметры физического развития детей и подростков в указанных годах.

Некоторые авторы доказывают разнонаправленное воздействие факторов окружающей среды с различной интенсивности. Так, например, высокая степень загрязнения атмосферного воздуха, вызывает замедление процессов роста и развития и при этом нарастания дисгармоничности физического развития наблюдается за счет повышения жиротложения, а при малой концентрации вредных факторов воздушной среды активизируют процессы акселерации [8].

Среди контингентах детей и подростков обследованных Атырауском регионе республики Казахстан, с напряженной эпидемиологической, экологической, социальной ситуацией, во всех возрастных группах зарегистрированы более низкие, по сравнению с общесоюзными, показатели физического развития (средняя длина тела детей старшего школьного возраста на 3,5-3,8 см, масса тела на 3,2 кг, окружность груди на 3,4 см ниже) [9].

В наших исследованиях последних лет получены сочетанное действие физических и химических факторов воздушной среды на состояние здоровья детей дошкольного возраста. По результатам работы доказано однонаправленные эффекты влияния городского транспортного шума и загрязнения атмосферного воздуха традиционными и специфическими загрязнителями на здоровье дошкольников [10].

В формировании здоровья детского населения немалое значение имеет социально-экономический фактор [11]. Во многих работах установлено, что чаще и длительно болеют дети, проживающие в плохих жилищных условиях, среди них все больше распространены такие заболевания как хронический тонзиллит, аллергические нарушения инервно-психические заболевания [6, 7].

Ряд социальных факторов воздействует на физическое развитие ребенка через состояние здоровья матери или общий ее жизненный тонус. Так, в показателях физического развития ребенка четко отражается рост матери, число беременностей, возраст матери [12-14], употребление алкоголя матерью, личная гигиена

ребенка, психологический микроклимат в семье, все виды семейного отдыха, занятия спортом [15].

Приоритетное влияние на развитие заболеваний современных школьников имеет экологический фактор (до 30%). Из них приходится 20% на загрязнение окружающей среды, а на природно-климатические условия 10%. При поступлении в школу социально-гигиенический фактор определяет 27,5% заболеваемости, а в конце обучения - 13,9% [6]. Поэтому число всего больных детей определяется социальными и биологическими факторами в большей степени, тогда как число случаев заболеваний социальными и антропогенными факторами [7, 16].

Таким образом, изучив научно-направленную литературу по данной проблеме, установили что, общее развитие антропометрических показателей детей и подростков школьного возраста подчиняясь общебиологическим закономерностям роста и развития, во многом зависит от правильности сочетанных действий различных внешних и внутренних факторов окружающей среды.

#### Литература:

1. Рохлов В.С., Сивоглазов В.И. Практикум по анатомии и физиологии человека. - М., АCADEMA. - 1999. - С.24-35.
2. Бунак В.В. Физическое развитие и соматические типы в период роста //Труды 4-й научн. конф.по возрастной морфологии, физиологии и биохимии. М., АПН РСФСР, 1960. - .27-35
3. Шапошников Е.А. Оценка физического развития; соразмерность морфологических и функциональных показателей детей и подростков. //Гигиенаи санитария – 1984. - №9. - С. 75-77.
4. Сухарев А.Г. Состояние здоровья школьников и факторы, его формирующие. // Гиг.и сан. – 1986. - №5. - С. 70-72.
5. Крылов В.М. Взаимосвязь двигательной активности и физического развития студентов специальных медицинских групп. // Научн. практ. конференция: «Проблемы физического воспитания школьников и студенческой молодежи». - Уфа, 1998. - с. 53-55.



6. Сердюковская Г.Н., Сухарев Л.М., Воронова Б.З. и др. Научно-исследовательская деятельность НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков в 1993-98 гг. //Гиг. и сан. – 1998. - №11. – С. 4-5
7. Кучма В.В. Оценка риска влияния факторов окружающей среды на здоровье детей //Гиг. и сан. – 2002. - № 6. – С. 51-53.
8. Leatherman Thomas R. Bruke. Socioeconomic change and patterns of growth in the Andes // Amer. J. Phys. Anthropol. — 1995, 97, №3, P. 307-321. — Англ.
9. Бекбосынов Т. К., Баймагамбетова МВ., Куандыкова Р.Ж., и др. Оценка физического развития детей и подростков в эпидемический неблагоприятном регионе Казахстана. // Гиг. и сан. - № 7, 8.- 1992. - С.50-51.
10. Досмухаметов А.Т. Гигиеническая оценка автомобильного транспорта, как фактора экологического риска в современном городе (на примере г. Алматы): Автореф. дис... канд. мед. наук.- Алматы, 2008.- 24 с.
11. Grimm H. Mutter — Kind — Korrelation in der Korperlichen Entwicklung // Lungendkd. 1980 Bd. №1 P.1-12.
12. Grauy M., Sullivan H. Growth of remoto Australian Fborigins from pirth to two year. // Ainer. Hum. Biol. 1989 vol. 16 №15 p.421-428.
13. Glinca I. Koepezgewichtzunahme bei Sanglingen vol Mitter-Flores von dez Geburt Bis rum 12/ Monat. Lh\ Morphol. Und Anthropol. 1973 bd.65.№2s.l86-191.
14. Sengurta N.K. A note on the survey and investigation on some phisical conditions and nutritional palterns in relation to the people in Singhdhum. //Man. India 1988 vol.68 №4 p.473-476.
15. Громбах СМ., Никитюк Г.Г\ Епископян Л.М., Комарова С.Г. Определение интегральных показателей соматического развития у мальчиков и девочек в возрасте 7-17 лет. //Гиг. и сан., 1985 №12 с.65-67.
16. Кутепов Е.Н., Гедылин М.Ю. Роль донозологической диагностики в проблеме профилактики //Материалы научной конференции. Ленинград, 1989,С.36-37.

---

## ТҰЖЫРЫМ

Мектеп оқушыларының дене бітімі дамуы жағдайына оларға әсер етуші әртүрлі факторларға қысқаша шолу жасалған.

## SUMMARY (for translation on angel language)

It is Organized short overview study condition physical development schoolboy and influencing upon them different factor.

---



## МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ КОМПЬЮТЕРЛІК ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ПАЙДАЛАНУ АРҚЫЛЫ ЖҮРГІЗІЛГЕН САБАҚТАРДАҒЫ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ МҮМКІНДІКТЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ СИПАТЫ.

*А.Р.Абзалиева. С.Ж.Асфендияров атындағы  
Қазақ Ұлттық Медицина университеті, Алматы қ.*

Кейінгі кездері электромагнитті сәулеленулердің орталық жүйке жүйесінің нашарлауына, эмоционалдық, вегетативтік пароксизмальдық бұзылыстарға әкелетін зиянды әсерлеріне байланысты сұрақтар өте жиі айтылуда, әсіресе персоналды компьютермен жұмыс істеуден болатын қауіпсіздікті сақтау мәселесі ерекше орында тұр (1).

Адамның белгілі іс әрекетке бейімделуі организмнің бейімделу механизмінің белсендірілуі арқылы жүреді. Бұл жағдай мектептік оқу орындарының оқу үрдісіне енгізіліп жатқан жаңа жүктемелерден басқа оқушылар организміне ақыл-ой, еркіндік, және интеллектуальдық жүктеме беретін компьютерлік техниканың кеңінен енгізілуіне байланысты ерекше орын алып отыр.

Мұнда, оқушының пәндерді жақсы меңгеруіне қажетті негізгі басты жағдайлардың бірі орталық жүйке жүйесінің функционалдық жағдайы болып табылады. Оқушыларға бірнеше сыртқы және ішкі факторлар қатар стресстік әсер еткенде, және олар тұрақты түрде болып, үнемі қатар келіп отырса, олардың организміне жалпы денсаулығына теріс әсері күшейе түседі.

Зерттеу жұмысы Алматы қаласы әртүрлі мектептік білім беру орындарында - жалпы білім беру мектептері (ЖБМ) мен жаңадан пайда болған мектептердің (ЖМ) оқу тәрбие үрдісі, оқу бағдарламасы, оқу жоспарымен танысып, сараптап, оқушылардың уақыт бюджетін ескеру арқылы жүргізілді.

Оқу жүктемесінің балалар организміне әсер етуіндегі ең басты мәселе сабақ кестесінің бұзылыстары - максималды рұқсат етілген апталық жүктеменің жоғарылауына, қиын және жеңіл саналатын сабақтарды және сабақтың статикалық, динамикалық компоненттерін дұрыс рационалды бөлмеу т.с.с. жағдайларға байланысты болды. Әсіресе оқу жүктемесі ЖМ оқушыларында жоғары болды (рұқсат етілген

мөлшерден 4-6 сағатқа дейін жоғарылаған). Сабақ кестесін құруда да ең көп бұзылыстар ЖМ байқалды  $51,8 \pm 3,0\%$ .

Оқушылар организмнің функционалдық жағдайына баға беру тәсілдерінің ішінде ең ақпаратты тәсіл В.Я. Анфимовтың түзету кестесінің көмегімен дозаланған түзету тапсырмаларын орындау болып табылады. (2,3).

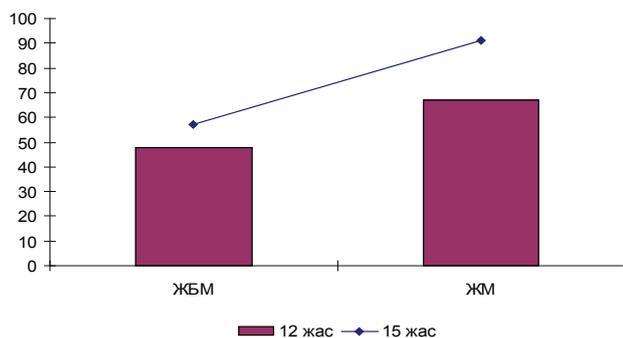
Әртүрлі мектептік білім беру орындарынан (ЖБМ және ЖМ) барлығы 12-15 жастағы 900 оқушы зерттелді, оның 453 – ЖБМ, 447 ЖМ. Оқушыларға арнаулы сұрақ жүргізу арқылы үйінде персоналды компьютері бар, компьютерлік ойындармен жиі айналысатын оқушылар таңдап алынды

Жұмыс нәтижесін зейін қою қарқынын (ЗҚ), яғни, қаралған әріптердің (ҚӘ) жалпы әріптер санынан (ЖӘС) пайыздық қатынасын анықтау арқылы бағаладық.

Зерттеу жұмысы оқу жылының басында (қыркүйек) және оқу жылының аяғында (мамыр), әдеттегі оқу сабағының басында және аяғында екі рет жүргізілді. Зерттелетін оқу күні ретінде - бейсенбі алынды. Жұмыс барысы түсіндірілгеннен кейін мектеп оқушыларына 2 минут ішінде орындалуы қажет тапсырма берілді.

Мұнда, әсіресе қызмет қабілетінің кешенді көрсеткішінің төмендеуі қажу үрдісінің көрнекілігін сипаттайды. Мысалы, барлық зерттелген мектептердегі, барлық жастардағы оқушылардың түзету сынамаларын орындау жылдамдығы оқу күнінің соңына қарай айқын төмендейтіндігі байқалды.

Салыстырмалы зерттеу нәтижесі (1 сурет) зерттеуге алынған контингенттерден ЖМ оқушыларында барлық жастарда (9,12,15 жастар) ЖБМ оқушыларымен салыстырғанда организмнің оқу күнінің басынан соңына қарай организмдегі қажу басталуының тереңдеуі және сонымен қатар, түзету тапсырмаларын



Сурет 1

12, 15 жастардағы оқушылардың қызметқабілетінің салыстырмалы көрсеткіші

орындау (таңдалған белгілердің орташа саны) жылдамдығы мен жұмысты орындау дәлдігінен қызметқабілетінің айқын төмен екендігі байқалады. Оқу жылының аяғында да ЖБМ оқушыларына карағанда қажу көріністерінде айқындық байқалады. Бұл негізінен ЖБМ оқу жүктемесіне карағанда аптасына 42 сағаттан аса жоғары жүктемеде өтетін сабақтар және оған қосымша компьютерлік сабақтарға жеке қызығыушылық жоғары болғандықтан оқушылар организмнің әртүрлі жүйелерінің зорығуы арқылы қалыптасатынын көрсететін сияқты. Мысалы, ЖБМ оқушыларының тапсырманы орындау жылдамдығы оқу жылының басынан соңына қарай төмендегенімен, ЖМ оқушыларының қызмет қабілетінің кешенді көрсеткішінен 12 жастағы оқушыларда 20%-ға, 15 жастағы оқушыларда 60%-ға жоғары болды.

ЖМ оқушыларының қызмет қабілетінің көрсеткіштері (12,15 жас) бірқатар нашарлығымен сипатталады (1 сурет). Оларда оқу күнінің соңында жұмыстың жылдамдығы мен дәлдігі төмендеп, қызметқабілетінің кешенді көрсеткіші 1,1-ден 1,5 дейін төмендейтіні айқын

көрініс берді. Бұл жағдай оқушылардағы оқу жылының аяғында күннен күнге қалыпына келуі қиындаған қажудың айқын көрінісін, күн тәртібін сақтамай, қосымша өз қалауы бойынша компьютерлік ойындармен айналысуынан болуы мүмкін деп ойлауға негіз берді.

Сөйтіп, 12- 15 жастағы оқушылардың психологиялық статусына баға беру нәтижесі, олардың осы жасына сәйкес психофизиологиялық ерекшеліктері барын және олардың компьютерлік жұмыстармен ары қарай барынша шұғылдануға жеке потенциалдық мүмкіндігін ескеру қажеттігін көрсетті. Сонымен қатар, бейімделудің бұзылыстары көбінесе орталық жүйке жүйесінің эмоционалдық сезімі жағынан болатындығын және бұл көрініс негізінен ЖМ 15 жастағы оқушыларында айқын байқалатынын көрсетті.

Әдебиеттер:

1. Шенцов А.А., Маркина Л.Д. Оценка и коррекция психофизиологических особенностей подростков на уроках информатики // Гиг. и сан. – 2008. - № 4. – С. 58-60
2. Кардашенко В.Н. Руководство к лабораторным занятиям по гигиене детей и подростков. – М.М., 1983.
3. Мусина А.А., Дюсембеков Р.В. и др. Оценка психофизиологического статуса юношей призывного возраста, Астана. 2007. – 44с.
4. Кутепов Е.Н., Варфоломеева И.В., Чарыева Ж.Г. Сравнительная оценка психодиагностических методик, применяемых при изучении психологического статуса населения // Гигиена и санитария. – 1999. – № 3. – С.68-70.
5. Большая энциклопедия психологических тестов // Москва, 2006. – С. 32-214.

## РЕЗЮМЕ

Изучено физическое здоровье (по методике Апанасенко) и адаптационный потенциал (по Баевскому) школьников, занимающихся работой за компьютером. Физическое здоровье характеризуется преимущественно «средним» и «низким» уровнем, причем с возрастом отмечается тенденция к его снижению. Выявлены напряжение механизмов адаптации у 75% детей (у мальчиков 15 лет до 81%). Низкий уровень физического здоровья и АП у 15-летних школьников может перейти в хроническое переутомление организма.



## SUMMARY

This article tells about of studying of physical health (by technique of Apanasenko) and adaptable potential (by of Baevsky) of pupils who were fond of computer work. Physical health is characterized basically by a «average» and «low» level, and the tendency to its decrease with the age's mark. There a pressure of adaptation mechanisms at 75 % of children (at boys of 15 years up to 81 %) are revealed. It's a very low menacing level of physical health and adaptable potential at 15 age of pupil specifies a condition of chronic overfatigue of an organism.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ВОДЫ РЕКИ СЫРДАРЬИ В ПРЕДЕЛАХ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ.

*А.С.Кулимбетов.*

*Казахский Национальный медицинский университет  
им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы*

**Введение.** В регионе Кызылординской области основными экологическими факторами, оказывающими влияние на формирование здоровья населения, кроме климато-географических, является состояние водообеспечения, водопотребление и качество открытых и подземных водоисточников.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ данных официальной статистики по Республике Казахстан за период 2005-2009 годы о состоянии основных открытых водоисточников Кызылординской области.

Основными открытыми водоисточниками Кызылординской области являются река Сырдарья и Аральское море. Интенсивное использование р.Сырдарьи для орошения, а также снижение объема речного стока в Аральское море и усыхание региона, привело к ухудшению санитарно-эпидемиологической обстановки в Кызылординской области. Она усугубляется еще тем, что при низком санитарном благоустройстве населенных мест, отсутствии очистки сточных вод, в том числе коллекторно-дренажных вод, речная вода имеет высокую загрязненность по химическим и бактериологическим показателям, высокую минерализацию и общую жесткость [1-2].

В результате создания 16 водохранилищ

на р.Сырдарье резко сократился расход воды в 10-12 раз и составляет 6-7 км<sup>3</sup>. Русло реки прерывается многочисленными перемычками, в результате чего вода совершенно не доходит до Аральского моря.

По данным ранее проведенных исследований установлено, что минерализация в реке у г.Кызылорды увеличилась с 500 до 1800 мг/л. Содержание хлоридов с 40 до 220 мг/л, сульфатов – со 140 до 780 мг/л, жесткость – с 5 до 14 мг-экв./л. [3,4]

Снижение скорости течения и турбулентной диффузии речной воды азотом и фосфором, являющимися биогенными элементами, также способствует развитию трофности водоема, росту водной растительности и органических веществ.

По мере продвижения речной воды в пределах области также ухудшилась самоочищающая способность водоема, увеличилась минерализация. Так окисляемость увеличилась с 2,5 мг/л (у входа в Кызылординскую область) до 7,0 мг/л (у входа в Аральское море), содержание азота аммиака с 0,02 до 1,2 мг/л, нитритов – 0,01 до 1,5 мг/л, нитратов – 1,5 до 7,0 мг/л, минерализация увеличилась с 1550 до 2500 мг/л. Расход воды уменьшился с 800 – 1000 до 120 м<sup>3</sup>/сек. В речной и питьевой воде постоянно



выделяются возбудители дизентерии, брюшного тифа, сальмонеллеза. Усилились процессы континентального засоления подземных вод, особенно в Аральском и Казалинском районах, где минерализация воды достигла 2300-3700 мг/л.[5].

Поступающие с хлопковых полей верховья реки сточные воды загрязняют речные воды ядохимикатами. В той связи в мышцах и печени рыб обнаруживаются значительные содержания ядохимикатов [6.7].

Одним из важнейших источников воды в регионе являются дельтовые озера, часто называемые «рыболовными озерами», они имеют множество других предназначений: бытовое водоснабжение, животноводческое, питание природных комплексов, источником камыша и др. Их общая площадь в 1999 году составляла 43 тыс.га.

В дополнение к «рыболовным озерам», в районе дельты существует ряд «рыболовных предприятий» с общей площадью 4,260 га. Некоторые из этих предприятий выращивают рыбу до больших размеров, другие только производят мальков карпа для зарыбления озер, права на использование которых переданы в частную собственность.

В связи с интенсивным развитием ирригации в бассейне и строительстве большого количества водохранилищ, сток в низовье резко сократился. В бассейне р.Сырдарья имеется широкая

система оросительных каналов и дренажных коллекторов, выпускающих часть возвратного потока в Сырдарью и ее протоки. С 60-х годов, в связи со значительной зарегулированностью стока из-за поступления сточных и возвратных вод гидрохимические характеристики стока существенно изменились.

До зарегулирования и широкого использования стока реки минерализация воды в низовьях колебалась незначительно, и изменение водности реки слабо сказывалось на минерализации. Содержание солей в речной воде составляло 500-600мг/л (общие растворимые вещества) и по химическому составу вода была гидрокарбонатно-кальциевой. Интенсификация орошаемого земледелия в 60-х годах привело к росту минерализации воды до 800 мг/л. Строительство Чардаринского водохранилища, новых оросительных систем и маловодье периодов 1974-1977 и 1983-1987 гг. еще больше обострили экологическую ситуацию и привели к дальнейшему повышению минерализации, значения которой в отдельные сроки наблюдений у г.Кызылорды превышали 2000 мг/л, а в устье 2800 мг/л. Среднегодовые показатели минерализации хотя и смягчают повышенный в летне-осеннюю межень уровень солености воды, все-таки указывают на высокую минерализацию речной воды вследствие сброса коллекторно-дренажных вод (табл.1).

Таблица 1. Показатели среднегодовой минерализации р.Сырдарья данным Кызылординской областной санитарно-эпидемиологической экспертизы (2005-2009 гг.).

годы	Минерализация воды по гидростам мг/л				
	Жанакорган	Кызылорда	Жосалы	Казалинск	Аманоткель
2005	890,0	322,0	1498,0	1560,0	1450,0
2006	883,0	925,0	1510,0	1544,0	1690,0
2007	762,0	1030,0	1050,0	1492,0	1330,0
2008	819,0	1030,0	1606,5	1527,0	944,2
2009	1216,0	1271,3	1450,0	1452,0	1680,0

Как видно из данных таблицы 1. по мере протекания р.Сырдарья по территории Кызылординской области, общая минерализация ее резко увеличивается вследствие сброса коллекторно-дренажных вод с рисовых полей. Так, если общая минерализация воды р.Сырдарья

в Жанакорганском районе в 2005 году составляло 890 мг/л, в Кармакшинском районе в 2005 году составляла – 1498 мг/л., в Казалинском районе – 1560 мг/л., в Аральском районе – 1450 мг/л. В тоже время вода р.Сырдарья, протекающая по территории Жанакорганского района, в 2009



году имела общую минерализацию 1216 мг/л и возрасла на 36,6%, по сравнению с 2005 годом. В районе Аманоткеля общая минерализация воды возрасла в 1,2 раза. В целом, общая минерализация воды р.Сырдарья, протекающей по Кызылординской области, увеличилась в 2005 году на 62,9%, в 2006 году – на 91,3%, 2007 году – 67,9%, в 2008 году – на 19,2% м в 2009 году на 38,1%.

На территории области изменяется химический состав веществ, содержащих в воде р.Сырдарья. Так, в 2009 году жесткость воды на территории Аральского района возрасла в 2,3 раза, хлоридов – в 2,3 раза, сульфатов – в 2,9 раза и нитратов – в 3,2 раза, при этом содержание кальция увеличилась на 62,1%, магния на 47,2%, по сравнению с Жанакорганским районом.

В пределах Кызылординской области р.Сырдарья осуществляются сбросы высокоминерализованных, содержащих пестициды, коллекторно-дренажных вод. В связи с постоянным фоновым загрязнением Шардаринского водохранилища и р. Сырдарья ядохимикатами, идет интенсивное накопление их в планктоне, рыбе. При этом концентрация этих веществ в тканях и органах гидробионтов в среднем один-два порядка выше на каждой трофической ступени. Так, у рыб накопление хлорорганических соединений происходит в таких концентрациях, которые могут повлечь прямую их гибель. В этой связи в водохранилище и сбросных каналах, как правило, гибель рыбы отмечается в период нереста.

Более подробная информация о состоянии здоровья взрослых и детей Приаралья представлены нами в предыдущих исследованиях [8,9,10].

Результаты. По данным официальной статистики заболеваемость сельского населения Кызылординской области в 2008 году занимает первое место по республике 68494,6, когда средний республиканский показатель – 45361,5. А болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного статуса превышает республиканский показатель в 3 раза – соответственно 7439,5 и 2472,6. Болезни уха и сосцевидного отростка у сельских жителей превышает республиканский показатель почти на 2 раза, соответственно 2278,0 и 1183,4 [11].

Таким образом, на основании данных официальной статистики можно сделать следующие заключения: Загрязнение поверхностных вод, недостаток воды влечет за собой исчезновение рыболоводства, ведет к опустыниванию все больших территории, снижению площадей орошения и сельскохозяйственной производительности, разрушению природных пастбищ, снижению относительной влажности воздуха, и, следовательно, увеличения испарения и температуры на фоне высокой концентрации пыли, солей и загрязняющих веществ, распространяемых ветром, побочно влияют на здоровье населения (растущие показатели смертности, стоимости медицинского обслуживания), экономику и занятости (эмиграция и опустынивание). Все это отрицательно сказывается на здоровье населения о чем свидетельствует показатели заболеваемости

#### Литература:

1. Сырдария өзенінің төменгі бөлігінің шөлге айналу процестерінің халықты ауыз сумен қамтамасыз ету мен денсаулық жағдайына әсерлері. М.ғ.к., облыстық санэпидстанция – Жұбатқанов М.А. // Арал аймағының медициналық өзекті мәселелері (медицина ғылымының кандидаттары Т.М. Маханов және Д.Е. Генистің редакциялық басқаруымен), Кызылорда қаласы, 1994 жыл. – 36-39 б.
2. Калиева Ф.И. Гигиеническая оценка влияния новых пестицидов, применяемых при выращивании риса, на объекты окружающей среды и организм человека // Автореферат дисс. канд.биол.наук. Алматы, 2009. – С.25.
3. Жакашов Н.Ж., Калженов Т.К. Эколого-гигиеническая характеристика промышленных центров республики Казахстан. // Проблемы экологической медицины (материалы конференции), часть-I, Алма-Ата – 1993. – с.93-96.
4. Белоног А.А. . Влияние некачественной питьевой воды на состояние здоровья населения // Экология и устойчивое развитие, 2001, №9, С.11-14.
5. Мажитова З.Х. Методология комплексного обследования здоровья детей при загрязнении окружающей среды. // Актуальные проблемы



здоровья детей. Сб. научн. трудов, посв. 75-летию Научн. центра педиатрии и детской хирургии. – Алматы. – 2007. – С.141-144.

6. Берденқұлова А.Ж. Арал өңірінің түрлі су көздері мен топырақтың ластану деңгейі және оның аймақ тұрғындарының тиреоидты жүйесінің функциялық белсенділігімен түйісуі. Дисс. ... биол. ғыл. Канд. 03.00.16 – экология, Алматы, 2008, 105 бет.

7. Кольбай И.С., Ибадуллаева С.Ж. Влияние экофакторов Приаралья на состояние кардиореспираторной системы у жителей региона // Вестник КазГУ. Сер.экол. -2001, -№ 3 (8). – С.16-20.

8. Жайсақова Д.Е., Күлімбетов А.С. Экологиялық аймақтағы оториноларингологиялық аурушандықты талдау. // Тез. докл. Респ. Научно - практ. конф.

оторинолар. Оториноларингология және Бас, Мойын Хирургиясы №3 г. Астана, 2007, -С.73-74

9. Кулиббетов А.С. Эпидемиологические аспекты изучения заболеваний ЛОР-органов у детей в экологически неблагоприятном регионе Казахстана. // Мат. XII Междунар. научн. конф. 29 апреля-07 мая 2008 г. Эйлат, Израиль. – С390-393.

10. Күлімбетов А.С.. Қызылорда өңіріндегі аурушандықтың көрсеткіштері. // Ж.Оториноларингология, Бас, Мойын Хирургиясы, 2008, №3, 38 бет.

11. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2008 году (статистический сборник), Астана, 2009

---

## ТҰЖЫРЫМ

Қызылорда облысы аймағында салауатты өмір салтын қалыптастыруға әсер ететін негізгі экологиялық факторлар климаттық-географиялықтан басқа сумен қамтамасыз ету, суды қолдану мен қатар ашық су көздері және жер асты судың сапасы болып табылады. Сырдария өзені бассейнінің жағдайымен танысып, ол территория жалғыз экологиялық емес, тіпті экономикалық кризиске ұшырағандығы анықталды.

## SUMMARY

In the region of Kyzylorda oblast main environmental factors influencing the development of public health, besides climatic and geographical ones, are the state of water supply, water consumption and quality of surface and underground water sources.

Following examination of the situation at the Syrdarya river basin, it was found that the area in general suffers from both an environmental and economic crisis.

---

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА АКТАУСКАЯ ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1.

*О.Т.Жумалиева. Актауская городская поликлиника №1, г.Ақтау*

Рост показателей распространенности, (ССЗ) актуален во всем мире, что обуславливает инвалидности и смертности населения активную позицию медицины в этом вследствие сердечно-сосудистых заболеваний направлении.



По данным ВОЗ, ежегодно от БСК умирают более 16 млн. человек. При этом более половины из них умирают от ИБС и мозгового инсульта. Прогнозные оценки свидетельствуют о том, что при сохранении нынешнего темпа роста смертности от БСК к 2020 г. данный показатель во всем мире может достигнуть 25 млн. человек в год.

Показатель преждевременной смертности населения вследствие ССЗ (в возрасте 0-64 года) в Казахстане по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2006 года, является вторым по величине среди стран Европейского региона, и почти в 5-6 раз выше среднего уровня в странах Западной Европы.

В структуре причин смертности населения в Казахстане также на первом месте стоит смертность от болезней системы кровообращения. В 2008 году по итогам 11 месяцев 2008 г. смертность от ССЗ составила 8926,6 на 100 000 – 50,2% от общей смертности населения.

Заболеваемость населения Казахстана болезнями системы кровообращения (БСК) за последние 10 лет выросла в 1,7 раза. В структуре причин смертности населения также на первом месте стоит смертность от болезней системы кровообращения. В 2008 году по итогам 11 месяцев 2008 г. смертность от ССЗ составила 8926,6 на 100 000 – 50,2% от общей смертности населения.

Особую тревогу вызывает распространение артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) среди трудоспособного населения, ранняя инвалидизация и снижение продолжительности жизни.

Научной концепцией предупреждения ССЗ является концепция факторов риска. Несмотря на то, что причины возникновения ССЗ пока полностью неясны, но благодаря экспериментальным, клиническим и эпидемиологическим исследованиям были выявлены факторы риска, под которыми понимают характеристики, способствующие развитию и прогрессированию заболеваний. Обычно это поддающиеся изменению биологические характеристики (повышенные уровни в крови отдельных липидов, глюкозы, артериального давления), неблагоприятное

состояние окружающей среды, особенности образа жизни (курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем).

Пол, возраст и некоторые генетические характеристики также могут быть факторами риска, но они не поддаются изменениям и используются в основном при прогнозировании возникновения заболевания.

Фактор риска может быть причинно связан с развитием заболевания или вызывать заболевание через влияние на другие детерминанты.

Благодаря проспективным исследованиям разработаны прогностические коэффициенты, позволяющие на основании уровня факторов риска определять риск заболеваемости и смертности от ССЗ на 5-10 лет вперед для больших популяций (город, область, страна). Это дает возможность мониторить эпидемиологическую ситуацию в отношении ССЗ среди определенных контингентов населения, сравнивать разные группы населения между собой, оценивать эффективность профилактических программ, своевременно вносить необходимые изменения в профилактические мероприятия.

В настоящее время используются две стратегии профилактики ССЗ, основанные на концепции факторов риска.

1. Популяционная, массовой профилактики, направленная на изменение образа жизни и окружающей среды большого контингента населения с целью оздоровления образа жизни и предотвращения появления или снижения уровня факторов риска ССЗ. Важную роль в этой стратегии играют общегосударственные мероприятия, однако инициаторами и «катализаторами» данной стратегии должны быть медицинские работники.

2. Высокого риска, направленная на выявление людей высокого риска развития ИБС для последующего его снижения с помощью профилактических мероприятий. Эта стратегия в большей степени доступна врачам и может быть успешно использована и в поликлинической работе.

Эти две стратегии не должны противопоставляться, они взаимно дополняют друг друга, и наибольших успехов в



профилактике ССЗ можно достигнуть, лишь объединив обе стратегии.

Приоритетность профилактического направления в организациях медицинской помощи населению подтверждают результаты анализа деятельности различных форм первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в ведущих странах мира. Эксперты ВОЗ считают профилактику через первичное здравоохранение важнейшим направлением деятельности (1). В Казахстане также профилактика ССЗ признана одним из приоритетных направлений деятельности организаций ПМСП. В этой связи Правительство РК издало постановление № 102 от 13.02.2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007 – 2020 годы» (далее Постановление).

В соответствии с пунктом 9 плана мероприятий Постановления издан приказ МЗ РК от 15 октября 2007 года №607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения». Данный приказ направлен на раннее выявление АГ и ИБС посредством проведения скрининговых обследований среди лиц, достигших 18 лет, и с 25 до 65 лет с интервалом 1 раз в 5 лет. Данное исследование проводится в 3 этапа.

Эпидемиологическое скрининговое исследование, проведенное согласно данному приказу, в ГП №1 г. Актау, показало, что если в 2008 году было обследовано 7971 человека в возрасте 18 лет и старше, в т.ч. женщин 4048 (94 %) , мужчин 3923 (94%), то по сравнению с прошлым годом, только за первое полугодие 2009 года было обследовано 6333 человек в возрасте 18 лет и старше, в т.ч. женщин 3457 (63 %) , мужчин 2876 (90 %).

Анализ результатов проведенных профилактических медицинских осмотров путем скрининговых обследований свидетельствует о том, что в 1 полугодии 2009 г. выявлено в 3 раза больше больных с БСК (7,9%), чем в 2008 г. (2,63%). Если в 2008 г. из 167 (2,52%) осмотренных больных, состоящих на диспансерном учете, вновь взятые составили 80 (1,2%), то в 1 полугодии 2009 г. данные показатели были в 2,8 раза выше (диспансерных больных – 7,07%, вновь взятых – 2,51% соответственно).

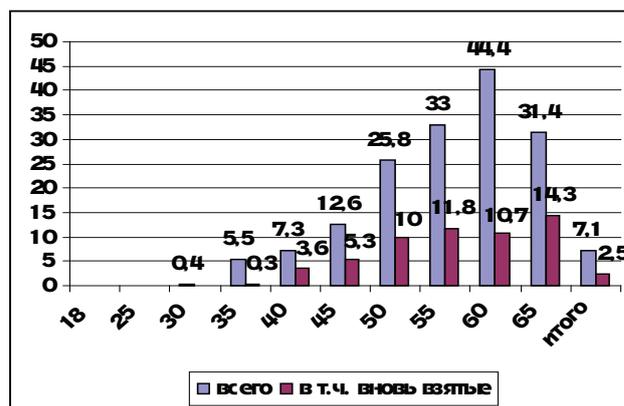


Рисунок 1 – Распределение диспансерных больных с болезнями системы кровообращения в зависимости от возраста

Результаты скринингового исследования пациентов с БСК показали, что по мере увеличения возраста количество впервые выявленных больных БСК учащается в 2 раза.

В целях реализации пункта 10. плана мероприятий, Постановления Правительства № 102 от 13.02.2007 года «Об утверждении Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в РК на 2007–2020 годы» Министерством здравоохранения РК издан также приказ № 376 «Об утверждении Перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание отпускаются бесплатно или на льготных условиях.», который предусматривает обеспечение больных с АГ и ИБС лекарственными средствами на льготных условиях. В соответствии с данным приказом, выявленным больным с БСК были проведены оздоровительные мероприятия. Если в 2008 году было оздоровлено только 50% из выявленных больных, то за 1 полугодие 2009 г. данный показатель улучшился на 27,1% (77,06%).

Внедрение алгоритмов раннего выявления заболеваний и школ здоровья для пациентов с АГ, ИБС в реальную практику позволило уже в течение полугодия получить определенную медицинскую и социально-экономическую эффективность этой новой организационно-функциональной модели профилактической деятельности.

Медико-социальная эффективность состоит в том, что существенно изменились



установки пациентов и отношение к здоровью: улучшилась мотивация больных на выполнение профилактических рекомендаций, изменилось отношение к медицинским рекомендациям, до 80%. Повысилась осведомленность населения по факторам риска и профилактике заболеваний и его последствиях до 84,4%.

В результате обучения профилактике улучшилась санитарная грамотность населения.

Таким образом, при полном осуществлении всех пунктов рассматриваемого постановления Правительства можно будет наблюдать снижение симптомов болезней ССС, увеличение удельного веса среди пациентов лиц с нормальными показателями АД, улучшение

санитарной грамотности среди популяции, что приведет в итоге к снижению смертности населения республики от БСК.

#### Литература:

1. Профилактика через первичное здравоохранение. Рекомендации для улучшения качества работы. СИНДИ. ВОЗ, Европейское региональное бюро.- Копенгаген.-1995.

2. Беркинбаев С.Ф., Абдикалиев Н.А., Ошабаев К.П. Перспективы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан// Терапевтический вестник.-2008.-№3.-С.7-11.

3. Новости здравоохранения № 9-10 (43-44) 30 мая 2009 г.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ. ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 1 Г. АКТАУ.

*К.К.Куракбаев, О.Т.Жумалиева, С.А.Бокаева, А.О.Акмуханов.  
Актауская городская поликлиника №1, г.Ақтау.  
Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

В условиях проводимой в последние годы в Республике в рамках подписанной 13.09.2004 г Указом Главы Государства об утверждении государственной программы реформирования и развития здравоохранения Р.К на 2005 – 2010 года реструктуризации медицинской помощи возникла необходимость расширения использования в амбулаторно-поликлинических учреждениях стационарзамещающих технологий, так как переход здравоохранения на интенсивные модели развития возможен при условии эффективного использования имеющегося материального, финансового, кадрового потенциала. Одним из путей повышения эффективности работы лечебно – профилактического учреждения является уменьшение объема стационарной помощи за счет перераспределения объемов оказываемой медицинской помощи с дорогостоящей стационарной на амбулаторно-поликлиническую с использованием

стационарзамещающих форм и внедрения малозатратных, но эффективных технологий.

В 2005 году на основании приказа №840 от 14.12.2003 года « О развитии стационарзамещающей медицинской помощи» был организован дневной стационар.

ГККП «Актауская городская поликлиника №1 построена по типовому проекту в 1967 году, расположена в 7 микрорайоне города Актау. Плановая мощность 750 посещений в смену. Поликлиника оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому населению в виде:

1. первично медико – санитарно помощи
2. квалифицированной помощи, специализированной помощи
3. стационарзамещающей помощи.

Численность обслуживаемого населения составляет:

2006 год	2007 год	2008 год
70497	78901	85651



Стационар общепрофильный, развернут на 30 коек (20 терапевтических и 10 гинекологических). В отделении терапевтического профиля имеются 6 палат, в гинекологии 2 палаты. Каждая палата оснащена медицинскими кроватями с прикроватными тумбами; согласно требованиям СЭС – установлены умывальники. Цель дневного стационара снизить нагрузку с больниц, оказывать помощь для хронических больных и всем тем кто нуждается в квалифицированной медицинской помощи, но в состоянии передвигаться самостоятельно.

Стационарзамещающее отделение играет большую роль в оздоровлении населения и выполняет следующие задачи: оказание

квалифицированной и специализированной медицинской помощи, медицинская помощь больным не требующим круглосуточного наблюдения, разгрузка общей стационарной сети, получение лечения больными без отрыва от производства.

Лекарственное обеспечение осуществляется согласно приказу МЗ РК за №883 «Об утверждении списка основных лекарственных средств» и приказа №716 от 04.12.2007 года «О внесении изменений и дополнении к приказу №883».

#### Материалы и методы

Для оценки работы дневного стационара были взяты конъюнктурные отчеты за период 2006 – 2008 год.

Таблица № 1. Анализ деятельности дневного стационара г. Актау.

Классы болезней	2006			2007			2008		
	Количество больных	Уровень Госпитализации %	Структура в %	Количество больных	Уровень Госпитализации %	Структура в %	Количество больных	Уровень Госпитализации %	Структура в %
Всего	2183	2,9	99,5	3405	4,1	99,4	3255	3,7	99,4
Болезни системы кровообращения	478	0,7	21,8	428	0,5	12,5	457	0,5	14
Болезни органов дыхания	169	0,2	7,7	318	0,4	9,3	265	0,3	8,1
Болезни органов пищеварения	196	0,2	8,9	323	0,4	9,4	236	0,3	7,2
Нервные болезни				455	0,6	13,3	217	0,2	6,6
Болезни крови	88	0,1	4	72	0	2,1	103	0,1	3,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	135	0,2	6,1	156	0,2	4,5	200	0,2	6,1
Болезни мочеполовой системы	76	0,1	3,4	118	0,1	3,4	123	0,1	3,7
Эндокринные заболевания	105	0,1	4,8	129	0,1	3,7	166	0,2	5
Беременность, роды и послеродовый период	811	1,2	37,1	1235	1,6	36,2	1242	1,5	38,1
Прочие болезни	125	0,1	5,7	171	0,2	5	246	0,3	7,5



Для анализа и статистической обработки использовались стандартные методы с применением критериев Стьюдента.

Результаты и обсуждения.

Анализ конъюнктурного отчета показал следующее:

По данным статистики 2006 года наибольшее количество данных пришлось на долю беременности, роды и послеродовой период: беременные 533, из них анемия 1,2,3 степени 176, угроза прерывания беременности 116, токсикоз 1ой половины беременности 76, вызванные беременностью отеки 8, гестационный пиелонефрит 19, резус отрицательный 14, ФПН 18, многоводие 29, маловодие 7, СЗРП 8, внутри утробная гипоксия плода 62, гинекология 232, после родовой реабилитации 46, сердечно-сосудистой патологии из них ишемическая болезнь сердца 248, артериальная гипертензия 184, острая нарушения мозгового кровообращения 46, а также отмечается нарастание болезней органов пищеварения из них язва желудка и 12 перстной кишки 15, гастрит и дуоденит 75, хронический гепатит 11, желчнокаменная болезнь, хронический холецистит 54, другие хронические панкреатиты 41.

В 2007 году беременность, роды и послеродовой период: беременные 924, из них анемия 1,2,3 степени 380, угроза прерывания беременности 246, токсикоз 1 половина беременности 87, вызванные берем. отеки 10, гестационный пиелонефрит 22, резус отрицательный 16, ФПН 25, многоводие 39, маловодие 11, СЗРП 10, внутри утробная

гипоксия плода 78, гинекология 260, после родовой реабилитации 51, сердечно-сосудистой патологии из них ишемическая болезнь сердца 230, артериальная гипертензия 175, острая нарушения мозгового кровообращения 23, а также отмечается нарастание болезней органов пищеварения из них язва желудка и 12 перстной кишки 20, гастрит и дуоденит 134, хронический гепатит 21, желчнокаменная болезнь, хронический холецистит 81, другие хронические панкреатиты 67.

В 2008 году также отмечается рост указанных патологии, что связано с влиянием психоэмоциональных, экологических, социальных факторов, а также с вредными привычками, такими как курение, употребление спиртных напитков, малоподвижный образ жизни, не соблюдение диеты.

#### Литература.

1. Ахметов И. Ш. «Стационар на дому и дневной стационар в многопрофильной больнице.» Здравоохранение Казахстана. – 1989г.

2. Куракбаев К.К., Альменов С. Т. «Некоторые вопросы внедрения стационарозамещающих технологии.» Центрально – Азиатский научно – практический журнал по общественному здравоохранению. 2006 г № 2,3.

3. Альменов Сергазы Туймебаевич «Использование стационарозамещающих технологий в организации медицинской помощи сельскому населению» Автореферат дис.канд. – Алматы 2009 г

---

## БӨРТПЕ СҮЗЕКТІ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ.

*Қ.Н.Нәбенов, Ж.Е. Құрманбаева, И.К.Кобдикова. С.Ж.Асфендияров атындағы  
Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.*

Биттер бөртпе сүзек және қайталамалы сүзек, окоп қызбасы, эндемиялық бүрге сүзегін, солтүстік азиялық кене риккетсиозын, марсель қызбасының қоздырғыштарын тасымалдап, таратады. Биттеу немесе педикулез – қанмен

қоректенетін биттердің адам денесінде көбеюі (1,2,3). Адамның денесінде, сырт және іш киімдері мен басқа да заттарында биттің болуы жанұяда, ұжымда санитарлық-гигиеналық жағдайдың нашарлығын көрсетеді. Халық



№1 Кесте. Халық арасында битке тексеру:

<b>Битке тексерілетіндер</b>	<b>Битке тексеру жиілігі</b>	<b>Битке тексеруші</b>
Жалпы білім беретін мектептер мен кәсіптік техникалық лицей оқушылары	Жылына 4 рет каникулдан кейін және ай сайын кейбіреулерін	Мекеме медицина қызметкерлері, оқытушылар
Мектеп-интернат оқушылары, балалар үйі мен бөбектер үйіндегі балалар	Апта сайын	Мекеме медицина қызметкерлері, кейде тәрбиешілер
Жазғы мектеп лагеріне, еңбек және демалу лагеріне баратындарды, құрылыс отрядының оқушылары мен студенттері	Лагерге бармастан бұрын және лагерде болған уақыттарда	Тұрған жеріндегі медицина қызметкерлері, лагерь медицина қызметкерлері
Мектепке дейінгі мекемелерге баратын балалар	Күн сайын	Мекеме медицина қызметкерлері
Меншіктілігіне қарамастан өнеркәсіп, мал, ауыл шаруашылығы, базар және т.б. мекеме қызметкерлері	Жылына 1-2 рет медициналық тексеру кезінде	Емхана, медициналық - санитарлық бөлімнің медицина қызметкерлері
Мүгедектер мен қариялар үйінде тұратындар	Айына 1-2 рет	Мекеме медицина қызметкерлері
Жатақханада тұратын адамдар	Жатақханаға алғашқы қоныстанғанда, әрі қарай	медицина қызметкерлері, комендант, тәрбиешілер



арасында биттерді анықтап, әр уақытта битті болдырмау шараларын жүргізу, аталған ауруларды болдырмаудың кепілі (4).

Адамдарда биттің ұялайтын жерлерін тексеру:

1. Самай және желке шашты битке тексеру
2. Сырт, іш киімдердің тігістерін, жаға, ышқыр тігістерін битке тексеру

Биттің бар екендігін анықтаған жағдайдағы жүргізілетін шаралар:

1. Телефон арқылы санэпидстанцияға немесе дезстанцияға хабарлайды
2. № 089/е формадағы жедел хабарлама беріледі
3. № 523/е формадағы жұқпалы ауруларды есепке алу журналына тіркеледі
4. Биттерді өлтіру шаралары жүргізіледі
5. Биттеу ошағын бақылау 1 ай бойы жүргізіліп, әр 10 күн сайын битке тексеріледі
6. Алдын алу шаралары жүргізіледі
7. Биттеу ошағын үш рет тексергенде, бит табылмаса, санэпидстанция немесе дезстанцияның қортындысы бойынша ошақ жойылған болып есептеледі

Биттер мен сіркені жою әдістері:

- Дененің шашты (түкті) бөлігінің биттеуінде:

1. Мыналардың біреуін 20-30 мин. жағып қою:
  - а. Карбофос эмульсиясын (0,15 % ертіндісі);
  - б. Бензил-бензоат суспензиясы 20% су-сабыны;
  - в. 10% сабынды-керосин эмульсиясы, содан кейін ағын сумен шаю.
2. Сіркені түсіру үшін шашты сірке қышқылының 6-10% ертіндісімен шаю
3. Сумен шаю
4. Тісі жиі тарақпен тарау.
  - Іш киімде бит табылған жағдайда, келесі ертінділердің біріне салып қою керек:

1. Натрий карбонатының 1-2% ертіндісінде 15 мин. қайнату;

2. мына ертіндінің біріне 20-30 мин. бойы батырып қойып, кейін жуу керек:

- а) 0,15 % карбофос ертіндісінде;
- б) 5-10% лизол ертіндісінде;
- в) 10% сабынды-керосинды эмульсияда.

3. Матрац, сырт киім, жастықты камералық дезинсекцияға температурасы 80-110°C-қа 30-40 мин. бойы ұстайды

4. Бөлмені төмендегілердің бірімен өңдейді:
- а) лизолдың 5-8% ертіндісімен;
  - б) сабынды-керосинды 10% эмульсиямен;
  - в) карбофостың 1-2% эмульсиясымен.

Әрбір 1 кв. м-ге 200-300 мл ертінді жұмсалады.

Дезинфекциялық камералар болмаған жағдайда, киімдерді қайнатады немесе ыстық үтекпен үтектейді, немесе дуст ГЦХГ, ДДВФ, карбофос қолданады.

Халық арасындағы бөртпе сүзек ауруының алдын алу:

- Жеке бас гигиенасын сақтау;
- Кем дегенде 7-10 күнде 1 рет моншаға жуынып және барлық киімдерін ауыстыру керек;
- Халықты биттеуге тексеру.

#### Әдебиеттер:

1. В.А.Кипайкин. Дезинфектология. Ростов н/Д: Феникс, 2003, - 448с.
2. В.В.Шкарин. Дезинфекция. Дезинсекция. Дератизация. Н.Новгород. Изд-во НГМА, 2006, -580 с.
3. Практическая паразитология. Под ред. Д.В. Виноградова-Волжинского. Л., «Медицина», 1977 г., 304 с.
4. Приказ № 236 от 11.03.2004 г. «Об усилении мероприятий по сыпному тифу и болезни Брилла в РК»

---

#### РЕЗЮМЕ

Изложены способы осмотра населения на педикулез, основные меры уничтожения вшей и профилактика сыпного тифа.

#### SUMMARY

In the article ways of population examination for pediculosis and basic actions for lice destruction and typhus prevention are presented.

---



## ЕЛДІ МЕКЕНДЕРДЕ КЕМІРГІШТЕРМЕН КҮРЕСУ ШАРАЛАРЫ.

*Қ.Н.Нәбенов, И.Қ.Кобдикова, Ж.Е.Құрманбаева.*

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті*

Адамзат өмір бойы өзімен бірге өмір сүрген кеміргіштер: тышқандар мен егеуқұйрықтардан көп зардап шеккен. Алғашқы қауымда өмір сүрген адамдардың тұрағының қазбаларынан тышқандардың сүйектері табылған. Оларды жою жұмыстары қаншама жүргізілгенімен осы кезге дейін адамдарға үлкен зиян келтіруде. Кеміргіштер адам тұратын жерлерге келіп ұялайды, әсіресе ескі, ағаш үйлермен қатар көп қабатты жаңа үйлерге канализация түтігі, көтерілу баспалдақтары арқылы көтеріледі, ал жәшік, контейнерлер, қаптар мен қораптар арқылы азық-түлік, көкөніс қоймаларына, өндіріс және мал шаруашылығы нысандарына, гараждарға, қоқыстары көп жерлерге тарайды, өсімдік және жануартекті тағамдармен қоректенеді, оның ішінде жаңадан дайындалып әкелінген тағамдарды жақсы жейді. Сондықтан оларды құртуға қолайлы жемтік таңдауды қиындатады.(1)

Ғалымдардың пайымдауынша, кеміргіштер тағамдарды жеп қоймай, жегенінен екі есе дейін, ал көкөніс қоймаларында 20% дейін ластайды. Мысалға бір сұр егеуқұйрық жылына 25-30 кг., үй тышқаны 5-7 кг азық-түлікке шығын келтіреді, ал электростанцияларда, үлкен телемұнараларда, аэродромдарда кеміргіштер электр жүйесін тұйықтау нәтижесінде өрт шығып, адам өліміне соқтырады, одан басқа қораптарды, резиналарды, сымдарды, оның сыртқы қорғасынмен қапталған қабатын кеміреді, сондықтан соңғы кездерде кабель сымдарының сыртын қатты болатпен қаптап шығарады.

Кеміргіштер адамдармен, олардың тағамымен, тұрғылықты жерімен тығыз байланыста болғандықтан, тағамдар және кеміргіштердің кенесі мен бүргесі арқылы 30-дан астам жұқпалы ауруды адамдарға таратады. Әсіресе, ең өзекті мәселе оба, туляремия, салмонеллез, лептоспироз, листериоз, пастереллез, кампиллобактериоз, геморрагиялық қызбалар, инвазиялық аурулардың кеміргіштер арқылы таралуы болып

отыр. Ресей Федерациясында кездесіп жүрген геморрагиялық қызба, лептоспироз аурулары Қазақстан жерінде соңғы кезде жиі кездесуі жұртшылықты үлкен алаңдатуын туғызуы керек.(2,3)

Осыған байланысты кеміргіштермен күресті барынша күшейту қажет. Ол үшін кеміргіштер популяциясының биологиясын ескеріп, экология заңдарына сүйене отырып, біріншіден, кеміргіштердің нысандарға келуіне, кіруіне тосқауыл қою: есіктердің тығыз, саңылаусыз жабылуын қамтамасыз ету, ағаш есіктерді қатты қаңылтырмен қаптау, темір есіктер қондыру, қабырға аралық саңылауларды, індерді цементпен бітеу, әкелінетін қораптар мен жәшіктерде кеміргіштер жоқтығына мұқият тексеру жүргізу, үй айналасындағы пайдасы жоқ табиғи өсімдіктерді жою, күл-қоқыстарды уақытында шығарып, тазартып тұру, пішен, мал қораларын мүмкіндігінше үйден қашық орналастыру кеміргіштердің ұя салуына, көбеюіне едәуір кедергі болады. Азық-түлік, көкөніс қоймаларында, дүкендерде, ет комбинаттарында азық түліктерді жерден 25-30 сантиметр биіктіктегі кеміргіштердің өрмелеп көтеріле алмайтындай етіп жасаған стеллаждар мен контейнерлерде сақтау, желдету тесіктеріне металл сетка ұстау қажет. Кеміргіштер саны көбейіп кеткен жағдайда улап өлтіру шараларын қолданған жөн.

Дүниежүзілік тәжірибе бойынша улауды бір рет қолданғанда жақсы нәтиже бергенімен, қайтадан тез көбейеді. Бұл экологияның заңында жануардың (бұл жерде кеміргіштердің) белгілі бір ауданда тығыздығы азайған сайын көбеюі тез өседі. Сондықтан кеміргіштермен күрес нәтижелі болуы үшін, улауды тұрақты, жүйелі (мысалы: қыста айына 2-3 рет, жазда 1 рет) сол елді мекеннің барлық нысандарын толық қамти жүргізу қажет. Улауға тез әсер ететін улармен қатар, антикоагулянт уларды жиі қолданады. Елді мекендердің территориясының 80-90%-ында кеміргіштердің жойылуы жақсы нәтиже деп есептеледі.



Кеміргіштермен күресу негізінен профилактикалық дезинфекция мекемесі 1965 жылға дейін өзін-өзі қаржыландыру негізінде жүргізсе, 1966 жылдан шаруашылық есепте жұмыс жасап, жергілікті бюджетке табысының 30-40 %-ын беріп отырды.

Экономикамыздың төмендеген уақытында мемлекет профилактикалық дезинфекция мекемесін жеке меншік мекемелерге айналдырды. Қазір бұл жұмысты жүргізетін жеке мекемелерде мамандар жетіспейді, материалдық-техникалық базалары нашар, улау жұмыстары жылына 1-2 рет жүргізіліп, нысандар толық қамтылмайды, жұмыстың сапасын тексеретін бригадалар жоқ, ал оны қадағалайтын санэпидқадағалау мекемесінде де маман жоқ, республикада арнаулы дезинфекция

саласын зерттейтін, мамандар даярлайтын ғылыми орталық жоқ. Осы аталған кемшіліктер тек қана кеміргіштермен күресуде емес, жалпы дезинфектология саласының дамуына кедергі болуда.

#### Әдебиеттер:

1. К.Н.Набенов с соавторами. Современные способы борьбы с мышевидными грызунами. М. 1993. 56 с.
2. В.А.Кипайкин. Дезинфектология. Ростов н/Д: Феникс, 2003, - 448с.
3. В.В.Шкарин. Дезинфекция. Дезинсекция. Дератизация. Н.Новгород. Изд-во НГМА, 2006, -580 с.

---

#### РЕЗЮМЕ

Указаны места гнездования синантропных грызунов, их ущерб наносимых человечеству, профилактические, химические меры борьбы и основные причины недостаточной эффективности в современных условиях.

#### SUMMARY

Indicated nesting synanthropic rodents, their damage inflicted on humanity, preventive and chemical control measures and the main causes of lack of effectiveness in the modern conditions.

---

## КИНЕЗИТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

*Н.А.Рутенко. Казахский Медицинский Университет, г.Астана*

Болезни органов дыхания занимают лидирующие позиции в патологии детского и юношеского возраста. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в медицине, продолжается формирование рецидивирующих и хронических болезней бронхолегочной системы у лиц молодого возраста [1,2]. В связи с этим становится очевидной задача

совершенствования комплексной этапной терапии и медицинской реабилитации [3,4].

Целью исследования явилась разработка и оценка эффективности программы кинезитерапии для лиц молодого возраста с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ).

Материалы и методы. В основе программы



была использована методика кинезитерапии, разработанная в Институте педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН [4-6]. В программу кинезитерапии вошли дыхательная гимнастика, дренажные упражнения,

хлопфмассаж, аутогенный дренаж, ингаляции с бронхолитиком, муколитиком, антибиотиком, иммуномодулятором, хаффинг. Как видно из таблицы занятие кинезитерапией состояло из 4-х частей.

Таблица 1. План проведения занятия кинезитерапии для пациентов с БЛД

№	I часть	II часть	III часть	IV часть
	Разминка (15-20 мин)	Основная (30 мин)	Заключительная (15 мин)	Проверка (5 мин)
1.	Диафрагмальное дыхание	Клопфмассаж	Ингаляции с антибиотиком	Хаффинг
2.	Звуковая гимнастика	Дренажные положения тела	Упражнения на мячах	Проверка мокроты
3.	Упражнения на мяче	Дыхание с сопротивлением	Дыхательная гимнастика	Измерение ПСВ
4.	Ингаляции с бронхолитиком	Аутогенный дренаж	Упражнения на расслабление	Аускультация

Методика кинезитерапии применялась у 16 больных в возрасте 15-25 лет. Среди них было 8 человек с бронхоэктатической болезнью (3 - распространенная форма, 5 - локальная) и 8 человек - с кистозной гипоплазией легких (4 - распространенные, 4 - локальные). В качестве контрольной группы под наблюдением находились 10 больных с подобной патологией, которые получали традиционную схему лечения. Группы были сопоставимы по основным характеристикам. Пациенты наблюдались в течение 3-х недель, оценивались длительность обострения, клинические симптомы (кашель, количество и характер мокроты, степень бронхообструктивного синдрома), динамика пиковой скорости выдоха (ПСВ). Занятия проводились индивидуально или для небольшой группы (2-3 больных) в течение 7 дней ежедневно на базе физиоотделения III городской поликлиники. Курс кинезитерапии начинался в период стихающего обострения (через 3-4 дня).

Результаты. Негативных ощущений в

процессе занятий кинезитерапией у пациентов не отмечалось. В начале курса кинезитерапии у 13 (81%) больных мокрота была обильной, носила слизисто-гнойный характер. К концу занятия у всех пациентов в результате активного отделения количество мокроты значительно уменьшалось. Среднее количество мокроты, собранной пациентом на протяжении первого занятия, составило в среднем  $45 \pm 13$  мл, в течение последнего занятия -  $21 \pm 9$  мл ( $p=0,0002$ ). В завершении курса кинезитерапии обильного отделения мокроты у больных не наблюдалось, у 3 (18,7%) больных отмечалось умеренное количество мокроты, у 9 (56,2%) - скудное, у 4 (25%) человек выделения мокроты не было. У подавляющего большинства пациентов (87,5%) мокрота приобрела слизистый характер. В группе больных, не прошедших кинезитерапию, обильное отделение мокроты через 10 дней лечения продолжалось у 40% больных, причем у 20% сохранялся слизисто-гнойный характер мокроты, что требовало удлинения сроков антибиотикотерапии.



У всех больных перед началом занятий при аускультации выслушивались хрипы разного характера в значительном или умеренном количестве. К концу курса кинезитерапии положительная аускультативная динамика наблюдалась у всех пациентов, причем у 37,5% хрипы исчезли. На фоне кинезитерапии средняя продолжительность обострений снизилась до  $7,6 \pm 2,3$  дней в сравнении с  $10,2 \pm 2,7$  дней в группе без кинезитерапии ( $p=0,003$ ).

Выводы. На фоне кинезитерапии удалось достичь снижения продолжительности обострений, добиться лучшей клинической динамики и повышения бронхиальной проходимости. Методика кинезитерапии может быть использована в программе медицинской реабилитации больных с хроническими нагноительными процессами в легких.

Литература:

1. Малявин А.Г., Чучалин А.Г. Организация реабилитации пульмонологических больных // Здравоохранение. - 2004. - № 9. - С. 54-61.
2. Зосимов А.Н., Ходзицкая В.К., Черкасов С.А. Детская пульмонология. Принципы терапии. М.: ЭКСМО, 2008, 736 с.
3. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. - М.: Практическая медицина, 2006. - 416 с.
4. Хрущев С.В., Симонова О.И. Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания. - М., 2006. - 304 с.
5. Клячкин Л.М., Малявин А.Г., Пономаренко Г.Н., Самойлов В.О., Щегольков А.М. Физические методы лечения в пульмонологии. - СПб.: СПб, 1997. - 316 с.
6. Симонова О.И. Современные аспекты кинезитерапии детей, больных муковисцидозом / Симонова О.И., Стукалова А.И., Шабалова Л.А. // Педиатрия. - М., 1997. - С. 45-54.

---

## ТҰЖЫРЫМ

Ірінді өкпе ауруы бар 16 жас адамдарға кинезитерапия жасалынды, олардың ішіндегі 8 пациентте бронхоэктаз, ал 8 ауруда өкпе сулы ісікті дисплазиясы болды. Патологиясы ұқсас 10 пациент бақылау тобына алынды. Пациенттерді бақылау 3 апта бойына жүргізілді. Клиникалық симптомдары, асқынулардың ұзақтығы және ең үлкен дем шығару көлемі және жылдамдығы бағаланды. Кинезитерапия алған пациенттерде асқыну ұзақтығы қысқарып, симптомдары жеңілдеді.

## SUMMARY

Kinesitherapy was carried out in 16 young people with purulent lung diseases, among them 8 patients with bronchiectases and 8 with cystic lung dysplasia. 10 patents with similar pathology were included to the control group. Patients have been observed for 3 weeks. Clinical symptoms, duration of exacerbation and peak expiratory flow were evaluated. Kinesitherapy resulted in decrease of exacerbation period and improvement of symptoms.

---



## МЕКТЕП ЖӘНЕ ЛИЦЕЙ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ПСИХОФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

*Г.А.Хамзина.*

*М.Қозыбаев атындағы Солтүстік Қазақстан мемлекеттік  
университеті, Петропавл қаласы.*

Білім беру жүйесіндегі дәстүрлі емес оқыту орындарында педагогикалық процестің құрылымы жалпы білім беретін мектептерден өзгеше. Олардың өздігінен мақсаттары мен міндеттерін анықтауға, оқытудың жаңа технологиялары мен әдістерін қабылдап енгізуіне мүмкіншіліктері бар. Өкінішке орай, алғашқы тәжірибелер қажет деңгейдегі ғылыми психофизиологиялық дайындықсыз жүргізілді, сол себептен балалар денсаулығындағы келеңсіз жағдайларға әкеп соқтырды. Ой еңбегінің шамадан тыс көп болуы ең алдымен жоғарғы жүйке қызметіне (ЖЖҚ) және оқушылардың жұмысқа қабілеттілігіне кері әсерін тигізді. Қазіргі уақытта жағдай түзеліп келеді, және көптеген зерттеушілер оқушылардың ой еңбегі жүктемесінің түрлі жағдайындағы ЖЖҚ психофизиологиясын зерттеуге ден қойды. Бұл мекемелердегі оқу процесін бала ағзасына әсер етуші зиянды фактор ретінде қарастырады /1,4/.

Сонымен қатар көп жағдайда балалардың жас ерекшеліктері, психофизиологиялық өлшемдері ескерілмей қабылданған бағдарламалар жиі қолданылады. Қазіргі әлеуметтік өмір жағдайында оқу жүктемелерінің шамадан тыс күрделі болуы оқушылардың ой еңбегіне қабілетінің төмендеуіне, тез шаршағыштыққа, белсенділігінің, денсаулығының нашарлауына, депрессияға бейім болуына әкеледі /1/. Статистика бойынша жаңа білім беру мекемелерінде - лицейлерде балалардың аурушандығы жалпы білім беретін мектептердегіге қарағанда 2,5 есе жоғары /6/. Оқу процесі барысындағы көптеген жағдайлардың әсерінен ЖЖҚ функционалдық бұзылулары пайда болады- ол психикалық дамудың тежелуі және ішкі ағзалар қызметінің бұзылу невроздары. Мектеп-лицей оқушыларының арасында функциялық қордың төмендеуі, дене салмағының тапшылығы, көру мүшелерінің патологиясы жалпы білім беретін мектеп оқушыларына қарағанда 1,5-2 есе көп

кездеседі.

Тіпті бір оқу орнының шеңберінде – лицейде - оқу жүктемесі қалыпқа сәйкес құрылмаған. Апталық және жылдық жүктемелер бір жас шамасындағы топтарда біркелкі бөлінбей, белгіленген қалыптан біршама жоғары берілген. Әрбір оқу орны білім беру процесін өзіндік ерекшеліктері бар бағдарламалар, талаптар, жүктемелер бойынша іске асырады. Оқушылар денсаулығының психофизиологиялық жағдайын оң өзгерту ағзаның қалыптасуының психофизиологиялық заңдылықтарын ескере отырып, оқу процесін жеке тұрғыдан қарастырғанда ғана мүмкін болады. Әрбір білім беру мекемесі педагогикалық міндеттерді шешумен қатар оқу жүктемесі мен оқыту әдістерін балалардың психофизиологиялық ерекшеліктерімен бірге қарастыруы керек /3/.

Оқушылардың жас ерекшеліктері жайлы нақты ілімдер негізінде ой еңбегінің тиімділігін арттыру міндетін іске асыру үшін жоғары сынып оқушыларының өзіне тән психофизиологиялық функцияларын зерттеу қажет. Бұл кезеңде бейімделудің нәтижелілігін көрсететін өлшемдерді жан-жақты зерттеу керек. Біз осы сынып оқушыларына баса көңіл аудардық. Зерттеу топтарын қалыптастыру барысында биологиялық даму процесі аяқталған 16-17 жастағы балалар мен қыздарды қарастырылды /7/.

Зерттеудің мақсаты мен міндетін орындау үшін жалпы білім беретін орта мектеп пен лицейдің 16-17 жас аралығындағы 285 оқушысы тексерілді. Тексерілген балалар Ақмола облысының аумағында туып өскен. Барлық оқушыларды жас шамасына, жынысына және атқаратын қимыл - қозғалыс режиміне қарай бөлдік. Бірінші топқа аз қозғалыс тәртібіндегі орта мектеп оқушылары біріктірілді, олар денешынықтыру сабағына 2 рет (аптасына 4 сағат) қатысады. Екінші топты лицей жасөспірімдері құрады. Барлық топтарда оқитын жасөспірімдер организмнің морфофункционалық жай- күйін



сандық бағалау бойынша зерттеулермен қатар, кардиореспираторлық жүйенің функциялық қорын, вегетативтік реактивтікті зерттеу өткізілді. Антропометриялық және физиометриялық өлшеулер, жүктемелі функциялық сынақтар биоритмологиялық ұсынымдарды есепке ала отырып, түске дейін өткізілді.

Берілген міндеттерді шешу үшін келесі әдістер қолданылды: ғылыми-әдістемелік әдебиетке талдау, медициналық карталарды талдау, антропометриялық, физиологиялық, психологиялық зерттеу әдістері, математикалық статистика әдістері.

Оқушылардың физикалық дамуының негізгі көрсеткіштерін өлшеу үшін жалпы қабылданған стандарттық жиынтық қолданылды /5/. Антропометриялық зерттеулер бойдың өлшемін (тұрған қалыптағы Б, см), салмағын (С, кг) және кеуде торының шеңберін (КТШ, см) есепке алды. Антропометриялық көрсеткіштердің арасындағы байланысты белгілеу үшін Кетле, Пинье индекстері анықталды. Дене дамуының үйлесімді жағдайы деп салмақ пен КТШ (кеуде торының шеңбері) бала денесінің ұзындығына сай болғандағы немесе 1 сигма шегіндегі регрессия айырмашылығы бар және бұлшық ет дамуы есебінен болғандағы жағдай танылды.

Алынған антропометриялық көрсеткіштер негізінде салмақтық бойлық арақатынастар, дене беткейінің ауданы, дене салмағының құрамы, дене бітімінің түрі анықталды. Жасөспірімдердің дене пропорцияларының ерекшеліктері, бұлшық ет, май және сүйек тіндерінің сандық сипаттамасы бағаланды. Жасөспірімдердің физикалық дамуына жеке баға берілді /2/.

Балалар ағзасының функциялық жағдайы сыртқы тыныс алу функциясын зерттеу қорытындысы бойынша бағаланды, өкпенің тіршілік сыйымдылығы (ӨТС, мл) құрғақ спирометрдің көмегімен анықталды. ӨТС өлшеу кезінде тексерілуші демін терең ішке тартудан кейін спирометрге терең дем шығарды. Өлшеу дәлдігі  $\pm 100$  мл құрады. Кеуде торының тыныс алу функциясының даму дәрежесін анықтау үшін тіршілік индексі (ТИ, мл/кг) анықталды. Жүрек-қантaмыр жүйесінің жағдайын зерттеу жүрек соғысының

жиілігін (ЖСЖ, /мин) есептеу, систолалық және диастолалық артериялық қысымдарды (САҚ, ДАҚ, мм.) Н.С.Коротков әдісі бойынша өлшеу арқылы іске асырылды. Жүректің функциялық жағдайы электрокардиография әдісімен зерттелді. Электрокардиография жүректің хромотроптық функциясын зерттеуде қолайлы және ақпараттық әдіс болып табылады, ол жүректің өткізгіштігінің және автоматизмінің, қозғыштығын, миокардтың функциялық жағдайын, сонымен қатар сыртқы орта факторларының жүрек-қантaмыр жүйесіне әртүрлі әсер деңгейі мен реттеу механизмін толық және объективті түрде көрсетеді. Көрсеткіштер «Валента» аппаратты-бағдарламалық комплексінде тыныштықта және физикалық жүктемеден кейін тіркелді. Физикалық жүктеме ретінде Мартинэ-Кушелевскийдің (30 секундта 20 рет) тізе бүгіп отыру жаттығуы қолданылды.

Жүрек ырғағының вегетативті реттелуін зерттеу үшін кардиоинтервалография (КИГ) әдісі қолданылды, оның өзіндік негізінде жүрек ырғағының математикалық талдауы бар және вегетативтік жүйке жүйесінің бөлімдерінің белсенділігіне баға береді. «Валента» комплексінің аппаратты-бағдарламасында тамыр соғуының ауытқуына сандық сипаттамалар белгіленді: М (Математикалық күту), Мо (Мода), АМо (Моданың амплитудасы), Х (тамыр соғысының өрісі), ОКА (орташа квадраттық ауытқу), КК (реттеу жүйелері күштерінің көрсеткіштері). Бұлшық еттің функциялық қажеттіліктерін бағалау үшін динамометрия әдісімен мүсін күші (МК, %) анықталды.

Психофизиологиялық зерттеу әдістері мыналарды есепке алды:

1. Көру қимылдық реакциясы (КҚР) мен 90 Дб-ға және 40 Дб-ға есту қимыл реакциясын (ЕҚР) өлшеу;

2. Экстраверсия, интроверсия және нейротизмнің диагностикасы;

3. Үрейдің реактивті және жеке деңгейінің диагностикасы;

4. Эмоциялық жағдайға өзіндік баға беру ;

5. Анфимовтың түзету кестесі бойынша оқушы зейінін зерттеу. Антропометриялық, физиологиялық, психологиялық әдістерді



зерттеуден алынған деректер арифметикалық орташа мағынамен (М) белгіленген сандық материалдың статистикалық өңдеу әдісімен, WINDOWS XP үшін Microsoft Excel бағдарламасын қолдану арқылы Intel Pentium-4 (m) стандарттық орташа қатемен сарапталынды. Ауытқуы Стьюдент t- критеріі (Румянцева, 1999) бойынша бағаланды. Ауытқу  $p < 0,05$  болғанда анық деп саналды.

Жүргізілген зерттеулер негізінде төмендегідей түйіндер жасалды :

16-17 жастағы мектеп оқушыларының морфофункциялық жағдайы мен дене бітімі биологиялық жетілу нормасына сәйкес болса, лицей оқушыларының дене бітімі көрсеткіштері нормадан төмен болды. Лицейдің оқу-әдістемелік ұйымдастыру барысындағы апталық оқу жүктемесінің көлемі белгіленген нормативтен жоғары болды, мектептің 9-сыныптарында да нормативтен асып жоғары. Мектеппен салыстырғанда лицейдің барлық сыныптарында жүктеме мөлшерден жоғары.

- Оқу аптасының ағымында ой еңбегіне қабілеттілік өзгеріп отырды және оқу жүктемесінің деңгейіне тәуелді болды. Дүйсенбіден жұмаға қарай еңбекке қабілеттілік біртіндеп жоғарылады. Дене еңбегіне қабілеттілік мектеп оқушыларында жоғары болса, лицей оқушыларының ой қабілеттілігі жоғары болды.

- Мектеп оқушылары мен лицей оқушыларында жүрек- қантамыр жүйесінің көрсеткіштерінің физикалық жүктемеге реакциялары 12 топтың 9-ында дисрегуляторлық сипатта, ал екі топта шартты қолайсыз сипатта болды. Қыздарда қанайналым механизмдерінің реттелуі ер балаларға қарағанда орнықсыз болды, бұл қыздарда артериялық қысымның гиперкинетикалық типінің жиі кездесуін растайды. ВТИ қыздарда жоғарырақ болды және орта мектеп оқушыларының ТИ лицей оқушыларымен салыстырғанда жоғары болып шықты. Ортостатикалық байқау кезінде ЖСЖ артты, ал физикалық жүктеме кезінде САҚ артты. Стандарттық физикалық жүктеме кезінде лицей оқушыларында ПҚ өсуі байқалды.

- Лицейстерде мектеп оқушыларына қарағанда бірқатар функциялық психологиялық көрсеткіштердің шырыңуы жоғары болды.

Апталық жүктемесі жоғары сыныптарда экстраверсия және нейротизм көріністері қыздарда жоғарырақ болды, ал ер балаларда төмендеді. Лицейстермен мектеп оқушыларында оқу күнінің соңына қарай СБК көрсеткіштері төмендеді, лицейстерде ерік күші коэффициенті мен психомоторлық қызметтің қарқыны жоғарырақ болды.

#### Әдебиет тізімі:

1. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Айтжанова Г.Б. Руководство по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний и укреплению здоровья, Алматы, 2002, 250 с.

2. Антропова М.В., Бородкина Г.В., Кузнецова Л.М., Манке Г.Г., Параничева Т.М. Медико-физиологические аспекты индивидуально-дифференцированного обучения старшеклассников // Физиология человека. - 1997. Т.23. № 1. - С. 98-102.

3. Заркешев Э.Г. Ассоциативные временные связи- центральный механизм в высшей нервной деятельности и психофизиологии.// Материалы региональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию образования СКО. Петропавловск, 2006. С.77-80.

4. Колпаков В.В., Бабакин Е.А., Семенов В.В., Ананьин Е.Ю. Функциональная индивидуальность человека как составляющая конституции.// Тез. докл. XVIII съезда физиологического общества им. И.П. Павлова. Казань, 2001. – С.529.

5. Сердюковская Г.Н. Гигиенические проблемы охраны здоровья подрастающего поколения // Гигиена и санитария. - М., 1992. - №4. -С. 24-28.

6. Степанова М.И., Сазанюк З.И. Влияние обучения в школе нового типа (гимназии, лицеи) на здоровье учащихся // Матер. VIII Всеросс. съезда гигиенистов и санитарных врачей. - М., 1996. - Т. 2. - С. 189.

7. Тель Л.З. Даленов Е.Д. Валеология 2005, учебник для студентов высших и средних специальных учебных заведений. - 219 с.



### **РЕЗЮМЕ**

В данной статье изложены результаты исследования влияния образовательного процесса в школе и лицее на морфофункциональные и психофизиологические показатели умственной и физической работоспособности учащихся 16-17 лет в динамике учебного процесса.

### **SUMMARY**

The aim of the work: to find out influence of traditional and non-traditional forms of education process on morphofunctional and psychophysiological figures of mental and physical capacity for work of students at the age 16-17 years old .

---

---



## СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

*М.А. Граф, Л.Ж. Камзебаева, Г.А. Ермаханова, М.К. Зейтын  
Институт развития здравоохранения МЗ РК*

С целью изучения структуры неблагоприятных последствий медицинских вмешательств, зарегистрированных на территории Республики Казахстан, нами был проведен анализ экспертных заключений Комитета по контролю в сфере оказания медицинских услуг МЗ РК (далее Комитет) за период 2006-2008 годы.

За указанный период нами было изучено 1087 обращений граждан в ККСОМУ (150 за 2006 год, 364 за 2007 год и 528 за 2008 год соответственно). В структуре обращений можно выделить как непосредственные жалобы на некачественно оказанную медицинскую помощь, так и жалобы на необоснованность выдачи листков нетрудоспособности, неправильное присвоение группы инвалидности и т.д.

В результате проведенной выкопировки

Таблица 1 – Соотношение мужчин и женщин, пострадавших от неблагоприятных последствий медицинских вмешательств в 2006-2008 годах

пол	2006		2007		2008		прирост, %
	абс	%	абс	%	абс	%	
мужской	58	61,05	93	44,5	81	44,51	139,7
женский	37	38,95	116	55,5	101	55,49	273
итого	95	100	209	100	182	100	191,6

Темп прироста за указанный период составил 191,6%, причем у женщин практически в 3 раза выше (273%). В то время как прирост населения как мужского, так и женского по данным Агентства РК по статистике в указанный период (2006-2008 годы) составил 102,45 и 102,48 соответственно [1].

Как видно из таблицы 2 в сравнении с данными АРК по статистике в возрастной структуре пострадавших от неблагоприятных последствий медицинских вмешательств преобладает население в возрасте 25-29 лет, что на 3,55% выше среднереспубликанского

экспертных заключений Комитета нами было проанализировано 486 результативных карт (44,71%) непосредственно связанных со случаями наступления неблагоприятных последствий медицинских вмешательств в результате некачественно оказанной медицинской помощи.

Социально-гигиеническая характеристика лиц проводилась по полу и возрасту пострадавших, территориальной принадлежности, категории обратившихся (сам пациент, родственники или близкие, прочие лица).

Из 486 случаев в 44,51% неблагоприятных последствий в результате медицинских вмешательств пострадали мужчины, соответственно женщины в 55,49% случаев (таблица 1).

распределения, преимущественно за счет женщин (13,78% против 8,13%); затем 50-54 лет (на 1,13%) и 65-69 лет (на 1,03%), причем в последних возрастных группах преобладают мужчины (6,66% против 6,3% и 4,93% против 3,54% соответственно).

Наиболее часто за указанный период обращались жители г. Астаны (11,6 на 100 000 населения), Алматы (6,33 на 100 000 населения), Павлодарской области (4,44 на 100 000 населения). Реже всего (1,27 на 100 000 населения) жители Атырауской области.

Таблица 2 – Половозрастная характеристика пострадавших в результате неблагоприятных последствий медицинских вмешательств в 2006-2008 гг.

возраст	2006		2007		2008		2006 - 2008			
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	оба пола	данные АРК по статистике
0-4	12,07	10,81	12,9	5,17	9,88	4,95	11,44	5,91	8,64	8,54
5-9	3,45	2,70	4,30	3,45	3,70	0,99	4,01	2,36	3,09	7,05
10-14	3,45	0	1,08	3,45	2,47	0,99	2,73	1,97	2,06	8,44
15-19	1,72	8,11	10,75	3,45	4,94	2,97	5,39	3,94	5,14	10,1
20-24	8,62	2,70	8,60	6,9	9,88	8,91	10,01	7,09	8,02	9,59
25-29	5,17	13,51	11,83	14,7	9,88	12,9	8,13	13,78	11,7	8,15
30-34	8,62	5,41	3,23	12,9	1,24	11,9	4,5	11,42	7,82	7,51
35-39	5,17	10,81	5,37	5,17	7,41	6,93	5,16	6,69	6,38	6,97
40-44	15,52	13,51	4,30	8,62	3,70	4,95	7,43	7,87	7,41	7
45-49	8,62	0	4,30	2,59	9,88	3,96	8,74	2,76	4,94	6,94
50-54	1,72	2,70	7,53	6,9	9,88	6,93	6,66	6,3	6,58	5,45
55-59	6,9	2,70	4,30	5,17	0	6,93	4,19	5,51	4,53	4,27
60-64	0	2,70	1,08	3,45	4,94	2,97	1,7	3,15	2,67	2,21
65-69	8,62	10,81	4,30	0,86	3,7	3,96	4,93	3,54	4,32	3,29
70-74	1,72	2,70	5,38	2,59	1,24	1,98	2,85	2,36	2,67	1,93
75-79	0	0	1,08	2,59	1,24	0	0,85	1,18	1,03	1,49
80-84	1,72	0	2,15	0	3,70	1,98	2,85	0,79	1,65	0,77
85+	0	2,70	0	0	1,24	0	0	0,39	0,41	0,33
не указан	6,9	8,11	7,53	12,1	11,11	15,8	8,43	12,99	10,9	-
ИТОГО	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

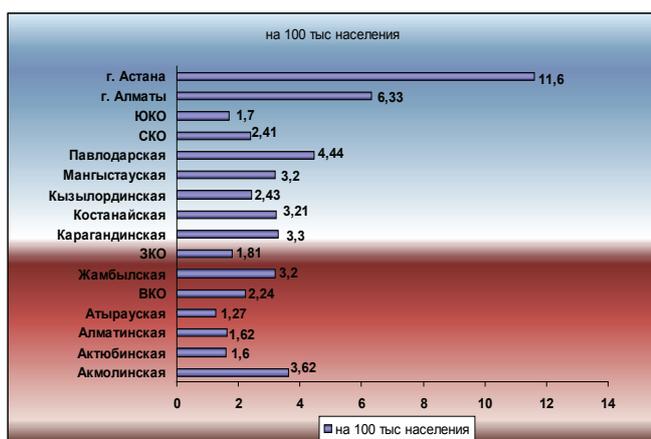


Рисунок 1 – Распределение случаев неблагоприятных последствий медицинских вмешательств по регионам РК за период 2006-2008 гг.

Чаще в ККСОМУ с жалобами на некачественное оказание медицинской помощи обращаются родственники или близкие пострадавшего (в эту группу мы включали родителей, супругов, родственников, друзей, коллег) 55,97% за 3 года. В динамике этот показатель имеет тенденцию к росту (113%). Сам пациент обращается с жалобой в 38,68% случаев, прочие лица в 5,35%. Динамика обращаемости самих пациентов имеет тенденцию к снижению (89,62%), прочих лиц - не имеет очевидной тенденции.

Среди прочих лиц преобладают профсоюзные работники (30,77%), затем адвокаты (23,08%), представители СМИ (19,23%), работники системы здравоохранения на последнем месте - 15,38% (рисунок 2).



Таблица 3 – Категории лиц, непосредственно обратившихся в ККСОМУ с жалобой на оказание некачественной медицинской помощи в 2006-2008 гг.

категория лиц	2006		2007		2008		2006-2008	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
пациент	41	43,16	84	40,19	63	34,62	188	38,68
родные и близкие	47	49,47	115	55,02	110	60,44	225,46	55,97
прочие	7	7,37	10	4,78	9	4,95	18,73	5,35
итого	95	100	209	100	182	100	486	100

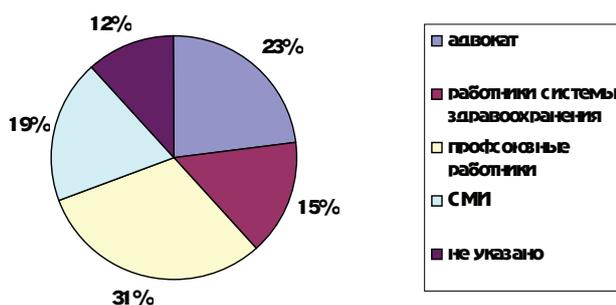


Рисунок 2 – Категории прочих лиц обратившихся в ККСОМУ с жалобой на оказание некачественной медицинской помощи в целом за период 2006-2008 гг.

Таким образом, чаще от некачественной медицинской помощи чаще страдают молодые женщины в возрасте 25-29 лет, мужчины в

возрасте 50-54 и 65-69 лет, преимущественно жители городов республиканского значения, обращаются по поводу них чаще родственники.

Высокий удельный вес столичных жителей в структуре пострадавших от неблагоприятных последствий медицинских вмешательств, где организована медицинская помощь всех видов: от квалифицированной до высокоспециализированной, объясняется, по-видимому, большим уровнем осведомленности населения доступностью и приближенностью территориальных органов ККСОМУ, а не только низким уровнем качества оказания медицинской помощи.

#### Литература:

1. Статистический ежегодник Агентства РК по статистике 2008 год Астана.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада ҚР ДСМ мемлекеттік органы медициналық қызметін көрсету бақылау комитетіне медициналық көмектің төменгі сапасына шағымданған тұрғындардың материалдарының талдау нәтижелері берілген.

#### SUMMARY

In the article the results of data analysis of negotiability population to the law quality of medical care to the state committee of control in the sphere of medical care of Health Ministry of Kazakhstan Republic are given.



## АБАЙЛАҢЫЗ ИНСУЛЬТ!

*Р.Абзалиев. № 17 қалалық емхана, Алматы қаласы.*

Инсульт – бастың қан айналым жүйесінің жедел бұзылысы. Оның нәтижесінде бас миының әр түрлі бөлімдерінің қызметі бұзылады.

Инсульттің негізгі себебі – бас миына қаналып келетін қан тамырларының зақымдануы. Көп жағдайда қан тамыр жүйесінің атеросклероздық және гипертониялық бұзылыстарымен қатар жүреді:

1) геморрагиялық (бас миына немесе оның қабықтарына қан құйылу),

2) ишемиялық (бас миының инфаркті).

Ишемиялық инсульт, геморрагиялыққа қарағанда 4 есе жиі кездеседі. Басқа қан құйылу себебі көбіне – қан қысымының көтерілуі, яғни қан тамырларының жарылуы.

Бас миының инфарктінде қан тамыры бүтін күйінде де бола береді. Қан тамырларының бітелу себебі – атеросклероздық табақшалармен қан тамырларының бітеліп қалуы. Кейбір науқастарда қан тамырларының бітеліп қалуы қан қысымы төмендеп кеткен жағдайда да болады (1).

Инсульттің тағы бір негізгі себебі – ол қан тамырларының тромбозмен салдарынан бітеліп қалуы. Көбінесе бұл жүрек инфарктін алған адамдарда, жыпылықтаушы аритмияда, ревматикалық жүрек ақауларына, туа біткен жүрек кемістігінде байқалады. Көп жағдайда бас миының инфаркті қан қысымы жоғары жағдайда болады.

Бас миының инсульті бірнеше сағаттың ішінде тез дамиды. Кейде бір – екі күнге дейін созылуы мүмкін. Инсульттің ағымы үш түрге бөлінеді: 1) жедел – 21-30 күнге дейін; 2) қалпына келу – 1 жылға дейін; 3) резидуальды – 1 жылдан ары қарай.

Инсульттің көріністері және симптомдары. Инсульттің жиі кездесетін белгілері: 1) аяқтардағы қозғалыстың бұзылысы - әлсіздік, қолда, бетте ауырлық сезімі. 2) сезімталдықтың бұзылысы – бетте, қолда, аяқта, шынтақта көбінесе бір жағынан көп кездеседі. 3) сөйлесудің бұзылысы – керекті сөздерді айтуға қиналады, анық айта алмайды, афазия, дизартрия. 4) көрудің бұзылысы – қосарланып көріну, бұл бұзылыс көбіне бір көзде болады.

5) тұрақтылықтың бұзылысы – теңселу, айналу, жүрістің тұрақсыздығы.

Инсультке шалдыққан адамдардың күтімі:

Медициналық емнен басқа, инсультпен ауырған науқастарға дұрыс күтім жасау көптеген қатерлі асқынулардың алдын алады. Күтімнің ұзақтығын және бірте – бірте қалпына келуін дәрігер шешеді. Инсульт алған науқастар бірінші күндері қатаң төсек режимін сақтау қажет. Инсульттің кезеңінің қатерлі асқынулары: 1) Өкпенің қабынуы (пневмония, науқастың жатқан жағдайына байланысты); 2) Ойық жараның пайда болуы; 3) Су тепе – теңдігінің бұзылысы; 4) Аяқ көктамырларының тромбозы; 5) Қайталамалы инсульт.

Инсульттің алдын алу:

Инсульт әйелдерден гөрі ер кісілерде жиі кездеседі. Қауіптілік факторларына: науқастың жынысы, жасы, тұқымқуалаушылық факторлар жатады.

Инсульттің негізгі қауіптілік факторлары:

- Артериальдық гипертензия, яғни жоғары қан қысымы;

- Шылым шегу;

- Жүрек ауырулары;

- Қантты диабеті;

- Май алмасуының бұзылысы;

- Алкогольді ішімдіктерге әуестік;

- Ауыз арқылы қолданылатын контрацептивтер қолдану;

Әрбір 5 инсульт қайталамалы инсульт болып келеді. Қайталамалы инсульттер өте ауыр өтеді және 1,5 пайыз жағдайда өліммен аяқталады. Бүкіл әлемде 1,5 млн. адам инсульт алған. Бір жылда 4-44 пайыз қайталамалы инсульт алады екен.

Қайталамалы инсульттің негізгі қауіп факторлары:

- Артериальдық гипертензия;

- Бас миын қанмен қамтамасыз ететін артерияның атеросклероздық зақымдануы;

- Жүрек аурулары: жыпылықтаушы аритмия, инфаркттен кейінгі атеросклероз, жүрек ақаулары, жармақшалардың протезденуі;

- Қантты диабет;

- Шылым шегу;



- Алкогольді ішімдік қолдану.

Инсульт алған науқас төмендегі шарттарды міндетті түрде орындауы қажет (2):

1. Шылым шегуден бас тарту;
2. Алкогольді ішімдіктен бас тарту;
3. Дене салмағын қалыпты жағдайда ұстау;
4. Күнделікті физикалық жүктемелермен айналысу.

5. Қан қысымын тұрақты түрде қадағалау.

Егер науқас ишемиялық инсульт немесе транзиторлы ишемиялық шабуыл алған болса, онда күнделікті тромбқа қарсы дәрілер қабылдауы керек: ацетилсалицил қышқылы, клопидогрель.

Жыпылықтаушы аритмия болған кезде

жармақшаның протездену кезінде ауыз арқылы қабылданатын ең тиімді дәрілер – антикоагулянттар (варфарин, синкумар).

Артериалық қан қысымын тұрақты бақылау – қайталамалы инсульттің, сонымен қатар өмірге қауіп төндіретін жағдайдың алдын алады.

Әдебиеттер:

1. Шапиро Б.М., Башмакова Л.Н., Куриманова Г.У. Здоровый образ жизни. Учебник. Алматы, 2003. – 227с.

2. Павлов А.С. Психофизиологические механизмы и последствия аутогенного стресса. Физиология человека, 2002. - №4.- С.45-53.

---

## РЕЗЮМЕ

Автор самым простым путем информирует население об опасности заболевания инсультом, о профилактике и о важности ухода за больными инсультом.

## SUMMARY

The Author most simple way informs the populations on dangers of the disease, insult about preventive maintenance and about importance of the care for sick insult.

---

## АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ОТДЕЛЬНО ВЗЯТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ.

*А.У.Туребаев, М.Г.Гимадиева, Г.Н.Черемпей, Е.А.Скрипниченко, Р.Г.Алиева, Л.Г.Кононенко, Т.Б.Баймаханов, К.Г.Шарапатов, З.У.Иманжусупова* Управление здравоохранения Павлодарской области, Областной центр формирования здорового образа жизни, ККГП Поликлиника № 5, отдел МСЭ №3 МТСЗН г. Павлодар.

В декларации ООН 1975 года о правах инвалидов сказано «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобретенного, его или ее физических и умственных возможностей».

Основополагающим законодательным актом в отношении инвалидов в Казахстане является Закон РК от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», в котором обозначен переход от преимущественно медицинской модели социальной защиты к медико-социальной.

Уровень инвалидов в мире по данным ВОЗ



в среднем составляет 10%, то есть каждый десятый житель планеты является инвалидом. При этом в Китае инвалиды составляют 5% (60 млн. инвалидов), в США 19% (54 млн. инвалидов) от численности населения. В России официально зарегистрированные и состоящие на учете инвалиды составляют менее 6% населения. Но это не значит, что граждане России здоровее американцев. Холостова Е.И. и Деменьтева Н.Ф. указывают, что «лица с ограниченными возможностями стремятся получить официальный статус инвалидности с его льготами, существенными в условиях дефицита социальных ресурсов; государство же ограничивает число получателей таких льгот достаточно жесткими рамками».

Наблюдается увеличение числа инвалидов во всех развитых странах мира и, особенно, среди числа детей. Так если в Великобритании дети-инвалиды составляют 0,12%, то в Канаде до 18% от общего числа инвалидов.

В соответствии с концепцией человеческого развития учитывается три показателя человеческого развития – средняя продолжительность жизни, образование и уровень жизни. По этим трем показателям инвалиды являются наиболее уязвимой группой.

Уровень дожития, образования, брачного статуса значительно ниже здорового населения. Так по данным Комарова Ю.М. и соавторов, отмечается более чем двух кратное различие продолжительности жизни здорового населения и инвалидов соответственно 72.3 года и 31.6 года, различия по уровню образования более, чем в 200 раз (Козлов А.А. 2005).

В зависимости от причины возникновения инвалидности условно можно выделить три группы:

- наследственно обусловленные;
- связанные с внутриутробным поражением

плода, повреждением во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка;

- приобретенные в результате заболеваний, травм (техногенный травматизм).

Ухудшение состояние окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка ведут к нарастанию патологий здоровья как детей, так и взрослых.

Анализ причин первичной инвалидности в РК (2004) показал:

- на первом месте причины связанные с заболеваниями,

- на втором месте инвалидность с детства,

- на третьем (2%) заболевания, связанные с

ядерными испытаниями на Семипалатинском ядерном полигоне, как следствие действия чрезвычайных экологических ситуаций. Данное обстоятельство подтверждает высокую значимость влияния экологических факторов на уровень инвалидизации населения и Павлодарской области, как зоны действия Семипалатинского ядерного полигона.

Всего на 01.01.2008 год в Павлодарской области зарегистрировано 25 797 инвалидов. Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность в 2007 году составил 27,8 на 10 тысяч человек населения при республиканском показателе - 29,2 (в 2006 году этот показатель 27,8).

В 2008 году в Павлодарской области впервые признаны инвалидами 2220 больных, что на 143 больше, чем в 2007г (2077), т.е. рост на 6,4%. Интенсивный показатель выхода на инвалидность составил 29,7%, (2007г - 27,8).

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ показателей инвалидности населения, обслуживаемого поликлиникой №5 г. Павлодара.

Население поликлиники составляет – 67580 человек, в т.ч. 12652 детей до 14 лет, из них 1036 до года.

Таблица №1

Показатели первичного выхода на инвалидность за 2007-2008 гг. (на 100 000 населения).

	<b>2007</b>	<b>2008</b>
<b>Павлодарская область</b>	27,8	29,7
<b>Поликлиника №5</b>	27,2	29,5



Сравнение показателя первичного выхода на инвалидность за 2007-2008 гг. по поликлинике соответствует областным значениям и отмечается в 2008г. рост на 7,8% в сравнении с предыдущим годом (Таблица №1).

Таблица №2.

Состав первично освидетельствованных инвалидов по поликлинике №5 г. Павлодар за 2005-2008 гг.

	2005		2006		2007		2008	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего впервые вышло на инвалидность	201		150		174		192	
Лица трудоспособного возраста	146	72,6	123	82,0	124	71,3	133	69,3
Лица пенсионного возраста	31	17,9	14	9,3	28	17,2	30	15,6
Всего детей от 0 до 16 лет	22	11,0	10	6,7	19	11,0	25	13,0
В т.ч. детей от 0 до 3 лет	11		4		13		16	

В 2008 г. уровень первичного выхода на инвалидность по сравнению с 2007 вырос на 9,3% г. за счет первично освидетельствованных детей и лиц трудоспособного возраста (таблица №2). Следует отметить, социально значимым является первичное признание инвалидами лиц трудоспособного возраста, они составляли в разные годы от 69,3% (2008г.) до 82,0% (2006г.). Практически не изменилось первично освидетельствованных среди лиц пенсионного возраста по 30 человек в 2007 и в 2008 годах.

Таблица №3. Структура первичной инвалидности по поликлинике №5 г. Павлодара (%).

	2005	2006	2007	2008
Новообразования	32,6	32,0	24,2	27,1
Болезни органов кровообращения	17,5	20,0	24,2	20,3
Заболевания глаз	17,0	19,2	13,8	11,5
Заболевания нервной системы	9,9	8,7	9,2	9,9
Травмы и их последствия	8,7	8,6	5,2	8,3

В структуре первичного выхода на инвалидность по поликлинике отмечается разница в сравнении с областными показателями. Среди причин первичного выхода на инвалидность взрослого населения по области в 2008 году на первом месте болезни системы кровообращения (23,1%), на втором месте злокачественные новообразования (22,4%), на третьем месте травмы и их последствия (13,1%).

По поликлинике в 2008 году в структуре первичной инвалидности на первом месте новообразования (27,1%) (таблица №3). На втором месте – болезни органов кровообращения



- 20,3%. В течении последних лет следует отметить рост инвалидизации, вследствие заболеваний глаз и в структуре занимают третье ранговое место (11,5%). Это связано с активным выявлением лиц, утративших зрение одного глаза, и определением им третьей группы инвалидности. На четвертом месте заболевания нервной системы (9,9%), пятое ранговое место инвалидность следствии травм и их последствий (8,3%). В целом за последние четыре года структура первичной инвалидности без изменений.

Показатель детской инвалидности мы приводим по возрастному составу от 0 до 16 лет и от 0 до 3 лет. Наблюдается рост инвалидности среди детей (0-16 лет) на 12,0% в 2008 году в сравнении с 2005 годом. В то же время среди детей раннего возраста (0-3 лет) рост на 31,2%, с 11 в 2005 году до 16 в 2008 году.

#### **Выводы:**

Проблема инвалидизации населения на сегодняшний день остается актуальной.

Показатель первичного выхода на инвалидность взрослого населения, обслуживаемого поликлиникой соответствует областным показателям, но в структуре есть различия. Среди причин первичного выхода на инвалидность взрослого населения на первом месте новообразования, на втором месте болезни системы кровообращения, на третьем месте заболевания глаз. Значительный рост показателя детской инвалидности, в том числе среди детей раннего возраста. Обнадеживает стабилизация и некоторое снижение количества больных инвалидов с сердечно – сосудистой патологией и новообразованиями.

Для эффективного снижения первичной инвалидности необходимо в полной мере использовать потенциал службы первичного звена (ПМСП). В этом положительную роль играют трансферты на льготное обеспечение лекарственными препаратами, скрининг обследования на раннее выявление больных и групп риска.

---

## **НАРУШЕНИЯ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

*А.Ж.Бекбосынов.*

*Павлодарский филиал Государственного медицинского университета, г. Семей*

**Введение.** Развитие нарушений со стороны системы гемостаза является одним из определяющих факторов патогенеза церебральных осложнений артериальной гипертензии. Это связано с важной ролью гемостазиологических нарушений в развитии изменений кровотока, формировании тромбов, окклюзирующих магистральные сосуды, а также нарушений микроциркуляции в ишемизированных зонах мозга [1,2].

Как свидетельствуют данные различных исследований [3-5], при артериальной гипертензии в большинстве случаев регистрируются те или иные нарушения со стороны системы гемостаза, чаще связанные с гиперфункцией ее сосудисто-тромбоцитарного звена, проявляющегося гиперагрегацией и угнетением дезагрегации, а также снижением активности противосвертывающих механизмов.



Цель исследования. Проанализировать особенности состояния сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, у больных артериальной гипертонией с высоким риском развития ОНМК.

Материалы и методы. В группы исследования были включены: 30 больных артериальной гипертонией легкой и средней тяжести, с невыраженными факторами церебрального риска (группа сравнения); 53 больных, перенесших ранее острые нарушения мозгового кровообращения в возрасте от 46 до 70 лет, в том числе 38 женщин (71,7%) и 15 мужчин (28,3%). Средний возраст обследованных данной группы составил  $62,4 \pm 1,7$  года, наиболее частая возрастная группа – от 60 до 65 лет; 56 больных артериальной гипертонией средней тяжести и тяжелой, на фоне факторов высокого риска (от 43 до 65 лет, средний возраст –  $59,5 \pm 2,3$  года, в том числе 35 женщин – 62,5% и 21 мужчина – 37,5%).

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц в возрасте от 40 до 62 лет.

Осуществлен анализ показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, а также активности антитромбина III (АТ III) в крови.

Оценивались следующие параметры:

- АДФ-зависимая агрегация тромбоцитов (индекс агрегации тромбоцитов;
- ИАТ, суммарный индекс агрегации – СИАТ, скорость агрегации – СА, индекс дезагрегации – ИДТ);
- содержание в крови фактора вон Виллебранда – ФВ;
- активность АТ III в крови.

Результаты исследования и их обсуждение. Для осуществления сравнительной оценки зависимости нарушений системной регуляции сосудистого тонуса и гемостаза от степени снижения церебрального кровотока все обследованные больные были распределены нами на 2 группы.

В первую из них были включены 24 больных с максимальной степенью стеноза внутренних сонных артерий, превышающей 75%, во вторую – 29 пациентов со степенью стеноза от 50% до 75%.

На следующем этапе исследования нами был проведен анализ показателей системы гемостаза у пациентов вышеуказанной группы при амбулаторном наблюдении и лечении, а также в группе больных АГ с высоким риском развития ОНМК. Полученные данные представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1 - Особенности показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у больных АГ, перенесших ОНМК, и группы высокого риска

Показатель	Контрольная группа (здоровые лица, n=35)	Больные АГ группы низкого риска ОНМК (n=30)	Больные, перенесшие ОНМК (n=53)	Больные АГ группы высокого риска (n=56)
АДФ-индуцированная агрегация:				
ИАТ, %	$47,2 \pm 3,8$	$48,6 \pm 3,1$	$55,8 \pm 4,0$	$53,2 \pm 3,6$
СИАТ, %	$55,9 \pm 4,3$	$61,4 \pm 2,9$	$67,4 \pm 3,5^*$	$65,8 \pm 4,1$
СА, ед.экст./с	$0,023 \pm 0,001$	$0,022 \pm 0,002$	$0,025 \pm 0,002$	$0,025 \pm 0,001$
ИДТ, %	$17,3 \pm 0,7$	$15,8 \pm 0,9$	$14,0 \pm 0,6^*$	$14,3 \pm 0,5^*$
Фактор Виллебранда, мг/мл	$0,49 \pm 0,02$	$0,53 \pm 0,03$	$0,67 \pm 0,03^{*\#}$	$0,70 \pm 0,04^{*\#}$
Примечания:				
* - различия показателя с контрольной группой достоверны, $p < 0,05$				
# - различия показателя с группой АГ низкого риска достоверны, $p < 0,05$				



Выявленные со стороны показателей сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза изменения были связаны главным образом со снижением индекса дезагрегации (на 19,1% - в группе больных, перенесших ОНМК, и на 17,3% - в группе высокого риска,  $p < 0,05$  в обоих случаях).

Кроме того, достоверные различия с контролем были зарегистрированы по показателю СИАТ в группе больных, перенесших ОНМК (превышение на 20,6%,  $p < 0,05$ ).

Наиболее значительные различия с контрольной группой и группой сравнения (больные АГ низкого риска) среди исследованных показателей сосудисто-тромбоцитарного гемостаза были зарегистрированы в отношении уровня фактора Виллебранда, который превышал показатели контроля на 36,7% в группе перенесших ОНМК и на 42,9% - в группе высокого риска ( $p < 0,05$  в обоих случаях). Кроме того, имелось достоверное превышение по данному показателю средних значений группы больных АГ низкого риска развития ОНМК ( $p < 0,05$ ).

У больных, перенесших ОНМК, степень снижения показателя была наиболее значительной и составила 20,8% ( $p < 0,05$ ), хотя его среднее значение было довольно высоким и составило  $(74,1 \pm 5,1)\%$ , а низкие величины показателя (менее 60%) были зарегистрированы в единичных случаях. Достоверным было также уменьшение средней активности АГ III -  $(75,9 \pm 4,7)\%$  у больных АГ группы высокого риска (на 18,9% относительно контрольной группы,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, хотя средние показатели исследованного противосвертывающего

механизма крови у больных, перенесших ОНМК, и группы высокого риска не снижались ниже уровня, характерного для состояния тромбоцитарной готовности, имелись достоверные различия их как с контролем, так и с показателями группы больных АГ низкого риска. Анализ показателей системы гемостаза у больных, перенесших ОНМК, и пациентов с АГ группы высокого риска свидетельствует о том, что и без острых нарушений регионарного кровообращения у них имеются изменения, которые могут играть патогенетическую роль в развитии ОНМК в последующем.

### Литература:

1 Woodward M. et al. Epidemiology of coagulation factors, inhibitors and activation markers: The Third Glasgow Monica Survey Relationships to cardiovascular risk factors and prevalent cardiovascular disease // British Journal of Haematology. – 1997. – Vol.97. – P.785-797.

2 Виленский Б.С. Инсульт. - М.: МИА, 1995. - 288 с.

3 Токтарова Ж.Ж. Клинико-патогенетические аспекты артериальной гипертонии с метаболическим синдромом. Возможности комплексной медикаментозной коррекции: Дисс. к.м.н. – Алматы, 2007. – 128 с.

4 Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертония 2000: ключевые аспекты диагностики и дифференциальной диагностики, профилактики, клиники и лечения. Под ред. В.С. Моисеева. М.: Форте ФРТ, 2001.

5 Цимбалова Т.Е., Баринов В.Г., Кудряшова О.Ю., Затейщиков Д.А. Система гемостаза и артериальная гипертония // Русский медицинский сервер. – 2001. - 08.01.

---

### ТҰЖАРЫМ

Зерттеудің мақсаты – науқастардың жоғары деңгейдегі аса қауіпті артериальды қан қысымы жоғарлаудағы ишемиялық инсульт дамуында гемостаз жүйесінің қан-тамырлар тромбоцитарлы звеносы жағдайының ерекшелігін талдау.

Артериалды гипертониямен ауыратын 139 науқасқа жасалынған клиникалық - гемостазиологиялық зерттеу негізінде регионарлық қан айналымының аса қауіпті жоғары бұзылуынсыз-ақ, ишемиялық инсульт дамуында патогенетикалық ролінің әсерінде өзгерістер бар екендігіне қорытынды жасалынды.



## SUMMARY

The aim of the research is to analyze the peculiarities of the vascular-thrombocyte system of hemostasis of people sick with arterial hypertension with a high risk of sharp abnormalities of cerebral blood flow. On the ground of clinico-hemostasis examination of 139 people sick with arterial hypertension there was drawn a conclusion that without a sharp abnormalities of regional blood circulation with a high risk there are can be changes, that can play pathogenetic role in the development of cerebral blood flow.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КСИТРОЦИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.

*В.Б.Садыкова, Г.Т.Мырзабекова, Л.А.Аманбаева, С.Д.Алпысбаева.  
ГККП «Детская городская клиническая больница № 2», г.Алматы*

Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) у детей занимает значительное место в структуре заболеваний мочевой системы и на их долю приходится в среднем 75,6 – 82 %. За последние 10 лет отмечается рост числа болезней мочевой системы у подростков. Инфекции мочевой системы причина номер два по количеству назначаемых антибиотиков, обеспечивающая 8 миллионов обращений врачам за год, стоящая 1,6\$ миллиарда долларов в год [National Women's Health Resource Center (USA)].

В периоде новорожденности ИМВП чаще регистрируется у мальчиков, а с возрастом возрастает у девочек и они болеют в 10 раз чаще мальчиков. В странах, где мальчикам традиционно проводят обрезание, частота ИМВП очень низка вследствие удаления препуциального мешка, который является резервуаром для уропатогенных микроорганизмов.

В течение многих десятилетий в этиологии ИМС в большинстве случаев преобладают грамотрицательные микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae: E.Coli, Proteus, Klebsiella. «Высеваемость» микроорганизмов из мочи детей, больных ИМС, по данным различных авторов, составляет от 42% до 55%. E.Coli, обладая большим набором факторов

патогенности, является наиболее часто выявляемым этиологическим агентом при ИМС. Ее высеваемость из мочи колеблется от 41,7% до 77,3%. Многочисленные факторы вирулентности ассоциируются с тяжелым течением инфекции мочевой системы:

пиелонефрит - 88%,  
цистит - 60%,  
бессимптомная бактериурия - 55% случаев [Захарова И.Н., 2001].

Протей также нередко бывает этиологически значимым при ИМС у детей. По данным отечественных авторов высеив протей колеблется от 6,5% до 47,6%.

Высеваемость клебсиеллы колеблется от 2% до 17,8%. В последние годы отмечено увеличение частоты обнаружения клебсиеллы в моче. Особую опасность представляют госпитальные штаммы клебсиеллы, способные годами оставаться в больничных помещениях.

Значительное внимание в этиологической структуре ИМС уделяется Pseudomonas aeruginosa, вызывающему упорно текущие варианты ИМС. Высеваемость этого микроорганизма, составляет от 1,9% до 13,6%.

Стафилококк, особенно St.aureus, значительно реже вызывает микробное воспаление в мочевой системе у детей 3,7%. Другие возбудители составляют 7,2%.



Имеются особенности этиологической структуры пиелонефрита в зависимости от возраста ребенка, формы и характера течения, активности патологического процесса, путей распространения инфекции. Установлено, что у амбулаторных больных в моче преобладает *E.coli*, а при пиелонефрите, развившемся в условиях стационара, особенно в отделениях интенсивной терапии, возрастает этиологическая роль клебсиеллы, энтерококка, синегнойной палочки.

Бактериологические исследования мочи у детей с ИМС, проведенные Катосовой Л.К. (1993), показали, что основной микрофлорой, ответственной за внутрибольничное инфицирование, является *Pseudomonas aeruginosa*. В настоящее время большое внимание уделяется роли хламидий в генезе ИМС у детей, которые представляют собой группу облигатных внутриклеточных микроорганизмов. У этих детей чаще отмечалось рецидивирующее течение ИМС. По данным Сохи Л.П. (1994) при рецидивирующем течении пиелонефрита у 88% больных выявлены хламидии в ассоциации с вирусами. Определенную роль в этиологии ИМС могут играть микоплазмы и уреоплазмы. В последние годы внимание клиницистов заслуживают хламидийная, микоплазменная и уреоплазменная инфекция урогенитального тракта. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется свыше 120 миллионов микоплазмоза и 80 миллионов хламидиоза.

Изучение характера микробного спектра мочи, их микробиологических и биохимических свойств, генной структуры позволяет определить особенности течения ИМВП, причины резистентности к антибактериальным препаратам и правильный выбор терапевтической тактики.

В последние годы на фармацевтическом рынке Казахстана появилось значительное количество новых лекарственных препаратов. Это расширяет возможности врачей педиатров в выборе средств для лечения детей. В то же время перед ними возникает непростая задача рационального использования препаратов в каждом конкретном случае, когда нужно учесть не только эффективность препарата, но и отсутствие побочных эффектов и осложнений, простоту схемы применения.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности антибактериального препарата Кситроцин при лечении ИМВП у детей.

Кситроцин (рокситромицин) производства Польфа Пабянице АО привлек наше внимание широким спектром действия на все возбудители ИМВП, которые выделены при бакисследовании мочи у наших обследованных детей. Кситроцин - это полусинтетический антибиотик из группы макролидов. Кситроцин оказывает бактериостатическое или бактерицидное действие в зависимости от его концентрации, вида бактерий и их фазы деления; активен в отношении грамположительных, грамотрицательных и внутриклеточных бактерий. Кситроцин полностью угнетает образование коагулазы, бета-гемолизина и частично лецитиназы и дезоксирибонуклеазы у золотистых стафилококков; уменьшает пролиферацию моноцитов и угнетает синтез интерлейкинов 1, 2-5 Т-лимфоцитами и моноцитами. В отличие от других антибиотиков кситроцин, как и др. макролиды, оказывает противовоспалительный, иммуномоделирующий эффект и обладает антиоксидантным действием. Препарат быстро всасывается при приеме внутрь, его применение с интервалом 12 часов обеспечивает сохранение эффективной концентрации препарата в крови в течение суток. Кситроцин хорошо проникает во многие ткани, а также внутрь клеток – лейкоциты и моноциты, стимулируя их фагоцитарную активность. Уже через 15 минут после приема обнаруживается в сыворотке крови. В клинике Национальной медицинской Академии последипломного образования (Украина Д.Д.Иванов и С.В.Кушниренко) было проведено комплексное клинико-микробиологическое исследование 50 детей с рецидивирующей ИМВП в сочетании с микоплазменной и уреоплазменной инфекциями и с успехом применен Кситроцин. Ликвидация возбудителей через 1 месяц после завершения курса лечения достигнута у 76 % детей. У остальных 24% в начале лечения отмечались резко положительные титры (1:40, 1: 80, 1: 160) и отмечена возможная реинфекция у них бытовым путем.

Приводим свои наблюдения.

Кситроцин в виде монотерапии назначался



18 детям с ИМВП и 12 детям в комплексе с Амоксиклавом ( 5 дневный курс до лечения Кситроцином ), госпитализированным в нефрологическое отделение ГДКБ №2 г.Алматы . Возраст детей: с 4 до 13 лет, 16 девочек и 14 мальчиков, четверо с хроническим циститом , 26 -с рецидивирующим пиелонефритом. Диагнозы верифицированы комплексным обследованием в отделении. Кситроцин у 18 детей назначался с первого дня поступления после взятия мочи на бакпосев в виде монотерапии: у детей с весом до 23 кг (4 человека) по 50 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, а с весом от 24 до 40 кг- по 100 мг 2 раза в сутки, свыше 40 кг - по 150 мг 2 раза в день (14 детей с пиелонефритом) длительностью 10 дней за 15 минут до еды с дальнейшим переводом на Бисептол по схеме противорецидивного лечения и фитопрепарата Канефрон на 4-6 недель.

Остальные 12 детей в возрасте 6-13 лет с рецидивирующим пиелонефритом получали уже до назначения Кситроцина «защищенные» пенициллины - Амоксиклав из расчета: у 5 детей 750 мг в сутки (6-10 лет), у остальных 7 в возрасте 10-13 лет 750 – 1 грамм в сутки в течение 5 дней, с последующим переходом на Кситроцин с 6 дня, так как сохранялись симптомы интоксикации, лейкоцитурия в большом количестве и болевой синдром. Кситроцин назначался по 100 мг 2 раза в сутки 5 детям и по 150 мг 2 раза в сутки 7

детям соответственно веса. Длительность курса Кситроцина им составила также 10 дней.

Здоровье детей после назначения Кситроцина быстро восстанавливалось, на 10 день исчезли симптомы интоксикации; на 3 день от начала лечения купировались боли в животе и лихорадка; у всех больных на 10 день в анализах не отмечалось лейкоцитурии и бактерийурии, и дети на 12-15 дни выписаны из стационара. 26 детям с рецидивирующим пиелонефритом с 11 дня после отмены Кситроцина с целью противорецидивной терапии подключали Бисептол на 4 недели и Канефрон на 4-6 недель под контролем участкового педиатра.

Все дети выписаны из стационара с полной клинико-лабораторной ремиссией. Осложнений и побочных эффектов не отмечалось ни у одного ребенка. За выписанными больными проводили динамическое наблюдение через 1 и 3 месяца, отсутствие рецидивов отмечено у 100% .

Таким образом, полусинтетический макролид КСИТРОЦИН (рокситромицин) является эффективным препаратом для лечения рецидивирующих ИМВП у детей, не дает тяжелых осложнений, позволяет ликвидировать воспалительный процесс и увеличить период ремиссии, удобен в применении, безопасен. Рационально и адекватно подобранная последовательная терапия и его безопасность позволяют рекомендовать применение препарата Кситроцин в терапии детей с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей.



## КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК.

*А.М.Нугманова. Научный центр педиатрии и детской хирургии, г.Алматы*

**Введение.** Одной из актуальных проблем нефрологии является улучшение качества жизни и общей «выживаемости» больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН), распространенность которой в мире неуклонно растет. Несмотря на то, что внедрение методов заместительной почечной терапии (ЗПТ) способствовало увеличению продолжительности жизни больных хронической болезнью почек (ХБП), появился ряд новых проблем, в том числе связанных с частотой сердечно-сосудистых осложнений (ССО) [1 - 5].

Кардиоваскулярные заболевания являются важной причиной смертности у детей с ХПН, 46 % всех осложнений у больных на ГД и у детей на ПАПД (Rizzoni et al., 1990). У детей ХПН в значительной степени отличается от течения у взрослых, т.к. осложнения и поражения других органов и систем развиваются на ранних этапах и носят более выраженный характер [6]. В отличие от взрослых у детей, гораздо быстрее (в течение одного года) развиваются тяжелые нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы вплоть до дистрофии миокарда, что является причиной смерти детей с терминальной почечной недостаточностью [7]. Кардиоваскулярная патология при ХПН проявляется главным образом гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Материалы и методы. Мы провели эхокардиографическое обследование сердца 37 больных, из них 11 детей были с ХБП II-III стадиями и 26 с диализной ХПН. Исследование проведено на диагностическом сканере «Vivid-7, GE» Норвегия в В и М - режимах импульсным датчиком 4 МГц, в положении больного на правом боку. Измеряли толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), определяли конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка, ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ).

Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) определяли по формуле, предложенной R.

Devereux и N.Reichek [8]:

$$\text{ММЛЖ} = 1,04 \times [(\text{МЖП} + 3\text{СЛЖ} + \text{КДР})^3 - (\text{КДР})^3] - 13,6$$

где, МЖП - толщина МЖП в диастолу, ЗСЛЖ - толщина ЗСЛЖ в диастолу, КДР - конечный диастолический размер левого желудочка.

Рассчитывали относительную толщину стенки (ОТС) левого желудочка по формуле:  $\text{ОТС} = (\text{МЖП} + 3\text{СЛЖ}) / \text{КДР}$ , если последний превышал 0,45, то больного относили к концентрическому типу ГЛЖ, если был меньше 0,45 - к эксцентрическому типу ГЛЖ [9].

Результаты. ГЛЖ была диагностирована у 62,2% детей. О ГЛЖ судили в случаях, когда толщина МЖП и/или ЗСЛЖ превышала 0,7-0,9 см. ГЛЖ характеризовалась существенным увеличением массы миокарда, с увеличением линейных размеров и объемных характеристик левого желудочка. Относительная толщина стенок ЛЖ не превышала 0,45, что свидетельствовало о преобладании эксцентрической гипертрофии миокарда.

В наших наблюдениях, как и в исследованиях других авторов, между массой миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и уровнем креатинина (Ссг) имелась тесная связь. Так у больных ХБП со II-III стадиями при Ссг  $0,06 \pm 0,01$  ммоль/л ММЛЖ составила  $66,7 \pm 23,7$  гр., при Ссг  $0,10 \pm 0,02$  ммоль/л возросла ММЛЖ =  $93,3 \pm 46,6$  гр.. Значение снижения функции почек для формирования ГЛЖ еще очевиднее выступает при анализе связи между Ссг и ММЛЖ у больных с диализной ХПН, так при уровне Сг  $0,46 \pm 0,15$  ммоль/л ММЛЖ составила  $121,4 \pm 47,0$  гр., а по мере нарастания Сг  $0,77 \pm 0,06$  ммоль/л, отмечается выраженное увеличение массы миокарда  $163,2 \pm 99,9$  гр..

Среди негемодинамических факторов риска ГЛЖ при ХБП обсуждается значение нарушений гомеостаза кальция и фосфора. В наших исследованиях, как и в ряде других, у больных на программном гемодиализе (ПГ) с ММЛЖ  $137,5 \pm 73,2$  показатели фосфора и кальция крови, оказались значительно выше, чем у больных ХБП со II-III стадиями с ММЛЖ  $78,8 \pm 36,6$  (табл.1).



Табл. 1. Показатели клиренса креатинина и уровня кальция и фосфора крови у больных с ХБП II-III и диализной хронической почечной недостаточностью

Показатели	I группа (ХПН), n = 27	II группа (ХБП II-III ст.), n = 11	p
Ссг (мл/мин)*	0,58±0,19	0,083±0,02	0,001
Кальций, ммоль/л	1,91± 0,43	2,09 ± 0,24	0,5
Фосфор, ммоль/л	1,88 ± 0,66	-	-
ММЛЖ	137,5± 73,2	78,8± 36,6	0,02

Известно, что повышение фосфора крови зависит от снижения Ссг, такая закономерность выявлялась и в наших наблюдениях (табл. 1) у диализных больных. При этом оказалось, что между ММЛЖ и уровнем фосфатов крови определялась тесная статистически высоко значимая связь. Между уровнем кальция крови и ММЛЖ также выявлялась достоверная связь. Следует отметить, что в наших исследованиях при ХБП II-III ст. показатели кальция крови при всех уровнях Ссг находились в диапазоне нормальных значений, тогда как в группе пациентов, получавших диализную терапию прослеживалась тенденция к гипокальциемии при сопоставимом уровне фосфора крови. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей с терминальной ХПН проявляется гипокальциемией (1,91±0,43) и гиперфосфатемией (1,88 ± 0,66). Указанные нарушения играют важную роль в патогенезе и развитии сердечно-сосудистых заболеваний при ХПН. При нарушении фосфорно-кальциевого обмена значительно повышается летальность [10].

#### Заключение.

Кардиоваскулярные нарушения могут возникать уже на ранних стадиях ХПН, и их частота возрастает по мере прогрессирующего падения функции почек. Эти изменения проявляются гипертрофией миокарда левого желудочка, увеличением массы миокарда левого желудочка, нарушением фосфорно-кальциевого обмена. Избежать или уменьшить клинические проявления кардиоваскулярной патологии можно путем своевременного выявления поражений сердца и/или их факторов риска еще на этапе до проведения диализа,

а также ранней коррекции, направленной на предотвращение или уменьшение гипертрофии левого желудочка.

#### Литература:

1. Милованов Ю. С. «Оптимизация лечения больных хроническим гломерулонефритом и нефритом при системных заболеваниях с почечной недостаточностью на додиализном этапе» Автореф. ... д. м. н. – Москва, 2007г., 41с.
2. Brunner F.P., Selwood N.H. on behalf of the EDTA Registry Committee. Profile of patients on RRT in Europe and death rates due to major causes of death groups. *Kidney Int* 1992; 42 [Suppl 38]: 4-15.
3. Churchill D.N., Taylor D.W., Cook R.J. et al. Canadian hemodialysis morbidity studies. *Am J Kidney Dis* 1992; 19: 214-234.
4. Collins A.J., Shuling L., Jennie Z., Herzog C. Cardiovascular disease in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38 (4), suppl. 1: 26-29.
5. Foley R.N., Parfrey P.S., Sarnak M. Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal failure. *Am J Kidney Dis* 1998; 32 [Suppl 3]: 12-19.
6. Зверев Д.В. Из книги: Нефрология: Руководство для врачей / под ред. И.Е. Тареевой. — М.: Медицина, 2000. — 2-е изд.
7. Сафонов В.В. «Особенности трансплантации почки у детей». Автореф. ... д.м.н. НИИ урологии, Москва, 2003г.
8. Devereux R.B. Reichek N. Echocardiographic and its regresson //London.1992. p.1-11
9. Грачев А.В., Аляви А.Л., Ниязова Г.У. Масса миокардалевого желудочка, его функциональное



состояние и диастолическая функция сердца у больных артериальной гипертонией при различных эхокардиографических типах геометрии левого желудочка сердца. Кардиология №3, 2000, с. 31-38

10. Rostand S.G., Drüeke T.B. Parathyroid hormone, vitamin D, and cardiovascular disease in chronic renal failure. *Kidney Int* 1999;56:383 -392

### ТҰЖЫРЫМ

37 бала зерттелді, оның ішінде 11 балада СБЖ II-III сатысы және 26 бала гемодиализ емін қабылдайды. Сол қарынша гипертрофиясы белгілері 62,2% балаларда анықталды, миокард массасының айқын ұлғаюымен көрініс берді, жоспарлы гемодиализ емін алушы балалардағы сол қарыншаға тән көрініс. Сол қарынша салыстырмалы қалыңдығы 0,45-тен асқан жоқ, бұл миокард гипертрофиясының эксцентриалық түріне тән. Балаларда созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің терминальді сатысында гипокальциемия ( $1,91 \pm 0,43$ ) және гиперфосфатемия ( $1,88 \pm 0,66$ ) анықталуда, СБЖ кезінде жүрек-қан тамыр жүйесінің зақымдануының патогенезінде негізгі рөлге ие. Балалардағы созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі кезінде ЭхоКГ негізгі зерттеу әдісіне жатуы керек, жүрек зақымдануын ерте анықтау және қауіп тобын диализге дейінгі сатысында анықтау мақсатында.

### SUMMARY

37 patients have been investigated, 11 of them were by chronic renal diseases II-III stage and 26 patients treated with chronic HD. Left ventricular hypertrophy was detected in 62,2% kids, have been describe by essential increase of myocardium mass, volumetric reference of left ventricular of patients on programmed hemodialysis. Relative thickness of wall of left ventricular not exceed of 0.45, what testify to predominate of eccentrically hypertrophy myocardium. Patients with end-stage CRF where distinguished, hypocalcaemia ( $1,91 \pm 0,43$ ) and hyperphosphatemia ( $1,88 \pm 0,66$ ), which have important part in pathogenesis and development of cardiovascular diseases in chronic renal failure. Echocardiography must to be as obligated method of investigation of children with CRD, for timely determine damage of hard or their risk factor before to treatment by dialysis.

## НОЛИПРЕЛДІ АРТЕРИЯЛЫ ҚЫСЫМНЫҢ КӨТЕРІЛУІН ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ.

*Ғ.М.Қасымова, А.Т.Терлікбаева, Б.М.Қасымова, А.С.Бижанова, А.Ж.Дәрыбаева,  
Г.И.Сәрсенова, А.Б.Мұстафин, Л.С.Дәулетбеков, К.Назарова.  
С. Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.*

Артериялы қысымның көтеруін (АҚК) емдеудің тиімділігі өте маңызды мәселе болып табылады.

Мақсат: Артериялы қысымның көтеруін емдеуде нолипрел препаратының тиімділігін зерттеп білу.

Мәліметтермен зерттеу әдістері: зерттеуге АҚК 25 науқас қосылған: 45 пен 62 жас аралығындағы 18 әйел мен 7 еркек. Аурудың ұзақтығы 10 – 14 жылды құрды. Жүректің сазып ауруы (ЖСА) барлық науқастарда ілеспелі ауру болды.



Зертханалық зерттеулер қосады: қанның жалпы анализі, несептің жалпы анализі, холестерин, креатинин, қандағы глюкоза, ЭКГ, бүйректің, бүйрек үсті безінің УДЗ, көз түбін зерттеу.

Нолипрел тәулігіне бір рет белгіленген. Тым көп мөлшерлері қолданылмаған. Стационарда пациенттер базисты терапияға қоса антикоагулянттарды қабылдаған.

Нәтижесі: Науқастарды нолипрелмен емдегенде оларда тұрақты қысымды төмендететін салдары байқалды, ол жай препаратты қабылдаған соң тәулік бойы сақталған. Кешкі және таңғы уақытта кенет

көтерілуі байқалмады. Науқастар препаратты жақсы қорытты. Көпшілік науқастарда (55%) препаратты қабылдағаннан соң бір сағаттың ішінде мақсатты цифрларға жетті, 45% - 2 сағаттың ішінде. Қосымша әрекеттер байқалмады.

Қорытынды: Нолипрел тұрақты қысымның көтерілуіне қарсы салдарына, жақсы қорытылуына қабілетті. Нолипрелдің артықшылығы болып оның бір рет қабылдайтыны, науқастардың артериялы қысымның көтерілуін емдеуге қолайлы препарат, ЖСА-мен ассоцияланған.

---

## РЕЗЮМЕ

Эффективность лечения артериальной гипертензии (АГ) является весьма актуальной проблемой.

В исследование были включены 25 больных АГ: 18 женщин и 7 мужчин в возрасте от 45 до 62 лет. Длительность заболевания составила 10-14 лет.

При лечении нолипрелом у больных наблюдался устойчивый гипотензивный эффект, который поддерживался в течении суток после приема препарата. Резких подъемов в вечерние и утренние часы не отмечено. Препарат хорошо переносился больными. У большинство больных (55%) целевые цифры достигались в течение 1 часа после приема препарата, у 45% - в течение 2 часов. Побочных реакций не выявлялось.

Выводы: Нолипрел обладает устойчивым антигипертензивным эффектом, хорошей переносимостью. Преимуществом нолипрела является однократный прием, препарат оптимален для лечения больных АГ, ассоциированных с ИБС.

---



## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК

*А.Е.Арстанбекова, А.Ж. Жаилова, И.А.Аскарова.*

*Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей г.Алматы*

Преждевременное половое развитие (ППР) у девочек связано с появлением вторичных половых признаков до 8 лет. ППР характеризуется многообразием форм, имеющих различный генез и полиморфную клиническую картину. Наиболее распространенным вариантом заболевания является истинное ППР (1). Возникновение истинного ППР обусловлено ранней активацией у девочек системы гипоталамус-гипофиз, что приводит к повышенной выработке гонадолиберина и гонадотропинов, вызывающих преждевременное функционирование гонад. Увеличение секреции половых гормонов в яичниках способствует раннему появлению вторичных половых признаков у девочек. Половые гормоны, обладая также анаболическим эффектом, вызывают ускорение роста ребенка. Ускорение дифференциации скелета вызывает замедление темпов роста и приводит зачастую к низкорослости. Следовательно, патологическое значение ППР заключается в раннем появлении вторичных половых признаков и формировании низкорослости (2,3).

С учетом изложенного патогенеза истинного ППР лечение заболевания должно быть направлено на ингибирование гормональной активности гипоталамо-гипофизарной системы. До недавнего времени для лечения истинного ППР использовался ципротерона ацетат. Препарат является синтетическим антиандрогеном, обладающим и антигонадотропным эффектом.

Патогенетически более обоснованными в лечении ППР являются аналоги гонадотропин-рилизинг гормона, ингибирующие выработку собственного гонадолиберина и подавляющие гонадотропную функцию гипофиза. Таковым официально признанным на нашем рынке является Трипторелин под торговым названием Диферелин 3,75 мг.

Целью настоящего исследования явилось сравнение эффективности ципротерона ацетата и Диферелина 3,75 мг у девочек с истинным ППР.

Под нашим наблюдением находилось

75 девочек с истинным ППР в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Из этого количества 30 получали терапию андрокуром внутрь в дозе 25 – 50 мг в день (1 группа), 45 – Диферелином 3,75 мг 1 раз в 28 дней внутримышечно. Продолжительность лечения в обеих группах составила  $24 \pm 1,1$  месяцев.

Эффективность терапии оценивалась клинически по динамике выраженности вторичных половых признаков, темпов физического развития и окостенения, уровня гонадотропных гормонов (лютеинизирующего – ЛГ и фолликулостимулирующего – ФСГ), а также эстрадиола в крови. Выраженность вторичных половых признаков оценивалась по Таннеру (4). Вычислялся коэффициент оссификации (КО) - отношение костного возраста в годах к хронологическому в годах (в норме составляет 1,0).

Выраженность вторичных половых признаков к концу первого года лечения уменьшилась у 46% детей 1-й группы и 72% второй. На втором году лечения их проявление уменьшилось еще у 23% детей 1-й и у 27% детей 2-й группы. В целом положительное влияние андрокура на выраженность вторичных половых признаков было отмечено у 69% девочек с истинным ППР, Диферелина 3,75 мг – у 99% пациентов.

Оба препарата оказывали положительное влияние и на темпы роста. Так, если исходные средние значения ежегодной прибавки роста в группе детей, лечившихся андрокуром, составляла  $10,8 \pm 0,4$  см/г, Диферелином  $3,75$  мг –  $11,3 \pm 0,39$  см/г ( $P < 0,05$ ). Через год от начала лечения этот показатель в обеих группах составил в среднем  $6,5 \pm 0,29$  см/г. Спустя два года темпы роста снизились в 1-й группе до  $5,5 \pm 0,2$  см/г, во 2-й группе до  $5,3 \pm 0,17$  см/г. Таким образом, темпы роста статистически достоверно ( $P < 0,01$ ) замедлились в обеих группах, достигнув при этом значений, характерных для допубертатного возраста.

Что касается темпов оссификации,



то следует отметить, что результаты в наблюдавшихся группах были различными. В наших наблюдениях применение андрокура не замедляло темпов окостенения. Напротив, несмотря на регулярный прием препарата, темпы оссификации прогрессировали. Так, если до назначения препаратов КО составлял  $1,66 \pm 0,06$ , то через год от начала лечения его значения возросли до  $1,7 \pm 0,05$ , через два до  $1,78 \pm 0,05$  ( $P < 0,05$ ).

На фоне терапии Диферелином  $3,75$  мг уже через 1 год КО достиг  $1,56 \pm 0,07$ , против исходного  $1,76 \pm 0,1$ . Через два года показатель снизился до  $1,47 \pm 0,07$  ( $P < 0,01$ ).

На фоне лечения обоими препаратами у пациентов с истинным ППР происходили положительные изменения в гормональном статусе. Так, исходный базальный уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) соответствовал в 1-й группе  $5,68 \pm 0,6$  мМЕ/л, во 2-й  $6,9 \pm 0,9$  мМЕ/л. Через год концентрация ЛГ в 1-й группе снизилась до  $3,5 \pm 0,5$  мМЕ/л, во 2-й – до  $1,98 \pm 0,4$  мМЕ/л. Спустя 2 года непрерывной патогенетической терапии средний уровень ЛГ у детей 1 группы соответствовал  $3,4 \pm 0,66$  мМЕ/л, второй –  $1,29 \pm 0,28$  мМЕ/л. Таким образом, в обеих группах в динамике концентрация ЛГ снизилась, однако более значимо – при терапии Диферелином  $3,75$  мг.

Аналогично уровню ЛГ в крови изменялась концентрация фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Исходно его уровень в обеих группах соответствовал  $4,9 \pm 0,5$ – $0,8$  мМЕ/л. В динамике через год средняя концентрация ФСГ составляла в 1-й –  $4,05 \pm 0,66$  мМЕ/л, во 2-й –  $3,1 \pm 0,48$  мМЕ/л. К исходу второго года лечения среднее значение гормона в крови детей первой группы составило  $2,7 \pm 0,47$  мМЕ/л, второй –  $1,46 \pm 0,4$  мМЕ/л. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в оба препарата оказывают выраженное супрессивное влияние на синтез гонадотропных гормонов. Однако лишь терапия Диферелином  $3,75$  мг привела к тому, что их уровень в крови детей достиг препубертатных значений.

Параллельно снижению выработки гонадотропных гормонов на фоне лечения обоими препаратами происходило снижение синтеза эстрадиола в яичниках. При исходно

практически не различавшихся концентрациях эстрадиола в крови –  $51,9 \pm 8,9$  и  $51,67 \pm 7,7$  нмоль/л соответственно в 1 и 2 группах. Через год лечения андрокуром показатель снизился до  $35,0 \pm 6,3$  нмоль/л, через два –  $24,57 \pm 5,7$ . Использование Диферелина  $3,75$  мг вызвало снижение выработки эстрадиола у девочек через год – до  $33,0 \pm 5,17$ , через два – до  $22,2 \pm 3,1$  нмоль/л. Результаты первого и второго года лечения в каждой группе достоверно отличались от исходных ( $P < 0,05$  –  $0,01$ ).

### Выводы

1. Применение андрокура у девочек с истинным ППР приводит к выраженному снижению уровня гонадотропных и половых гормонов в крови и к значительной регрессии вторичных половых признаков, замедлению темпов роста. Однако, препарат не оказывает тормозящего эффекта на ускоренные темпы окостенения.

2. Синтетический аналог гонадолиберина Диферелин  $3,75$  мг в отличие от андрокура оказывает более ингибирующее влияние не только на гормональный профиль, выраженность вторичных половых признаков, темпы роста, но и на темпы окостенения у девочек.

3. Применение Диферелина  $3,75$  мг у детей с истинным ППР является надежной профилактикой низкорослости у девочек.

### Литература:

1. Базарбекова Р. Б. О некоторых формах преждевременного полового созревания у девочек // Труды НИИ Краев. патолог. МЗ КазССР. – 1977. – Т.33. – С. 157 – 160.

2. Семичева Т. В. Состояние гипофизарно-гонадальной системы у детей с преждевременным половым развитием // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1983. – 19 с.

3. Семичева Т. В. Оценка эффективности применения андрокура при лечении преждевременного полового развития // Педиатрия – №11. – 1989. – С. 49 – 53.

4. Касаткина Э. П., Матковская А. Н., Волкова Т. Н., Ибрагимова Г. В., Окулон А. Б., Аметов А. С. Возрастные нормативы для оценки состояния эндокринной системы у детей // Учебное пособие ЦОЛИУВ СССР. – Москва. – 1983.



## ТҰЖЫРЫМ

Зерттеудің мақсаты. Шынайы ерте жыныс дамуына (ЕЖД) ципротерон ацетат және диферелинмен 3,75мг емдеудің нәтижелері көрсетілген.

Материал және әдістері. Шынайы ЕЖД 75 қыз бала бақылауда болды. 25 балаға ципротерон ацетат тәулігіне 25–50мг дозада берілді, басқа 25 балаға – 3,75мг диферелин 3,75мг дозаға 28 күнге 1 рет берілді. Әр топтағы емнің жалпы ұзақтығы  $24 \pm 1,1$  айды қрайды.

Нәтижелері. Баларда екі препаратпен емдеу нәтижесінде екіншілік жыныс белгілерінің сейқын регрессиясы болғаны көрінеді. Бірақ, диферелин 3,75мг емдеуде сүйектену темпінің қалыптауына әкеледі, ал бір уақытта балалардың жоспарланған өсуенің нәтижесін жақсартады.

## RESUME

Aim of research. Results of the treatment by cyproteron acetate and difereleline in 3,75mg have been set forth.

Material and methods. 75 children with genuine premature development underwent the observation. 25 children were treated with acetate cyproteron by 25–50 mg a day, the rest ones got Diphereline by 3,75mg at 3,75mg ones in 28 days. Totally treatment lasted for  $24 \pm 1,1$  month.

Results. Both types of medicine have shown a remarkable regression of secondary sexual symptoms. However treatment by diphereline 3,75mg leads to the normal ossification which improves forecast of the final growth of the children.

Key words: genuine premature sexual development, difereleline in 3,75mg, cyproteron acetate.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ И МИКРОСПОРИИ.

*А.Т.Карибаева.*

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК, г.Алматы*

Современная классификация микозов кожи, вызываемых дерматомицетами, предусматривает их деление по принципу локализации: микоз волосистой части головы (tinea capitis), микоз гладкой кожи (tinea corporis, tinea circinata) /1/. В зарубежной литературе описаны классификации дерматомикозов по этиологическому признаку /2/.

Клиническая картина микозов волосистой части головы определяется экологией возбудителя – антропофильные, зоофильные или геофильные грибы, способом расположения элементов гриба в волосе – эндотрикссы, эктотрикссы и степенью выраженности

воспалительной реакции в коже в ответ на внедрение гриба.

Зоофильные грибы (эктотрикссы) являются, как правило, возбудителями острых, инфекционно-нагноительных форм микоза волосистой части головы, антропофильные грибы (эндотрикссы)- поверхностные слабо воспалительные поражения кожи /3/.

Согласно данным некоторых авторов /3/ наблюдается увеличение регистрации больных зооантропонозной трихофитией, обусловленной зоофильными грибами *Tr.mentagrophytes var. gypseum* и *Tr.verrucosum*, которые поражают волосистую часть головы, кожу на открытых



участках тела, часто с вовлечением пушковых волос. В отличие от зоантропонозной микроспории при трихофитии инкубационный период продолжается от 1-2 недель до 2 месяцев. Для заболевания характерна клиническая картина в виде поверхностной, инфильтративной и нагноительной форм. Одной из тяжелых форм считается глубокая трихофития волосистой части головы, которая начинается с фолликулитов и перифолликулитов, быстро трансформирующихся в болезненный плотный, ограниченный островоспалительный, часто абсцедирующий инфильтрат, полушаровидной или бугристой формы. Инфильтраты могут достигать 6-8 см в диаметре, имеют ярко-красный или синюшный цвет и резко очерченные границы. Количество очагов может достигать 5-6. Поверхность инфильтратов усеяна множеством глубоких пустул и обломанных волос. Внешне неизменные волосы часто представляются склеенными рыхлой коркой вследствие глубокого гнойного воспаления. Со временем инфильтрат размягчается и покрывается гнойно-геморрагическими корками. После их удаления выявляются мелкие фолликулярные отверстия, напоминающие медовые соты (kerion). При сдавливании инфильтрата из отверстий, как через сито, выделяются капли густого гноя. С корками и гноем отторгаются пораженные волосы. Зоантропонозная трихофития может напоминать на волосистой части головы другие микозы-инфильтративно-нагноительную форму микроспории, импетинозную форму фавуса, гранулематозный кандидоз. Также следует дифференцировать с глубоким стафилококковым фолликулитом, стрептококковым импетиго, особенно осложняющим течение педикулеза; фурункулами и карбункулами, абсцедирующим и подрывающим фолликулитом и перифолликулитом головы Гоффмана, келоидными углями.

У некоторых больных в клинической картине может преобладать выраженное шелушение кожи головы при минимальной воспалительной реакции и тогда заболевание напоминает себорейный дерматит или псориаз. При наличии более выраженного очагового выпадения волос при поверхностной трихофитии волосистой части головы дифференциальную диагностику следует проводить с очаговой алопецией,

трихотилломанией, вторичным сифилисом.

Другим хроническим грибковым заболеванием, начинающимся в детском возрасте, является фавус. Имеются сообщения об единичных случаях фавуса в России и Узбекистане. По данным Абидовой З.Ш. описан фавус волосистой части головы, протекающий в двух формах – сквамозной (пителиазиформная) и скутулярной форме у детей /4,5,6,7/.

Инфильтративно-нагноительная форма микроспории может напоминать на волосистой части головы другие микозы-зоантропонозную трихофитию, импетинозную форму фавуса, гранулематозный кандидоз, на гладкой коже - узелково-узловатую форму руброфитии, хроническую форму поверхностной трихофитии, а также некоторые дерматозы: микробную экзему, дискоидную красную волчанку, стафилококковый сикоз, эритему /6/.

Клиническая картина микроспории зависит от возрастных особенностей, состояния здоровья больного, локализации очагов поражения и глубины проникновения гриба. По локализации условно можно выделить микроспорию волосистой части кожи головы и микроспорию кожи туловища и конечностей. Микроспория гладкой кожи наблюдается в 70-80% случаев, при этом чаще стали регистрироваться случаи с множественными очагами и поражением пушковых волос /7/. К тяжелым формам дерматофитий гладкой кожи, волосистой части головы предрасполагают: снижение функции иммунной системы, ВИЧ-инфекция, длительное лечение кортикостероидными гормонами и цитостатиками, а также другие заболевания /8/.

Ряд авторов приводят случаи контактного пемфигуса, ассоциированного с воздействием биохромата натрия, серноокислого хрома, бензилбензоата, формальдегида, линдана. Описан случай рецидивирующей листовидной пу-зырчатки, спровоцированной мазью, содержащей неомидин, полимиксин, бацитрацин, при ремиссии процесса /9/.

Таким образом, проблема дифференциальной диагностики дерма-томикозов и других воспалительных дерматозов является острой, чаще стали встречаться случаи диагностических ошибок при атипичных и обычных локализациях дерматомикозов.



Таблица.1 Клинические формы дерматомикозов.

Вид возбудителя	Носители	Клинические особенности	Частота
<i>Trichophyton rubrum</i>	Человек	<i>Tinea pedis</i> , <i>tinea manuum</i> , <i>tinea corporis</i> , <i>onychomycosis</i>	Обычно
<i>Trichophyton mentagrophytes</i> Var. <i>interdigitale</i> Var. <i>Granulosum</i>	Человек Мыши, гвинейские свиньи	<i>Tinea corporis</i> , <i>tinea faciei</i> , <i>tinea barbae</i> , <i>tinea capitis</i>	Обычно; чаще у детей
<i>Trichophyton erinacei</i>	Ежи	<i>Tinea corporis</i> , <i>tinea manuum</i>	Редко
<i>Trichophyton verrucosum</i>	Коровы, лошади	<i>Tinea corporis</i> , <i>tinea barbae</i> , <i>tinea capitis</i> (often <i>kerion</i> )	Обычно
<i>Trichophyton violaceum</i>	Человек	<i>Tinea capitis</i> , <i>tinea barbae</i> , <i>tinea corporis</i>	Обычно в регионе Средиземного моря
<i>Trichophyton tonsurans</i>	Человек	<i>Tinea capitis</i> (black dot), <i>tinea corporis</i>	Обычно в Северной и Центральной Америке
<i>Trichophyton schoenleinii</i>	Человек	<i>Tinea capitis</i> (favus), <i>onychomycosis</i>	Необычно, в эндемичных районах
<i>Epidermophyton floccosum</i>	Человек	<i>Tinea inguinalis</i> , <i>tinea pedis</i> , <i>tinea corporis</i> ; almost never hair or nail disease	Необычно
<i>Microsporon canis</i>	Собаки, кошки	<i>Tinea capitis</i> , <i>tinea corporis</i>	Обычно
<i>Microsporon gypseum</i>	Почва	<i>Tinea capitis</i> , <i>tinea corporis</i>	Обычно
<i>Microsporon audouinii</i>	Человек	<i>Tinea capitis</i>	Обычно (необычно для Северной Америки)

**Литература:**

1. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. М.- 2003.- С.153-184.
2. W.Sterry., R.Paus. Thieme Clinical Companions Dermatology. Fungal Diseases. P.107-112.
3. Разнатовский К.И., Родионов А.Н. Дерматомикозы.- СПб.-2006.- С.43-74.
4. Степанова Ж.В., Гребенюк В.Н. Диагностические ошибки при зооантропонозной трихофитии. ВДВ.- 2001.- С.36-38.
5. Потекаев Н.Н., Степанова Ж.В. Хроническая « черноточечная» трихофития у ребенка. ВДВ.- 2001.- №2.- С.46-47.
6. Скрипкин Ю.К. Руководство для врачей. 1999.- С.271-279.
7. Абидова З.М., Карабаева И. Опыт лечения зооантропонозной микроспории различными противогрибковыми препаратами. Научно-практич.конф. по мед. микол. (Кашкинские чтения).Тезисы.- С.34
8. Белозеров Е.С. Болезни иммунной системы. 2005.
9. Аравийский В.А., Климко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов.- СпБМАПО, 2004.

**ТҮЖЫРЫМ**

Микоз ауырлардың зооантропоноздық түрлерін бақылау және трихофитияның атипикалық түрлерін емдеу туралы. Микоздардың дифференциалдау мәселе көтеріледі. Ірінді ісікпен, кандидозбен, жегі ауырмен айырымдайды.

**SUMMARY**

Zoophilic infections always elicit a more intense immune response and thus appear more aggressive. Differential diagnosis with staphylococcal infection, erythema, candidiasis and inflammation dermatitis.

## **НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИКОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.**

*А.Т.Карибаева.*

*Научно-исследовательский кожно-венерологический институт МЗ РК, г.Алматы*

В настоящее время уровень заболеваемости социально-значимыми дерматозами составляет значительную часть инфекционной патологии (1). Среди них в эпидемиологическом аспекте из-за широкого распространения заболеваний, особенно среди детского населения и подростков дерматомикозы представляют сложную медико-социальную проблему (2).

Результаты эпидемиологических исследований последних лет свидетельствуют

об актуальности данной проблемы в различных регионах. Так, например, на Украине при активном выявлении пациентов, страдающих микозами, показано, что 31% населения страдает грибковыми заболеваниями (2). В России также сохраняется неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, связанная с заболеваемостью микроспорией (25,1 на 100 тыс. населения, 2003г.) (3). В Республике Северная Осетия наблюдался некоторый



всплеск заболеваемости микроспорией в 1995, 1998, 2001 гг. (30,8; 42,6; 35,6 на 100 тыс. населения соответственно). В Республике Башкортостан выявлен рост заболеваемости зооантропонозной трихофитией среди детей – 40,2 на 100 тыс. населения по сравнению с Российской Федерацией – 9,1 на 100 тыс. населения в 2003 году (4).

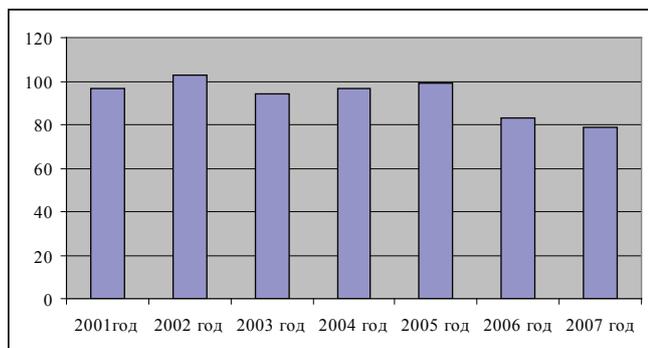


Рисунок.1 Динамика заболеваемости дерматомикозами в РК за период 2001-2007 гг. на 100 тыс. населения

В Казахстане установлено, что при оценке динамики числа заболеваний,

зарегистрированных в интенсивных показателях за 2001-2007 гг., в целом, заболеваемость дерматомикозами имеет стабильный уровень, а наибольшие показатели отмечены в 2002 и 2005 гг. – 102,5 и 98,8 на 100 тыс. населения соответственно.

По результатам наших исследований, заболеваемость дерматомикозами в Республике Казахстан имеет различную распространенность в зависимости от региональных особенностей и имеет некоторую тенденцию к увеличению в отдельных областях. Так, например, по г. Астане данный показатель увеличился в 2007 году в 3,5 раза, а в Павлодарской области – в 1,4 раза по сравнению с 2006 годом. Увеличение заболеваемости дерматомикозами регистрировалось в Южно-Казахстанской, Акмолинской, Алматинской, Жамбылской областях и в г. Алматы. Данный факт может быть связан с недостаточной преемственностью работы дерматовенерологических учреждений с санитарно-эпидемиологическими, педиатрическими службами областей и городов, а также ветеринарными и коммунальными учреждениями.

Таблица 2. Динамика заболеваемости дерматомикозами по областям за период 2001-2007 на 100 тыс. населения

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
г. Алматы	75.4	114.1	117.9	126.6	136.4	69.4	91.7
г. Астана	257.9	172	90.9	110.4	212.5	53.3	186.8
Южно-Казахстанская	59.5	81.2	78.2	88.4	85.3	81.3	82.5
Акмолинская	121.5	104.3	96.7	70	60.5	57.8	63.6
Жамбылская	41.4	62.6	82.3	72	93.5	68.6	75,0
Павлодарская	129.9	145.2	85.1	71.3	61.5	62.4	88.7
Алматинская	45.2	55.2	16.6	50.8	36.6	42.4	49.5

Согласно статистическим данным трихофития и микроспория составляет в среднем 1/3 часть от всех дерматомикозов. Уровень заболеваемости трихофитией и микроспорией превосходил в Южно-Казахстанской, Мангыстауской, Жамбылской, Атырауской, Акмолинской областях и в г. Астане в 1.1 раза – 1.3 раза в 2007 году по сравнению с показателями 2006 года.

Интенсивный показатель заболеваемости дерматофитиями среди сельских жителей выше и превосходит в 1,1 раза данные показатели городских пациентов. Наибольшие показатели

заболеваемости сельского населения отмечены в Карагандинской области – 70,2 на 100 тыс. населения против 29,2 на 100 тыс. населения в городе.

Мы проанализировали заболеваемость дерматомикозами по полу и установили, что мужчины чаще страдают этой патологией и превосходят по заболеваемости в 1,6 раз по сравнению с показателями женщин (2857 в абс. ч., 39,4 на 100 тыс. нас. против 1908 в абс. ч., 24,4 на 100 тыс. нас.). При этом данный показатель выше у городских жителей мужского пола в Атырауской области в 2,3 раза, в Северо-



Таблица. 3. Сравнительные показатели заболеваемости дерматомикозами в РК по областям 2006-2007 года в абс.ч. и на 100тыс. нас.

	2006		2007	
	абс.ч.	На 100тыс.	абс.ч.	на 100тыс.
РК	4389	28.7	4089	26.6
Акмолинская	168	22.5	180	24
Актюбинская	251	36.3	199	28.6
Алматинская	170	10.5	143	8.8
Атырауская	171	135.9	196	40.8
Восточно-Казахстанская	451	31.6	399	28
Жамбылская	231	23	278	27.5
Западно-Казахстанская	70	11.5	58	9.5
Карагандинская	481	36	314	23.4
Кызылординская	259	41.7	214	34.2
Костанайская	229	25.4	218	24.2
Мангыстауская	64	16.7	84	21.5
Павлодарская	124	16.7	41	5.5
Северо-Казахстанская	182	27.5	156	23.6
Южно-Казахстанская	1048	46.6	1153	50.5

Казахстанской области в 1,3 раза по сравнению с сельскими. В сельской местности мужчины, составляющие основную часть работающего населения, чаще страдают дерматомикозами в Карагандинской в 2,3 раза, в Кызылординской в 2,0 раза чаще в сравнении с городскими.

Таким образом, несмотря на относительную стабилизацию заболеваемости дерматомикозами в РК, в некоторых регионах наблюдается

тенденция роста данной патологии как среди городских жителей, так и сельских пациентов. Учитывая, что скрытое накопление больных в популяции может привести к росту заболеваемости дерматомикозами, необходимы активное выявление больных, своевременное и адекватное лечение, а также эффективная реализация нормативных и методических документов, утвержденных МЗ РК.

Таблица.4. Интенсивный показатель заболеваемости дерматомикозами среди городских и сельских жителей в РК за 2005г.

	Всего	город	село
РК	31.5	30.5	32.8
Акмолинская	23.0	21.5	24.4
Актюбинская	43.1	43.4	42.6
Алматинская	11.6	9.2	12.6
Атырауская	35.7	47.5	20.2
Восточно-Казахстанская	39.3	39.4	39.2
Жамбылская	25.0	16.9	31.6
Западно-Казахстанская	14.5	12.8	15.7
Карагандинская	35.7	29.2	70.2
Кызылординская	38.7	29.8	51.8
Костанайская	25.3	25.0	25.7
Мангыстауская	15.2	16.8	10.1
Павлодарская	10.4	10.2	10.7
Северо-Казахстанская	40.3	48.7	36.0
Южно-Казахстанская	51.1	50.9	51.3
г. Астана	13.7	13.7	0.0
г. Алматы	40.3	40.5	0.0



### Литература:

1. Баткаев Э.А., Исаева Т.И. Ретроспективный эпидемиологический анализ динамики заболеваемости микроспорией в Республике Северная Осетия-Алания за 1993-2004гг. ВДВ; 2007; 3; 19-21.

2. Степанова Ж.В. Опыт применения

итраконазола в лечении грибковых заболеваний ногтей и кожи. ВДВ; 2001; 2; 66-67.

3. Хисматуллина З.Р. Случай зооантропонозной трихофитии, устойчивой к лечению гризеофульвином. ВДВ; 2005; 6; 58.

4. Бондарев И.М. Алгоритм доказательной технологии управления дерматовенерологической службой на модели чесотки и микроспории. ВДВ; 2004; 1; 2.

---

### ТҰЖЫРЫМ

Дерматомикоз ауруы кейбір облыстарда көбею қарқынымен дамуда. Сондықтан, медициналық мекемелердің жұмыстары коммуналдық және ветеринарлық жұмыстармен бірігіп, тығыз тәжірибеде жұмыс істеулері керек болып тұр.

### SUMMARY

We showed, that fungal infections increased in part of regions. And so we have join medical, municipal and veterinary institute.

Түйын. Дерматомикоз ауруы кейбіреу аймақтарда арту көрсетілген. Сол себепті медициналық, коммуналдық және мал дәрігерлік мекемелер қосылу қажет.

---

## ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

*Г.Р.Жапбаркулова. Казахстанский медицинский университет, г. Алматы*

Актуальность. Одним из важных достижений в области медицины во второй половине 20-го века явилось открытие факторов, влияющих на развитие и прогрессирование неинфекционных заболеваний (НИЗ), получивших название факторов риска (ФР). Концепция ФР стала научной основой профилактики НИЗ и широко используется во многих странах в практической работе. Наличие ФР приводит к потерям здоровых лет жизни и, следовательно, к огромному невосполнимому социально-

экономическому урону общества. ФЗОЖ и мониторинг ФР является основой медицинской профилактики в настоящее время. На наш взгляд представляется не менее значимым изучение роли факторов риска в формировании патологии органов пищеварения, что является одним из актуальных вопросов современной хирургической и терапевтической гастроэнтерологии, и определяется высокой заболеваемостью: в нашей стране за год впервые регистрируют 37,8 больных



гастроэнтерологическими заболеваниями на 1000 населения [1]. В структуре заболеваемости болезни органов пищеварения занимают 3-е место (10542,3 на 100000 нас.), после болезней органов дыхания (которые находятся на первом месте – и составляют 61072,4 на 100 000 нас.), на втором месте – болезни крови, кроветворных органов (10662,1 на 100 000 нас.). В целом патология гепатопанкреатодуоденальной зоны сопровождается высокими показателями нетрудоспособности и инвалидизации в трудоспособном возрасте, и приводит к существенному снижению качества жизни [2].

Цель исследования – изучить роль отдельных факторов риска в развитии патологии органов брюшной полости на основе клинико-статистического исследования.

Материал и методы исследования. В исследование включены результаты лечения 94 больных с патологией органов брюшной полости, находившихся на лечении в стационарах города Алматы за 2008 г. Из обследованных 94 больных с гастроэнтерологическими заболеваниями, женщин было 48, мужчин – 46, что составило соответственно 51,1 и 48,9%.

Сбор данных происходил путем выкопировки из карты стационарного больного и анкетирования пациентов.

Полученные результаты и их обсуждение. Средний возраст больных составил 51, 7 лет: для мужчин – 43,1 лет, для женщин – 55,4 лет. Из этих пациентов терапевтическая помощь была проведена 77 (81,9%), хирургическая в сочетании с терапевтической – 17 (18,1%).

По состоянию при поступлении больные были разделены следующим образом: поступили в удовлетворительном состоянии 77 (81,9%), в состоянии средней тяжести – 14 (14,9%), в тяжелом состоянии – 3 (3,2%).

Структура заболеваемости была представлена следующими заболеваниями: холецистит – у 28 (29,8%), панкреатит – у 43 (45,7%), язвенная болезнь с локализацией язвы в желудке – 13 (13,8%), язвенная болезнь с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке – 21 (22,3%), острые язвы – у 1 (1,1%), гепатит – у 11 (11,7%), гастриты и гастродуодениты – у 40 (42,6%), в том числе бульбиты – у 5 (5,3%), патологические состояния были сопряжены с желудочно-кишечным кровотечением у

6 (6,4%), выраженной рубцово-язвенной деформацией – у 14 (14,9%), прочие заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны были диагностированы у 26 (27,7%).

При анализе анкет были получены следующие данные. По социальному положению пациенты разделились следующим образом: рабочих было 15 (15,9%), служащих – 12 (12,8%), безработных и временно неработающих – 17 (18,1%), учащихся – 1 (1,1%), пенсионеров и неработающих инвалидов – 47 (50%), домохозяйки – 2 (2,2%). При анализе этих данных работающих и учащихся было 28 (29,8%), неработающих – 64 (68,1%). Пациенты в среднем расходуют свои денежные доходы следующим образом: на питание – 55,4%, на одежду – 10,2%, на культурные мероприятия – 2,2%, на лечение – 32,1%, на занятия физкультурой и спортом – 0,2%. В данном разделе следует особое внимание обратить на низкий показатель затрат на физическую активность – занимаются физкультурой и спортом 1,2%, хотя многие при опросе указали, что знают о положительном влиянии физкультуры на организм, как одном из самых весомых факторов здорового образа жизни, обладающим протективным действием в отношении развития патологий, в том числе гепатопанкреатодуоденальной зоны.

По семейному положению пациенты разделились следующим образом: женаты или замужем 50 (53,2%), холосты или не замужем – 10 (10,6%), разведены – 12 (12,8%), вдов и вдовцов было 19 (20,2%). При этом крайне напряженными признавались отношения в семьях 5 (6,25%). Указывали на отсутствии ссор в семье в основном одинокие люди, что, очевидно, является еще более неблагоприятным фактором.

Нервно-психические стрессы перед возникновением обострения или острого заболевания отмечали 55 (58,51%).

При анализе питания пациентов были получены следующие данные: утверждают, что соблюдают диету 43 человека (47,8%), не соблюдают – 47 (52,2%). При опросе факт сухоядения установлен у 73 (84%), нерегулярно питались – 46 (51,7%) пациентов. Недостаточно пережевывают пищу вследствие различных причин 40 человек (43,5%). Средняя кратность приема пищи у больных с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны составила



3,2 раза в сутки. Совокупность полученных в отношении питания пациентов данных позволила установить фактическое соблюдение диеты лишь у 4 (4,3%), то есть только у них были соблюдены все нормы диетического питания. Этот показатель значительно разнится с субъективной оценкой соблюдения диеты, что прямо указывает на недостаточное понимание больным сути, принципов и необходимых условий диетического питания.

При анализе наличия вредных привычек были получены следующие данные. Факт ежедневного употребления алкоголя в семье признают 5 (5,6%), 2-3 раза в неделю – 16 (16%), 3-4 раза в месяц – 18 (19,3%), очень редко – 59 (62,7%). Факт употребления алкоголя был установлен у 39 (41,5%), из них 34 мужчины (73,9% от общего числа опрошенных мужчин), 5 женщин (10,4% от общего числа женщин). При этом средний стаж злоупотребления алкоголем у этих лиц составил 19,3 лет.

Факт курения установлен у 41 (43,6%), из них 38 (82,6% от общего числа мужчин), 3 (6,3% от общего числа женщин). Из опрошенных пациентов с профилактической целью в поликлиники обращаются лишь 39 (41,1%), а из оставшихся – 12 (12,9%) сообщают, что «не видят в этом смысла».

Наследственность была отягощена у 24 (25,5%), из них у 17 (18,1%) пациентов страдал один кровный родственник, у 5 (5,3%) – два родственника, у 2 (2,1%) – три и более родственников. 53 (56,4%) употребляли в качестве

лечения агрессивные в отношении органов желудочно-кишечного тракта лекарственные препараты: аспирин, анальгин, индометацин, глюкокортикоиды, прочие агрессивные в отношении желудочно-кишечного тракта препараты.

#### **Выводы:**

1. К выраженным факторам риска развития заболеваний органов пищеварения следует отнести уровень семейного и материального благополучия, жилищных условий, режим и качество питания, злоупотребление алкоголем, курение, подверженность стрессовым влияниям, наследственность.

2. Выявлен низкий уровень медико-социальной, физической активности и гигиенической грамотности населения.

3. Сочетание факторов риска у одного человека усугубляет тяжесть течения и уменьшает время начала заболевания.

4. Опрошенные пациенты мало информированы о факторах риска и проблемах формирования здорового образа жизни.

#### **Литература:**

1. Крылов, Н.Н. К методике оценки результатов операций на желудке / Н.Н. Крылов, М.И. Кузин // Хирургия. - 2000. - № 2. - С. 17-20.

2. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2007 году». Астана-Алматы, 2008.-260 с.

---

### **ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада ас қорыту мүшелеріндегі хирургиялық патологияның дамуына (жасы, жынысы, зиянды әдеттер, диетикалық тәртіп, кәсіптік зияндар ж.б.) әр түрлі факторлардың қауіпті әсерлерін зерттейтін клинико-статистикалық зерттеулерінің нәтижелері келтірілген.

### **SUMMARY**

The authors produce results of clinical and statistic investigation devoted to the study of influence of various risk factors (age, sex, pernicious habits, dietetic regimen, occupational history etc.) on the development of hepatopancreatoduodenal region pathology and severity of its clinical course.

---



## ЗДОРОВЬЕСОХРАНЯЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.

*Г.Р.Жапбаркулова. Казахстанский медицинский университет г. Алматы*

Уровень заболеваемости хирургической патологией остается на высоком уровне и не имеет стойкой тенденции к снижению. Течение многих хирургических заболеваний определяется образом жизни, отношением к медицинскому обслуживанию.

Нами проведено анкетирование 94 пациентов хирургических стационаров в возрасте от 18 до 72 лет, страдающих заболеваниями органов брюшной полости. Выявлено, что 47,8% респондентов нерегулярно питаются, 52,2% не соблюдают лечебные диеты, каждый третий курит, среди последних 43% курят по пачке сигарет в день, у 53% респондентов значительный уровень потребления алкогольных напитков. О характере взаимодействия с системой медицинского обслуживания получены следующие ответы: лишь 13% респондентов обратились за медицинской помощью в течение нескольких часов от начала заболевания, причиной поздней обращаемости послужили: отсутствие эффекта от самолечения – 10%, неудовлетворенность медицинской помощью – 13%, занятость на работе – 14% и т.д.

Из опрошенных пациентов с профилактической целью в поликлиники

обращаются лишь 39 (41,1%), а из оставшихся – 12 (12,9%) сообщают, что «не видят в этом смысла». Наследственность была отягощена у 24 (25,5%), из них у 17 (18,1%) пациентов страдал один кровный родственник, у 5 (5,3%) – два родственника, у 2 (2,1%) – три и более родственника. 53 (56,4%) употребляли в качестве лечения агрессивные в отношении органов желудочно-кишечного тракта лекарственные препараты: аспирин, анальгин, индометацин, глюкокортикоиды, прочие агрессивные в отношении желудочно-кишечного тракта препараты.

Своему лечащему врачу доверяют только 45% пациентов, 13% респондентов принимают лекарственные препараты по собственному усмотрению. Каждый четвертый занимается самолечением, больше половины (66%) обращаются за медицинской помощью только в тяжелых и очень тяжелых случаях. Проведенное исследование показало, что образ жизни пациентов хирургических стационаров, их отношение к медицинскому обслуживанию не создают условия для эффективной профилактики и лечения хирургических заболеваний.



## ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ САНИТАРНОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Б.С.Байсеркин*

*Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы*

В Республике Казахстан началом создания санитарно-эпидемиологической службы считается 1903 год, когда в Сыр-Дарьинской области появился первый санитарный врач. В дальнейшем число санитарных фельдшеров и врачей увеличивалось, возникали специальные структуры, в обязанность которых входил контроль санитарного состояния населенных мест и организация мероприятий по борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями, такими как натуральная оспа и холера. В 1920 году происходит формирование центральных органов управления санитарно-противоэпидемической работой и в Народном комиссариате здравоохранения создаются лечебный, санитарно-эпидемиологический отделы, охраны здоровья детей, фармацевтический и санитарного просвещения. При этом на санитарно-эпидемиологический отдел было возложено общее руководство всеми санитарно-противоэпидемическими мероприятиями в республике.

В 1921 г. была сформирована достаточно стройная система санитарного надзора с органами управления и территориальными подразделениями, а в 1925 году открывается Краевой санитарно-бактериологический институт, который проводил всю научно-исследовательскую работу и готовил различные бактериологические препараты (вакцина против холеры, тифов, лечебные сыворотки).

Создаваемая санитарно-эпидемиологическая служба и ее структура были обусловлены государственным обустройством республики и сложной санитарно-эпидемиологической ситуацией в 20-е и последующие годы. Только в 1920 году было зарегистрировано в республике 31435 случаев сыпного тифа, 28982 - возвратного тифа, 22815 - малярии, 16581 - брюшного тифа, 1589 - дифтерии, 225 - сибирской язвы. Нависла угроза распространения холеры, основным очагом которой являлось Южное Поволжье. В активном состоянии находились природные очаги чумы. В связи с этим принято решение о создании

противочумных комиссий и противочумных отрядов с центром в г. Саратове. Ускоренными темпами развивается прививочное дело.

В последующие годы принимается ряд Постановлений, устанавливающих структуру и штаты санитарно-эпидемиологической службы в соответствии с численностью населения. С 1932 г. начинается формирование новой структуры санитарной службы в виде Государственной санитарной инспекции. Недостаток врачей и трудности укомплектования медицинских учреждений республики специалистами, требовали создания в республике своего медицинского института и в 1931 году состоялось открытие первого Казахского государственного медицинского института. С первых курсов студенты входили в состав врачебных бригад, направляемых на борьбу с эпидемическими заболеваниями. Для подготовки среднего медицинского персонала к 1934 году в республике имелось 8 медицинских техникумов. Кроме того, в областных городах существовали курсы оспопрививателей, дезинфекторов, санитарных инспекторов.

В 40-60 годы происходит дальнейшее развитие и специализация санитарно-эпидемиологических учреждений. Создается республиканская тропическая станция, специалисты которой повели решительное наступление на малярию и другие паразитарные заболевания, формируются отраслевые направления гигиены - промышленная, пищевая и жилищно-коммунальная, а с 1937 году открываются первые санэпидстанции в гг. Алма-Ате, Уральске, Чимкенте, Петропавловске и Семипалатинске, представляющие собой комплексные учреждения санитарно-эпидемиологической службы.

Несмотря на ряд трудностей, связанных с войной, в Казахстане увеличивается сеть санитарно-эпидемиологических учреждений. Так, если в 1941 году имелось 43 санэпидстанций, то к 1952 году - 264.

Санитарно-противоэпидемическая служба в эти годы состояла из санитарно-



эпидемиологических, противомаларийных, бруцеллезных и дезинфекционных станций, противочумных учреждений, научно-исследовательских институтов, а также кафедр санитарно-гигиенического профиля медицинского института.

В соответствии с поставленными задачами был реализован ряд организационных мер. Объединены государственные санитарные инспекции, санитарно-эпидемиологические станции, противомаларийные учреждения, учреждения дезинфекционной службы и различные лаборатории в единые комплексные учреждения - областные, городские и районные санитарно-эпидемиологические станции. В 1952 г. для обеспечения организационного и методического руководства санитарно-эпидемиологической службой была создана Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция.

В 1963 году утверждено новое «Положение о Государственном санитарном надзоре в СССР» и определена главная функция санитарно-эпидемиологической службы - Государственный санитарный надзор.

С развитием химической промышленности, появлением и использованием во всех отраслях новых химических веществ, полимерных материалов и изделий, возникла необходимость создания в республике сети токсикологических лабораторий в системе санитарно-эпидемиологической службы.

Велось строительство типовых зданий, улучшалась обеспеченность автотранспортом. В 1969 году приказом Министерства здравоохранения Союза № 300 были утверждены новые штатные нормативы медицинского и инженерно-технического персонала санитарно-эпидемиологических станций. Введено новое наименование должностных лиц, возглавляющих санитарно-эпидемиологическую службу - Главные государственные санитарные врачи территорий. Этим подчеркивался государственный характер санитарно-эпидемиологической службы и выделялись ее должностные лица от главных санитарных врачей на железнодорожном транспорте, гражданской авиации и крупных промышленных предприятий, осуществляющих санитарный надзор только на подведомственных объектах.

В системе мер, направленных на повышение эффективности государственного санитарного надзора в 70-е годы, большое значение имел курс, взятый на централизацию управления и финансирования санитарно-эпидемиологических учреждений на уровне областных СЭС, централизацию и специализацию лабораторных исследований.

Проведенная реорганизация укрепила позиции службы, более оперативными стали решения поставленных задач. Существенные положительные сдвиги были отмечены в качественных и количественных показателях деятельности службы и ее материально-техническом обеспечении.

Одной из актуальнейших проблем для республики оставалось водоснабжение населения. За 1980-1985 годы по предложениям санитарно-эпидемиологической службы было построено более 120 водопроводов с общей протяженностью сетей 4948,3 км и в 1985 году уже функционировало 2333 водопроводов, из которых 2189 в сельских населенных пунктах. В этот же период было построено 330 объектов канализации с протяженностью сетей 213 км, а также очистные сооружения на промышленных предприятиях общей мощностью 328 тысяч м<sup>3</sup> в сутки. Это позволило ликвидировать крупные выпуски сточных вод в водоемы и улучшить их санитарный режим.

По инициативе службы были реализованы крупные мероприятия по охране атмосферного воздуха. В республике было построено 327 газо-золо-пылеулавливающих сооружений и установок, позволивших снизить количество промышленных выбросов в атмосферу. Уменьшилась загазованность и запыленность в городах Алма-Ате, Павлодаре, Джезказгане, Джамбуле, Уральске. Планомерно осуществлялось благоустройство и озеленение городов и сел, застройка которых велась по утвержденным генеральным планам. В 467 городах и рабочих поселках была внедрена планомерно-регулярная очистка. Улучшались условия труда на промышленных предприятиях, снижался уровень профессиональной заболеваемости.

Решение вопросов разуплотнения детских дошкольных учреждений и создания гигиенических условий обучения детей и подростков способствовали снижению общей



заболеваемости детей, улучшению показателей физического развития. В 80-годы в республике было введено в эксплуатацию 770 дошкольных учреждений на 134310 мест и 439 школ на 272552 мест. Охват детей дошкольным воспитанием достиг 51%.

Новой вехой в истории санитарно-эпидемиологической службы республики стало принятие в 1994 году Закона Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», который на правовой основе определил систему санитарно-эпидемиологического обеспечения населения суверенного Казахстана. Законом были определены приоритетные задачи Государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан.

Учреждения санитарно-эпидемиологической службы получили статус юридических лиц, имели самостоятельную смету расходов, собственные фонды и оборотные средства, расчетные счета в учреждениях банков, печати с изображением Государственного герба Республики Казахстан и со своим наименованием. В этот период была разработана Концепция развития.

Изменение территориального обустройства Республики Казахстан послужило причиной реструктуризации государственной санитарно-эпидемиологической службы. Были сокращены отдельные районные и областные учреждения. В целом было ликвидировано более 100 санитарно-эпидемиологических станций и общее их количество снизилось с 369 до 236.

Изменения в правовой сфере государства, произошедшие в последующие годы, потребовали пересмотра ряда положений в обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В связи с этим 4 декабря 2002 года был принят новый Закон Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 361-III ЗРК. В соответствии с принятым Законом, проведено реформирование санитарно-эпидемиологической службы, в результате которого созданы две самостоятельные структуры, объединенные едиными целями и задачами в виде органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора и Центров санитарно-эпидемиологической

экспертизы и их филиалами на городском и районном уровне.

В 2009 году завершен следующий этап реформирования санитарно-эпидемиологической службы - осуществлен переход органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы на вертикальное подчинение и финансирование из республиканского бюджета.

На сегодня в систему санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан, осуществляющей государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан №708 от 14.05.2009г. входят:

1. Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗРК;
2. ГУ «Казахская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция» КГСЭН МЗ РК;
3. Департаменты государственного санитарно-эпидемиологического надзора областей, городов и на транспорте;
4. ЦСЭЭ областей, городов и на транспорте;
5. Противочумные станции;
6. РКГП «Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х. Жуматова» КГСЭН МЗ РК;
7. РКГП «Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций им. М. Айкимбаева» КГСЭН МЗ РК.

Реформирование санитарно-эпидемиологической службы и реализация профилактических и противоэпидемических мероприятий позволила обеспечить стабилизацию санитарно-эпидемиологической ситуации в стране. На протяжении последних лет в целом сохраняется тенденция снижения заболеваемости острыми кишечными инфекциями, бактериальной дизентерией, сальмонеллезом, вирусными гепатитами, вакциноуправляемыми инфекциями, туберкулезом, паразитозами. На спорадическом уровне регистрируется заболеваемость брюшным тифом, столбняком, бешенством, туляремией, клещевым энцефалитом, лептоспирозом, уменьшилось число массовых пищевых отравлений и вспышек.



## ТҰЖЫРЫМ

Бұл жариялымда Қазақстандағы санитарлық-эпидемиологиялық қызметтің пайда болу, даму жолдары, мемлекетіміздің қоғамдық даму жолдарындағы алатын орыны, бұл қызметтің маңызы, тұрғындар денсаулығын қорғауда маңызды орын алатыны көрсетілген.

## RESUME

In modern conditions the sanitary epidemiological service of republic possesses significant opportunities in maintenance of integration of interrelations of enforcement authorities, the public organizations, managing subjects, private businessmen and citizens for the decision of the multiplane political, economic and social problems concerning questions of maintenance of sanitary epidemiological well-being of the population.

## ЗАЩИТА ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ КАК ОСНОВА РЕФОРМИРОВАНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

*Б.С.Байсеркин*

*Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы*

Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов. На популяционном уровне под здоровьем понимается процесс снижения уровня смертности, заболеваемости, инвалидности и повышение продолжительности жизни населения. Здоровый образ жизни предполагает оптимальный режим труда и отдыха, рациональное питание, достаточную двигательную активность, личную гигиену, закаливание, искоренение вредных привычек. Здоровый образ жизни ведет к процветанию здоровья населения. Генетический набор, получаемый при жизни каждым человеком, должен обеспечить достижение максимально возможных жизненных целей. Но реализовать эти возможности на практике и достичь своего жизненного потолка даже в идеальных жизненных условиях могут только здоровые люди, которых среди ведущих здоровый образ жизни существенно больше.

Необходимо отметить, что в последние годы отмечается позитивная динамика состояния

санитарно-эпидемиологической ситуации, зарегистрировано снижение по ряду значимых инфекционных заболеваний, а по некоторым вакциноуправляемым ставится задача их полной ликвидации или элиминации. Ежегодно увеличивается удельный вес населения обеспеченного безопасной питьевой водой, который по итогам 2008 года составил 81,8%, улучшается санитарно-техническое состояние эпидемически значимых объектов.

В связи с этим приоритетным направлением улучшения здоровья граждан и санитарно-эпидемиологического благополучия населения может стать реализация мероприятий по улучшению санитарно-эпидемиологической ситуации.

В соответствии с восстановленной в рамках административной реформы вертикальной системой управления санитарно-эпидемиологической службой необходимо произвести следующие мероприятия с целью повышения эффективности государственного санитарно-эпидемиологического надзора:

- Совершенствование системы трехлетнего



стратегического планирования в рамках обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения с оценкой деятельности по конечным результатам;

- Отказ от несвойственных органам и организациям санитарно-эпидемиологической службы функций;

- Усиление взаимодействия с контролирующими и надзорными органами других центральных исполнительных органов в смежных областях;

- Переход на международные стандарты надзора при проведении проверок подконтрольных объектов, с учетом оценки рисков;

- Завершение формирования нормативной правовой базы в области санитарно-эпидемиологического благополучия, гармонизированного с международными стандартами;

- Восстановление подготовки и переподготовки специалистов санитарно-эпидемиологической службы на базах казахстанских медицинских ВУЗов по специальности бакалавриат «медико-профилактическое дело»;

- Дальнейшее совершенствование иммунопрофилактики населения, в том числе расширение Национального календаря прививок и использование вакцин, рекомендованных ВОЗ;

- Дальнейшее увеличение охвата населения безопасным водоснабжением;

- Обеспечение необходимых объемов профилактических мероприятий в природных очагах особо опасных инфекций;

- Завершение модернизации лабораторий организаций санитарно-эпидемиологической службы;

- Аккредитацию лабораторий организаций санитарно-эпидемиологической службы и переход на международные стандарты лабораторных исследований;

- Обеспечение современного уровня надзора за безопасностью поступающих продуктов питания, в рамках вступления республики в ВТО;

- Совершенствование и оптимизация санитарно-карантинного надзора контроля на государственной границе;

- Обеспечение мониторинга индикаторов окружающей среды, влияющих на состоянием здоровья населения в соответствии с международными стандартами;

- Внедрение оценки рисков для здоровья населения, в зависимости от состояния окружающей среды и условий проживания;

- Осуществление масштабных прикладных научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- Внедрение обязательной диспансеризации работников производств, с вредными и опасными условиями труда;

- Окончательное формирование базы нормативных документов в области технического регулирования, по вопросам безопасности для здоровья населения.

- Внедрение и использование методов надзора по уменьшению существующих рисков окружающей среды и условий проживания для состояния здоровья населения и снижение уровня не инфекционных заболеваний.

Также необходимо освоить механизмы по созданию условий для формирования здорового образа жизни, для чего необходимо обязательное привлечение организации системы здравоохранения, различных министерств и ведомств республики, международных организаций (ВОЗ, ЮНИСЕФ и т.д.), СМИ для разъяснительной и санитарно-просветительской работы.

Каждый гражданин должен давать себе отчет в своих действиях и поступках, выборе социального окружения, отвечать за их возможные последствия для здоровья. В данном случае ответственность предполагает свободу распоряжаться своим здоровьем и влияние на здоровье окружающих.

Необходимо социальное участие в сфере здравоохранения, где обязательна помощь со стороны государства в организации участия общественности в программах профилактики, лечения и восстановления здоровья.

Физическая культура и спорт играет большую роль в формировании здорового образа жизни. Необходимо организовывать спартакиады и спортивно-массовые соревнования среди населения с целью пропаганды физической активности населения.



Кроме школьных уроков физкультуры физическая активность школьника должна обязательно дополняться утренней физической зарядкой. Введение обязательной 10-15 минутной физической зарядки в школьных учреждениях. Физическая зарядка в школьных учреждениях должна строго дозироваться в зависимости от возраста ученика.

Необходимо повышение качества занятий физической культуры в образовательных учреждениях с учётом состояния здоровья учащихся. Качество занятий физической культуры зависят напрямую от уровня преподавания физкультуры, от наличия и состояния спортивных залов и спортплощадок, от уровня обеспеченности школ спортивным инвентарем, от выполнения нормативов по различным программам. Что говорит о необходимости высокоспециализированных кадров в сфере физического воспитания и необходимости восстановления и улучшения спортивных залов и спортплощадок.

Засчет компенсации из государственного бюджета посещение молодежью спортивных секций можно создать возможность стимулирования приверженности молодежи к физической активности.

Пропаганда и обучение в дошкольных и школьных учреждениях основным правилам личной гигиены.

По улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки с целью эффективного управления санитарно-эпидемиологической службой необходимо:

- Совершенствование системы трехлетнего стратегического планирования санитарно-эпидемиологического благополучия;
- Централизация исполнительных функций органов управления госсанэпиднадзора;
- Усиление взаимодействия с другими контролирующими и надзорными органами;
- Совершенствование индикаторов окружающей среды по международным стандартам;
- Подготовка и переподготовка специалистов санитарно-эпидемиологической службы на базах казахстанских медицинских ВУЗов по специальности «медико-профилактическое дело»;
- Для повышения уровня профилактики профессиональных заболеваний необходимо

солидарное и комплексное сотрудничество с руководством крупных предприятий в вопросах охраны труда и улучшения условий труда;

- Обязательное прохождение качественной диспансеризации работников, имеющих вредные и опасные условия труда. Ужесточить надзор и контроль над качеством проводимых диспансеризаций;

- Необходимо увеличить финансирование прикладных исследований в области санитарно-эпидемиологического благополучия;

- Постоянный мониторинг рисков влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье человека;

- Ужесточение надзора и контроля над производственным загрязнением окружающей среды;

- Проведение профилактических мероприятий в природных очагах особо опасных инфекций;

- Совершенствование нормативных документов в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;

- Увеличение охвата профилактическими мероприятиями и диагностическими исследованиями сельскохозяйственных животных по выявлению зооантропонозных инфекций;

- Увеличение охвата населения безопасным водоснабжением;

- Усиление санитарно-эпидемиологического контроля в пунктах пересечения государственной границы;

- Утверждение нормативных документов в области технического регулирования;

- Контроль за радиационной безопасностью;

- Осуществление экологического мониторинга;

- Увеличение охвата детей профилактическими прививками в декретированном возрасте; строительство водопроводных и очистных сооружений.

Таким образом, в Республике Казахстан главное место в практическом воплощении обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения отводится санитарно-эпидемиологической службе, которая за последние годы претерпела значительные изменения в своей структуре и функциях.



## **ТҰЖЫРЫМ**

Тұрғындардың денсаулығына негізгі әсер ететін санитарлық-эпидемиологиялық жағдай, олардың ішінде жұқпалы аурулар, кәсіби аурулар және қоршаған ортаның әсерінен пайда болатын жалпы аурушаңдық.

Қоғамның қазіргі уақыттағы даму сатысында бұл жағдай одан да бетер күшеюде. Сондықтан, тұтынушылардың құқығын және адамдардың сәттілігін қорғау мәселелері тұрғындардың денсаулығын сақтаудың негізгі жолдарының бірі болып табылады.

## **RESUME**

The sanitary epidemiological situation renders essential influence on a state of health of the population, first of all on a level of the infectious, professional and somatic disease connected with influence of adverse factors of an environment.

At the present stage of development of a society activity of the organizations of the state sanitary epidemiological service becomes even more significant and demanded. The sanitary epidemiological situation in republic Kazakhstan demands increase of efficiency and quality preventive, противоэпидемических actions which should become as a result a basis for improvement of a state of health of the population of our republic.

---

---



## СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦ ПФЗОЖ

**29 мая 2009 года** в Национальном Пресс-клубе прошла пресс-конференция, посвященная Всемирному Дню борьбы с курением и информированию общественности о ходе реализации городской целевой программы «Алматы – город, свободный от табачного дыма».

В пресс-конференции приняли участие: Шолпан Каржаубаева – зам.директора Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Альмира Бердангарова – начальник отдела лечебно-профилактической деятельности Управления здравоохранения г.Алматы, Алма Жылкайдарова – координатор профилактических программ НЦПФЗОЖ.

Ежегодно 31 мая отмечается Всемирный день борьбы с курением, который в этом году проходит под девизом: «Предупреждения на табачных пачках спасают жизни».

Всемирная организация здравоохранения предлагает шесть стратегий, которые помогут противостоять табачной эпидемии и сохранить жизни. Они предусматривают: повышение налогов и цены на табачные изделия, запрет на рекламу табака и спонсорство табачных компаний, защиту людей от пассивного курения, предупреждение всех и каждого об опасностях, связанных с табаком, предложение помощи тем, кто хочет бросить курить, а также тщательный мониторинг табачной эпидемии и мер профилактики.

Графические предупреждения на упаковках табачных изделий сдерживают потребление табака, однако только 15 стран, в которых проживает 6% от общей численности населения нашей планеты, обязывают использовать наглядные предупреждения, занимающие не менее 30% основной поверхности.

В нашей стране разработан проект Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», включающий позиции регулирования вопросов профилактики и сокращения табакокурения, в том числе размещение графических предупреждений на упаковках табачных изделий.

Во всех регионах Казахстана с 1 по 31

мая проходит месячник, приуроченный к Всемирному дню без табака. В рамках месячника организованы мероприятия в поддержку обсуждаемого в Парламенте РК проекта Кодекса с распространением наглядной информации о вредных последствиях табака. В Казахстане стартовала Глобальная акция «Молодежь планеты против табака» со сбором подписей, которая продлится до октября 2009 года.

Алматы стал первым городом на территории стран СНГ, который активно внедряет и пропагандирует политику чистого воздуха «без табачного дыма». Городская целевая программа «Алматы – город, свободный от табачного дыма», реализуемая с 2005 года предусматривает проведение информационных кампаний, широкомасштабных акций, которые способствуют активной профилактике табакокурения и пропаганде здорового образа жизни среди алмаатинцев. В рамках программы было создано эффективное партнерство с представителями государственных и общественных организаций, пиар- и медиа-агентств, теле- и радиоканалов, международных организаций и других заинтересованных структур.

В 2009 году обеспечена дальнейшая эффективная реализация всех направлений городской целевой программы «Алматы – город, свободный от табачного дыма на 2008-2011 годы. Азиада 2011» и значительно расширен охват мероприятиями программы.

**1 июня 2009 года** в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялся круглый стол на тему: «Профилактика железодефицитной анемии у женщин и детей через обогащение муки».

В работе круглого стола приняли участие: Шолпан Каржаубаева - зам. директора Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Шамиль Тажибаев - вице-президент Казахской академии питания, Ермек Аязбеков - директор Научного центра педиатрии и детской хирургии, Талгат



Кудайбергенов - директор Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии, Кенес Оспанов - главный врач Республиканской санитарно-эпидемиологической станции, Евгений Ган - президент Союза хлебопеков и зернопереработчиков Казахстана, Айсулу Ергыбаева – сотрудник по проектам Зонального офиса ЮНИСЕФ.

На круглом столе было отмечено, что фортификация муки жизненно важными витаминами и минералами существенно снижает уровень материнской смертности, врожденных дефектов у новорожденных, способствует умственному развитию детей и предотвращает анемию среди детей и женщин.

Нехватка в рационе питания витаминов и минералов, таких как железо, цинк, фолиевая кислота, витамины группы В, стала наиболее распространенным дефицитом питания на земле, называемым еще «скрытым голодом». В мире более трех миллиардов человек не могут использовать в полной мере свой естественный потенциал вследствие недостатка этих микронутриентов в их рационе.

Железодефицитная анемия является самым распространенным видом дефицита микронутриентов в мире. В Казахстане более 45 % женщин детородного возраста страдает от железодефицитной анемии, что оказывает существенное влияние на уровень материнской и младенческой смертности, а также является причиной задержки физического и умственного развития.

Развитию дефицита железа способствует потребление преимущественно рафинированных продуктов (мука тонкого помола, белый хлеб, полированный рис), обедненных железом, другими микроэлементами и витаминами. При получении муки первого и высшего сортов теряется в среднем 70—90 процентов микроэлементов и витаминов, содержащихся в цельном зерне пшеницы.

Анемия обусловлена и характером питания, может вызываться не только дефицитом железа, но и другими пищевыми факторами, в частности недостатком витаминов А, С, В12 и фолиевой кислоты. Привычка пить во время или сразу после еды чай или кофе также способствует плохому усвоению железа и, как следствие, развитию его недостатка.

Значительную роль в механизме развития анемии играет нарушение усвояемости железа организмом, процесс которого происходит в желудочно-кишечном тракте. Такие заболевания, как гастрит, язвенная болезнь желудка, энтериты способствуют снижению всасывания железа и развитию анемии.

Таким образом, возникновению анемии способствуют множество факторов, для решения которых необходим комплексный подход, требующий политической поддержки на уровне государственных структур при понимании данной проблемы всего населения.

Обогащение муки было введено в практику во многих странах с начала 20 века, и сыграло свою роль в снижении анемии и дефицита фолиевой кислоты, как в развитых, так и в развивающихся странах. Правительствами многих стран фортификация муки была признана важной стратегией для улучшения состояния здоровья населения.

На сегодняшний день более 50 стран мира применяет метод (обогащения) фортификации. К примеру, в США фортификация муки ведется с 1938 года, что позволило в значительной степени снизить дефицит железа и фолиевой кислоты ежегодно. Она предотвращает более 100 тысяч случаев анемии, 5 тысяч случаев инсульта, 25 тысяч случаев инфаркта миокарда и, снижая риск смерти, увеличивает продолжительность и качество жизни.

Обогащение муки на национальном уровне является наиболее дешевым и экономически эффективным способом борьбы с дефицитом витаминов и микроэлементов. В мире накоплен достаточный опыт в обогащении продуктов питания, что вносит большой вклад в решение проблемы ликвидации дефицита микронутриентов. Процесс внедрения обогащенных продуктов находится под контролем органов госсанэпиднадзора, что обеспечивает полную безопасность обогащенных продуктов.

Таким образом, внедрение фортификации муки в обычную практику больших промышленных мукомольных заводов в стране обеспечит лучшее потребление железа и фолиевой кислоты для всего населения и, соответственно, уменьшит уровень



заболеваемости анемией, так как пшеничная мука и хлеб являются массовыми продуктами питания в стране.

**17 июня 2009 года** прошла пресс-конференция на тему: «Влияние жары на организм человека: факторы риска, меры профилактики», организованная Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни.

В пресс-конференции приняли участие: Татьяна Слажнева – заместитель директора Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Светлана Долгих – начальник управления метеорологических исследований РГП «Казгидромет», Владимир Боборыкин – заместитель директора Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней, Нуржан Жакешбаев – заведующий подстанцией № 1 скорой медицинской помощи г.Алматы.

По прогнозам РГП «Казгидромет» в этом году на территории Казахстана в третьей декаде июня ожидается жаркая погода с превышением среднемесячных показателей температуры на 5-7 градусов. Прогнозируется, что в Алматинской, Жамбылской, Южно-Казахстанской, Кызылординской и Карагандинской областях в отдельные дни июня – июля столбик термометра будет повышаться до 40-42°C и выше. В этот же период в Алматинской и Жамбылской областях прогнозируется значительное уменьшение количества осадков.

Жаркая погода оказывает негативное влияние на состояние здоровья населения всех возрастных групп. Особенно страдают лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, пожилые и дети.

Болезни сердца и сосудов занимают лидирующее положение в структуре заболеваемости и смертности в Республике Казахстан, в последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости в 5-7 раз. В стране около 1,5 миллионов людей имеют гипертонию, из них половина не знает о своем заболевании. По рекомендациям ВОЗ, каждый человек старше 18 лет должен знать свое артериальное давление и показатели нормы – не выше 140/90 мм рт.ст.

В жаркий летний период обращаемость

населения за медицинской помощью возрастает в два раза. Увеличивается количество больных с повышенным артериальным давлением, острым нарушением мозгового кровообращения, инфарктом миокарда. В преддверии жаркого летнего периода необходимо своевременно информировать население о возможных негативных последствиях жаркой погоды на здоровье людей, способах защиты и профилактики.

Не рекомендую долго находиться на солнце особенно с непокрытой головой. Необходимо регулярно принимать жидкость. Утолять жажду предпочтительнее прохладными (но не холодными!) напитками: водой (лучше минеральной), чаем, соком, но ни в коем случае не алкоголем, кофе или пивом. Кроме того, нужно контролировать температуру в помещении и не находится непосредственно под вентилятором или кондиционером. Следует надевать на себя легкую светлую одежду из натуральных тканей (хлопок, лен, шелк).

Больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо четко выполнять рекомендации врача и своевременно принимать назначенные медикаменты. Людям, страдающим артериальной гипертонией, необходимо регулярно контролировать свое артериальное давление. Больным сахарным диабетом нужно более тщательно следить за уровнем сахара в крови. Людям, принимающим антибиотики, категорически не рекомендую находиться на солнце, так как некоторые антибиотики повышают чувствительность кожи, что приводит к солнечным ожогам кожи. То же самое касается людей, страдающих онкологическими заболеваниями и получающие химиотерапевтические препараты. Людям, страдающим сердечно-сосудистыми и легочными заболеваниями, не рекомендуется пользоваться городским транспортом в жаркое время суток.

Используя эти простейшие меры профилактики, можно легче перенести жаркие знойные дни и избежать ухудшения состояния здоровья.

**24 июня 2009 года** прошла пресс-конференция, посвященная Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным



оборотом наркотиков, организованная Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни.

Участники пресс-конференции: Шолпан Каржаубаева – зам. директора Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК, Айгуль Нашкенова – зав. отделом суицидологии и эпидемиологии Республиканского научно-практического Центра психиатрии, психотерапии и наркологии, Ермурат Изгүтиев – начальник отдела Управления по борьбе с наркобизнесом Департамента внутренних дел г. Алматы, Галым Кожамбир – зам. директора Государственного фонда развития молодежной политики г. Алматы

Ежегодно 26 июня отмечается Всемирный день борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. В 1987 году Генеральная Ассамблея ООН постановила ежегодно отмечать этот день, как напоминание о принятом государствами – членами ООН обязательстве создать международное общество, свободное от употребления наркотиков.

Ситуация с употреблением наркотиков в Республике Казахстан по-прежнему остается сложной. По данным Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар) первичная заболеваемость наркоманией в 2008 году составила 390,4 случаев на 100 тыс. населения, против 383,0 случая на 100 тыс. населения в 2007 году. Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в г. Алматы – 1282,6 случаев на 100 тыс. населения. Особую тревогу вызывает тот факт, что растет число наркозависимых среди подростков (473,6 на 100 тыс. населения). Зарегистрирован рост потребления седативных и галлюциногенных препаратов у подростков.

Наркомания окончательно превратилась в масштабную общенациональную проблему, несущую прямую угрозу государству. Ведь, по последним экспертным оценкам, каждый наркоман в течение года вовлекает в употребление наркотиков 13-15 человек, создавая тем самым своего рода «снежный ком» наркомании. Особое внимание к проблеме наркомании важно и в связи с тем, что наркоманы становятся в последние годы основной причиной роста заболевания ВИЧ-инфекцией.

Важно, чтобы проблема наркомании постоянно оставалась в поле внимания, как государственных органов власти, так и населения. Нужно официально признать, что наркомания является огромной общегосударственной проблемой, требующей принятия неординарного комплекса мер как собственно внутри страны, так и в содружестве с мировым сообществом.

В Казахстане работа по преодолению наркомании ведется в следующих направлениях: недопущение нелегального ввоза наркотиков на территорию региона; запрет на распространение и употребление наркотиков; лечение наркозависимых граждан. Приоритетным направлением признана профилактическая работа среди подрастающего поколения, способствующая воспитанию психически здорового, личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с собственными психологическими затруднениями и жизненными проблемами, не нуждающегося в приеме психоактивных веществ, в том числе наркотиков.

**3 августа 2009 год** в пресс-центре «Интерфакс Казахстан» прошла пресс-конференция на тему: «Пандемия гриппа А(Н1N1) в Казахстане: можно ли ее предотвратить», инициированная Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни.

В пресс-конференции приняли участие: Татьяна Слажнева – заместитель Генерального директора Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Кенес Оспанов – главный врач Республиканской санитарно-эпидемиологической станции, Роза Куанышбекова – заместитель начальника управления здравоохранения г. Алматы, Жанара Бекенова – национальный координатор программ по инфекционным заболеваниям и иммунизации Странового офиса ВОЗ в Казахстане.

В связи со стремительным распространением гриппа А (Н1N1) по миру, 11 июня 2009 года Всемирная организация здравоохранения впервые за более чем 40 лет объявила о введении максимального уровня угрозы пандемии.



Новый штамм образовался из человеческого вируса гриппа А (подтип H1N1, который в 1918 году вызвал пандемию «испанки») и частично из нескольких штаммов вируса гриппа, обычно распространенных только у свиней. Новый вирус передается воздушно-капельным путем от человека к человеку и характеризуется острыми симптомами гриппа с возможным осложнением пневмонией. На конец июля 2009 года общее количество подтвержденных случаев заболеваний людей, вызванных вирусом гриппа А (H1N1) в мире составляет более 110 тыс. человек. При этом число погибших от гриппа А (H1N1) превысило 700 человек.

В Казахстане первые случаи гриппа А (H1N1) зарегистрированы 23 июля 2009 года и на сегодняшний день число заболевших составляет 14 человек, которые перенесли легкую форму заболевания без осложнений. Все они заболели после зарубежных поездок. Министерством здравоохранения РК введен карантинный режим в г. Астана и Алматы, который длится не более семи дней от последнего случая заболевания. Правительством РК рассмотрен Национальный план по реагированию на пандемию гриппа А (H1N1), организован постоянный мониторинг за прибытием организованных групп людей из-за рубежа. В аэропортах г. Астана и Алматы установлены тепловизоры, которые проверяют всех прибывающих. Население постоянно информируется о санитарно-эпидемиологической ситуации по гриппу.

Необходимо использовать индивидуальные меры защиты от инфекции. Снизить распространение инфекции помогают общепринятые правила поведения и гигиены. Для профилактики эффективно ношение марлевых масок и применение оксолиновой мази. Клинические проявления напоминают обычный грипп. При появлении первых признаков острого респираторного заболевания (высокая температура, кашель, насморк, головные и мышечные боли, иногда рвота и расстройство стула) нужно немедленно обращаться к врачу.

**14 августа 2009 года** стартует акция «Денсаулық жолы», основная идея которой привлечь внимания сельского населения

к здравоохранительным мероприятиям и движению за здоровый образ жизни. В рамках акции пройдет информационная кампания по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний, а также консультации специалистов ведущих медицинских институтов и центров страны.

Акция организована Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни, Алматинским областным и городским центрами формирования здорового образа жизни при поддержке Акимата Алматинской области, управлений здравоохранения Алматинской области и г. Алматы, Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней, Диабетической ассоциации Республики Казахстан.

Акция «Денсаулық жолы» проводится ежегодно во всех регионах Казахстана и каждый год посвящается определенной тематике. Так в этом году акцент сделан на проблеме сахарного диабета.

Сахарный диабет – это одно из наиболее распространенных эндокринных заболеваний, которым страдают около 2% населения Земли. Количество больных из года в год увеличивается, причем заболевают как взрослые, так и дети. Сахарный диабет возникает вследствие абсолютной или относительной недостаточности содержания инсулина, который вырабатывается поджелудочной железой. Серьезность заболевания обуславливается его осложнениями, прежде всего сосудистыми нарушениями: диабетическая ретинопатия (поражение сосудов глаз), диабетическая ангиопатия или диабетическая стопа (поражение сосудов нижних конечностей). Поэтому так важна его своевременная диагностика и лечение на начальных стадиях заболевания, когда возможно предотвратить возникновение тяжелых осложнений.

Бригада медицинских специалистов (терапевты, эндокринологи, кардиологи) выедут по маршруту Алматы – Бесагаш – Талгар. В каждом населенном пункте всем желающим будет бесплатно проведен экспресс анализ уровня сахара в крови, консультации врачей-специалистов, беседы по вопросам охраны, укрепления здоровья и профилактики



заболеваний с раздачей информационно-образовательных материалов.

**17 сентября 2009 года** состоялась пресс-конференция на тему: «Врачи бьют тревогу: эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний в Казахстане уносит жизни молодых. Как снизить количество преждевременных смертей».

Участники пресс-конференции: Сауле Диканбаева – генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Турсунжан Аманов – Вице-президент ассоциации кардиологов Республики Казахстан, Анаркул Кулембаева – ведущий специалист Кардиологического центра г.Алматы.

Сердечно-сосудистые заболевания (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт и другие) занимают ведущие позиции в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в 2008 году сердечно-сосудистые заболевания явились причиной 17,5 миллионов смертей в мире.

В Казахстане сердечно-сосудистые заболевания стабильно занимают первое место среди причин смертности населения страны (50,3%). Наиболее высокая смертность от этой патологии отмечается у мужчин трудоспособного возраста. Среди болезней системы кровообращения по распространенности на первом месте стоят артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца, в сумме составляя более половины кардиологических заболеваний (58,6%). Следует отметить, что болезни системы кровообращения выявляются у большего числа людей молодого возраста.

Артериальная гипертония имеет стойкую тенденцию к росту. Так, по данным Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней, начиная с 1989 года, заболеваемость выросла с 127,5 на 100 тыс. населения до 1204,3 на 100 тыс. населения в 2008 году, то есть почти в 10 раз.

Существенное влияние на рост заболеваемости артериальной гипертонией оказывают такие факторы риска, как табакокурение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, малоподвижный образ

жизни. Отмечается низкая активность населения в определении уровня своего артериального давления. По рекомендациям ВОЗ, каждый человек старше 18 лет должен знать свое артериальное давление, показатели нормы не должны превышать 140/90 мм рт.ст.

ВОЗ и Всемирная федерация сердца объявили 27 сентября 2009 года Всемирным Днём Сердца под девизом «Работать со здоровым сердцем», т.е. призвали проводить профилактику сердечно-сосудистых заболеваний на рабочем месте. В этом году Всемирный День Сердца будет поддерживать инициативу «Работать в направлении здоровья», предложенную Всемирным Экономическим Форумом.

В рамках мероприятий Всемирного Дня Сердца в Казахстане с 21 по 30 сентября 2009 года пройдет декадник по профилактике артериальной гипертонии под девизом «Узнай свое давление». Цель декадника: информирование населения о последствиях заболевания артериальной гипертонией и мерах ее профилактики, формирование навыков ведения здорового образа жизни. В дни проведения декадника каждый житель Казахстана может измерить свое артериальное давление во всех медицинских организациях и получить консультацию по профилактике артериальной гипертонии.

*Есова Г.К.  
Пресс-служба НЦПФЗОЖ*



## НАЦИОНАЛЬНОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО РЕАЛИЗАЦИИ СОВМЕСТНОГО ПРОЕКТА МЗ РК И ЕРБ ВОЗ/ЕС «УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА В КАЗАХСТАНЕ НА 2009- 2011 годы».

*Р.С.Колокина.*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы*

В рамках реализации отраслевой Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 годы, утвержденной Постановлением Правительства РК от 27 декабря 2007 года № 1325, и двустороннего сотрудничества с Европейским региональным бюро ВОЗ 18-19 августа 2009 года в Астане на базе АО Национального научного центра материнства и детства проведено Национальное совещание по реализации совместного проекта МЗ РК и Европейского регионального бюро ВОЗ «Укрепление здоровья матери и ребенка в Казахстане на 2009-2011 годы» с участием 42 представителей заинтересованных министерств и ведомств, пилотных регионов республики, республиканских организаций здравоохранения, а также международных экспертов ЕРБ ВОЗ/ЕС. В работе совещания НЦ ПФЗОЖ приняли участие директор НЦ ПФЗОЖ МЗ РК проблем формирование здорового образа жизни профессор С.А. Диканбаева и координатор программы «Охрана репродуктивного здоровья» Р.С. Колокина.

В течение 2-х дней в соответствии с программой под председательством вице-министра МЗ РК Т.А. Вощенко обсуждались вопросы современной политики и стратегии, направленные на решение проблем материнства и детства в Европейском регионе (г-жа Вивиан Барнекоу- сотрудник ЕРБ ВОЗ) и в Казахстане (Вощенко Т. А.- вице-министр МЗ РК).

Дана оценка демографических показателей, характеризующих состояние здоровья женщин и детей в Европейском регионе и в Казахстане, основными из которых являются материнская, перинатальная, младенческая и детская смертность. Отмечена важность стандартизированного подхода в клиническом ведении основных болезней детского возраста и осложнений течения беременности и родов, основанного на доказательной медицине.

Подчеркнута недостаточность интеграции служб здравоохранения и преемственности между различными уровнями оказания медицинской помощи. Сделан акцент на основных функциях системы здравоохранения: руководство, ресурсы, качественное оказание услуг, финансирование. Особо выделен межсекторальный подход и оптимизация ресурсов.

Представлены 3 компонента проекта ЕРБ ВОЗ и ЕС по укреплению здоровья матери и ребенка в Казахстане в пилотных регионах: Актюбинская, Карагандинская и Южно-Казахстанская области (Айгуль Куттумуратова, ЕРБ ВОЗ).

Консультанты ВОЗ (Гельмиус Шюпшинкас, Альберта Баччи, Айгуль Куттумуратова) осветили вопросы технической помощи ВОЗ в области улучшения здоровья детей, подростков и матерей, а также инструменты оценки ВОЗ и результаты. По их мнению, чрезвычайно важна работа с семьями с разработкой основного пакета знаний, касающихся вопросов питания, осложнений беременности и родов, ухода за детьми, начиная с периода новорожденности и до 5-летнего возраста.

Групповая работа (модераторы-консультанты ВОЗ) была направлена на определение и обоснование приоритетных областей действий для каждой функции системы здравоохранения, конкретных планов реализации с определением сроков и назначением ответственных лиц. Целевыми группами определены беременные, родильницы, дети в возрасте до 1 года и до 5 лет. Особый акцент сделан на подростков, что прозвучало в ряде выступлений, хотя разработки специальной программы для них пока не предусмотрено.

В презентациях результатов работы во всех группах выявлено ряд общих моментов: необходимость совершенствования нормативно-правовой базы в части охраны здоровья



женщин и детей, обновление существующих протоколов и создания новых по наиболее часто встречающимся заболеваниям у детей и женщин, разработки индикаторов эффективности, проведения качественного мониторинга с последующим анализом для использования этих материалов в дальнейшей работе.

Следует отметить, что в практику родовспомогательных организаций Казахстана в течении ряда лет активно внедряются эффективные перинатальные технологии, рекомендованные ВОЗ, такие как партнерские роды, свободный выбор положения в родах, совместное пребывание матери и ребенка, ранний кожный контакт, раннее прикладывание новорожденного к груди сразу после рождения, соблюдение теплового режима и исключительно грудное вскармливание. Это является важной составляющей в снижении материнской, младенческой и детской смертности и как

итог- улучшение демографической ситуации в Республике. С 2008 года Казахстан перешел на критерии живорожденности в соответствии с рекомендацией ВОЗ.

Однако существует ряд проблем, напрямую связанных с качеством медицинских услуг, начиная с уровня ПМСП, решение которых предусмотрено реализацией мероприятий Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в РК на 2005- 2010 годы, Программы по снижению материнской и детской смертности в РК на 2008-2010 годы, Программы «Здоровый образ жизни».

Внедрение совместного проекта МЗ РК и Европейского Регионального Бюро ВОЗ «Поддержка охраны здоровья матери и ребенка в Казахстане» в пилотные регионы с дальнейшим его распространением на всю территорию Казахстана позволит улучшить и сохранить здоровье женщин и детей .

---

## РЕСПУБЛИКАНСКАЯ АКЦИЯ «ДЕНСАУЛЫК ЖОЛЫ-2009»

*Колокина Р.С.*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

В соответствие с планом мероприятий по реализации программы «Здоровый образ жизни» на 2009 год и разработанной НЦПФЗОЖ концепцией, в июле-августе прошла Республиканская широкомасштабная акция «Денсаулык Жолы», акцент которой в этом году был сделан на предупреждении и раннем выявлении сахарного диабета.

Цель акции – привлечение внимания общественности, органов власти к проблеме

сохранения и укрепления здоровья сельского населения. В рамках акции осуществлены выезды бригад медицинских специалистов в составе эндокринологов, кардиологов, педиатров, невропатологов, врачей-лаборантов с определением уровня сахара крови в сельские населенные пункты с проведением консультаций, бесед по вопросам охраны, укрепления здоровья и профилактики заболеваний, раздачей информационно-образовательных материалов.



Акция проходила при поддержке Диабетической Ассоциации РК, которая предоставила 84 глюкометра и скарификаторы, научных Центров и институтов, областных и городских организаций здравоохранения при активной поддержке акиматов и средств массовой информации.

Пилотной площадкой для проведения национальной акции выбрана Алматинская область, которая стартовала от НЦПФЗОЖ. Национальная акция прошла 14 августа и состояла из следующих мероприятий: митинги перед отправлением автопоезда со специалистами в населенные пункты Алматинской области, по его приезду в село Бесагаш и г.Талгар, организации и проведение консультаций, бесед специалистов. Консультативная помощь оказана сельским жителям специалистами НЦПФЗОЖ, НИИ кардиологии и внутренних болезней, НЦ педиатрии и детской хирургии, Республиканской детской больницы Аксай (эндокринолог взрослый и детский, кардиолог, терапевт, педиатры). В ходе акции проводилось скрининг-обследование на сахарный диабет путем определения уровня сахара у взрослого населения.

В рамках национальной акции осмотрено около 500 человек, включая 129 детей. У 226 человек определен уровень сахара, который повышен у 24 человек (10,6%). Акция сопровождалась раздачей информационно-наглядного материала, подготовленного совместно с ДАРК: «Внимание, диабет рядом!», «Сахарный диабет и питание» и других. В других районах этой области прошли подобные акции, в которых консультативная помощь оказана более чем 1500 сельчанам.

Акция «Денсаулық Жолы» в Актюбинской области проводилась под девизом «Медицинские работники за здоровый образ жизни», во время которой специалистами областного уровня осмотрено 1849 человек с определением сахара крови у 1389 человек (75,2 %), из которых у 79 выявлена гипергликемия, т.е. у 6-х из 100 обследованных. Особенностью данного региона явилось то, что была организована консультация 369 государственных служащих областного и городского акиматов, среди которых у 18 человек выявлена гипергликемия.

В период акции в школах «Диабета» обучено 684 пациента, из них первично 279 человек.

В Атырауской области Караваном здоровья было осуществлено 4 двухдневных выезда в сельские районы. Всего посещено 18 населенных пунктов, где была оказана консультативная помощь различным возрастным группам сельчан, проведены информационные кампании, лекции, семинары, различные развлекательные мероприятия. Всего акцией охвачено 22 456 человек.

В Восточно-Казахстанской области уровень сахара определен у 14 806 человек, среди которых повышенное содержание сахара в крови выявлено у 734 человек, что составило 5,0% от всех обследованных. Проведена конференция по проблемам сахарного диабета для специалистов ПМСП, задействовано 26 «Школ диабета», «Диабетический центр», средства массовой информации. В городе Семей проведена акция «Лето. Узнай свой сахар». Всего акцией охвачено 30 740 человек.

В Карагандинской области День знаний, проведенный с 26 августа по 2 сентября, был посвящен проблемам сахарного диабета, что явилось особенностью этого региона. В нем приняли участие 8 356 педагогов из 386 школ, кроме этого охвачено 45 854 родителя. Совместно с эндокринологами в 5 районах осмотрено 1 623 сельских жителя, у которых определен уровень сахара. У 28 человек отмечено повышение сахара, и они направлены в ЦРБ. Всем оказана консультативная помощь эндокринолога, роздан информационный материал.

В Жамбылской области выезд специалистов областных медицинских организаций осуществлен в 12 сельских районах. В рамках акции организована консультативная помощь сельскому населению узкими специалистами – кардиологом, эндокринологом, невропатологами, хирургом, гинекологом, маммологом. Специалистами ОЦФЗОЖ проведены беседы по вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний, с раздачей информационно-образовательных материалов. Всего в рамках акции осмотрено 3256 пациентов. Повышенный уровень сахара выявлен у 7% осмотренных. Мероприятия освещались в СМИ.

В Западно-Казахстанской области в акции «Денсаулық жолы» приняло участие 16 284 человек. Было осмотрено 3650 человек, в том числе 56 детей. 1600 человек сдали анализы на определение сахара в крови. Повышенное содержание сахара в крови выявлено у 24 обследованных (1,5%), в том числе у 2 детей. Распространен информационно-образовательный материал (плакаты, буклеты, листовки), разработанный совместно с ДАРК.

В Костанайской области акция проходила с 27 июля по 18 августа с охватом 31 025 человек населения, из которых каждый третий-житель села. На сахар крови обследовано 1 357 человек. Организовано 9 выступлений в прямом эфире на радио, 6 телепередач, 12 публикаций. В период акции прочитана 201 лекция с охватом 19 748 человек. Особенность проведения акции в этой области явились спортивные мероприятия, проведенные совместно со спортивным комитетом как в городе, так и во всех районах области.

В Мангистауской области во время акции обследовано 572 человека. Повышенный уровень сахара выявлен у 7 человек. Проведено 16 семинаров с охватом 421 медицинского работника. Во всех медицинских организациях области проведены Дни открытых дверей. Опубликовано 9 статей в газетах областного уровня, на областном телевидении вышло 13 сюжетов о ходе акции.

В Северо-Казахстанской области во время акции осуществлено 290 выездов с осмотром 10 828 человек, среди которых у 220 выявлено повышение сахара крови. Акция освещалась в 6 радио-передачах, 5 публикациях. Помимо осмотров, лекциями, беседами и другими мероприятиями охвачено 26 959 человек или 4,1% от общей численности населения области.

В Южно-Казахстанской области акция проходила в 14 районах с 11 по 14 августа, в которой приняли участие 9 314 человек. Специалистами областного уровня (эндокринологами, кардиологами, педиатрами, терапевтами, онкологами, детскими хирургами) осмотрено 1887 сельских жителей, из которых у 419 выявлена различная патология и 136 больных были направлены на госпитализацию. Из 326 человек, обследованных на сахар, повышенный уровень выявлен у 38 пациентов,

что составило 11.3%. Во время акции населению выдано около 142 тысяч экземпляров различного вида информационно-наглядных материалов, из них 85 100 листовок, 12 000 буклетов, 4 452 брошюры. Организовано 6 телепередач, опубликовано 13 статей.

Алматинский городской центр ФЗОЖ при поддержке ЛПО города Алматы 15 августа организовали консультативную помощь 282 жителям поселка Заря Востока и сотрудникам Бостандыкского акимата специалистами: эндокринологом, невропатологом, хирургом, гинекологом, педиатром. Проведено 15 скрининг-тестов на определение сахара. Распространено 1300 экземпляров ИОМ по различным тематикам.

Результаты:

1. Широкомасштабная акция «Денсаулық Жолы-2009» с акцентом на сахарный диабет прошла на всей территории Казахстана при поддержке акиматов, СМИ, Диабетической Ассоциации РК, с участием специалистов научно-исследовательских центров и институтов, областных и городских лечебно-профилактических организаций, с освещением в средствах массовой информации.

2. Акцией охвачено около полумиллиона сельских жителей страны.

3. Уровень сахара в крови определен более чем у 10 тысяч человек, среди которых в среднем у 6% впервые выявлен повышенный уровень сахара.

4. Распространено 150 тысяч экземпляров различного вида информационно-образовательного материала.

5. Акция получила положительный резонанс среди общественности, мобилизовала и объединила усилия местных органов власти, Научно-исследовательских институтов и центров, специалистов областного и городского уровней и службы здорового образа жизни при активной поддержке СМИ.

6. Сельские жители позитивно оценили акцию как возможность бесплатно получить профессиональную помощь нескольких специалистов на местах, касающуюся различных соматических заболеваний, формирования здорового образа жизни и профилактики факторов рискованного поведения с раздачей информационно-наглядного материала.



## МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕНЬ СЕРДЦА В КАЗАХСТАНЕ.

*Н.А. Сулейманова*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

В последние десятилетия болезни сердца и сосудов занимают лидирующее положение в структуре заболеваемости и смертности в Республике Казахстан, наблюдается рост заболеваемости в 5-7 раз. Повышенное артериальное давление или гипертония сегодня является наиболее распространенным хроническим заболеванием. Общеизвестно, что артериальная гипертония (далее – АГ) – лидирующий фактор риска в развитии инсультов, инфаркта миокарда, повреждений сосудов, почек, потери зрения и других опасных заболеваний. Множество пациентов пренебрегают профилактикой гипертонии и здоровым образом жизни, немало людей остается с невыявленным заболеванием и несколько миллионов больных с диагнозом гипертония не получают адекватного лечения. В стране около 1,5 миллионов людей страдают гипертонией, и половина из них не знает о своем заболевании. По рекомендациям ВОЗ, каждый человек старше 18 лет должен знать свое артериальное давление и показатели нормы – не выше 140/90 мм рт.ст.

29 сентября 2009 года объявлен Международным днём сердца и проходит под девизом «Работай с сердцем». Именно к Международному дню здорового сердца приурочен в этом году декадник по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, и в первую очередь, по профилактике артериальной гипертонии.

Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с Центром проблем формирования здорового образа жизни г.Алматы, при участии студентов – волонтеров Республиканского и городского медицинских колледжей была организована акция «Узнай своё артериальное давление - 2009г» для жителей и гостей Южной столицы. Аналогичные мероприятия организованы и проведены по всей стране.

К факторам риска развития АГ относятся: избыточная масса тела; курение; повышенно

содержание холестерина в крови; сниженная физическая активность; злоупотребление алкоголем; употребление пищи с повышенным содержанием соли (более 1 чайной ложки в дневном рационе), животных жиров; стрессы, нарушение сна, переутомляемость; недостаточное количество овощей и фруктов в пищевом рационе.

Работоспособное население страны больше половины своего времени проводит на работе и не имеет возможности вести здоровый образ жизни, соблюдать принципы рационального питания, характерна гиподинамия, частые перекуры и многие другие факторы негативно отражающиеся на состоянии здоровья. Здоровый образ жизни, отказ от табака, соблюдение диеты, физическая активность – это важные шаги для продуктивной и долгой жизни. Сознательное отношение к своему здоровью, соблюдение несложных, но достаточно принципиальных правил поможет держать под контролем артериальное давление. К этим правилам относится следующее:

Население Республики Казахстан имело возможность во время проведения информационно-профилактической акции «Узнай своё давление» в период с 21 по 30 сентября проверить свое артериальное давление, посетить Школу здоровья для страдающих гипертонией, задать вопросы по организации и оказанию медицинской помощи при заболеваниях сердца.

Цикл мероприятий акции «Узнай своё давление» был организован, в рамках республиканского декадника по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний приуроченный к Всемирному Дню Сердца, где ведущие специалисты врачи-кардиологи страны, специалисты службы ПМСП, специалисты службы формирования здорового образа жизни в течение 10 дней проводили для жителей профилактические лекции, дни открытых дверей, амбулаторный прием, консультации.

Целью декадника явилось: повышение



уровня информированности населения, выработка мотивации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, в частности артериальной гипертонии, формирование навыков ведения здорового образа жизни, ранее выявление и профилактика осложнений артериальной гипертонии. Целевой группой данной кампании было определено население с 18 лет. Ряд задач включал в себя: проведение просветительской работы среди населения о необходимости знания уровней своего артериального давления, формирование навыков регулярного контроля артериального давления, повышение уровня информированности населения о факторах риска, профилактике и серьезности последствий артериальной гипертонии. Для осуществления поставленных целей были мобилизованы медицинские работники различного уровня, студенты медицинских колледжей, вузов для определения артериального давления у населения, распространение информации об артериальном давлении, последствиях, навыках, и возможности их предупреждения.

Организаторами проведения декадника

стали управления здравоохранения, лечебно-профилактические организации, высшие и средние медицинские учебные заведения, областные, городские и районные центры здорового образа жизни при партнерстве с общественными и международными организациями.

Каждый желающий мог измерить своё давление, получить консультацию и информационный материал по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и охраны здоровья в целом.

Проведение мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний имело свои результаты. Были выявлены категории людей с повышенным артериальным давлением, которые не измеряли давления ранее и в результате проводимых мероприятий стали более внимательно относиться к своему здоровью. Повысился уровень информированности населения о мерах профилактики артериальной гипертонии, увеличилась обращаемость с сердечно-сосудистыми заболеваниями в лечебно-профилактические организации.



## ВАФЕЛЬНЫЙ ХЛЕБ «ЕЛИЗАВЕТА»

На рынке Казахстана появились хлебцы «Елизавета», выпускаемые в городе Смоленске торговым домом «Елизавета», партнером Казахстанского общественного фонда «За здоровый образ жизни».

Хлеб – это тысячелетняя основа питания человека, который в последнее время рекомендациями диетологов безжалостно изгоняется из рациона питания. Хотя некоторые диетологи вынуждены признать, что никакие иные продукты не способны обеспечить человека жизненно важными витаминами группы В, аминокислотами, клетчаткой и многими другими незаменимыми веществами.

Однако, сегодня пышный дрожжевой хлеб, приготовленный из высококачественной пшеничной муки, все чаще объявляется диетологами персоной нон грата. Они утверждают, что современному человеку с его малоподвижным образом жизни и слишком калорийным питанием необходим иной хлеб – бездрожжевой, богатый пищевыми волокнами, витаминами и минеральными веществами, без сахара и жиров. Современные технологии позволили изготовить такой легкий в прямом и переносном смысле хлеб.

Это – вафельный хлеб «Елизавета».

«Вафельный хлеб – это хлеб?» - такой вопрос нередко задают специалистам предприятия, - ли хлебцы? А если хлеб, то почему вафельный?

Это не просто хлеб. Это не хлебцы. Это и не вафли.

Хлеб «Елизавета» выпекается в виде тонких пластин, напоминающих обычные вафли. «Елизавета» - это тот самый диетический сухой хлеб, на котором сейчас буквально помешан трепетно относящийся к своему здоровью Запад.

Абсолютное отсутствие влаги и пористая структура вафельного хлеба делают его прекрасным пищевым адсорбентом. Но если всем известный активированный уголь выводит из организма вместе с вредными веществами и полезные, то хлеб «Елизавета» очищает желудочно-кишечный тракт, одновременно обогащая его железом и пищевыми волокнами. Срок хранения такого хлеба до 12 месяцев!

Недаром хлеб «Елизавета» пользуется особым спросом как у спортсменов, так и у тех, кто надолго уходит в экспедиции, следит не только за состоянием своего здоровья, но и за весом рюкзаков!

Но рецептура, состав теста – абсолютно «хлебные», а значит то же можно сказать и о полезных свойствах. Время его выпечки составляет всего 2-3 минуты, что позволяет сохранить «живыми» все биологические компоненты, витамины и нужные человеку микроэлементы за счет того, что они не успевают «погибнуть» под длительным воздействием температуры. Тесто перед выпечкой обогащается сухим молоком и яичным порошком, что в совокупности с ржаной и пшеничной мукой дает организму необходимый процент содержания белка. Содержание белка в хлебе «Елизавета» даже выше, чем в массовых хлебах и сопоставимо только с хлебами, изготовленными из смеси дробленых злаков, куда входит соя. Поэтому «Елизавета» - полноценный хлеб, сохраняющий важнейшее качество хлеба – высокую питательную и энергетическую ценность.

Хлеб, безусловно, вкусен, что для него, как для продукта питания, имеет огромное значение. Легкий, хрустящий, привлекательного вида и цвета хлеб отлично сочетается с любой повседневной едой от завтрака до ужина. Он не перегружает организм, не ложится тяжким грузом на желудок. Он – прекрасная основа бутербродного, фуршетного стола.

Следует отметить и лечебные свойства нашего продукта. Ведь неслучайно такой универсальный хлеб продается и в аптеках.

Вафельный хлеб «Елизавета» изготовлен только из натурального, прошедшего строгий контроль сырья, не содержит ни дрожжей, ни консервантов, ни красителей.

Вафельный хлеб «Елизавета» очень низкокалорийный, с вафельным вы можете спокойно, без мучений, похудеть. Две упаковки хлеба плюс минеральная вода, и организм, получая белок, витамины, железо, будет без стресса избавляться от лишних килограммов.

По наблюдениям диетологов, вафельный хлеб усваивается куда быстрее и легче обычного,



а добавки пряностей и специй превратили его в превосходную закуску. Неудивительно, что вафельный хлеб «Елизавета» стал «хитом» и для продвинутой молодежи, и для людей зрелого возраста.

Изготавливаются следующие виды вафель: Обычный хлеб, вафельный хлеб с чесноком, вафельный хлеб с пряностями, вафельный хлеб ржаной, вафельный хлеб, обогащенный

витаминами и железом, хлеб вафельный йодированный, обсыпной вафельный хлеб с арахисом, обсыпной вафельный хлеб с кокосом, обсыпной вафельный хлеб с кунжутом, обсыпной вафельный хлеб с кунжутом и семенем подсолнечника.

Этисортачрезвычайнополезныинеобходимы тем, кто заботится о своем здоровье!

