

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

## ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.  
№ 3. 2010 г. (УДК 614.2.574)  
Подписной индекс 75978

### Учредитель:

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

Журнал включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций.

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:  
г. Алматы, ул. Кунаева, 86  
тел: 2918415, внутр. 126  
Заказ № 00. Тираж 500 экз.

### Главный редактор:

Профессор Диканбаева С.А.

### Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

### Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

### Технический редактор:

Ешманов Е.У.

### Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

### Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,  
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.

(Ташкент), 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.,

Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К.,

Омарова М.Н., Изатуллаев Е.А.

### Редакционный совет:

Абдреева Г.У. (Шымкент)

Беляева Л.Л. (Петропавловск)

Баймаханов Т.Б. (Павлодар)

Умралина Б.Д. (Актау)

Жаркова Н.В. (Костанай)

Ибраева Р.С. (Актобе)

Курманов М.К. (Астана)

Абдрашева Б.М. (Усть-Каменогорск)

Мухтарова Г.М. (Алматинская область)

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)

Умарова Г.Р. (Уральск)

Шаухаров Х.С. (Тараз)

Калымжанов С.К. (Кокшетау)

---

**СОДЕРЖАНИЕ:**  
**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ  
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ. Диканбаева С.А., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.-----7

РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. Есова Г.К. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.-----9

РАБОТА С ОБЩЕСТВЕННЫМ МНЕНИЕМ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. Есова Г.К. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.----12

ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ШКОЛЕ. Каржаубаева Ш.Е., Каусова Г.К., Адаева А.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.-----15

ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Кусмолданова С.Р., Ахметов В.И., Оспанова Д.А. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, Департамент здравоохранения Алматинской области, г.Алматы.-----20

ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ. Адаева А.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.-----22

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ОСНОВНОЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ. Куандыков Е.К., Абдрахманов Ж.С., Махметова Д.О., Раджанова М.Ш. Казахская академия питания, г.Алматы, Центральная городская поликлиника, г.Туркестан.-----27

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. Сатимова С.Т. Городской противотуберкулезный диспансер, г.Алматы.-----30

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ. Имангалиева А.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.-----32

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Каусова Г.К., Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А. Высшая школа общественного здравоохранения, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.-----36

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ АУРУШАНДЫҚТЫ ТӨМЕНДЕТУДІҢ НЕГІЗГІ ҚҰРАЛЫ. Мұхтарова Ғ.М., Мүсірепова С.К. Алматы облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы.-----40

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ. Рахыпбеков Т.К., Базарбек Ж.Б., Мусаханова А.К., Абильдина З.Ж., Шишкина О.В. Государственный медицинский университет, Городское бюро медицинской статистики, г.Семипалатинск.-----44

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА. Касымова Г.П., Югай М.Н. Высшая Школа общественного здравоохранения, Упрвление медико-социальной экспертизы Департамента по контролю и социальной защите по Карагандинской об-ти, г.Караганда.-----48

АНАЛИЗ РАСХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2003-2008 ГОДАХ. Еламанова С.Х., Куракбаев К.К. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----52

---

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ДОХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ НА ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ г.АЛМАТЫ. Еламанова С.Х., Куракбаев К.К. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----55

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ. Мусаханова А.К., Базарбек Ж.Б., Абильдина З.Ж., Шишкина О.В. Государственный медицинский университет, Городское бюро медицинской статистики, г.Семипалатинск.-----58

АНАЛИЗ УЛИЧНОГО ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ДЕТЕЙ 7-14 ЛЕТ в г.АЛМАТЫ ЗА 2009 год. Мукашева М.Г. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----63

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ЛИЦ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ, ПО ВОПРОСАМ, СВЯЗАННЫМ С СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕРЕСОМ К МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ. Ошибаева А.Е. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----66

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА им. К.И.САТПАЕВА И КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА им.С.Д.АСФЕНДИЯРОВА. Файзуллина К.М., Файзуллин М.А. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----68

РЕФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ В УСЛОВИЯХ ПЕРЕХОДА НА ОБЩЕВРАЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ. Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, ННЦХ им.А.Н.Сызганова МЗ РК, г.Алматы.-----71

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГАЗОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ВИНОДЕЛЬЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ. Амирова А.С. РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г.Алматы.-----75

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. Казакова А.В. Клиника «Жан», г.Алматы.-----78

СОЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕТИНГ – КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ. Ошибаева А.Е. Казахская высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----80

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ. Тотанов Ж.С. Научный центр гигиены и эпидемиологии им.Х.Жуматова МЗ РК, г.Алматы. -----82

### **ПРОФИЛАКТИКА ВАЖНЕЙШИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП, СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЕЗДНОГО СЕМИНАРА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Колокина Р.С., Ибраева Р.С., Ушкempiрова Г.С. Министерство здравоохранения РК, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Областной Центр формирования здорового образа жизни Актыбинской области.-----84

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ВСЕМИРНОГО ДНЯ ГЛАУКОМЫ. Курмангалиева М.М., Джуматаева З.А., Ажигалиева М.Н. КазНИИ глазных болезней, г.Алматы.-----86

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. Халимов М.Ж., Акрамов Д.И. Районная поликлиника «Аксукент», Южно-Казахстанская область.-----87

---

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ. Кожуханов Т.Ж., Шортанбаева Б.А., г.Тараз.-----89

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА ВИТАМИНОМ А ПО ОЦЕНКЕ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ. Сарсембаева А.П. Казахская академия питания, г.Алматы.-----92

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА А СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ. Сарсембаева А.П. Казахская академия питания, г.Алматы.-----95

О ВРЕДЕ КУРЕНИЯ. Рыбакова Н.Я. Айтказина К.С. Городская поликлиника №3, г.Алматы.-----98

БОРЬБА С ОЖИРЕНИЕМ. Рыбакова Н.Я. Айтказина К.С. Городская поликлиника №3, г.Алматы.----101

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ. Никипорец М.В. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.-----102

### **ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

ОСНОВНАЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА Бермагамбетова Г.Н. Министерство здравоохранения Республики Казахстан.-----105

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ. Максутова Д.Ж. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.-----107

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ. Максутова Д.Ж. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.-----110

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ. Бегманова Б.А. Городская детская больница №1, г.Тараз.-----115

ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. Тулендиева К. ПМСП №4, г.Тараз.-----120

ПРОБЛЕМА ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ. Бекбосынова К.Е. ГККП «Женская консультация», г.Талдыкорган.-----123

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВАРИКОЗ. Бекбосынова К.Е. ГККП «Женская консультация», г.Талдыкорган.---125

### **ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ/СПИДА, НАРКОМАНИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА**

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. Дмитровский А.М. КазНМУ им.А.С.Асфендиярова, г.Алматы.-----127

ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ Ибраева Р.С. ГККП «Областной центр проблем формирования здорового образа жизни», г.Актобе.-----131

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ г.ТАЛДЫКОРГАН. Мухтарова Г.М., Тусупова Г.К., Карабейникова М.В. Алматинский областной Центр формирования здорового образа жизни, г.Алматы.-----133

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА КЛЕТОЧНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ. Бекбусынов А.И. Костанайский областной противотуберкулезный диспансер.-----137

---

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА. Нурғалиева Р.С. Костанайский областной противотуберкулезный диспансер.-----140

ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ АНАЛИЗА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТНЫХ ЗАДАЧ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. Бекмагамбетов О.А. Костанайский областной противотуберкулезный диспансер.-----144

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ. Жабагина Г.С. Костанайский областной противотуберкулезный диспансер.-----145

СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ. Тютенова Ж.А. Костанайский областной центр СПИД.-----148

### **КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**

ЖҮЙЕЛІ ҚЫЗЫЛ ЖЕГІ ЖӘНЕ АНТИФОСФОЛИПІДТІК СИНДРОМ КЕЗІНДЕ ЗАҚЫМДАЛУ ИНДЕКСІН БАҒАЛАУ. Қайырғали Ш.М. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы.-----153

ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ КОМОРБИДНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ. Давлетбакова А.Ш. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.-----155

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФИБРИНОГЕНА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА. Дюсембаев Б.К. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова.-----158

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ И МАССЫ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ. Дюсембаев Б.К. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.-----162

РАБЕПРАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ. Бижигитова С.К. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.-----164

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ. Джанабаев Р.Т., Булешов М.А., Есалиев А.А. Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент-----167

ЭНДОГЕННЫЕ КАНЦЕРОГЕНООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И РАК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. Насипов С.Н. Областной онкологический диспансер, г.Атырау.-----170

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК. Абдуманпова М.А. Республиканский семейно-врачебный центр, г.Алматы.-----176

ИНЪЕКЦИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КАПИЛЛЯРНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ. Медеубеков У.Ш. Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы.---178

ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ТЕЧЕНИЯ РЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В ТКАНЯХ ПРИ КОМПРЕССИОННОМ ГЕМОСТАЗЕ ПРОФУЗНОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ Медеубеков У.Ш. Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы.-----182

---

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ. Емельжанова А.Ш. РГП «Центральная клиническая больница Управления Делами Президента РК», г.Алматы.-----188
- ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ. Емельжанова А.Ш. РГП «Центральная клиническая больница Управления Делами Президента РК», г.Алматы.-----190
- ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА. Есбулганов Д.Ш. Городская больница №2, г.Алматы.-----194
- ЭПИЛЕПСИЯ. Есбулганов Д.Ш. Городская больница №2, г.Алматы.-----195
- БОЛЕЗНЬ ВЕКА-ОСТЕОХОНДРОЗ. Есбулганов Д.Ш. Городская больница №2, г.Алматы.-----197
- ЛЕЧЕНИЕ АРИТМИЙ. Омарбаева Н.Ж. Городская станция скорой медицинской помощи, г.Тараз.----198
- АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. Рыбакова Н.Я. Городская поликлиника №3, г.Алматы.-----201
- АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ. Рыбакова Н.Я. Городская поликлиника №3, г.Алматы.-----203
- ӘЙЕЛДЕРГЕ БОЛАТЫН ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АУЫСПАЛЫ КЕЗЕҢ. Төлендиева К. №4 бастапқы медициналық-санитарлық көмек орталығы, Тараз қаласы.-----205
- ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ. Усенова М.Т.-----206
- ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ. Кадрахунова Ж.К., ГККП №3, г.Алматы.-----209
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОКИНЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ. Кадрахунова Ж.К., ГККП №3, г.Алматы.-----210
- ЖЕЛЕЗНОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И ПРОФИЛАКТИКА. Киргизалиева Г.К. ПМСП №4, г.Тараз.--212
- ӨКПЕДЕН ТЫС ТУБЕРКУЛЕЗ. Қырғызалиева Г.К. ЦПМСП №4, Тараз қаласы.-----213
- ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ. Сидашева Г.Т., Кабулова Р.А. ГККП «Областной центр проблем формирования здорового образа жизни», г.Актобе.-----214
- СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА Карасавиди Е.И. КГКП «Городская детская больница №1 УЗАЖО», г. Тараз.-----215
- СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ Карасавиди Е.И. КГКП «Городская детская больница №1 УЗАЖО», г. Тараз.-----218
- ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА СРЕДИ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЮКО Алдиярова М.А. *НИИ Кардиологии и Внутренних болезней, Алматы.*-----219

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И В ДРУГИХ СТРАНАХ

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА АНКЕТИРОВАНИЯ

С.А. Диканбаева, Т.И. Слажнева, В.Е. Егорычев,  
*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
г.Алматы*

Для стратегического планирования развития здравоохранения необходимо знание особенностей состояния здоровья населения в каждом конкретном регионе [1]. Здоровье населения, по мнению экспертов ВОЗ, зависит от целого ряда различных по природе факторов и, в первую очередь, от факторов связанных с образом жизни. Поэтому исследование факторов, определяемых образом жизни, имеет особую актуальность [2,3,4]. Исследование данных факторов должно быть положено в основу деятельности по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ).

При исследовании, факторов, связанных с образом жизни, следует определить основные понятия, необходимые при интерпретации полученных результатов. В частности важно уяснить разницу между условиями жизни и образом жизни.

**Условия жизни** – материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни.

**Образ жизни** - деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни, используют их; она указывает на то, как люди относятся к условиям жизни, как связаны с ними и используют их.

### **Характер активности:**

1. Интеллектуальная активность;
2. Физическая активность

### **Сферы активности:**

1. Трудовая активность
2. Внетрудовая активность

### **Виды (формы активности):**

1. Производственная активность;
2. Социальная активность;
3. Культурная активность;
4. Деятельность в быту;
5. Медицинская активность;
6. Другие виды (формы активности) [5,6,7].

При проведении медико-социологических исследований особое значение имеет использование метода анкетирования. Важнейшими характеристиками этого метода являются его доступность и высокая информативность [8].

Анкета должна включать вопросы для характеристики всех видов активности, связанных с образом жизни. В анкете лучше всего использовать закрытые вопросы, когда анketируемый сам выбирает вариант ответа. Использование закрытых вопросов облегчает последующую обработку полученных данных. В некоторых случаях с целью максимального учета различных вариантов ответа предусматривается полужакрытый вариант вопроса, при котором оставляется место для дополнительных комментариев и замечаний. С целью повышения достоверности ответов опрашиваемому предоставляется возможность в некоторых случаях уклоняться от ответа. Для этого предусматриваются такие варианты ответов, как «затрудняюсь ответить», «не всегда».

Анкетирование предполагает жестко фиксированный порядок, содержание и форму вопросов, ясное указание способов ответа, причем они регистрируются

опрашиваемым самостоятельно (заочный опрос) или в присутствии анкетера (очный, прямой опрос).

Одним из структурных элементов опроса является введение, в котором указывается, какая организация проводит анкетирование, объясняется цель опроса, и каким образом в дальнейшем будут использоваться его результаты, гарантируется анонимность ответов, дается четкое изложение правил и техники заполнения анкеты, способа ее возврата. Назначение этого раздела состоит в том, чтобы максимально расположить к себе опрашиваемого и пробудить в нем желание участвовать в проводимом исследовании. Кроме того, вводная часть включает инструкцию по заполнению анкеты, где указывается, как нужно отметить выбранный респондентом ответ. Паспортная часть анкеты состоит из вопросов, касающихся объективного положения и статуса опрашиваемого (возраст, пол, социальное положение и т.д.).

В основную часть анкеты входят собственно вопросы в той последовательности, которая соответствует назначению, цели и задачам исследования. По нашему мнению в основной части должны быть предусмотрены следующие разделы:

1. Двигательная активность;
2. Закаливание и тренировка иммунитета;
3. Обеспечение психического здоровья;
4. Особенности питания;
5. Режим дня;
6. Отказ от вредных привычек;
7. Выполнения правил личной гигиены;
8. Умение предупредить развитие опасных ситуаций и правильно вести себя при их возникновении;
9. Социальная активность;
10. Производственная активность;
11. Культурная активность;
12. Деятельность в быту;

13. Медицинская активность;
14. Психосексуальная жизнь;
15. Общие вопросы по поводу образа жизни.

В заключении выражается благодарность опрашиваемому за сотрудничество в проведении исследования.

Результатом проведенного анкетирования с целью изучения образа жизни является, как правило, пачка заполненных респондентами анкет. Затем наступает следующий этап медико-социологического исследования – обработка собранных данных, включающая в себя следующие предварительные виды работ: подсчет количества анкет, просмотр и выбраковку незаполненных экземпляров, нумерацию, составление таблиц, ввод полученной информации в компьютер. С помощью специализированных программ (SPSS) проводится обработка данных: группировка, классификация, составляется статистическая сводка. Анализ собранной информации – самый важный этап исследования. Проверяется, насколько верны были исходные гипотезы, какие ответы получены на заданные вопросы и выявляются новые проблемы.

Здоровье человека зависит от влияния различных по природе факторов. Однако при планировании и проведении работы по оздоровлению населения организаторов здравоохранения интересуют, главным образом, те факторы, на которые можно эффективно воздействовать. К таким факторам относятся, прежде всего, поведенческие факторы риска. В этой связи особый интерес представляет изучение образа жизни различных контингентов населения. Инструментом для такого исследования сможет стать разработанная с этой целью специальная анкета по изучению образа жизни. Результаты анкетирования с помощью опросника могут явиться основой для

совершенствования работы по формированию здорового образа жизни в различных регионах Республики Казахстан.

#### Список использованной литературы

1. Решетников А.В., Ефименко С.А.

Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 160 с.

2. Arabi Z. Metabolic and cardiovascular effects of smokeless tobacco // J. Cardiometab. Syndr. 2006, 1(5), P.345-350.

3. Vinereanu D. Risk factors for atherosclerotic disease: present and future // Herz, 2006, 31 P. 5-24.

4. Balagopal P. Obesity-related cardiovascular risk in children and the role of lifestyle changes // J. Cardiometab. Syndr. 2006, 1(4), P.269-274.

5. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: Медицина, 2002. – 416 с.

6. Масиускене О.В., Муравьянникова Ж.Г. Валеология: учебное пособие. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 251 с.

7. Вайнер Э.Н. Валеология: учебник для вузов М.: Флинта: Наука, 2010. – 448 с.

8. Решетников А.В., Ефименко С.А., Астафьев Л.М. Методика проведения медико-социологических исследований. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 96 с.

---

## РОЛЬ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Есова Г.К.

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

Средства массовой информации (СМИ) исключительно важны для службы формирования здорового образа жизни, т.к. именно они формируют общественное мнение и при правильном подходе могут обеспечить бесплатное размещение информационных материалов на теле и радио каналах, в печатных СМИ. Работа со средствами массовой информации – это часть общей стратегии Службы формирования здорового образа жизни. Кроме того, печатные и электронные средства массовой информации охватывают более 85% населения страны, являясь основным каналом информации.

Организации, стремящиеся к установлению и поддержанию позитивных взаимоотношений с различными

категориями общественности, должны быть в достаточной степени открыты и доступны для представителей СМИ.

Информационные сообщения, подготовленные для журналистов, должны быть точными в деталях, понятными для представителей СМИ. Все содержащиеся в них факты и цифры должны быть предварительно проверены, объективно оценены и переданы средствами массовой информации без искажений и преувеличений. Большое значение имеют также оперативность передачи информации и соблюдение установленных правил предоставления информационных услуг.

Большое значение имеет правильный выбор времени передачи информационных материалов в редакции газет и

журналов. При опережающем спросе на информацию со стороны журналистов необходимо оговаривать приемлемые для организации сроки публикации материалов. Это особенно важно соблюдать в тех случаях, когда статья должна быть приурочена к какому-либо мероприятию или знаменательному событию.

Организации службы формирования здорового образа жизни должны стремиться к созданию непрерывного потока информации и новостей, передаваемых в различные СМИ, что требует перспективного планирования и организации слаженной работы всех подразделений организации.

Служба по связям с общественностью должна координировать свою работу с руководством организации, учитывать в своей деятельности ее текущие и долгосрочные интересы.

В установлении и поддержании информационных связей организаций службы формирования здорового образа жизни с различными категориями общественности важнейшее место занимают печатные СМИ. Содержание многих регулярно выходящих газет и журналов в современном обществе почти наполовину формируется из информационных материалов, передаваемых специалистами служб по связям с общественностью различных организаций и предприятий.

Эффективные взаимоотношения организации с печатными СМИ предполагают налаживание двусторонней информационной связи. С одной стороны, это означает предоставление информации журналистам, с целью ее доведения до представителей различных категорий общественности, а с другой стороны – самостоятельный активный поиск информации самими журналистами. В этом случае специалисты службы

формирования здорового образа жизни должны быть открыты для предоставления интервью представителям СМИ.

Отношения организации с редакциями газет и журналов должны быть не случайными, эпизодическими, а построенными на постоянной основе с учетом длительной перспективы сотрудничества. Предоставляя информационные материалы в печатные СМИ, необходимо учитывать профиль издания, его профессиональную направленность и специфику публикуемых материалов.

При подготовке информационных материалов специалист службы по связям с общественностью не должен стремиться заменить журналиста в работе над текстом сообщений, предназначенных для публикаций. Его задача – своевременная подготовка достоверной информации в виде пресс-релиза. Журналист, в свою очередь, на основании полученной информации должен написать статью, используя при этом профессиональное мастерство, накопленный опыт и личную точку зрения на освещаемый вопрос.

При выборе печатного издания для распространения информации необходимо учитывать следующее:

- характер и тематическая направленность издания (ориентация на массового читателя, охват местной общественности, освещение узкопрофессиональной сферы и т.д.);
- периодичность выхода газеты или журнала (ежедневно, несколько раз в неделю, еженедельно, ежемесячно, ежеквартально);
- тираж издания (определяет возможную численность читательской аудитории);
- регион распространения издания (республиканские, региональные);
- на каком языке выходят (казахо-

язычные, русскоязычные и т.д.)

При выборе печатных изданий для размещения информационных материалов необходимо оценить присущие им преимущества и недостатки.

Основными преимуществами использования газеты как средства передачи информации различным категориям общественности являются, прежде всего, оперативность, большее количество читателей и относительно низкие расходы на передачу информации по сравнению с другими СМИ. Главный недостаток использования газеты – кратковременность ее существования в информационном пространстве, небольшое количество «вторичных» читателей и низкое качество воспроизведения информационно-рекламных материалов.

Основные преимущества использования журнала – его ориентация на более конкретную и узкую читательскую аудиторию, лучшее качество воспроизведения информационно-рекламных материалов, престижность публикации в том или ином журнале, длительность существования на информационном рынке и соответственно большее по сравнению с газетой количество «вторичных» читателей. Недостатком использования журнала как средства передачи информации различным категориям общественности можно считать его невысокую оперативность, обусловленную нередко весьма длительным временным разрывом между заявкой на публикацию и ее появлением на страницах журнала.

Для правильного выбора печатного издания необходимо проанализировать потребности самой прессы.

Центральные издания зачастую охотнее публикуют крупные сенсационные материалы, вызывающие широкий общественный интерес, серьезные

аналитические статьи и тематические обзоры. Региональная пресса отдает предпочтение событиям местного значения и охотнее публикует информацию о повседневной работе и текущей деятельности организаций, функционирующих в зоне распространения печатного издания.

В деятельности по продвижению принципов здорового образа жизни необходимо сочетать использование печатных и электронных СМИ (телевидение, радио, информационные агентства, интернет). При этом необходимо правильно определять наиболее подходящие радиостанции и телеканалы, используемые для передачи информации.

Электронные СМИ могут использоваться для освещения таких мероприятий организации, как: широкомасштабные акции, выставки, церемонии открытия, презентации, конференции (в том числе пресс-конференции), круглые столы, дни открытых дверей и т.д.

Основными формами передачи информации с помощью электронных СМИ могут быть:

- репортажи о проводимых мероприятиях;
- специальные выпуски новостей;
- интервью с руководителями и специалистами организации по наиболее актуальным проблемам.

При выборе тех или иных электронных СМИ для установления и поддержания связей с общественностью должны учитываться присущие им преимущества и недостатки.

Главными достоинствами телевидения как средства передачи информационных материалов, безусловно, являются широта охвата и многочисленность зрительской аудитории,

высокое эмоциональное воздействие, достигаемое сочетанием изображения, цвета, звука и движения и, как следствие, относительно высокая степень привлечения внимания потребителей информации. Недостатками телевидения в доставке информации являются невысокая демографическая избирательность аудитории и высокая стоимость передачи информации (эфирного времени).

Преимущества радиовещания при установлении связей с общественностью – относительно низкая стоимость передачи информационных материалов (по сравнению с телевидением), достаточно высокая степень демографической и географической избирательности, доступ-

ность использования радиоприемников (на работе, дома, в автомобиле и т.п.), массовость аудитории радиослушателей. К недостаткам радиовещательных средств передачи информации можно отнести относительно невысокую степень привлечения внимания (по сравнению с телевидением) и ограниченность звукового представления тех или иных информационных материалов.

Таким образом, средства массовой информации исключительно важны для службы формирования здорового образа жизни, так как они формируют общественное мнение и являются основным каналом доставки информации населению.

---

## РАБОТА С ОБЩЕСТВЕННЫМ МНЕНИЕМ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Есова Г.К.

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы*

Для успешного развития организаций, деятельность которых связана с пропагандой здорового образа жизни, большое внимание уделяется стратегическому планированию в области коммуникаций. Хорошо организованная систематическая работа по связям с общественностью становится стратегическим ресурсом Службы формирования здорового образа жизни. Правильное использование методологии и способов связи с общественностью позволяет организации укрепить свои позиции, повысить конкурентный статус и утвердить положительный имидж в обществе.

В настоящее время в теории связей с общественностью существует довольно много определений термина «Public Relations» («Паблик рилейшнз», т.е. связи с общественностью, - PR).

Из более 500 определений «Паблик рилейшнз», принятых во всем мире, наиболее обобщенным и универсальным представляется следующее:

PR – это управленческая деятельность, направленная на установление взаимовыгодных гармоничных отношений между организацией и общественностью, от которой зависит успех функционирования этой организации.

PR – по сути *информационная технология*, технология управления

информацией для достижения целей организации.

PR или связи с общественностью используются для:

- Осознания и принятия общественностью миссии организации;
- Формирования каналов общения с людьми, для которых предназначаются услуги, предоставляемые организацией;
- Создания и поддержания необходимых условий для привлечения финансовых средств;
- Формулирования и распространения идей, соответствующих миссии организации в публичной политике;
- Мотивирования людей, начиная от сотрудников организации, волонтеров, до связанных с данной проблемой чиновников, работать для реализации миссии организации.

Общие принципы установления и поддержания связей с общественностью остаются неизменными для всех ее категорий, видов коммуникаций и средств распространения информации: планомерность, комплексность, оперативность, непрерывность, объективность, законность, эффективность.

*Планомерность* в работе по осуществлению связей с общественностью предполагает долгосрочное и оперативное планирование различных мероприятий и программ по развитию коммуникаций. При этом все планы по PR деятельности должны быть экономически обоснованы, иметь соответствующее ресурсное обеспечение и быть увязаны по срокам с наиболее значимыми событиями в деятельности организации.

*Комплексность* в осуществлении связей с общественностью означает, прежде всего, учет интересов всех категорий и групп общественности при разработке и реализации основных PR мероприятий. Комплексность также

требует проведение не единичных акций, а серии взаимосогласованных мероприятий с использованием различных средств распространения информации.

*Оперативность* при осуществлении связей с общественностью требует от специалистов достаточно быстрой реакции на изменения общественного мнения, связанные с деятельностью организации. Реализация данного принципа зависит от профессионализма специалистов по работе с общественным мнением, уровня их технического оснащения, количества и надежности используемых каналов передачи информации и ряда других факторов.

*Непрерывность* в работе по осуществлению связей с общественностью требует обеспечения постоянного воздействия на конкретных потребителей информации и общественное мнение в целом. Непрерывный поток информации, исходящей от организации, целесообразно подкреплять периодическими PR мероприятиями (акциями, конференциями, презентациями и т.п.).

*Объективность* при осуществлении связей с общественностью достигается, прежде всего, за счет использования достоверной и полной информации, умения специалистов проводить анализ информационного материала, способности быстро реагировать на необъективные публикации и высказывания, умения отстаивать правильную точку зрения и добиваться необходимых опровержений.

В деятельности по установлению и поддержанию связей с общественностью должны использоваться только легитимные (*законные*) способы получения, обработки и распространения информации.

Работа по осуществлению связей с общественностью должна быть *эффективной*. Эффективность PR мероприятий оценивают методом анкетирования и опроса, показывающие уровень осведомленности населения по тем или иным проблемам, понимания сущности проблемы и отношения к ней, явившиеся результатом проведения PR кампаний.

Установление и поддержание связей организации с различными категориями общественности должны осуществляться по определенным общим правилам: инициативность, двусторонний характер связей, профессионализм, компетентность, доброжелательность, техническая оснащенность.

*Инициативность* предполагает активную работу по связям с общественностью при доставке информации до различных категорий общественности. Инициативность означает также постоянный поиск новых партнеров по обмену информацией, а также разработку и реализацию новых эффективных форм коммуникаций.

*Двусторонний характер связей* с различными категориями общественности означает не только передачу информации ее потребителям, но и изучение общественного мнения на полученные сведения с использованием каналов обратной связи.

Залог успешной деятельности организаций формирования здорового

образа жизни с различными категориями общественности – *профессионализм* сотрудников, что обеспечивается как изначально имеющимся уровнем подготовки в соответствующей области, так и повышением квалификации на специальных курсах, семинарах, стажировках и т.п.

Специалисты по связям с общественностью должны быть достаточно *компетентны* для понимания сущности, правильного и эффективного решения стоящих перед ними задач и проблем. При недостатке опыта и знаний для решения тех или иных вопросов целесообразно привлекать соответствующих специалистов из других организаций или независимых агентств.

Любая организация должна стремиться к установлению *доброжелательных* отношений с различными категориями общественности. Следует помнить, что вчерашние противники и оппоненты под воздействием меняющихся обстоятельств завтра могут стать союзниками в работе организации (и наоборот).

В современных условиях успешное установление и поддержание связей с общественностью невозможно без хорошей *технической оснащенности* персонала, таких как оргтехника, средства связи и т.п., необходимых для нормального функционирования служб по связям с общественностью.

## ИЗУЧЕНИЕ ОТНОШЕНИЯ СТАРШЕКЛАССНИКОВ К ЗАНЯТИЯМ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В ШКОЛЕ

Каржаубаева Ш.Е., Каусова Г.К., Адаева А.А.

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

Физическое воспитание в школе решает важнейшие задачи: оздоровительные (укрепление здоровья растущего организма), образовательные (формирование и совершенствование двигательных действий), воспитательные (развитие моральных, волевых качеств, навыков положительного поведения). Врачебный контроль и физическое воспитание в школе - неотъемлемые составляющие здоровьесберегающей деятельности врачей и педагогов в общеобразовательных учреждениях. Формирование физической активности школьников как специфического вида их жизнедеятельности должно осуществляться на основе выявления и учета закономерностей мотивационных факторов.

### **Материалы и методы исследования:**

Исследование было проведено в г. Алматы. Объектом наблюдения явились школьники в возрасте 15, 16 и 17 лет. Было исследовано 400 единиц наблюдения. Техника создания выборки – кластерная рандомизация. Рандомизированно была сформирована выборочная совокупность из кластера общеобразовательных школ, участвующих в проекте ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья» (ШСУЗ) и общеобразовательных школ, не участвующих в проекте ВОЗ, с казахским и русским языком обучения. Согласно поставленным задачам и тематической направленности исследования в ходе подготовительного этапа была разработана анкета для социологического опроса школьников. Статистическая обработка материалов исследования

проведена с помощью программы SPSS 15.0 for Windows Evaluation Version (Statistical Package for the Social Science).

### **Результаты исследования:**

Физическая активность для большинства подростков не является основополагающим принципом их жизнедеятельности. В результате интервьюирования учащихся установлено, что только каждый третий ( $32,7 \pm 2,71\%$ ) старшеклассник занимается подвижным видом спорта либо регулярно выполняет физические упражнения более 30 минут в день, не считая занятия физической культурой в школе. Остальные 67,3% респондентов не получают дополнительную физическую нагрузку. Проведенный анализ позволил выявить статистически значимые гендерные и возрастные различия. Респонденты мужского пола достоверно чаще физически активны (42,0%) в сравнении с респондентами женского пола (23,3%): тест  $\chi^2$  по Пирсону = 11,881, число степеней свободы = 1,  $p < 0,01$ . Школьники 17 лет достоверно реже физически активны (25,0%) по сравнению со школьниками 15 лет (39,0%): тест  $\chi^2$  по Пирсону = 4,504, число степеней свободы = 1,  $p < 0,05$ , также зависимость слабой степени подтвердил коэффициент ранговой корреляции Спирмена:  $r_s = 0,150$ ;  $p < 0,05$ . Статистически значимых различий между школами не найдено. При сравнительной оценке по переменной «физическая активность» двух групп респондентов, оценивших свое здоровье как «отличное» (97,2% занимаются спортом выполняют физические упражнения, 64,0% не занимаются спортом/не выполняют физические

упражнения) и «слабое» (2,80% занимаются спортом/выполняют физические упражнения, 36,0% не занимаются спортом не выполняют физические упражнения) были установлены статистически значимые различия: тест  $\chi^2$  по Пирсону = 13,421, число степеней свободы = 1,  $p < 0,001$ .

Установление связей физической активности с поведенческими факторами риска показало, что респонденты из группы физически активных подростков достоверно реже употребляют алкоголь-

ные напитки (22,4%), чем респонденты из второй группы (34,2%). Тест  $\chi^2$  по Пирсону показал:  $\chi^2 = 4,281$ , число степеней свободы = 1,  $p < 0,05$ .

Относительно вопроса посещаемости старшекласниками занятий физической культуры в школе выявлено, что 63,0% опрошенных «всегда» посещают занятия, «иногда» посещают 18,3%, «редко» - 6,0%, не посещают - 11,4%, 1,3% занимаются «лечебной физической культурой» (Рисунок 1).

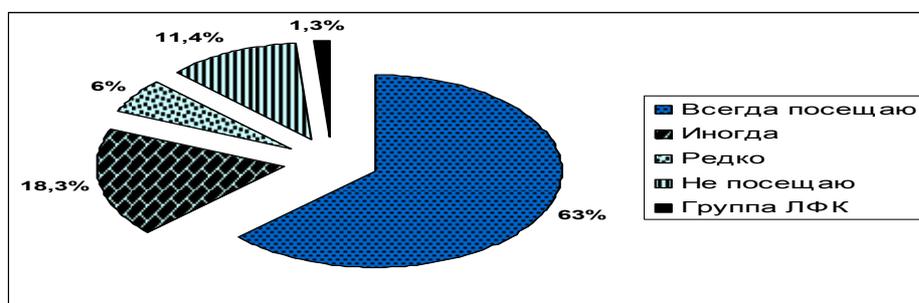


Рисунок 1 – Посещаемость занятий физкультуры в школе

Гендерные различия заключались в том, что девочки достоверно реже посещают уроки физкультуры (56,7%, мальчики - 69,3%), совсем не посещают - 6,0% мальчиков, 16,7% девочек:  $\chi^2 = 9,401$ , число степеней свободы = 1,  $p < 0,05$ . Статистически значимых различий между школами и возрастными группами не установлено.

В исследовании также уделено внимание изучению причин низкой посещаемости занятий физической культуры и отношения школьников к данному предмету. Выяснилось, что основными причинами, по которым учащиеся не посещают уроки физкультуры, являются: полное освобождение от занятий по медицинским показаниям - 31,9% старшекласников (17,4% мальчиков, 41,8% девочек); не приносят

спортивную форму - 25,7% (37,7% мальчиков, 17,9% девочек), 15,9% респондентов считают, что на занятия физкультуры можно не ходить (23,9% мальчиков, 10,4% девочек), 10,6% пропускают занятия по причине временного освобождения по медицинским показаниям (6,5% мальчиков, 13,4% девочек), 9,7% ответили, что им не нравится то, как проходят занятия физической культуры (10,9% мальчиков, 9,0% девочек) 6,2% ответили, что им тяжело на уроках физкультуры (4,3% мальчиков, 7,5% девочек). Статистический анализ гендерных различий: тест  $\chi^2$  по Пирсону = 13,813, число степеней свободы = 5,  $p < 0,02$ .

Проведение сравнительной оценки по данной переменной между школами и

возрастными категориями не выявило достоверно значимых различий. Распределение ответов по возрастным группам представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Причины низкой посещаемости занятий физической культуры (распределение респондентов по возрастам)

Возраст	Причины низкой посещаемости						Всего
	Отсутствие спортивной формы	Не нравятся занятия	Полное освобождение	Временное освобождение	Тяжело	Можно не ходить	
15 лет	27,8%	11,1%	22,2%	13,9%	8,3%	16,7%	100%
16 лет	31,7%	14,6%	26,8%	4,9%	4,9%	17,1%	100%
17 лет	16,7%	2,8%	47,2%	13,9%	5,6%	13,9%	100%
Итого	25,7%	9,7%	31,9%	10,6%	6,2%	15,9%	100%

По вопросу анкеты «Нравится ли Вам урок физкультуры?» ответы были распределены следующим образом: 61,3±2,81% ответили положительно, 20,7±2,34% - отрицательно, 18,0±2,21% затруднились ответить. Сравнительная оценка по половой принадлежности с помощью теста  $\chi^2$  по Пирсону указала на наличие статистически значимых различий в изучаемых группах:  $\chi^2 = 6,987$  число степеней свободы = 2,  $p < 0,05$ , что подтверждает, что респондентам женского пола урок физкультуры нравится меньше (55,3%), чем респондентам мужского пола (67,3%) (Рисунок 2).

Путем расчета показателя отноше-

ния шансов доказано наличие воздействия переменной «не нравятся уроки физической культуры» на низкую посещаемость занятий физической культуры. В поля четырехпольной таблицы заносились данные по явлению «нравится»/«не нравится» и «всегда посещаю занятия»/ «посещаю иногда, редко или не посещаю совсем». Были получены следующие показатели:  $or = 21,000$ ; 95% Confidence interval = 10,101 – 43,661 (Таблица 2). Достоверность найденных результатов также подтвердила сравнительная оценка указанных групп по тесту  $\chi^2$  Пирсона:  $\chi^2 = 87,824$ , число степеней свободы = 1,  $p < 0,001$ .

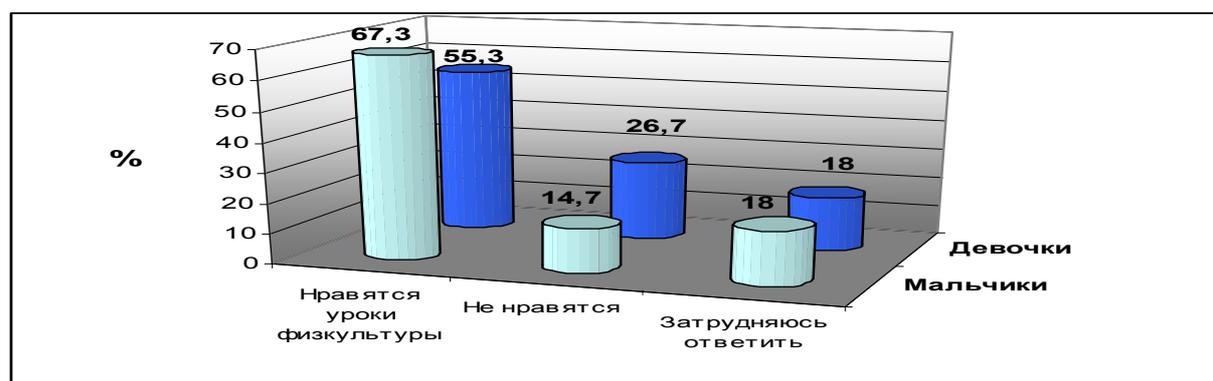


Рисунок 2 – Отношение старшеклассников к занятиям физкультуры

Таблица 2 – Связь между отношением респондентов к занятиям физкультуры и посещаемостью

Отношение старшекласника к занятиям физкультуры	Посещаемость занятий физкультуры		Всего
	Всегда посещаю	Иногда, редко посещаю или не посещаю совсем	
Нравится урок физкультуры	84,8%	15,2%	100,0%
Не нравится урок физкультуры	21,0%	79,0%	100,0%

Аналогичная таблица была построена для явлений «нравится»/«не нравится» и «всегда посещаю занятия»/«освобожден от занятий физкультуры полностью».

Вычисление отношения шансов позволило установить, что школьники, которым не нравятся занятия физкультуры,

достоверно чаще освобождены от занятий:  $og = 31,319$ ; 95% Confidence interval = 11,121 – 88,201 (Таблица 3). Тест  $\chi^2$  по Пирсону:  $\chi^2 = 67,570$ , число степеней свободы = 1,  $p < 0,001$ , что указывает на наличие статистически значимых различий в изучаемых группах.

Таблица 3 – Связь отношения респондентов к занятиям физкультуры с посещаемостью

Отношение старшекласника к занятиям физкультуры	Посещаемость занятий физкультуры		Всего
	Всегда посещаю	Полностью освобожден от занятий	
Нравится урок физкультуры	95,5%	4,5%	100,0%
Не нравится урок физкультуры	40,6%	59,4%	100,0%

Разнообразие уроков физкультуры и используемых приемов очень сильно влияют на мотивацию подростков. Активность учащихся во многом зависит от многих факторов, основными из которых являются: правильная постановка задач урока, создание положительного эмоционального фона, оптимальная загруженность школьников на уроке, личностно ориентированный подход, адекватность содержания и условий физической подготовки индивидуальному состоянию человека, гармонизация и оптимизация физической тренировки, и главное, свобода выбора форм физической активности.

В целях изучения мотивационных потребностей старшекласников по вопросам физической активности, нами было изучено мнение учащихся о желаемых формах физической активности на уроках физкультуры, а также рассмотрены причины негативного отношения школьников к данному предмету. Так, основными причинами низкой посещаемости и негативного отношения к урокам физкультуры явились: «не интересно и скучно проходят занятия», «отсутствие разнообразия на занятиях», «большие нагрузки», «нет желания сдавать нормативы», «плохая оценка», «недостаточно спортивных снарядов и принадлежностей», «пыльно».

В таблице 4 представлены основные старшекласники отдали свое формы физической активности, которым предпочтение.

Таблица 4 – Формы физической активности, которые предпочли старшекласники

Формы физической активности	Мальчики (%)	Девочки (%)	Оба пола (%)
Теннис, бадминтон	49,3	59,3	54,3
Волейбол, баскетбол, футбол	77,3	30,7	54,0
Танцы	9,3	37,3	23,3
Сдача нормативов на оценку	8,0	2,0	5,0
Игры со скакалками, обручами, мячом	2,0	16,7	9,3
Гимнастика	4,7	24,0	14,3
Катания на роликах, скейте, велосипеде	38,7	44,7	41,7
Катания на коньках, лыжах	28,0	32,0	30,0

### Выводы:

Таким образом, наблюдения показали, что большинство подростков (67,3%) не имеют дополнительной физической нагрузки помимо занятий физкультуры в школе, что больше характерно для лиц женского пола (76,7%). Вызывает серьезную озабоченность и тот факт, что каждый четвертый школьник посещает занятия физкультуры нерегулярно, еще 6,0% мальчиков и 16,7% девочек не посещают их совсем. Негативно к занятиям физкультуры по различным причинам относится каждый пятый респондент, еще 18% затруднились с ответом. Изучение причинно-следственной связи показало, что низкая посещаемость обусловлена негативным отношением учащихся к урокам физкультуры. Следует отметить, что оптимальная организация и проведение уроков физкультуры развлекательной, игровой направленности, учитывающая особенности мотивов и потребностей подростков

в двигательной активности, позволит заметно повысить интерес учащихся к занятиям, будет способствовать успешному решению задач физического воспитания.

### Список использованной литературы:

1. Витун Е.В. Формирование здорового образа жизни учащихся в процессе физической культуры // Гигиена детей и подростков: история и современность (проблемы и пути решения). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва, 26-27 мая 2009 г.). – М., 2009. – С. 81-82.
2. Чекалова Н.Г., Силкин Ю.Р., Халецкая О.В., Чекалова С.А., Жилиева Е.В., Козинец А.А. Врачебный контроль за физическим воспитанием современных школьников / Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием (Москва, 16-18 февраля 2010 г.). – М.: 2010. 634-637 с.

## ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кусмолданова С.Р., Ахметов В.И., Оспанова Д.А.

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,  
Департамент здравоохранения Алматинской области*

В существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения Казахстана остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем. Создание эффективно действующей системы, интегрированной с первичной медико-санитарной помощью для сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, снижения уровня материнской, младенческой и детской смертности возможно путем проведения ежегодных медицинских осмотров, диспансеризации и оздоровления женщин репродуктивного возраста.

Широкомасштабные скрининговые обследования (ранняя диагностика заболеваний), охватывающие большие группы населения, в Казахстане внедряются с 2002 года. В 2002 году скрининговым обследованием было охвачено все взрослое сельское население и дети старше 12 лет. Скрининг-исследования являются одним из основополагающих принципов раннего выявления заболеваний, уверены в Минздраве РК.

В соответствии с планом мероприятий Государственной Программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы в 2008 году по Алматинской области проведен профилактический медицинский осмотр женщин репродуктивного возраста. В результате проведенного скрининга осмотрено 442433 женщины репродуктивного возраста, выявлено с патологией 144426 женщин (32,6%), из них взято на

диспансерный учёт 35743 женщин (8,0%), оздоровлено 103986 женщин, что составляет 72,0%, от выявленных больных за отчетный период.

По результатам профилактических осмотров, в структуре патологической пораженности отдельными классами болезней первое место занимают болезни мочеполовой системы (38,5%), второе место - крови и кроветворных органов (19,7%), далее следуют болезни органов пищеварения (9,6%), болезни органов дыхания (7,2%), болезни эндокринной системы (4,1%).

Одним из основных моментов проведения скринингового исследования населения является онкологический компонент репродуктивного здоровья женщин.

По мнению Morrison A. (1992), скрининг представляет собою обследование не имеющей симптомов популяции с целью выявления рака в более ранней стадии, чем та стадия, на которой рак обычно выявляется при отсутствии скрининга. Конечной целью онкологического скрининга принято считать снижение смертности больных, а непосредственным результатом – обнаружение рака до момента клинического проявления.

Многие исследователи подчеркивают, что, строго говоря, скрининг не является диагностической процедурой. Главной задачей скрининга авторы считают формирование контингентов (групп риска), имеющих наибольшую вероятность заболевания и подлежащих диагностическим исследованиям с целью

отбора лиц, действительно являющихся носителями рассматриваемой патологии.

К настоящему времени несомненно доказанной считается целесообразность скрининга рака шейки матки, опухолей молочной железы и колоректального рака.

Опухоли, выявленные на ранних этапах формирования, представляются более благоприятными в отношении прогноза и лечения, чем новообразования, претерпевшие серьезные качественные изменения в ходе прогрессии. Это положение порождает представления о поистине безграничных возможностях повышения эффективности лечения злокачественных опухолей при условии их раннего выявления в ходе скрининга.

Серьезной проблемой здоровья населения РК остается онкологическая патология, в связи с этим в соответствии с приказом МЗ от 15 октября 2007 года № 607 «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения» с 2008 года проводится скрининговое обследование женщин на раннее выявление рака шейки матки в возрастной группе 35-60 лет с интервалом 1 раз в пять

лет и выявление рака молочной железы в возрастной группе 50-60 лет с интервалом 1 раз в два года, которые в структуре злокачественных новообразований среди женского населения занимают 1 и 2 ранговые места.

На первом месте среди злокачественных новообразований репродуктивной системы находится рак молочной железы – 46,7%, на 2-ом месте рак шейки матки – 26,7%, на 3 месте тело матки – 14,8% и на 4 – рак яичников – 11,8%.

Результат скринингового обследования на выявление рака шейки матки (таблица): всего за отчетный период проведено кольпоскопий – 33677, выявлено патологий - 198. Цитологических исследований мазков – 33677, выявлено с воспалением – 858, дисплазией – 89, опухолью – 34, с раком шейки матки – 40.

Результат скрининга на выявление рака молочной железы – обследовано на маммографию – 17289, выявлено патологии – 525, из них с раком молочной железы – 79. Проводится динамическое наблюдение и оздоровление выявленных заболеваний.

Таблица - Динамика заболеваемости раком шейки матки (РШМ) и раком молочной железы (РМЖ) за 2006-2008 гг. по Алматинской области

Локализация опухоли	Взято на учет с РШМ		Взято на учет с РМЖ	
	Впервые устан. ДЗ	Выявлено при проф. осмотре	Впервые устан. ДЗ	Выявлено при проф. осмотре
2006г.	51	23 – (45%)	81	35 – (43%)
2007г.	73	45 – (62%)	82	70 – (85%)
2008г.	52	40 – (76%)	91	79 – (87%)

Увеличение выявляемости заболевания рака шейки матки и рака молочной железы на профилактических осмотрах объясняется широким применением цитологического, маммографического скрининга с последующим лечением, динамическим наблюдением дисплазии и

преинвазивного рака.

Таким образом, заболеваемость злокачественными новообразованиями репродуктивной системы женщин является одной из сложных проблем и не только онкологии, но и смежных наук. Для снижения онкозаболеваемости

женского контингента необходимо усиление работы по онконастороженности, раннему выявлению предрака и рака женских половых органов. Ключевым фактором, влияющим на эффективность проводимых мероприятий, является совместная работа и преемственность врачей ПМСП и онкологов. Данные по заболеваемости женщин фертильного возраста требуют более серьезного, взвешенного подхода к профилактическим осмотрам, должной диспансеризации их, адекватному оздоровлению и реабилитации.

**Список использованной литературы:**

1. Гусарова Г.И., Павлов В.В. Охрана репродуктивного здоровья. – М.: «Медицина», 2001. – 263с.
2. Кулаков В.И. «Акушерство и гинекология» Клинические рекомендации, 2005г.
3. Ушакова А. Репродуктивное здоровье населения, 1996 г.
4. Mandel J.S., Church T.R., Bond J.H. et al. The effect of fecal occult blood - screening

on the incidence of colorectal cancer // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 343 (22). – P.1603-1607.

5. Morrison A. Screening in chronic disease. – New York; Oxford University Press, 1992.
6. Hellman, S.A. Rosenberg. – Philadelphia, Baltimore: Lippincott Williams - Wilkins, 2008. – P. 659-676.

**ТҮЖЫРЫМ**

Алматы облысының 35-60 жас топтарындағы әйелдердегі жатыр мойынының обырын және 50-60 жас топтарындағы әйелдердегі сүт безінің обырын ерте анықтауға жүргізілген скринингтік тексеру зерттелінген контингенттегі қатерлі ісіктер құрылымында (сүт безінің обыры – 46,7%, жатыр мойынының обыры – 26,7%) 1 және 2 рангтік орынды алатындығы анықталды.

**SUMMARY**

Called on skrining examination of the feminine population Almaty rural on early revealing the cancer shakes wombs in age group 35-60 years and cancer of the mammary gland in age group 50-60 years has defined 1 and 2 rank places in structure of the malignant new formations of the under study contingent (the cancer of the mammary gland - 46,7%, cancer shakes wombs - 26,7%).

---

## ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ЗДОРОВЬЮ И ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ

Адаева А.А.

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

Одним из центральных, но слабо разработанных вопросов, связанных с исследованием мотивации сохранения здоровья подростков, является изучение специфики их отношения к здоровью.

Низкая базовая потребность в здоровье во многом обуславливает сложность формирования навыков здоро-

вого образа жизни у молодого поколения. Отсутствие системности и целостности при построении процесса формирования здоровьесберегающего поведения приводит к тому, что подростки имеют смутные представления о здоровом образе жизни, их знания и умения отличаются узостью и однотипностью.

В связи с этим нами были изучены вопросы, касающиеся самооценки здоровья, иерархии потребностей современных подростков, их мнение о факторах риска.

#### Материалы и методы исследования:

Объектом наблюдения явились школьники города Алматы в возрасте от 15 до 17 лет (400 единиц наблюдения). Рандомизированно была сформирована выборочная совокупность из кластера общеобразовательных школ, участвующих в проекте ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья» (ШСУЗ) и общеобразовательных школ, не участвующих в проекте ВОЗ, с казахским и русским языком обучения. Согласно поставленным задачам и тематической направленности исследования в ходе подготовительного этапа была разработана анкета для социологического опроса школьников. Статистическая обработка материалов исследования проведена с

помощью программы SPSS 15.0 for Windows Evaluation Version (Statistical Package for the Social Science) путем использования модулей «SPSS Base» (базовый модуль), «Exact Tests» (точные тесты), «Tables».

#### Результаты исследования:

В ходе исследования изучено мнение старшеклассников о преимущественных факторах риска, влияющих на здоровье. 54,7±2,87% указали, что в большей степени на здоровье влияет образ жизни человека, 26,3±2,54% отдали предпочтение экологии, 11±1,81% считают, что здоровье человека прежде всего зависит от медицины, материальное положение как главенствующий фактор выбрали 4,3±1,17% респондентов, 3,7±1,09% указали, что в первую очередь здоровье зависит от наследственных факторов (Рисунок 1).

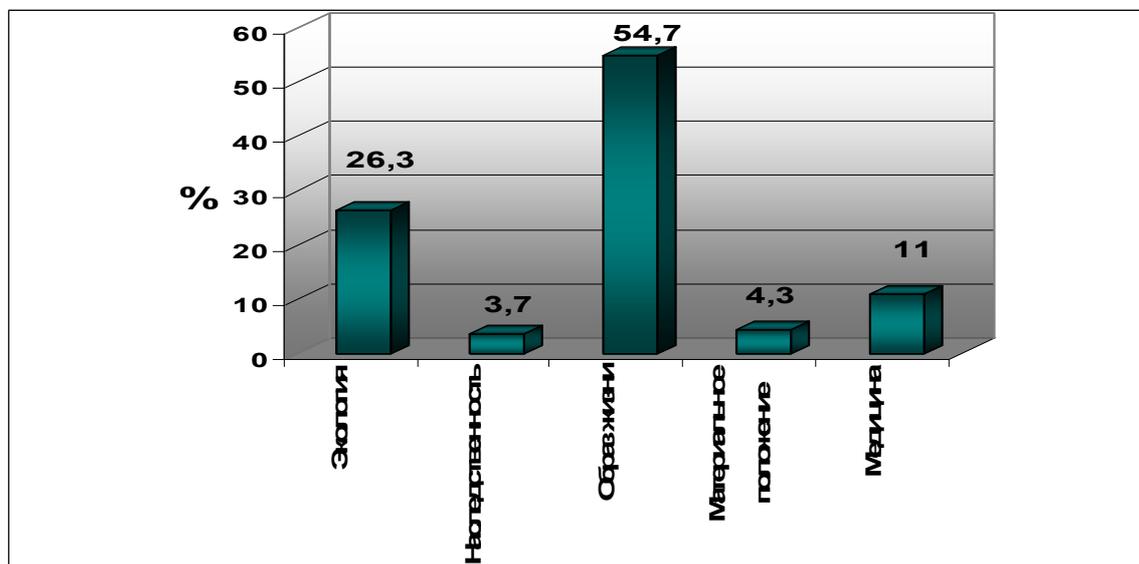


Рисунок 1 – Выбор респондентами ключевого фактора, влияющего на здоровье

Показатели сравнительного анализа свидетельствуют о статистически значимой разнице между ответами учащихся

школ, участвующих в проекте ВОЗ «Школы, способствующие здоровью» и школ, не участвующих в проекте:  $\chi^2 = 31,101$ ,

число степеней свободы = 4,  $p < 0,001$ . таблице 1.  
Результаты опроса представлены в

Таблица 1 – Распределение ответов учащихся в вопросе о выборе  
первостепенного фактора, влияющего на здоровье

Школы	Факторы риска для здоровья					Всего
	Экология	Наслед- ственность	Образ жизни	Материальное положение	Медицина	
Школы, способствующие укреплению здоровья	34,0%	2,7%	58,7%	2,0%	2,7%	100,0%
Школы, не участвующие в проекте	18,7%	4,7%	50,7%	6,7%	19,3%	100,0%
Итого	26,3%	3,7%	54,7%	4,3%	11,0%	100,0%

Весьма важным в оценке состояния здоровья подростков является изучение показателей, характеризующих отношение индивида к своему здоровью – самооценки здоровья, места здоровья в системе жизненных ценностей, медицинской грамотности и т.д. Изучение особенностей отношения подростка к здоровью позволяет установить его реальную значимость для личности, «удельный вес» среди других ценностей (труда, свободного времени, образования). Знание представлений о здоровье позволяет более четко понять поведение современного подростка, неиспользованные возможности профилактики определенных болезней, выявляет тенденции структурных преобразований в обществе, а также имеет практическое

значение для внедрения программы по продвижению здорового образа жизни.

Наблюдения по вопросу о первостепенном факторе риска для здоровья в отдельных группах с различной субъективной оценкой здоровья показали, что группа респондентов со «слабым или очень плохим здоровьем» в меньшей степени выбирали фактор образа жизни, как важнейший фактор, формирующий здоровье (27,3%) в сравнении с группой подростков с «отличным или хорошим здоровьем» (60,5%). И наоборот, группа школьников с «отличным или хорошим здоровьем» реже отдавали предпочтение фактору «медицина», (6,4%) нежели группа со «слабым или очень плохим здоровьем» (22,7%). Распределение ответов учащихся показано на рисунке 2.

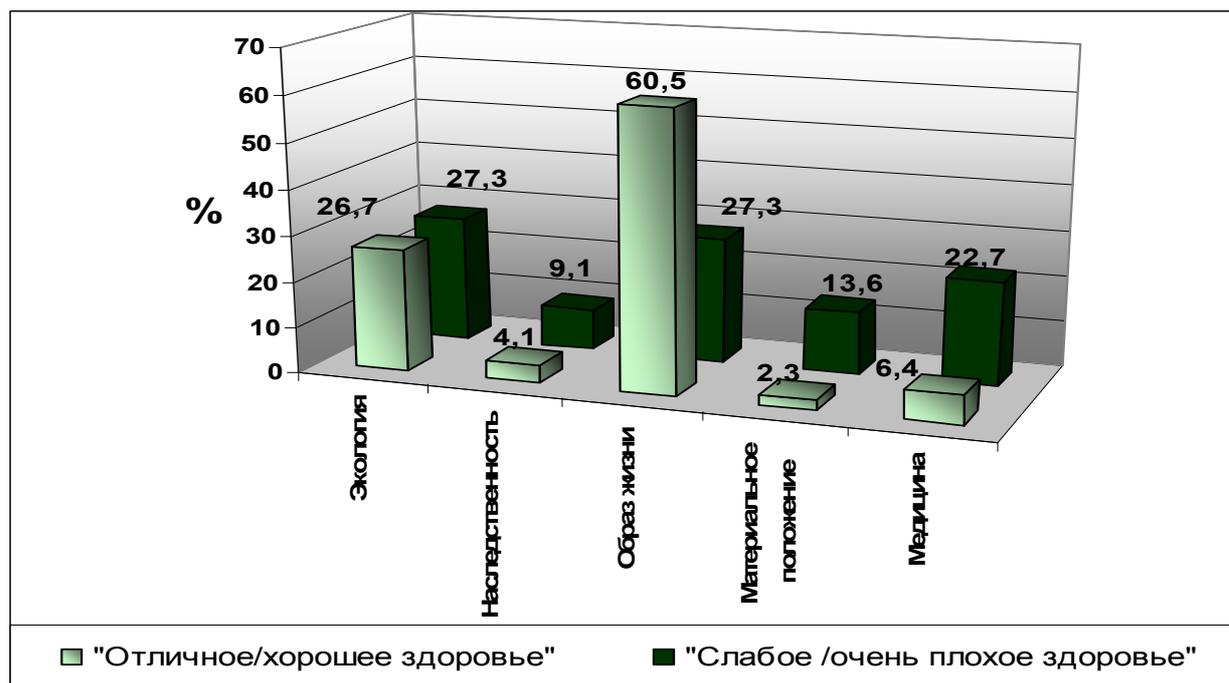


Рисунок 2 – Выбор ключевого фактора подростками с разной субъективной оценкой здоровье

По вопросу о самооценке здоровья подростков были получены следующие результаты: оценили свое здоровье как «отличное» -  $22,3 \pm 2,40\%$ , «хорошее» здоровье у  $35,0 \pm 2,75\%$ , «нормальное» - у  $35,3 \pm 2,76\%$ , считают свое здоровье «слабым»  $6,3 \pm 1,40\%$ , «очень плохим» -  $1,0 \pm 0,57\%$ . Данный показатель используется в настоящем исследовании для выявления причинно-следственных связей с некоторыми факторами риска. Статистически значимых различий между школами и половозрастными группами не выявлено.

Важным элементом самосохранительного поведения является своевременное обращение к врачу. При возникновении заболевания во всех случаях обращаются за медицинской помощью только  $20,3 \pm 2,32\%$  подростков, «иногда» -  $39,0 \pm 2,82\%$ , в редких случаях -  $33,0 \pm 2,71\%$ , никогда не обращаются -  $7,3 \pm 1,50\%$  подростков. При сравнении

групп школьников 15 и 17 лет по переменной «обращаюсь к врачу всегда»/ «обращаюсь к врачу редко», было замечено, что подростки 17-летнего возраста достоверно реже обращаются к врачу, чем подростки 15 лет:  $\chi^2$  по Пирсону = 5,219, число степеней свободы = 1,  $p < 0,05$ .

Ранжирование старшеклассниками приоритетов в системе жизненных ценностей показало, что у большинства респондентов «здоровье» находилось на втором месте после «семьи», что является благоприятным фактором в отношении здоровьесберегающего поведения. Далее в порядке убывания следуют «образование», «друзья», «любовь», «материальное положение», «работа». Рассматривая первое ранговое место в отдельности, было установлено, что «семья» как ценность была ведущей в  $43,0 \pm 2,86\%$  случаях, «здоровье» - в  $24,0 \pm 2,47\%$  случаях, «образование» - в  $14,7 \pm 2,04\%$

случаев, «друзья» - в  $6,7 \pm 1,44\%$ , «любовь» -  $6,3 \pm 1,40\%$ , «материальное положение» - в  $5,7 \pm 1,34\%$ , «работа» - в  $0,7 \pm 0,48\%$  случаев. Исследование не обнаружило существенные различия в присвоенных рангах между респондентами различных групп, разделенных по школам и половозрастным признакам. Повышение приоритетной ценности здоровья свидетельствует о высокой степени готовности старшеклассников к воздействию на них с целью формирования здорового образа жизни.

Невысокими показателями характеризуются знания подростков о слагаемых здорового образа жизни человека. Только  $22,3 \pm 2,40\%$  школьников имеют правильное представление о здоровьесберегающем поведении.

Большинство респондентов ( $64,7 - 70,3\%$ ) здоровый образ жизни связывают только с отсутствием вредных привычек и

физической активностью.  $56,0\%$  отметили «правильное питание»,  $45,0\%$  - указали на «полноценный сон» и «прогулки на свежем воздухе». Меньше всего подростки выбирали «своевременное обращение к врачам» ( $29,3\%$ ), что говорит о низком уровне знаний в вопросах медицинской активности.  $4,0\%$  старшеклассников не имеют никакого представления о принципах здорового образа жизни.

На вопрос анкеты «Считаете ли Вы свой образ жизни здоровым?»  $60,0 \pm 2,82\%$  ответили положительно,  $14,3 \pm 2,02\%$  - отрицательно,  $25,3 \pm 2,51\%$  затруднились с ответом. При проведении сравнительной оценки показателей по данной переменной учащихся ШСУЗ и школ, не участвующих в проекте, были выявлены статистически значимые различия: тест  $\chi^2$  по Пирсону =  $7,728$ , число степеней свободы =  $2$ ,  $p < 0,05$  (Таблица 2).

Таблица 2 – Распределение ответов на вопрос «Считаете ли Вы свой образ жизни здоровым?»

Школы	«Считаете ли Вы свой образ жизни здоровым?»			Всего
	Да	Нет	Не знаю	
Школы, способствующие укреплению здоровья	64,4%	8,7%	26,8%	100%
Школы, не участвующие в проекте	56,0%	20,0%	24,0%	100%
<b>Итого</b>	60,2%	14,4%	25,4%	100%

Среди курящих респондентов, считают свой образ жизни здоровым –  $38,1\%$ , среди подростков, употребляющих алкоголь –  $41,8\%$ . Это говорит о том, что школьники не всегда осознают своего рискованного поведения.

Подростки связывают свой нездоровый образ жизни с отсутствием силы воли ( $23,3\%$ ), с мнением, что никакая забота не гарантирует хорошего здоровья ( $20,9\%$ ), отсутствием каких-либо условий

( $16,3\%$ ), нехваткой времени ( $11,6\%$ ), незнанием того, как вести здоровый образ жизни ( $7,0\%$ ).

#### Список использованной литературы:

1. Иванова Л.Ю. Отношение подростков к различным компонентам здорового образа жизни / Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием (Москва, 16-18 февраля 2010 г.). – М.: 2010. 257-259 с.

2. Татарева С.В., Ножкина Н.В., Коньшева Т.В. Оценка здоровья и здоровьесберегающего поведения у школьников / Материалы II Конгресса Российского общества школьной и университетской медицины и здоровья с международным участием (Москва, 16-18 февраля 2010 г.). – М.: 2010. 596-598 с.

---

## РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ОСНОВНОЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ (Обзор литературы)

**Е.К.Куандыков, Ж.С.Абдрахманов, Д.О.Махметова, М.Ш.Раджанова**  
*Казахская академия питания, г.Алматы,*  
*Центральная городская поликлиника, г.Туркестан*

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) включает в себя следующие основные элементы: плодотворный труд, рациональный режим труда и отдыха, искоренение вредных привычек, оптимальный двигательный режим, личную гигиену, закаливание, рациональное питание. Пища беременных женщин и кормящих матерей должна быть по возможности более разнообразной, организм должен получать в достаточном количестве и в определенном соотношении все необходимое – белки, жиры, углеводы, витамины, минеральные вещества /1/.

Среди причин повышения частоты патологически протекающих беременностей и родов, вполне обоснованно рассматриваются и алиментарные факторы: неадекватное или неполноценное питание, дефицит полноценных белков, полиненасыщенных жирных кислот, ФК, витаминов, других макро- и микро-элементов. Известно, что несбалансированное питание ассоциируется с дефектами в системе клеточного иммунитета, что в дальнейшем способствует проявлению у ребенка иммунодефицитных состояний /2/. Причиной гестозов, внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода является

выраженная белковая недостаточность - "хронический алиментарный шок" /3-6/.

Национальное исследование (МИКО, 2006) выявило, что в Казахстане более 45,7 % женщин детородного возраста страдает от ЖДА, что оказывает существенное влияние на уровень материнской (70 на 100 тысяч населения), младенческой смертности (31,8 на тысячу населения) и детской смертности до 5 лет (36,3 на тысячу населения) /7/.

Чтобы выяснить отношение россиян к ЗОЖ проводился специальный опрос в возрасте 16-45 лет с доходом не ниже среднего. О проблеме рационального питания более трети опрошенных россиян (36,4%) вообще никогда не задумывались. 34,1% хотели бы питаться рационально, но по разным причинам у них это не получается. Стараются придерживаться рационального питания 23,1% респондентов. И 6,4% участников опроса являются активными сторонниками рационального питания /8/.

Уровень метаболизма во время беременности не на много, но все же выше, чем у небеременных женщин. Это понятно — ведь в животе растет маленький моторчик, который постоянно

нуждается в «топливе». В первой половине беременности для женщины с массой тела 55—60 кг при росте 155—165 см необходимы 2400—2700 ккал в день. Для беременных более высокого роста с большей массой тела суточный рацион увеличивается до 2700—2900 ккал. Во второй половине беременности, в связи с интенсивным ростом плода, потребность в ростовых веществах увеличивается. Поэтому количество белка должно увеличиться до 120 г (60 г белков животного происхождения), количество жиров — до 85 г, и углеводов — до 400 г. /9/.

В настоящее время проблематично обеспечить полноценный рацион питания беременных, содержащий все необходимые вещества. Это связано с истощением почв, загрязнением внешней среды ксенобиотиками, использованием различных химических добавок (красителей, консервантов и др.) при производстве продуктов питания, сложным экономическим положением неработающих женщин /10,11/.

С этой целью в странах Европы, США и России предусмотрено обогащение рациона питания беременных и кормящих женщин витаминами: D, B12, B1, C, ФК, а также кальцием, железом, цинком, медью и белками животного происхождения /12,13/.

В нашей стране введена обязательная фортификация муки, используется смесь витаминов и минералов (премикс), специально разработанных и испытанных Казахской Академией питания с учетом потребности населения, климатических, географических и других факторов. В дополнительной нутриционной поддержке в первую очередь нуждаются беременные: с анемией любой этиологии, беременные девочки-подростки, малообеспеченные, с многоплодной беременностью,

с невынашиванием беременности; с признаками недостаточности питания (индекс массы тела <19 кг/м<sup>2</sup>, снижение белка крови <65 г/л). Назначение смесей способствовало снижению частоты преждевременных родов в 4 раза, улучшало исходы у беременных с хронической фетоплацентарной недостаточностью, а также позволило избежать тяжелых степеней гипотрофии у детей /14,15/. В Великобритании врачи назначают пищевые добавки для беременных уже при планировании беременности /16/. Проведенные исследования в США еще раз доказали важность приема питательных добавок во время беременности для предотвращения пороков развития. Необходимо помнить использование витаминно-минеральных комплексов может быть рекомендовано только на фоне полноценного питания /17-19/.

Исследования, проведенные Гарвардской школой Общественного здоровья, показали, что 95% женщин, соблюдавших рекомендации, родили здоровых детей. Тогда как только 8% женщин, питавшихся неправильно, родили здоровых детей, а у 65% из них дети родились недоношенными, физиологически незрелыми или с другой врожденной патологией /20/. Исследования британских ученых показали, что правильное питание оказывает влияние на эмоциональное состояние женщины, течение родов и послеродового периода /21/.

#### **Список использованной литературы:**

1. М.Ю.Соколова Рациональное питание беременных и кормящих женщин Гинекология Том 07/N 2 2005. С. 22-23.
2. Евсюкова И.И. Влияние заболеваний матери и осложнений беременности на развитие аллергических реакций у новорожденных и детей раннего возраста. СПб., 2001.С.14-16.

3. Czeizel A.E., Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N. Engl. J. Med* 1992. P.1832 – 1835.
4. Botto L.D, Olney R.S, Erickson J.D. Vitamin supplements and the risk for congenital anomalies other than NTDs. *Am. J.Med. Genet* 2004. P. 12–21.
5. Петров В.Л., Гуменюк Е.Г. Экологические, социальные и медицинские аспекты репродуктивного здоровья женщин Республики Карелия. Материалы Всеросс. междисциплинарной конференции. Петрозаводск, 2003. С. 196-199.
6. Репина М.А. Материнская смертность в Санкт-Петербурге и пути ее профилактики. *Журн. акуш. и женск. бол.* 2000. № 4. С. 21-23.
7. Мульти – индикаторное кластерное исследование 2006 Юнисеф РК.
8. <http://www.ostu.ru/institutes/iev/arhiv/ref4.htm>
9. Попова Т.В. Роль нутриционной поддержки во время беременности. *Матер. Всеросс. междисциплинарной конф.* Петрозаводск, 2003; С. 217-218.
10. Лебедев А.Т. Витаминизация рациона беременных и патология детей. *Акушерство и гинекология.* 2004. № 4. С. 16-20.
11. Ветров В.В. Экстрагенитальные заболевания и гестоз. *Акушерство и гинекология.* 2001. 4. С. 7-8.
12. Рациональное и лечебное питание беременных и кормящих матерей. Смолянский Б.Л., Лифляндский В.Г. *Лечебное питание. Новейший справочник.* СПб.: Сова, 2002. С. 549-560.
13. *Диетология: Руководство.* Под ред. А.Ю.Барановского. СПб.: Питер, 2006. С. 249-260.
14. Предварительное предложение по фортификации муки в Казахстане: Анализ экономической эффективности и приемлемости, стратегия и бюджет фортификации муки в Казахстане. Джек Багрянский, Консультант ЮНИСЕФ 2003-2004. Декатур., США.
15. Постановление Правительства РК № 708 от 7.07.2005. Об утверждении правил обязательной фортификации пшеничной муки I и II сортов.
16. . Wald N, Hack Shaw A. Folic acid and prevention of NTD. *Lancet* 1997. P. 350-352.
17. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. *Клиническая фармакология и фармакотерапия: Руководство для врачей.* М.: Универсум паблишинг. 1997. С. 14-16.
18. Хорошилов И.Е. Новые подходы в лечебном питании беременных и кормящих женщин. СПб. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2003. С. 14-16.
19. Спиричев В.Б., Конь И.Я., Шатнюк Л.Н. и др. Медико-биологические подходы к разработке специализированных продуктов питания для беременных и кормящих женщин. *Вопросы детской диетологии.* 2005. № 3 С. 41-48.
20. Moore L.L., Bradlee M.L., Singer M.R. *Epid.* 2003 Mar.14 (2). P. 200–205.
21. Petrie L., Duthie S.J., Rees W.D., McConnell J.M. *Br. J. Nutr.* 2002 Nov; 88 (5). P.471–477.
22. М.Ю.Соколова Рациональное питание беременных и кормящих женщин *Гинекология Том 07/N 2/2005.* С. 22-23.

#### ТҮЖЫРЫМ

Жүкті әйелдердің рационалды тамақтануы салауатты өмір салтын құрайтын негізгі фактор деп білу қажет. Себебі толыққамды және адекватты тамақтану жүктіліктің жәйлі ағымына, босануына және келешекте сәбидің қалыпты дамуына зор ықпал етеді.

#### SUMMARY

This article is deals balanced nutrition of the pattern pregnancy healthy life. The balanced nutrition during pregnancy is necessary for normal childbirth and for healthy increasing of child.

## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Сатимова С.Т.

*Городской противотуберкулезный диспансер, г. Алматы*

Туберкулез все еще является серьезной проблемой для здоровья населения во всем мире. В 1991 году участники 44 ассамблеи Всемирной Организации Здравоохранения отметили растущую угрозу туберкулеза для общественного здравоохранения, одновременно признав, что во многих странах существует достаточный потенциал для экономически эффективной борьбы с заболеванием с использованием уже имеющихся доступных средств /1/.

В мире насчитывается около 1,3 млн. новых случаев туберкулеза и около 450 000 смертельных случаев от туберкулеза среди детей до 15 лет. Общеизвестно, что эпидемиологические показатели туберкулеза среди детей напрямую отражают общую ситуацию системы контроля над заболеванием в стране /2/.

В Казахстане эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детей и подростков остается важнейшей социальной и медицинской проблемой общественного здравоохранения. Вместе с тем, в структуре заболеваемости туберкулезом по республике, по итогам 2009г., отмечается снижение заболеваемости детей на 19,6%, подростков – на 7,7% и составляет 20,9 и 117,1 на 100 тыс. населения, против 26,0 и 126,8 соответственно за 2008г.

Высокая заболеваемость детей в 2009 году, в сравнении со республиканским (20,9), сохраняется в Актюбинской – 31,3, Алматинской – 33,1, Мангистауской – 42,8 областях, а среди подростков (117,1) в Актюбинской – 158,5, Атырауской – 220,7, Кызылординской – 162,0, Мангистауской – 185,5

областях и в г. Астане – 290,2 на 100 тыс. населения /3/.

Основными причинами высокой заболеваемости детей и подростков являются: недостаточная изоляция больных из очагов туберкулеза, несвоевременное их привлечение к дообследованию, недостаточный объем выполнения лечебно-оздоровительных и противоэпидемических мероприятий в этих очагах и некачественное формирование группы «риска» среди детского и подросткового населения, подлежащих ежегодному осмотру.

В целом состояние по туберкулезу в мегаполисе страны – городе Алматы по сравнению с другими регионами остается более благополучным, однако показатели заболеваемости и смертности среди детей и подростков не утрачивает своей актуальности. Если количество впервые выявленных случаев туберкулеза среди населения города от 0 до 18 лет в последние годы остается стабильным, то определяется тенденция к омоложению туберкулеза.

Об этом свидетельствует тот факт, что если в 2007 году не отмечалось регистрации больных детей в возрасте до 1 года, то в 2008 году был зафиксирован случай туберкулеза у одного ребенка, а в 2009 году уже 3 детей. Определяющими факторами развития заболевания у них послужили отсутствие прививки БЦЖ, наличие контакта с больным туберкулезом и наличие врожденной патологии.

На заболеваемость в городе оказывает влияние миграция населения из неблагополучных по туберкулезу регионов. Городской противотуберкулезной службой г. Алматы постоянно

проводится анализ инфицированности детей. Так установлено, что первичное инфицирование или вираж (впервые положительная проба Манту) у прибывшего контингента детей в 3 раза выше, чем у городских детей, соответственно во столько же раз среди них повышен риск возникновения туберкулеза. При обследовании пробой Манту в начале учебного года в одной из школ – интернатов г. Алматы был своевременно выявлен больной туберкулёзом ребенок, прибывший из неблагополучного по туберкулёзу региона. Одной из проблем мигрирующего населения является отсутствие собственного жилья, проживание в съемных квартирах, скученность.

С целью повышения уровня информированности населения по вопросам диагностики, выявления, лечения и профилактики туберкулеза необходимо проводить полномасштабные и регулярные мероприятия санитарно-просветительного направления среди различных целевых групп.

В течение последних двух лет по г. Алматы проводится определенная работа. Изданы, растиражированы и распространены среди педагогов средних общеобразовательных учреждений методические рекомендации, раскрывающих методику проведения санитарного просвещения по вопросам туберкулеза среди учащихся. Проведены семинары для преподавателей, организованы лекции старшеклассникам. Вместе с тем, для данной целевой категории населения изданы общие тетради с информацией о профилактике туберкулеза и наличием кроссворда на данную тему. Проведен конкурс среди средних учебных заведений на лучшее исполнение дизайна и текстовой части плаката по вопросам профилактики туберкулеза. Во всех школах города проведены диктанты и

изложения среди учеников старших классов.

Как показывает практика, с целью реального представления уровня знаний населения по вопросам туберкулеза необходимо проведение ряда научных исследований и социологических опросов по отдельным регионам, отдельным учреждениям и среди определенных категорий населения. Сотрудниками городской противотуберкулезной службы проведен социологический опрос среди подростков средних учебных заведений, а также среди родителей, пришедших на прием к фтизиопедиатру.

В целом, анкетирование, проведенное среди родителей, выявило следующие моменты: о симптомах туберкулеза знают только 47,8% опрошенных лиц, о методах диагностики туберкулеза - 77,7%.

В 2010 году проводилось анкетирование педагогов ряда школ г. Алматы. На вопросы анкеты, освещающие вопросы профилактики туберкулеза правильно смогли ответить лишь 74,7% анкетированных учителей школ. О том, что обследование и лечение туберкулеза является бесплатным, знают только 87,8% опрошенных респондентов. Отмечается низкая информированность среди данного контингента (в 33,3%) о лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Таким образом, очевидно, что одним из слабых звеньев действующей противотуберкулезной программы в стране является недостаточная работа по пропаганде и санитарному просвещению, а существующие методы и средства нуждаются в модернизации.

С целью формирования у детей и подростков осознанного отношения к профилактическим и диагностическим мероприятиям, проводимым при туберкулёзе необходимо планомерно и эффективно внедрять программу их

обучения. Данная категория населения должна знать следующую информацию:

- инфекционный характер заболевания и пути передачи;
- симптомы подозрительные на туберкулез и важность своевременного обращения за медицинской помощью при их появлении;
- своевременное выявление и лечение заболевания приводит к полному излечению;
- меры профилактики туберкулеза;
- диагностика и лечение туберкулеза бесплатное.

Программу и методику обучения учащихся средних образовательных учреждений содержит брошюра «Форми-

рование здорового образа жизни и профилактика туберкулеза среди детей и подростков», электронный вариант которого можно найти на сайте [www@stoptb.kz](http://www@stoptb.kz).

**Список использованной литературы:**

1. World Health Organization. Forty-fourth World Health Assembly.–1991.– WNA44/1991/REC/1.
2. Александрова Е.Н., Морозова Т.И. Туберкулез у детей и подростков в Саратовской области в 2001-2007 гг. // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - №6. – 2009. – С. 3-4.
3. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан за 2009г. Алматы 2010г.

**АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ**

**Имангалиева А.А.**

*Национальный Центр проблем ФЗОЖ МЗ РК, г.Алматы*

В разделе приводятся результаты обращаемости исследуемого контингента в студенческую поликлинику за 2005-2008гг. и анализ состояния здоровья на основании формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных обслуживания ЛПО».

Показатель общей заболеваемости студентов г.Алматы в 2005 году составлял 79373, в 2006 году – 67557, в 2007 году – 62430, в 2008 году - 69333 случаев обращений. Диагнозы, у более половины обратившихся студентов были установлены впервые в жизни (Рисунок 1).

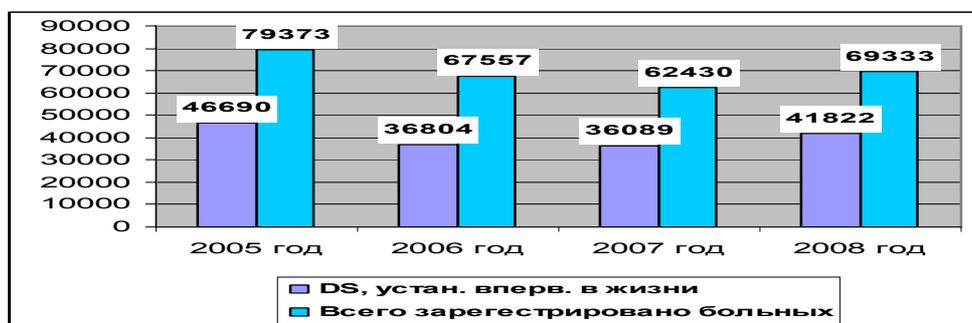


Рисунок 1 - Показатели общей и первичной заболеваемости студентов (абс.цифры)

Уровень показателя первичной заболеваемости по обращаемости на 1000 человек соответствующего населения составил: в 2005 г. – 634,7‰, 2006г.- 500,3‰, 2007г. – 471,8‰, 2008г.- 548,8‰ (Рисунок 2).

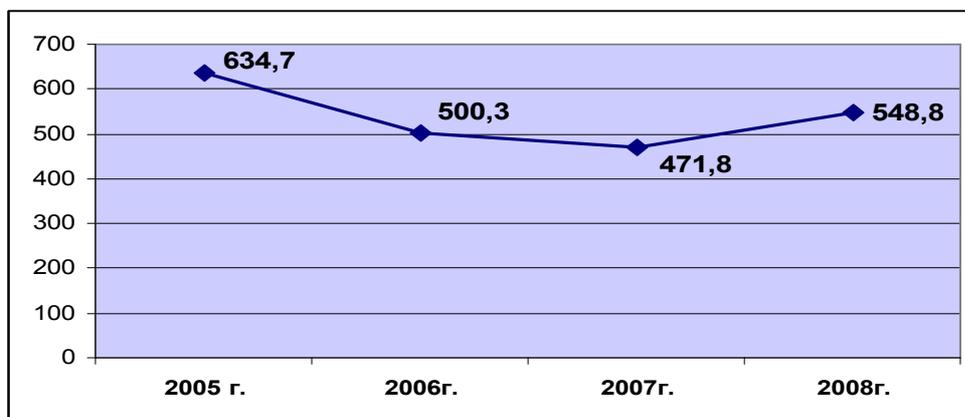


Рисунок 2 - Первичная заболеваемость студентов за 2005-2008гг. (‰)

У каждого второго студента ежегодно регистрировалась какая-либо патология. В структуре заболеваемости (рисунок 3) за исследуемый период ведущее место занимали болезни органов дыхания, которые регистрировались практически у каждого третьего, обратившегося в ЛПО. Причем в гендерном аспекте студенты-парни составили большую часть от всех

зарегистрированных с данной патологией. Среди них лидируют различные формы хронических болезней миндалин и аденоидов, хронические бронхиты, хронические риниты и фарингиты, вазомоторные и аллергические риниты, пневмонии различной этиологии (классификация приводится согласно МКБ 10).

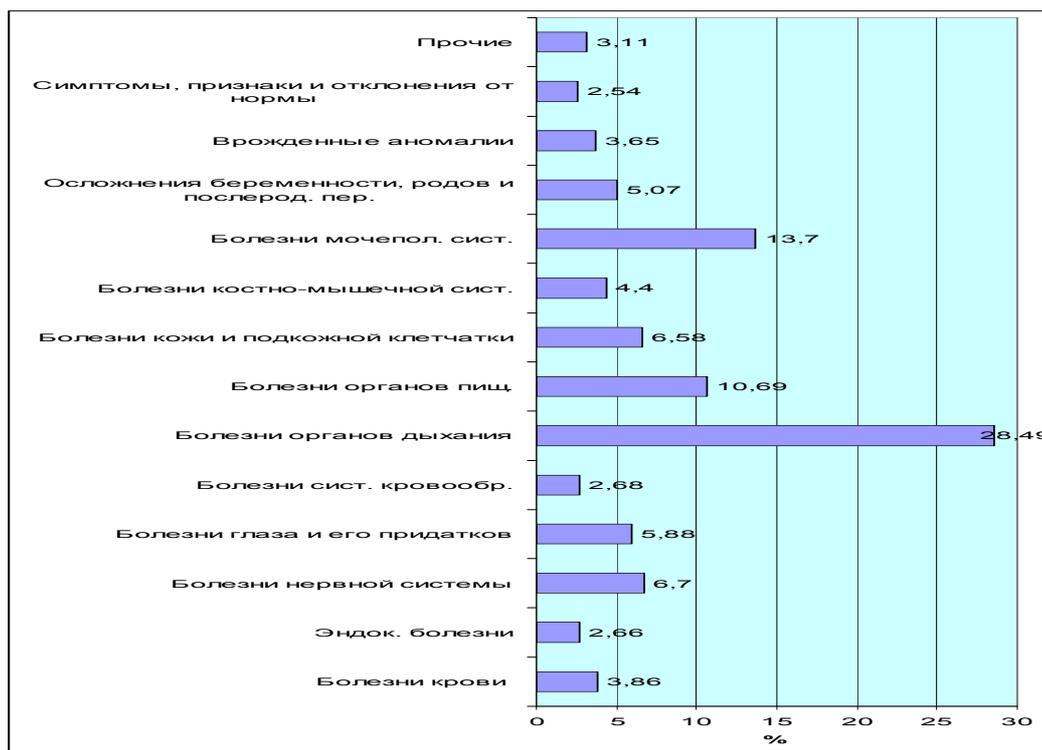


Рисунок 3 – Структура общей заболеваемости студентов за период с 2005 по 2008г.г. (%)

У каждого седьмого (13,7%) студента выявлена патология мочевыводящей системы, которая представлена в основном пиелонефритами, как острыми, так и хроническими. За период с 2005 по 2008 гг. наблюдается рост данной патоло-

гии за счет почечных тубулоинтерстициальных болезней (Рисунок 4). В данном классе заболеваний 39,5% составили студентки-девушки, 60,5% студенты-парни.

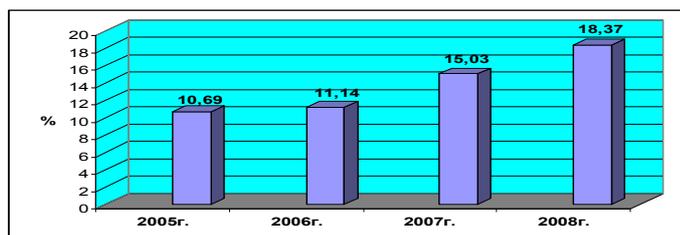


Рисунок 4 - Заболеваемость болезнями мочеполовой системы среди студентов (2005-2008 гг.)

Болезни органов пищеварения согласно полученным данным регистрировались у каждого десятого пациента. Более половины (64,5%) всех зарегистри-

рованных случаев за истекший период с заболеваниями ЖКТ приходилось на студенток-девушек. Динамика данного

класса за исследуемый период оставалась неизменной.

Несмотря на то, что в структуре общей заболеваемости по данным Городской студенческой поликлиники г.Алматы эндокринные заболевания составляли лишь 2,7% большая часть (75,6%) из всех случаев заболеваемости данной патологией приходилась на студенток-девушек.

По данным Женской консультации ГСП было установлено, что в 2004 году процент женщин с экстрагенитальной патологией составил 24,2% от всех обратившихся женщин фертильного возраста в женскую консультацию поликлиники, в 2005 году – 15,0%, 2006 году – 15,2%, 2007 году – 11,5% (рисунок 5).

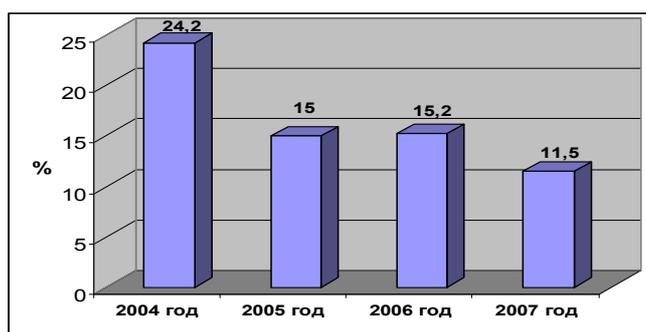


Рисунок 5 - Доля женщин с экстрагенитальной патологией, зарегистрированных в ЖК ГСП

Изучение медицинской документации беременных студенток, а также данных из роддомов и течение послеродового периода (686 женщин) выявило следующее: у 89% студенток, вставших под наблюдение в женской консультации в разные сроки, беременность сопровождалась патологией пищеварительной и мочеполовой системы на фоне анемии разной степени тяжести. Гестозы отмечались в 15% случаев. Нормальные роды были у каждой третьей, у остальных регистрировались преждевременные, затяжные роды с рождением в 24,8% ослабленных и больных детей. Перинатальная смертность (по данным Женской консультации ГСП) колеблется от 20 до 22‰ (по РК – 19,4‰, г.Алматы – 20,7‰), в структуре которой в равной степени представлена мертворожденность и ранняя неонатальная смертность. Во всех случаях отмечалась поздняя явка на

учет, т.е. позже 12 недель беременности, не ранее 14 недель, и в более поздние сроки (27-28 недель).

Особой проблемой для родивших студенток явилось обеспечение исключительно грудного вскармливания детям в возрасте до 6 месяцев (согласно рекомендациям ВОЗ), что было невозможным в условиях непрерывного учебного процесса и нежелания студенток оформлять академические отпуска. Это способствовало раннему введению детям прикорма и докорма, а также появлению мастопатии у кормящих студенток. Все это негативно сказывалось на состоянии здоровья детей и их матерей.

Таким образом, состояние здоровья студентов, высокий уровень заболеваемости, не имеющий тенденции к снижению, требует адекватной реабилитации в зависимости от степени патологического процесса и готовности самого

студента реабилитироваться. На сегодня недостаточно возможностей в проведении немедикаментозных способов лечения. А условия пребывания в общежитии не способствуют сохранению здоровья.

Необходим интегральный подход к укреплению здоровья данного контингента, т.е. основанный на межведомственном уровне.

---

## АНАЛИЗ И ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Каусова Г.К., Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А.

*Высшая школа общественного здравоохранения,*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

### **Актуальность проблемы:**

Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана. Одним из важнейших достижений в области медицины явилось открытие факторов риска (ФР) развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний (НИЗ) [1]. Предупреждение появления ФР и их коррекция являются эффективным подходом в профилактике ССЗ, доступным практическому здравоохранению.

По данным ВОЗ, из всех факторов риска первое место занимает образ жизни. Удельный вес факторов образа жизни превышает 50% всех обуславливающих воздействий. Далее, примерно до 20% занимают наследственные факторы и загрязнение окружающей среды и примерно 10% приходится на дефекты, недостатки и другие отрицательные явления в работе органов здравоохранения. Значение образа жизни усиливается еще и тем, что он непосредственно влияет на здоровье, тогда как социальные условия опосредованы.

Рост показателей распространенности, инвалидности и смертности населения вследствие ССЗ актуален во всем мире, что обуславливает активную позицию медицины в этом направлении. По данным ВОЗ 2006 года, показатель преждевременной смертности населения вследствие ССЗ (в возрасте от 0 – 64 года) в Казахстане является вторым по величине среди стран Европейского региона, и почти в 5-6 раз выше среднего уровня в странах Западной Европы. Особую тревогу вызывает широкое распространение АГ и ИБС среди трудоспособного населения, ранняя инвалидизация и снижение продолжительности жизни.

Таким образом, главной задачей в организации профилактики заболеваний среди населения является мониторинг факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

### **Цель исследования:**

Разработка научно-обоснованных рекомендаций по корректировке поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у населения Алматинской области.

**Задачи исследования:**

1. Изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Алматинской области.
2. Анализ и оценка поведенческих факторов риска населения городской и сельской местности Алматинской области.

**Материалы и методы исследования:**

Объектом исследования является население г.Саркан и п.Лепсы добровольно согласившихся принять участие в анкетировании в возрасте с 18 до 60 лет и старше. На начальном этапе исследования по методике ВОЗ была сформирована репрезентативная выборочная совокупность.

В качестве предметов исследования определяются показатели образа жизни и состояния здоровья населения.

При выполнении исследования применялись следующие методы: эпидемиологический, социологический, статистический, аналитический.

На сегодняшний день, несмотря на профилактику и внедрение новых методов лечения, болезни системы кровообращения занимают лидирующие позиции по показателям заболеваемости и смертности среди других причин. В Казахстане общая численность кардиологических больных на январь

2009 года — более 1,3 млн человек, что составляет около 8 проц. взрослого населения. Доминирующими патологиями в структуре кардиологической заболеваемости населения остаются ишемическая болезнь сердца (54 проц.) и артериальная гипертония (46 проц.), а также их осложнения (хроническая сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца), которые являются основной причиной потери трудоспособности и способствуют снижению трудовой активности населения.

В структуре заболеваний ССЗ среди всех классов болезней занимает второе место после болезней органов дыхания по РК. Заболеваемость болезнями системы кровообращения по Алматинской области занимает первое место по РК. Смертность населения от ССЗ болезней системы кровообращения - 447.19 случаев на 100 000 человек

Среди опрошенных респондентов в городе 13.8% составляют студенты, 34.8% - служащие, 32% - рабочие и 12% и 7.6% домохозяйки и рабочие соответственно. В селе 8.1% - студенты, 21.6 и 28,6% служащие и рабочие соответственно. Домохозяек и не работающих 16.3 и 25.5% соответственно (рис.1).

Таблица 1 – Заболеваемость населения ССЗ (на 100 000 человек)

	2007г.	2008г.	2009г.
Всего по РК	9577.1	10499.1	10777.7
Среди населения старше 18 лет РК	13011.7	14291.6	14673.8
Всего по Алматинской области	2853.9	3247.6	3644.5
Среди населения старше 18 лет Алматинской облати	3879.7	4416.8	4959.9
Всего по городскому населению Алматинской области	4053.6	3683.9	4849.9
Среди населения старше 18 лет городского населения Алматинской области	5313.2	4957.2	6544.4
Всего по сельскому населению Алматинской области	2491.1	3115.0	3265.8
Среди населения старше 18 лет сельского населения Алматинской области	3438.0	4250.5	4462.6

Таким образом, доля служащих, рабочих и студентов в городе выше чем в селе. А доля не работающих среди респондентов выше в сельской местности.

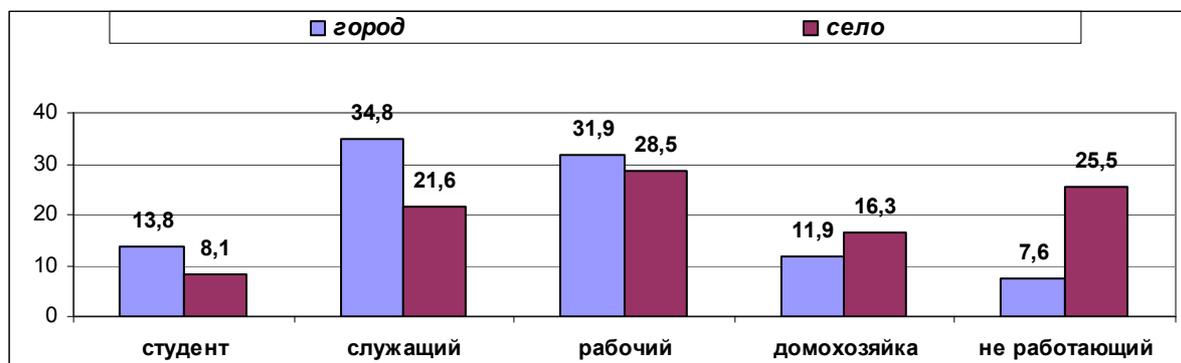


Рисунок 1. Распределение опрошенных в городской и сельской местности по социальному положению (%)

Ни разу не обращались к врачу 44.8% в сельской местности; 3-4 раза и более обращались 10.6% и 1.8% в городской и сельской местности соответственно (рис.2).  
33%-среди опрошенных в городе, на селе -53.4% ( $\chi^2=111,4$  число степеней свободы (df) =2,  $p<0,001$ ); 1-3 раза к врачу обращались 56.3% опрошенных в городе и

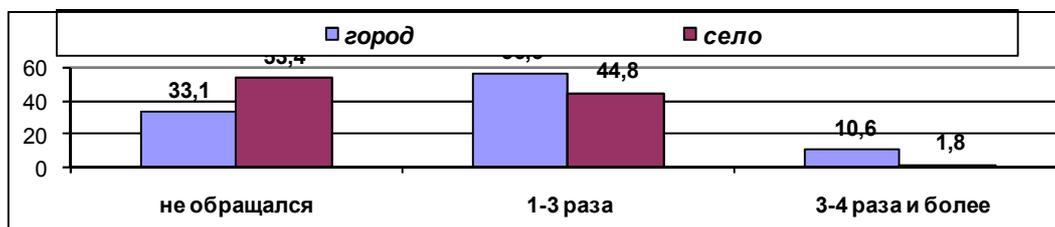


Рисунок 2. Частота обращений респондентов к врачу за последний год (%)

Среди опрошенных в городе 25% но-сосудистые заболевания, а в сельской местности -32.4% (рис.3).

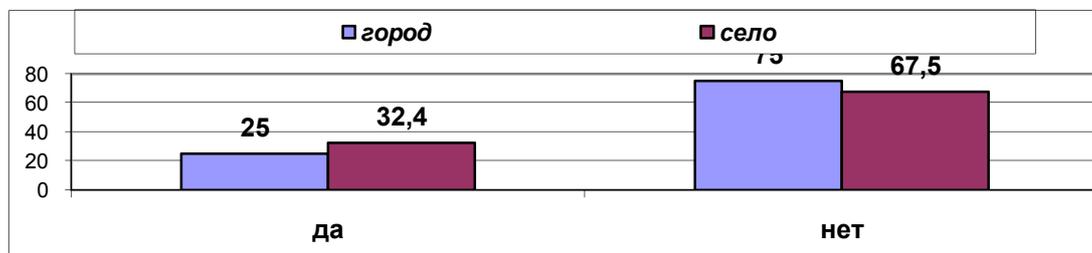


Рисунок 3. Наличие у респондентов хронических сердечно-сосудистых заболеваний (%)

Среди опрошенных в городе и в сельской местности курят практически одинаковое количество респондентов (33.8% и 32% соответственно, рис.4).

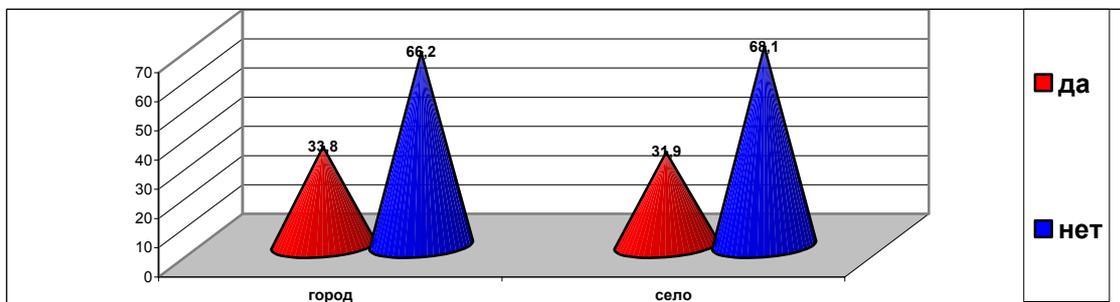


Рисунок 4. Результаты исследования по табакокурению (%)

Среди курящих подавляющее большинство респондентов курят до 10 лет (36% менее 5 лет, и 37% - от 5 до 10 лет).от 10 до 15 лет курят – 16.5% и более 15 лет – 10.5%.

Среди курящих менее 5 сигарет и от 5 до 10 сигарет в день выкуривает по 70% (по 35%).19.5% курит от 15 до 20 сигарет в день; более 20 сигарет курят-10.5%.

По результатам опроса алкогольные напитки употребляют 61.3% респондентов в сельской местности, а в городе – 53.1% опрошенных.

Среди опрошенных 14.7% ответили что ежедневно употребляют жирную и жаренную пищу; лишь 12.5% не употребляют. По 36.6% респондентов ответили

что употребляют редко и 2-3 раза в неделю.

39.1% опрошенных ответили что они совершают пешие прогулки только 1раз в месяц Ежедневно совершают пешие прогулки 11.3% опрошенных; 23%- 2-3 раза в неделю и 26.6% - очень редко

Среди опрошенных 38% чаще всего испытывают стрессы в семье ; 30% на работе; 17% в общественных местах и 15% во время учебы.

Среди опрошенных 42.2% выходят из стрессовых ситуаций общаясь с друзьями и родственниками; 18.8% курят; 15.3% употребляют алкогольные напитки; 7.5% принимают седативные препараты и 8.2% занимаются спортом (рис.5).

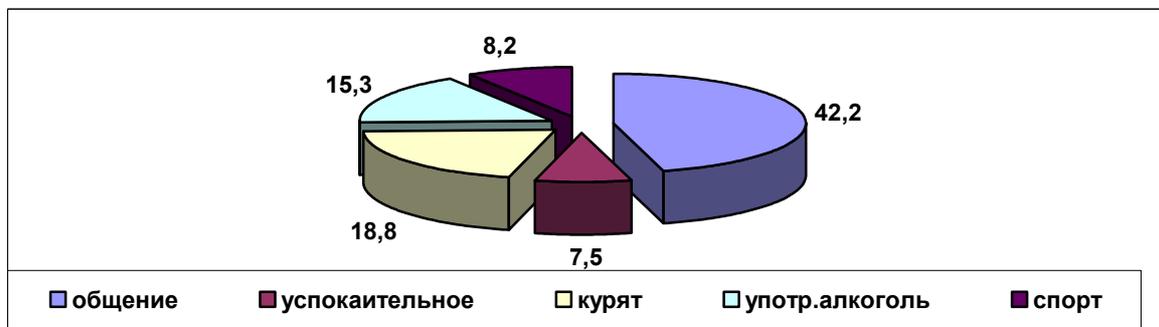


Рисунок 5. Как выходят из стрессовых ситуаций (%)

Более половины опрошенных спят около 8-10 часов в сутки; менее 7 часов – 37.5%; более 10 часов – лишь 7.5% респондентов.

**Список использованной литературы:**

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. «Совершенствование политики формирования здорового образа жизни на основе мониторинга поведенческих факторов риска» // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья.- №3-4, 2007г.- Стр.29-31
3. Попов В.Ф. Актуальные вопросы пропаганды медицинских и гигиенических знаний// Сов. здравоохранение.-1986.-№ 11.-С.7-12.

4. Аканов А.А. и соавт. Методологические подходы к созданию интегрированных программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Практическое руководство. Алматы: НЦ ПФЗОЖ, 1999. – 97 с.

5. Аканов А.А., Каирбеков А.К., Тулебаев К.А. и др. Основные методы и критерии выявления хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития. – Алматы, 1999. – 115 с.

6. Попова И. Позитивная динамика здоровья населения: поведенческие модели. Социология медицины 2006; 1:3-6.

7. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в РФ, Москва 2008г. – Профилактика заболеваний и укрепление здоровья №4, 2008г.

---

## САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ АУРУШАҢДЫҚТЫ ТӨМЕНДЕТУДІҢ НЕГІЗГІ ҚҰРАЛЫ

**Мұхтарова Ғ.М., Мүсірепова С.К.**

*Алматы облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы*

Адамның өмір сүру дағдысы оның денсаулық деңгейіне біршама әсер етеді. Сондықтан жыл сайын Қазақстан Республикасы Президентінің Жарлығында қарастырылатын мақсаттардың бірі - халықтың денсаулық жәй-күйін жақсарту мен денсаулық жүйесін қолдаумен қатар салауатты өмір салтын қалыптастыру, насихаттау. Бүгінгі күні салауатты өмір сатын қалыптастыру еліміздің ұлттық

саясатына айналып отыр.

Қазіргі кезде, денсаулықтың негізгі көрсеткіштерін жақсартуды қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау саласында аурудың алдын алуға түбегейлі көңіл бөлмей клиникалық медицинаны одан әрі қарай дамыту мүмкін еместігі де айтылып келеді.

Елдің орнықты дамуындағы міндеттердің бірі - ұлттың сауығын қамтамасыз

ететін тәсілдерді енгізу және жетілдіру арқылы, халықтың орташа өмір сүру ұзақтығын ұлғайту болып табылады.

Осыған байланысты салауатты өмір салтының пайдасына қоғамдық пікір мен белсенділікті қалыптастырудың маңызы зор, әрі заман талабы.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2007 жылдың 21 желтоқсанындағы №1260 «2008-2016 жылдарға арналған «Салауатты өмір салты» бағдарламасын» іске асыру мақсатында Алматы облысында алдын алу бағдарламалары жүзеге асырылуда, атап айтсақ: тиімді дұрыс тамақтануға жәрдемдесу, дене шынықтыру белсенділігін арттыру, дұрыс және тиімді тамақтануға ықпал ету, созылмалы жұқпалы емес аурулардың және жарақаттанудың алдын алу, жұқпалы аурулардың (туберкулез, ВИЧ/СПИД, жедел жұқпалы ішек ауруларының, вирустық гепатиттердің) алдын алу, ұрпақты болу денсаулығын және отбасын жоспарлау, Дүние жүзілік Денсаулық сақтау Ұйымының жобаларын жүзеге асыру: «Салауатты қалалар», «Салауатты университеттер», «Денсаулықты нығайту мектептері», «Салауатты ауыл».

«Салауатты өмір салты» бағдарламасын орындау үшін 2009 жылы жергілікті бюджеттен 12 607 мың. теңге, 2010 ж.- 23 456 мың. теңге, ал Республикалық мақсатты ағымдағы трансферттен 134 357,0 мың. теңге бөлініп, іске асырылуда.

Облыстың бір тұрғынына шаққанда пайдаланған қаржының көлемі 2008ж. – 6,8 теңге құраған болатын, осы республикалық қаржыландырудың нәтижесінде оның көлемі өсіп, 90,1 теңге құрады, ал 2010 жылы –94,6 теңге болды.

Өткен жылы облыста 16 аудандар мен 3 қалаларда салауатты өмір салты

кабинеттері қажетті штаттық лауазымдарымен ашылды, қазір бұл кабинеттерде дәрігер-валеологтар, педагог-валеологтар және салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша мейірбикелер жұмыс атқаруда. Барлық салауатты өмір салты кабинеттері материалды-техникалық жағынан жабдықталған.

Салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша барлық шаралар жергілікті мүдделі мекемелермен бірлесе отырып облыстың барлық аудандары мен қалаларында жүзеге асырылуда.

Тұрғылықты халықты аурудың алдын алу, денсаулықты нығайту және салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері бойынша хабарландыру барысында СӨС мамандарымен қатар, бастапқы медико-санитарлық көмек көрсету дәрігерлері, педагогтар және журналистер қатысуда.

Медицина қызметкерлерінің аурулардың алдын алу мен оларды дер кезінде анықтауға сақтығын арттыру мақсатында жыл сайын айлықтар мен онкүндіктер ұйымдастырылып, өткізілуде.

Жыл сайын орта есеппен алғанда, облыста 250-ден астам акциялар, фестивальдар, спартакиадалар, дөңгелек үстелдер, семинарлар, оқыту тренингтері, халықты ынталандыру мақсатында - өңірлік конкурсар, Дүниежүзілік денсаулық күндері ұйымдастырылып, осы шаралармен облыс тұрғындарының 1/3-нен астамын қамтылады.

Ауыл тұрғындары арасында кең ауқымды шаралар: «Денсаулық жолы» мен «Денсаулық Фестивалі», «Президент милясы» жүгіру марафонын өткізу жыл сайынғы дәстүрге айналды.

Халықты хабардар ету мақсатында осы шаралар өткізу аясында баспасөз басылымдары, теледидар және радио-

хабарлар, видео аудиороликтер, ақпараттық оқыту құралдары мейлінше кең ауқымды пайдаланылады.

Еліміздің болшағы, бүгінгі оқушыларда өз денсаулықтарына деген саналы көзқарастарын кеңейтуде және салауатты өмір салтын қалыптастыруда білім беру саласының орны ерекше екені сөзсіз.

Жас ұрпақты салауатты өмір салтын қалыптастыру негіздерін, денсаулықты сақтау мен нығайту дағдыларын оқытатын пән, «Валеология – денсаулықты қалай сақтау керек» білім беру бағдарламасы болып табылады. Жалпы білім беру мекемелерінде «Валеология» пәні факультативтік сабақ ретінде беріліп келеді. Бүгінгі күні ол 86% мектептерде жүргізіледі.

Жалпы облыс бойынша, дүниежүзілік денсаулықты сақтау ұйымының «Денсаулықты нығайту жұмысын жүргізетін мектептер» жобасымен 26 мектеп жұмыс жасайды. Бұл мектептердегі оқушылардың денсаулықты сақтау мен нығайту бойынша ақпараттану деңгейі орта есеппен алғанда 85%, бұған «Валеология» курсының септігі де зор.

СӨС қалыптастыруда ең тиімді шаралардың бірі сектор аралық бірлескен жұмыстар болып отыр.

Мүдделі ведомствалармен бірлесе отырып қоғамдық жерлерде темекі шегуді бақылау, антиалкогольдік заңның және мектепке дейінгі мекемелер мен жалпы білім беру мекемелерінде тағам өнімдерінің кейбір түрлерін сатуға тыйым салу туралы қаулысын орындалуын бақылау мақсатында рейдтер өткізіліп тұрады. 2009 жылы осындай рейдермен 887 объектілер, ал 2010 ж. алғашқы 5 айында 302 объектілер қамтылды. Рейд кезінде тексерілген мекемелердің жұмыскерлері мен басшылары бұл шараның мақсатымен таныстырылып, осыған қатысты шаралардың уақытылы орындалуын талап

етілді.

Халықтың менталитетін өзгерту, оларды салауатты өмір салтына бұру, өз денсаулығына өзінің жаны ашуы, өмір салтын таңдаудағы жеке және қоғамдық көзқарасты өзгертуге мотивация жасау үшін жарнамаларды қолдану, мемлекеттік емес ұйымдарды қатыстырудың маңызы зор.

Осы мақсатта СӨС жұмыстарын іске асыруға Республикалық мақсатты ағымдағы трансферттен бөлінген қаржы есебінде мемлекеттік емес ұйымдармен бірлесіп 12 әлеуметтік-маңызды жобалар іске асырылды. Бұлар: салауатты өмір салтын насихаттау қозғалысына жас-өспірімдер мен жастарды волонтерлер ретінде тарту; мүгедек балалар арасында спорттық ойындар ұйымдастыру; балалар үйіндегі және интернаттағы балаларды; сонымен қатар мүмкіншіліктері шектеулі балалар арасында СӨС негіздері және аурулардың алдын алу сұрақтары бойынша оқыту және бұған қажетті оқыту құралдарын дайындау; балалар арасында СӨСҚ шараларын жүргізе алатын волонтерлерді дайындау; жас аналар мен отбасына арналған ақпараттық құралдар шығару; ісік ауруларының алдын алу шараларын өткізу; темекішегушілікке, нашакорлыққа, алкоголизмге қарсы шаралар жасау; ауыл тұрғындарының арасында әлуметтік тексерістер өткізу.

Елімізде соңғы жылдары жастардың өз-өзіне қол жұмсауы белең алып отыр. Бұл ретте әлем бойынша алдыңғы төрттіктің қатарында екенбіз. Әрине, бұл – жантүршігерлік, қоғамды алаңдататын жайт. Мұның себебі не, салдары қандай деген сауалдың жауабын анықтау және болашақта оның алдын алу мақсатында облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы тарапынан Талдықорған қаласында «Дос» жастар

денсаулық орталығы ашылды.

Аталмыш орталықтың бой көтеруіне жастардың қосқан үлесі зор. Жастар орталығын ашпас бұрын «Менің жастар орталығым» деген атпен байқауы жарияланған болатын. Оған 150-ден астам жоба түсіп, 18 жастағы Қарлығаштың жобасымен жастар өздері орталықты безендірді. Қазір қалаған уақыттарында келіп жаттығу залында шынығады, әңгіме – дүкен құрып сырласады, бейне-материалдармен танысады.

Бұл орталықта: менеджер, психолог, гинеколог, уролог, тері дәрігерлері кеңес береді, сенім телефоны бар. Мұнда қажет болғанда жастарға лабораториялық тексерістері тегін жасалады. Жастар денсаулық орталығының медициналық мекемелерден айырмашылығы: қолайсыз жағдайларға душар болған жастарға мұнда тек дәрігерлік көмек ғана емес, сонымен қатар қажетті әлеуметтік-психологиялық, құқықтық, консультациялық көмек көрсетіледі.

2009 жылы «Дос» жастар денсаулық орталығы 1891 жастар мен жасөспірімдерге медициналық және әлеуметтік көмек көрсетті, олардың ішінде 205 гинекологтың (12-нде жыныс жолдарымен тарайтын инфекциялар анықталды), 226- урологтың, 171 - дерматовенерологтың, 200 – психологтың көмегін, 16 – құқықтық көмек алды, сонымен қатар 577 жасөспірімдер аурулардың алдын алу бойынша дәріс алса, 90 емдік физкультура курсы алды. Жастар арасында орталықтың қызметкерлері 7,5 мыңнан астам жасөспірімдер мен жастар арасында СӨС аспектілері бойынша әртүрлі шаралар ұйымдастырып өткізді.

Облыстық СӨСҚ орталығында ресурстық орталық компьютерлік техника, типографиямен толықтай жабдықталып, медицина қауымының білімдерін жетілдіруге кітапхана ашылды. Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері бойынша басты бағыт және қағидасы, нормативтік-құқықтық базасы туралы ақпараттар және СӨСҚ сұрақтары бойынша веб-сайт ([www.almobzog.kz](http://www.almobzog.kz)) ашылды. Салауатты өмір салтына қатысты соңғы жаңалықтарын күн сайын осы сайтқа ендіріп, үнемі жаңартылуда.

Халықтың ақпараттануын арттыру мақсатында 2009 жылы 153 түрлі ақпараттық оқыту құралдары шығарылып, 3 миллионнан астам данасы таратылды (2008 ж. – 40 мың дана).

Жалпы халықты ақпараттандыру мен салауатты өмір дағдыларын қалыптастыруда бұқаралық ақпарат құралдарының маңызы зор. Мемлекеттік тапсырыс аясында тағайындалған салауатты өмір салтының аспектілері мен түрлі аурулардың алдын алу туралы 28 түрлі аудио-видеороликтері 2010 жылдың басынан бері жергілікті «Жетысу» ТК арқылы белгіленген графикке, аурулардың алдын алу айлықтары мен онкүндіктеріне сәйкес күніне 3 реттен берілуде.

Сонымен қатар, тұрақты жергілікті бұқаралық ақпарат құралдарының беттерінде облыс медицина қызметкерлерінің аурудың алын алу туралы мақалалары шығарылып, жасалып жатқан шаралар да көрсетілуде.

Салауатты өмір салтын қалыптастыру жүйесінің жасап жатқан игі істері аурулардың алдын алуда тиімді орнын тауып, әрбір адамның өз денсаулығына деген жауапкершілігін арттыруға түбегейлі ықпал етеді деп сенеміз.

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ****ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ.**

**Т.К.Рахыпбеков, Ж.Б.Базарбек, А.К.Мусаханова, З.Ж.Абдильдина, О.В.Шишкина.**  
**Государственный медицинский университет г. Семей**  
**Городское бюро медицинской статистики**

Успешное развитие и совершенствование системы здравоохранения – важнейший фактор сохранения здоровья общества и необходимое условие для реализации всех остальных социально-экономических и политических реформ в государстве, повышения конкурентоспособности страны и её продвижения, в определенных президентом страны, стратегических направлениях развития /1/. Период реформирования системы здравоохранения характеризуется постепенной стабилизацией и улучшением основных медико-демографических показателей. За последние годы повысилась рождаемость более чем на четверть, снижается общая смертность населения, что привело к росту показателя естественного прироста. Увеличилась средняя продолжительность предстоящей жизни.

Целью данного исследования явилось изучение динамики младенческой смертности Семейского региона в связи с переходом Казахстана на статистические стандарты, рекомендованные ВОЗ и выявление особенностей младенческой смертности региона.

Материалами данного исследования явились показатели младенческой смертности по Семейскому региону за 2006-2009 годы.

Показатель младенческой смертности находится в центре внимания современной медицины и здравоохранения всех государств мира. По данным статистической отчетности в Республике Казахстан

показатель младенческой смертности с 2002 по 2007 годы снизился на 20 %. В связи с переходом Казахстана с 2008 года на статистические стандарты, принятые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), наблюдается увеличение показателя младенческой смерти во всех регионах Казахстана. Причиной такого изменения в статистике, по мнению экспертов, стал разный подход к определению рожденного ребенка. По стандартам ВОЗ, рожденным ребенком считается плод весом от 500 граммов, по стандартам принятым в Казахстане до 2008 года (расчет со времен СССР) - от 1000 граммов.

По данным Всемирного Экономического Форума Казахстан занимает 54-е место в рейтинге стран мира по уровню детской смертности и 4-е место среди стран СНГ. По данным ЮНИСЕФ уровень младенческой смертности в Казахстане в 5 раз превышает аналогичный показатель в Центральной и Восточной Европе и в 12 раз выше, чем в странах Западной Европы.

Несмотря на переход Казахстана с 2008 года на критерии живорожденности, рекомендованными ВОЗ, и прогнозируемыми многими специалистами в области здравоохранения показателями младенческой смертности до 30 на 1000 родившихся живыми, он увеличился с 15,2 ‰ в 2007 до 18,5 ‰ в 2008 и 17,8 ‰ в 2009 годах (рисунок 1). Этот показатель по Восточно-Казахстанской области составил 22,03 ‰ в 2008 году и 22,72 ‰ в

2009 году против 15,32 ‰ в 2007 году. Также на рисунке 1 видно, что по Республике Казахстан этот показатель составляет 20,76 ‰ в 2008 году и 18,23 ‰ в 2009 году против 14,57 ‰ в 2007 году.

По сравнению с пятью странами СНГ и с пятью развитыми странами этот показатель очень высокий, и наша страна занимает второе место /2/.

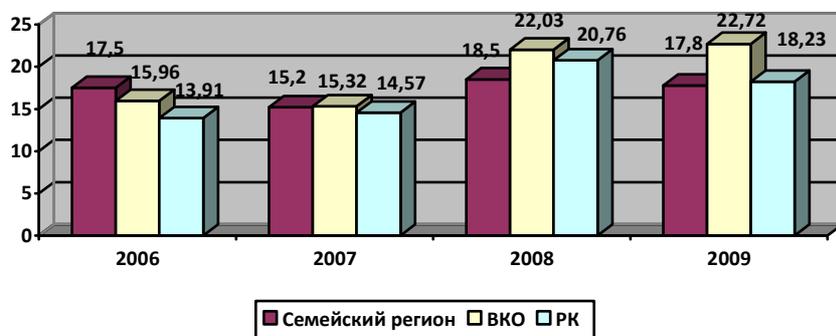


Рисунок 1. Данные младенческой смертности по РК, ВКО и Семейскому региону за 2006-2009 годы

Анализ данных показал (таблица 1), что в Семейском регионе с момента введения стандартов ВОЗ резко возросла неонатальная смертность (от 0 до 28 дней) с 55 % в 2007 до 76,6 % в 2008 и 79,6 % в 2009 годах и ранняя неонатальная смертность (от 0 до 7 дней) с 73,3 % в 2008 до 85,3 % в 2008 и 85,5 % в 2009 годах. Также в таблице 1 показано, что с

2008 года на 8-10 % увеличилось количество детей умерших в родильных домах. Причинами этого, возможно, являются недостаточное оснащение родовспомогательных учреждений современным оборудованием по выхаживанию новорожденных, а также слабая подготовка медицинских кадров.

Таблица 1. Структура младенческой смертности по Семейскому региону за 2006-2009 годы.

	2006	2007	2008	2009
Всего родилось	5260	5397	5938	6514
Умерло до года	82	81	107	113
Младенческая смертность	17,5 ‰	15,2 ‰	18,5 ‰	17,8 ‰
Неонатальная смертность (от 0 до 28 дней)	63 – 76,8 %	49 – 55,0 %	82 – 76,6 %	90 – 79,6 %
ранняя неонатальная смертность (от 0 до 7 дней)	50 – 79,3 %	37 – 73,3 %	70 – 85,3 %	77 – 85,5 %
поздняя неонатальная смертность (от 7 до 28 дней)	13 – 20,6 %	12 – 26,6 %	12 – 14,6 %	13 – 14,4 %
Умерло на дому	9 – 10,9 %	13 – 16 %	11 – 10,3 %	13 – 11,5 %
Умерло в стационаре	35 – 42,6 %	34 – 41,9 %	43 – 40,2 %	40 – 34,7 %
Умерло в роддоме	38 – 46,3 %	34 – 41,9 %	53 – 49,5 %	60 – 52,1 %

По официальным статистическим данным высокая смертность детей до одного года отмечается в Южно-Казах-

станской (25,56 ‰ в 2008 году и 20,98 ‰ в 2009 году), Восточно-Казахстанской (22,03 ‰ в 2008 году и 22,72 ‰ в 2009

году), Мангистауской (21,2 % в 2008 году и 20,44 % в 2009 году), Кызылординской (23,89 % в 2008 году и 24,96 % в 2009 году), Жамбылской (22,92 % в 2008 году) и Павлодарской (20,5 % в 2008 году) областях. Причинами высокой детской смертности являются в 32% случаев не-

надлежащая педиатрическая помощь, а также дефицит кадров, низкий индекс здоровья женщин, нечеткое планирование семьи в группах высокого риска, низкая квалификация акушеров-гинекологов, миграция населения, недостаточный мониторинг беременных и детей до 1 года /3/.

Таблица 2. Причины младенческой смертности по Семейскому региону за 2006-2009 годы

	2006	2007	2008	2009
Болезни новорожденных	48 – 58,5 %	34 – 41,9 %	63 - 58,8 %	64 - 56,6 %
Врожденные аномалии	16 – 19,5 %	16 – 19,7 %	15 - 14 %	24 - 21,2 %
Болезни органов дыхания	3 – 6 %	17 – 20,9 %	13 - 12,1 %	8 - 7,1 %
Инфекционные болезни	6 – 7,3 %	6 – 7,4 %	8 - 7,4 %	5 - 4,4 %

По республиканским данным первое место среди причин младенческой смертности занимают перинатальные заболевания новорожденных, второе - болезни органов дыхания новорожденных, третье – врожденные аномалии развития. В Семейском регионе первое место среди причин младенческой смертности занимают также перинатальные факторы, на второе место выходят врожденные аномалии развития, а третье место за болезнями органов дыхания (таблица 2). Это подтверждает многочисленные научные данные о влиянии малых доз радиационного облучения на развитие плода как следствие отдаленных эффектов воздействия Семипалатинского ядерного полигона. Так, например, при исследовании населения, пережившего взрывы атомных бомб в Хиросиме и Нагасаки к 1981 г., было установлено не только увеличение частоты опухолей (лейкоз, рак щитовидной и молочной желез, легких, желудка, множественных мелом), но и увеличение хромосомных aberrаций, микроцефалий, замедления роста, физического и умственного развития /4, 5, 6/. А смертность от врожденных дефектов в 1979-1980 гг. на расположенных вокруг

АЭС Три-Майл-Айленд территориях возросла на 37% по сравнению с уровнем 1978 г. /7/. Поэтому, несмотря на закрытие полигона, медицинские, социальные и экологические проблемы остаются актуальными и требуют своего решения /8/.

Таким образом, мы считаем, что мерами борьбы с младенческой смертностью являются проведение переподготовки медицинских кадров на международном уровне и создание перинатальных региональных центров и переоснащение родовспомогательных учреждений современным оборудованием, в том числе по выхаживанию новорожденных.

Кроме этого, нужно обратить внимание на проведение перинатального и неонатального скрининга, направленного на выявление ВПР и наследственных заболеваний в Семейском регионе, так как частота младенческой смертности от врожденных аномалий развития выше по сравнению с другими регионами страны. Реальные трудности для рациональной организации эффективного генетического скрининга в регионе создает отсутствие целевого государственного финансирования.

Мы считаем, что необходимо включить молекулярно-генетические анализы в объем гарантированной бесплатной высокоспециализированной медицинской помощи. Это очень важно, если принимать во внимание приоритетность медико-генетической службы в дородовой диагностике и профилактике наследственных и врожденных заболеваний в Казахстане. Система раннего выявления врожденной и наследственной патологии на первом этапе у плодов и новорожденных позволит снизить показатели заболеваемости и смертности от генетических нарушений.

#### Список использованной литературы:

1. Дерновой А. Здравоохранение Казахстана – вчера, сегодня, завтра // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – Астана. - 18-19 октября 2007 год. – Том 1, часть 1. – стр. 3-9.
2. Доскалиев Ж. Коллегия Министерства Здравоохранения Республики Казахстан – Астана. – 30 января 2009 год.
3. Исмухаметов Т. Материалы круглого стола «Приоритетные направления государства по снижению детской и материнской смертности» при Международном институте современной политики (МИСП). – Алматы. – 2003 год.
4. Stram D.O. Stable chromosome aberrations among A-bomb survivors: An update / D.O. Stram, R. Sposto, D. Preston and al. // Radiation Research. – 1993. – №136. – P. 29-36.
5. M. Yamamoto, M. Hoshi, J. Takada and al.. Pu isotopes and <sup>137</sup>Cs in the surrounding areas of the former Soviet Union Semipalatinsk nuclear test site // J. of Radioanalytical and Nuclear Chemistry. – 1999. – Vol. 242. – No.1. – P. 63-74.
6. Джаксалыкова К.К. Состояние здоровья новорожденных – чуткий индикатор экологического неблагополучия Семипалатинского региона / К.К. Джаксалыкова, Р.К. Рыспаева // Экология. Радиация. Здоровье: Матер. 3-ей Междун. конф. – Семипалатинск, 2002. – С. 126-127.
7. Д. Гулд, Б.А. Голдман. Смертельный обман. Большая ложь о малых дозах: Пер. с англ. – М.: Межд. Соц.-эколог. союз, 2001. – 260 с.
8. Доскалиев Ж.А. Медико-экологические последствия ядерных испытаний и задачи по углублению реабилитации населения, пострадавшего от ядерных испытаний // Экология. Радиация. Здоровье: Матер. 3-ей Междун. конф. – Семипалатинск, 2002. – С. 28.

#### ТҰЖЫРЫМ

Нәрестелік өлім-жітімнің көрсеткіштері Семей аймағында 2007 жылы 15,2 % болды, ал 2008 жылы 18,5 % – ге дейін және 2009 жылы 17,8 % - ге дейін үлкейді. Республиканың басқа аймақтарымен салыстырғанда Семей аймағында дамытудың тумыстан бар кемістіктерінен нәрестелік өлімдік биік болғаннан, дамытудың тумыстан бар кемістіктерін және тұқым қуалаған аурулардың табуына бағытталған перинаталдық және неонаталдық скрининг өткізуіне ықылас аудару керек.

#### SUMMARY

The infant mortality rate in Semey region increased from 15,2 % in 2007 to 18,5 % in 2008 and 17.8 % in 2009. We must pay attention to the conduct of the perinatal and neonatal screening to detect birth defects in hereditary diseases Semey region, as well as the frequency of infant mortality from the malformations remains high compared with other regions of the republic.

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Касымова Г.П., Югай М.Н.

*Высшая Школа общественного здравоохранения,*

*Управление медико-социальной экспертизы*

*Департамента по контролю и социальной защите по Карагандинской области,*

*г. Караганда.*

Организация объединенных наций в 2006 году определила сахарный диабет как угрозу системе здравоохранения всего мира, поскольку даже экономически развитые страны испытывают серьезные экономические трудности в связи с громадными затратами, обусловленными этим заболеванием. Поэтому своевременная и адекватная оценка степени ограничения жизнедеятельности, разработка способов ее прогнозирования и реабилитации, несомненно, имеют большое практическое и теоретическое значение.

Приоритетным в социальной политике государства в отношении инвалидов признаны профилактика инвалидности, социальная защита, в том числе, реабилитация инвалидов, а также интеграция инвалидов в общество. С принятием Закона «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» в стране была заложена основа современной правовой базы социальной защиты инвалидов.

Последовательный пересмотр старых подходов к проблеме инвалидности с учетом международных правовых норм и богатого опыта позволит успешно внедрить принципы Конвенции о правах инвалидов в Казахстане.

11 декабря 2008 года состоялось подписание Казахстаном Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола к ней. Ратификация Конвенции о правах инвалидов, и последующая имплементация принципов и норм, закрепленных именно в международных правовых актах создаст правовые условия

для реализации лицам с ограниченными возможностями своих конституционных прав и свобод, что позволит Казахстану стать в полном смысле социальным государством, где все осуществляется во благо и ради граждан страны вне зависимости от каких-либо факторов и условий. Если международные правовые нормы найдут отражение в казахстанском законодательстве в связи с ратификацией Конвенции по правам инвалидов, мы естественно станем конкурентоспособным государством по всем вопросам, касающимся прав и свобод лиц с ограниченными возможностями.

**Цель работы.** Совершенствование методологии медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации больных сахарным диабетом в Республике в соответствии с современными, международно-принятыми взглядами на эту проблему.

**Материал и методы исследования:**

Объектом исследования избраны 239 больных – жителей г. Караганды, страдающих сахарным диабетом, которым при первичном освидетельствовании в 2001 - 2007 годы, территориальными отделами МСЭ установлены 1, 2 и 3 группы инвалидности, их показатели затем рассмотрены по полу: женщины составили - 53,6%, мужчины – 46,4%. По возрастному составу в женской популяции преобладала группа от 45 до 50 лет (55,7%), среди мужчин — от 40 до 45 лет (37,6%).

Сроки первичного освидетельствования инвалидов вследствие сахарного

диабета от начала заболевания: через 4 месяца - 1,3 %, через 1 год - 12,5%, через 3 года - 13,4%, через 5 лет - 24,7%, через 10 лет - 6,3%, свыше 10 лет - 41,8% больных.

В исследовании применялся комплекс социально-гигиенических методов: статистический, экспертный, нормативный, сравнительного анализа, общеклинический, специальный, математический метод прогнозирования (пошаговая мультипараметрическая регрессия, корреляционный и дискриминантный анализы).

#### **Результаты исследования:**

Объектом реабилитации являются больные или инвалиды с различным реабилитационным потенциалом в разные сроки болезни. Оценка РП должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсированности функциональных нарушений, психологическую готовность больного или инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а так же возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса.

Анализ собственных исследований и обобщение данных литературы, позволил нам выделить 3 степени РП – высокий, средний и низкий (или отсутствие РП).

**Высокий реабилитационный потенциал (РП)** характеризовался следующими факторами: возраст — молодой и средний; клинические проявления СД были незначительными или умеренно выраженными, стадия компенсации и субкомпенсации. Среди изученного контингента больные с высоким РП не встречались, т.к., как правило, они не направляются на МСЭ для определения группы инвалидности, но наблюдаются эндокринологами поликлинической службы.

Критерии среднего РП при СД: клиническая картина сопровождается выраженной симптоматикой, состояние субкомпенсации или декомпенсации (18,4% случаев) с возможностью коррекции; умеренное прогрессирование заболевания, наличие средней частоты метаболических и гипертонических кризов; наличие умеренно выраженных осложнений (диабетическая нефропатия I—II стадии, диабетическая ретинопатия 3 ст., диабетическая стопа 3 ст. и другие ангиопатии), удовлетворительная эффективность применяемого лечения.

По данным инструментальной диагностики: умеренное снижение толерантности к физической нагрузке на фоне патологической динамики клинико-инструментальных показателей состояния больного во время нагрузки; умеренное снижение физической работоспособности; выраженное снижение психофизиологической выносливости, ЭКГ в пределах умеренно выраженных изменений, при нагрузке наличие патологической динамики ЭКГ.

По данным социальной диагностики профессионального статуса: умеренные нарушения или выраженные нарушения с возможностью коррекции. К лицам со средним РП относятся больные сахарным диабетом с умеренными нарушениями функций организма, при первичном освидетельствовании которых в отделе МСЭ устанавливается 3 группа инвалидности.

Критериями **низкого РП (или крайне низкого)** являются: клиническая картина - выраженная или значительно выраженная симптоматика (85,6% случаев); прогрессирование заболевания, наличие выраженных осложнений (слепота, недостаточность кровообращения II—III стадии, хроническая почечная недостаточность II—III стадии и наличие стойких признаков ограничения

жизнедеятельности и социальной недостаточности), частые, длительные, тяжелые метаболические и гипертонические кризы; неэффективность применяемого лечения.

По данным инструментальной диагностики: выраженное или значительно выраженное снижение толерантности к физической нагрузке; выраженное и значительно выраженное снижение физической работоспособности; а также значительно выраженное снижение психофизиологической выносливости без возможности коррекции; ЭКГ в пределах выраженных и значительно выраженных изменений, при нагрузке наличие соответствующей патологической динамики.

Профпригодность в работе по прежней профессии — утрачена полностью без возможности восстановления;

профессиональная деятельность может быть возобновлена в специально созданных условиях. Социально-бытовой и социально-средовой статус нарушены в выраженной степени. К лицам с низким РП относятся больные с последствиями сахарного диабета, имеющие ФК-3 (51-75%) значительные нарушения функций организма, при первичном освидетельствовании которых в отделе МСЭ, устанавливается 2 группа инвалидности.

При статистической обработке материала, в исследуемой группе инвалидов вследствие СД встречался только средний и низкий РП, поэтому методом дискриминантного анализа были выделены основные признаки, определяющие реабилитационный потенциал у инвалидов вследствие СД, представленные в таблице.

Таблица - Основные признаки, определяющие реабилитационный потенциал у инвалидов вследствие СД

Прогноз по реабилитационному потенциалу		F_1:2	F_2:3
Тяжесть течения сахарного диабета	X1	24,732	19,962
Стадия заболевания	X2	23,805	20,365
Состояние кетоацидоза	X3	-7,804	-3,744
Пол	X4	613,883	636,215
Диабетическая нефропатия	X5	1,493	3,016
Лечение	X6	19,297	14,492
Функциональный класс	X7	118,904	115,421
динамика инвалидности	X8	166,454	179,999
	C	-723,021	-753,436

Диагностика вновь предъявляемого объекта  $\vec{b}$  проводилась по алгоритму:

$\vec{b} \in A_i$ , если  $F_i > F_j$ ,

т.е. необходимо подставлять 8 признаков объекта (человека) в уравнение F1 и F2

Если значение  $F1 > F2$ , то у данного больного прогнозировался средний РП, если  $F2 > F1$ , то, соответственно низкий РП.

$$F1 = 24,732 * x1 + 23,805 * x2 - 7,804 * x3 + 613,883 * x4 + 1,493 * x5 + 19,297 * x6 + 118,904 * x7 + 166,454 * x8 - 723,021$$

$$F2 = 19,962 * x1 + 20,365 * x2 - 3,744 * x3 + 636,215 * x4 + 3,016 * x5 + 14,492 * x6 + 115,421 * x7 + 179,999 * x8 - 753,436$$

С целью определения конкретные задач реабилитации, необходимо выделение однородных категорий больных —

клинико-реабилитационных групп (КРГ), реабилитация которых проводится по единой программе в одинаковые сроки и направлена на достижение однородных результатов.

Для выделения больных СД с различным реабилитационным потенциалом мы распределили реабилитантов на три основные группы: КРГ - 1, КРГ - 2, КРГ - 3:

- КРГ-1 - группа ранней реабилитации;
- КРГ-2 - группа реабилитации больных;
- КРГ-3 - группа реабилитации инвалидов.

В свою очередь в каждой группе дополнительно выделяются подгруппы.

К группе ранней реабилитации *КРГ-1* относятся больные в остром периоде заболевания с остро возникшими инвалидизирующими последствиями заболевания (*КРГ-1.1*), т.е. с впервые выявленным сахарным диабетом в состоянии кетоацидоза, а также больные с острыми осложнениями СД (комы). Такие больные подлежат проведению лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационара, а иногда и реанимационного отделения. Их реабилитация должна быть интегрирована в лечение острого состояния.

К *КРГ – 1.2* относится подгруппа больных с легким течением СД, характеризуется незначительно выраженными нарушениями гликемического контроля, полностью компенсируемыми изменением образа жизни, диеты, физической активности и заместительной терапией. Поражения органов мишеней носят незначительный, чаще функциональный характер. У больных отсутствуют ограничения жизнедеятельности. Их реабилитация проводится в условиях учреждений первичной медико-санитарной помощи. Реабилитационный потенциал таких больных высокий.

В *КРГ-2* относятся больные с проявлениями поздних осложнений СД. В КРГ 2 выделены 2 подгруппы:

*КРГ-2.1* - подгруппа больных с легко и умеренно выраженными последствиями СД в виде поздних осложнений (микро- и макроангиопатий) на ранних стадиях развития, с возможностью их регресса и коррекции при помощи медикаментозных средств, которые не влияют, или слегка ограничивают жизнедеятельность. РП таких больных чаще средний и может быть высоким.

*КРГ-2.2* - подгруппа больных с выраженными, стойкими осложнениями СД, которые приводят к функциональным нарушениям органов и систем организма, существенно ограничивающим жизнедеятельность и создающим реальную угрозу инвалидности, РП их средний или низкий.

*КРГ- 3* - формируется после признания больного инвалидом в отделе МСЭ. В зависимости от РП а, следовательно, и степени нарушения функций и ограничения жизнедеятельности, КРГ-3 подразделяется на три подгруппы:

*КРГ-3.1* - инвалиды с высоким РП, имеющих положительную установку на труд, адекватное отношение к болезни и лечению;

*КРГ-3.2* - инвалиды со средним РП, у которых предполагалось добиться лишь частичного восстановления нарушенных функций и преодоления ОЖД;

*КРГ-3.3* - составляют инвалиды с низким РП, имеющими выраженные нарушения, соответствующие ФКIII – ФКIV, которые давали возможность использования остаточной трудоспособности и восстановления навыков самообслуживания.

Применение методики прогнозирования реабилитационного потенциала у больных сахарным диабетом в практическом здравоохранении и экспертной практике, позволяет врачам

своевременно и целенаправленно начать реабилитацию больных СД, что будет способствовать профилактике инвалидности, а также интеграции инвалидов в общество.

#### ТҰЖЫРЫМ

Қант диабеті ауруларын оңалту процессінің технологиясы ауру білінгеннен бастап жүргізіледі. Қант диабеті салдарынан болған ауруларды оңалтудың ұсынылған жеке кешенді бағдарлама моделі мүгедектерді оңалтудың тиімділігін арттырады және олардың өмір-сүру жағдайларын жақсартады.

Тәжірбиелік денсаулық сақтау жүйесінде және сараптама тәжірбиесінде жүргізілген қант диабетінен болған аурулардың оңалту болжамдарының әдістемесін қолдану дәрігерлердің ҚД ауруларын уақытында және

мақсатты оңалтуды жүргізуіне себебін тигізеді, бұл мүгедектікті алдын – алу шараларын жүргізуге және мүгедектердің қоғамға кірігуіне ықпалын тигізеді.

#### SUMMARY

The technology of rehabilitation process allows to begin rehabilitation sick of a diabetes from the moment of disease revealing. The offered model of the complex individual program of rehabilitation of patients and invalids owing to a diabetes will raise efficiency of rehabilitation of invalids and will improve quality of their life. Application of a technique of forecasting of rehabilitation potential at sick of a diabetes in practical public health services and expert practice, allows doctors in due time and purposefully to begin rehabilitation of patients СД that will promote physical inability preventive maintenance, and also integration of invalids into a society.

---

## АНАЛИЗ РАСХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2003-2008 ГОДАХ

С.Х. Еламанова, К.К. Куракбаев

*Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

Обеспечение всеобщей доступности эффективных служб здравоохранения приемлемого качества рассматривается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как обязательное требование на современном этапе развития общества (1).

По данным исследований, проблема обеспечения доступности медицинской помощи населению республики вызывает особую озабоченность.

Так данные обследований по Казахстану, Кыргызстану и Таджикистану показывают, что необходимость оплачивать медицинское обслуживание накладывает существенное финансовое бремя на семьи и мешает обращению некоторых больных за медицинской помощью или откладывает его на более поздний срок.

Многим приходится делать выбор между краткосрочным физическим и финансовым благополучием, и многие отказываются от необходимой медицинской помощи из-за ожидаемых расходов (2).

**Цель исследования:** Изучение финансовых аспектов доступности медицинской помощи для населения Республики Казахстан.

**Материалы и методы:** Нами были проанализированы данные опроса 12000 домохозяйств по модулю «Здравоохранение», проведенного в 2003, в 2005 годах и 3000 домохозяйств в 2008 году Агентством Республики Казахстан по Статистике.

**Результаты:** По данным опроса установлено в 1,7 раз снизилось число пациентов производивших оплату при

обращения за медицинской помощью с 30,9 % (2003) до 17,5% (2008). Причем большинство респондентов производивших оплату в 2008 году, получили квитанцию об оплате за всю сумму (68,7%), 5,4% - только за часть суммы и 1/4 респондентов (25,9%) – не получили квитанцию.

В Республике Казахстан утвержден гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. В силу недостаточного финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, низкого уровня оплаты труда медицинских работников неофициальная оплата медицинских услуг имеет место в учреждениях здравоохранения.

В республиках Центральной Азии принято в знак благодарности делать подарки, так в 2003 году около 5,9% пациентов «делали подарки или оказывали услуги медицинскому работнику помимо (вместо) оплаты», однако в 2008 году отмечается незначительно увеличение до 8,5%.

Из-за высокой стоимости лекарств население не имеет достаточного доступа к лекарственным препаратам, а, следовательно, к получению более качественного и эффективного лечения.

Большинство населения приобретает «все назначенные врачом лекарства», и их доля остается стабильной и составляет 74,9% в 2003 году и 75,9% в 2008 году. Около 1/5 респондентов - смогла приобрести «только некоторые из них» - 23,5 % в 2003 году и 23,1% в 2008 году; также было отмечено, что 1,6 % (2003) и 1% (2008) - «не приобрели ни одного».

По-прежнему, основной причиной «не приобретения лекарств или их частичного приобретения» - явилась дороговизна лекарственных препаратов - 69,3% (2003) и 62,1% (2008). При этом каждый четвертый и пятый респондент (от 20,4% в 2003 году до 24,1% в 2008 году) - используют домашние средства (Таблица 1).

Таблица 1 - Причины не приобретения лекарств домашними хозяйствами (в процентах)

Причины	2003	2005	2008
Не смогли найти	5,3	6,1	4,6
Слишком дорого	69,3	66,6	62,1
Не захотели	3,5	6,2	6,3
Использовали домашние средства	20,4	20,1	24,1
Аптека слишком далеко	0,6	0,3	-
другое	0,9	0,7	2,9

В Республике Казахстан отдельные категории граждан имеют льготы при приобретении лекарственных препаратов. Так в 2008 году 5,4% респондентов имели льготы на приобретение лекарств (Таблица 2).

Большинство респондентов, имеющих право на приобретение льгот на лекарственные препараты, всегда используют льготы. Если в период с 2003 по

2005 годы доля их увеличилась с 80,1% до 86,5% , то в 2008 году снизилась до 73,7%.

Основными причинами не приобретения лекарств по льготам в 2008 году респондентами отмечено то, что «нет необходимых лекарств в наличии» (11,7%), причем эта проблема больше характерна для села (19,3%) в отличие от города (7,3%)

Положительная динамика наблюдается среди респондентов, которые «не могут себе позволить приобрести льготные лекарства», в два раза отмечается снижение с 4,5% (2003) до 2% (2008), причем в 2008 году городской показа-

тель (13,5%) превышал сельский - в 9 раз (1,5%).

В два раза увеличилась доля респондентов, «частично использующих льготы и другое», с 4,5% (2003) до 9,1% (2008).

Таблица 2 - Использование льгот на приобретение лекарств в 2008 году.

<b>в процентах</b>			
	Всего по республике	в том числе	
		городская местность	сельская местность
Всего ответивших	100,0	100,0	100,0
из них имеющие льготы на приобретение лекарств	5,4	7,1	3,8
в том числе Всегда используют эти льготы	73,7	73,4	74,1
Не могут оформить необходимые документы для получения льгот	0,7	0,6	1,0
Нет необходимых лекарств в наличии	11,7	7,3	19,3
Врачи не желают выписывать лекарства, на которые распространяются льготы	2,8	2,3	3,6
Не могут себе позволить приобрести льготные лекарства	2,0	2,9	0,5
Частично используют и другое	9,1	13,5	1,5

**Список использованной литературы:**

1. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. (ЕРБ ВОЗ) (2002). Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. Копенгаген.

Региональная публикация ВОЗ,

Европейская серия № 97.

2. Здравоохранение в Средней Азии. Реферат №3. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. 2002.

## ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ДОХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ НА ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ г.АЛМАТЫ

С.Х.Еламанова, К.К.Куракбаев

*Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

Системы бюджетного финансирования здравоохранения и обязательного медицинского страхования, предоставляющие гражданам право на бесплатное получение широкого спектра видов медицинской, профилактической, реабилитационной помощи, сталкиваются с проблемой обеспечения баланса между растущей стоимостью таких гарантий и источниками их финансирования (1).

В результате расширения разрыва между бюджетными ассигнованиями, выделяемыми на здравоохранение, и фактической стоимостью медицинских услуг на семью легло огромное бремя в виде, как официальной платы за лечение, так и скрытых или неофициальных платежей (2). Что в свою очередь приводит к снижению доступности медицинского обслуживания, особенно малообеспеченных слоев населения. В этой связи представляется актуальным вопрос экономической доступности услуг системы здравоохранения для широких слоев населения.

**Цель исследования:** изучение уровня дополнительных выплат населения при получении медицинской помощи для населения г.Алматы.

**Материалы и методы:** Нами были проанализированы данные социологического опроса 700 респондентов, находящихся на стационарном лечении в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в больницах г.Алматы в 2006 году.

**Результаты:** Для анализа оплаты медицинской помощи в зависимости от

уровня ежемесячного денежного дохода домохозяйств мы разделили домохозяйства на пять 20%-х доходных квинтильных групп, представленных в Таблице 1. При этом среднедушевой денежный доход респондентов за последний месяц составил 21 688 тенге.

Было установлено, что социальный статус респондентов и соответствующий уровень доходов имели следующую характеристику: среди самой низко-доходной квинтильной группы были больше представлены социально незащищенные слои населения - пенсионеры и безработные, тогда как в самой обеспеченной квинтильной группе преобладали служащие, самозанятые и предприниматели (Таб.1).

Для большинства (90,6%), опрошенных респондентов госпитализация была бесплатной, и только 9,4% опрошенных производили выплаты на момент поступления в больницу.

Среди них при поступлении в стационар 95,4% опрошенных производили оплату наличными, сумма варьировала от 200 до 26000 тенге и в среднем составила 2933 тенге.

Было отмечено, что доля производивших оплату в кассу больницы незначительно выше (53,8%), чем доля плативших у медперсонала (43,1%), 3,1% опрошенных отметили - «другое». Причем получили квитанцию об оплате – 43,8% респондентов, не получили квитанцию об оплате - 56,3%.

Таблица 1 - Связь социального статуса и доходов респондентов

Доходные группы	рабочий	служащий	пенсионер	студент	самозанятый предприниматель	безработный
До 7500 тенге (с самым низким доходом)	21,6%	23,0%	26,6%	2,9%	1,4%	24,5%
от 7500 до 12000 тенге	29,5%	27,3%	19,4%	4,3%	1,4%	18,0%
от 12001 до 16500 тенге	19,7%	43,2%	16,7%	1,5%	10,6%	8,3%
от 16501 до 26000 тенге	22,8%	40,3%	14,8%	5,4%	4,7%	12,1%
Свыше 26001 тенге (с самым высоким доходом)	17,9%	46,4%	5,0%	4,3%	20,0%	6,4%

Расходы в связи с пребыванием в больнице имели больше половины респондентов (56,7%). Общая сумма расходов респондентов в больнице варьировала от 100 до 100000 тенге и в среднем составила 5080 тенге.

Объемы различных видов затрат при пребывании в больнице значительно

дифференцированы. Следует отметить, что преобладающая часть расходов при пребывании в больнице в процентах от ежемесячного дохода домохозяйств, связана с расходами на медикаменты, включая лекарства от 36,4% в самой низкодоходной группе до 57,7% в самой обеспеченной группе (Таблица 2).

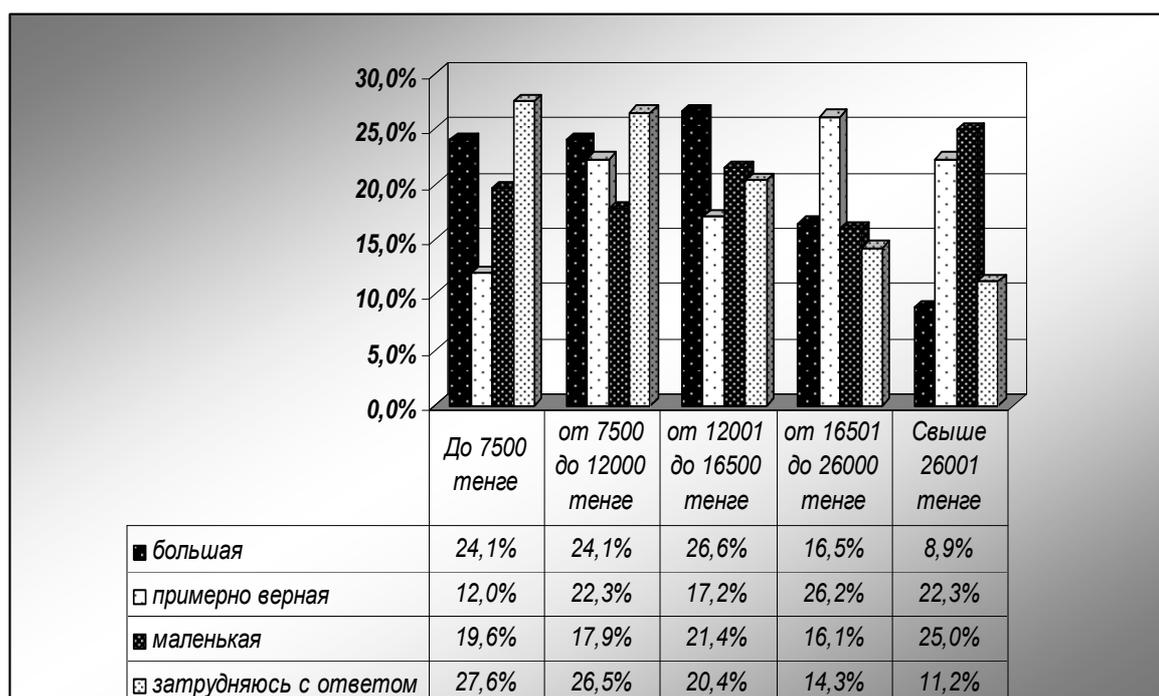
Таблица 2 - Расходы при пребывании в больнице

	В процентах от ежемесячного дохода респондентов					Средняя сумма по квинтильной группе на человека				
	До 7500 тенге	от 7500 до 12000 тенге	от 12001 до 16500 тенге	от 16501 до 26000 тенге	Свыше 26001 тенге	До 7500 тенге	от 7500 до 12000 тенге	от 12001 до 16500 тенге	от 16501 до 26000 тенге	Свыше 26001 тенге
пищевые продукты	20,6%	13,3%	11,7%	13,7%	5,4%	1 800	2 986	3 387	5 560	3 494
медикаменты, включая лекарства	36,4%	24,1%	43,2%	51,1%	57,7%	3 080	4 399	9 631	16 540	16 100
расходные материалы	3,8%	3,6%	3,7%	5,3%	2,9%	1 067	1 418	2 959	4 673	2 393
другие предметы	4,9%	0,8%	9,6%	2,5%	2,8%	2 067	652	7 609	4 083	6 540

Оценка сумма, выплаченной во время пребывания в больнице в разрезе квинтильных групп по уровню дохода, по мнению респондентов, была представлена следующим образом: каждый четвертый респондент первых трех квинтильных

доходных групп отметил, что выплаченная сумма - является «большой», среди респондентов пятой квинтильной группы данный ответ - встречался реже всех (Рисунок 1).

Рисунок 1 - Оценка респондентами величины суммы, выплаченной во время пребывания в больнице



**Заключение:** На основании вышеизложенного можно заключить, что практика оплаты населением медицинских услуг в рамках оказания Гарантированного Объема бесплатной медицинской помощи является достаточно широко распространенной.

Судя по затратам населения на медицинские услуги, рассчитанным в процентах от доходов респондентов за последний месяц, можно отметить, что расходы на услуги здравоохранения больше в самой низкообеспеченной квинтильной группе по доходу, и самые низкие – в высшей доходной группе.

Однако результаты анкетирования показали более высокий уровень расходов домохозяйств на лекарства, включая медикаменты у наиболее обеспеченных групп респондентов (в процентах от ежемесячного дохода домохозяйств), что, по-видимому, объясняется следующими причинами:

- при ответах на вопросы по общему бюджету домохозяйств респонденты могут занижать свои собственные реальные доходы, особенно это касается наиболее обеспеченных групп населения, может наблюдаться «сокрытие доходов»
- в целом респонденты могут «не пом-

нить, забыть» информацию о дополнительных источниках доходов, произведенных ими затратах, и поэтому часть доходов и расходов не находит отображения в анкете респондента.

- наиболее обеспеченные слои населения имеют больше финансовых возможностей на оплату медицинских услуг, в том числе на покупку лекарственных препаратов.

#### Список использованной литературы:

1. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. /Ред. (2000). Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. М.: Гэотар Медицина.
2. Lewis, M. 2002. Informal Health payments in Eastern Europe and Central Asia: issues, trends and policy implications, in: E.Mossialos, A.Dixon, J.Figueras and J.Kutzin. Funding health care: Options for Europe. Buckingham: Open University press.

## ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.К. Мусаханова, Ж.Б. Базарбек, З.Ж. Абдильдина, О.В. Шишкина.

*Государственный медицинский университет г. Семей*

*Городское бюро медицинской статистики*

Оценка характера демографической ситуации, будь то процессы смертности, рождаемости или какие-либо иные непрерывные процессы, является многосложной проблемой, имеющей социальное, медицинское и экономическое значение [1]. Население и тенденции его развития влияют на общественный прогресс, а демографический фактор является одной из важнейших предпосылок развития общества и носителем общественных связей [2].

Для человеческого общества, как и для иных биологических сообществ, наиболее важными характеристиками, отражающими стабильность и устойчивость во взаимодействии организма и среды его обитания, являются такие параметры, как выживаемость, фертильность, продолжительность жизни. Демографические характеристики существенно зависят от влияния факторов окружающей среды на организм человека, и вместе с тем демографическая структура и сама

оказывает воздействие на общепопуляционные параметры адаптации [3].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей демографической ситуации в Восточно-Казахстанской области за десятилетний период с 1999 по 2009 годы. Также нами были рассмотрены основные демографические процессы города Семей относительно областных и республиканских показателей. Исследование демографических показателей осуществлялось по материалам Агентства по статистике Республики Казахстан и данных Городского бюро медицинской статистики г. Семей.

Изучение статистических данных по численности населения показало, что за десятилетний период население Восточно-Казахстанской области уменьшилось на 107.3 тысяч человек и составляет в 2009 году 1418.3 тысяч человек, а убыль за десятилетний период составила 7 %, тогда как республиканский показатель возрос на 6,7 % (таблица 1). При этом

наблюдается убыль городского населения на 4.4 %.

К 2009 году в области численность женского населения ещё более стала преобладать над численностью мужчин и к 2009 году на 1000 женщин приходится 902 мужчины против 919 мужчин в 1999 году. В среднем по Казахстану этот показатель не изменился за 10 лет (в 2009 году на 1000 женщин приходится 928

мужчин против 929.5 в 1999 году). Также, в Восточно-Казахстанской области количество браков за 10 лет увеличилось на 2,9 на 1000 населения и составляет на конец 2009 года 8.3 ‰, а количество разводов увеличилось на 0,8 на 1000 населения и составляет на конец 2009 года 3.0 ‰, что не сильно отличается от показателей по республике (8.84 и 2.48 ‰ соответственно).

Таблица 1. Динамика демографических показателей Восточно-Казахстанской области за 10-летний период

Показатель	По ВКО			По РК			Темп прироста (за 10 лет)	
	1999	2004	2009	1999	2004	2009	По ВКО	По РК
Все население (тыс. чел.)	1525.6	1448.7	1418.3	14927.0	15012.7	15924.9	- 7.0	+ 6.7
Мужчины (тыс. чел.)	730.5	685.6	672.8	7190.8	7256.7	7663.8	- 7.9	+ 6.6
Женщины (тыс. чел.)	795.1	756.4	745.5	7736.1	7817.5	8261.2	- 6.2	+ 6.8
Возраст 0-14 лет (тыс. чел.)	436.3	291.4	276.8	4269.2	3699.6	3860.8	- 36.6	- 9.6
% городского населения	58.7	59.2	54.3	55.9	57.0	53.5	- 4.4	- 2.4
Количество браков в ‰	5.4	7.13	8.3	5.75	7.64	8.84	+ 2.9	+ 3.09
Количество разводов в ‰	2.2	2.68	3.0	1.7	2.1	2.48	+ 0.8	+ 0.78
Рождаемость в ‰	10.8	13.39	16.76	14.0	18.19	22.45	+ 5.96	+ 8.45
Смертность в ‰	12.0	12.7	11.72	9.7	10.14	8.97	- 0.28	- 0.73
Естественный прирост в ‰	-1.2	0.69	5.04	4.3	8.05	13.48	+ 6.24	+ 9.18

Данные о рождаемости и смертности и показатель естественного прироста имеют большое значение в оценке здоровья населения. Если в 1999 году естественный прирост был отрицательным, то к 2004 году он составил 0,69 на 1000 населения и к 2009 году он вырос до 5,04 ‰ в основном за счет рождаемости, которая возросла почти на 6 ‰, что также отражено в таблице 1. Показатель рождаемости на 5,7 ‰ ниже республиканского показателя.

Следует заметить, что смертность в ВКО за все 10 лет значительно превышает среднереспубликанский показатель (на 2,3 ‰ в 1999 году, на 2,56 ‰ в 2004 году и в 2009 году он превышает на 2,75 ‰). Динамика смертности такова, что в 1999 году этот показатель составлял 12 ‰, к 2004 году он увеличился на 0,7 ‰, а к 2009 году снизился до 11,72 ‰. Кроме этого, сохраняется внутриобластная территориальная дифференциация смертности (данные 2007 года). Максимальный её уровень отмечен в промышленных

регионах от 18,99 до 23,82 %, минимальный в аграрных районах (от 7,24 до 8,88 %). По шкале убывания уровня смертности город Усть-Каменогорск в 2007 году занимал в области шестое место, Семей - девятое.

Сложившийся уровень смертности населения, на который по многочисленным научным данным повлияли такие факторы, как последствия радиационного воздействия СИЯП, вредные выбросы промышленных предприятий, природно-климатические условия, социальные и поведенческие факторы риска,

обусловил низкую ожидаемую продолжительность жизни населения в Восточно-Казахстанской области [4, 5, 6]. Этот показатель в 2009 году стал самым низким (относительно других регионов Казахстана) и составил в 67,22.

Таким образом, к 2009 году показатель естественного прироста по ВКО (5.04 %) стал ниже показателя естественного прироста по РК (13.48 %) в 2,67 раза, а десятилетний темп прироста ниже республиканского почти в 1,5 раза (рисунок 1).

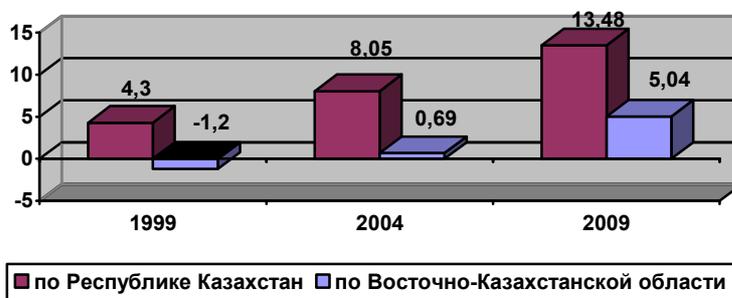


Рисунок 1. Динамика естественного прироста по ВКО и РК за 1999, 2004 и 2009 годы

В таблице 2 отображены данные по численности населения и темп ежегодного прироста в % города Семей, Восточно-Казахстанской области и Республики Казахстан за десятилетний период с 1999 по 2009 годы. Анализ данных показал, что, несмотря на то, что в Восточно-Казахстанской области за десятилетний период наблюдалась убыль населения на 7 %, в городе Семей темп прироста за весь период был положительным и составил за десять лет 10 %. Темп прироста по Казахстану также возрос и составил 6,7 %.

Естественный прирост по городу Семей также имеет тенденцию к

улучшению (таблица 3). Если в 2000 году рождаемость в г.Семей была 12,03 ‰, то к 2009 году она, постепенно повышаясь, составила 19,5 на 1000 населения, что превышает областной показатель (16.76 ‰) на 2.74 и меньше среднереспубликанского (22.45 ‰) на 2.95. Показатель смертности в городе Семей также имеет тенденцию к снижению и за десятилетний период снизился с 12,67 до 10,6 на 1000 населения. Таким образом, всё это привело к положительной динамике естественного прироста, который увеличился за период с 2000 по 2009 годы на 9,5 ‰.

Таблица 2. Численность населения города Семей на 1999-2009 годы

	Данные по г. Семей		Данные по ВКО		Данные по РК	
	В абс. цифрах (тыс.чел)	Темп прироста (в %)	В абс. цифрах (тыс.чел)	Темп прироста (в %)	В абс. цифрах (тыс.чел)	Темп прироста (в %)
1999	-	-	1525.6	-	14927.0	-
2000	293.5	-	1511.6	-0.9	14869.1	-0.4
2001	293.5	0	1493.6	-1.2	14831.4	-0.3
2002	295.3	+0.6	1474.2	-1.3	14854.2	+0.2
2003	296.9	+0.5	1460.7	-0.9	14909.0	+0.4
2004	301.3	+1.5	1448.7	-0.8	15012.7	+0.7
2005	302.5	+0.4	1436.7	-0.8	15147.0	+0.9
2006	305.5	+1.0	1427.8	-0.5	15308.1	+1.1
2007	306.5	+0.3	1421.0	-0.5	15484.2	+1.2
2008	312.8	+2.0	1417.6	-0.2	15674.0	+1.2
2009	322.6	+3.1	1418.3	+0.05	15924.9	+1.6

Таблица 3. Демографические показатели по городу Семей с 2000 по 2009 годы

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Рождаемость (в ‰)	12,03	11,85	12,99	13,7	15,55	15,53	17,59	17,85	20,7	19,5
Смертность (в ‰)	12,67	11,91	12,1	12,34	12,33	12,2	12,31	12,12	11,0	10,6
Естественный прирост (в ‰)	-0,6	-0,06	0,9	1,4	3,2	3,33	5,28	5,73	9,7	8,9

Проанализировав статистические данные по демографической ситуации в Восточно-Казахстанской области за период с 1999 по 2009 годы, мы пришли к следующим выводам:

1. За десятилетний период население Восточно-Казахстанской области уменьшилось на 107.3 тысяч человек, а убыль за десятилетний период составила 7 %, тогда как республиканский показатель возрос на 6,7 %. К 2009 году на 1000 женщин приходится 902 мужчины против 919 мужчин в 1999 году.
2. К 2009 году показатель естественного прироста по ВКО (5.04 ‰) стал ниже показателя естественного прироста по РК (13.48 ‰) в 2,67 раза, а десятилетний темп прироста ниже республиканского почти в 1,5 раза.
3. В городе Семей темп прироста населения за период с 2000 по 2009 годы был положительным и составил за десять

лет 10 %. Кроме этого, в городе Семей наблюдается положительная динамика естественного прироста, который увеличился за период с 2000 по 2009 годы на 9,5 ‰.

4. Мы считаем, что рост показателя рождаемости можно объяснить улучшением социально-экономической ситуации, а также особенностями репродуктивного поведения коренного населения. Но этот показатель по области на 5,7 ‰ ниже республиканского показателя, так как в Восточно-Казахстанской области доля коренного населения ниже, чем в других регионах Казахстана.
5. Сложившийся уровень смертности населения по Восточно-Казахстанской области, низкая рождаемость и такие факторы, как последствия радиационного воздействия СЯП, вредные выбросы промышленных предприятий, природно-климатические условия, социальные и

поведенческие факторы риска, обусловили низкую ожидаемую продолжительность жизни населения в Восточно-Казахстанской области, которая составила 67,22 года в 2009 году, став самой низкой относительно других регионов Казахстана.

**Список использованной литературы:**

1. Курбанова Н.К., Аимбетова Г.Е., Слажнева Т.И. Особенности процессов воспроизводства населения в Западно-Казахстанской области // Материалы III съезда врачей и провизоров РК. 1 том, часть 1. – С. 247-249.
2. Аканов А.А., Альжанова А.К., Шамсутдинова А.Г., Слажнева Т.И., Корчевский А.А., Исина З.Б., Курбанова Н.К. Медико-демографическая ситуация в Казахстане: состояние, проблемы и перспективы. – Алматы, 2004. – 126 с.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Изменить ход истории. – Женева, ВОЗ. – 2004.
4. Огиу Т., Мусаханова А.К., Кобаяси С., Кусуми С., Ковзель Е.Ф., Секербаев А.Х., Аоки Й., Куракина Н.Н. Эпидемиологическое исследование влияния радиации на здоровье жителей Семипалатинского региона // Journal of Central Asian Health Service Research. – Алматы. – 2008. – Volume 7, № 1. – С.11-18.
5. Рахыпбеков Т.К., Мусаханова А.К., Базарбек Ж.Б., Рахимжанова Ф.С., Белеуханова К.С., Окбенова А.М. Оценка рисков смертности и заболеваемости сельских жителей, подвергавшихся радиационному воздействию на СИЯП // Денсаулық сақтауды дамыту журналы. – Астана. – 2010. - № 1

6. Султанбеков З.К., Намазбаева З.И., Мусина А.А., Абдрашева Б.М. Экологическое общественное здоровье – составляющая устойчивого развития Восточного региона // Материалы V международной научно-практической конференции «ЭКОЛОГИЯ. РАДИАЦИЯ. ЗДОРОВЬЕ», посвященной 20-летию прекращения ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне 29 августа 2009 г. – Семей. – 2009. – С. 43.

**ТҰЖЫРЫМ**

Шығыс - Қазақстан облысының демографиялық көрсеткіштердің талдауы бойынша он жыл арасында халық саны 7 пайызға төмендеген және 1000 әйелге 902 еркек келеді. 2009 жылы Шығыс - Қазақстан облысының табиғи өсім көрсеткіші 5.04 ‰ болып қазақстандық табиғи өсім көрсеткішінен (13.48‰) 2,67 есе төмен, ал он жыл арасында өсу екпіні республикалық көрсеткішінен 1,5 есе төмен. Шығыс - Қазақстан облысының өлім көрсеткішінің жоғары дәрежесі және туу көрсеткішінің аласа көбеюшілігі шығыс - қазақстандық халықтың өмір күтілетін ұзақтығын аласа ескертті және Қазақстанның басқа аймақтарымен салыстырғанда бұл 2009 жылы ең аласа болып 67,22 жыл көрсетті.

**SUMMARY**

Analysis of the demographic situation of the population of the Eastern Kazakhstan showed that the population decline during the 10 years was 7% and for 1000 women accounted for 902 men. By 2009, the rate of natural increase for Eastern Kazakhstan (5.04 ‰) was lower than the natural increase in the Kazakhstan (13.48 ‰) to 2.67-fold, and ten-year rate of growth below the national almost 1.5 times. High mortality and low fertility of the population on the Eastern Kazakhstan resulted in lower life expectancy of the population in the Eastern Kazakhstan, which amounted to 67.22 years in 2009, becoming the lowest relative to other regions of Kazakhstan.

**АНАЛИЗ УЛИЧНОГО ТРАВМАТИЗМА СРЕДИ ДЕТЕЙ 7 – 14 ЛЕТ****в г.АЛМАТЫ, за 2009 год****Мукашева М.Г.***Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

Травматизм – причина наибольшей доли (16%) суммарной тяжести болезней, выраженный в потере активных лет жизни (DALY). По расчетам ВОЗ за 1998 год, это больше чем сердечно – сосудистые заболевания (10%), нейropsychические (10%) и новообразования (5%).[ 1]

Каждый день в мире в результате несчастных случаев погибает 2270 детей, это 830 000 детских смертей в год, еще несколько десятков миллионов детей попадают в больницы с травмами различной степени тяжести.[2]

Главной причиной смерти среди детей в возрасте 5-19 лет являются непреднамеренные травмы. В 2004 г. от непреднамеренных травм в Европейском регионе ВОЗ погибли 42000 детей и подростков в возрасте от 0 до 19 лет. Однако последствия травматизма намного шире и выражаются миллионами госпитализированных больных и обращений в отделения неотложной помощи. Но несмотря на то, что травматизм является одним из ведущих факторов, обуславливающих бремя болезней, и причиной значительного истощения ресурсов здравоохранения и всего общества, в большинстве стран он до недавнего времени не был объектом первоочередных мер.[2]

Самой травмированной группой среди детского населения республики является возрастная группа 11-14 лет (средний школьный возраст), на эту группу приходится пик травм. Школьники в возрасте 11-14 лет получают до 80% школьных и уличных травм.[3]

**Методы:**

В качестве объекта исследования выступает детское население в возрасте 7-14 лет, находившееся на стационарном лечении по причине уличного травма-

тизма в Детской городской клинической больнице №1 города Алматы в 2009 г.

Единицей наблюдения является случай госпитализации ребенка в возрасте 7-14 лет в отделение травматологии ДГКБ №1 в 2009 г. по причине уличного травматизма. В качестве источника информации использовалась медицинская карта стационарного больного (форма 003-у).

Было проведено сплошное ретроспективное исследование. Всего изучено 690 единиц информации (количество всех пролеченных в ДГКБ №1 детей в возрасте 7-14 лет по причине уличного травматизма в 2009 г.).

Для ввода и обработки данных использовались программы MS ACCESS и SPSS версии 15.0. Размер выборки составил 690 карт.

**Результаты:**

Анализ уличного травматизма по городу Алматы за 2009 год, по гендерной принадлежности показал, что распространенность травм значительно превышена среди мальчиков - 73,2%, чем аналогичный показатель у девочек – 26,8% (рисунок 1). Это объясняется большей любознательностью мальчиков, желанием быть самостоятельными и склонностью к рискованному поведению. Также мальчики более физически активны: чаще занимаются спортом, чаще вовлекаются в конфликты в среде сверстников и в связи с этим в большей степени подвержены риску травмирования.

Мальчики и девочки одного возраста по-разному реагируют на факторы окружения. Мальчики реагируют на негативное изменение факторов окружения преимущественно формирова-

нием поведенческих факторов риска, а девочки ростом психологического стресса.

Таблица 2. Распределение детей 7-14 лет по возрасту, госпитализированных по поводу уличного травматизма в ДГКБ № 1, г.Алматы, за 2009г.

возраст	абс.	%
7 лет	81	11,7
8 лет	73	10,6
9 лет	81	11,7
10 лет	87	12,6
11 лет	73	10,6
12 лет	106	15,4
13 лет	93	13,5
14 лет	96	13,9
всего	690	100

По данным НИИ травматологии и ортопедии МЗ РК, в 2006 году у детей в возрасте до 3 лет практически все случаи госпитализации связаны с бытовыми травмами. Уличный травматизм отмечается чаще всего в возрасте 10-12 лет (54,5 на 100 обследованных данного возраста), 13 лет и старше (50 на 100 обследованных), и 7-9 лет -22,5 соответственно.

Нами установлено, что распространенность уличного травматизма в ДГКБ № 1, г.Алматы, за 2009г, среди обоих полов наиболее максимальна в возрасте 12-13 лет – 15,4%. Наименьшие показатели отмечены в возрасте 8-9 лет и 11-12 лет с одинаковым процентным соотношением равным – 10,6% (рисунок 2).

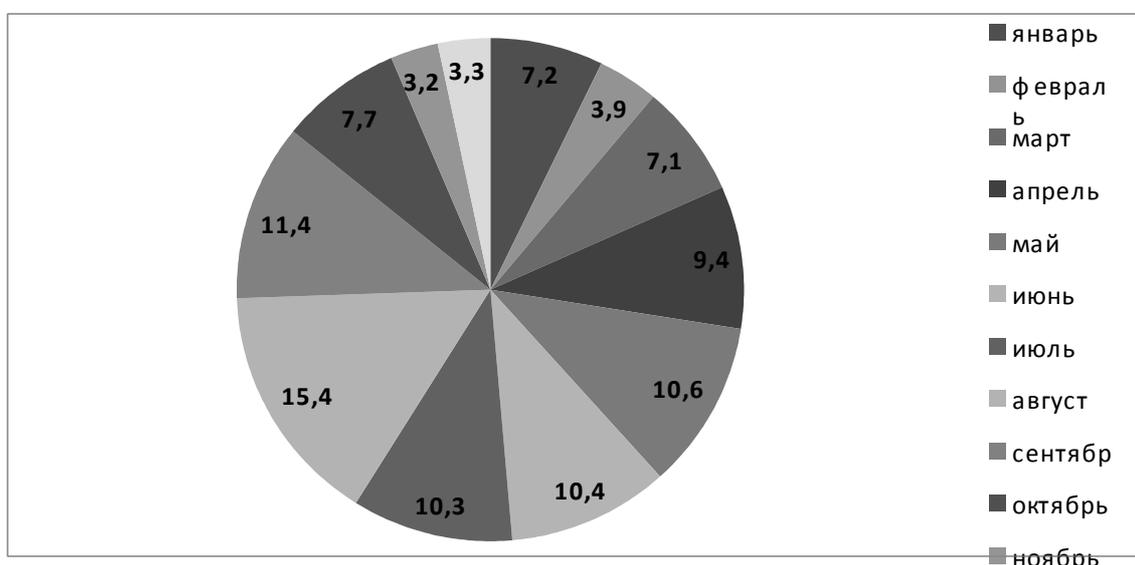


Рисунок 2. Распределение детей 7-14 лет, госпитализированных по поводу уличного травматизма в ДГКБ № 1, г.Алматы, за 2009г. по месяцам.

Для врачей и полицейских конца лета – период напряженной работы, ведь именно в это время больше всего аварий с участием детей.

По полученным данным при распределении уличного травматизма среди детского населения, по месяцам на рисунке 2, высокие показатели в Августе – 15,4%.

Можно предположить, что в этот период дети на каникулах и многие возвращаются с лагеря, родители за это время привыкают к их отсутствию, соответственно, снижается бдительность и внимательное отношение родителей. Либо ребенок находится у родственников, где проводит каникулы и где, в большей степени предоставлены сами себе, то есть, снова ребенок остается без внимания взрослых. На втором месте расположился Сентябрь – 11,4%. В Сентябре дети и подростки возвращаются после летнего отдыха, успев отвыкнуть от интенсивного движения транспорта на дорогах. На третьем месте Май, на последнем месте отмечен Ноябрь – 3,2%.

Самыми травмоопасными днями для детей 7-14 лет, госпитализированных по поводу уличного травматизма в ДГКБ № 1, г.Алматы, за 2009г., стали: суббота (18,7% детей получили травмы в этот день недели); воскресенье (16,5%); понедельник (16,4%); четверг (14,3%). Среда, пятница и вторник менее травмоопасны. В эти дни получили травмы соответственно 12,6%; 11,9%; 9,6% детей.

Распределение госпитализированного детского населения по поводу уличных травм показывает, что в целом за 2009 год, в городе Алматы, произошло травм на улице - 72,3%, во дворе дома было выявлено 15,7%, на третьем месте нашего исследования мы видим пешеходный переход 2,9%; на игровой площадке травмировались – 2,5%; одинаковые показатели при переходе проезжей части в неполюженном месте, при ДТП на трассе, в салоне автобуса (рисунок 6). Приведенные данные свидетельствуют о некачественной обустроенности дворов, ведь ребенок

проводит большее время на улице, а именно дети от 7 до 14 лет во дворе дома. К сожалению во многих дворах г. Алматы вообще отсутствуют игровые площадки, либо они в очень плачевном состоянии. Особую тревогу вызывает, то что местом получения травмы является пешеходный переход, то есть дорожно – транспортное происшествие произошло по вине водителей, обнажается не менее глобальная проблема - преступная безответственность и элементарная безграмотность взрослых участников дорожного движения.

Среди обратившихся в ДГКБ №1, г.Алматы за 2009 г. по локализации 79,0% случаев травм приходится на верхние конечности, 21,0% случаев травм приходится на нижние конечности и частота встречаемости более ниже приходится на локализацию травмы в области спины 0,3% (рисунок 16).

Результаты исходов стационарного лечения вследствие травм таковы: благоприятный – 96,7%, сомнительный исход – 3%, неблагоприятный – 0,3%.

#### **Выводы:**

Борьба с травматизмом является одной из важнейших задач здравоохранения. Решение этой задачи должно осуществляться комплексно: профилактика, организация профилактической помощи и квалифицированное лечение повреждений - все эти стороны общей проблемы борьбы с травматизмом должны быть в центре внимания всех врачей и общественности. Особое значение в этой проблеме имеют работы по снижению транспортного травматизма.

#### **Список использованной литературы:**

1. Baker S.P. County mapping of injury mortality.// Trauma, 1998.-Vol.28.-№6.-P.741.
2. ВОЗ. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе.- Италия, 2009.

3. Султанбаева С.Н. Гигиеническая профилактика: оценка детского травматизма на современном этапе и меры его профилактики: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2009. – 24с.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И ЛИЦ, НЕ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ, ПО ВОПРОСАМ, СВЯЗАННЫМ С СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ И ИНТЕРЕСОМ К МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Ошибаева А.Е.

Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы

**Актуальность:** Воспитание общественного сознания в отношении здоровья не только как личного достояния, но и как достояния общества, тесно связано с вопросами предоставления соответствующей информации населению, а также гигиенического воспитания и пропаганды здорового образа жизни. /Н.Г. Андреева, И.В. Цыплакова, 1990/.

Достаточно часто информирование о нормативных правовых актах отрасли и небезопасном для здоровья или рискованном поведении осуществляется в условиях медицинских учреждений. Однако, целевой аудиторией данных материалов являются только пациенты лечебных учреждений, то есть уже заболевшие люди (О.П.Щепкин, В.А.Медик, 2010).

**Цель:** Изучить и сравнить информированность двух групп населения по вопросам, связанным с состоянием здоровья и интересом к медицинской информации.

**Материалы и методы:** В статье использованы материалы социологического опроса населения г. Алматы о собственном здоровье, о заболеваниях и мерах их профилактики, а также об источниках получения этой информации, проведен-

ного в 2006 г. Выборка составила 3046 человек, в возрастной категории от 14 лет и старше, из них 1943 человек это выборка лиц, не получающих на момент опроса лечение в амбулаторно-поликлиническом или стационарном учреждении, а 1103 человека, это выборка из лиц, которые на момент опроса находились на лечении в медицинском учреждении.

**Результаты:** Среди пациентов оценили состояние своего здоровья как «хорошее» 31±1,4%, как «удовлетворительное» 46±1,5%, как «хуже чем удовлетворительное» 13±1,0%, а как «плохое» 10±0,9% респондентов. Среди лиц, не находящихся на лечении, как «хорошее» оценили свое здоровье 52±1,1%, как «удовлетворительное» 39±1,1%, как «хуже чем удовлетворительное» 6±0,5%, а как «плохое» 3±0,4% респондентов. Т.е., пациенты наиболее часто определяли свое здоровье как «удовлетворительное», когда респонденты, не находившиеся на лечении, определяли чаще свое здоровье как «хорошее». В основном оценивали свое здоровье как «хорошее» в обеих группах респондентов лица из категории образования «начальное», что объясняется

превалированием в этой категории лиц в возрасте от 14 до 18 лет. Среди лиц, находящихся на стационарном лечении, почти в 2 раза больше мужчин оценивали свое здоровье как «плохое» ( $13 \pm 1,4\%$ ), по сравнению с женщинами ( $7 \pm 1,1\%$ ). Хотя среди лиц, не находящихся на лечении этот процент одинаков ( $3 \pm 0,6\%$  в обеих группах). Все вышеперечисленное, вероятно связано с тем, что респонденты на момент опроса являлись пациентами медицинских учреждений.

Если исходить из социального статуса респондентов, то чаще состояние своего здоровья оценивали как «плохое» пенсионеры ( $50 \pm 5,9\%$  мужчин и  $43 \pm 7,8\%$  женщин, среди пациентов и  $62 \pm 9,0\%$  мужчин и  $63 \pm 8,2\%$  женщин, среди лиц, не получавших лечение на момент опроса), а как «хорошее» учащиеся ( $35 \pm 3,5\%$  мужчин и  $35 \pm 3,9\%$  женщин среди пациентов и  $21 \pm 1,8\%$  мужчин и  $38 \pm 2,2\%$  женщин, среди лиц, не получавших лечение на момент опроса).

Оценивая заболевания, которые имели респонденты, мы получаем следующую картину: у лиц, находящихся на стационарном лечении на первом месте находятся заболевания сердечно-сосудистой системы  $48 \pm 1,5\%$ , на втором месте заболевания органов дыхания  $44 \pm 1,5\%$ , на третьем заболевания мочеполовой системы  $39 \pm 1,5\%$  и на четвертом заболевания пищеварительной системы  $36 \pm 1,5\%$ , причем эти заболевания встречались преимущественно в возрастных группах старше 40 лет.

Среди лиц, не получающих на момент опроса лечение в медицинской организации, на первом месте по распространенности заболеваний находятся болезни пищеварительной системы  $31 \pm 1,0\%$ , на втором месте болезни органов дыхания  $25 \pm 1,0\%$ , на третьем заболевания сердечнососудистой системы  $23 \pm 1,0\%$ , на четвертом мочеполовой системы  $21 \pm 0,9\%$ . Существует тенденция

увеличения распространенности заболеваний с увеличением возраста респондентов, но она не такая четкая, как среди лиц, находившихся на лечении.

В группе лиц, находившихся на лечении, доля респондентов, которым не интересна информация о здоровье, значительна меньше, чем в группе, не получавших помощь на момент опроса ( $12,6\%$  и  $19,8\%$  соответственно). Тогда как лиц, которым очень интересна информация о здоровье, больше почти в 2 раза ( $44,7\%$  и  $24,9\%$  соответственно).

Если анализировать данные по половозрастным категориям, то среди лиц, находившихся на лечении, информация о здоровье не интересна респондентам 40-49 лет в женской группе ( $40 \pm 7,1\%$ ) и респондентам 30-39 лет в мужской группе ( $33 \pm 4,9\%$ ). Среди лиц, не получавших лечение, информация о здоровье не интересна также респондентам 30-39 лет в мужской группе ( $27 \pm 2,8\%$ ) и респондентам старше 60 лет в женской группе ( $31 \pm 3,9\%$ ).

Если же оценить уровень интереса респондентов к информации о здоровье по социальным критериям, то мы видим следующее: среди лиц, находившихся на лечении, информация о здоровье очень интересна респондентам в группе учащихся ( $17 \pm 1,7\%$ ) и респондентам в группе пенсионеры ( $25 \pm 2,0\%$ ). Среди лиц, не получавших лечение, информация о здоровье очень интересна также респондентам в группе учащихся ( $31 \pm 2,1\%$ ) и респондентам в группе госслужащих ( $21 \pm 1,8\%$ ). Не интересна информация о здоровье среди лиц, находившихся на лечении, группе рабочие ( $19 \pm 3,3\%$ ), и среди лиц, не получавших лечение, группам пенсионеры ( $21 \pm 2,1\%$ ) и служащие ( $20 \pm 2,0\%$ ).

Оценивая информацию, наиболее интересующую респондентов по вопросам здоровья и профилактике заболеваний мы выяснили следующее: что среди лиц,

находившихся на лечении, наиболее востребованной является информация о правильном питании ( $49\pm 1,5\%$ ), профилактике заболеваний ( $48\pm 1,5\%$ ) и правильном применении методов лечения ( $48\pm 1,5\%$ ). Такая же картина складывается и среди лиц, не получавших лечение, на первом месте находится информация о правильном применении методов лечения ( $43\pm 1,1\%$ ), на втором о правильном питании ( $40\pm 1,1\%$ ), и на третьем о профилактике заболеваний ( $32\pm 1,1\%$ ).

При оценке источников информации о здоровье для респондентов мы получили следующие данные: наиболее часто как источник информации о здоровье респонденты определяли лечащего врача, как среди лиц, находящихся на лечении ( $88\pm 1,4\%$ ), так и среди лиц, не получавших лечение ( $60\pm 1,1\%$ ). На втором месте по частоте упоминания для лиц, находившихся на стационарном лечении, находится телевидение ( $35\pm 2,1\%$ ), на третьем и четвертом газеты/журналы ( $34\pm 2,1\%$ ) и медицинская сестра ( $34\pm 2,0\%$ ) соответственно. Реже всего как источник информации о здоровье упоминалось радио ( $22\pm 1,8\%$ ). Среди лиц, не получавших лечение, картина примерно схожа: на втором месте телевидение ( $30\pm 1,0\%$ ), на третьем родственники ( $24\pm 1,0\%$ ), медицинская сестра находится на четвертом

месте ( $21\pm 0,9\%$ ). Радио также упоминается реже всего ( $9\pm 0,6\%$ ).

**Выводы:** С увеличением возраста оценка самочувствия с хорошего сдвигается в сторону плохого. Мужчины поступают в стационар с более худшим состоянием здоровья, чем женщины. Среди лиц, не получавших лечение на момент опроса, существует группа (примерно 10%), которым не интересна информация о здоровье. Тогда как лиц, которым очень интересна информация о здоровье, среди пациентов больше почти в 2 раза.

Среди лиц, находившихся на лечении, вопросы профилактики заболеваний ( $48\pm 1,5\%$ ) более актуальны, чем среди лиц, не получавших лечение ( $32\pm 1,1\%$ ). Старшее поколение интересуется информация о правильном питании, лечении и значимость контроля уровня артериального давления, когда же молодое поколения больше интересуется здоровой физической активностью и контрацепцией. Однако информация о вреде курения, алкоголя, проблемы наркомании, интересует население в меньшей степени.

Лица, не получавшие лечение на момент опроса, значительно реже используют непрофессиональные источники информации, как источники медицинской информации, по сравнению с пациентами.

---

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ К.И. САТПАЕВА И КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

**Файзуллина К.М., Файзуллин М.А.**

*Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

Формирование здорового поколения казахстанцев, наряду с обучением,

является одной из актуальнейших и важнейших задач современного вуз-

овского образования. В Государственной программе развития здравоохранения РК на 2011-2015 г.г., особое внимание уделено одному из главных направлений – предупреждению заболеваний и стимулированию здорового образа жизни казахстанцев.

Распространенность хирургической патологии среди студентов изучена недостаточно, поэтому проведение данного исследования, а также разработка рекомендаций по снижению данной патологии среди студентов расширят возможности совершенствования организации медицинской помощи студентам.

Исследование проведено на базе студенческой поликлиники г.Алматы. Исследовали хирургическую патологию среди студентов с 1 по последний курс обучения Казахского Национального Технического Университета имени К.И. Сатпаева (КазНТУ) и Казахского Национального Медицинского Университета имени С.Д. Асфендиярова (КазНМУ). Хирургическая заболеваемость изучалась по обращаемости и по данным медицинского осмотра за 3 года (2007 г., 2008г., 2009 г.).

В ходе исследования использованы следующие методы:

1) выкопировка данных за 2007 – 2009 годы из медицинской карты амбулаторного больного (форма 025-у), статистической карты амбулаторного пациента (форма № 025-05у), контрольной карты диспансерного наблюдения (ф.030/У), а также данных государственной статистической отчетности, данных о числе студентов по курсам в разрезе вузов.

2) статистическая обработка материала выполнена с использованием программного обеспечения Microsoft Office XP (MS Word 2003, MS Excel 2003).

За исследуемый период за медицинской помощью в отделение

специализированной помощи студенческой поликлиники обратилось 1171 студент, из них 734 студента КазНТУ и 437 студентов из КазНМУ. Число обратившихся студентов из КазНТУ составило 5,7% от общего количества студентов этого вуза. При этом количество студентов-юношей составило 5,9 % относительно обучающихся мужчин (462 человек) и женщин 5,3% (272 студенток). Средний возраст составил  $19,5 \pm 0,06$  лет.

Общее количество обратившихся студентов КазНМУ составило 4,9 %, из которых 5,3% - парни от общего количества студентов мужского пола и девушек 4,7 % относительно обучающихся студенток. Средний возраст составил  $20 \pm 0,1$  лет.

Студентки КазНМУ обращаются за медицинской помощью чаще (рис. 1), чем юноши. Это объясняется преобладающим числом обучающихся в вузе девушек. Среди хирургической патологии у студенток наиболее распространены болезни костно-мышечной системы, травмы и болезни кожи и подкожной клетчатки.

Травмы среди парней КазНТУ выше, чем у девушек (рис. 2).

При сравнении обоих вузов (рис.1 и 2) заметно то, что основным поводом обращения в отделение специализированной помощи являются травмы, болезни костно-мышечной системы и болезни кожи и подкожной клетчатки. Высокий показатель болезней костно-мышечной системы можно объяснить поздним диагностированием таких заболеваний и состояний, как: сколиоз, плоскостопие, врожденная деформация грудной клетки, врожденный вывих бедра. Следовательно, с названными заболеваниями молодые люди поступают в вузы.

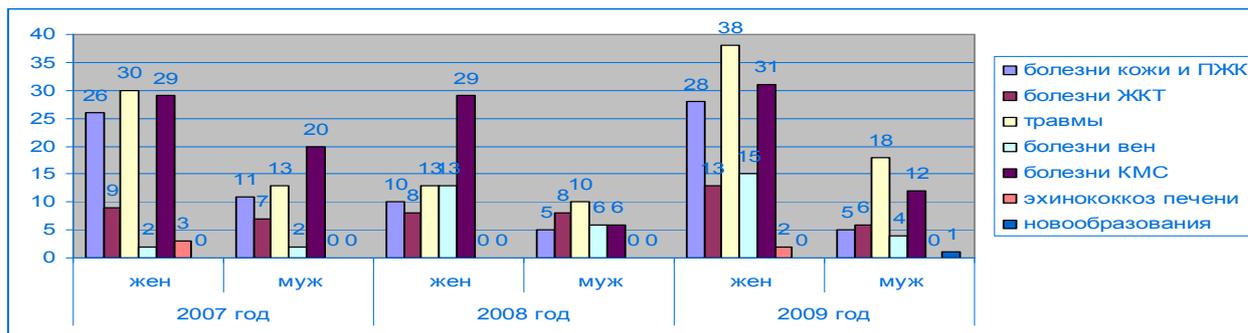


Рисунок 1. Абсолютное число случаев обращений студентов КазНМУ.

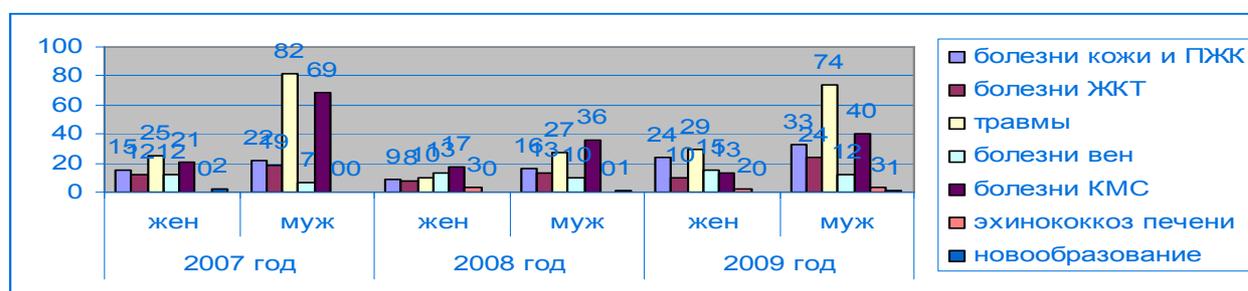


Рисунок 2. Абсолютное число случаев обращений студентов КазНТУ.

Наиболее высокие уровни заболеваемости, рассчитанные на 1000 студентов, отмечены по травмам (16,9 случаев), второе место – болезни костно-мышечной системы (14,8 случаев), далее по распространенности следуют болезни кожи и подкожной клетчатки (9,5 случая), болезни органов пищеварения (6,3 случая), болезни вен (5,1 случая), затем эхинококкоз печени (0,82случая) и новообразования (0,02 случая). Высокий показатель болезней кожи и подкожной клетчатки (9,5случая) среди студентов обоих университетов можно объяснить малой информативностью в отношении

личной гигиены, в частности ухода за телом, а также отсутствием индивидуальной ванной комнаты (большинство студентов проживают в общежитиях). Кроме того, ношение некачественной модной узкой обуви, (чаще всего в течение целого дня) приводит к появлению и инфицированию вросшего ногтя стопы (56% от общего числа болезней кожи и подкожной клетчатки).

В структуре травм (рис.3) больший удельный вес занимают переломы конечностей (59%), далее ушибы (18%), затем различные виды ран (14%).

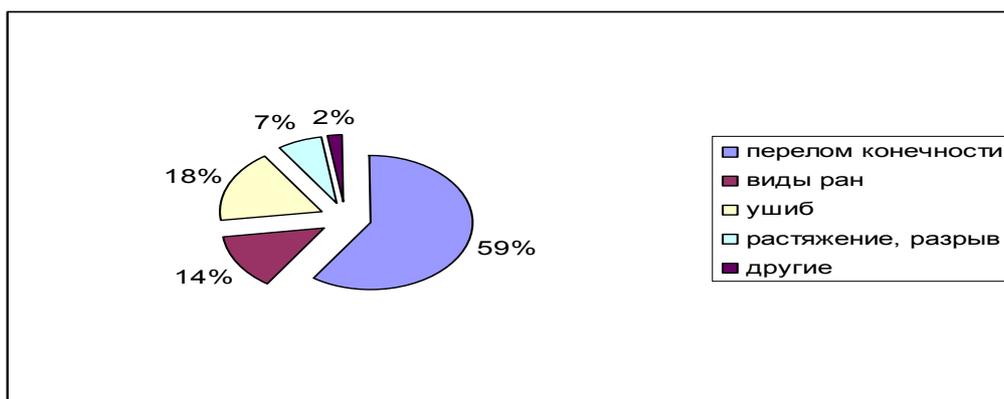


Рисунок 3. Наиболее распространенные виды травм среди студентов обоих вузов.

В структуре болезней органов пищеварения, преобладают осложненные формы аппендицита (36%) над катаральным (15%), что связываем с несвоевременным обращением за медицинской помощью, обусловленным недостаточным вниманием студентов к своему здоровью и низким уровнем общемедицинской культуры.

#### **Выводы:**

1. Распространенность хирургической патологии среди студентов обоих ВУЗов практически одинакова, т.е. даже обучение в медицинском вузе не способствует формированию у студентов соответствующего отношения к своему здоровью.

2. Одним из путей снижения хирургической заболеваемости студенческой молодежи должно быть формирование у студентов ответственности за свое здоровье.

---

## **РЕФОРМИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ**

**Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А.**  
*Национальный центр проблем ФЗОЖ,  
 НИЦХ им. А.Н. Сызганова МЗ РК.*

С середины 70-х годов концепция и практика ПСМП стала объектом пристального внимания международного сообщества и национальных медико-санитарных служб. После проведенной под эгидой ВОЗ конференции в Алма-Ате стала ведущей для развития других национальных систем здравоохранения.

Не смотря на высокую оценку отечественной первичной медико-санитарной помощи, для организаторов здравоохранения уже тогда стало ясно, что необходимо совершенствовать участковую службу. Участковый врач в большинстве ситуаций и проблем со здоровьем населения оказывался

недостаточно компетентным, и поэтому больной был вынужден дополнительно обращаться к узким специалистам. Стала нарастать проблема повышения качества подготовки участковых врачей и перехода к общеврачебной практике (ОВП)[1].

Современная схема работы поликлиник с точки зрения предстоящей перестройки системы медицинского обслуживания имеет как существенные недостатки, так и неоспоримые преимущества. К недостаткам можно отнести:

- большой радиус обслуживания;
- скученность пациентов на ограниченной территории, очереди, невозможность обеспечить конфиденциальность посещений врача, опасность массового заражения во время эпидемий гриппа и т.п.;
- отсутствие выраженных экономических стимулов в работе персонала, ориентация на валовые показатели;
- участковый принцип прикрепления больных, затрудняющий возможность выбора врача.

Достоинствами же являются:

- наличие комплекса лабораторных и диагностических служб, приемов узких специалистов, дневного стационара, физиотерапевтических и других специализированных методов лечения;
- взаимозаменяемость кадров, возможность принятия коллективных решений в отношении сложных больных;
- сравнительно низкая себестоимость обслуживания за счет концентрации оборудования и ресурсов.

В настоящее время систему здравоохранения Казахстана ожидает очередное реформирование, основные принципы и направления которой отражены в принятой недавно новой Государственной программе «Саламаты Қазақстан» [2]. Как известно, в странах с развитыми общественными системами здравоохранения большую

часть оздоровительно-профилактических и медицинских потребностей населения обеспечивают общепрактикующие врачи или, как их ещё называют, «врачи первого контакта». С началом реформ и в РК органы управления здравоохранением активно поддерживают формирование сети общих врачебных практик (ОВП) и стимулируют развитие «стационарозамещающих» технологий в амбулаторном звене. Дневные стационары в нашей стране преимущественно развиты при амбулаторно-поликлинических организациях, нежели при многопрофильных хорошо оснащенных стационарах, как это принято делать в западных странах.

По логике сторонников такого подхода врачебные практики должны выполнять функции микрополиклиник и работать в качестве независимых хозяйствующих субъектов. Фактически речь идет об изменении способа организации первичной медицинской помощи в Казахстане. Вряд ли можно оспорить то, что самостоятельные практики (в прошлом и в настоящее время это сельские врачебные амбулатории) – это действительно наиболее удобная форма обслуживания жителей малонаселенных районов. Особенно в сельской глубинке. Однако опыт активного внедрения врачебных практик в РК с 1998 года показал, что пока еще нет достаточных мотиваций населения и экономических возможностей у государства для широкомасштабного перехода на эту форму обслуживания.

Показатели отдельных экспериментальных ОВП ещё не стали закономерностью и не позволяют говорить о безусловных преимуществах ОВП, ведь деятельность большинства практик по-прежнему интегрирована в работу базовых поликлиник, за последние годы и число специалистов ВОП заметно уменьшилось. Таким образом, пока нет убедительных данных за то, что ОВП

окажутся столь же эффективными в ситуации, когда вся система первичной помощи будет организована по принципу: население – общая врачебная практика – стационар.

Нельзя не учитывать и то, что на Западе принципы работы общепрактикующих врачей сегодня уже не пользуются столь однозначной поддержкой специалистов, как это было в прошлом [3]. По крайней мере, аналитики развитых зарубежных стран признают, что широкое внедрение последних достижений научно-технического прогресса в системе первичной помощи становится уже невозможным без консолидации современных технологий и организации обслуживания на основе коллективных действий медицинского персонала поликлиник и стационаров. В этих условиях работа независимых врачебных практик в их традиционной форме на Западе сегодня представляется многим не эффективной, а тенденция к развитию групповых и поликлинических форм обслуживания (как в нашей стране) проявляется всё более отчетливо.

Краткий обзор последних данных о реформировании систем здравоохранения свидетельствует о том, что объем практических навыков и функций врачей первого контакта скорее зависит от применяемого в стране способа лицензирования медицинской деятельности, чем от формы собственности на средства производства. В сфере первичной помощи необходима совершенно иная система распределения функций и экономического стимулирования. Поэтому решение проблемы низкой эффективности работы участковых врачей лежит в новых организационных технологиях, а не в сфере имущественных отношений. Следовательно, реформирование ПМСП и перевод ее на ОВП не обязательно начинать с экономических реформ и внедрения принципов фондодержания,

как это пытались сделать в Казахстане. Главная причина необходимости реструктуризации медицинской помощи в Казахстане состоит в том, что в западных странах основные лечебные функции амбулаторного типа постепенно отходят в сферу парагоспитального патронажного обслуживания. В развитых странах с развитием межуровневой конкуренции, врачей ОВП всё больше ориентируют на профилактику, санпросвет, валеологию и нутрициологию. А также на лечение несложных простудных заболеваний и коррекцию нетяжелых обострений у хроников, не требующих регулярного патронажа и узкой специализации [4].

Таким образом, эволюция первичной помощи в передовых странах Запада идет в противоположных направлениях. В то время, как в здравоохранении Казахстана возвращаются к идее врачей широкого профиля и стимулируют развитие общих врачебных практик, в некоторых странах с исторически сложившейся системой первичной помощи на основе ОВП активно используют опыт советского здравоохранения по комплексному поликлиническому обслуживанию населения группами специалистов разного профиля (терапевтов, педиатров, хирурга, стоматолога, гинеколога и пр.). Речь шла о сотрудничестве в создании экспериментальных медицинских центров, объединяющих несколько медицинских практик с единой лечебно-диагностической базой и работающих по принципу, сходному с нашими поликлиниками. За рубежом считается, что организационная структура частнопрактикующих ОВП явно устарела и что в современных условиях врач общей практики уже не может самостоятельно поддерживать высокий уровень обслуживания населения и ему приходится постоянно осваивать новые методики. В последние годы становится все более

затруднительным покрывать стоимость необходимого для работы индивидуальных общеврачебных практик набора оборудования за счет тарифов на услуги. И что, например, один малый биохимический анализатор на 50 исследований в день используется в самостоятельной практике лишь на 10%-15%, а стоит почти столько же, сколько аппарат на 500 исследований, который был закуплен для медицинского центра. Действующий в развитых странах гонорарный метод оплаты стимулирует не совсем здоровые мотивации у врачей к необоснованному завышению объема услуг, а элементы фондодержания эффективны только при финансировании коллективной работы в медицинских центрах, но малоприспособлены для индивидуальных практик и т.п.

В качестве резюме можно заключить, что объективный анализ зарубежного опыта свидетельствует, что современная поликлиническая сеть не только не исчерпала своих возможностей для полноценной интеграции в новые экономические условия, имеет достаточный потенциал для реформирования и обеспечения задач структурной перестройки первичной медицинской помощи, но по ряду показателей значительно превышает экономическую и социальную эффективность самостоятельных общих врачебных практик. Другое дело, что давно устарела и требует оптимизации схема ее внутренней организации.

Политика в отношении реструктуризации отрасли и, в первую очередь, усложнения и расширения функций первого уровня системы медицинского обслуживания (то есть амбулаторно-поликлинической сети и общих врачебных практик) очень настораживает. В ходе эксперимента по внедрению «нового хозяйственного механизма» в ряде территорий мы однажды уже пытались сделать поликлинику главным

распорядителем кредитов. В итоге лишь создали экономическую мотивацию к ограничению доступности стационарной помощи и нарушили и без того слабую интеграцию двух уровней: поликлиника – стационар [1].

Особенностью «семейного» принципа обслуживания, практикуемого на Западе, является то, что врачи общей практики там много времени уделяют консультированию пациентов в вопросах диетологии, психологии семейных отношений, профилактике, формированию здорового образа жизни, спортивных и оздоровительных занятий и процедур, координации обслуживания своих пациентов другими специалистами (косметологами, психологами, массажистами, валеологами, представителями узких медицинских специальностей и т.п.). То есть кругу вопросов, которые население нашей страны традиционно не считает поводом для посещения участкового врача поликлиники. Истинно лечебные функции в объеме работы врачей общей практики в большинстве стран уже сегодня занимают не больше места, чем у наших участковых терапевтов, хотя и затрагивают более широкий спектр медицинских специальностей.

Конечно, при необходимости врач общей практики обработает рану, сделает необходимые инъекции, удалит папиллому, снимет швы, сделает тест на беременность или простейшие анализы мочи и крови, даст рекомендации по лечению легких заболеваний и функциональных отклонений и выпишет рецепт. И всё же реальный объем собственной лечебной деятельности врачей первого контакта на Западе значительно меньше, чем это принято считать у нас.

Таким образом, идея сокращения стационарной помощи за счет усиления лечебных функций первичного звена, которая характерна для проводимых в

стране реформ здравоохранения, опасна тем, что, в отсутствие адекватного по своим «лечебным возможностям» патронажного уровня здравоохранения, функционирующего при стационарах, стимулирует неоправданно высокий спрос на услуги участковых врачей по дублированию стационарной помощи. Однако, такое дублирование стационарной помощи в неоснащенных дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических организациях, не обеспечивает должный уровень качества медицинских услуг, нежели в дневных стационарах, которые имеются при больничных организациях по причине отсутствия надлежащего оснащения и уровня квалификации врачебного персонала.

#### Список использованной литературы:

1. Хайдарова Т.С. Модель функционирования поликлинического учреждения в системе добровольного медицинского страхования // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. - Алматы, 1999. - № 15. - С. 10-12.
2. Государственная программа реформирования здравоохранения Республики Казахстан на период 2011-2015 г.г. <http://news.nur.kz/>
3. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ ( на период 2008-2017 г.г.) <http://www.medlinks.ru/sections>.
4. Денисов И.Н., Черниенко Е.И., Коротков Ю.М., Мезинцев Е.В., Чуднов В.П., Слиденко Ю.В. Теоретико-методологические основы реформирования первичной медико-санитарной помощи. – В методических рекомендациях: Развитие первичной медико-санитарной помощи в России. – М, 2008. – С. 35-108.

---

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ГАЗОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ВИНОДЕЛЬЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ

Амирова А.С.

РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г.Алматы

Использование в практике работы лаборатории «Методики выполнения измерений содержания примесей в спиртных напитках методом капиллярной газовой хроматографии» разработанной в 1998 году ГорСЭУ за № 09-6-98 от 20.01.1998 года, дает возможность быстро и с достаточной точностью получить информацию о качестве и подлинности

винодельческой продукции, способствует выявлению фальсификаций различного уровня по компонентному составу и количеству микропримесей летучих компонентов. Эта методика также дает возможность решить вопрос идентификационного характера.

В таблице № 1 приведены данные исследований по содержанию микропри-

месей в винах виноградных красных разных наименований произведенных фирмами из Казахстана и Франции. Эти данные свидетельствуют о заметной разнице между винами французских и казахстанских фирм по содержанию микропримесей.

Таблица 1. Результаты исследований содержания микропримесей в винах виноградных красных разных наименований производимых фирмами из Казахстана и Франции.

Вина и регион их производства	Количественное содержание компонента					
	Ацетальдегид, мг/дм <sup>3</sup>	Этил-ацетат мг/дм <sup>3</sup>	н-пропанол мг/дм <sup>3</sup>	Изобутанол мг/дм <sup>3</sup>	Изоамиловые спирты мг/дм <sup>3</sup>	Метанол об. %
ТОО фирма «Лия» г. Алматы						
«Каберне»	67,3	26,3	37,7	43,5	152,9	0,0071
«Заговор монахов»	74,6	31,7	38,9	44,0	153,8	0,0065
«Тайна монахов»	78,3	30,8	28,7	38,9	130,3	0,0078
«Любимое»	76,9	21,4	31,2	33,7	132,0	0,0086
«Мускат фиолетовый»	84,9	31,4	35,5	39,7	139,9	0,0065
«Мускатная долина»	73,8	26,8	29,4	46,3	163,1	0,0063
«Сокровища монахов»	75,9	31,8	28,4	34,9	135,9	0,0060
«Тамянка»	93,8	42,1	26,6	35,4	176,3	0,0049
«Домашнее вино»	66,7	30,2	27,1	45,3	159,1	0,0063
«Букет Алатау»	54,7	38,8	23,9	59,1	198,3	0,0073
«Медок»	70,5	30,6	24,2	35,5	133,9	0,0062
«Медведь»	98,6	39,4	23,4	53,2	199,2	0,0060
ТОО «Ден» г. Каскелен						
«Скрипка Страдивари»	268,4	15,2	16,7	31,5	132,0	0,0045
«Триумфальное»	232,0	12,7	14,4	24,8	109,4	0,0042
«Роза любви»	201,6	12,5	12,8	20,2	83,5	0,0043
АО «Бахус» г. Алматы						
«Саперави»	25,2	69,5	33,9	26,5	128,8	0,0126
«Баян-Сулу»	70,8	60,5	23,2	35,4	171,8	0,0065
«Бахус»	153,7	57,9	23,3	35,3	181,99	0,0086
«Жар-Жар»	42,16	80,4	21,4	31,7	132,4	0,0060
Франция						
«Луи Эшэнауэр Мерло»	5,0	38,3	15,9	49,5	278,1	0,014
Барон д Аринак»	Следы	34,9	19,5	48,6	193,8	0,012
«Божур»	1,9	52,1	23,6	56,4	212,2	0,0081
«Мерло Ля Тьер»	10,0	61,5	26,6	62,7	260,3	0,011

В винах казахстанских фирм количество ацетальдегида выше, чем в винах французских фирм. Количество н-пропанола у значительного количества казахстанских вин выше, чем в французских винах.

Например в винах казахстанских фирм «Букет Алатау» и «Медведь» (ТОО фирмы «Лия» г. Алматы) количество этилацетата, н-пропанола, изобутанола,

изоамиловых спиртов по уровню приближается к количеству аналогичных компонентов французских вин, в винах фирмы «Баян-Сулу», «Бахус» (АО «Бахус» г. Алматы) количества этилацетата, н-пропанола идентичны количеству таких же компонентов изделий французских фирм. Вино «Скрипка Страдивари» (ТОО «Ден» г. Каскелен) по количеству н-пропанола

приближается к французским винам. По количеству метанола к французским винам приближается вино «Саперави» и «Бахус» (АО «Бахус» г.Алматы), вино «Любимое» (ТОО фирмы «Лия» г.Алматы).

В основном же изделия французских фирм выше по уровню количества этилацетата, изобутанола, изоамиловых спиртов, метанола, чем большинство изделий казахстанских фирм. Это связано с разнообразием используемого сырья (виноматериала), региональными, климатическими факторами, а также технологическими приемами производства. Не исключена также возможность фальсификации казахстанских вин.

Искусственные вина представляют собой специально подобранную смесь компонентов, органолептически воспринимаемую как виноградное вино. В их состав могут входить вода, дрожжи, сахар, виннокислый калий, винная и

лимонная кислоты, танин, глицерин, этиловый спирт и др. Состав летучих компонентов может существенно отличаться от состава компонентов букета виноградных вин.

Выявление грубых подделок вина с применением спирта-ректификата со специально подобранной смесью компонентов, органолептически воспринимаемую как виноградное вино, не вызывает затруднений, благодаря его резкому отличию от подлинных вин по уровню примесей.

Как видно из таблицы № 2, содержание компонентов натурального вина и фальсифицированного путем разбавления заметно отличается по уровню микропримесей и количества ацетальдегида, этилацетата, н-пропанола, изобутанола, изоамиловых спиртов, метанола в вине «Диана», намного ниже, чем в вине «Бахус».

Таблица 2. Результаты исследований содержания микропримесей в вине натуральном и в фальсифицированном.

Вина и регион их производства	Количественное содержание компонента					
	Ацетальдегид, мг/дм <sup>3</sup>	Этил-ацетат, мг/дм <sup>3</sup>	н-пропанол, мг/дм <sup>3</sup>	Изобутанол, мг/дм <sup>3</sup>	Изоамиловые спирты, мг/дм <sup>3</sup>	Метанол, об. %
Вино виноградное натуральное красное полусладкое «Бахус» (АО «Бахус» г.Алматы)	153,7	57,9	23,3	35,3	181,99	0,0086
Вино виноградное красное полусладкое «Диана» (ПК Винзавод «Горный Гигант» г. Алматы)	16,4	8,3	1,1	1,0	3,4	0,0004

Таким образом, метод газовой хроматографии применяется для выявления случаев подмены качественных вин различными напитками посредством определения количественной оценки характерных компонентов. Считаю необходимым, разработать официально

утвержденные нормы количественного содержания микропримесей в винах, что позволит в полной мере контролировать качество и полноту винодельческой продукции и выявлять фальсификации различного уровня.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада газды хроматографиялық әдісімен компоненттерге санды баға беру арқылы сапалы шараптарды әр-түрлі ішімдіктермен алмастыру фактілерін анықтау жолдары сөз болады.

#### SUMMARY

An article states about aerated chromatography method that is used for identifying cases of alteration of quality wines with different spirits via estimation of quantitative assessment of peculiar components.

---

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, КАК ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Казакова А.В.

*Клиника «Жан», г. Алматы*

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу «Казахстан – 2030: «Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» одним из семи долгосрочных приоритетов, определено «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана». В своем Послании Президент страны акцентировал внимание на наиболее актуальные проблемы здравоохранения и участие в их преодолении всего общества: предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни; борьба с наркоманией и наркобизнесом; сокращение потребления алкоголя и табака; улучшение здоровья женщин и детей; улучшение питания, чистота окружающей среды и экологии.

За счет комплекса индивидуальных и общественных мероприятий, направленных на улучшение личного и общественного здоровья, планируется увеличить активное долголетие, сократить инвалидизацию, ограничить распространение эпидемии ВИЧ/СПИД и т.д. Все эти факторы рассматриваются как залог стабильного и успешного развития человеческого сообщества.

Именно поэтому нынешнее десятилетие объявлено ЮНЕСКО десятилетием стабильного развития.

Для того, чтобы определить эффективность тех или иных мероприятий, направленных на улучшение и сохранение здоровья людей, чаще всего используют такой количественный показатель, как качество жизни. По определению ВОЗ «Качество жизни — восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых он живет в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума. Изучение качества жизни способствует здоровому образу жизни.

Концепция качества жизни многими воспринимается как гуманистическое направление в медицине. Рост интереса к этому направлению во многом связан с недовольством населения уровнем оказываемых ему медицинских услуг. Ведь главная цель врача не только лечить болезнь, но и улучшать качество жизни больного.

По рекомендации ВОЗ используются следующие основные критерии для оценки качества жизни:

физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные или отрицательные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, переживания); уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств, лечения или чьей-то опеки); жизнь в обществе (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность получения знаний и повышения квалификации, досуг, экология); духовность (личные и религиозные убеждения).

К сожалению, в нашей стране только начинает развиваться такое понятие, как «качество жизни». Обращение к этому новому индикатору свидетельствует об усилении внимания к «человеческому фактору», поскольку в категорию «качество жизни» помимо экономических показателей включается и комплекс показателей социологических, в том числе, субъективных - суждения самих людей о степени комфортности их существования. Собственно, сегодня уже недостаточно оценивать социально-экономическую систему по одним только объективным материально-экономическим показателям (размера ВВП, уровня заработной платы, безработицы (занятости), инфляции и т.д.), наиболее важным становится комплексный показатель степени комфортности человеческого существования, экологической и социальной, физической и психологической безопасности человека, его благополучия.

В медицине качество жизни используется в следующих четырех основных случаях: для планирования клинической помощи пациентам или проведения профилактических мероприятий; для количественной оценки результатов клинических исследований и исследования эффективности работы служб системы здравоохранения; для оценки потребности населения в службах охраны здоровья; при распределении ресурсов.

Обычно для определения качества жизни используются анкеты (опросники). Эти опросники могут базироваться, как на субъективной информации (например, жалобы пациента), так и на объективных данных (результаты осмотра, клинических исследований и т.д.). Из-за наличия субъективной информации при оценке качества жизни, многими исследователями отрицается возможность объективного использования этого критерия. Однако, кроме качества жизни, нет других методов выяснить комплексное отношение пациента к своему заболеванию. А между тем, врач призван лечить не болезнь, а больного, то есть, без использования критериев качества жизни современная медицина просто невозможна.

Интересен тот факт, что в последнее время понятие качества жизни относят и к здоровому индивидууму, как критерию сохранности его здоровья. Ведь в медицине важнее профилактика заболевания, чем борьба с имеющейся патологией.

Обычно важно оценить не только сиюминутное качество жизни индивидуума, но и динамику его изменения в процессе лечения или сохранения в течение длительного времени. Именно по динамике изменений качества жизни возможно определить

эффективность лечебных или профилактических мероприятий.

Таким образом, только изучая и поняв, что действительно представляет из себя этот новый для нашей страны

индикатор - «качество жизни», можно подвести наше население к ведению активного и здорового образа жизни, а значит и к здоровой нации.

---

## СОЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕТИНГ – КАК ИНСТРУМЕНТ ПРОДВИЖЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

**Ошибаева А.Е.**

*Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

Медико-профилактическое информирование населения через источники СМИ практически всегда дает положительный эффект, так как эта деятельность направлена не только на привлечение внимания к проблемам здравоохранения, но и на демонстрацию путей их решения. В настоящее время эксперты в области профилактики пришли к единому мнению, что наиболее эффективным подходом в профилактике является тот, в котором широко используются СМИ и профилактические программы, нацеленные на общество. /Ю.В.Бояркина, Н.В.Вартапетова, Н.Г. Киселева, 2003/.

Социальный или общественный маркетинг - это область рынка, бурно развивающаяся с недавних пор, представляет собой «продажу» позитивного поведения по отношению к себе и к социуму: например, обеспечение или усиление личной безопасности и укрепление здоровья (Atkin & Arkin, 1990; Backer, Rogers & Sopory, 1992; Bloom & Novelli, 1981; Flay & Burton, 1990; M. E. Goldberg, 1995; Manrai & Gardner, 1992; Wallack, 1990). Многие теоретики и практики давно занимались

исследованием маркетинга товаров и услуг и теперь обратили внимание на пропаганду здорового, безопасного и социально-позитивного жизненного стиля. Масс-медиа – это основной, хотя и не единственный компонент кампании по социальному маркетингу. Представление, которое получает потребитель СМИ, должно стать катализатором определенного поведения или способствовать изменению установок.

Общественный маркетинг - это разработка, претворение в жизнь и контроль над выполнением программ, имеющих целью добиться восприятия целевой группой (или целевыми группами) общественной идеи, движения или практики. Для достижения максимальной ответной реакции целевой группы в процессе общественного маркетинга прибегают к сегментированию рынка, изучению потребителей, разработке замысла, разработке коммуникаций, приемам облегчения усвоения, стимулам и использованию приемов теории обмена.

Деятели общественного маркетинга могут преследовать самые разнообразные цели: 1) достижение понимания (знание питательной ценности

пищевых продуктов); 2) побуждение к единовременному действию (участие в кампании массовых прививок); 3) стремление изменить поведенческие привычки (пользование автомобильными ремнями безопасности); 4) изменение основополагающих представлений (убеждение противников в неотъемлемом нраве женщин на аборт) (Ф. Котлер, 1998).

В качестве своих основных инструментов социальный маркетинг позаимствовал всю совокупность известных общественных практик исследования аудитории, воздействия на целевую группу и мониторинга результатов воздействия. Одной из форм реализации маркетинговых коммуникаций стала социальная реклама.

Влияет ли социальная реклама на решение существующих в обществе проблем? Исследование РОМИР показало, что только треть опрошенных (29%) считают, что социальная реклама повлияла на решение проблем общества (59% - противоположного мнения). При этом большинство респондентов сказали, что видели социальную рекламу несколько раз за год, и даже смогли вспомнить тему роликов - наркомания, СПИД, курение, алкоголизм и другие вопросы.

Социальная реклама ориентирована на получение результата в пользу всего общества (не в пользу продавца производителя, как коммерческая реклама, не в пользу политической партии или кандидата, как политическая, не в пользу какой-то группы людей или организации, как журналистика или PR). Нам представляется, что социальная реклама – это тезис или утверждение, отражающее базисную ценностную установку и ориентирующее поведение адресата относительно абстрактного идеала

миропорядка, существующего в той или иной культуре в определенный период времени. Этот тезис в большинстве случаев «упакован» таким образом, что форма считается адресатом как реклама.

Основными рекламодателями социальных рекламных обращений являются государство, бизнес и третий общественный сектор. Каждый из них использует социальную рекламу как коммуникативный инструмент в своих маркетинговых целях. Но эти цели, в то же время, всегда соотношены с интересами общества.

Аудитория социальной рекламы представляет собой рассредоточенную в пространстве и времени группу людей. Специалисты по социальному маркетингу проводят различные исследования, чтобы по тем или иным признакам сформировать представление о целевой аудитории. Это более узкая категория реципиентов, мыслимая создателями как адресат социальных рекламных посланий.

Эффективность социальной рекламы – это отношение результата, полученного от организации коммуникативной деятельности к затратам на его получение, которая измерима только в долгосрочной перспективе. Эффективность будет тем выше, чем мощнее будет поток социальной рекламы (Шапорева Т.Н.).

Общественный маркетинг еще слишком молод, чтобы можно было сравнивать его эффективность с действенностью других стратегических подходов к достижению общественных перемен. Социальный сдвиг - вещь труднодостижимая при использовании любой стратегии, не говоря уже о подходе, полагающемся на добровольный спонтанный отклик.

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Ж.С. Тотанов

*Научный центр гигиены и эпидемиологии  
им.Х.Жуматова МЗ РК, г. Алматы*

Сложившаяся в Казахстане система оказания медицинской помощи населению и обеспечения его санитарно-эпидемиологического благополучия представляет собой относительно самостоятельные структуры лечебно-профилактической службы и органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ГСЭН). В городских условиях при высокой плотности населения и размещении различных лечебно-профилактических учреждений доступность медицинской помощи высока и обеспечивает все виды первичной, квалифицированной и специализированной помощи. Для сельской местности оптимальный радиус обслуживания составляет 7-10 км. Ближайшим медицинским учреждением, обеспечивающим первичную медико-санитарную помощь сельским жителям при большом радиусе обслуживания, являются сельские врачебные амбулатории (СВА), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП) и фельдшерские пункты (ФП). В их задачи входит оказание всего комплекса доврачебной и первичной врачебной помощи сельским жителям, а также полный объем профилактической работы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в зоне их функционирования. В районных центрах расположены учреждения ПМСП и квалифицированной медицинской помощи (поликлиники, больницы и др.), а также районные учреждения ГСЭН, центры формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) и др.

Больничные учреждения и СВА располагаются в крупных населенных пунктах - районных центрах и сельских поселениях с числом жителей более 1000 человек. Рекомендуемый норматив числа жителей для ФАП – 700 и более человек при радиусе обслуживания до 7 км. При большем радиусе обслуживания можно организовывать ФАП в поселках с числом жителей 300-500 человек.

В Казахстане, в условиях значительного рассредоточения сельских населенных пунктов по территории, приведенные выше нормативы обеспечения учреждениями ПМСП и государственного санитарно-эпидемиологического надзора не могут обеспечить удовлетворительный уровень медицинского обслуживания сельского населения. В ряде регионов страны имеется большая группа населенных пунктов (Акмолинская, Атырауская, Карагандинская, Кызылординская и др. области) с числом жителей до 200 человек, в которых вообще отсутствуют медицинские работники, а расстояние до ближайшего медицинского учреждения ПМСП исчисляется порой десятками километров.

Основным первичным звеном ПМСП в сельских населенных пунктах являются СВА и ФАП (ФП). В функции их медицинского персонала входит оказание всего комплекса доврачебной и первичной врачебной помощи сельским жителям, а также полный объем профилактической работы по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения в зоне

их функционирования. Основными задачами средних медицинских работников ФАПов являются оказание доврачебной помощи; своевременное выполнение всех назначений врача; организация патронажа детей и беременных; систематическое наблюдение за состоянием здоровья инвалидов войны и приравненных к ним групп населения, ведущих специалистов сельского хозяйства. Кроме того, на них возлагаются обязанности проведения по рекомендациям врачей профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению заболеваемости среди населения поселка (инфекционных и паразитарных болезней, сельскохозяйственного и бытового травматизма); проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности; повышение санитарно-гигиенической культуры и медицинской активности населения. Осуществляя профилактическую работу, медицинские работники ФАПа должны участвовать в текущем санитарном надзоре за учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой обслуживаемого населенного пункта и принадлежащих ему временных мест поселения (зимовки, летники, полевые станы и др.). Учитывая малочисленность персонала этих учреждений (фельдшер, акушерка, медицинская сестра) и их недостаточную квалификацию в области гигиены и эпидемиологии, задачи профилактической работы ими решаются в крайне ограниченном виде. Это подтвердили результаты проведенного социологического опроса врачей и среднего медицинского персонала сельских учреждений здравоохранения первичного звена. Профилактическая деятельность в основном сводится к санитарно-просветительной работе среди населения в виде индивидуальных бесед, выпуска

бюллетеней по отдельным актуальным для населенного пункта заболеваниям.

Районное звено ГСЭН осуществляет квалифицированный контроль за выполнением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, в сельской местности в основном экспедиционным методом – периодическими выездами комплексных бригад врачей в различные зоны обслуживаемого района. Учитывая значительную рассредоточенность сельских населенных пунктов, недостаточную транспортную обеспеченность районных учреждений госсанэпиднадзора практически невозможно проводить регулярный плановый контроль за санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим состоянием среды обитания сельских жителей. Рассчитанный нами средний радиус обслуживания для районных учреждений санэпиднадзора в разрезе областей колеблется в достаточно широких пределах: от 63,1±3,7 км (Акмолинская область) до 155,0±26,4 км (Мангистауская область). Одним из путей оптимизации профилактической работы среди сельских жителей на этапе ПМСП и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия сельского населения является введение в штатное расписание первичных медицинских учреждений на селе должности санитарного фельдшера (помощника санитарного врача-эпидемиолога), имеющего специальное гигиеническое образование.

#### ТҮЖЫРЫМ

Бұл жұмыста ауылды жерлердегі халықтың денсаулығын нығайтуға бағытталған моделді ойластырып шығарудың әлеуметтік-экономикалық жағдаймен байланыстағы өзектілігі көрсетілген.

#### SUMMARY

The study deals with the actual development of the optimum model of medical care organisation to the rural population adapted to present-day social-and-economic conditions of the village.

## **ПРОФИЛАКТИКА ВАЖНЕЙШИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП, СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ВЫЕЗДНОГО СЕМИНАРА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПРИМЕРЕ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Колокина Р.С.,**

**Ибраева Р.С., Ушкempiрова Г.С.**

*Министерство здравоохранения Республики Казахстан,  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
Областной Центр формирования здорового образа жизни Актюбинской области*

В соответствии с планом мероприятий Министерства здравоохранения РК и с целью реализации Программы «Здоровый образ жизни», утвержденной Постановлением Правительства РК № 2160 от 21.1.2007 года, в течение 3-х лет специалистами Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни проводятся выездные региональные семинары для медицинских работников ПМСП, специалистов службы ЗОЖ, валеологов по актуальным вопросам формирования здорового образа жизни.

Цель данных семинаров - предоставление современной информации слушателям о новых технологиях информационно-образовательной работы с различными группами населения с учетом существующей нормативно-правовой базы, приоритетов данного региона, состояния здоровья населения в рамках реализации программы «Здоровый образ жизни»..

В соответствии с разработанной программой, согласованной с администрацией Актюбинского областного Центра ФЗОЖ, 20-21 мая 2010 года в гор. Актюбинске прошел семинар, в работе которого приняли участие 122 специалиста, среди которых 85 врачей, 19 мед.сестер, 18 педагогов. Кроме этого, на семинаре присутствовали журналисты из областных газет.

Освящались вопросы политики формирования здорового образа жизни в Казахстане, перспективы развития здравоохранения на 2011-2015 годы, место и значимость службы формирования здорового образа жизни с акцентом на межсекторальное взаимодействие. Представлены основные демографические показатели, характеризующие состояние заболеваемости и смертности населения республики с акцентом на факторы риска, формирующие ту или иную патологию, вопросы профилактики инфекционных заболеваний, включая туберкулез и ВИЧ-инфекцию. По этим же параметрам дана оценка состояния здоровья населения Актюбинской области.

Особое внимание уделено проведению профилактических осмотров различных групп населения, их результативность, возможности и эффективность оздоровления и диспансеризации.

Вопросы планирования семьи, профилактики нежелательной беременности, в том числе аборт, в различных социальных и возрастных группах представлены отдельным блоком, учитывая их значимость и приоритетность в охране репродуктивного здоровья.. Течение беременности связывалось с наличием хронических заболеваний, факторов риска, питанием и физической активностью с рекомендациями для опти-

мального течения беременности и родов, а также послеродового периода. Вопросы здоровья школьников были представлены через технологии сохранения и укрепления их здоровья в условиях общеобразовательных школ, включая проект ВОЗ: Школы, способствующие укреплению здоровья, а также путем совершенствования имеющихся учебных программ.

Ряд тем осветили специалисты областного уровня в соответствии с программой, что вызвало большой интерес у слушателей..

В процессе предоставления каждой презентации выслушивалось мнение участников семинара, их комментарии, обсуждение и ответы на вопросы.

Участникам семинара выданы сертификаты о прослушивании запланированной тематики, роздан информационно-наглядный материал.

Дано интервью на областное телевидение о значении формирования здорового образа жизни среди различных групп населения и проведение выездного семинара, что было освещено 20 мая 2010г.

#### **Выводы:**

Выездные семинары подтвердили свою значимость как одного из эффективных методов представления «живой» информации для специалистов разного уровня, их необходимости проведения в местах проживания участников, что позволяет одновременно охватить значительное количество слушателей без

особых финансовых затрат для этого региона.

Программу семинара необходимо составлять в зависимости от аудитории с акцентом на нужды, потребности и возможности каждого конкретного региона, выбирая приоритетные темы и направления, с обязательным утверждением со специалистами области.

Показатели состояния здоровья населения, факторам риска и другим параметрам должны характеризовать ситуацию в нашей Республике и регионе, где проводится семинар, что более наглядно представит заболеваемость различных групп населения в сравнении со средне республиканскими показателями.

Практика включения в программу выступлений специалистов областного уровня показала свою необходимость и заинтересованность как выступающих, так и аудитории в целом. Впервые всем участникам были выданы сертификаты, что придало значимость проведенного регионального семинара.

Уровень организации семинара довольно высокий с соблюдением необходимых правил, технических условий, состава аудитории, что было четко обеспечено специалистами Актюбинского областного центра ЗОЖ. Данный семинар дал возможность учесть недочеты при проведении последующих семинаров. Оптимальным количеством участников следует считать не более 50 человек, что позволит эффективной работе с аудиторией.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ ВСЕМИРНОГО ДНЯ ГЛАУКОМЫ

Курмангалиева М.М., Джуматаева З.А., Ажигалиева М.Н.

*КазНИИ глазных болезней, г.Алматы*

### **Актуальность:**

Неуклонный рост распространенности и инвалидности вследствие глаукомы, поздняя диагностика диктуют необходимость поиска новых форм активного выявления и лечения глаукомы. Одной из таких форм выявления является скрининговое обследование на глаукому. При проведении скрининга могут решаться задачи не только ранней диагностики глаукомы, но и информирования населения о ее последствиях. Важным вопросом является определение необходимого и достаточного объема скринингового осмотра. Любое скрининговое исследование должно обладать следующими качествами: достаточная эффективность, быстрота исследования, дешевизна исследования, простота исследования.

Проведение регулярных скрининговых обследований на глаукому врачами первичного звена может быть затруднено в силу недостаточного оснащения поликлиник и большой загруженности офтальмологов приемом. В целях решения проблемы раннего выявления глаукомы и повышения уровня информированности населения о данном заболевании, как одной из основных причин необратимой слепоты и слабовидения 6 марта 2008 г. впервые проводился Всемирный день глаукомы (ВГЛ).

**Цель:** Настоящего исследования явился анализ результатов скрининга на глаукому во время ВДГ (2010) на базе КазНИИ глазных болезней.

### **Материал и методы исследования:**

Желающие пройти обследование на глаукому в КазНИИ ГБ, либо в консультативной поликлинике были

информированы об этом заранее при помощи печатного объявления на входе. В скрининге были задействованы две медсестры, четыре врача-интерна, два врача консультанта-глаукоматолога. Регистрация пациентов происходила в специально разработанные для скрининга журналы. В журнал заносились паспортные данные, сопутствующие общие и глазные заболевания, факторы риска развития глаукомы (псевдоэкзофиативный синдром, отягощенный семейный анамнез по глаукоме, сахарный диабет, миопия и т.д.), данные офтальмологического обследования. Всего было обследовано 279 пациентов. Средний возраст обратившихся составил 46,2 лет. Разработанная нами схема скринингового обследования включала два этапа. На первом этапе обратившийся регистрировался, далее медсестра измеряла ему ВГД на бесконтактном тонометре. При нормальном ВГД обследование прекращалось. При превышении 21 мм рт ст выставлялось подозрение на глаукому и врач проводил второй этап обследования, включавший в себя биомикроскопию, офтальмоскопию, а в отдельных случаях и гониоскопию, оценивая наличие факторов риска глаукомы, размеры экскавации ДЗН. При подозрении на глаукому в случае повышенного ВГД, расширенной или асимметричной Э/Д, наличия факторов риска глаукомы, отягощенного семейного анамнеза пациент направлялся на исследование центрального поля зрения на аппарате FDT. Аппарат FDT (Frequency Doubling Technology) - это переносное устройство, не требует мезопических условий, тест прост в

исполнении. FDT сопоставим с Humphrey Visual Field, являющейся золотым стандартом периметрии, в большинстве случаев и как скрининговый метод обладает достаточной чувствительностью и специфичностью. После установления диагноза глаукомы врачом-консультантом пациента информировали о сущности заболевания, необходимости наблюдения по месту жительства и ему выдавалось направление к офтальмологу.

**Результаты исследования:** В результате скрининга подозрение на глаукому было выставлено у 9 человек (3,2%). Дальнейшее обследование показало, что глаукома имела у 5 человек (1,8%). Во всех случаях глаукома была первичной. У одного пациента закрытоугольная, в остальных случаях открытоугольная. Начальная стадия процесса отмечалась на трех глазах, развитая – на четырех и

далекозашедшая - на трех. Среднее ВГД у больных глаукомой составило 30 мм рт.ст. Больным были назначены гипотензивные препараты и рекомендовано встать на диспансерный учет по месту жительства.

**Выводы:** 1. Проведение скрининга по разработанной двухэтапной схеме обследования на глаукому является эффективным способом выявления данного заболевания.

2. Участие КазНИИ ГБ в подобных обследованиях как координационно-консультативного центра повышает эффективность скрининговых обследований на глаукому и позволяет сохранить преемственность в диспансеризации больных.

3. Для повышения эффективности скрининга на глаукому целесообразно использование FDT – периметрии, бесконтактного тонометра.

---

## ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Халимов М.Ж., Акрамов Д.И.

*Районная поликлиника «Аксукент» Южно-Казахстанская область*

Южно-Казахстанская область относится к региону с самой высокой численностью населения – 2 429.2 тысяч человек, что составляет 15,2% от общей численности населения Республики. В Сайрамском районе, наиболее населенном, проживает 285.8 тысяч человек, которые объединены в 17 сельских округов.

Регион относится к территории с высоким уровнем рождаемости, которая по итогам 2009 года составила 34.09 на 1000 населения, при низких показателях смертности-5.5 на 1000 населения. В структуре причин смерти ведущее место

занимают болезни сердечно-сосудистой системы (ССЗ), заболеваемость которой имеет стойкую тенденцию к росту.

Учитывая такую ситуацию, специалисты службы здоровый образ жизни свои усилия направили на профилактику этой патологии, принимая во внимание особенности нашего региона. К ним относятся: весь регион представлен сельской местностью, территория густо населена, 90% семей многодетные, имея до 8-9 детей, население занимается земледелием и скотоводством, около 8 месяцев в году преобладают высокие температуры.

Традиционными факторами риска развития ССЗ являются нарушение питания в сторону употребления насыщенных жиров, малоподвижный образ жизни – гиподинамия, стрессы, приверженность к таким вредным привычкам, как курение, употребление алкоголя, наркотиков.

В нашем регионе работа с населением, направленная на профилактику ССЗ, сводится к формированию у сельчан ответственного отношения к своему здоровью и снижению факторов риска, приводящих к поражению сердечно-сосудистой системы.

Такой фактор, как гиподинамия, практически отсутствует, так как сельские жители нашего района ежедневно круглый год занимаются интенсивным физическим трудом, который может оказывать и отрицательное воздействие на состояние здоровья в целом и сердечно-сосудистую систему в частности. Это относится и к мужчинам, и к женщинам, на последние влияет недостаток сна и невозможность соблюдать режим питания из-за наличия большого количества детей, больших обязанностей, связанных с ведением домашнего хозяйства.

Следующее направление в работе с населением – это рекомендации, направленные на снижение холестерина. Известно, что холестерин относится к животным жирам, которые традиционно входят в

рацион наших жителей и который необходим организму. Но он вреден в избыточных количествах. Холестерин откладывается на внутренней поверхности кровеносного сосуда, образуя атеросклеротические бляшки, на которых оседают сгустки крови (тромбы). В результате нарушается проходимость артерий вплоть до их закупорки. Это ведет к возникновению тяжелой патологии: инфарктов миокарда, инсультов, расстройствам кровообращения в нижних конечностях, требующей длительного лечения с последующей реабилитацией.

Такие разъяснения даются населению нашего района, но особого понимания мы пока не достигли.

Форма проведения работы с населением это в основном индивидуальные беседы, в ряде случаев – лекции, а также широкомасштабные акции, посвященные дню сердца, дню здоровья, дню питания и другие. Активно ведем пропаганду необходимости прохождения профосмотров для раннего выявления патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, особенно повышенного артериального давления.

Мы используем возможности местного радио и местных газет, привлекаем к работе специалистов ПМСП.

## ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кожуханов Т.Ж., Шортанбаева Б.А.

*Филиал АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф»,  
Жамбылская областная больница, г.Тараз*

В научной медицинской литературе последних лет широко обсуждаются вопросы увеличения частоты заболеваний сердечнососудистой системы во взаимосвязи с нарушениями углеводного и липидного обмена, ожирением, некоторыми гормональными сдвигами, среди которых особая роль отводится изменениям концентрации инсулина в крови и чувствительности инсулиновых рецепторов. Большинство исследователей считают, что в основе этих патологических состояний лежит общий метаболический дефект, который характеризуется снижением чувствительности тканей к инсулину (инсулинорезистентностью) и повышением уровня инсулина в крови –гиперинсулинемией. В докладе экспертов Всемирной организации здравоохранения (1999) инсулинорезистентность и длительная гиперинсулинемия рассматриваются как факторы риска развития патологии системы кровообращения и сахарного диабета 2 типа (СД).

Эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) во многих случаях сопровождается повышением активности симпатической нервной системы (СНС) и снижением чувствительности к инсулину в скелетных мышцах, даже если гликемический контроль остается нормальным. Больные с АГ характеризуются двойным дефектом действия инсулина: резистентностью к инсулину при инсулинзависимом захвате глюкозы периферическими тканями (главным образом, скелетными мышцами) и резистентностью к инсулину при стимулированной инсулином вазодилатации. Резистентность к инсулину очень часто сочетается с

дислипидемией, ожирением, АГ и нарушением толерантности к глюкозе, т.е. кластером расстройств, получившим название «метаболический синдром» или «синдром инсулинорезистентности».

Метаболический синдром (также известный как синдром инсулинорезистентности или Х синдром), был впервые описан еще в 1966 году Сапшз.

С того времени он неоднократно становился предметом обсуждения (1-4). Несмотря на существование различных определений этого синдрома, наибольшее распространение в Европе получило определение ВОЗ, которое включает наличие сахарного диабета II типа или нарушения толерантности к глюкозе и двух из перечисленных ниже патологических состояний: ожирение по абдоминальному типу, артериальная гипертензия, дислипидемия со снижением уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), гипертриглицеридемия и/или микроальбуминурия.

Различные компоненты метаболического синдрома в течение многих лет рассматривались как факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Сочетание СД и артериальной гипертензии (АГ) повышают риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности, церебральных осложнений и заболеваний периферических сосудов. Наличие АГ ускоряет прогрессирование микрососудистых осложнений СД: снижение функции почек при СД происходит на 13% в год при уровне систолического артериального давления (САД) выше НОмм.рт.ст. и на 1% в год при САД ниже НОмм.рт.ст. Прогрессирующее

снижение почек у больных СД и АГ наиболее выражено при наличии микроальбуминурии и протеинурии.

Проведенные в последнее время исследования показали, что наличие метаболического синдрома в определении ВОЗ связано с увеличением в 2.6-3 раза относительного риска смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Помимо этого, наличие метаболического синдрома является сильным предиктором развития сахарного диабета II типа.

Результаты недавно завершенных исследований свидетельствуют о важности адекватного контроля уровня артериального давления у больных сахарным диабетом II типа.

Основываясь на этих наблюдениях ВОЗ, Диабетическое Общество Германии и Общество Артериальной Гипертензии Германии в своих руководствах рекомендуют более низкие ( $< 130/80$  мм.рт.ст.) целевые уровни артериального давления для больных сахарным диабетом и, в особенности, у пациентов с микроальбуминурией и клиническими проявлениями диабетической нефропатии.

Ключевым механизмом в патогенезе метаболического синдрома (МС) является инсулинорезистентность (ИР), которая запускает развитие, как метаболических, так и сердечно-сосудистых нарушений. Между ИР и артериальной гипертензией существует тесная патогенетическая взаимосвязь. ИР и компенсаторная гиперинсулиемия (ГИ) вызывают дисфункцию эндотелия сосудов, повышения активности симпатической нервной системы (СНС), нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси повышение реабсорбции натрия в почечных канальцах, что приводит к повышению общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и таким образом к развитию артериальной гипертензии (АГ). С

другой стороны АГ может быть причиной развития МС или его прогрессирования. На ранних стадиях развития АГ повышенная активность СНС вторично может индуцировать ИР. При длительном течении АГ приводит к хроническому снижению периферического кровотока, вследствие повышенного общего периферического сосудистого напряжения (ОПСС). Это также может снижать утилизацию глюкозы тканями, что повлечет за собой компенсаторную ГИ, а затем и ИР.

В ходе крупных проспективных эпидемиологических исследований установлено, что гиперинсулиемия натощак и после еды у лиц, не страдающих СД, связана с ИБС. Существенно, что эта связь не зависела от таких известных факторов риска этого заболевания, как ожирение, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, гипертензия и курение. Повышение уровня инсулина задолго предшествовало развитию клинических проявлений ИБС, что позволяет считать гиперинсулиемию независимым фактором риска этого заболевания у лиц не страдающих СД. Подобные результаты получены также в проспективных наблюдениях за больными СД. Эти факты еще раз доказывают, что между гиперинсулиемией и заболеваемостью атеросклерозом, как основой ИБС, имеется определенная связь.

На фоне метаболического синдрома атеросклероз начинается еще до возникновения СД. Инсулин, который в свое время нарекли атерогенным гормоном, способен ускорять формирование атеросклеротических бляшек.

Атерогенный потенциал инсулина, который лежит в основе развития соответствующего поражения сосудистой системы, в том числе и ее коронарного бассейна, может реализоваться прямо и через влияние на метаболизм липидов. Это

объясняет, почему атеросклероз может существовать на момент постановки диагноза СД.

На большом контингенте больных, которым проводили коронарную ангиографию, получены свидетельства достоверной связи высокого базального уровня инсулина с различными проявлениями ИБС. В частности, независимо от других факторов риска от связан с перенесенным в прошлом инфарктом миокарда. Расчеты показали, что повышение концентрации инсулина на каждые 10 пмоль/л увеличивало относительный риск миокарда на 8%. Интересно, что эта корреляция оказалась более тесной в женской, чем в мужской популяции. Получены также доказательства связи между поздней гиперсекрецией инсулина и вазоспастическими проявлениями ИБС.

Таким образом, имеется целый ряд доказательств, полученных в клинических и экспериментальных условиях, которые указывают на участие инсулина в развитии атеросклероза и ИБС. Однако необходимо подчеркнуть, что гиперинсулинемия при СД всегда является вторичной, так как в ее основе лежит тканевая инсулинорезистентность.

В большинстве случаев СД является частью метаболического синдрома, т.е. целого комплекса факторов риска поражения сердечнососудистой системы. В силу этого изучение состояния сердца у больных СД имеет особо важное значение, так как именно оно определяет длительность и качество жизни пациентов.

Лечение АГ относится к патогенической терапии МС, поскольку так уже говорилось ранее, она может вносить определенный вклад в формирование и прогрессирование данного синдрома. Одним из важных условий антигипертензивной терапии является достижение целевых уровней АД - менее 140/90мм.рт.ст. (и для больных СД - менее 130/80мм.рт.ст), так как именно при условии достижения этих уровней

наблюдается наименьшее число сердечно-сосудистых осложнений. При этом необходимо учитывать влияние того или иного антигипертензивного препарата на чувствительность к инсулину, углеводный и липидный обмен. Недопустимо применение препаратов с заведомо известным негативным влиянием на ИР и метаболические процессы. Преимуществом должны пользоваться лекарственные средства, по крайней мере, нейтрально действующие на обменные процессы, еще лучше если они будут обладать свойствами снижать ИР и улучшать показатели углеводного и липидного обмена.

У больных АГ часто выявляется целый комплекс атерогенных факторов риска, составляющий так называемый «метаболический синдром» (или «синдром инсулинорезистентности»), центральную роль в патогенезе которого играет резистентность к инсулину. Исследования демонстрируют, что избыточная активность СНС является фактором, ухудшающим течение метаболических и гемодинамических нарушений.

К настоящему времени убедительно установлено, что многие современные широко назначаемые антигипертензивные препараты влияют на чувствительность к инсулину. Одни препараты, например, тиазидные диуретики и (3-адреноблокаторы (неселективные или (3-селективные) в высоких дозах, обладают нежелательным действием на метаболизм глюкозы и липидов, в то время как другие препараты, ингибиторы АПФ, а-адреноблокаторы, р-адреноблокаторы со свойствами периферических вазодилататоров, а также моксонидин, обладают благоприятным действием на чувствительность к инсулину.

Учитывая хронический характер гипертонии, антигипертензивные средства должны применяться на длительном этапе, в связи с чем побочные метаболические эффекты могут вносить значимый вклад в атерогенный риск и клинические исходы.

Таким образом, выбор антигипертензивного препарата должен быть сфокусирован не только на эффективном снижении АД, но и учитывать возможное влияние на эти

метаболические аспекты. Для уменьшения сердечно-сосудистого риска одного только снижения АД недостаточно.

---

## ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА ВИТАМИНОМ А ПО ОЦЕНКЕ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ

**А.П. Сарсембаева**

*Казахская академия питания, Алматы*

Многочисленными исследованиями, выполненными в различных странах на протяжении последних десятилетий, убедительно доказана роль витамина А в целом ряде физиологических процессов организма человека, таких как, острота зрения, клеточный рост и дифференцировка, эмбриогенез, иммунный ответ. Витамин А принимает участие в синтезе стероидных гормонов (включая прогестерон), сперматогенезе, является антагонистом гормона щитовидной железы – тироксина /1,2,3/.

Основное поступление витамина А в организм новорожденного осуществляется при грудном вскармливании. Установлено, что в эндемичных регионах мира по недостаточности витамина А, среди детей раннего возраста, вскармливаемых грудью, дефицит ви-

тамина А не обнаружен /4/. С этих позиций, особую значимость приобретают результаты широкомасштабных медико-демографических исследований (1995, 1999 гг.) по распространенности грудного вскармливания в Казахстане /5/.

Недостаточность питания особую актуальность приобретает в связи с тем, что в современных условиях питание населения характеризуется рядом серьезных нарушений /6/.

Источники витамина А можно разделить на две группы: растительные и животные. Из источников животного происхождения (75%) наибольшее значение имеют рыбий жир, печень, икра, молоко, сливочное масло, маргарин, сметана, творог, сыр, яичный желток. К растительным источникам (25% поступлений) относятся: зеленые и желтые овощи (морковь, тыква, сладкий перец, шпинат, брокколи, зеленый лук, зелень петрушки), персики, абрикосы, яблоки, виноград, арбуз, дыня, шиповник, облепиха, черешня /7/.

Вышеизложенное подтверждает крайнюю необходимость реализации исследовательских проектов по изучению распространенности недостаточности витамина А среди наиболее уязвимых групп населения - детей раннего возраста.

Цель исследования состоит в изучении практики питания детей до 5-лет в Республике Казахстан и оценке обеспеченности витамином А.

Была проведена рандомизированная выборка детей, проживающих в различных регионах и по Республике в целом. Питание детей до 5-ти лет изучалось частотным методом путем опроса их матерей по специально разработанной анкете для оценки обеспеченности витамином А.

Общее число обследованных детей до 5-ти лет составило 1019.

В таблице 1 показана частота потребления детьми молока и молочных продуктов в Казахстане.

Таблица 1. Потребление молочных и кисломолочных продуктов детьми в течение последней недели в Казахстане

Социально-биологические факторы	Молочные и кисломолочные продукты												К-во детей	
	Грудное молоко		Заменители грудного молока		Коровье молоко		Кефир, йогурт, сметана		Детское питание		Творог, сыр, ирмшик, курт			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Возраст в мес.</b>														
0-12	57	83,8	4	5,88	42	61,8	19	27,9	9	13,2	7	10,3	68	100
13-24	78	80,4	1	1,03	87	89,7	42	43,3	8	8,2	37	38,1	97	100
25-36	1	0,3	0	0,00	196	54,3	133	36,8	1	0,3	81	22,4	361	100
37-48	0	0,0	0	0,00	193	81,4	119	50,2	2	0,8	82	34,6	237	100
49-60	1	0,4	0	0,00	199	77,7	137	53,5	1	0,4	94	36,7	256	100
<b>Местожительство</b>														
Город	112	14,4	4	0,51	641	82,2	436	55,9	19	2,4	276	35,4	780	100
Село	25	10,5	1	0,42	174	72,8	92	38,5	2	0,8	45	18,8	239	100
<b>Национальность</b>														
Казахи	121	13,8	4	0,45	696	79,1	444	50,5	12	1,4	261	29,7	880	100
Русские	8	8,3	0	0,00	81	84,4	61	63,5	8	8,3	41	42,7	96	100
Другие	8	18,6	1	2,33	38	88,4	23	53,5	1	2,3	19	44,2	43	100
<b>Всего</b>	<b>137</b>	<b>13,4</b>	<b>5</b>	<b>0,49</b>	<b>815</b>	<b>80,0</b>	<b>528</b>	<b>51,8</b>	<b>21</b>	<b>2,1</b>	<b>321</b>	<b>31,5</b>	<b>1019</b>	<b>100</b>

В течение последней недели 13,4% детей до 2-х лет находились на грудном вскармливании и употребляли грудное молоко. Большинство детей употребляют коровье молоко (79,9%), причем, начиная с 13 месячного возраста у детей, отмечается стабильный уровень потребления во всех возрастных группах (19%). Половина детей (51,8%) употребляют кисломолочные продукты и 31,5 %, такие продукты, как творог и сыр. Молочные и кисломолочные продукты питания почти в 2 раза больше потребляются детьми, проживающими в городской местности.

В профилактике недостаточности витамина А огромную роль играет потребление в повседневной диете овощей и фруктов с высоким содержанием

каротиноидов и продуктов питания, способствующих абсорбции и утилизации каротиноидов и витамина А.

Что касается частоты потребления овощей и фруктов, содержащих каротиноиды, то картофель потребляется – 94,2% детьми, морковь -84,3%, белокочанная капуста-55,9%, свекла-27,4%, тыква-21% (таб.2).

Родители стараются обеспечить свежими фруктами 63,4% детей, а 23,1% детей овощи и фрукты употребляют в консервированном виде, 27,5%- употребляли сухофрукты, в основном изюм и курагу, 33,4% пили сок (таб.3). В рационе этих детей также встречаются и цитрусовые фрукты (13,9%), бананы (5%).

Таблица 2. Частота потребления овощей детьми в течение последней недели в Казахстане

Социально-биологические факторы	Овощи														К-во детей	
	Картофель		Капуста		Морковь		Свекла, редька, репа		Помидоры		Тыква		Щавель, укроп, петрушка			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Возраст в мес.</b>																
0-12	48	70,6	12	17,6	36	52,9	8	11,8	0	0,00	13	19,1	0	0,00	68	100
13-24	79	81,4	27	27,8	77	79,4	27	27,8	1	1,03	27	27,8	5	5,15	97	100
25-36	229	63,4	148	41,0	210	58,2	72	19,9	0	0,00	47	13,0	15	4,16	361	100
37-48	226	95,4	147	62,0	198	83,5	70	29,5	2	0,84	61	25,7	13	5,49	237	100
49-60	248	96,9	163	63,7	230	89,8	75	29,3	4	1,56	50	19,5	17	6,64	256	100
<b>Местожителство</b>																
Город	739	94,7	464	59,5	669	85,8	233	29,9	7	0,90	121	15,5	42	5,38	780	100
Село	221	92,5	106	44,4	190	79,5	46	19,2	0	0,00	94	39,3	8	3,35	239	100
<b>Национальность</b>																
Казахи	826	93,9	469	53,3	735	83,5	216	24,5	4	0,45	195	22,2	32	3,64	880	100
Русские	92	95,8	74	77,1	88	91,7	46	47,9	1	1,04	15	15,6	10	10,4	96	100
Другие	42	97,7	27	62,8	36	83,7	17	39,5	2	4,65	5	11,6	8	18,6	43	100
<b>Всего</b>	<b>960</b>	<b>94,2</b>	<b>570</b>	<b>55,9</b>	<b>859</b>	<b>84,3</b>	<b>279</b>	<b>27,4</b>	<b>7</b>	<b>0,69</b>	<b>215</b>	<b>21,1</b>	<b>50</b>	<b>4,91</b>	<b>1019</b>	<b>100</b>

Таблица 3. Частота потребления фруктов детьми в течение последней недели в Казахстане

Социально-биологические факторы	Фрукты												К-во детей	
	Фрукты свежие (яблоки, груши)		Фрукты цитрусовые		Бананы, ананасы и др.		Овощи, фрукты, ягоды (консервные)		Сухофрукты		Соки			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Возраст в мес.</b>														
0-12	41	60,3	2	2,9	2	2,9	8	11,8	5	7,4	33	48,5	68	100
13-24	49	50,5	18	18,6	5	5,2	28	28,9	27	27,8	39	40,2	97	100
25-36	143	39,6	29	8,0	15	4,2	61	16,9	71	19,7	77	21,3	361	100
37-48	148	62,4	45	19,0	9	3,8	57	24,1	66	27,8	70	29,5	237	100
49-60	155	60,5	38	14,8	20	7,8	65	25,4	90	35,2	81	31,6	256	100
<b>Местожителство</b>														
Город	539	69,1	134	17,2	50	6,4	155	19,9	212	27,2	325	41,7	780	100
Село	107	44,8	8	3,3	1	0,4	81	33,9	69	28,9	16	6,7	239	100
<b>Национальность</b>														
Казахи	551	62,6	114	13,0	41	4,7	196	22,3	257	29,2	278	31,6	880	100
Русские	59	61,5	21	21,9	3	3,1	28	29,2	17	17,7	40	41,7	96	100
Другие	36	83,7	7	16,3	7	16,3	12	27,9	7	16,3	23	53,5	43	100
<b>Всего</b>	<b>646</b>	<b>63,4</b>	<b>142</b>	<b>13,9</b>	<b>51</b>	<b>5,0</b>	<b>236</b>	<b>23,2</b>	<b>281</b>	<b>27,6</b>	<b>341</b>	<b>33,5</b>	<b>1019</b>	<b>100</b>

Но многие пищевые продукты богатые ретинолом и каротиноидами, детьми потребляются в незначительном количестве и не более одного раза в неделю.

Проведенная исследовательская работа позволила выявить наличие недостаточности питания. Снижению

микронутриентной недостаточности способствуют следующие факторы: включение разнообразных продуктов в диету, обогащение продуктов питания, применение добавок с витаминами и минералами, а также общие мероприятия, направленные на улучшение здоровья населения.

#### Список использованной литературы:

1. Утешев Д.Б. Изучение влияния бета-каротина на некоторые звенья иммунного воспаления в эксперименте Автореф. дис. докт. мед. наук. Купавна, 1999.
2. WHO. Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. WHO Global Database on Vitamin A Deficiency. Geneva, World Health Organization, 2009.
3. Тутельян В.А. и соавт. Микронутриенты в питании здорового и больного человека. – М.: Колос, 2002.
4. Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries /WELLSTART. -1993.- P.11.
5. Медико-демографическое исследование. Казахстан, МДИ1995 стр. 143, МДИ1999гг. –стр.122.
6. Вологжанин Д.А., Калинина Н.М.\*, Князев П.С. /Питание и иммунитет//

Иммунология, том 6, сентябрь 2005 стр. 629.

7. Кронина Л.А. Жирорастворимые витамины: Витамин А.-МРЖ- Русский Медицинский журнал.-04 апреля 1996 г, том 3, № 7.

#### ТҰЖЫРЫМ

А витаминімен қамтамасыздығын бағалау үшін жасы 6-59 ай аралығындағы балалардың А витаминіне бай тағамдарды қабылдауы зерттелді. Балалардың көбісінің сиыр сүтін -79,9%, картофель -94,2%, сәбізді -84,3%, жемістерді фруқты- 63,4% қабылдайтыны анықталды, әйтседе ретинол және каротиноидтарға бай тағам түрлері аз мөлшерде және көбінесе аптасына не бары бір реттен қабылданылады.

Кілттік сөздер: А витамині, витаминдер тапшылығы, тамақтану, тамақтану жиілігі, микронутриент жетіспеушілігі.

#### SUMMARY

To assess the vitamin A level it was studied nutrition practice of children under 5 years old, foods rich in vitamin A. It was revealed that most of children consume cow's milk (79.9%), potatoes -94.2% -84.3% carrots, fresh fruit, 63.4%, but many foods rich in retinol and carotenoids children are consumed in small quantity, no more than once a week

Key words: vitamin A, vitamin deficiency, food, frequency of consumption, micronutrient deficiency

## ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА А СРЕДИ ДЕТЕЙ 6-59 МЕСЯЧНОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ

А.П. Сарсембаева

*Казахская академия питания, Алматы*

Витамин А является жирорастворимым витамином и включает ряд близких по структуре соединений: ретинол (витамин А-спирт, витамин А<sub>1</sub>, аксерофтол); - дегидроретинол (витамин А<sub>2</sub>); - ретиналь (ретинен, витамин А-альдегид); - ретинолевая кислота (витамин А-кислота);

- эфиры этих веществ и их пространственные изомеры /1/.

В развитии недостаточности витамина А важную роль играют межнутриентные взаимоотношения, острые и хронические заболевания, загрязнение окружающей среды, социальная незащи-

ценность наиболее уязвимых групп населения, демографические параметры и др. Так, индивидуальный статус витамина А зависит от адекватного поступления с рационом питания различных нутриентов, таких как жир, белок, витамин Е, цинк и др. Абсорбция ретинола и каротиноидов зависит от наличия достаточного количества жиров, стимулирующих секрецию необходимых желчных кислот. По данным ФАО (1992) поступление в организм по меньшей мере 5 граммов (1 чайная ложка) в день любой разновидности жира или растительного масла способствует усвоению ретинола и β-каротина. Пищевой белок необходим для синтеза ферментов, утилизирующих абсорбцию ретинола и каротиноидов, трансформацию каротиноидов в ретинол и его транспорт в кровяное русло /2/.

Ряд исследований, проведенных Институтом питания МО и Н РК свидетельствуют о низком потреблении продуктов питания, являющихся основными носителями витамина А отдельными группами населения в различных регионах республики.

Вышеизложенное подтверждает крайнюю необходимость реализации исследовательских проектов по изучению распространенности недостаточности ви-

тамина А среди наиболее уязвимых групп населения - детей раннего возраста.

Цель проекта состоит в изучении распространенности недостаточности витамина А среди детей до 5-лет в различных регионах республики Казахстан.

Была проведена рандомизированная выборка детей, проживающих в экологически неблагоприятных регионах, и по Республике в целом.

Исследованием было охвачено по республике в 2001г- 1019 детей, а в 2006г - 1032 детей до 5-ти лет.

**Был произведен внутривенный забор крови у детей в объеме 5 мл.**

Определение уровня витамина А в крови проводился методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с использованием двухволнового ультрафиолетового детектора на аппарате HPLC “Waters 2487” при программном обеспечении системы «Breese» и «Millenium» (США) по методу Craft N.E., Yamini S. et al. /3/.

Определение уровня витамина А в сыворотке крови у детей до 5 лет жизни обнаружил, что у 57,7% детей содержание витамина А ниже нормы (табл.1). Низкий уровень витамина А чаще встречается у детей проживающих в сельской местности (74,4%).

Таблица 1- Статус витамина А и распространенность ДВА на основе определения концентрации ретинола в крови (мкг/дл) детей 6-59 месячного возраста в Казахстане (2001г)

Местожи- тель- ство	Число и процент детей с дефицитом и средним уровнем витамина А в сыворотке крови детей									
	Нормальный уровень витамина А		Пограничный уровень витамина А		Всего с дефицитом		Тяжелый дефицит		Умеренный дефицит	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Город	370	36,3	233	22,9	177	17,4	26	2,55	151	14,8
Село	61	5,99	79	7,75	99	9,72	13	1,28	86	8,44
Всего	431	42,3	312	30,6	276	27,1	39	3,83	237	23,26

У 6,6% детей обнаружена тяжелая степень дефицита витамина А (ДВА), 40,3% - умеренный и 53% - легкий уровни дефицита этого витамина. Тяжелая степень дефицита выявлена с большей частотой у детей, проживающих в сельской местности –54,3%.

Определение обеспеченности витамином А и ДВА на основе измерения концентрации ретинола в крови (мкг/дл) за 2006г представлено в табл. 2.

Таблица 2 - Статус витамина А и распространенность ДВА на основе определения концентрации ретинола в крови (мкг/дл) детей 6-59 месячного возраста в Казахстане (2006г)

Место жительство	Концентрация ретинола (мкг/дл) в сыворотке крови									
	Нормальный уровень витамина А		Пограничный уровень витамина А		Всего с дефицитом		Тяжелый дефицит		Умеренный дефицит	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Город	65	15,3	117	27,5	243	57,2	40	9,4	203	47,8
Село	96	15,8	164	27,0	347	57,2	63	10,4	284	46,8
Казахстан	161	15,6	281	27,2	590	57,2	103	10,0	487	47,2

В среднем, по республике распространенность ДВА составила 57,2%. Значительная часть детей (27,2%) имела пограничный уровень и меньшая часть (15,6%) – нормальный уровень витамина в сыворотке крови. Преобладал умеренный ДВА (47,2%), а тяжелый ДВА выявлен у 10% детей.

Не было выявлено статистически значимых различий в статусе витамина А между детьми городской и сельской местности.

Распространенность ДВА среди детей 6-59 месяцев в Казахстане в 2006 году (57,2%) была существенно выше, чем в 2001 году. Такие различия, возможно, являются преимущественно следствием сезонных изменений: полевые исследования по сбору данных в 2001 году проводились в начале зимы (декабрь 2001), то есть, в относительно благоприятный период, а в 2006 году в весеннее время (апрель-май 2006),

наиболее неблагоприятное в отношении потребления витамина и особенно β-каротина.

Средняя распространенность дефицита витамина А у детей 6-59 месяцев (57,2%) была в два раза выше 25% уровня, предложенного Международной консультативной группой по витамину А, в качестве уровня, который позволяет отнести ситуацию в стране к категории тяжелого риска, определяя таким образом то, что ДВА, несомненно, является приоритетной проблемой общественного здравоохранения в Казахстане. Это диктует необходимость принятия мер с целью профилактики ДВА.

#### Список использованной литературы:

1. Bates CJ. Vitamin A. Lancet 1995;345:315.
2. Vitamin A and breastfeeding: A comparison of data from developed and developing countries /WELLSTART. -1993.- P.11.

3. N.E. Craft, T. Haitema, L.K.Brindle, S. Yamini, J.H.Hunphrey, K.P.West, Jr. Retinol analysis in serum of blood by high performance liquid chromatography J.Nutr.1999 P.1-15.

#### ТҰЖЫРЫМ

5-жасқа дейінгі балалар арасында А витамині жетіспеушілігінің таралу динамикасы 2001-2006 жылдар бойынша тексерілді. Балалар қан сарысуындағы А витаминінің деңгейі 2001 жылы 27,1% балаларда қалыптағыдан төмен болса, 2006 жылы бұл көрсеткіш 57,2% дейін өсті.

Кілттік сөздер: А витамині, витаминдер жетіспеушілігі, микронутриент жетіспеушілігі.

#### SUMMARY

The prevalence of vitamin A deficiency among children under 5 years of age in the dynamics of the 2001 to 2006 has been studied. Determination of vitamin A in the blood serum of children under 5 years old has revealed that in 2001 27,1% of children had vitamin A lower than normal level, whereas in 2006 this index had risen to 57,2%.

Key words: vitamin A, vitamin deficiency, micronutrient deficiency

---

## О ВРЕДЕ КУРЕНИЯ

**Рыбакова Н.Я. Айтказина К.С.**  
*Городская поликлиника №3, г.Алматы*

Во всём мире сейчас отмечается стремление к здоровому образу жизни. И одним из факторов, негативно влияющий на здоровье людей, является курение. Учёные полагают, что в настоящее время на нашей планете насчитывается около миллиарда курильщиков. Заболевания, которые прямо или косвенно связаны с курением, каждый год уносят три с половиной миллиона жизней. Через 20 лет общая смертность от таких болезней достигнет 10 миллионов и превысит число жертв ВИЧ- Инфекции. Когда вы вдыхаете сигаретный дым, он, проходя через ваш рот и горло, попадает в легкие. В дыме содержится более 4 тысяч химикатов, включая высокотоксичные и вещества вызывающие рак например формальдегид, бензол, мышьяк и прочие. Эти вещества взаимодействуют с тканями организма, когда контактируют с ними. Когда дым достигает легких, он осаждается в виде

смола. Один из химических элементов попадающих в кровь – никотин. Его регулярное применение ведет к никотиновой зависимости. Никотин - алкоид, содержащийся в табаке (до 2 %) и некоторых других растениях. При курении табака он всасывается в организм. Никотин также является сильным ядом, который в малых дозах действует возбуждающе на нервную систему, в больших – вызывает ее паралич (остановку дыхания, прекращение сердечной деятельности). Многократное поглощение никотина небольшими дозами при курении вызывает никотинизм. Наиболее активно сигаретный дым воздействует на легкие. Вступление с ними в непосредственный контакт сильно увеличивает риск хронических заболеваний легких: хронического бронхита, эмфиземы, а так же раком легких. Так же часто встречаются онкологические заболевания органов соприкасающихся с дымом

при курении, таких как рот и горло. Эффект воздействия на организм химических веществ, содержащихся в табачном дыме, является основным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний таких как стенокардия, инфаркт миокарда. Есть данные о снижении слуха у курящих в 1.7 раза чаще, чем у некурящих. У мужчин курение увеличивает риск импотенции. У женщин сказывается на течение беременности и может быть причиной ранней менопаузы. Мы зачастую едим недоброкачественную пищу, дышим загазованным воздухом, мало двигаемся, подвергаемся стрессам. Так подумайте, стоит ли усугублять это ещё и курением?

24 марта 2005 на XIV-й Сессии Маслихата г. Алматы был утвержден проект Алматинской городской целевой программы «Алматы – город свободный от табачного дыма» Данный проект был инициирован Алматинским городским Центром формирования здорового образа жизни. В настоящее время табакокурение представляет собой огромную социальную опасность для общества и государства как по тяжести последствий, так и по масштабам распространности. Многократное поглощение никотина небольшими дозами при курении вызывает никотинизм. Наиболее активно сигаретный дым воздействует на легкие. Вступление с ними в непосредственный контакт сильно увеличивает риск хронических заболеваний легких: хронического бронхита, эмфиземы, а также раком легких. Так же часто встречаются онкологические заболевания органов соприкасающихся с дымом при курении, таких как рот и горло. Эффект воздействия на организм химических веществ, содержащихся в табачном дыме, является основным фактором риска развития табакокурения, охватывающих всю страну, все слои населения: детей,

подростков, все трудоспособное население и пенсионеров, это явление приобретает характер эпидемии. В г. Алматы курят 650 тысяч человек. Ежедневно табак убивает 5-6 алматинцев. Продажа табачных изделий в г. Алматы только за 9 месяцев 2008 года почти в 3 раза превысила розничный товарооборот 2007 года. Объем импорта табачных изделий и сырая по г. Алматы в 2007 году составил 410,2 тонны на общую сумму более 5,5 млн. Долларов США. Растет заболеваемость органов дыхания. В структуре общей заболеваемости бронхолегочная патология занимает первое место (46% детей и 27% взрослых). 85% этой патологии обусловлено курением. Курение является причиной 90% рака легкого, который лидирует в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями (уступая лишь раку кожи и раку молочной железы). Растет заболеваемость сердечно-сосудистой патологией. Половина всех смертей приходится на долю сердечно-сосудистых заболеваний (50%). До 30% случаев причиной инфаркта миокарда, инсульта является потребление табака. С целью профилактики приобщение детей и подростков к табакокурению, а также защиты здоровья населения страны от воздействия табачного дыма был принят закон Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения». В феврале 2005 года был проведен мониторинг реализации которых положений Закона РК «О профилактике и ограничении табакокурения». Цель данной акции - оценить реальную ситуацию исполнения нормативных актов, предусмотренных Законом РК. Группа мониторинга, во главе с депутатами Маслихата охватили все районы г.Алматы. В состав рабочих групп входили представители акиматов, правоохранительных органов и санэпиднадзора в соответствующих районах, работники службы здорового образа

жизни представители Национальной коалиции «За казахстан, свободный от табачного дыма» и журналисты. Обращает на себя внимание низкая информированность населения, а также владельцев заведений общественного питания, продавцов табачной продукции, водителей общественного транспорта о действующем законодательстве. Лица, желающие избавиться от табачной зависимости, не имеют возможности получить адекватную медицинскую помощь. Все это послужило созданию государственной целевой программы «Алматы-город свободный от табачного дыма». Создание такой программы является созревшей необходимостью, определяющей основные цели, принципы и приоритеты политики чистого воздуха в городе Алматы, консолидирующей усилия государственных, хозяйственных, общественных органов, организаций, учреждений, союзов, фондов, ассоциаций, комитетов, управлений и др. мегаполиса по реализации прав граждан на чистый воздух.

Приоритетные задачи этой программы:

- снижение уровня курения среди наиболее уязвимых групп населения дети, подростки, молодежь женщины;
- повышение информированности различных слоёв населения г. Алматы о вреде потребления табака и законе РК «О профилактике и ограничении табакокурения»;
- обучение специалистов по проведению профилактической антитабачной работы;
- создание системы оказания медицинской помощи желающим отказаться от курения.

В целях реализации Закона Республики Казахстан «О профилактике и ограничении табакокурения» Алматинский городской Центр формирования здорового образа жизни проводит различные мероприятия. Проводятся компании по отказу от курения среди населения.

Одна из них – проводимая ежегодно акция «Брось курить и выиграй». Город Алматы участвует в подобной Акции с 1998 года. В 1998 г. В ней приняли участие около 400 алматинцев, в 2000 г. - 1300, в 2002 – около двух тысяч. По результатам Кампании - 2002 года проводилось годичное исследование, в котором приняли участие 700 человек, а в городском конкурсе «Брось курить и выиграй – 2006!» - 950 алматинцев, в 2008 г. Около 3000 алматинцев.

Компания по отказу от курения «Брось курить и выиграй!» готова поддержать всех желающих расстаться с сигаретами, ради здорового образа жизни, ради здоровья человека.

#### ТҮЖЫРЫМ

Көздердегі бапқа қорытынды түтінсіз. Бапта шылым тартуды зиян туралы көрсетілген, жеңіл және тамақ онкоауруды өзіне қоса әр түрлі маңызды ауру шамданған улағыш заттары туралы. Баптар бас мақсат темекі тартуы бар күрестің іске асыруындағы жаттығу адымдары болып табылады.

#### SUMMARY

The article shows the dangers of smoking, the toxic substances that cause various serious diseases, including a oncologic diseases of the lungs and throat. The main aim of the article are the practical steps in implementing anti-smoking.

## БОРЬБА С ОЖИРЕНИЕМ

**Рыбакова Н.Я. Айтказина К.С.**

*Городская поликлиника №3, г.Алматы*

Люди, чей вес выше нормы, подвержены проблемам со здоровьем больше других. Они более склонны к болезням сердца, диабету, гипертонии, инсультам и некоторым видам рака.

Липогенез – отложение жира. Этот процесс происходит в жировой ткани и в печени. Лишние калории (потребление большего количества пищи, чем реально требуется для текущей физической активности) сохраняются в жировой ткани. Углеводы и белки, поступающие с пищей, могут быть преобразованы в жир. Углеводы могут сохраняться как гликоген в печени и мышцах, а могут превращаться в триглицериды и перемещаться в жировую ткань для хранения. Аминокислоты белков используются для синтеза новых белков или могут быть преобразованы в углеводы и жир. Жирные кислоты в форме триглицеридов потребляются с пищей или могут быть синтезированы печенью. Незначительный синтез свободных жирных кислот происходит в клетках жировой ткани (адипоцитах). Триглицериды – наиболее важный источник жирных кислот, поскольку это та форма, в которой диетические липиды собираются в системе пищеварения и печени. Триглицериды состоят из длинной цепочки жирных кислот. Они гидролизуются в глицерин и свободные жирные кислоты ферментом под названием липопротеиновая липаза (LPL). Свободные жирные кислоты поднимаются в клетки жировых тканей и снова сохраняются как триглицериды через комплексный процесс. Инсулин, гормон, выделяемый клетками поджелудочной железы, играет важную роль в липогенном процессе. Инсулин стимулирует формирование LPL. LPL нарушает

циркуляцию, освобождая жирные кислоты, которые могут поступить в адипоцит. Также инсулин требуется для транспортировки глюкозы, необходимой для преобразования свободных жирных кислот в триглицериды в адипоцитах. Преобразование глюкозы в жирные кислоты происходит, когда инсулин активизируется несколькими ферментами.

### **Причины ожирения:**

Когда человек потребляет больше калорий, чем сжигает, лишние калории сохраняются в форме жировых отложений.

- Генетически обусловленное ожирение передается по наследству. Если родители страдают от ожирения, то и у потомства есть тенденция к накоплению лишнего жира. Даже диета, привычки и образ жизни, имеющие место в семье, вносят свой вклад в ожирение.

- Психологические беспокойства – у некоторых людей есть тенденция “заедать” свою скуку, гнев или печаль. Это приводит к ожирению.

- Расстройства пищеварения.

- Болезни – гипотиреоз, синдром Кушинга, депрессия, определенные неврологические проблемы приводят к переданию, которое в свою очередь стимулирует накопление жира.

**Ожирение отражается на здоровье и вызывает:** диабет второго типа, болезни сердца, высокое кровяное давление, инсульт, некоторые виды рака, образование камней в желчном пузыре.

Доказано, что полезна даже небольшая потеря в весе.

- Постепенно изменяйте свои предпочтения в еде (человеческое тело реагирует отрицательно, если калории снижаются за счет замедления основного обмена

веществ. Это делает потерю в весе затруднительной).

- Вы похудеете в том случае, если будете сжигать больше калорий, чем потребляете. Следовательно, употребление меньшего количества пищи и более активный образ жизни станут хорошим подспорьем в похудении.

- Человек с умеренной физической активностью нуждается в 33 калориях на килограмм для поддержания массы тела ежедневно.

- Уменьшение потребляемых калорий до 300 в день и увеличение физической активности, которая позволит сжигать 200 калорий ежедневно, приводит к потере 400 грамм веса в неделю.

Чтобы удовлетворить основные пищевые потребности, каждый день ешьте разнообразные продукты. Из пяти групп пищевых продуктов (молочных, мяса, фруктов, овощей и хлебных злаков) выберите по одному. Сбалансированное питание – мудрый выбор. Такая диета поможет вам сохранять оптимальный вес.

Регулярная физическая активность (оживленная ходьба, оздоровительный бег или плавание) является ключевым фактором для достижения постоянной потери в весе и улучшения здоровья. Эксперты в области здоровья советуют

ежедневно делать гимнастику в течение 30 минут или дольше. Упражнения должны быть умеренно энергичными – настолько, чтобы быть достаточно эффективными и в то же время не переутомлять. Принять некоторые простые меры для эффективного сжигания калорий. Например: взять в привычку совершение послеобеденных прогулок, использовать лестницы вместо лифтов и эскалаторов, парковать автомобиль подальше, чтобы иметь возможность пройтись и т.д. Физические упражнения улучшают настроение, снимают напряжение и несколько снижают аппетит.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Баптың негізгі есебі артық салмағы бар адамдарға көмектессін, артық салмақпен сабақтас ауруларды қатардан өзін арашалау. Диетаға және физикалық жүктемеге көңіл бөлді бапта, артық салмақ азайту және өмірдің қуанышын тауып алу үшін сол үшінмен. Нормалы салмақпен өмір - бұл аңыз емес, бұл нақтылық.

#### **SUMMARY**

The main task of article to help people who are overweight, to protect themselves from a number of diseases associated with being overweight. The paper paid attention to diet and exercise, in order to reduce excess weight and find joy in life. Life of normal weight - it's not a myth, it is reality.

---

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ**

**Никипорец М.В.**

*Казахский Национальный медицинский  
университет им. С.Д. Асфендиярова*

Проблема высокой стоматологической заболеваемости остается одной из наиболее острых и актуальных, представляющих реальную угрозу состоянию

здоровья людей. Согласно классификации академика Ю.П. Лисицына – ведущее влияние на здоровье общества в целом оказывает образ жизни (50%), 20%

оказывают влияние природные и климатические факторы, 20% - влияние наследственно-генетических факторов и только 10% - зависят от качества медицинской помощи [1].

За последние годы накоплены данные о влиянии на распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний так называемых «факторов риска», определение патогенетической роли которых позволит предупредить диспропорцию между клиническими вариантами нормы и патологии. Стоматологическое здоровье оценивается с двух сторон – субъективной, зависящей от самой личности по отношению к своему здоровью; и объективной, обусловленной уровнем развития стоматологической службы, принципами организации медицинской помощи, распространенностью стоматологических заболеваний. К числу причин, способствующих развитию стоматологических заболеваний, относят большое число факторов риска: активность системы локальной противокариозной защиты эмали, наследственность, состояние иммунной системы, соматические заболевания. Наряду с указанными причинами, существенное значение на состояние стоматологического здоровья оказывают социально-гигиенические факторы, характер и изменчивость которых зависит не только от индивида, но и от экологической ситуации в регионе, образа жизни людей, профессиональной деятельности.

Основной задачей стоматологии является профилактика заболеваний зубочелюстной системы, конечным итогом, которой должно быть полное избавление человечества от этих проблем. Эффективность методов профилактики определяется не только качеством, работы самих стоматологов, но и степенью участия в этом процессе рядовых граждан, то есть, тех заинтересованных лиц, ради которых и ведется эта работа. В

соответствии с рекомендациями ВОЗ (1980), целесообразно выделять следующие составляющие профилактики: первичную профилактику — мероприятия, которые снижают вероятность возникновения заболевания; вторичную — мероприятия, прерывающие, предотвращающие или замедляющие прогрессирование заболевания на ранней стадии; третичную профилактику — мероприятия, направленные на снижение прогрессирования осложнений заболевания или уже имеющихся нарушений.

Предупредить возникновение стоматологических заболеваний можно путем своевременного устранения их причин. В профилактические мероприятия общего характера, применяемые врачами-стоматологами должны входить: санитарно-просветительная работа; беседы о необходимости профилактических мероприятий; обучение профилактическим мероприятиям; предотвращение вредных привычек; направление на консультацию к оториноларингологу; информационные буклеты для пациентов (памятки); диспансеризация; профилактические осмотры в детских учреждениях. Врачи-стоматологи должны использовать и специальные профилактические мероприятия: миогимнастику; массаж; пластику аномально расположенных уздечек; сошлифовывание бугров нестершихся временных зубов; профилактические аппараты. Программа профилактики стоматологических заболеваний является действенным средством снижения частоты стоматологической патологии. Однако, в условиях перехода к рыночным отношениям, сокращения бюджетного финансирования объем профилактических мероприятий резко сократился, и население страны оказалось практически лишенным профилактической стоматологической помощи.

**Список использованной литературы:** Н.И. – Москва: МЕДпресс-информ, 2004.  
1.Общественное здоровье и здраво- – 528с.  
охранение: Учебник для студентов мед.  
вузов/ Под ред. Миняева В.А., Вишнякова

---

## ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

## ОСНОВНАЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА

**Бермагамбетова Г.Н.***Министерство здравоохранения Республики Казахстан*

Одной из задач, стоящих перед общественностью современного Казахстана, является решение вопросов сохранения здоровья, в том числе репродуктивного, детей и подростков Казахстана, которые составляют одну треть всего населения.

Важной социальной группой являются подростки, численность которых в Республике составила 838 тысяч человек (5.2% от общего населения), в связи с особенностями анатомо-физического развития, юношеским максимализмом, безответственным отношением к своему здоровью, пристрастием к вредным привычкам и факторам рискованного поведения, в том числе ранним сексуальным связям.

В республике подростковый возраст определен 15- 17 лет 11 месяцев 29 дней, согласно которого ведется статистика заболеваемости, что отражено в сборниках Агентства РК по статистике о состоянии здоровья населения РК и деятельности организаций здравоохранения, в то время как по определению Организации Объединенных Наций подростки - это лица в возрасте 10-19 лет. Такая разница в возрастных критериях не позволяет сопоставлять данные республики с мировой статистикой.

В Казахстане существующая нормативно-правовая база гарантирует охрану здоровья подростков, включая репродуктивное.

Важнейшим базовым документом является Конвенция о правах ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 20 ноября

1989 года, и подписанная Президентом РК Н.Назарбаевым, которая ратифицирована нашим правительством в 1994 году. Первый правительственный отчет Казахстана был заслушан на 33-й сессии Комитета ООН по правам ребенка в 2003 году в Женеве, который получил позитивную оценку, данную экспертами Комитета ООН. Одним из положительных достижений Казахстана признано развитие и совершенствование новой законодательной базы, а также сотрудничество государственных структур с международными организациями по вопросам детства. К этому времени (08.08.02.) в Казахстане был принят закон РК «О правах ребенка», согласно которого на основании статьи 1 Конвенции о правах ребенка, в которой определен возраст ребенка (это лицо, не достигшее 18 лет), ребенком признается лицо, не достигшее 18 летнего возраста.

В соответствии с Конституцией Республики Казахстан (статья 27) «Брак и семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой общества и государства». Этот основополагающий тезис получил свое развитие в законах «О браке и семье», «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан», «О правах ребенка», «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления», «Об образовании», а также в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года.

Основным законодательным документом на современном этапе является Кодекс, согласно главы 17 «Охрана репродуктивных прав человека» несовер-

шеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также на получение нравственно-полового воспитания (статья 96). Статья 97 регламентирует искусственное прерывание беременности несовершеннолетним производить только с согласия их родителей или иных законных представителей. Кодексом предусмотрена обязательная разъяснительная работа врачей с женщиной для предупреждения искусственного прерывания беременности, направленная на разъяснение морально-этических, психологических и негативных физиологических последствий и осложнений абортов, а также включая индивидуальный подбор методов и средств контрацепции. Это чрезвычайно важно в случае взаимодействия с несовершеннолетними девушками (т.е. по достижении восемнадцатилетнего возраста), когда последствия прерывания беременности, особенно первой, чрезвычайно серьезны и непредотвратимые, включая бесплодие.

Важнейшим законодательным актом является Закон Республики Казахстан «О браке и семье» от 17.12.98 с дополнениями 24.12.01, 10.01.06, согласно которого ребенок (а ими считаются лица до 18 лет) имеет право жить и воспитываться в семье, и родители обязаны заботиться о здоровье своих детей. Статьей 10 установлен брачный возраст мужчин и женщин-восемнадцать лет (пункт 1), но при наличии уважительных причин, а это в основном наличие беременности или рождение ребенка, брачный возраст может быть снижен не более двух лет (пункт 2) органами записи актов гражданского состояния по месту государственной регистрации заключения брака. При этих обстоятельствах органы ЗАГС вправе зарегистрировать брак после исполнения 16 лет с предоставлением подтвержда-

ющих документов. Ходатайствовать о снижении брачного возраста могут сами желающие вступить в брак или их родители (опекуны) с указанием причины. Таким образом, брак между лицами, не достигшими брачного возраста, разрешается только с согласия родителей либо опекунов.

В этой связи позитивным является выход приказа МЗ РК от 19 октября 2006 года № 491 «О внедрении услуг, дружественных к молодежи», согласно которого расширяется доступ молодежи к медицинским услугам, а молодежные центры здоровья являются проводниками этих идей. Особенностью этих Центров является анонимность, конфиденциальность, профессиональность и доступность в получении информации, касающейся вопросов сохранения сексуального и репродуктивного здоровья, различных вопросов социального и юридического плана. На сегодня в Казахстане функционирует 17 Центров, которые совершенствуют свои услуги подросткам и молодежи.

В итоге, Государство берет на себя регулирование в области репродуктивных прав граждан различного возраста: детей, подростков, молодых людей (наравне со взрослыми), а именно в получении бесплатной, доступной, добровольной и качественной помощи по вопросам планирования семьи, контрацепции, профилактики инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ-инфекцию.

#### **Выводы:**

Охрана репродуктивного здоровья подростков базируется на нормативно-правовой базе Республики Казахстан.

Требуется решение вопроса о возрастных критериях детей и подростков в соответствии с рекомендациями ВОЗ, так как при составлении различного рода статистических данных, включающих вопросы состояния здоровья, в Казахстане

используются прежние возрастные критерии, а именно: дети- это лица в возрасте от 0 до 14 лет и подростки- лица в возрасте от 15 до 17 лет включительно.

Реализация мер охраны репродуктивного здоровья нуждается в межведомственном подходе с использованием международного и собственного опыта.

---

## СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ТАЗОВЫХ БОЛЕЙ

Максутова Д.Ж.

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

Синдром хронических тазовых болей (ХТБ) представляет для клинициста весьма сложную проблему. Это обусловлено, с одной стороны, большим числом заболеваний, сопровождающихся ХТБ, с другой – отсутствием четкого алгоритма диагностики и лечения данной патологии. Зачастую больные годами наблюдаются и лечатся у врачей различного профиля, при этом существенного улучшения самочувствия они не отмечают, несмотря на использование различных медикаментозных средств /1/. В нашей клинической практике мы наблюдали случай, когда ХТБ были обусловлены несколькими причинами: варикозной болезнью вен малого таза, синдромом Аллена-Мастерса и спаечным процессом в малом тазу.

Б-ая 26 лет обратилась в НЦАГиП им. академика В.И. Кулакова с жалобами на боли внизу живота постоянного тупого, ноющего характера, усиливающиеся после физической нагрузки, нервных перенапряжений, возникающие во время полового акта. Из анамнеза: половая жизнь больной началась в 19 лет, в браке состоит с 2000г. Менструации с 13 лет, установились сразу, по 6 дней, через 28 дней, регулярные, болезненные, в умеренном количестве. Беременность была одна, закончившаяся срочными родами в 2000г. Родился мальчик с массой тела 3800 г. ростом 53 см, с оценкой по

шкале Апгар 8 и 8 баллов. Пеллалгии возникли на 5-й день после первых своевременных родов в 2000г., усилились с течением времени. До обращения в клинику пациентка в течение 3 лет обследовалась и лечилась у гинеколога, невропатолога, уролога без положительного эффекта. В 2001 году произведена лапароскопия, в ходе которой обнаружены разрывы задних листков широких связок матки (синдром Аллена - Мастерса), дефекты париетальной брюшины были зашиты. Несмотря на проведенное хирургическое лечение, пеллалгии сохранялись, прослеживалась четкая связь усиления тазовых болей с физической нагрузкой, фазой менструального цикла, половым актом. При поступлении предъявляла жалобы на боли в нижних отделах живота, больше слева. Состояние удовлетворительное, живот при пальпации болезненный в нижних отделах, больше слева. При гинекологическом исследовании: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно, влагалище без видимой патологии. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Тело матки нормальных размеров, отмечается болезненность при смещении. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненны. Выделения из половых путей слизистые.

Выраженность тазовых болей соответствовала 8-9 баллам (боль тяжелой степени по шкале McGill). У больной предположена варикозная болезнь вен малого таза (ВБВМТ). Для оценки состояния внутритазовых вен пациентке выполнено трансвагинальное ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС). Результаты исследования свидетельствовали о варикозной трансформации гонадных вен, расширении вен параметрия и рефлюксе крови в них.

По данным эмиссионной компьютерной томографии тазовых вен с мечеными *in vivo* эритроцитами выявлено избыточное накопление радиофармпрепарата в венах матки и параметрия, что соответствовало скинтиграфической картине тазового венозного полнокровия. Больной назначено консервативное лечение: прием венотонических препаратов (гесперидин 50 мг, диосмин 450 мг, 2 табл. в сутки), выполнение специальных лечебных гимнастических упражнений в течение 2 мес. Медикаментозное лечение оказалось неэффективным, сохранялись клинические признаки тазового венозного полнокровия. С учетом болевого синдрома, не купирующегося при фармакотерапии, данных инструментальных исследований, пациентке было предложено хирургическое лечение. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов малого таза, компьютерной томографии брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза органических изменений не выявлено. Пациентка осмотрена гинекологом и невропатологом, патологии не выявлено.

Для уточнения анатомических особенностей строения яичниковых вен и выбора метода лечения больной 27.09.2008г. выполнены двусторонняя селективная овариография, тазовая флебография. Установлены стволовой тип строения гонадных вен, выраженный

патологический рефлюкс крови в них. Решено выполнить двустороннюю эндоваскулярную эмболизацию яичниковых вен спиральями Gianturco /2,3/. В течение первой недели после эмболизации больная отмечала уменьшение болей в гипогастральной области, а в последующем пеллалгии вновь возобновились, хотя их интенсивность несколько уменьшилась. Боли не купировались приемом нестероидных противовоспалительных и флеботропных препаратов, иррадиировали в промежность, левую нижнюю конечность. Больную наблюдали в течение 6 мес. Несмотря на консервативное лечение болевой синдром (3 балла) сохранялся, появились симптомы массивной депрессии. Данное УЗАС свидетельствовало об отсутствии кровотока в гонадных венах, уменьшении выраженности рефлюкса крови в венах параметрия. Для оценки состояния гонадных и внутритазовых вен 25.03.2009г. больной выполнена повторная овариография в амбулаторных условиях. Установлено, что левая и правая гонадные вены не контрастируются, однако обнаружена дополнительная левая гонадная вена диаметром 7 мм, с рефлюксом контрастного вещества в ней, впадающая в левую почечную вену практически у ворот почки, в связи с чем ее эндоваскулярная окклюзия представляла большие технические трудности. С учетом сохраняющихся тазовых болей, результатов повторной овариографии, возможности развития асептического воспаления в эмболизированной левой гонадной вене с вовлечением окружающих тканей решено выполнить внебрюшинную резекцию левой гонадной вены со спиральями Gianturco и резекцию добавочной вены на этой же стороне. Операция произведена 12.04.2009 г., в ходе которой выявлено, что в левой гонадной вене диаметром около 8 мм, в которой располагаются

спирали Gianturco, кровотока нет. Установлено, что имеются сращения между эмболизированной веной в средней трети и левым бедренно-половым нервом. Кроме того, на 2 см латеральнее основного ствола левой гонадной вены имеется извитая, варикозно измененная вена диаметром 7 мм. Произведена резекция эмболизированной вены и дополнительной левой яичниковой вены на протяжении 15 см.

В послеоперационном периоде больная отмечала значительное уменьшение болевого синдрома в гипогастральной области (до 2 баллов), однако боли полностью не исчезли. В послеоперационном периоде пациентка повторно осмотрена гинекологом. С учетом сохраняющегося болевого синдрома пациентке была рекомендована диагностическая лапароскопия. Оперативная лапароскопия 20.04.2009 произведена в гинекологическом отделении. В ходе операции обнаружено, что на заднем листке широкой связки матки слева имеются грубые спайки, за счет которых листок широкой связки матки повернут кзади и представлен в виде кармана. Интраоперационно диагностирован спайчатый процесс в малом тазу. Тупым и острым путем, а также с помощью электрокоагулятора произведено рассечение спаек. Больная выписана на 5-й день после лапароскопии в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде и в течение 6 последующих месяцев наблюдения, пациентка жалоб не предъявляла, боли в левой повздошно-паховой области не беспокоили, купировались явления диспареунии.

Таким образом, приведенный клинический случай свидетельствует, что в ряде ХТБ могут быть обусловлены сочетанной патологией. Рациональное сочетание инструментальных исследований, на которых должна базироваться диагностика тазовых болей, позволяет

добиться полного исчезновения ХТБ /4 /. Поэтому каждая женщина, страдающая пеллалгиями, нуждается в комплексном обследовании, включающем на первом этапе осмотр гинеколога и флеболога, УЗИ органов малого таза и УЗАС тазовых вен. В дальнейшем алгоритм обследования требует выполнения лапароскопического исследования в отсутствие венозной патологии. Следует также учитывать, что наличие варикозной трансформации гонадных вен не исключает существенной гинекологической патологии. В связи с этим необходим индивидуальный подход, что в ряде случаев обуславливает необходимость выполнения лапароскопии больным с ВБВМТ без очевидных клинических признаков патологии органов малого таза. Получая максимально полную информацию о состоянии тазовых вен, матки и придатков, мы можем планировать и выполнять сочетанные хирургические вмешательства, преследующие одну цель – купирование хронических тазовых болей.

#### Список использованной литературы:

- 1.Руководство по ангиографии. Под ред. И.Х. Рабкина. М., «Медицина», 2006. - 280 с.
2. Goodwin S.C., Lai A.C. Uterine embolization technique//J.Vasc.Interv.Radiol. - 2000. – Vol.11(3). – P.26-32.
- 3.Лужа Д. Рентгеновская анатомия сосудистой системы. Издательство академии наук Венгрии. Будапешт, 2001. - С. 143-147.
4. Sproule M.W., Bendoric A.M., Grant K.A., Reid A.W. Embolization of uterine artery// J. Obstet. Gynaecol. -2004. – Vol.101. - P. 908-909.

#### ТҮЖЫРЫМ

Бұл салада жүргізілген клиникалық зерттеулер көрсеткендей, бұл ауру басқа да қосымша аурулармен, мәселен, кіші жанбастағы варикоз, Аллена

Мастерс және кіші жанбасқа қосылып қалған аурумен бірлесуі мүмкін. Осындай жағдайда осы көрсеткіштерге сай тиісті ем қолдануы қажет, оның бірі лапароскопия.

#### SUMMARY

By applying the described case of a female patient with chronic pelvic pain (CPP) syndrome, the

authors show that CPP can be caused by comorbidity (small pelvic varices, Allen-Masters syndrome, and small pelvic adhesion). An individual approach should be applied to each specific case, which determines in some cases a need for not only the treatment of pelvic vein diseases, but also laparoscopy without apparent clinical signs of small pelvic pathology.

## КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

МаксUTOва Д.Ж.

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

Миома матки представляет собой доброкачественную опухоль моноклонального происхождения, развивающуюся из гладкомышечных клеток и содержащую различное количество волокнистой соединительной ткани. Частота возникновения миомы матки составляет 15–17% у женщин старше 30 лет и 30–35% у женщин, достигших пременопаузального возраста [1,2]. Наиболее распространенным методом лечения миомы матки остается гистерэктомия. Использование малоинвазивных и неинвазивных методов лечения на ранних этапах развития миомы матки позволяет остановить развитие заболевания, привести к его регрессу и не допустить в дальнейшем нарушения репродуктивной функции [3,4]. Основными инструментальными методами диагностики миомы матки являются ультразвуковое исследование (УЗИ), значительно реже — компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). В последние два десятилетия гистероскопия и лапароскопия обеспечили новый метод диагностики и лечения миомы матки. Информативным методом распознавания субмукозной и интерстициальной с центрипетальным ростом миомы матки является гистероскопия (точность

достигает 99,2%). Лапароскопия используется преимущественно при необходимости дифференциальной диагностики миомы и опухоли яичника, а также для распознавания вторичных изменений в миоматозных узлах, являющихся противопоказанием к консервативной терапии.

У половины пациентов болезнь протекает бессимптомно и диагностируется только при гинекологическом или ультразвуковом исследовании. Но у каждой второй женщины возникают симптомы заболевания, которые ухудшают качество жизни и требуют лечения. Симптомы зависят от количества, размеров и расположения миоматозных узлов, а также от степени вторичных дегенеративных и воспалительных изменений в ткани узлов. Основные симптомы миомы матки:

- 1) Обильные, длительные менструации и/или ациклические кровотечения, которые приводят к развитию железодефицитной анемии.
- 2) Тянущие боли внизу живота (у 20–30% больных), очень редко возникают острые боли, связанные с нарушением кровотока в миоматозных узлах, и сопровождаются повышением температуры, слабостью

3) Сдавление соседних органов - мочевого пузыря, прямую кишку, что проявляется учащенным мочеиспусканием, запорами.

4) Бесплодие, невынашивание беременности.

Тактика ведения больных миомой матки включает три основных направления: выжидательное, консервативное и активное воздействие на опухоль. *Выжидательное ведение больных с миомой матки* возможно только при отсутствии симптоматики и небольших по размеру (до 10–12 недель) опухолях при реализованной репродуктивной функции и заключается в активном амбулаторном наблюдении: динамическое ультразвуковое исследование, цитологический контроль состояния эпителия шейки матки и эндометрия, определение уровня онкомаркеров. *Консервативное ведение больных миомой матки* заключается преимущественно в гормональном лечении, хотя в последние годы предложены противифибротические средства, антиангиогенные, аналоги соматостатина (в настоящий момент эти препараты находятся на стадии клинических испытаний). Среди гормональных препаратов несомненное лидерство принадлежит аналогам гонадолиберина и антигестагенному препарату — мифепристону (RU 486). Эти препараты используются как в качестве самостоятельного лечения, так и в качестве адъювантной терапии, имеющей определенные преимущества и недостатки. *Активная тактика ведения больных с миомой матки* делится на два основных направления: хирургическое лечение и малоинвазивные вмешательства. Хирургический метод продолжает оставаться основным методом лечения данной категории больных — до 80% больных подвергаются гистерэктомии или миомэктомии. Однако многие женщины в наше время стремятся отложить деторождение на более поздний возраст,

когда, к сожалению, значительно чаще развивается миома матки. Поэтому совершенствование медикаментозного лечения и малоинвазивных, органосохраняющих технологий является основной тенденцией в современных условиях.

В настоящее время можно выделить три основных подхода к лечению миомы матки:

1. Хирургические методы лечения: радикальные операции (гистерэктомия, применяемая при миоме матки больших размеров, множественной, при сочетанной патологии у женщин с реализованной репродуктивной функцией) и органосохраняющие операции (миомэктомия, применяемая при нереализованной репродуктивной функции).

2. Неинвазивные методы лечения: медикаментозное лечение, направленное на контроль роста миомы и развития симптомов заболевания, и фокусированная ультразвуковая абляция миомы матки.

3. Малоинвазивные методы лечения (эмболизация маточных сосудов).

Медикаментозная терапия в качестве монотерапии назначается пациенткам при бессимптомном течении заболевания и при небольших (менее 12 нед беременности) размерах опухоли [1,5]. Современное медикаментозное лечение включает применение агонистов гонадотропин-рилизинг гормона (аГн-РГ) либо в качестве долгосрочной монотерапии, либо как этап комбинированного метода [5]. Однако, даже при минимальном курсе лечения (3–4 мес.), они обладают выраженным побочным действием, связанным с развитием эстроген-дефицитного состояния. Механизм действия этих препаратов заключается в подавлении гонадотропной функции гипофиза, вследствие которой развивается гипоестрогения и блокада продукции прогестерона. Десенситизация гипофиза и подавление функции яичников приводят к уменьшению объема матки и

миомы примерно на 50–65% и прекращению меноррагий, благодаря развитию аменореи, что позволяет скорректировать анемию до операции. Важной особенностью действия аГн-РГ является снижение кровоснабжения узлов, что стимулирует процесс апоптоза, а также уменьшает кровопотерю и сокращает длительность оперативного вмешательства. Принципиально новым препаратом, применяемым при лечении больных с миомой матки, является антипрогестин — *мифепристон* — синтетический стероид, обладающий одновременно антипрогестероновой и антиглюкокортикоидной активностью. Механизм действия заключается в связывании с прогестероновыми рецепторами, вследствие чего блокируется их функция. Суточная доза препарата — 50 мг в течение 3 мес. перорально, непрерывно. Эффективность препарата сравнима с эффективностью аналогов гонадолиберина — на 40–49% уменьшаются размеры матки и узлов. Основная особенность действия этого препарата — отсутствие гипоэстрогении, поэтому не наблюдается ни вазомоторных симптомов, ни снижения минеральной плотности костной ткани. У большинства женщин с миомой матки развивается аменорея при 3-х месячном и более длительном курсе лечения /5,6/.

Недавно предложены совершенно новые подходы к лечению миомы матки — блокирование действия специфических факторов роста /7,8/. Действие одной группы препаратов (антифибротическая терапия) основывается на том, что миомы содержат большое количество внеклеточного матрикса, состоящего из фибронектина, коллагена типа 1, 3 и протеогликанов. Доказано, что ТФР-бета и ФРФ увеличивают продукцию межклеточного вещества гладкомышечными клетками и снижают образование

коллагеназы. Пирфенидон — антифиброзный препарат, ингибирует синтез ДНК, клеточную пролиферацию и продукцию коллагена в гладкомышечных клетках миомы и нормального миометрия, вызванную вышеназванными факторами роста. Этот препарат обладает дозозависимым действием, минимальным количеством побочных эффектов и не оказывают токсического воздействия на гладкомышечные клетки (в настоящее время проводятся клинические испытания).

Другим направлением в органосберегающих методах лечения миомы матки, которые бы при высокой эффективности обладали и максимальной (достаточной) безопасностью, стала разработка в конце 90-х годов нового неинвазивного хирургического метода, который получил название «Неинвазивная абляция миомы матки воздействием фокусированного ультразвука (ФУЗ) под контролем ядерно-магнитно-резонансной томографии». Об эффективности и безопасности ФУЗ-МРТ-абляции сообщали С. М. Tempany и соавт. (2000), Rabinovici J. и соавт. (2002), а Jolesz F.A., Hunynen K. (2002) назвали метод ФУЗ «идеальной операцией». Технология ФУЗ-МРТ представляет собой сочетание высокоинтенсивного фокусированного ультразвука, луч которого неинвазивно нагревает выбранные участки ткани миомы и вызывает их термический некроз, и магнитно-резонансной томографии. Звуковые волны проходят сквозь ткани, не вызывая их повреждения, и за счет фокусировки волн происходит локальный нагрев ткани миомы до 55–90°C, что вызывает термическую коагуляцию в четко ограниченной области, не оказывая никакого вредного воздействия на окружающие ткани. Продолжительность процедуры ФУЗ-МРТ абляции зависит от объема и количества узлов и в среднем

составляет 3–4 часа. Эта процедура проводится амбулаторно, без общей анестезии, во время нее пациентка находится в сознании. После лечения пациентки обычно наблюдаются в стационаре в течение двух часов, что обусловлено только периодом действия седативных препаратов премедикации, и на следующий день уже трудоспособны. *Показаниями к ФУЗ-МРТ-абляции миомы матки* являются: меноррагии, болевой синдром, симптомы сдавления соседних органов, размеры миоматозных узлов от 2 до 15 см, интерстициально-субсерозные, интерстициальные и интерстициально-субмукозные узлы, при количестве миоматозных узлов не более 5. *Противопоказаниями для ФУЗ-МРТ-абляции миомы* следующие: субсерозные миомы на ножке, сочетанная гинекологическая патология — воспалительные процессы в малом тазу, бесплодие, образования в яичниках, онкологические заболевания, нереализованная репродуктивная функция, размеры миоматозных узлов менее 2 см, выраженное retroflexio-versio матки, грубые послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке, ожирение II–III степени, тяжелые аллергические реакции на контрастные вещества.

Группой исследователей из [США](#) изучена безопасность и эффективность операций фокусированным ультразвуком под контролем МРТ для неинвазивного лечения миомы матки /9/. Согласно этим данным происходит уменьшение миомы через 3 мес на 37%, через 6 мес на 48% /10/. За последние 2 года получено 30 беременностей у женщин, перенесших ФУЗ-МРТ-абляцию миомы матки и 13 родов без осложнений /11/. Среди осложнений ФУЗ-МРТ-абляции выделяют незначительную воспалительную реакцию (субфебрильная температура) и ожог I степени. Таким образом, ФУЗ-МРТ-абляция имеет определенные преимущест-

ва по сравнению с малоинвазивными и инвазивными методами лечения: это легкопереносимая процедура проводится в амбулаторных условиях, немедленное восстановление трудоспособности, сохранение матки, отсутствие комбинированного эндотрахеального наркоза, отсутствие интраоперационной кровопотери и интра- и послеоперационных осложнений, отсутствие постэмболизационного синдрома.

Другим видом лечения, относящимся к малоинвазивным технологиям, является эмболизация маточных артерий (ЭМА), предложенная в 1995 г. доктором Жаком Раввина, в качестве реальной альтернативы хирургическим операциям, представляет собой уникальный метод лечения миомы матки. К 2005 г. в мире выполнено около 100 000 эмболизаций /12/. ЭМА основана на сокращении кровоснабжения всего миометрия (кратковременно) и миоматозных узлов (долговременно) путем окклюзии ветвей маточной артерии. Преимуществами этого вмешательства являются: сохранение матки, отсутствие кровопотери во время проведения процедуры, одновременное влияние на все миоматозные узлы, независимо от локализации, отсутствие комбинированного эндотрахеального наркоза, более краткий срок пребывания больной в стационаре и меньший риск развития осложнений. Доказана высокая эффективность ЭМА: уменьшение меноррагий — на 86–92%, уменьшение размеров матки (миоматозных узлов) — на 40–60%, регресс болевого синдрома у большинства больных. Постэмболизационный синдром различной степени интенсивности: лихорадочное состояние, тошнота, рвота, слабость, лейкоцитоз в сочетании с «разлитой» болью в абдоминальной области, возникает у 30–40% больных и купируется самостоятельно в первые 48 часов при условии консервативной терапии. Двойко можно

относиться к аменорее, возникающей примерно у 5% больных: для пациенток пременопаузального возраста, страдающих меноррагиями, это состояние является благоприятным исходом; для пациенток, желающих сохранить репродуктивную функцию, — это безусловно серьезное осложнение. Также и транцервикальная экспульсия миоматозного узла, отмеченная у 5–18% больных с субмукозной миомой матки, которая, как правило, протекает без значительного кровотечения.

Таким образом, в настоящий момент показаниями к ЭМА при миоме матки являются все состояния, требующие хирургического лечения за исключением: субсерозных миом на ножке; сочетания миомы матки с воспалительными процессами органов малого таза, с образованиями в яичниках, с гиперпластическими процессами эндометрия, с подозрением на саркому матки; сочетания миомы матки и бесплодия; миомы матки у женщин с нереализованной репродуктивной функцией, больных с почечной недостаточностью и с тяжелыми аллергическими реакциями.

В заключение можно сказать, что именно развитие органосохраняющих неоперативных технологий в последние годы является приоритетным направлением в гинекологической практике европейских стран. К сожалению, попытки применения медикаментозного лечения не позволяют на современном этапе полностью исключить необходимость гистерэктомии. ЭМА — перспективный метод, возможно, способный заменить хирургические методы воздействия, также как и ФУЗ-МРТ-абляция, однако эти методы требуют применения согласно строгим показаниям и противопоказаниям и с учетом технических ограничений.

#### Список использованной литературы:

1. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению больных лейомиомой матки. М.: МЕДпресс-информ., 2004.- 400 с.
2. Сидорова И.С. Миома матки (современные проблемы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения). - М.: Медицинское информационное агентство. - 2002. - 256 с.
3. Кулаков В. И., Кира Е. Ф. Термическая абляция миоматозных узлов фокусированным ультразвуком — новый метод неинвазивной хирургии // Акуш. и гин. -2006.- № 5.- С. 3–5.
4. Курашвили Ю. Б., Мышенкова С. А. и др. Патогенез воздействия ФУЗ-абляции на миому матки // Материалы V форума «Мать и дитя»: сб. науч. тр. - М., 2007.- С. 439–440.
5. Luo X., Ding L. et al. Leiomyoma and myometrial gene expression profiles and T response to gonadotropin releasing hormone analogue (GnRHа) therapy // Endocrinology. - 2004. - Vol. 16.- P. 119–123.
6. Spitz I. M. Progesterone antagonists and progesterone receptor modulators // Expert. Opin. Investig. Drugs. - 2003.- Vol.12 (10). - P. 1693–1707.
7. Steinauer J., Pritts E. et al. Systematic review of Mifepristone for the treatment of uterine leiomyomata // J. Obstet. Gynecol. - 2004. - Vol. 103(6). - P. 1331–1336.
8. Young, S. L., Al-Hendy A. Potential Nonhormonal Therapeutics for Medical Treatment of Leiomyomas. In: Uterine Leiomyomas: Options and Choices / Editor in Chief, B. R. Carr. Seminars in Reproductive Medicine. - 2004.- Vol. 22 (2).- P. 121–130.
9. Stewart E. A., Gostout B. et al. Sustained relief of leiomyoma symptoms by using focused ultrasound surgery // Obstet. Gynecol. - 2007.- Vol. 110 (2).- P. 279–287.
10. Tempany C. M., Stewart E. A. et al. MRI-

guided focused ultrasound surgery (FUS) of uterine leiomyomas: a feasibility Study // Radiology. – 2003. - Vol. 22. - P. 897–905.

11. Rabinovici J. Pregnancies and Deliveries After MR-Guided Focused Ultrasound Surgery For the Conservative Treatment Of Symptomatic Uterine Fibroids: MRgFUS 2008-Selected scientific abstracts. Washington.,2008. - 16 p.

12. Spies J.B. Uterine artery embolization and gynecologic embolotherapy. Zippincott Williams and Wilkins. -2005. - P.164-178.

#### ТҮЖЫРЫМ

Бұл мақалада дүниеге бала әкеле алатын жастаға әйелдердің жатыр ісігін емдеу шаралары қаралған. Жатырды сақтап қолу мақсатында қолданылатын жаңа әдістері баяндалған. Болашақ аналардың бала табу мүмкіншіліктерін сақтап қолу емдерінің нақты жодары көрсетілген.

#### SUMMARY

In this publication we performed the questions diagnostic, treatment of uterine myomas in women reproductive age. It was writing modern innovational organ-saving methods of treatment uterine myomas allowing to safe organ and in future realize reproductive function.

---

## НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЕННЫХ

**Б.А. Бегманова**

*Городская детская больница №1, г.Тараз*

**Введение:** Актуальной проблемой неонатологии, которая существенно влияет на показатели заболеваемости и смертности новорожденных, является **некротический энтероколит** (НЭК). Интенсивное развитие неонатологии и реаниматологии сделало возможным выживание детей, родившихся глубоко недоношенными, перенесших гипоксию в родах и имеющих признаки внутриутробного или интранатального инфицирования, а также родившихся с тяжелыми врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта и/или сердечно-сосудистой системы, что привело к росту заболеваемости НЭК. По данным различных авторов, она находится в пределах от 0,3 до 3 на 1000 детей. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных и колеблется в пределах от 28 до 54 % , а после оперативных вмешательств — 60 %, несмотря на

интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных. В странах, где уровень рождения недоношенных детей низкий (Япония, Швейцария), НЭК встречается реже — с частотой 2,1 % среди всех детей, поступающих в неонатологические отделения интенсивной терапии /1/.

**Некротический энтероколит новорожденных** — неспецифическое воспалительное заболевание, вызываемое инфекционными агентами на фоне незрелости механизмов местной защиты и/или гипоксически-ишемического повреждения слизистой кишечника, склонное к генерализации с развитием системной воспалительной реакции.

Считается, что НЭК — гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемия, пере-

несенная в перинатальном периоде, аномальная колонизация кишечника новорожденного и неадекватный характер питания ребенка в раннем постнатальном периоде.

Факторы риска развития НЭК: перинатальная асфиксия (ухудшение кровоснабжения кишечника за счет повышения кровоснабжения мозга и сердца), катетеризация пупочной артерии (вазоспазм и тромбоз эмболия), полицитемия (уменьшение кровотока в сосудах кишечника), артериальная гипотензия (снижение кровотока в кишечнике), незрелость иммунной системы, питательные смеси, прямая бактериальная инвазия, применение гипертонических растворов, непосредственное повреждение слизистой оболочки кишечника.

Значительную роль в патогенезе играют процессы централизации кровообращения, кровоизлияние в кишечную стенку и тромбоз ее сосудов, возникающие вследствие перенесенной перинатальной гипоксии и асфиксии; осложнений заменного переливания крови и инфузионной терапии, осуществлявшихся через пупочные сосуды; декомпенсации кровообращения при врожденных пороках сердца; болезни Гиршпрунга; токсикосептических состояниях, нарушениях барьерной функции кишечника, что способствуют колонизации кишечника. Потенциальное этиологическое значение в развитии НЭК могут иметь многие инфекционные агенты — аэробные и анаэробные бактерии, вирусы, но наиболее часто — *Kl.pneumonia*, *E.coli*, *Clostridium*, коагулазонегативный стафилококк, *Streptococcus* и грибы рода *Candida*. Воспалительные изменения происходят преимущественно в терминальном отделе подвздошной кишки и восходящей части поперечно-ободочной кишки вплоть до поражения всего

кишечника.

Разрешающим фактором развития НЭК часто бывает **интолерантное кормление** (большой объем, новая смесь, ее осмолярность, резкий переход на искусственное вскармливание и пр.), которое может быть субстратом для формирования патологического микробиоценоза кишечника и продукции водородных ионов, способствующих нарушению целостности кишечной стенки.

Сроки возникновения НЭК:

— *ранние*: с 1-го дня жизни;

— *поздние*: 30–99-й день жизни;

— *чаще всего НЭК* развивается на 5–14-й день жизни.

Клинические признаки НЭК можно условно разделить на системные, абдоминальные и генерализованные.

К системным относятся: респираторный дистресс, апноэ, брадикардия, летаргия, термоллабильность, возбудимость, плохое питание, гипотензия (шок), снижение периферической перфузии, ацидоз, олигурия, кровотечение.

К абдоминальным — вздутие и гиперестезия живота, аспираты желудка (остатки пищи), рвота (желчь, кровь), непроходимость кишечника (ослабление или исчезновение кишечных шумов), эритема или отек брюшной стенки, постоянная локализованная масса в животе, асцит, кровавый стул.

Генерализованные симптомы напоминают септический процесс и выражаются вялостью, гипотонией, бледностью, респираторным дистрессом, олигурией, персистирующим цианозом и кровоточивостью. Чем больше выражены перечисленные генерализованные признаки, тем больше тяжесть заболевания.

Согласно классификации Бэла, различают следующие стадии НЭК:

1 стадия, когда выявляют:

- а) кровь в стуле (визуально или по реакции Грегерсона);
- б) большой остаточный объем в желудке при зондовом питании;
- в) вздутие и напряжение живота, пальпируемые плотные петли кишечника;
- г) рентгенологически определяется растяжные кишечных петель.

2 стадия,

когда нарастают:

- а) увеличение живота и напряжение передней брюшной стенки;
- б) тромбоцитопения;
- в) ацидоз;
- г) рентгенологически определяется жидкость в брюшной полости.

3 стадия, когда развиваются:

- а) перфорация и перитонит
- б) шок /2/.

Течение заболевания в основном зависит от гестационного возраста: Молниеносное течение НЭК характерно для доношенных новорожденных, перенесших в родах асфиксию, травму головного и/или спинного мозга, гемолитическую болезнь и при пороках ЖКТ. Острое течение НЭК характерно для недоношенных новорожденных с массой тела при рождении менее 1500 г. Заболевание начинается на 2–4-й неделях жизни с ярко выраженных симптомов со стороны брюшной полости: срыгивания и рвота, отказ от еды, вздутие живота, нарушение пассажа по кишечнику. Вскоре присоединяются общесоматические симптомы, свидетельствующие об интоксикации и дисфункции жизненно важных органов и систем.

Подострое течение НЭК обычно для недоношенных детей с экстремально низкой массой тела. Симптоматика развивается постепенно с 3-й недели жизни. Ранние симптомы — появление интолерантности к энтеральному питанию и изменение характера стула. Обычен

метеоризм, но живот часто мягкий при пальпации, ригидность мышц брюшной стенки может отсутствовать, а при аускультации можно обнаружить шумы перистальтики. Такие больные требуют незамедлительного начала терапии и обследования (частые рентгенограммы и исследование стула на скрытую кровь). В отсутствие лечения эта форма НЭК манифестирует тяжелой системной и рентгенологической симптоматикой обычно в течение 24–36 часов.

Среди приведенных диагностических тестов наиболее постоянными и информативными являются изменения в гемограмме (лейкоцитоз / лейкопения, сдвиг лейкоформулы влево, тромбоцитопения), повышение С-реактивного протеина, ацидоз, электролитный дисбаланс, интерстициальный пневматоз и газ в портальной венозной системе по данным ультразвукового и рентгенологического исследований органов брюшной полости.

Выбор тактики лечения зависит от стадии заболевания: интенсивная терапия дает положительные результаты в 60–70% случаев НЭК у новорожденных, в остальных требуется хирургическое вмешательство. Существенным моментом в ведении новорожденных с данной патологией, во многом определяющим исход и прогноз заболевания, является прекращение всех видов энтерального кормления, включая дачу медикаментов *per os*, правильно проводимое полное парентеральное питание (ППП) через периферическую вену.

Показания к хирургическому вмешательству определяют 2 специалиста неонатолог и детский хирург.

*Абсолютные показания:*

1. Пневмоперитонеум.
2. Обнаружение при пальпации кишечного конгломерата.
3. Выявление фиксированной

кишечной петли.

4. Скопление газов в системе портальной вены.

5. Эритема брюшной стенки.

*Относительные:*

1. II стадия НЭК при прогрессирующем ухудшении состояния и невозможности добиться улучшения консервативными методами, а именно:

— нарастающая тромбоцитопения;

— нарастающий ацидоз;

— покраснение и цианоз передней брюшной стенки;

— напряжение живота на фоне ухудшения состояния;

— не поддающаяся консервативному лечению динамическая кишечная непроходимость;

— непроходящее растяжение петель кишечника, несмотря на декомпрессию в течение 6–8 часов.

2. Ригидность мышц брюшной стенки.

3. Тяжелые желудочно-кишечные кровотечения.

В последние годы наметилась тенденция к более раннему хирургическому лечению, начиная с 2-ой стадии, что позволяет снизить летальность и процент тяжелых осложнений.

**Материалы и методы:** Проведен анализ истории болезни новорожденного ребенка с некротическим энтероколитом.

Данный ребенок родился от 4-ой беременности и 4-ых родов. Во 2-ой половине беременности мать перенесла ОРВИ, фурункулез и кольпит. Роды перенесенные, в сроке 41-42 недели со стимуляцией. Родился с весом 3612 г, в асфиксии. К груди приложен в первые сутки. На 2-ой день у ребенка появилась одышка, многократная рвота, вздутие живота, отсутствие стула. С подозрением на кишечную непроходимость ребенок из районной больницы переведен в хирургическое отделение областной больницы.

На 3-й день у ребенка отмечался желудочное кровотечение. На обзорной Р-графии брюшной полости расширенный желудок, пневматоз кишечника. После проведения переливания СЗП и стимуляции кишечника на фоне антибактериальной терапии появились перистальтика кишечника и стул, на Р-графии брюшной полости снижение газонаполнения, ассиметричные петли кишечника. На 4-ый день, после исключения кишечной непроходимости, ребенок переведен в реанимационное отделение профильной больницы.

Общее состояние ребенка с момента поступления оценивалось, как крайне тяжелое. Вес 3200 г., t-36,7., ЧД-60, ЧССг-140, Sa O<sub>2</sub> 90%, отечный, кожные покровы бледно-серые с мраморным рисунком. В сознании, но очень вялый, постанывает. Большой родничок 2,0x 2,0 см не выбухает. Тонус в конечностях снижен, сухожильные рефлексы оживлены. Дыхание частое, поверхностное. В легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Периферический пульс средних качеств. Живот вздут, на брюшную поверхность проецируются петли кишечника. Перистальтика вялая. Печень не удается пальпировать из-за отечности передней брюшной стенки и вздутия живота.

Состояние на следующий день ухудшилось: появилась рвота с желчью, стул темно-зеленый, жидкий. На Р-графии брюшной полости и грудной клетки: очагово-сливные тени в верхних отделах легких, петли кишечника раздуты, имеются горизонтальные уровни.

Проведенные лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Эр-4,3x10<sup>9</sup>; Нб-128 г/л; Нт-37%; Лц-8,0x10<sup>9</sup>: п/я 1%, с/я 39%, эоз 1%, мон 18%, лимф 41%; Тромбоциты 180x10<sup>9</sup>; СОЭ 6 мм/час.

Биохимические анализы крови: общ. Белок 60,6 г/л; креатинин 99,3 ммоль/л; мочевины 3,1 ммоль/л; ост. азот 13,8 ммоль/л; общий билирубин 17 мкмоль/л, прямой 4,3; сахар крови 4.9 ммоль/л; натрий 148; калий плазмы 4,8 ммоль/л.

Коагулограмма: ПТИ 84%; фибриноген 1,83 г/л/

Анализы КЩР при поступлении: рН 7,31; Ве -3,3; рСО<sub>2</sub> 45, рО<sub>2</sub> 41.

В копрограмме кал на скрытую кровь положительна.

На основании вышеуказанных данных ребенку был поставлен клинический диагноз: некротический энтероколит, молниеносное течение, 2-ая стадия, врожденная пневмония, ДН 2, ССН 2-а ст, ДВС 3-я ст.

Ребенка перевели на полное парентеральное питание (ППП), отменили энтеральное кормление (ЭП). Произвели декомпрессию желудка введением назогастрального зонда.

Произвели полную замену антибиотиков, на фоне которых развился НЭК. Предпочтение дали метронидазолу из расчета 12 мг/кг х 2 раза в сутки и ванкоген 40 мг/кг/сутки в 4 приема энтерально. Продолжили антигеморрагическую терапию введением СЗП, дицинона, викасола, почечную дозу допмина, спазмолитической целью церукал, но-шпу.

Парентеральное питание проводилось в объеме средней потребности в жидкости у новорожденных и дополнительно патологические потери. Основным компонентом ПП была глюкоза из расчета 4-6 мг/кг/мин; инфезол до 30,0/кг/сут; дополнительно в составе ПП назначили NaCl 10% 1-2мл/кг/сут; KCl 7,5% 1-3мл/кг/сут; Са глюконат 10% 1- 4 мл/кг/сут; MgSO<sub>4</sub> 20% 0,15 мл/кг/сут. Препараты вводили в смеси, равномерно распределив в течение суток ( по 100 мл). Калий и кальций вводили в разных

капельницах. Скорость введения смеси 5,0мл/кг/час.

Энтеральное введение ванкогена пришлось заменить на внутривенное введение из-за компрессии брюшной полости, и только на пятые сутки, после восстановления моторики кишечника, возобновили перорально антибиотик, биопрепараты.

ЭП начали на 8-ые сутки с 2-3 мл СГМ за кормление. Постепенно увеличивая объем ЭП, уменьшали объем ПП. На 14-ый день объем молока увеличили до 30,0 мл и в дальнейшем приложили к груди.

Осложнений ПП не было. За 15 дней в весе прибавил 300 гр.

Ежедневно проводили контрольное исследование крови на глюкозу, калий, натрий, отклонений не было.

С целью профилактики дегидратации и гипергидратации постоянно проводился контроль: подсчет диуреза, взвешивание, определение ОЦК.

**Выводы:** Актуальность НЭК новорожденных и недоношенных детей возрастает в связи с выхаживанием глубоко недоношенных детей и ростом резистентных бактериальных агентов. Настороженность в отношении развития НЭК у детей группы риска, соблюдение правил введения энтеральной нагрузки, повышение защитной функции кишечника, отработанный алгоритм ведения этих детей по стадиям процесса, парентеральное питание с постепенным переходом на энтеральное позволяют остановить процесс на более ранних стадиях и снизить заболеваемость среди группы риска по развитию НЭК.

**Список использованной литературы:**

1. Г.Л.Линчевский, О.К.Головко. Некротический энтероколит новорожденных. Журнал «Здоровье ребенка». №3 2007 г.
2. Неонатология- национальное руководство. Ассоциация медицинских обществ по качеству (АСМОК).

**ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада жаңа туған сәбилердің некротикалық энтероколиттің этиологиясы, патогенезі, клиникасы және диагностикасы жазылған. Ауру кезеңіне байланысты емдеудің нақты жолдары көрсетілген.

**SUMMARY**

In article the clinic and diagnostics necrotic enterocolitis at newborns are described an etiology, патогенез. It is presented дифференциальный the approach to treatment depending on a disease stage.

---

**ПРОФИЛАКТИКА НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Тулендиева К.**  
*ПМСП №4, г.Тараз*

Невынашивание беременности является одной из ключевых проблем акушерства. Несмотря на огромные усилия клиницистов, частота прерывания беременности в разные сроки, снизившись до определенного уровня, длительное время остается постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии и составляет от 13 до 30%.

В структуре невынашивания беременности, особенно ее ранних потерь, одно из главных мест занимает неразвивающаяся беременность, имеющая отдельный шифр в Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (1995 г.). Под этим понятием имеют в виду внутриутробную гибель эмбриона, не сопровождающуюся его самопроизвольным изгнанием из полости матки, с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время (критерии ВОЗ, 1980 г.).

Неразвивающаяся беременность является особой формой невынашивания и в 68,6 – 80 % выявляется в I триместре.

Удельный вес неразвивающейся беременности среди самопроизвольных выкидышей по данным В.А. Кулаковского и соавторов достигает 15%, а на ранних сроках – до 45-80%. Задержка погибшего плодного яйца в матке отрицательно сказывается на последующей репродук-

тивной функции женщины, угрожает ее здоровью и жизни, в том числе и за счет, в различной степени выраженных, гемостазиологических осложнений.

По обобщенным данным мировой литературы, среди причин привычного невынашивания около 7% приходится на хромосомные аномалии, около 10% - на анатомические и около 15% - на гормональные причины. Примерно 6% привычных невынашиваний составляет невынашивание неясного генеза и около 55-62% обусловлены дефектами коагуляционных протеинов или тромбоцитов.

Этиологические факторы неразвивающейся беременности сложны и многообразны. Следует отметить, что ни один из факторов в отдельности не объясняет частоты возникновения неразвивающейся беременности, так как причина ее, как правило, является многофакторной. Однако если рассматривать этиологические факторы неразвивающейся беременности в зависимости от частоты их встречаемости и важности, то несомненно на 1-ом месте будут дефекты коагуляционных протеинов и тромбоцитов.

В последние годы среди известных причин невынашивания беременности (генетические, эндокринные, инфекционные, анатомические и иммунные

нарушения) все большее значение придается наследственным и приобретенным факторам, приводящим к возникновению тромбофилических состояний. Привычное невынашивание в 50% случаев является следствием наследственной и приобретенной тромбофилии, к которым относятся гипергомоцистеинемия.

В настоящее время уделяется большое внимание генетически детерминированным формам тромбофилии. Тромбофилией многие авторы называют состояние системы гемостаза, приводящее к тромбозу. Если ранее роль тромбофилии в патогенезе осложнений беременности рассматривалась только с точки зрения процессов микротромбирования сосудов плацентарного ложа, то в настоящее время взгляды на патогенетическое влияние тромбофилии значительно расширились. Процесс имплантации, инвазии трофобласта и дальнейшее успешное функционирование плаценты являются сложным процессом эндотелиально-гемастазиологических взаимодействий со сложной регуляцией, который объективно нарушается при тромбофилии, в том числе и в случае генетических дефектов свертывания.

К первой группе тромбофилий, приводящим к привычному невынашиванию, относятся генетически обусловленные тромбофилии.

**Обследование для выявления редких причин тромбофилии необходимо в случаях, если имели место:**

- в семейном анамнезе тромбоэмболии в возрасте до 40 лет у родственников;
- неясные эпизоды венозных и/или артериальных тромбозов в возрасте до 40 лет;
- рецидивирующие тромбозы у пациентки и ближайших родственников;
- тромбоэмболические осложнения при беременности, после родов, при

использовании гормональной контрацепции, отслойки плаценты;

- повторные потери беременности, мертворождения, задержки внутриутробного развития плода, отслойки плаценты;

- раннее начало преэклампсии, HELLP-синдром.

Гомоцистеин – аминокислота, содержащая сульфгидрильную группу, являющаяся продуктом метаболизма пищевого метионина, которого много в животном белке.

Существуют генетически детерминированные и приобретенные причины нарушения обмена гомоцистеина. К первым относят мутации в генах таких важных ферментов, таких как цистатион-В-синтетаза (CBS), метилентетрагидрофолатредуктаза, которые приводят к неполноценности ферментов, ответственных за метаболизм этой кислоты. Встречаются гомозиготные и гетерозиготные формы генетических дефектов.

К приобретенным причинам гипергомоцистеинемии относят алиментарную недостаточность витаминов – кофакторов ферментов, участвующих в метаболизме гомоцистеина (витамины: В12 – цианкобаламин, В6 – пиридоксин, В2 – флаavin) и фолиевой кислоты, которая является субстратом для лабильных метильных групп метионинового цикла. Именно дефицит фолатов вызывает повышение уровня гомоцистеина в плазме крови. Развитию гипергомоцистеинемии способствуют такие недостаточность, гипотиреоз, В12 – дефицитная анемия, онкологические заболевания, ревматоидный артрит, сахарный диабет I и II типов. Биохимический обмен гомоцистеина нарушается при употреблении следующих лекарственных препаратов: метотрексата, теofilлина, циклоспорина-А, антиконвульсантов, комбинированных оральных контрацептивов. Курение, употребление большого количества кофе (более 6 чашек

в день), физические нагрузки, хронический алкоголизм также приводят к развитию гипергомоцистемии. Замечено, что повышение содержания фолатов в пище может предотвратить повышение концентрации гомоцистеина в плазме.

Гомоцистеин оказывает выраженное токсическое действие на клетку. Для защиты клетки от повреждающего действия гомоцистеина существуют специальные механизмы выведения его из клетки в кровь. Поэтому в случае появления избытка гомоцистеина в организме он начинает накапливаться в крови, и основным местом повреждающего действия этого вещества становится внутренняя поверхность сосудов. Повреждение и последующая активация эндотелиальных клеток значительно повышают риск развития тромбозов.

При гипергомоцистеинемии наблюдается активация всех компонентов гемостаза: сосудистой стенки, тромбоцитарного и плазменно-коагуляционного звеньев.

Гипергомоцистеинемия является фактором риска развития аутоиммунных процессов и антифосфолипидного синдрома, также нарушающих нормальное развитие беременности. Кроме того, гомоцистеин свободно переходит через плаценту и может оказывать прямое эмбриотоксическое действие. Показано, что гомоцистеин вызывает такие тяжелые и летальные неврологические формы патологии, как незаращение костномозгового канала и анэнцефалия, а также незаращение верхней губы и неба.

В последние годы гипергомоцистемию связывают с акушерской патологией, включая привычные выкидыши, гестозы, ПОНРП, плацентраную недостаточность, задержку внутриутробного развития плода. Повышение уровня гомоцистеина в плазме крови напрямую коррелирует с угнетением синтеза тромбомодуллина, понижением активности АТ III и эндогенного гепарина, а также с активацией выработки тромбоксана. Активация процесса микротромбообразования ведет к нарушению микроциркуляции в спиральных артериях и провоцирует развитие акушерских осложнений. На ранних сроках беременности гипергомоцистемия может быть связана с нарушением плацентации, фетоплацентарного кровотока и, следовательно, с невынашиванием; на более поздних сроках – с хронической плацентарной недостаточностью, ПОНРП, задержкой внутриутробного развития плода.

Таким образом, определение содержания гомоцистеина у беременных может явиться дополнительным способом оценки метаболических процессов в период гестации, а также методом прогнозирования и диагностики патологических процессов.

#### **ТҮЖЫРЫМ**

Мақалада жүктіліктің жетілмеген түрлеріне байланысты болатын түсік тастаудың себептері, оның алдын-алу шаралары баяндалады.

#### **SUMMARY**

The article tells about the causes of pregnancy loss associated with stagnant pregnancy and measures for their prevention.

## ПРОБЛЕМА ВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПУЗЫРНОМ ЗАНОСЕ

Бекбосынова К.Е.

*ГККП «Женская консультация», г.Талдыкорган*

Пузырный занос — состояние, сопровождающееся разрастанием трофобласта, заполняющего полость матки. Пузырный занос может быть полным или неполным. При полном пузырном заносе изменения захватывают всю плодную оболочку, при частичном — только ее часть. Кроме того, выделяют злокачественную форму пузырного заноса — деструктирующий пузырный занос.

Полный пузырный занос возникает при однопородительской дисомии, когда по неизвестным причинам происходят потеря материнских генов и дублирование отцовского генома. Иногда полный пузырный занос вызван оплодотворением «пустой» (безъядерной) яйцеклетки двумя сперматозоидами. Эмбрион погибает на ранних стадиях развития.

Неполный пузырный занос вызван оплодотворением яйцеклетки двумя сперматозоидами с задержкой набора материнских хромосом. Клетки эмбриона содержат один набор материнских хромосом и двойной набор отцовских хромосом. Плод погибает.

- ⊕ Кровотечение, обычно возникающее в I триместре беременности.
- ⊕ Матка большего размера, чем можно предположить, учитывая дату последней менструации, на данном сроке беременности.
- ⊕ Тошнота и рвота, возникающие примерно у трети пациенток.
- ⊕ Признаки гестоза в I триместре беременности.
- ⊕ Отсутствуют достоверные признаки беременности в виде определения частей плода, сердцебиения, движений плода,

при УЗИ в матке выявляют только мелкокистозную ткань в отсутствие плода. Боли в животе беспокоят 15% пациенток.

Злокачественная форма пузырного заноса: ткань пузырного заноса проникает в толщу стенки матки и распространяется с током крови в лёгкие, влагалище. Проявления злокачественной формы пузырного заноса — продолжающиеся кровянистые выделения из матки после удаления пузырного заноса; матка не сокращается; сохраняются боли внизу живота, крестце, пояснице

Главное доказательство пузырного заноса — наличие множества пузырьков с прозрачным содержимым в выделениях из влагалища

Повышение содержания ХГТ (хориогонадотропина) более 100 000 мМЕ/мл при увеличении матки и кровотечении

При УЗИ — признаки нормального плодного яйца или плода отсутствуют.

На участке за 2008 -2009 год состояли на учете по беременности -120 женщин, из них 3 случая (2.5%) у беременных с пузырным заносом в сроке:

- I** 12 недель, беременность -1, роды -0,
- II.** Беременность 9 недель, беременность -1, роды -0,
- III.** Беременность 7 недель, беременность -1, роды -0.

В первом случае, клиника проявилась мажущим кровянистым выделением, боль внизу живота, тянущего характера, тошнота, слабость.

Во втором случае, кровянистые выделения, резкие боли внизу живота,

температура 37,5, рвота,

В третьем случае, обильные кровянистые выделения, головокружение, тошнота, боли внизу живота, тянущего характера.

#### **Лечение пузырного заноса:**

❖ Вакуум-аспирация. Для удаления пузырного заноса применяют чаще других методов, даже если матка увеличена до размеров, соответствующих 20 неделям беременности. После вакуум-аспирации внутривенно вводят окситоцин для лучшего сокращения матки. При значительном кровотечении и больших размерах матки (свыше 20 недель беременности) может быть произведена лапаротомия с удалением матки.

❖ Удаление матки. Если женщина не хочет в дальнейшем иметь детей, можно провести удаление матки. Яичники не удаляют. Если в яичниках присутствуют множественные кисты, после падения уровня ХГТ происходит их обратное развитие.

❖ Профилактическая химиотерапия. Профилактическую химиотерапию проводят после удаления пузырного заноса, если титр ХГТ растёт или долго находится на постоянном уровне, а также при выявлении метастазов. У 80% пациенток с пузырным заносом наступает самостоятельное выздоровление без проведения дополнительной терапии. Систематическое определение содержания ХГТ помогает своевременно выявить разви-

вающуюся хорионэпителиому; поэтому, учитывая высокую вероятность токсических эффектов, профилактическую химиотерапию всем пациенткам не проводят.

Методы и результаты наблюдения. На диспансерном участке состояло 2 беременных, которым проводилось лечение. Лечение проводится строго в условиях стационара гинекологического отделения, под наблюдением врача акушер – гинеколога. А также рентгенография легких.

**Наблюдение за пациентками после удаления пузырного заноса включает ряд мероприятий:** Определение уровня ХГТ с интервалом 1—2 недели до получения 2 отрицательных результатов. Затем исследования проводят ежемесячно в течение 2 лет. Пациенткам рекомендуют предохраняться от беременности на протяжении 2 лет пероральными контрацептивами.

Физикальное обследование органов малого таза каждые 2 недели вплоть до ремиссии.

#### **Список использованной литературы:**

1. В.Ф.Савинова «Пузырный занос» 2008г.;
2. Я.В. Бохман «Руководство по онкогинекологии», 1989г.
3. Л.А. Новикова «Эффективный метод лечения хорионэпителиомы и пузырного заноса» 1987г.

## БЕРЕМЕННОСТЬ И ВАРИКОЗ

Бекбосынова К.Е.

*ГККП «Женская консультация», г.Талдыкорган*

Гормональные изменения в периоде беременности жизни положительно влияют на организм женщины, однако, беременность не всегда протекает гладко.

Примерно у 50% женщин в течение первой беременности появляются расширенные вен – варикоз. При повторных беременностях этот процент увеличивается. Также возрастает риск возникновения венозных тромбозов.

Чтобы обеспечить малыша необходимым количеством питательных веществ и кислородом, природой заложено увеличение объема циркулирующей крови во время беременности на 20-30%. Растущая матка сдавливает сосуды малого таза, что затрудняет нормальный венозный отток.

Кроме того, прогестерон («гормон беременности»), содержание которого к концу беременности увеличивается в несколько раз. Значительно повышает уровень эстрогенов к моменту родов, что увеличивает кровенаполнение сосудов.

Под влиянием повышенных нагрузок вены расширяются, створки клапанов смыкаются не полностью и перестают препятствовать обратному току крови. Все это затрудняет работу венозной системы и является причиной развития варикоза и венозной недостаточности.

Дополнительным фактором, который может способствовать развитию варикоза, некоторые специалисты считают предлежание плаценты. Как полагают врачи, свою роль может сыграть и наследственная предрасположенность, избыточный вес, малоподвижный образ жизни.

Наверное, многим будущим мамам знакомо чувство усталости, тяжесть,

жжение и покалывание в ногах. Это самые первые признаки варикоза. Позднее могут появиться отеки и боли. Внешние проявления варикоза – сосудистые звездочки и расширенные вены.

Зачастую беременность служит своеобразным «спусковым крючком» для развития хронических заболеваний вен.

Как правило, специалист ставит диагноз «варикозное расширение вен» на основании наблюдения за клиническими проявлениями заболевания. Однако уточнить характер заболевания можно при помощи специальных исследований (например, ультразвуковой доплерографии)

### **Профилактика:**

Чтобы предотвратить развитие варикозного расширения вен или хотя бы уменьшить его проявления, нужно соблюдать несколько правил:

- во время беременности необходима физическая активность;
- используйте гели с сосудукрепляющим эффектом;
- употребление продуктов, богатых растительной клетчаткой, и достаточного количества жидкости - основная профилактическая мера при запоре;
- нарушения деятельности кишечника (как правило, хронические запоры) очень часто «сопутствуют» варикозному расширению вен. В этом случае нарушению венозного оттока может способствовать повышение внутрибрюшного давления.
- носите компрессионный трикотаж. Специальные поддерживающие колготки, плотные, сжимающие ногу в щиколотке - помогают правильно распределить давление по ноге, облегчить продвижение крови к сердцу, предотвратить отеки и

дальнейшее ухудшение состояния вен.

#### Лечение:

Схему лечения может назначить только врач-флеболог после постановки соответствующего диагноза.

Основные виды лечения, используемые в современной медицинской практике:

**-консервативное;**

**-хирургическое;**

**-инъекционно-склерозирующее.**

#### Методы и результаты исследования.

2008-2009гг. На участке состояло 120 женщин, по участку с экстрагенитальными заболеваниями состоит - 347, из них беременных -28, что составляет 8%. Которые в свою очередь делятся на три группы:

К первой группе относятся: беременные с варикозными расширениями вен - 1. нижних конечностей - 10 беременных, что составляет 35,7%;

Ко второй группе относятся: беременные с варикозными расширениями вен - 2. нижних конечностей и наружных половых

органов – 10 беременных, что составляет 35,7%;

К третьей группе относятся: беременные с варикозными расширениями вен - нижних конечностей и наружных половых органов и полости органов малого таза – 8 беременных, что составляет 28,6%.

Все беременные получили консультацию сосудистого хирурга, флеболога, проведены клиническо – лабораторные обследования, как биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ. В дальнейшем всем беременным женщинам 1 и 2 группы проведены консервативное лечение и наблюдение в динамике.

В результате своевременных лечебно-профилактических мероприятий у всех беременных женщин роды протекали без осложнений.

#### Список использованной литературы:

Л.С. Персианинов «Акушерский семинар»;

М.М. Шехтман «Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных».

Журнал «Анестезиолог – реаниматолог».

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ  
ГРИППОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.М.Дмитровский,  
*Казахского национального медицинского  
университета им.Асфендиярова*

События последних лет – появление новых опасных разновидностей вируса гриппа А (H5N1 – «птичий грипп» и H1N1 «свиной или калифорнийский грипп») требует не только совершенствования эпидемиологического надзора за гриппоподобными, тяжелыми острыми респираторными заболеваниями и пневмониями, но и новых подходов к лечению и профилактики этой группы вирусных инфекций.

Данная работа посвящена новому оригинальному методу, который одновременно может быть и профилактическим (при применении до заболевания) и лечебным (при применении во время заболевания), а именно – применению порошка целлюлозы для интраназального применения в виде препаратов, зарегистрированных в Республике Казахстан под названиями Аллергиз и Виролиз.

Оба препарата состоят из натуральных компонентов, в частности, - инертного мелкодисперсного порошка растительной целлюлозы с включением экстракта перечной мяты, который придает порошку приятный мятный запах (Аллергиз) и экстракта дикого чеснока (Виролиз), расфасованные по 500мг во флаконе из полиэтилена с патентованным дозатором-спреем и навинчивающимся колпачком.

Аналоги в России имеют названия "Назаваль" и "Назаваль Плюс" (с экстрактом чеснока), в мире эти препараты известны как Nasaleze и Nasaleze Travel (с экстрактом чеснока). Это

препараты одного производителя - Nasaleze Ltd., Великобритания

Специальная система внутри флакона позволяет впрыскивать точную дозу микродисперсной целлюлозы, обеспечивая ее равномерное распределение в полости носа. Средний размер микрочастиц целлюлозы около 100 мкм, что позволяет им проникать только в носоглотку, не достигая нижних дыхательных путей.

Эти препараты классифицируются как медицинское средство безопасное для применения на протяжении года. Препарат чистого порошка целлюлозы больше предназначен для устранения причины аллергических реакций, чем для лечения, так как он действует как «внутренняя маска», предотвращая попадание и взаимодействие вдыхаемой пыли, грязи и аллергенов со слизистой носовой полости.

На слизистой носа микродисперсная целлюлоза образует тонкое гелеобразное покрытие – своеобразный фильтр, который не нарушая дыхания, защищает организм от попадания микрочастиц, вдыхаемых с воздухом (вирусы, бактерии, аллергены, поллютанты). Экстракт дикого чеснока обладает доказанным антибактериальным, фунгицидным и противовирусным действием [1,2]. В отличие от антибиотиков и противовирусных средств к фитонцидам не развивается резистентность микроорганизмов. Большим преимуществом данного метода является также широкий

спектр действия, поскольку известно множество возбудителей, поражающих дыхательную систему и передающихся аэрогенным путем.

Институт Вирусологии им. Д. И. Ивановского Российской Академии Медицинских наук, провел исследование по изучению воздействия этих препаратов ("Назаваль" или «Аллергиз» и "Назаваль Плюс" или «Виролиз», произведенных Nasaleze Ltd.) на высоко патогенный штамм вируса гриппа А/Н5N1 в клеточных культурах [1]. Во время испытаний использовали одну дозу каждого из препаратов, эквивалентную 1 впрыску, равную 2.5 мг продукта.

В первом опыте после нанесения на культуру клеток разовой дозы порошка целлюлозы, ее заражали разными дозами вируса Н5N1; во втором опыте аналогичную дозу порошка целлюлозы наносили после заражения; в обоих опытах ставились два контроля: 1 – заражалась культура клеток без обработки целлюлозой и 2 – культура клеток без заражения вирусом, но с обработкой порошком целлюлозы.

В результате исследования выявлено, что полупрозрачный налет целлюлозы покрывающий монослой культуры клеток сохраняется до 2-ого дня наблюдения и не имел какого либо отрицательного эффекта на морфологию и жизнеспособность клеток в течение всего периода наблюдения.

При профилактическом применении (до заражения культуры клеток вирусом) исследуемые препараты защищали большую часть монослоя клеток против цитопатогенного эффекта вируса гриппа А в течение 72 часов; в контроле в общей сложности выживали только 30 % клеток после инфицирования. Было также обнаружено, что препарат с чесноком имеет несколько больший

антивирусный эффект (выживают до 85% - 100 % клеток), чем без чеснока.

При лечении исследуемые препараты уменьшали репродукцию вируса клетками на 10. 000 по сравнению с не лечеными клетками, причем и здесь препарат с чесноком был значительно эффективнее (к 6.0 lg TCID50).

Для изучения клинического эффекта данных препаратов целлюлозы было проведено двухцентровое, рандомизированное слепое исследование на пятидесяти двух добровольцах, рандомизированных в 2 группы. В первой применяли чистый экстракт целлюлозы, в другой – препарат целлюлозы с включением экстракта чеснока. Для профилактики применяли одно вдыхание в каждую ноздрю в день, для лечения – по меньшей мере, по 3 введения в день. Исследование проводилось в течение 8-недельного периода на территории Финляндии и Англии с ноября 2006 года по март 2007 года [2].

Пациенты применявшие препарат целлюлозы с экстрактом чеснока значимо реже заболевали, чем пациенты контрольной группы (20 против 57,  $P < 0,001$ ) при профилактическом применении, а в случае заболевания продолжительность инфекции была также значимо короче (126 дней против 240 дней в контрольной группе  $p < 0,05$ ). Таким образом, включение в препарат целлюлозы экстракта чеснока усиливает как профилактический, так и лечебный эффект по сравнению с действием чистой целлюлозы. Исследователи заключили, что комбинированная формула с включением экстракта чеснока достоверно снижает количество заболевших воздушно-капельными инфекциями, а также выраженность и продолжительность заболеваний.

Для изучения эффективности и безопасности применения порошка цел-

люлозы с добавлением экстракта чеснока (Назаваль ПЛЮС или Виролиз) было проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование в качестве профилактики респираторных вирусных инфекций у детей длительностью 6 недель в сезон с декабря 2009 года по январь 2010 года [3].

Исследование проводилось на базе амбулаторно-поликлинического отделения клиники детских болезней ММА им. И.М. Сеченова, а также на базе Тульского городского центра респираторной патологии у детей. Было выбрано 63 пациента в возрасте от 3-х до 14 лет, которые болели острыми респираторными инфекциями более 6 раз в год. 43 детям назначали Назаваль ПЛЮС (Виролиз). 20 детей группы сравнения получали симптоматическую терапию. Среди детей было 28 (44%) девочек и 35 (56%) мальчиков, средний возраст составил  $6,8 \pm 2,5$  лет.

В течение всего периода наблюдения ежедневно оценивалось состояние носового дыхания в ночное и дневное время, выделения из полости носа и их характер, чихание, кашель по 5-балльной шкале. Также оценивались температура тела, симптомы интоксикации (головная боль, слабость, вялость, беспокойный сон), оценка переносимости препарата по наличию/отсутствию аллергических реакций и др. побочных эффектов.

Контроль параметров проводился на 2-й и на 6-й неделе после начала применения препарата. Препарат применялся: по одному впрыску в каждый носовой ход 2 раза в день. Пациентам было рекомендовано повторять впрыскивание после каждой очистки носовой полости и при ожидаемом контакте с больным ОРВИ для возобновления образования защитного слоя.

К началу исследования частота ОРВИ за последние 3 месяца в обеих группах составила  $2,92 \pm 1,3$  и  $2,84 \pm 1,78$ . В обеих группах отмечалось около трети

детей с аллергическими заболеваниями, нередко в сочетании аллергического ринита, бронхиальной астмой и атопического дерматита. Также отмечался высокий процент детей с хроническими заболеваниями ЛОР-органов.

В период наблюдения дети не получали другие препараты для профилактики ОРВИ. Пациенты посещали врача 4 раза. Оценка переменных эффективности и безопасности проводилась в соответствии с графиком наблюдения.

Через 1 неделю от начала применения препарата порошка целлюлозы с экстрактом чеснока в основной группе заболели 5 детей (12,5%) ( $p < 0,0016$ ,  $\chi^2 = 10$ ), в то время как в контрольной группе заболели 10 детей (50%). Через 3 недели использования препарата в основной группе заболели 3 детей – 7,5% ( $p < 0,0002$ ,  $\chi^2 = 14,2$ ), а в контрольной группе заболели 10 человек – 50%. ( $p < 0,0168$ ,  $\chi^2 = 5,71$ ).

При сравнительном анализе по заболеваемости детей основной группы за 2008/2009г и 2009/2010г частота ОРВИ снизилась с  $2,72 \pm 1,11$  до  $0,25 \pm 0,54$ , т.е. уменьшилась в 10 раз на фоне приема препарата. Продолжительность течения ОРВИ (в днях) снизилась с  $7,65 \pm 3,54$  до  $3,24 \pm 2,17$ , т.е. уменьшилась в 2,5 раза на фоне приема препарата.

Таким образом, число не заболевших детей в основной группе составило 80% (32 ребенка). У 17,5% детей, болевших ОРВИ, уменьшилась тяжесть и продолжительность заболеваний. В контрольной группе не болевших детей не было, 11 детей (55%) заболели один раз, дважды болели 9 детей (45%). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года прием препарата Назаваль ПЛЮС (Виролиз) снизил заболеваемость у 90% пациентов.

Исследование показало, что эти препараты следует с осторожностью

назначать детям с бронхиальной астмой, перед назначением тщательно выявляя, есть ли в анамнезе индивидуальная непереносимость чеснока и мяты, поскольку у 6% детей имело наличие индивидуальной непереносимости препарата.

Большинство родителей (82,5%) и врачей (90%) оценивали интраназальный спрей порошка целлюлозы с включением экстракта чеснока (Назаваль Плюс, Виролиз) как высокоэффективное средство для профилактики ОРВИ, удобное для практического применения.

**Выводы:**

1. Препараты мелкодисперсного порошка целлюлозы оказывают как профилактический так и лечебный эффект при экспериментальной вирусной инфекции (H5N1) на культуре клеток (достоверно значимый по сравнению с контролем), при этом эффективнее оказался препарат целлюлозы, содержащий экстракт чеснока.
2. Препараты мелкодисперсного порошка целлюлозы не оказывают отрицательного эффекта в эксперименте на рост, развитие и морфологию культуры клеток.
3. Двухцентровое, рандомизированное слепое исследование показало, что препарат с содержанием порошкового экстракта чеснока значимо эффективнее как в профилактическом, так и в лечебном плане по сравнению с чистым порошком целлюлозы.
4. Открытое сравнительное рандомизированное исследование проведенное у детей показало достоверно значимый эффект применения порошка целлюлозы с

экстрактом чеснока как для профилактики, так и для лечения ОРВИ.

**Список использованной литературы:**

1. Противовирусные эффекты экстракта и соединений Чеснока Посевного (*Allium sativum*) in vitro. Norbert D. Weber et al. *Planta Med.* 58 (1992).
2. Preventing the common cold with a garlic supplement: a double-blind, placebo-controlled survey. Josling P. Garlic Centre, Battle, East Sussex, United Kingdom. *Adv Ther.* 2001 Jul-Aug;18(4):189-9
3. Исследование противовирусного действия препаратов "Nasaval" и "Nasaval plus" в клеточных культурах, зараженных патогенным вирусом птичьего гриппа (H5N1)// Доклад, Лаборатории Государственной коллекции вирусов, Института вирусологии им. Ивановского, научный руководитель профессор Дерябин П.Г.
4. Профилактика воздушно-капельных инфекций с помощью назального порошка целлюлозы (Назаваль ПЛЮС). R. Hiltunen, P.D. Josling, M.H. James. Двойное слепое, рандомизированное, сравнительное исследование. 52 пациента. (Финляндия, Великобритания, 2007г.).
5. Использование спрея Назаваль ПЛЮС с целью профилактики острых респираторных заболеваний в педиатрической практике. Геппе Н.А., Фарбер И.М., Коженикова Т.Н., Андриянова Е.В. ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова, кафедра детских болезней, Тульский государственный университет, медицинский факультет, кафедра педиатрии, Тульский городской центр респираторной патологии у детей.

## ПРОФИЛАКТИКА АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Ибраева Р.С.

*ГККП «Областной центр проблем формирования здорового образа жизни», г.Актобе*

Для успешного проведения анти-алкогольной и антинаркотической профилактики необходимо знать основные компоненты характеристики образа жизни людей, страдающих алкоголизмом и наркоманией (факторы риска). Именно они определяют цели и задачи антинаркотической и антиалкогольной профилактической работы. Иными словами, профилактика злоупотребления ПАВ направлена на снижение влияния факторов риска наркотизации и алкоголизации.

**Факторы риска приобщения к ПАВ.**

**I. Биологические:** алкоголизм и различные патохарактерологические аномалии у родителей; перинатальные и ранние постнатальные вредности, отрицательно влияющие на психическое развитие ребенка; органические поражения головного мозга; хронические соматические заболевания.

**II. Индивидуально-психологические:** ограниченность интересов; низкий внутренний контроль; эмоционально-волевой дисбаланс.

**III. Социальные:** доступность ПАВ; традиции общества; рассогласование между социальными нормами и поведением семьи; неправильные стили воспитания; неполная семья; наличие семейных конфликтов; постоянная занятость родителей в **образовательном учреждении:** академическая неуспеваемость; конфликтные отношения со сверстниками и педагогами; наличие в ближайшем окружении лиц, употребляющих ПАВ или лиц с девиантным поведением;

**Факторы защиты от возможной алкоголизации и наркотизации.**

**I. Личностные:** гармоничное развитие личности ребенка;

**II. В семье:** крепкие отношения; активное участие родителей в жизни детей; понимание проблем и личных забот детей;

**III. В образовательной среде:** усиление связи учащихся со школой; выработка негативного отношения к употреблению ПАВ, понимание последствий употребления.

**IV. В среде сверстников:** коммуникабельность, позитивные отношения со сверстниками; устойчивая способность отказаться в ответ на предложение ПАВ.

В зависимости от контингента, с которым проводится профилактическая работа, различают первичную, вторичную и третичную профилактику.

Первичная профилактика – это комплекс превентивных мероприятий, направленных на предупреждение формирования негативных ценностей и мотивов употребления ПАВ, пропаганду здорового образа жизни..

**Задачи первичной профилактики:**

1. Создание школ, свободных от ПАВ (изменение школьной политики по отношению к алкоголю, наркотикам и табачным изделиям; внедрение позитивной профилактики в школьные уроки; разработка пособий по профилактике).

2. Выявление лиц из «группы риска» с учетом условий жизни и уровня социальной напряженности.

3. Санитарное просвещение родителей (дать родителям необходимую информацию по вопросам формирования зависимости, возрастных особенностей детей и подростков и процессов их социализации с учетом индивидуальных особенностей; оказать помощь в осознании

собственных семейных и социальных ресурсов, способствующих преодолению внутрисемейных проблем; выявить родителей, нуждающихся в профессиональной медико-психологической помощи; сформировать группы лидеров – родителей).

4. Работа с педагогическим коллективом (подготовка специалистов, способных проводить уроки по позитивной профилактике в школе, т.к. в силу специфичности проблемы многие педагоги испытывают затруднения в выборе тактики проведения профилактических занятий.).

#### **Принципы работы:**

1. Раннее предупреждение – нацеленность на раннее выявление и устранение негативных предпосылок развития личности.
2. Целенаправленность мероприятий.
3. Систематичность.
4. Дифференцированный подход.

#### **Что следует избегать**

- Использование тактики запугивания.
- Искажения и преувеличения негативных последствий злоупотребления алкоголем и наркотиками при описании их воздействия на организм..

Вторичная профилактика – раннее выявление начавших употреблять ПАВ и помощь потенциальным алкоголикам, наркоманам и токсикоманам во избежание возникновения у них психической и физической зависимости от интоксикантов. Она ориентирована на группу риска. Объектом этой формы профилактики являются молодые люди, подростки и дети, начинающие употреблять табачные изделия, алкоголь, наркотические и токсикоманические средства.

#### **Задачи вторичной профилактики:**

1. Распознавание случаев опасного и вредного потребления ПАВ
2. Оказание многопрофильной специализированной помощи

3. Осуществление целевых вмешательств по изменению образа жизни

4. Работа с родителями данной группы (лекционные и практические занятия, обучающие навыкам социально-поддерживающего и развивающегося поведения в семье и во взаимоотношениях с детьми).

#### **Признаки и симптомы возможного употребления наркотиков:**

**Физиологические:** бледность кожи; расширенные или суженные зрачки; покрасневшие или мутные глаза; замедленная, несвязная речь; потеря аппетита, похудение или обжорство; пошатывание и спотыкание; непонятный запах.

**В поведении:** беспричинное возбуждение или вялость; уходы из дома и прогулы в школе по непонятным причинам; ухудшение памяти и внимания; невозможность сосредоточиться; бессонница; болезненная реакция на критику; частая и резкая смена настроения; повышенная утомляемость; избегание общения с близкими; снижение успеваемости; постоянные просьбы дать денег; пропажа из дома ценных вещей; проведение большей части времени в компании асоциального типа.

Успешность профилактической работы может быть возможна только при соучастии широко круга специалистов, невозможно выполнить весь объем мероприятий силами специалистов одного узкого направления. Необходима организация межведомственного взаимодействия в области профилактики алкогольной и наркотической зависимости.

#### **Основные направления профилактической работы:**

Психологическое – коррекция неправильного воспитания и ранних аномалий развития личности; индивидуальная психолого-педагогическая работа с «трудными» подростками, уязвимыми

в отношении девиантного поведения и членами их семей.

Педагогическое – последовательное антиалкогольное, антитабачное и антинаркотическое воспитание в школе с I по XI класс; формирование здорового образа жизни у подрастающего поколения.

Санитарно-гигиеническое – повышение санитарной грамотности и культуры населения; антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда среди широких слоев населения; искоренения вредных для здоровья привычек.

#### **Помощь семье:**

1. Преодоление некомпетентности родителей по вопросам формирования химической зависимости, возрастных особенностей детей и процессов их социализации с учетом индивидуальных особенностей.

2. Помощь семье в осознании ее трудностей и признании ее слабых мест (климат семьи, атмосфера взаимоотношений, дефицит положительных эмоций и др.).

---

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ г. ТАЛДЫКОРГАН**

**Мухтарова Г.М., Тусупова Г.К., Карабейникова М.В.**

*Алматинский областной Центр формирования здорового образа жизни.*

Наркомания – тяжелая социальная болезнь. Ее основная мишень – молодое поколение. Распространение наркомании не случайно оценивается специалистами, как одна из серьезнейших угроз существованию нации. Эта угроза тем более очевидна, когда мы видим, что усилия международного сообщества, пытающегося уже не одно десятилетие остановить и повернуть вспять распространение наркомании, оказываются тщетными. Так, по данным Областного Алматинского наркологического диспансера в г.Талдыкорган с начала 2010г. зарегистрировано 574 наркозависимых, среди них 2 подростков. Данная констатация не означает, что наркомания не преодолима. Однако при несогласованности усилий, которая наблюдается в деле борьбы с этим злом, болезнь принимает явно затяжные формы.

Практикующие наркологи рассматривают наркоманию как хроническую, прогрессирующую и часто смертельную болезнь, затрагивающую физиологическую, психическую, социальную, духовную сферу жизни человека.

Эффективность профилактики наркомании прямо зависит от масштабов его распространения и обуславливающих факторах реальному положению дел. Только при этом условии субъекты профилактики способны сформулировать основные проблемы, подлежащие решению, определить систему целей профилактической работы и выбрать наиболее эффективные методы ее осуществления.

Так, специалистами Алматинского Областного Центра формирования здорового образа жизни, совместно с другими ведомствами, ежегодно проводится огромная профилактическая работа по

проблемам наркомании и наркобизнеса. Основными формами работы с общественностью являются семинары, тренинги, дебаты, акции и др. Ясное представление об опасности наркотиков для общества помогает дать социальная диагностика. Наиболее перспективной и доступной формой ее является социологическое исследование.

На сегодняшний день ярко выражено неуклонное снижение возраста приобщения к наркотикам и за последние десять лет средний возраст первой «пробы» достиг 15,4 лет, поэтому с целью выявления уровня информированности и их отношения к наркотикам, мы провели социологическое исследование среди молодежи, в возрасте от 15 до 20 лет. Всего было опрошено 400 респондентов

г.Талдыкорган (35% - юноши, 65% - девушки). Для более точных данных, мы разделили испытуемых на II категории:

I – студенты колледжей, после предварительной беседы о вреде наркотиков,

II – лица, регулярно посещающие развлекательные заведения города: дискотеки, кафе, бары, игровые залы.

В ходе исследования все опрошенные респонденты охарактеризовали наркоманию как:

- Болезнь – 43%
- Распушенность, моральное падение – 20%
- Слабость воли – 26%
- Затруднялись с ответом – 11%

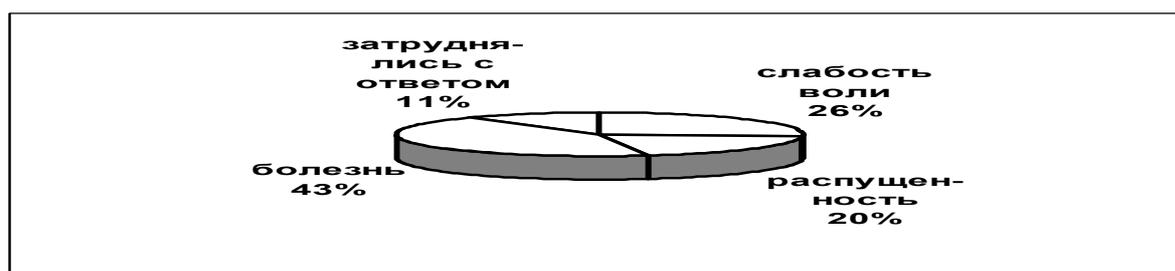


Рисунок 1. Мнение опрошенных молодых респондентов о наркомании, 2010 г. Талдыкорган.

По сути, распушенность, моральное падение и слабость воли варианты ответов семантически однородны. Поэтому можно сказать, что респонденты примерно в равных долях оценивают пристрастие к наркотикам с двух противоположных точек зрения: как болезнь, которую можно и нужно лечить и как собственное безволие наркомана.

На данном этапе понятно, что наркомания является не только социальной девиацией, но и серьезным заболева-

нием, то есть крупной медицинской проблемой.

Осведомленными по проблемам наркомании считают себя респонденты I группы – 93%, II группы – 84%. Основными источниками указывают:

- Радио, TV – 43%
- Газеты, журналы – 30%
- От сверстников – 21,5%
- Беседы с медработниками – 5%
- Информативная беседа со взрослыми – 1,5 %

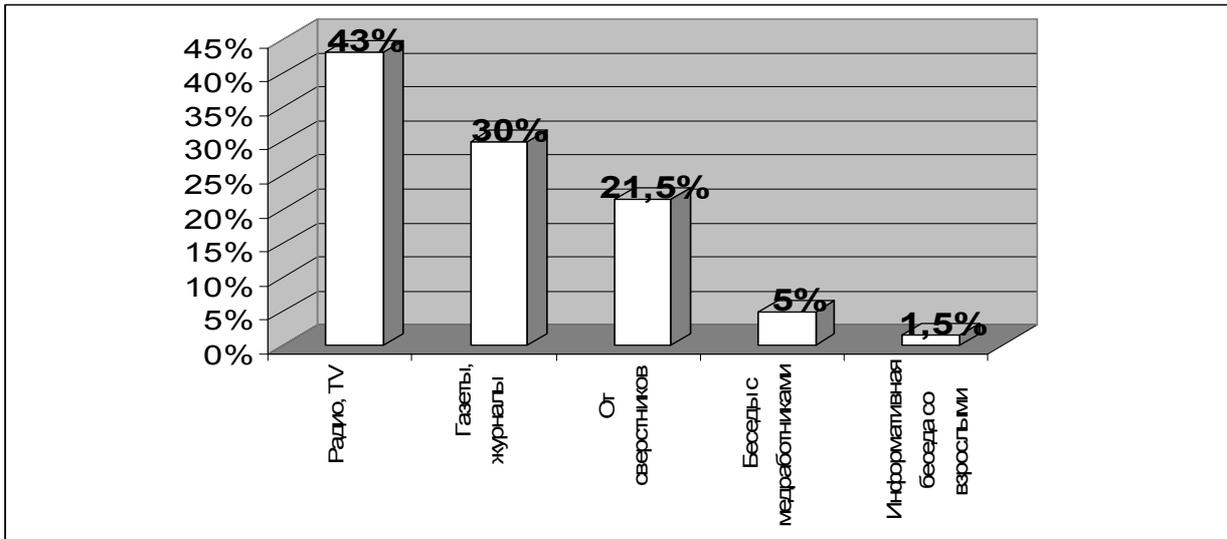


Рисунок 2. Мнение опрошенных об источниках информации о наркомании, 2010. Талдыкорган.

Как показывает диаграмма, общественное мнение о наркомании сформировано преимущественно средствами массовой информации, шоу-бизнесом, следовательно, не всегда может быть компетентным, в связи с неконкретностью информации, обусловленной иллюзиями и ложными стереотипами в отношении проблемы наркомании.

Среди респондентов I группы – 91%, II – 79% настроены категорически против принятия наркотиков. Воздержались от ответа в I группе – 9%, а во II, несмотря на то, что большинство молодых

людей относятся к наркотикам отрицательно, 40% из них лично знают наркозависимых, то есть входят в группу риска, так как общаются с теми людьми, которые так или иначе имеют отношение к наркотикам (знают тех, кто употребляет и распространяет наркотики, употребляют их друзья, член семьи или близкий родственник), 6% уверены, в жизни надо попробовать все, 21% пробовали наркотические вещества лично. Сделали это посредством курения – 13,5%, токсикологическим путем – 4,5%, в виде таблеток – 2%, в виде инъекции – 1%.

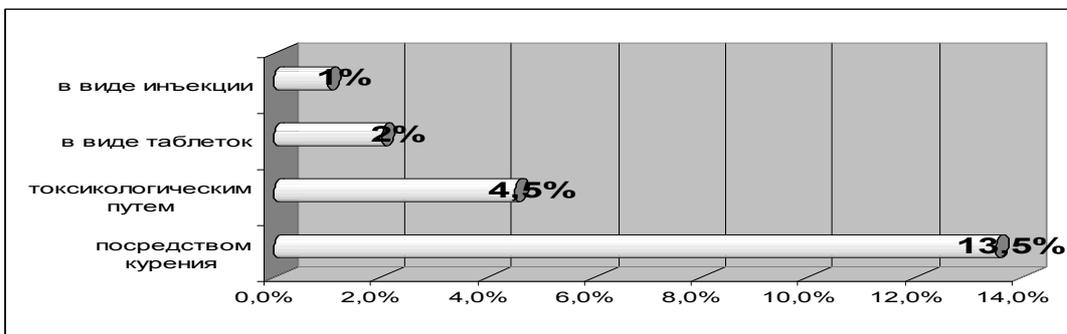


Рисунок 3. Способы применения наркотиков. 2010. Талдыкорган

Мы выяснили, при каких обстоятельствах попробовали Наркотические средства участники данного опроса (представленные данные касаются только тех респондентов, которые уже пробовали наркотические вещества). 10,5% респондентов ответили,

что им предложили друзья, а 5% - попробовали ради интереса. В компании старших попробовали наркотики - 1%; в ночном развлекательном заведении – 4%; самостоятельно приобрели и попробовали – 1% из тех, кто хоть раз попробовал наркотик.

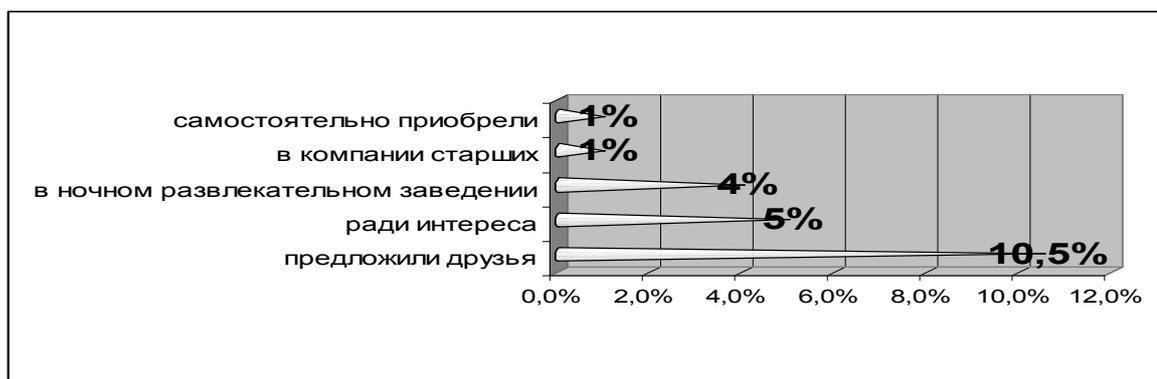


Рисунок 4. Пути приобщения к наркотикам. 2010. Талдыкорган.

Для некоторых прием наркотических средств не оказался разовым. Из тех, кто пробовал, заявили, что употребляют их теперь от случая к случаю – 15%, употребляют в зависимости от финансовых возможностей 1,5%. Есть и такие, которые употребляют наркотики с высокой периодичностью: один раз в неделю – 2,5%, два-три раза в неделю 2%. Это группа тех, кто может стать в ближайшее время активным наркоманом.

У 19,5% респондентов (II группы) возникало желание попробовать наркотики, но они этого не сделали. Как утверждают сами участники опроса, на их отказ повлияло следующее:

- знание о последствиях (7%),
- предпочитают алкоголь (5%),
- не принимают по принципиальным позициям (3%),
- не было подходящего случая (1,5%),
- не хотят расстроить близких (1,5%),
- нехватка материальных средств (1,0%),

- недоступность наркотических средств (0,5%).

Лидирующая позиция «знание о последствиях», подчеркивает важность профилактических программ среди молодежи.

79% молодежи видят в наркомании угрозу для общества, а для себя конкретно не всегда. Так из 9 социальных угроз, предложенных респондентам для оценки степени значимости для себя, угроза наркотизации заняла 5 место. На эту угрозу указали 23,5%, а на ощущение опасения стать наркоманом – 6% респондентов.

Вопрос, «по каким причинам, на ваш взгляд, может возникнуть желание попробовать наркотические вещества» показал, что молодежь «против» на публику, но соблазн внутренний все-таки существует. На их взгляд желание попробовать наркотик возникает по разным причинам:

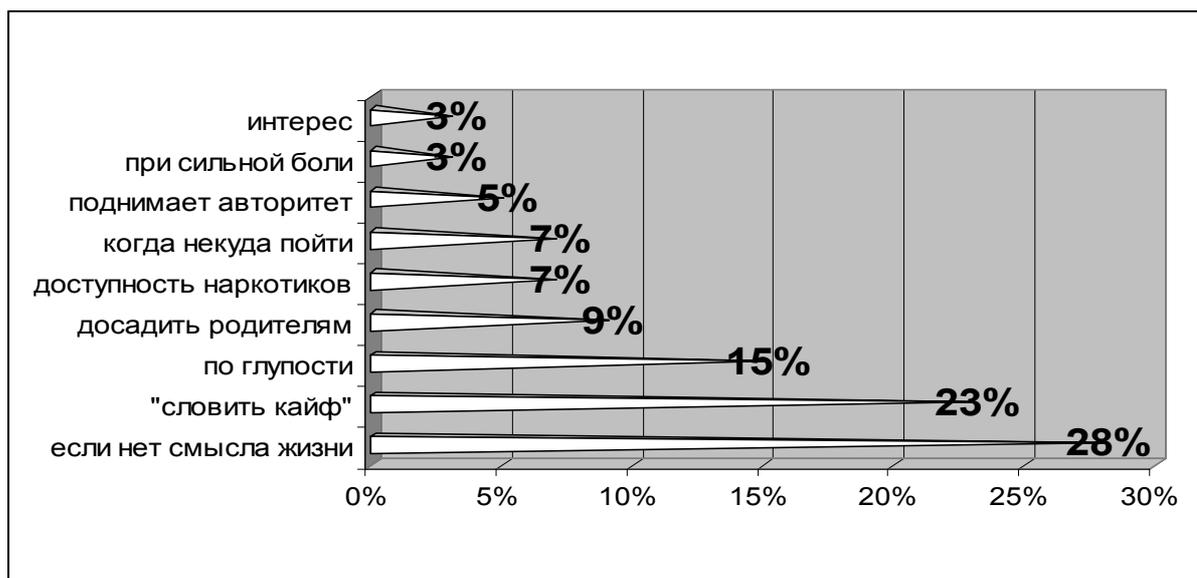


Рисунок 5. Причины наркомании. 2010. Талдыкорган.

Как мы видим, доступность наркотических веществ, имеет место быть. По словам опрошенной молодежи, первые порции наркотиков раздаются бесплатно. Среди наркоманов развернута целая

маркетинговая сеть. Распространять наркотические средства становится легче и потому, что из года в год становится более заметным падение, разложение общественной нравственности и морали.

## ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА КЛЕТОЧНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ

**Бекбусынов А.И.,**

*Костанайский областной противотуберкулезный диспансер*

Одной из наиболее тяжелых форм туберкулезного процесса, при котором происходят значительные изменения в системе иммунитета больного, является казеозная пневмония. Клиническая картина заболевания определяется тяжелым синдромом интоксикации, выраженными бронхолегочными проявлениями заболевания, дыхательной недостаточностью, глубоким нарушением

всех функциональных систем гомеостаза, а также с быстрым прогрессированием, нередко летальным исходом. Течение казеозной пневмонии часто осложняется легочным кровотечением, спонтанным пневмотораксом.

Целью настоящей работы явилось изучение клеточного состава периферической крови у больных казеозной пневмонией. Клеточный состав

крови указывает на изменения в системе иммунитета и позволяет оценить напряженность специфической и неспецифической реактивности организма. Нами изучены показатели периферической крови у 9 больных казеозной пневмонией за период с 2001 по 2008 год. Состояние всех больных оценивалось как тяжелое. Клиническая картина определялась острым началом, токсическими синдромами: температурой, одышкой, потом, кашлем с выделением гнойной, иногда «ржавой», мокроты, кровохарканьем. При физикальном

исследовании у 4 больных (44,4%) было кровохарканье, у 1 больного (11,1%) – легочное кровотечение. Рентгенологические изменения носили односторонний характер у 7 больных (77,8%), а у 2 больных – двусторонний (22,2%). Поражение одной доли отмечалось у 3 больных (33,3%), двух долей у 4 больных (44,4%), три и более долей – 2 (22,2%). Микроскопия мазка мокроты дала положительный результат у всех больных. Исследования состава периферической крови проводились общепринятыми стандартными методиками.

#### Динамика показателей клеточного состава крови в процессе химиотерапии больных казеозной пневмонией.

18,0±2,0С1 2,0рок	Палоч- коядер- ный нейтро- филез, %	Сегмен- тоядер- ный нейтро- филез, %	Лимфо- пения, %	Моноцитоз , %	Эозинофил ия, %	Лейкоцитоз , %	СОЭ, мм/ч
до начала лечения	12±2,0	88,0±0	8±3,0	16,0±2	7,0	13,2±2,0	54,0±8,0
через 1 месяц лечения	9,0±2,0	72,0±0	18,0±2,0	12,0±1,0	5,0	12,0±1,2	46±4,0
через 2 месяца лечения	4,0±1,0	68±2,0	22,0±3,0	10,0±3,0	5,0	8,0±1,0	40±4,0

У всех больных отмечена анемия, гемоглобин снижен до 50-60 г/л у 6 больных (66,7%), у 3 больных до 90 г/л (33,3%), количество эритроцитов снижено до  $1,5-2,0 \cdot 10^{12}/л$ . Соответственно уменьшилась цифра гематокрита ниже 30%. Количество ретикулоцитов увеличивалось выше 1% у 9 (100%) больных, что свидетельствовало о раздражении красного ростка костного мозга. У 4 больных (44,4%) СОЭ была ускорена в пределах  $55,0 \pm 1,0$  мм/час, у 5 (55,7%) больных превышала 60 мм/ч. У 8 больных (88,9%) наблюдался лейкоцитоз в среднем  $13,2 \pm 2,2 \cdot 10^{12}/л$ . Палочкоядерный сдвиг в лейкограмме

наблюдался у 6 больных (66,7%) от  $12,0 \pm 2\%$ , у 3 больных (33,3%) – зарегистрирован сегментоядерный нейтрофилез до 88%. В лейкограмме отмечен анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов, грубая токсогенная зернистость в нейтрофилах. У всех больных наблюдалась лимфопения в пределах  $8 \pm 3\%$ , которая оценивалась как признак выраженного иммунодефицита и недостаток иммунокомпетентных клеток. Моноцитоз отмечен у 8 больных (88,9%) в пределах  $16 \pm 2\%$ , причем у 5 больных (55,6%) превышая норму в 2 раза, что расценивалось, как показатель генерализации туберкулезного процесса.

У 2 больных до начала химиотерапии была зарегистрирована анэозинофилия (22,2%), у 6 больных (66,7%) – содержание эозинофилов было нормальным, у 1 больного (11,1%) выше нормы и составляло 7,0%. После одного месяца химиотерапии было проведено повторное исследование периферической крови. Клинически у больных сохранялась интоксикация, симптомы дыхательной недостаточности. Рентгенологическая динамика отсутствовала. Исследование периферической крови выявило уменьшение числа больных с лейкоцитозом с 8 до 6 человек (66,7%), колебания  $12,0 \pm 1,2\%$ . Палочкоядерный сдвиг сохранился у 2 больных (22,2%), в среднем  $9,0 \pm 2,0\%$ . Содержание сегментоядерных нейтрофилов нормализовалось у 3 больных (33,3%). Во всех случаях анемия, гипохромия, анизоцитоз, пойкилоцитоз эритроцитов, лимфопения и моноцитоз остались на прежнем уровне.

Через два месяца лечения у 4 больных (44,4%) состояние несколько улучшилось, уменьшились симптомы интоксикации. В периферической крови уменьшился лейкоцитоз до  $8,0 \pm 1,0$ , палочкоядерный и сегментоядерный нейтрофилез. СОЭ сохранялось повышенной у всех больных и составляла в среднем  $40 \pm 4$  мм/ч. Замедленная регрессия изменения показателей периферической крови у больных казеозной пневмонией обусловлена глубокими обменными, цитоморфологическими и функциональными нарушениями клеток мононуклеарной фагоцитарной системы, большой протяженностью поражения и размеров каверн, медленным рассасыванием воспалительных изменений в легких.

Таким образом, для оценки тяжести состояния и мониторинга за

лечением и течением туберкулезного процесса целесообразно изучение показателей периферической крови. Сохранение лимфопении и моноцитоза на всех этапах лечения говорит о нарушении специфической защиты организма при казеозной пневмонии.

#### **Выводы:**

1. Для объективной оценки тяжести состояния и контроля за течением туберкулезного процесса при казеозной пневмонии целесообразно изучение клеточного состава крови.
2. Наиболее нормативными критериями наряду с лейкоцитозом и повышением СОЭ является количество палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов.
3. Сохранение моноцитоза и лимфопении на всех этапах обследования указывают на их существенное значение в многокомпонентной системе специфической защиты при казеозной пневмонии.

#### **Список использованной литературы:**

1. Абрамов М.Г. «Гематологический атлас», М., «Медицина», 1985
2. Базарнова М.А., Морозова В.Т. «Руководство по клинической лабораторной диагностике», Киев, «Украина», 1986
3. Кост Е.А. «Справочник по клиническим лабораторным методам исследования», Москва, «Медицина», 1975.
4. Лифшиц В.М., Сидельников В.И. «Медицинские лабораторные анализы», Москва, 2003.
5. Мошкин А., Долгов В. «Обеспечение качества в клинической лабораторной диагностике». Москва, 2004.
6. Хоменко А.Г. Авербах М.М., Александрова А.В. «Туберкулез органов дыхания», Москва, «Медицина», 1996
7. Яценко Т.М., Мечева И.С. «Руководство по лабораторным исследованиям при туберкулезе», Москва, «Медицина», 1973

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОМЕЖУТОЧНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЗИСТЕНТНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Нургалиева Р.С.,

Костанайский областной противотуберкулезный диспансер

«В 2008 году снизить заболеваемость туберкулезом в республике на 16,1% с 125,5 на 100 тыс. населения в 2008 году до 105,5 в 2009 году, а также смертность на 26,1% с 16,9 в 2008 году до 12,5 на 100 тыс. населения в 2009 году». Туберкулез в Казахстане продолжает представлять серьезную проблему, несмотря на тенденцию снижения в республике показателя заболеваемости со 165,1 на 100 000 населения в 2002 году до 133,7 в 2006 году, а в 2009 году до 105,5.

Не снижается число ежегодно выявляемых запущенных, бациллярных, осложненных, распространенных впервые заболевших случаев ТБ из-за поздней диагностики на уровне сети ПМСП и фтизиатрической службы.

Допускаются перерывы химиотерапии больных туберкулезом, перебои в обеспечении качественными противо-

туберкулезными препаратами первого и второго ряда. Имеют место расхождения в показателях официальной отчетности противотуберкулезных учреждений и Госкомстата по оценке показателя смертности по туберкулезу в стране.

С 2000 года на территории Казахстана реализуется Программа DOTS-plus, целью которой является профилактика дальнейшего развития и распространения мультирезистентного туберкулеза. Министерством здравоохранения Республики Казахстан проводится масштабная работы по межсекторальному взаимодействию с министерствами, ведомствами, международными и общественными организациями в решении проблемных вопросов борьбы с туберкулезом в Казахстане.

В контингенте больных туберкулезом в Костанайской области выявлено значительное количество больных с резистентными формами туберкулеза.

Таблица 1. Характеристика лекарственной устойчивости.

Лекарственная устойчивость	Первичная	Вторичная	Хронически больные
Монорезистентные формы	12%	10%	12,9%
Полирезистентные формы	22%	33%	45,9%
Мультирезистентные формы	8%	32%	31,8%

Данная проблема оказывает существенное влияние на эпидемиологическую обстановку в области, в первую очередь увеличивая смертность, в частности, за 2003 год экзистировали 23,7% больных с мультирезистентностью, среди всех

умерших от туберкулеза. Все это явилось объективной предпосылкой для открытия специализированного отделения, с лекарственно устойчивой формой туберкулеза в Костанайском областном противо-

Основной целью настоящего исследования явилась оценка эффективности результатов промежуточного этапа лечения больных с резистентными формами туберкулеза.

В соответствии с методическими рекомендациями НЦПТ МЗ РК в области

произведен отбор 66 больных с резистентными формами туберкулеза на лечении в режиме DOTS плюс. Все больные имели резистентность как минимум к 2 препаратам основного ряда. Анализ лекарственной резистентности представлен в таблице 2.

Таблица 2. Характеристика резистентности больных на лечении по DOTS плюс

66		Полирезистентность							Мультирезистентность					
		всего	HE	ER	HS	HES	RS	RES	ES	всего	HR	HRE	HRS	HRES
	абс	29	3	2	7	13	1		3	37	1		7	29
	%	43,9	4,5	3	10,6	19,6	1,5		4,5	56,1	1,5		10,6	43,9

Среди получающих лечение мультирезистентность выявлена у 37 больных (56,1%) (в том числе у 2-х больных первичная), из них наиболее частая

комбинация HRES – 29 человек (43,9%). С полирезистентностью – 29 человек (43,9%), наиболее частая комбинация HES – у 13 (19,6%).

Таблица 3. Возрастно половой состав больных

	Всего			До 25 лет	25-34	35-44	45-54	55-64
		М	Ж					
Абс.	66	44	22	12	24	16	11	3
%	100	66,6	33,4	18,1	36,3	24,2	16,7	4,5

Из данных, приведенных в таблице видно, что преобладают мужчины – 44 человека (66,6%), женщин – 22 (33,4%). По возрасту распределение преобладающее среди молодого возраста 25-34 года (36,3%), 35-44 лет (24,2%), 45-54 лет (16,7%).

В числе выше перечисленного контингента больных лечились 19 человек (28,8%) бывших заключенных.

При поступлении в отделение и в процессе лечения у больных были выявлены сопутствующие заболевания, которые осложняли течение туберкулезного

процесса и лечение.

Из 66 больных, получающих лечение в режиме DOTS плюс сопутствующие заболевания были у 32 (48,4%).

Из них заболеваниями желудочно-кишечного тракта: гастрит, язвенная болезнь желудка – 10 человек (15,2%), другие заболевания: сахарный диабет – 4

(6,1%), хронический пиелонефрит – 6 человек (9,1%).

Таблица 4. Структура сопутствующих заболеваний у больных, получающих лечение в режиме DOTS плюс

	Всего	Без проявления сопутствующих заболеваний	С сопутствующими заболеваниями							
			Сахарный диабет	Гастрит, язвенная болезнь желудка	Наркомания	Алкоголизм	Пиелонефрит	ИБС	Гипертоническая болезнь	Хронический аднексит
Абс	66	34	4	10		1	6	3	2	6
%	100	51,3	6,1	15,2		1,5	9,1	4,5	3	9,1

Таблица 5. Клинические проявления резистентных форм туберкулеза

	Всего	Кашель с мокротой	Слабость	Повышение температуры тела	Боли в грудной клетке	Потеря веса
Абс.	66	66	51	63	32	61
%	100	100	77,2	95,4	48,4	92,4

Клинические проявления заболевания были разнообразны. В основном – это кашель с мокротой, повышение температуры тела, потеря веса, слабость, боли в грудной клетке.

Из клинических форм туберкулеза встречались наиболее часто инфильтративный туберкулез легких 45 больных (68,2%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 14 (21,2%). У двух больных был диссеминированный туберкулез легких (3%).

Хирургическое лечение при наличии резистентности МБТ без проведенного лечения по DOTS плюс не дает должного эффекта. Так, после операции на лечение в MDR отделение

поступило 5 человек, с ухудшением состояния, прогрессированием процесса и выделением МБТ.

Лечение больных с резистентным туберкулезом легких проводилось с учетом лекарственной чувствительности и переносимости по стандартной схеме. В схему лечения основной группы обязательно входили фторхинолоны (офлоксацин), тиомида (протионамид), аминогликозиды (капреомицин), цикloserин. Все препараты индийского производства, офлоксацин – совместно Казахстано-индийского производства. Наряду с этими препаратами назначался пятый препарат основного ряда, чаще это пиперазид, или препарат к которому

сохранена чувствительность у конкретного больного.

На фоне приема резервных препаратов отмечались побочные действия: в виде изменений со стороны ЦНС – головные боли, бессонница, раздражительность, депрессия, эйфория; со стороны желудочно-кишечного тракта – рвота, тошнота, боли в эпигастрии, нарушение стула и другое.

Наиболее частые побочные реакции отмечены со стороны ЦНС – у 39 больных (59%), со стороны желудочно-кишечного тракта – у 31 (46,9%), суставов – у 23 (34,3%).

В большинстве случаев реакции купировались после медикаментозной коррекции, назначения симптоматической, патогенетической терапии или временной отмены препаратов. У 2-х больных (3%) в связи с абсолютной непереносимостью было отменено лечение в режиме DOTS плюс.

В результате проведенной химиотерапии в режиме DOTS плюс к окончанию 3 месяца лечения конверсия произошла у 31 больного (75,8%), 4 месяца еще у 3 (9,1%), 5 месяца – у 2 (6,1%), 6 месяца – у 1 (3%). Всего наступила конверсия у 31 больного из 33 больных получивших лечение до 6 месяцев –93,9%.

Наряду с приемом спецпрепаратов больные получали патогенетическую, дезинтоксикационную, стимулирующую терапию, физиолечение, коллапсотерапевтические методы лечения. На фоне лечения достигнуто закрытие деструкции у 9 больных (13,6%).

После достижения стойкой конверсии мазка, закрытия полости деструкции, наличия тенденции к закрытию полости деструкции лечение в поддерживающей фазе больные продолжают в условиях специализированного

отделения противотуберкулезного санатория им.М.Карабаева.

#### ТҮЖЫРЫМ

Сонымен, ауруларды көрсеткішіне және қарсы дәлелденуіне қарай дұрыс іріктеп алынуы, резистенттілігінің берілуінде, дертінің жалғасуы есепке алынуы, туберкулезге қарсы сақталындағы дәрі-дәрмектерін бір қапшына келтірілуі, әлеуметтік ауыртпалықты (маскүнемдік, нашакорлық, жүйке аурулары) факторларының қатыспауы, міне осының барлығының белгіленуі IV категориядағы ауруларының жақсы қорытындымен емделуіне мүмкіндік береді.

#### SUMMARY

In that way, if the patients were chose cjrreelty, accoiding to their testimonies and contraindications results of resistance, development of disease, accounting of accompanied pathology, correction of side effect on reserved medicine agaanst TB absence of social factas which aggravate TB (alcohol addiction, drug addiction, mental addiction, presence of instruction for dreadment let us achieve good results even among the patients of the 4<sup>th</sup> category.

#### Список использованной литературы:

- 1.Статистический сборник МЗ РК, Астана, 2009г. «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения».
- 2.Фармер П.Е., Кононец А.С., Борисов С.Е. и другие «Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству», Гарвадская мед. школа // Институт «Открытое общество» – Москва, -1999
- 3.Сборник научных работ. Международный семинар «Современные принципы лечения и мониторинг мультирезистентного туберкулеза». –Алматы, 2-23 ноября 2001г. Муминов Т.А., Ни З.Н., Агзамова Р.А., Исмаилов Ш.Ш.
- 4.Сборник научных работ. Международный семинар «Контроль над лекарственно устойчивым туберкулезом в Казахстане». 22-23 ноября 2004г. Муминов Т.А. Исмаилов Ш.Ш., Ни З.И., Ракишева А.С., Дзязыбекова П.М.

## ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ АНАЛИЗА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ, С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТНЫХ ЗАДАЧ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Бекмагамбетов О.А.

*Костанайский областной противотуберкулезный диспансер*

**Введение:** Туберкулез как хроническое инфекционное заболевание остается важной национальной и международной проблемой, сохраняющей высокую актуальность и в настоящее время. Эпидемиологическая ситуация в области, как и в стране осложнилась в конце 90-х годов, что связано с целым рядом объективных причин: масштабная миграция населения, падение уровня жизни, безработица, приведшие к значительному увеличению социально - дезадаптированных слоев населения. К 2000 году в области, в связи с оптимизацией, было закрыто 13 противотуберкулезных больниц, закрыты все санаторные дошкольные учреждения. Самые высокие показатели заболеваемости туберкулезом в области зарегистрированы в 2002 году – 178,8 на 100 тыс. населения, подростковая заболеваемость – 212,1, детская – 41,1, смертность – 28,7 на 100 тысяч населения. Увеличение бремени туберкулеза вызвано многими факторами, в том числе распространением ВИЧ-инфекции, ростом быстрой, нерегулируемой урбанизации. Кроме того, ухудшение эпидемической ситуации связано с распространением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, в том числе множественной. Для Костанайской области в связи с его приграничным географическим положением проблема борьбы с туберкулезом имеет особое значение. На эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу в области, кроме перечисленных факторов, оказывают значительное влияние активные миграционные процессы из Российской Федерации и областей РК, где

уровень распространенности туберкулеза выше.

Борьба с туберкулезом, как медико-социальной проблемой, диктует необходимость перехода на системные принципы планирования и управления организацией противотуберкулезной помощи, внедрение международных стандартов ВОЗ выявлению, диагностике и лечению туберкулеза, а также системы обучения, мониторинга и оценки противотуберкулезных мероприятий. В связи с этим, оценка значимости углубленного анализа эпидемиологической ситуации с целью определения приоритетных мероприятий, направленных на совершенствование противотуберкулезной помощи населению, является актуальной.

**Материалы и методы:** Для решения поставленных задач использованы статистические данные официальных отчетных форм, данные Национального Регистра больных туберкулезом, оперативной отчетности. Были изучены тенденции течения эпидемического процесса туберкулеза в Костанайской области с 1998 г. по 2009 год на основании анализа динамики основных показателей: заболеваемости, распространенности и смертности. Определены регионы с самой напряженной и наиболее неблагоприятной ситуацией по туберкулезу. Проведено ранжирование по уровню заболеваемости. Проведена комплексная оценка эпидемической ситуации по туберкулезу в Костанайской области по основным эпидемиологическим показателям, как основы планирования приоритетных мероприятий противотуберкулезной помощи населению.

Изучены влияния наиболее часто выделяемых факторов: социального состава больных туберкулезом, ВИЧ-инфекции, множественной лекарственной устойчивости МБТ на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Изучены причины и основные факторы смертности от туберкулеза по области, в зависимости от сроков наблюдения умерших в противотуберкулезной службе. На основании проведенного анализа эпидемиологической ситуации по туберкулезу обоснованы и разработаны принципы выбора мероприятий, направленных на совершенствование противотуберкулезной службы в Костанайской области. Проведенный сравнительный анализ эпидемиологической ситуации по туберкулезу по полу, возрасту, социальному составу в районах области, помог определить группы повышенного риска возникновения заболевания и наступления летальных исходов от него. К группам повышенного риска заболевания туберкулезом и наступления его летальных исходов, относятся лица молодого трудоспособного возраста и население старших возрастных групп, что позволяет оптимизировать планирование профилактических мероприятий, и подчеркивает социальное значение проблемы. На основе системного анализа и мониторинга эпидемиологической обстановки, социально-экономических факторов и показателей здоровья населения оценена эффективность внедрения международных стандартов.

**Результаты исследования:** Разработана система анализа эпидемиологической ситуации по области на основе статистических данных и мониторинга проведения противотуберкулезных мероприятий в учреждениях здравоохранения, согласно международным стандартам ВОЗ. Дана оценка значимости анализа эпидемичес-

кой ситуации по туберкулезу, для определения приоритетных мероприятий, направленных на совершенствование противотуберкулезной помощи населению. Оценена эффективность противотуберкулезных мероприятий в Костанайской области на основе внедрения международных стандартов ВОЗ, совершенствования вопросов интеграции противотуберкулезной службы с сетью учреждений ПМСП, пени-тенциарной системой и Гос-санэпиднадзора, с использованием системного анализа и мониторинга эпидемиологической обстановки, прогнозирования ее динамики, выявления и учета индивидуальных факторов риска заболеваемости туберкулезом населения в современных социально-экономических условиях.

На основе проведенного анализа эпидемиологической ситуации произведена оценка и определены приоритетные мероприятия, направленные на совершенствование противотуберкулезной помощи населению Костанайской области. Установлен прогнозируемый уровень заболеваемости туберкулезом, в современных социально-экономических условиях в области.

Определены группы повышенного риска заболевания туберкулезом и наступления его летальных исходов, к которым относятся лица молодого трудоспособного возраста и население старших возрастных групп, что позволяет оптимизировать планирование профилактических мероприятий, и подчеркивает социальное значение проблемы. Правильно и всесторонне проведенный анализ и оценка эпидемиологической ситуации по туберкулезу, выявляет тенденции и закономерности течения эпидемии в области и позволяет построить прогностическую модель эпидситуации по туберкулезу на несколько лет вперед.

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Жабагина Г.С.

Костанайский областной противотуберкулезный диспансер г.Костанай

**Введение:** В соответствии с информацией ВОЗ, около 2 миллиардов людей, треть общего населения Земли, инфицировано. В настоящее время туберкулезом ежегодно заболевает 9 миллионов человек во всем мире, из них 3 миллиона умирают от его осложнений. В Казахстане смертность от туберкулеза составила по итогам 2009 года 12,5 на 100 тысяч населения, по Костанайской области 15,5 на 100 тысяч населения. Наиболее объективными и надежными критериями эпидемиологической ситуации по туберкулезу считаются заболеваемость и смертность. По данным исследований Российской Медицинской Академией наук у лиц, заболевших активным туберкулезом, риск смерти от него составляет 4,2 %. За последние ряд лет показатель смертности от туберкулеза по Костанайской области имел стойкую тенденцию к снижению и стабилизации – 30,7 за 2002 год, 22,1 за 2005 год, 15,5 за 2009 год. Показатель смертности от туберкулеза по итогам 2009 года по республике составил 12,5 на 100 тысяч населения, по Костанайской области – 15,5.

**Материалы и методы:** Нами проведена сплошная выборка и анализ свидетельств о смерти с областного управления статистики за последние 4 года и выборка амбулаторных карт умерших от туберкулеза. Анализ смертности от туберкулеза по области показывает: у 77% умерших от туберкулеза в области – смерть зарегистрирована в стационарах, в 8,7% больных умерло на дому и в других местах - вскрытие произведено судмедэкспертами.

Показатель смертности от туберкулеза имеет несколько составляющих, от

влияния каждого из которых и в совокупности, зависит достоверность данного показателя. Первая составляющая - гипердиагностика, отсутствие дифференциальной диагностики при установлении диагноза посмертного диагноза «туберкулез», при котором не исключались причины, которые имели преобладающее значение на летальный исход, нежели туберкулез – сопутствующие заболевания, интоксикации различных этиологий. Необходимо отметить, что по сравнению с 2004-2005 годами практически в 2 раза снизился показатель смертности от туберкулеза на дому. Были выявлены свидетельства о смерти, посмертный диагноз «туберкулез» устанавливался практически в день вскрытия и окончательное свидетельство о смерти выдавалось без учета данных гистологии и культуральных исследований. При наступлении смерти в специализированных противотуберкулезных стационарах фактически в 95% случаев патологоанатомами ранее выставлялась причина смерти «туберкулез», тогда как по данным мировой литературы до 20% умерших в специализированных противотуберкулезных стационарах умирает от других причин. Тем более, что более 60% больных туберкулезом страдают различными сопутствующими заболеваниями. Анализ смертности от туберкулеза по области показывает, что основную массу умерших от туберкулеза составляют лица, которые были социально дезадаптированы: 34,3% умерших являлись алкоголиками, 12,1% - имели в анамнезе МЛС, 3,0% - являлись потребителями наркотиков, 14,1% - являлись БОМЖами, 88,9% - являлись неработаю-

щими.

По данным РАМН риск смерти выше у лиц без определенного места жительства (на 12,2%), страдающих хроническим алкоголизмом (на 14,4%), болезнями органов пищеварения (на 8,5%), болезнями органов дыхания (на 7,4%), наркоманией (на 6,7%), болезнями системы кровообращения (на 6,2%), психическими расстройствами (на 4,2%), т.е. у групп риска. Наличие ВИЧ-инфекции повышает риск смерти всего на 9,6%, однако при переходе ее в стадию СПИДа риск смерти увеличивается до 98,0%, т.е. в 6 раз.

Анализ амбулаторных карт умерших от туберкулеза показывает, что основной контингент составляют лица, имеющие асоциальный статус и факторы риска, значительно превышающие риск смерти от туберкулеза. Учитывая особенности основного контингента, болеющего туберкулезом, необходим более дифференцированный подход при установлении истинной причины смерти, с учетом тяжести течения сопутствующих заболеваний, их преобладающего влияния на летальный исход, которые могли служить истинной причиной смерти у лиц с туберкулезными процессами. Для установления достоверной картины смертности от туберкулеза в области, определение основной причины смерти «Туберкулез», особенно, в случаях отсутствия прижизненного клинического, рентгенологического и лабораторного подтверждения, должны иметь более основательную доказательную базу в каждом конкретном случае - гистология + бактериоскопия, с последующими культуральными исследованиями.

Анализ данных по смертности показывает, одним из немаловажных составляющих показателя смертности является надлежащее заполнение соответствующей документации. Ошибки, которые зачастую допускаются - диагнозы

выставляются не по МКБ, зачастую не устанавливается причина смерти. Из 319 «Свидетельств о смерти» с нарушениями были заполнены 50,0 %. При этом выделялось 2 типа нарушений: нарушения, не влияющие на достоверность показателя. К ним относятся нарушения когда: запись причины смерти заканчивается строками 1а либо 1б; пропущены предыдущие строки, но заполнены последующие. Некорректно заполненные свидетельства. Нарушения, которые влияют на достоверность показателя, в данном случае превышая его. К ним относятся случаи когда: патологические состояния, указанные как основная причина смерти, таковыми не являются; основной причиной смерти является нетуберкулезное заболевание, которое из-за неправильно оформленной записи шифруется как смерть от туберкулеза; нет расшифровки формы туберкулеза легких. Второй тип нарушений отмечается в 19 % случаев. Проведение ряда организационных мероприятий позволило повысить достоверность формирования показателя смертности от туберкулеза, но по данному вопросу необходима постоянная работа.

**Результаты исследования:** Первая составляющая - отсутствия дифференциальной диагностики при установлении диагноза посмертного диагноза «туберкулез», при котором не исключаются причины, которые имели преобладающее значение на летальный исход, нежели туберкулез. Учитывая особенности основного контингента, болеющего туберкулезом, необходим более дифференцированный подход при установлении истинной причины смерти, с учетом тяжести течения сопутствующих заболеваний, их преобладающего влияния на летальный исход, исключение других причин, которые могли послужить истинной причиной смерти у лиц с туберкулезными процессами. Анализ

данных по смертности показывает, одним из немаловажных составляющих достоверности показателя смертности является надлежащее заполнение соответствующей документации.

**Выводы:** Для установления достоверной картины смертности от туберкулеза, определение основной причины смерти «Туберкулез», особенно, в случаях отсутствия прижизненного клинического, рентгенологического и лабораторного подтверждения, должны иметь более основательную доказательную базу в каждом конкретном случае. Необходимо исключить случаи гипердиагностики, при установлении диагноза посмертного

диагноза «туберкулез», при котором не исключаются причины, которые имели превалирующее значение на летальный исход, нежели туберкулез. Учитывая особенности основного контингента, болеющего туберкулезом, необходим более дифференцированный подход при установлении истинной причины смерти, с учетом тяжести течения сопутствующих заболеваний, их превалирующего влияния на летальный исход, исключение причин, которые могли служить истинной причиной смерти у лиц с туберкулезными процессами. Необходимо обратить внимание на надлежащее заполнение соответствующей документации.

---

## СОЦИАЛЬНЫЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ В КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Тютенова Ж.А.

*Костанайский областной центр СПИД*

В последние годы в Костанайской области наблюдается тенденция к выявлению новых случаев ВИЧ-инфицирования среди традиционных групп населения. В этих условиях возрастает научно-практическое значение социального и эпидемиологического мониторинга вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфицирования.

Целью проведенного исследования было изучить некоторые социальные и эпидемиологические аспекты распространения ВИЧ-инфекции среди населения Костанайской области.

Для реализации этой цели были проанализированы и оценены все случаи

ВИЧ-инфицирования наблюдавшиеся в Костанайской области в 2007-2009 годах.

Проведенные динамические и структурные оценки показали (рис.1), что в 2007 году среди общего числа ВИЧ-инфицированных было 44 (62,0%) мужчин и 27 (38,0%) женщин. В 2008 году общее число вновь ВИЧ-инфицированных лиц увеличилось почти в 2,5 раза. Однако, соотношение между мужчинами и женщинами почти не изменилось и составило 63,9% к 36,1%. Ещё через год, в 2009 году на фоне снижения общего числа ВИЧ-инфицированных лиц (на 20,0%), изучаемое соотношение почти не изменилось, так как среди них мужчин было 62,3%, а женщин 37,7%.



Рисунок 1. Распределение ВИЧ-инфицированных в Костанайской области по полу в 2007 -2009 годах

При изучении распределения вновь выявленных ВИЧ-инфицированных лиц (таб.1) установлено, что в 2007 году в общем их числе 77,5% составляли не работающие граждане, а 11,3% - работающие и 11,2% - неизвестные лица.

При этом из общего числа ВИЧ-инфицированных лиц по 4,2% - составляли работницы коммерческого сектора (РКС); иностранцы и служащие, 1,4%- медработники.

Таблица 1 - Распределение ВИЧ-инфицированных в Костанайской области по социальным группам в 2007-2009г.г.

Наименование Социальных групп	2007		2008		% к 2007г.	2009		% к 2008 г.
	Абс. Число	%	Абс. Число	%		Абс. Число	%	
Работающие	8	11,3	39	23,1	487	30	21,1	77
Не работающие	55	77,5	113	66,9	205	90	63,4	79
Служащие	3	4,2	1	0,6	33	5	3,5	500
Неорганизованные	2	2,8	4	2,4	200			
Иностранцы	3	4,2	4	2,4	133	12	8,5	300
Неизвестные лица	8	11,2	17	10,0	212,5	22	15,5	129,4
Пенсионеры	-	-	-	-	-	1	0,7	
Медработники	1	1,4						
РКС	3	4,2	2	1,2	66	4	2,8	
ВСЕГО	71	100,0	169	100,0	238	142	100,0	84

В 2008 году общее число ВИЧ-инфицированных в области увеличилось почти в 2,4 раза. При этом доля работающих увеличилась на 11,8%, а

неработающих, наоборот, уменьшилась в 1,2 раза. Одновременно удельный вес «неизвестных лиц» принадлежность к труду которых не установлена составляло

10,0% от общего числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных.

Ещё через год, в 2009 году число вновь выявленных ВИЧ-инфицированных по сравнению с 2008 годом уменьшилось на 16%; соотношение между работающими и неработающими незначительно увеличилось в пользу последних, а

доля «неизвестных лиц» с неустановленной принадлежностью к труду увеличилась с 10,0% до 15,5%.

Следующий раздел изучения. Был посвящен исследованию распределения вновь выявленных ВИЧ-инфицированных по гражданству.

Таблица 2 - Распределение ВИЧ-инфицированных в Костанайской области по гражданству в 2007-2009 г.г.

Гражданство	2007		2008		% к 2007	2009		% к 2008	с нараст. Итого	
	Абс. Число	%	Абс. Число	%		Абсч. число	%		Абсолют. число	%
Жители Костанайской области	62	87,3	156	92,3	251	123	86,6	79	721	88,1
Жители других областей РК	6	8,5	9	5,3	150	7	4,9	78	59	7,0
Украина						1	0,7		4	0,5
Россия	2	2,8	2	1,2	100	9	6,3	450	37	4,4
Узбекистан			2	1,2		2	1,4	100	5	0,6
Хакассия									1	0,1
Армения	1	1,4							2	0,2
Анонимно									13	1,5
Всего	71	100,0	169	100,0	238	142	100,0	84	842	100,0

Результаты проведенного анализа показали, что в 2007 году, в общем числе вновь выявленных ВИЧ-инфицированных 87,3% были жителями Костанайской области; 8,5% - других регионов Казахстана; 2,8% - Российской Федерации и 1,4% - Армении. В 2008 году структура распределения вновь выявленных ВИЧ-инфицированных несколько изменилась. Так, жители Костанайской области составляли уже 92,3%; других регионов страны – 5,3%; Российской Федерации – 1,2%. При этом также 1,2% от общего числа впервые зарегистрированных ВИЧ-

инфицированных составляли граждане Узбекистана.

Далее установлено, что в 2009 году по сравнению с 2008 годом, доля жителей Костанайской области уменьшилась на 21,2%; жителей других регионов страны – на 21,3%, суммарный удельный вес граждан других стран, наоборот, увеличился с 2,4% до 8,4% или в 3,5 раза. Интересные результаты получены при изучении путей передачи ВИЧ-инфекции среди вновь выявленных ВИЧ-инфицированных лиц (Рис. 2).



Рисунок 2. Процент прироста ВИЧ-инфицированных в Костанайской области по путям передачи

Так установлено, что в 2007 году среди общего числа ВИЧ-инфицированных в 49,3% случаев был установлен парентеральный путь передачи инфекции; в 46,5% - половой; по 1,4% - ретроспективный и вертикальный, а у одного лица путь передачи инфекции не был установлен.

Далее показано, что в 2008 году по сравнению с 2007 годом, доля лиц у которых был установлен парентеральный путь передачи увеличилась с 49,3; до 55,6%; удельный вес лиц с установленным половым путем передачи инфекции, напротив, уменьшился с 46,5% до 39,0%. При этом доля лиц, у которых ВИЧ-инфицирование установлено ретроспективно и вертикально не изменилась, а у которых путь передачи так и не установлен, увеличилась более чем в 1,5 раза.

Дальнейшие динамические и структурные исследования показали, что в 2009 году по сравнению с 2008 годом, удельный вес лиц с установленным парентеральным путем передачи ВИЧ-инфекции уменьшился с 55,6% до 51,4%; доля лиц с установленным половым путем передачи ВИЧ-инфекции, наоборот, увеличилась с 39,0% до 43,7%.

При этом удельный вес лиц с неустановленным путем передачи опять увеличился в 1,5 раза, а случаев ретроспективного и вертикального

установленного пути передачи ВИЧ-инфекции не наблюдалось.

Таким образом, исследования показали, что в Костанайской области новые случаи ВИЧ-инфицирования чаще регистрируются среди мужчин; основную долю составляют неработающие жители самой Костанайской области; наблюдается тенденция к увеличению доли иностранных граждан, а основным путем передачи ВИЧ-инфекции является парентеральный и половой.

Эти социальные и эпидемиологические особенности распространения ВИЧ-инфицирования должны учитываться при планировании и реализации профилактических, лечебно-диагностических и противоэпидемических мероприятий области.

**Список использованной литературы:**

1. Г.Г.Онищенко «О неотложных мерах по противодействию распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации». Здравоохранение Российской Федерации №2, 2006г. с.4-8.
2. А.Т.Тогызбаев «Организация службы по профилактике ВИЧ-инфекции на современном этапе» Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан». 2007г. том 1, с.118-120.
3. Пасичник В.П. «Организация противоэпидемических мероприятий и профилактике инфекционных заболеваний в Костанайской области»

Материалы III съезда врачей и провизоров  
Республики Казахстан». 2007г. том 2 с.197-199.

#### **SUMMARY**

The article presents the results of the study of social and epidemiological aspects of HIV infection in Kostanai region.

The presence of HIV infection in women of reproductive age, necessitates the study of the problem, factors contributing to its development, approaches to prevention and treatment optimization and expansion of research in the field of modern management in the service of HIV / AIDS.

#### **ТҮЖЫРЫМ**

Мақалада Қостанай облысындағы ВИЧ инфекциялаудың әлеуметтік және эпидемиологиялық аспектілерін зерделеудің нәтижелері келтіріледі.

Инфекцияның ВИЧы бар болу балиғаттық жастың әйелдерінде, ВИЧ/СПИД мәселелер бойынша қазіргі менеджменттің төңірегіндесінің ғылыми зерттеулерінің қызметіндегі профилактикаға жолдардың факторларының оның дамыту себепші болатын осы мәселелерінің зерттеуін қажеттілік және емдеуді ықшамдау және кеңейту ескертеді.

Ключевые слова: социальные группы, пути передачи инфекции.

**ЖҮЙЕЛІ ҚЫЗЫЛ ЖЕГІ ЖӘНЕ АНТИФОСФОЛИПИДТІК СИНДРОМ  
КЕЗІНДЕ ЗАҚЫМДАЛУ ИНДЕКСІН БАҒАЛАУ**

**Қайыргали Ш.М.**

**С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,  
Алматы қаласы**

**Зерттеудің мақсаты:** Жүйелі қызыл жегі (ЖҚЖ) нәтижесі тек дерттің белсенділігіне ғана емес, сонымен қатар, ағзалар зақымдалуының күрделілігіне де байланысты. Соңғы жылдары ағзалардың кумулятивті зақымдалуы белсенді түрде зерттелуде. Зақымдалудың деңгейін анықтау үшін, Америка ревматология бірлестігінің (АРБ) ықпалымен әр-түрлі ағзаларда зақымдану индексі пайдаланылуда (ЗИ). Шетелдік әдебиеттерде зақымдалу индексі зерттеуге арналған жұмыстар аз емес. Отандық әдебиетте бұл мәселеге тиісті назар аударылмай келеді. ЗИ ағзалардың қайтымды және қайтымсыз зақымдалуының жиынтығы. ЗИ пайдалану басталған дерттің салдарынан сонымен қатар қолданылған емдеудің жанама әсерінен ағзаның зақымдалу деңгейін бағалауға мүмкіншілік береді. ЗИ-ке ағзалардың 12 жүйесін сипаттау жатады[1]. Атап айтқанда көру ағзасы, бүйрек, өкпе, жүйке, жүрек – қантамыр, асқорыту, сүйек – бұлшық ет жүйелерінің, шеткі қантамыр, жыныстық және эндокриндік ағзалар. Әр – бір көрсеткіш 1 балға бағаланады. Кейбір кезде, жиілігі кемінде 6 ай ішінде зақымдалу қайталанған жағдайда, тағы 1 балл қосылады. Мұндай зақымдануға ми-қантамыр айналымының бұзылуы, миокардтың өліктенуі, сүйектің аваскулярлық некрозы, тіндердің айқын зақымдалуы, ішектің, бауырдың, өт қапшығының, көкбауырдың өліктенуі және / немесе резекциясы, сонымен қатар малигнизация жатады. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігі 3 дәрежелі болған жағдайда 3 балға

бағаланады. Жекелеген жүйелер бойынша барынша жоғары есеп бағаланатын параметрлердің санына байланысты 1-7 балға дейін құрайды. ЗИ мүмкін болатын жалпы жоғары деңгейі 47 балл. 2000-2010 жылдар аралығын Дүние жүзі денсаулық сақтау ұйымы мен Біріккен Ұлттар ұйымы сүйек-бұлшық ет, буын ауруларының халық аралық декадасы деп жариялаған болатын [2]. Бұл өз кезегінде ревматологиялық ауруларды зерттеуге деген құштарлықты арттыра түсті.

**Материалдар мен зерттеу әдістері:** Жүйелі қызыл жегі - ішкі ағзалар қызметінің бұзылуы мен тіндердің иммундық қабынып зақымдалуына әкелетін, этиологиясы белгісіз аутоиммунды, жүйелі ауру[3]. Жарияланған әдебиеттерде кездесетін зерттеу нәтижелеріне қарағанда (Насонов Е.Л. 2005) ЖҚЖ 30% жағдайда антифосфолипидтік синдроммен (АФС) бірігіп жүретіндігі байқалады. АФС құрамына көктамырлық немесе артериалды тромбоз, қайталамалы акушерлік патология (жүктіліктің алғаш үштігінде қайта түсік тастау), тромбоцитопения және антифосфолипидтік антиденелердің жоғарлауы жатады[4]. Біздің зерттеуімізге Америка Ревматологтар бірлестігі (АРБ) ұсынған диагностикалық критерийлеріне сай таңдалған ЖҚЖ диагнозымен 62 науқас алынды. Олардың арасында әйелдердің саны басым болды - 60 адам (96,8%), орташа жасы  $36,3 \pm 11,4$ ; аурудың орташа ұзақтығы  $2,04 \pm 3,46$  жыл. Бұл топтың ішінен АФС лабораторлық маркерлері (жегілік антикоагулянт (ЖА), кардио-

липинге антиденелер (КА)) оң болған 33 (53,2%) науқас іріктеліп алынды. 1989 жылы G.R.V.Hughes тобымен жасаған, кейіннен D. Alarcon-Segovia толықтырылған АФС жіктелуіне сәйкес келетін 22 (35,5%) науқас іріктелді. Ағзалардың болжамалы қайтымсыз зақымдалуын анықтау үшін SLICC/ACR Damage Index зақымдалу индексі қолданылды[5].

**Зерттеудің нәтижесі:** ЖҚЖ мен АФС бар науқастардың орта жасы  $36,5 \pm 12,98$ , дертке шалдығу ұзақтығы  $11,86 \pm 10,5$  ай болды. Науқастардың 21 әйел және 1 ер адам, 10 (45,4%) бойдақ. Бұл топта иммундыферментті талдаумен жасалған КАІgG  $1,09 \pm 0,8$  тең болды. Аталған топта ЖА 11 науқаста оң, 5 науқаста КАІgG титрі жоғары және ЖА оң болғаны анықталды. Зерттелген топта SLICC/ACR Damage Index зақымдалу индексі  $2,13 \pm 1,28$  тең, ал тек ЖҚЖ ауыратын науқастар тобында зақымдалу индексі  $1,7 \pm 1,55$  тең болды. Тромбоцитопения 8 (36,3%), торлы ливедо 17(77,3%), көлденең миелит 1(4,5%), көктамырлық тромбоз 4(18,2%), орган жілік басының некрозы 2(9,1%), аяқ басының трофикалық жарасы 2(9,1%), гемолитикалық анемия 2(9,1%) науқаста анықталды. Науқастарда сүйек-бұлшық ет, тыныс алу, жүйке және зәр шығару жүйелерінің зақымдануы басым болды.

**Қорытынды:** Зерттелген жүйелі қызыл жегі мен бірігіп жүрген антифосфолипидті синдромы бар науқастар тобында SLICC/ACR зақымдалу индексі, тек ЖҚЖ ауыратын науқастар тобымен салыстырғанда жоғары болған. Науқастарда сүйек-бұлшық ет, тыныс алу, жүйке және зәр шығару жүйелерінің зақымдануы көзге түсті.

Жүйелі қызыл жегі мен бірігіп жүрген антифосфолипидті синдром кезінде зақымдалу индексін анықтау, науқастарға сапалы қызмет көрсетіп, дер кезінде емге

кажетті, дәлелденген, базисті емді қолдануға мүмкіндік туғызады.

#### Қолданылған әдебиет:

- 1) Андрианова И.А., Иванова М.М. Ранний индекс повреждения у больных системной красной волчанкой//Научно-практическая ревматология.-2005,5.С.19-22
- 2)Вяльков А.И., Гусев Е.И.,Зборовский А.Б., Насонова В.А. Основные задачи Международной декады (The bone and joint decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России // Научно-практическая ревматология.- 2001, 2, С.4-8.
- 3)Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. М., Медицина, 2004. С.253-335.
- 4)Алекберова З.С., Насонов Е.Л., Решетняк Т.М., Раденска-Лоповок С.Г. Антифосфолипидный синдром: 15 лет изучения в России В кн: Избранные лекции по клинической ревматологии. М., Медицина. Под редакцией Насоновой В.А., Бунчука Н.В. 2001. 132-148.
- 5)Rahman P., Gladman D.D., Urowitz M.B. et al. Early damage as measured by the SLICC/ACR damage index is a predictor of mortality in systemic lupus erythematosus. Lupus, 2001, 10, 93-96

#### РЕЗЮМЕ

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что у больных системной красной волчанкой с АФС индекс повреждения достоверно выше по сравнению с группой больных без АФС. У пациентов СКВ с АФС чаще поражаются костно-мышечная, дыхательная, нервная и выделительная системы.

#### SUMMARY

The results of our study suggest that patients with systemic lupus erythematosus with antiphospholipid syndrome damage index higher compared with a group of patients without the antiphospholipid syndrome. In patients with systemic lupus erythematosus with antiphospholipid syndrome often affects the musculoskeletal, respiratory, nervous and excretory systems.

## ПСИХОФАРМАКОКОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ КОМОРБИДНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ

Давлетбакова А.Ш.

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

Современная медицина уделяет большое внимание пограничным психическим расстройствам, которые наблюдаются у соматических больных. С учетом высокой частоты заболеваний связанных с патологией позвоночника, целью настоящего исследования явилось изучение эффективности медикаментозной коррекции тревожных расстройств у больных с корешковым болевым синдромом вертеброгенного характера. Материалом исследования послужила группа из 60 пациентов с корешковыми синдромами. Из них 30 человек получали стандартное лечение, тогда как у 30 оставшихся в стандартную восстановительную схему лечения был добавлен антидепрессант Феварин. Для оценки и контроля уровня тревоги был использован тест Спилбергера-Ханина, уровень боли определяли по цифровой рейтинговой шкале оценки боли. Уровень тревоги и боли оценивали при поступлении в стационар, а также после курса проведенного лечения. Результаты исследования показали, что во второй группе пациентов после лечения уровень тревоги и уровень боли значительно снизились по сравнению с первой контрольной группой. Таким образом, при симптомах тревоги у больных с корешковыми синдромами назначение антидепрессанта способствует не только купированию тревожных расстройств, но и приводит к снижению болевого синдрома.

В последние годы наблюдается рост заболеваемости дорсалгией, особенно, среди лиц трудоспособного возраста. 28,4%

населения в возрасте 20-69 лет страдает периодическими болями в спине и 84% переживает относительно длительный эпизод боли в спине хотя бы раз в течение жизни [1].

По данным В.В. Алексеева (2002) боли в спине характеризуются наиболее выраженной тенденцией к хроническому и часто рецидивирующему течению. Их распространенность составила 80% в структуре хронических болевых синдромов. У 10-20% пациентов трудоспособного возраста острая боль в спине трансформируется в хроническую, с трудом поддается лечению, и служит причиной длительной нетрудоспособности [2,3]. Современные теоретические представления, как и многочисленные клинические исследования, побуждают к рассмотрению болевых синдромов как системных заболеваний, требующих соответствующего патогенетического комплексного подхода [4]. Между тем, терапия болевых синдромов без учета психосоматических механизмов, по данным многих авторов, малоэффективна [5]. Применение в лечении методов, улучшающих психическое состояние (психофармакотерапии, психотерапии) позволяет уменьшить лекарственную нагрузку, сократить сроки лечения обострения, добиться более длительных ремиссий, повысить качество жизни пациентов с болевыми синдромами [6]. Исходя из вышесказанного, целью настоящего исследования является определить эффективность восстановительной терапии с дополнительной

психофармакокоррекцией у пациентов с болевыми синдромами пояснично-крестцовой локализации.

Для исследования были взяты две группы пациентов по 30 человек, проходивших лечение в неврологических и нейрохирургических отделениях Городской клинической больницы №1 и Городской клинической больницы №7 в период с 01.06.2008 по 01.02.2010 с

диагнозом: «Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника с грыжей диска и компрессионно-корешковым болевым синдромом». Возраст пациентов варьировал от 21 до 62 лет. В первой группе мужчин было 22 человек, женщин - 18, во второй группе 20 и 20 человек, соответственно.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Группы больных	Возраст			Пол	
	до 35 лет	от 35 до 50 лет	старше 50 лет	мужчины	женщины
1 группа	6	15	9	22	18
2 группа	8	16	6	20	20
Всего	14	31	15	42	38

Больным проводилось общее клиническое обследование, неврологическое исследование, а также исследование позвоночника с помощью лучевой диагностики – рентгенография, МРТ. Уровень боли определяли по цифровой рейтинговой шкале и вербальной ранговой шкале. Тревожные расстройства выявляли с помощью скрининговой Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Для исследования были отобраны только те пациенты, у которых были выявлены тревожные расстройства средней и высокой степени. Более точную оценку уровня тревоги производили с помощью теста Спилбергера-Ханина.

Больные из первой контрольной группы получали стандартное восстановительное лечение, включавшее нестероидные противовоспалительные препараты, миорелаксанты, дегидратационную тера-

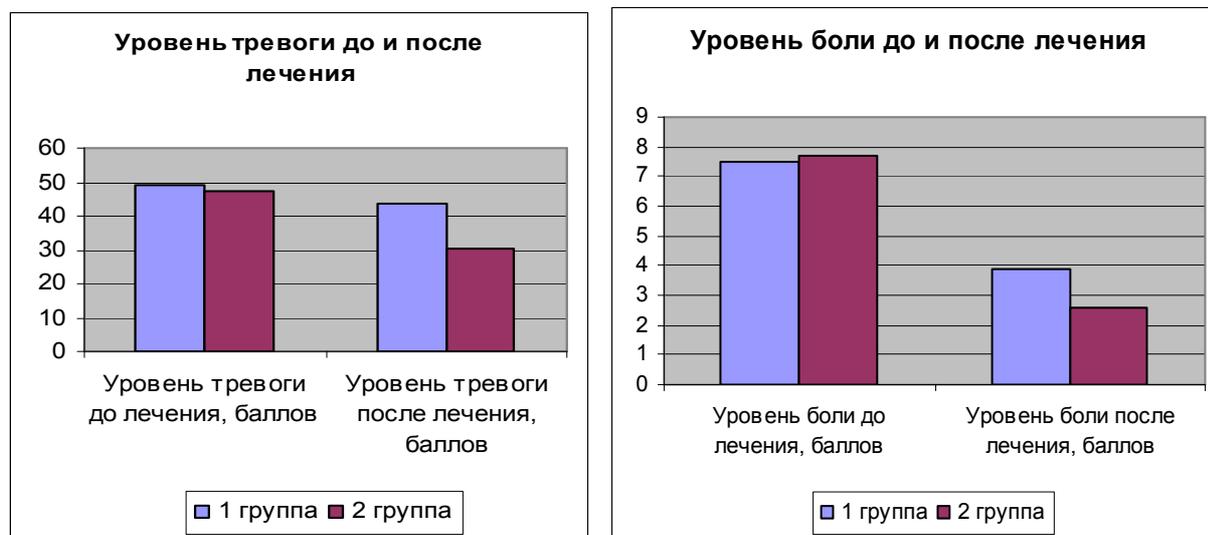
пию, препараты, улучшающие микроциркуляцию, а также мануальную терапию, массаж, тракционную терапию (сухое и подводное вытяжение), физиотерапию и лечебную гимнастику. Во второй группе больных, для купирования тревожных расстройств, помимо вышеперечисленного был применен препарат из группы антидепрессантов, а точнее селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) - феварин (флувоксамин), в дозировке – 100 мг. Начальная доза препарата была минимальной и нарастала в течение 3-5 дней во избежание возможных побочных эффектов. Курс лечения антидепрессантом продолжался в течение 14 дней, после выписки всем пациентам был рекомендован прием препарата до полугода для достижения полной ремиссии. После лечения проводили вторичную оценку уровня

боли и уровня тревоги.

При первичной оценке был отмечен высокий уровень среднего значения боли в обеих группах - 7,5 баллов и 7,7 баллов, соответственно. Кроме того, было отмечено высокое среднее значение тревожности в обеих группах - 48,9 и 47,5 баллов, соответственно. После лечения в первой

группе уровень тревоги остался высоким - 43,7 баллов, тогда как во второй группе он снизился до умеренного и низкого, при этом среднее значение составило - 30,6 баллов. Уровень боли в первой группе снизился до умеренного - 3,9 баллов. А во второй группе боль снизилась до низкого уровня - 2,6 баллов. Результаты исследования представлены в виде диаграммы.

Диаграмма 1,2. Динамика средних значений уровня боли и тревоги в процессе лечения



Побочные эффекты в виде незначительной головной боли были отмечены у 2 пациентов, при этом боли прошли самостоятельно и отмены препарата не потребовалось, у 3 пациентов в первые дни приема отмечались диспептические явления, которые также купировались на 3-4-ый день.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что препарат Феварин эффективно купирует тревожные расстройства. Расширение сферы использования антидепрессантов в терапии болевых синдромов объясняется общностью патогенеза тревожного расстройства и хронической боли. Включение в базовую терапию (наряду с анальгетиками и противовоспалительными средствами) антидепрессантов, является эффективным и

интегрирующим подходом в лечении хронических болевых расстройств, сопряженных с тревогой.

#### Список использованной литературы:

1. Aronoff, G.M. Preventing disability from chronic pain: a review and reappraisal / G.M. Aronoff, J.B. Feldman // International Review of Psychiatry. – 2000/ - V.12, N 2. – P. 157-170.
2. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) / Я.Ю. Попелянский. – М.: Медпресс-информ, 2003. – 552с.
3. Harwood, M.I. Low Back Pain: A Primary Care Approach / M.I. Harwood, B.J. Smith // Clin. Family Pract. – 2005 – Vol. 7, N 2. – P. 279-303.
4. Хабилов, Ф.А. Клиническая неврология позвоночника / Ф.А.

Хабиров. – Казань: Книжный дом, 2006. – 464 с.

5. Бойко, А.Н. Проблемы боли, болевые синдромы // Терапевтические проблемы боли: материалы научн.-практ. Конф. (Москва, 11 мая 2006г.). – М.: ГЕОС, 2006. – С.4-6.

6. Штульман, Д.Р. Неврология. Справочник практического врача / Д.Р. Штульман, О.С. Левин. – М.: Медпресс-информ, 2005. – 944 с.

#### ТҰЖЫРЫМ

Вертеброгенді сипатталатын түптік сырқаттану синдромы бар науқастардың үрейлі берекесіздіктердің дәрі-дәрмектермен түзету нәтижелігін анықтау зерттеудің мақсаты болып табылады. Зерттеу нәтижелері үрейлі

берекесіздіктермен қатарласқан ұзақ сырқаттану синдромдары қосымша психофармакотүзетуді талап етеді. Қорытынды - үрейлі берекесіздіктері бар созылмалы сырқаттану синдромдарын емдеу кезінде қалпына келтіру емінің жүйесіне антидепрессанты енгізу арқылы емнің нәтижелілігін жоғарлатуға болады.

#### SUMMARY

Research objective is studying efficiency of medicinal treatment of disturbing frustration at patients with vertebro-radicular pain syndrome. Results of research have shown, that long lasting painful syndromes accompanied with disturbing frustration, require in additional psychopharmacotherapy. The conclusion – adding antidepressants in the ordinary scheme of treatment considerably increases treatments efficiency of chronic painful syndromes interrelated with disturbing frustration.

## ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФИБРИНОГЕНА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Б.К. Дюсембаев.

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

Одной из причин, приводящих к изменению концентрации фибриногена сыворотки крови, могут быть структурные полиморфизмы гена фибриногена. В 1987 г. S. Humphries и соавт., изучая первичную нуклеотидную последовательность генов фибриногена, обнаружили существование многочисленных полиморфных участков  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -цепей. Однако учитывая то, что сборка полипептидных цепей фибриногена начинается с  $\beta$ -цепи, в настоящее время наиболее широко изучаются нуклеотидные замены в области гена  $\beta$ -фибриногена /1, 5,6,9/.

Одним из наиболее изученных является полиморфизм, заключающийся в замене G на A в 455 нуклеотиде промоторной области гена  $\beta$ -фибриногена

/3/. На основании распределения G- и A-аллелей принято различать три генетических варианта полиморфизма  $\beta$ -фибриногена: гомозиготные — G⊙G и A⊙A, а также гетерозиготный — G⊙A /2/. По мнению большинства исследований, именно с 455 G⊙A полиморфизмом связано повышение уровня фибриногена в плазме. Однако другие авторы не обнаружили подобных взаимосвязей — изменения были выявлены лишь у курильщиков /10, 11/. По данным литературы, встречаемость 455 AA генотипа в популяции составляет 10-20% и ассоциируется с повышением уровня фибриногена сыворотки крови на 10% по сравнению с носителями GG генотипа /1, 11/.

В исследовании ECTIM (Edute Cas-Temoins sur Infarctus du Myocarde) 15

установлена связь 455 G⊙A генотипа с риском развития инфаркта миокарда. Однако в других исследованиях аналогичных результатов не получено. Некоторые авторы указывают на большую встречаемость A-аллеля среди больных с инфарктом миокарда, ишемическим инсультом, причем у гомозигот по A-аллелю чаще наблюдалось поражение крупных сосудов, чем у гетерозигот /8/. Кроме того, 455 A-аллель гена β-фибриногена ассоциируется с прогрессированием атероматоза /7/.

C. Kessler. и соавт. /11/ установили связь AA генотипа с высоким риском развития больших инфарктов головного мозга, при этом у гомозигот по A-аллелю чаще наблюдалось атеросклеротическое поражение крупных сосудов по сравнению с гетерозиготами. Однако данные других авторов /14/ не подтвердили наличия этой связи. Y. Liu и соавт. /12/ выявили ассоциацию AA генотипа с отягощенной наследственностью по ишемической болезни головного мозга с летальным исходом.

Результаты последних исследований свидетельствуют об увеличении в 2,5 раза риска возникновения множественных лакунарных инфарктов у носителей A-аллеля. Авторами выдвинуто предположение, что генетически обусловленное повышение уровня фибриногена плазмы способствует развитию атеросклероза и тромбозам артерий преимущественно малого калибра. Также выявлена сильная положительная связь между артериальной гипертензией и носительством A-аллеля, что также способствует развитию лакунарного инсульта /13/.

Целью исследования ASP (Austrian Stroke Prevention Study) было изучение у 399 пациентов ассоциации между 148 C⊙T полиморфизмом промоторной области b-цепи фибриногена, находящегося в европейской популяции в полном равновесном сцеплении с 455 G⊙A полиморфизмом промоторной области этого же гена, уровнем фибриногена и степенью атеросклеротического пораже-

ния артерий. Выявлено, что гомозиготы по T-аллелю имели более выраженный атеросклероз каротидных артерий и их ветвей, кроме того, уровень фибриногена у этих пациентов был значительно выше по сравнению с носителями C-аллеля.

Еще одним изучаемым полиморфизмом является полиморфный вариант C249T гена b-фибриногена. Так, результаты Wei X. и соавт. свидетельствуют об отсутствии ассоциации данного полиморфного участка с риском развития ишемического инсульта и уровнем фибриногена. Аналогично другие авторы при изолированном анализе C249T полиморфизма не обнаружили связи между ним, риском развития ишемического инсульта и изменением уровня фибриногена как у больных с ишемическим инсультом, так и в группе контроля.

A. Carter и соавт. при изучении генотипа у 149 женщин с ишемическим инсультом и у здоровых лиц выявили значительную связь Arg448Lys с высоким риском развития цереброваскулярных заболеваний и повышением уровня фибриногена лишь у лиц женского пола /4/.

При обследовании 105 пациентов, ранее перенесших инфаркт миокарда и/или ишемический инсульт в возрасте до 65 лет, была обнаружена связь BcII полиморфизма с риском развития инфаркта миокарда и повышением уровня фибриногена /19/. Других исследований по данному полиморфизму не проводилось. Таким образом, убедительных данных о непосредственном влиянии этого полиморфизма на вероятность возникновения ишемического инсульта, инфаркта миокарда не получено.

В настоящее время ряд работ посвящен полиморфизму в 312-положении C-концевых доменов α-цепи, заключающемуся в замене Thr на Ala. С их участием под воздействием фибринстабилизирующего фактора (XIIIa) и Ca<sup>++</sup> происходит ветвление фибри-

новых волокон, образование трехмерной фибриновой сетки, механическая стабилизация фибрина /15/. В эксперименте *in vitro* установлено, что при наличии Ala в 312 положении происходит образование более прочных связей между боковыми цепями лизина и глутамата, более плотного фибринового геля, устойчивого к лизису. По данным ряда исследований, выявлено, что носительство Ala312 увеличивает риск неблагоприятного исхода у больных с ишемическим инсультом и фибрилляцией предсердий /6/. Однако в отношении пациентов с инфарктом миокарда подобных данных не получено. A. Carter и соавт. обнаружили большую встречаемость данного полиморфизма а-цепи среди больных с венозными тромбозами. В целом, по мнению ряда исследователей, Ala312-индуцированные изменения фибринового сгустка увеличивают риск возникновения как артериальных, так и венозных тромбозов /5/.

Таким образом, большинство исследователей рассматривают полиморфизм генов фибриногена, а также генетически обусловленное увеличение уровня фибриногена плазмы как предиктор развития ишемического инсульта.

В настоящее время большой интерес представляет проблема взаимного влияния генетических и приобретенных факторов риска на возникновение ишемического инсульта. Так, у больных, перенесших ишемический инсульт, генетические изменения могут быть одной из ведущих причин развития заболевания. Поскольку основной причиной развития ишемического инсульта является тромбоз церебральных артерий, то изучение полиморфизма генов, отвечающих за работу гемостаза, в частности фибриногена, является одной из наиболее актуальных задач.

Связь между генетическими факторами, отдельными биохимическими и функциональными показателями системы гемостаза, нарушение которых имеет значение в развитии ишемического инсульта, до настоящего времени изучены недостаточно. На сегодняшний день диагностика, прогнозирование течения ишемического инсульта, а также ведение больных в зависимости от уровня фибриногена проводится без учета полиморфизма генов фибриногена. Поэтому исследование его структурных полиморфизмов, установление связи между носительством определенных аллелей полиморфных участков генов фибриногена, риском развития и течением ишемического инсульта с целью выявления лиц с повышенным генетическим риском мозгового инсульта, улучшения прогноза и течения цереброваскулярных заболеваний, представляет значительный интерес.

#### **Список использованной литературы:**

1. Behague I., Poirier O., Nicaud V., Evans A. et al. b-Fibrinogen gene polymorphisms are associated with plasma fibrinogen and coronary artery disease in patients with myocardial infarction: The ECTIM Study. *Etude Cas-Temoins sur l'Infarctus du Myocarde. Circulation* 1996;93:440—449.
2. Blake G.J., Schmitz C., Lindpaintner K., Ridker P.M. Mutation in the promoter region of the b-fibrinogen gene and the risk of future myocardial infarction, stroke and venous thrombosis. *Eur Heart J* 2001;22:2262—2270.
3. Brown E.T., Fuller G.M. Detection of a complex that associates with the b-fibrinogen G-455-A polymorphism. *Blood* 1998;92:3286—3293.
4. Carter A.M., Catto A.J., Bamford J.M., Grant P.J. Gender-specific association of the fibrinogen Bb 448. Fibrinogen levels and coronary disease. *Atheroscler Tromb Vasc Biol* 1997;17:589.

5. Carter A.M., Catto A.J., Grant P.J. Association of the b-fibrinogen Thr312Ala polymorphism with poststroke mortality in subjects with atrial fibrillation. *Circulation* 1999;99:2423—2426.
6. Curran J.M., Evans A., Arveiler D. et al. The b-fibrinogen T/A312 polymorphism in the ECTIMstudy. *Thromb Haemost* 1998;79:1057—1058.
7. de Maat M.P., Kastelein J.J., Jukema J.W. et al. 455G/A polymorphism of the b-fibrinogen gene is associated with the progression of coronary atherosclerosis in symptomatic men: proposed role for an acute-phase reaction pattern of fibrinogen. REGRESS group. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998;18:265—271.
8. Endler G., Mannhalter C. Polymorphisms in coagulation factor genes and their impact on arterial and venous thrombosis. *Clin Chim Acta* 2003;330:31—55.
9. Hassan A., Hugh S. Markus. Genetics and ischaemic stroke. *Brain* 2000;123:1784—1796.
10. Humphries S.E., Ye S., Talmud P. et al. European Atherosclerosis Research Study: genotype at the fibrinogen locus (G-455-Ab-gene) is associated with differences in plasma fibrinogen levels in young men and women from different regions in Europe: evidence for gender-genotype-environment interaction. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1995;15:96.
11. Kessler C., Spitzer C., Stauske D. et al. The apolipoprotein E and-fibrinogen G/A 455 gene polymorphisms are associated with ischemic stroke involving large-vessel disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1997;17:2880—2884.
12. Liu Y., Pan J., Wang S. et al. b-Fibrinogen gene 455A/G polymorphism and plasma fibrinogen level in Chinese stroke patients. *Chin Med J (Engl)* 2002;115:214—216.
13. Martiskainen M., Pohjasvaara T., Mikkelsen J. et al. Fibrinogen gene promoter 455 A allele as a risk factor for lacunar stroke. *Stroke* 2003;34:886—891.
14. Nishiuma S., Kario K., Yakushijin K. et al. Genetic variation in the promoter region of the beta-fibrinogen gene is associated with ischemic stroke in a Japanese population. *Blood Coagul Fibrinolysis* 1998;9:373—379.
15. Standeven K.F., Grant P.J., Carter A.M. et al. Functional analysis of the fibrinogen Thr312Ala polymorphism: effects on fibrin structure and function. *Circulation* 2003;107:2326—2330.

#### ТҰЖЫРЫМ

Ақырғы уақытта мийдың тамыр ауруларының дамуына бейімдеу тұқым қуу факторлардың көптеген зерттеу ізденуі арналған. Негізгі бір бағыттардың бұл зерттеулердің – ген-кандидаттардың рөлінің зерделеуі. Ақырғы жылдардың «ген-кандидаттардың» әр түрлі класстарының байластарың зерделеуі адамдарда жүрек ишемиялық инсульттың қатерлі дамуына біз молекулярлы-генетикалық зерттеу осы шақтағы шолу бойынша жүйеліндірдік.

Түйінді сөздер: «ген-кандидаттар», ишемиялық инсульт.

#### SUMMARY

In recently quite a number of studies is dedicated to searching for of hereditary factors, predisposing to development of vascular diseases of brain. One of the the main directions in these studies - study dug the genes-candidates. In this review us systematized results molecular-genetic studies of lasts of years on study of relationships of different classes "genes-candidates" with risk of development ischaemic strokes beside person.

Key words: "genes-candidates", ischaemic strokes.

## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МЫШЕЧНОЙ СИЛЫ И МАССЫ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Б.К. Дюсембаев.

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

Расшифровка структуры генома человека и широкое использование методов молекулярной генетики открыли возможность выявления генетических маркеров, ассоциируемых с предрасположенностью к развитию и проявлению силы, а также к наращиванию мышечной массы. Помимо вопросов, связанных с самим поиском генетических маркеров мышечной силы и массы, существует также проблема классификации аллелей в отношении их эффекта на какой-либо фенотип. Возникает необходимость выделения аллелей, ассоциирующихся с проявлением и развитием максимальной произвольной статической / динамической силы, взрывной силы и силовой выносливости, а также аллелей, предрасполагающих к выраженной саркоплазматической / миофибриллярной гипертрофии мышечных волокон. Для того чтобы конкретный полиморфизм гена можно было отнести к значимым генетическим маркерам, одно из необходимых условий – согласованность гипотезы с данными клинических и/или физиологических исследований /1,2,3/.

### **Цель исследования:**

Заключалась в поиске генетических маркеров, ассоциированных с предрасположенностью к развитию и проявлению мышечной силы, а также рабочей гипертрофии скелетных мышц.

Для исследования в качестве предполагаемых генетических маркеров были выбраны полиморфизмы генов, ответственных за энергообеспечение мышечной деятельности.

### **Методы исследования:**

В нашем исследовании приняли участие 13 здоровых, физически активных мужчин. Испытуемые были предупреждены об условиях эксперимента и дали письменное соглашение на добровольное участие в нем.

Контрольную группу (6 человек, возраст –  $20 \pm 4$  года, ИМТ -  $22,5 \pm 2,7$  кг/м<sup>2</sup>) тренировали по схеме классической силовой тренировки с нагрузкой 80-85% от максимальной произвольной (динамической) силы (далее – МПС) (К-группа). Испытуемых экспериментальной группы (7 человек, возраст –  $21 \pm 4$  года, ИМТ -  $21,6 \pm 0,8$  кг/м<sup>2</sup>) тренировали по схеме низкоинтенсивной силовой тренировки без расслабления (Э-группа). Тренировочным занятиям всегда предшествовала стандартная разминка, включающая растягивание сгибателей и разгибателей коленного и тазобедренного суставов и приседания с собственным весом. МПС в тренировочном движении определяли на 2-й и 8-й неделе тренировки методом одного повторного максимума (1ПМ).

ДНК испытуемых выделяли из эпителиальных клеток ротовой полости методом щелочной экстракции. Полиморфизмы генов *ACE* (I/D), *ACTN3* (R577X), *AMPD1* (C34T), *CALCR* (Pro447Leu), *CNB* (5I/5D), *IGF1* (CA повторы), *NOS3* (4/5), *PGC1A* (Gly482Ser), *PPARA* (G2528C), *PPARD* (+294T/C), *PPARG* (Pro12Ala), *TSHR* (D727E), *UCP2* (Ala55Val), *UCP3* (-55C/T), *VDR* (T/t) определяли с помощью ПЦР и ПДРФ.

Статистическую обработку данных проводили с использованием критериев Фишера и Спирмена. Вычисляли среднее значение показателя ( $M$ ) и стандартное отклонение ( $s$ ). Различия считались статистически значимыми при значении  $p < 0.05$ .

#### Результаты и их обсуждение:

**Исходные показатели (на 2-ой неделе тренировок) МПС в К-группе.** До тренировки с максимальными значениями МПС в К-группе ассоциировались *IGF1* 192 аллель (192/192 – 45,4 (5,9) кГ, 192/>192> - 36,3 (3,3) кГ;  $r=0.79$ ,  $p=0.058$ ), *PPARG* Ala аллель (Pro/Ala – 45,4 (5,9) кГ, Pro/Pro - 36,3 (3,3) кГ;  $r=0.79$ ,  $p=0.058$ ), *REN* G аллель (GG – 48,8 (1,8) кГ, GA – 38,3 (0,7) кГ, AA – 32,5 кГ;  $r=0.97$ ,  $p=0.001$ ) и *UCP2* Ala аллель (Ala/Ala – 50 кГ, Ala/Val – 43,1 (6,2) кГ, Val/Val – 36,3 (3,3) кГ;  $r=0.85$ ,  $p=0.032$ ). Для *IGF1* 192 и *UCP2* Ala аллелей ранее уже была показана связь с развитием и проявлением мышечной силы. Это связано с тем, что у носителей мутантных аллелей (>192>) гена *IGF1* снижена экспрессия гена этого важнейшего анаболического фактора, а у носителей *UCP2* Val/Val генотипа нарушен энергетический обмен. С другой стороны, *PPARG* Ala аллель ассоциирован с повышенной чувствительностью к инсулину, что может способствовать улучшению силовых показателей.

**Исходные показатели (на 2-ой неделе тренировок) МПС в Э-группе.** До тренировки с максимальными значениями МПС в Э-группе ассоциировался *AMPD1* C аллель (CC – 38,8 (2) кГ, CT+TT – 30,6 (2,7) кГ;  $r=0.9$ ,  $p=0.006$ ). Как известно, *AMPD1* T аллель ассоциирован со снижением активности АМФ-дезаминазы в скелетных мышцах, что существенно ограничивает физическую работоспособность и эффективность мышечных сокращений. На этом основании *AMPD1* CC генотип принято считать как наиболее

благоприятный для развития и проявления качеств быстроты, силы и выносливости.

**Наибольший прирост МПС в К-группе** был отмечен у носителей *AMPD1* CC генотипа (CC – 31 (2,4)%, CT – 23 (2,4)%;  $r=0.88$ ,  $p=0.03$ ) и *VDR* t аллеля (T/T – 20,7 (0,2)%, T/t – 29,2 (1,7)%;  $r=0.97$ ,  $p=0.007$ ). Конечные показатели МПС у них также были самыми высокими, что свидетельствует об ассоциации *AMPD1* C и *VDR* t аллелей с развитием и проявлением высоких значений МПС при классической силовой тренировке. Ген *VDR* связан с регулированием минеральной плотности костной ткани и обменом кальция. *VDR* t/t генотип обуславливает пониженную концентрацию кальция в кости, и соответственно повышенную в скелетных мышцах. Предполагается, что этот генотип является оптимальным для двигательной деятельности.

**Наибольший прирост МПС в Э-группе** показали носители *PPARG* Ala аллеля (Pro/Pro – 16,8 (3,4)%, Pro/Ala – 22,5 (1,2)%;  $r=0.79$ ,  $p=0.048$ ).

#### Сравнительный анализ частот значимых аллелей между группами:

Статистически значимых различий в частоте аллелей с силовым эффектом (*AMPD1* C, *IGF1* 192, *PPARG* Ala, *REN* G, *UCP2* Ala, *VDR* t аллели) между К- и Э-группами обнаружено не было (48,6% против 47,6%), также как и в частоте аллелей с гипертрофическим эффектом (*ACE* I, *AGT* T, *AGTR2* A, *AMPD1* C, *IGF1* 192, *PGC1A* Gly, *UCP2* Ala аллели; 69,7% против 65%). Наибольший средний прирост МПС был отмечен в К-группе (27 (5,3)%) и значимо отличался от прироста МПС в Э-группе (18,4 (4)%;  $p=0.007$ ). Наибольший средний прирост в объемах *m. gluteus maximus* ПН (К-группа: 20,8 (4,7)%, Э-группа: 11,9 (5,4)%;  $r=0.7$ ,  $p=0.007$ ), *m. gluteus maximus* ЛН (К-группа: 18,6 (4,4)%, Э-группа: 8,1 (12,1)%;  $r=0.58$ ,  $p=0.038$ ) и *m. vastus lateralis* ЛН (К-группа: 16,9 (10,2)%, Э-группа: -0,7

(6%);  $r=0.76$ ,  $p=0.0026$ ) был отмечен в К-группе, а наибольший средний прирост в объеме *m. rectus femoris* – в Э-группе (К-группа: -1,6 (7,5)%, Э-группа: 6,9 (6,1)%;  $r=0.56$ ,  $p=0.045$ ). Эти данные свидетельствуют о большей эффективности в развитии мышечной силы и массы классической силовой тренировки.

Таким образом, настоящая работа подтвердила ассоциацию полиморфизмов генов *ACE*, *AMPD1*, *IGF1* и *UCP2* с предрасположенностью к развитию и проявлению мышечной силы, а также к развитию рабочей гипертрофии скелетных мышц. Впервые показана связь *AGT* T, *AGTR2* A, *PGC1A* Gly, *PPARG* Ala, *REN* G и *VDR* t аллелей с высокими показателями МПС и мышечных объемов бедра, однако эти данные необходимо рассматривать как предварительные.

#### Список использованной литературы:

1. Beunen G., Thomis M., Peeters M., et al. Genetics of strength and power characteristics in children and adolescents // *Ped Exerc Sci.* – 2003. – V.15. – P.128–38.
2. Thomis M.A., Beunen G.P., Maes H.H., et al. Strength training: importance of genetic factors // *Med Sci Sports Exerc.* – 1998. – V.30. – P.724–31.

3. Rankinen T., Bray M., Hagberg J.M., et al. The Human Gene Map for Performance and Health-Related Fitness Phenotypes: The 2005 Update // *Med Sci Sports Exerc.* - 2006. - V.38(11). - P.1863-1888.

#### ТҰЖЫРЫМ

Ақырғы уақытта көптеген зерттеулер адамның сапалы физикалық тұқым қуың іздену әр түрлі сыртқы және ішкі ортаның факторларының бұлшық еттің күшімен салмағының өсуіне әсер етуіне арналған. Негізгі бір бағыттардың бұл зерттеулердің – «ген-кандидаттардың» рөлінің зерделеуі. Ақырғы жылдардың «ген-кандидаттардың» әр түрлі класстарының байластарың зерделеуі адамдарда жүрек тамыр ауруларың қатерлі дамуына біз молекулярлы-генетикалық зерттеу осы шақтағы шолу бойынша жүйеліндірдік.

Түйінді сөздер: «ген-кандидаттар», жүрек тамыр аурулар.

#### SUMMARY

In recently quite a number of studies is dedicated to searching for of hereditary factors, predisposing to development of vascular diseases of brain. One of the the main directions in these studies - study dug the genes-candidates. In this review us systematized results molecular-genetic studies of lasts of years on study of relationships of different classes "genes-candidates" with risk of development cardiovascular diseases beside person.

Key words: "genes-candidates", cardiovascular diseases.

## РАБЕПРАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИ ПЕРСТНОЙ КИШКИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Бижигитова С.К.

*Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы*

Несмотря на давний интерес к проблеме кислотозависимых заболеваний, этот вопрос не ослабевает и в наше время, а проблемы лечения данной патологии до сих пор остаются актуальными как в теоретическом, так и в практическом

отношении. Активное изменение социально-экономической структуры современного общества, проявляющееся стремительной урбанизацией, нарастанием темпа жизни и негативного стрессорного влияния окружающей среды, резким ухудше-

нием питания, прямо сказывается на состоянии здоровья и вносит свои коррективы в общую картину заболеваемости в стране. Все более заметен рост кислотозависимых заболеваний. К ним относят различную патологию органов пищеварения, как функциональную, так и органическую, в патогенезе которой важнейшую роль играет уровень кислотообразования в желудке, то есть это - язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки, инфекции *Helicobacter pylori*, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), НПВП-ассоциированная гастропатия, функциональная диспепсия, синдром Золлингера-Эллисона, острый и хронический панкреатит. Соответственно эффективное лечение этих заболеваний возможно лишь при значительном, а в ряде случаев и довольно длительном снижении кислотности желудочного сока.

На сегодняшний день, гастроэнтерологам не составляет труда диагностировать язвенную болезнь, с помощью уникальной эндоскопической аппаратуры, установить локализацию и причину ее развития и подобрать эффективное консервативное лечение, которое способно быстро избавить пациента от симптомов заболевания, зарубцевать язву, предотвратить развитие осложнений и остановить ее рецидивирование, то есть фактически полностью вылечить больного, не прибегая к хирургическому лечению. В 21 веке успехи в консервативном лечении язвенной болезни стали возможны благодаря созданию новых классов антисекреторных препаратов, позволяющих надежно контролировать кислотную продукцию желудка, совершенствованию и стандартизации комбинированных схем лечения инфекции *H. pylori*.

Цель исследования: изучение и оценка клинической эффективности и безопасности рабепразола в лечении

язвенной болезни двенадцати перстной кишки в амбулаторно-поликлинических условиях.

#### **Материалы и методы:**

В исследуемой группе наблюдалось 20 больных язвенной болезнью, локализованной в двенадцати перстной кишке. Среди них было: мужчин-8, женщин-12; в возрасте от 19 лет до 55 лет. Диагноз язвенной болезни двенадцати перстной кишки был верифицирован на основании общепринятых (анамнез, объективный осмотр, общий и биохимический анализ крови, электрокардиографического исследования и другие) и специальных ЭФГДС (эзофагодуоденоскопия) и выявление *Hp* (хеликобактер пилори) в слизистой желудка гистологическим методом.

В соответствии с полученными результатами рабепразол назначался в дозе 20мг. х 2раза в сутки в 10-дневный антихеликобактерной терапии. В сочетании с амоксицилином (1000мг.- 2 раза в сутки) и кларитромицином (500мг.-2 раза в сутки).

Самыми частыми клиническими симптомами почти у всех больных была боль в верхних отделах живота. У 16 из 20 больных – 80% болевой синдром в эпигастрии уменьшался в среднем на 2-ий день. Средний срок исчезновения болей составлял 3-4 дня. Диспепсический синдром уменьшался на 3-ий день. Полностью отсутствовал к концу 6-7 дню.

Эндоскопическая картина: Размеры язв от 0,5см. до 1,5см., в одном случае «целующаяся язва». Через две недели эндоскопического исследования язва зарубцевалась у 18 из 20, то есть у 90% больных. У оставшихся 2-х больных продолжено лечение рабепразолом ещё на 2 недели. И при контрольном эзофагодуоденоскопическом исследовании в конце курса лечения отмечено рубцевание язвы во всех случаях.

Результаты эрадикации Нр:

Инфицированность слизистой оболочки желудка Нр выявлено у 14% из 20, то есть у 70% больных. Контроль эрадикации проводился через 8 недель, согласились 12 больных. Эрадикация была достигнута у 10 больных, что составило 91,0%. Рабепразол купирует клинические проявления язвенной болезни в первые 2-3 дня от начала амбулаторного лечения. Позволяет достичь рубцевания язв на 100% через 3 недели лечения и позволяет добиться эффективной эрадикации в 91% случаях антигеликобактерной терапии.

Во время проведения исследования никаких побочных эффектов на фоне терапии рабепразолом не было зарегистрировано ни у одного пациента. Тщательный учет возможных реакций (изменения аппетита, характера стула, поведения и общего самочувствия, лабораторных показателей, в частности, активности печеночных ферментов, анализов мочи) не выявил каких-либо отклонений ни у одного пациента. Нами была изучена эффективность и безопасность рабепразола. Наблюдаемая нами быстрая положительная динамика клинических симптомов (с 1-го дня приема) и полное исчезновение жалоб уже к 3-у дню приема препарата, свидетельствует о высокой клинической эффективности рабепразола. Мы не наблюдали никаких побочных реакций при приеме рабепразола, что свидетельствует о хорошей его переносимости. С нашей точки зрения, это можно объяснить тем, что рабепразол, в отличие от других ИПП, метаболизируется неферментным путем и выводится преимущественно через почки в виде тиоэфира. Такой путь метаболизма менее опасен в отношении возможных побочных реакций при сочетании рабепразола с другими препаратами,

конкурентно метаболизирующимися системой цитохрома P450.

#### **Выводы:**

1. На основании проверенных наблюдений следует вывод, что применение рабепразола является эффективным и безопасным методом лечения больных с язвенной болезнью двенадцати перстной кишки.

2. Рабепразол - более эффективный базовый компонент схем эрадикации, выгодно отличающийся от других препаратов, относящихся к классу ингибиторов протонной помпы, быстрым достижением оптимального рН внутри желудка в первый день лечения, что позволяет более полно и эффективно использовать антигеликобактерное действие антибиотиков на протяжении всего времени лечения.

3. Рабепразол - эффективный базовый антисекреторный компонент 7-дневных антигеликобактерных схем. В сочетании с двумя антибиотиками (амоксциллином и кларитромицином) обеспечивает наиболее высокую частоту эрадикации инфекции *H. pylori*, достигающую 100%.

4. Рабепразол - тройная 7-дневная терапия инфекции *H. pylori* является безопасным режимом эрадикации, не вызывающим при назначении совместно с антибиотиками тяжелых нежелательных эффектов.

#### **Список использованной литературы:**

1. Абдулганиева Д.И., Прохорова Ю.Ф., Садыкова Е.Ф. и др. Эффективность препарата париета в терапии кислото-зависимых заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Материалы 11-й Рос. Гастроэнтерологической Недели. - Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2005. - №5. - Приложение №26. - С. 18.
2. Авдошина С.П., Фавстова С.К., Пименова Н.В. Современные технологии в терапии гастроэзофагеальной рефлюкс-

- ной болезни у детей с аллергическими заболеваниями // Материалы 10-й Рос. Гастроэнтерологической Недели. - Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2004. - №5. - Приложение №23. - С.108.
3. Агибалов А.Н., Гайдуков В.О., Хоменко М.В., Чубенко С.С. Комплексная терапия кислотозависимых заболеваний // Материалы 8-й Рос. Гастроэнтерологической Недели. - Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2002. - №5. - Приложение №17. - С. 17.
4. Алексеева О.П., Курышева М.А. Алгоритм диагностики и лечения ГЭРБ у больных бронхиальной астмой // Материалы 9-й Рос. Гастроэнтерологической Недели. - Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. - №5. - Приложение №21. - С.5.
5. Афендулов С.А., Максименко В.Б., Калинина И.Т. и др. Клинико-экономическая оценка эффективности лечения различными антисекреторными препаратами в стационаре // Эксперим. клин. гастроэнтерол. - 2005. - №5. - С.112-118.
6. Баранская Е.К., Ивашкин В.Т. Париет в лечении язвенной болезни // Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта (под ред. В.Т.Ивашкина). - М., 2002. - С.66-86.
7. Вербицкий В.Г., Дегтярев Д.Б., Уточкин А.А. Особенности применения препарата «париет» у больных хронической язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением // Материалы 11-й Рос. Гастроэнтерологической Недели. - Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2005. - №5. - Приложение №26. - С.22.
8. Гидаятов А.А., Исаев Э.Г., Гидаятова В.А., Садыгов Б.И. Повторная антихеликобактерная терапия при отсутствии эффекта эрадикационных режимов первой и второй линии // Материалы 11-й Рос. Гастроэнтерологической Недели. - Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2005. - №5. - Приложение №26. - С.22.
9. Гук Е.В. Эффективность применения париета в лечении язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001. - №5 - С. 83-86.

---

## МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Джанабаев Р.Т., Булешов М.А., Есалиев А.А.

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент*

Наблюдаемые изменения микро-элементов, гуморального иммунитета и активности нейтрофилов у больных хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ) пылевой этиологии свидетельствуют об активном участии микро-

элементов в патологическом процессе. Повышение уровня отдельных микро-элементов отражает высокую защитную возможность организма больного. Поэтому патогенетически обоснованным в

профилактике обострения ХОБ является терапия биоэлементами.

Исходя из значимости меди в созревании белков в соединительной ткани, связи цинка с внутриклеточными и плазменными белками (глобулинами), участия железа и марганца в окислительно-восстановительных процессах, было изучено содержание двенадцати микроэлементов (железо, медь, цинк, кальций, марганец, магний, кремний, алюминий, фосфор, свинец, титан, серебро) в крови у больных ХОБ с учетом тяжести течения, длительности заболевания и реактивности организма /1, 2/.

**Методы материалы исследования:** Обследовано 55 больных (30 женщин, 25 мужчин) ХОБ, в возрасте от 21 года до 56 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 20 лет. У всех больных изучалось содержание микроэлементов методом эмиссионного спектрального анализа, функциональная активность В-лимфоцитов (IgA, IgG, IgM) по Манчини, неспецифическая реактивность по НСТ-тесту. Контролем служила кровь 35 доноров,

**Результаты исследования.** В цельной крови и эритроцитах больных (при сравнении с контролем), независимо от их пола, выявлено повышение в 2,6 раза уровня марганца, а содержание железа и меди было более высоким только в крови (в 1,4 и 1,6 раза соответственно). Увеличение железа, меди, марганца, кремния – элементов, ответственных за тканевое дыхание и иммунологическую реактивность организма, по-видимому, является проявлением защитно-компенсаторной реакции организма. Концентрация магния, цинка, свинца, фосфора и серебра у них оказалась сниженной на 22, 36, 43, 21, 15% соответственно, что ухудшало ферментативные процессы в тканях. В крови больных ХОБ происходит нарушение

содержания железа. Так у 58,45% лиц оно было повышенным, у 41,55% – сниженным. Причем, в динамике не наблюдалось стабильности в уровне железа. Степень снижения для многих элементов зависела от давности процесса. У больных до 5, лет болезни содержание магния, кальция, алюминия, цинка, фосфора в эритроцитах было ниже нормы в среднем на 23%, от 5 до 10 лет болезни – на 30%.

Результаты исследования иммуноглобулинов в крови и неспецифической реактивности больных ХОБ проанализированы с учетом особенностей клинического течения заболевания и содержания микроэлементов.

Содержание иммуноглобулинов разных классов меняется при различной концентрации микроэлементов в крови. Так, на фоне повышенного содержания железа в крови и снижении марганца, меди, цинка показатели IgA имели тенденцию к нормализации, IgG – к повышению. При снижении марганца наблюдалось снижение IgM.

На фоне сниженного содержания железа в крови уровень IgA был снижен почти в 2 раза и не зависел от уровня других микроэлементов ( $P < 0,5$ ). Активность IgG почти не менялась при колебаниях микроэлементов. Уровень IgM менялся в зависимости от концентрации микроэлементов, что создает условия дальнейшему прогрессированию процесса. Наблюдаемые изменения микроэлементов и гуморального иммунитета свидетельствуют о том, что у больных ХОБ микроэлементы активно участвуют в патологическом процессе.

Значительные изменения выявлены при изучении влияния микроэлементов на неспецифическую резистентность организма. У всех больных имело место повышение активности пробы с нитросиним тетразолием (НСТ-тест)

нейтрофилов. Однако увеличение показателя НСТ-теста было более значительным при снижении марганца, повышении кальция, цинка, меди, что свидетельствует о значимости их влияния на факторы неспецифической защиты. Одновременно повышение активности нейтрофилов и биоэлементов в крови можно расценить как благоприятный признак, отражающий высокую защитную возможность организма больного.

Изучение концентрации микроэлементов в крови больных ХОБ в динамике процесса показало, что биоэлементы не нормализуются к концу лечения и остаются сниженными еще длительное время (2-3 месяца). Возможно, это обусловлено вялотекущим характером воспалительного процесса в бронхах, не прекращающимся и после проведенного лечения по поводу обострения заболевания.

**Выводы:** При изучении качественного и количественного состава микроэлементов в крови больных хроническим бронхитом установлено:

1. Длительное на протяжении многих лет пылевое раздражение, которое имеет место у больных ХОБ, приводит к снижению функции В-лимфоцитов (IgA и IgM) в крови, что обусловлено, видимо, меняющейся концентрацией микроэлементов.
2. Благоприятным прогностическим признаком является синхронное

повышение уровня меди, цинка, кальция и неспецифической реактивности организма.

3. Установленные нами количественные изменения микроэлементов, их связь с иммунологической реактивностью организма больного необходимо учитывать при лечении и профилактике обострения ХОБ, у работающих в пылевых профессиях цементного производства.

#### **Список использованной литературы:**

1. Насолодин В.В., Русин В. Я., Воробьев В.А. Особенности обмена меди и марганца при введении в организм терапевтических доз железа. – Тер. арх., 1984, № 9, с. 116-118.
2. Прегер С.М. Микроэлементы и иммунологическая реактивность организма. Томск, 1979.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Патологиялық құбылыстағы микроэлементтердің қатысуы организмнің созылмалы бронхиттің күрделі өтуі иммунологиялық және бейспецификалық жауабының ерекшелігі болып табылады. Сондықтан организм иммунитетінің белсенділігі қан құрамының сапалылық және сандық кәсіптерін анықтауды талап етеді.

#### **SUMMARY**

The features of immunological responsiveness of organism, the difficulty of clinical way of chronic bronchitis depends on activity of presence of trace element in pathologic process. Therefore the definition of quantity and quality composition of trace elements in blood reflects the level of activity of humoral immunity of organism.

## ЭНДОГЕННЫЕ КАНЦЕРОГЕНООБРАЗУЮЩИЕ ФАКТОРЫ И РАК ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Насипов С.Н.

*Областной онкологический диспансер г.Атырау*

Рак желудочно-кишечного тракта, несмотря на значительное снижение за последние годы в республике, для отдельных областей остается актуальной проблемой. Особенно высока заболеваемость рака пищевода и желудка. Среди всех локализаций рака всего населения около 40% приходится на долю желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), причем среди казахов этот показатель составляет – 56,2% (1). Этиология этих заболеваний остается недостаточно изученной.

В связи с этим необходимо более углубленного изучения причины во взаимосвязях внутренних и внешних факторов. Нельзя игнорировать возможного влияния кишечной бактерии и др. микрофлоры, принимающей участие в эндогенном канцерогенезе.

В литературе давно изучается роль микрофлоры ЖКТ, которая играет особую роль в этиопатогенезе ракового процесса. Описана способность бактерий кишечника – клостридий и энтерококков – гидролизовать желчные кислоты или ароматизировать гормоны до образования канцерогенов (11). Толстокишечные колибактерии, *Esh. Coli*, способны синтезировать из нитратов и нитритов канцерогенные нитрозамы (14). На основе большого числа экспериментов показано, что одним из существенных факторов ответственных за наличие канцерогена 3,4- бенз(а)пирена в организме является деятельность микроорганизмов (12).

За последние годы в литературе появились данные о количественном и качественном составе микрофлоры

желудочно-кишечного тракта. Так, по данным (10) в тонкой кишке и слепой кишке присутствуют стрептококки, стафилококки, лактобациллы, энтеробактерии, грибки. А подвздошной и слепой кишке встречаются анаэробные микрофлоры (*Bacteroides*, *Biphidobacterium clostridium* и др.), в желудке обнаружено количество анаэробных микробов в высоких концентрациях  $10^3$  мл/мг. В слепой кишке они достигают до  $10^{12}$ .

При исследовании дуоденального содержимого и желчного пузыря (порция В,С) анаэробные энтеробактерии: *Biphidobacteroidis* и патогенные штаммы *Esh Coli* и грамм положительные микрофлоры – *Staphylococcus aureus* и др. были обнаружены до 69,3% и 19,2% соответственно, при хронических заболеваниях печени, желчных путей (3). Проблемы и значимость вышеуказанной микрофлоры состоит в том, что, во-первых, попадая в верхний отдел ЖКТ, они вызывают воспалительный процесс в органах и лимфатических путях. В результате проникновения этих микробов в 12п.кишку происходит воспалительный процесс – дуодениты и дуоденостаз, которые являются причиной дуоденопанкреатического и белипанкреатического рефлюкса с забрасыванием в желчные и панкреатические протоки дуоденального содержимого. Это, в свою очередь, способствует воспалительным изменениям желчного пузыря, протоков и холестаза, воспалению поджелудочной железы. Попадание этих инфекций в желчные пути способствуют глубоким биохимическим изменениям желчи под

действием кишечных анаэробов, первично-коллоидное состояние желчи, в состав которого входят: фосфолипаза, микромолликулярные комплексы (лецитин, желчные кислоты, холестерин, билирубин) и мукосахариды распадаются на составные части, освобождается лецитин. В результате чего происходят осадки, сначала в виде мелких песчинок, затем образуются холестериновые камни (13). По мнению (2) причиной формирования холестериновых, желчных камней является выделение слизистой оболочки желчного пузыря слизи содержащей гликопротеиды, под влиянием аллергических, аутоиммунных процессов в связи с проникновением в желчные пути грамм отрицательных анаэробов. Все это приводит к изменению спектра желчных кислот, например, при калькулезном холецистите нормальное содержание желчной кислоты нарушается, содержание халатов уменьшается, повышается таурохолевая кислота, процесс гидроксигирования холестерина замедляется, нарастает концентрация холестерина и увеличивается билирубин (6). Биохимически измененная желчь сама по себе является агрессивным фактором, способствующей к разрушению клеток паренхимы печени и др. Во-вторых, толстокишечные анаэробные бактерии *Bacteroides*, *Biphidobacterii*, *enterobacterii*, *Esh. Coli* и др. попадая в верхний отдел ЖКТ и желчные пути не только меняют качественный состав желчи, но и трансформируют, образуя канцерогенные соединения. Вышеуказанные анаэробные бактерии содержат 7<sup>a</sup> дегидросилазу – фермент, превращающий первичные желчные кислоты, холевую и хенодезоксихолевую кислоты в дезокси-холевую и литохолевую соответственно (9). Последним двум соединениям приписывают канцерогенную активность. Известно также, что дезоксихолевая

кислота структурно близка активному канцерогену 20-метилхолантрону (13).

Таким образом, кишечные микрофлоры в 12 п.кишке и желчных путях играют особую роль в образовании эндогенных коканцерогенов и канцерогенно – литохолевая, дезоксихолевая кислота (метилхолантрон).

В экспериментальных работах доказано, что метилхолантрон в высоких концентрациях является мощным канцерогенным агентом, которое способно за короткий срок вызвать предраковые изменения и рак. Даже при маленьких дозах метилхолантрон (0,1 мкг/мл) поражает клетки (ядро) при токсических дозах (1,0-2,5 мкг/мл) полностью разрушает цитоплазму (7). В таких концентрациях метилхолантрон и близкие к нему структуры возможно способны модифицировать клеточную ДНК канцерогенными свойствами. При предопухолевых заболеваниях желудка: хронического антрального атрофического, диффузно-атрофический и эрозивных гастритах наблюдались у 1/3 больных с дуоденогастральным рефлюксом, перестройка СОЖ по кишечному типу, с появлением щелочной фосфатазы (в т.ч. термостабильная фракция) с уровнем рН-7,0-8,0 (4) В такой среде, очевидно, создается самое благоприятное условие для размножения микрофлоры. Особенно опасно обнаружение микрофлоры в анацидных состояниях желудка. Это усиливает в образовании канцерогенных нитрозосоединений из нитратов (нитритов) и аминов.

Некоторые авторы (8) установили, что бенз(а)пирен легко разрушается в кислой среде (рН 2,0-2,7), чем в нейтральной и щелочной.

Таким образом, гипо-и анацидное состояние желудка способствует образованию и усилению эндогенного канцерогенеза. Очень важным условием в

образовании эндогенных канцерогенных веществ, которые происходят в результате взаимодействия анаэробных микробов и желчных кислот, является характер питания человека. Установлено, что у людей употребляющих смежные «западную» диету обнаруживаются повышенные кишечные анаэробные бактерии (*Bacteroides*, *Biphidobacteri pepticas* и др.), образующих метаболиты желчных кислот.

Сельское население, проживающее в Атырауской области традиционно занимаются животноводческим хозяйством, сложившийся характером питания – преимущественно мясо-молочными, дефицитом овощей и фруктов. Вероятно, все это имеет особое значение для формирования некоторой патологии человека, в частности, способствует высокой заболеваемостью ЖКТ.

Таблица 1 - Удельный вес заболевания основных локализаций желудочно кишечного тракта в % за 1997-2001г.г.

№	Локализации	1997г.	1998г.	1999г.	2000г.	2001г.
		абс.число	абс.число	абс.число	абс.число	абс.число
	Всего:	654-100%	628-100%	651-100%	661-100%	700-100%
1.	Рак пищевода	103	97	85	117	111
2.	Рак желудка	63	71	63	57	84
3.	Рак ободочной кишки	21	20	29	27	23
4.	Рак прямой кишки	18	13	18	16	13
5.	Рак печени	57	43	45	59	39
	Итого:	262(40,0%)	244(38,8%)	240(36,9%)	276(41,7%)	270(38,5%)

Мы более подробно изучили больных с хроническими холециститами (в т.ч. калькулезный), вторично измененной желчью (литохолевая, дезоксихолевая кислоты) под влиянием кишечной микрофлоры и др., где имело место переход в рак в 100% случаев верхнего отдела ЖКТ, причем синхронное поражение слизистой желудка и пищевода. При калькулезном холецистите рак пищевода и желудка развился в 72,4%,

а при холецистите-27,6% случаев, а также поражение печени и кишечника (5). Это еще раз свидетельствует о роли вторично-измененной желчи, как мощный эндогенный канцерогенный фактор.

В этом плане большой интерес представляет проспективное изучение больных раком желудочно-кишечного тракта. Нами изучены материалы за последние 10 лет. Полученные результаты представлены в таблице 1-2 и в диаграмме 1-2.

Таблица 2 - Удельный вес заболевания основных локализаций желудочно-кишечного тракта в % за 2002-2006 г.г.

Локализация	2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.
	абс.число	абс.число	абс.число	абс.число	абс.число
Всего:	686-100%	687-100%	585-100%	636-100%	534-100%
Рак пищевода	92	91	79	70	69
Рак желудка	86	77	64	74	69
Рак ободоч.кишки	32	29	18	21	14
Рак прямой кишки	14	17	14	25	14
Рак печени	45	43	43	36	31
Итого:	269(39,2%)	257(37,4%)	218(37,2%)	226(35,5%)	197(36,9%)

Как видно из таблицы 1 и 2 заболеваемость ЖКТ злокачественными новообразованиями остается высокой и составила в среднем а 1997-2001г.г. – 40,1% и за 2002-2006г.г.-37,3% . Из них верхнего отдела ЖКТ (желудок, пищевод) -64,3% - 66,1%. Рак печени, желчных путей в среднем составили -18,4% за 1997-2002г.г. и 17,5% за 2002-2006г.г.

Таким образом, для Атырауской области характерным является высокая заболеваемость раком верхнего отдела ЖКТ (пищевод, желудок, печень, желчные пути), которые составляют более 80% всех злокачественных новообразований органов пищеварения. При этом рак печени, желчно-выводящих путей продолжает оставаться в высоких цифрах и постоянно занимает третье место после

желудка и пищевода. В динамике четко прослеживается коореляционная связь между заболеваемостью желудка и пищевода с заболеваемостью печени, желчных путей, т.е. когда наблюдается рост заболевания печени, желчных путей, то также наблюдается рост заболеваемости желудка и пищевода и наоборот, свидетельствующий об эндогенном поражении.

Заключение: рак верхнего отдела ЖКТ (желудка, пищевода) является результатом постоянного воздействия канцерогенных соединений (эндогенная) при которых происходит трансформация нормальной клетки в раковую. Вероятно, здесь особую роль играет вторично измененная желчь – дезоксихолевая кислота (метилхолентрен).

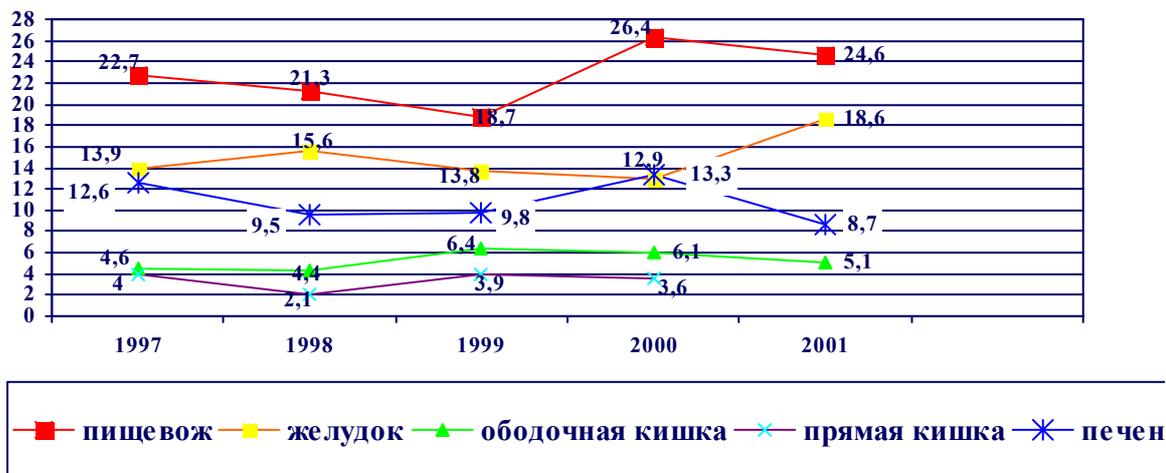


Рисунок 1. Заболеваемость злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта за 1997-2001 годы (на 100 тыс. населения)

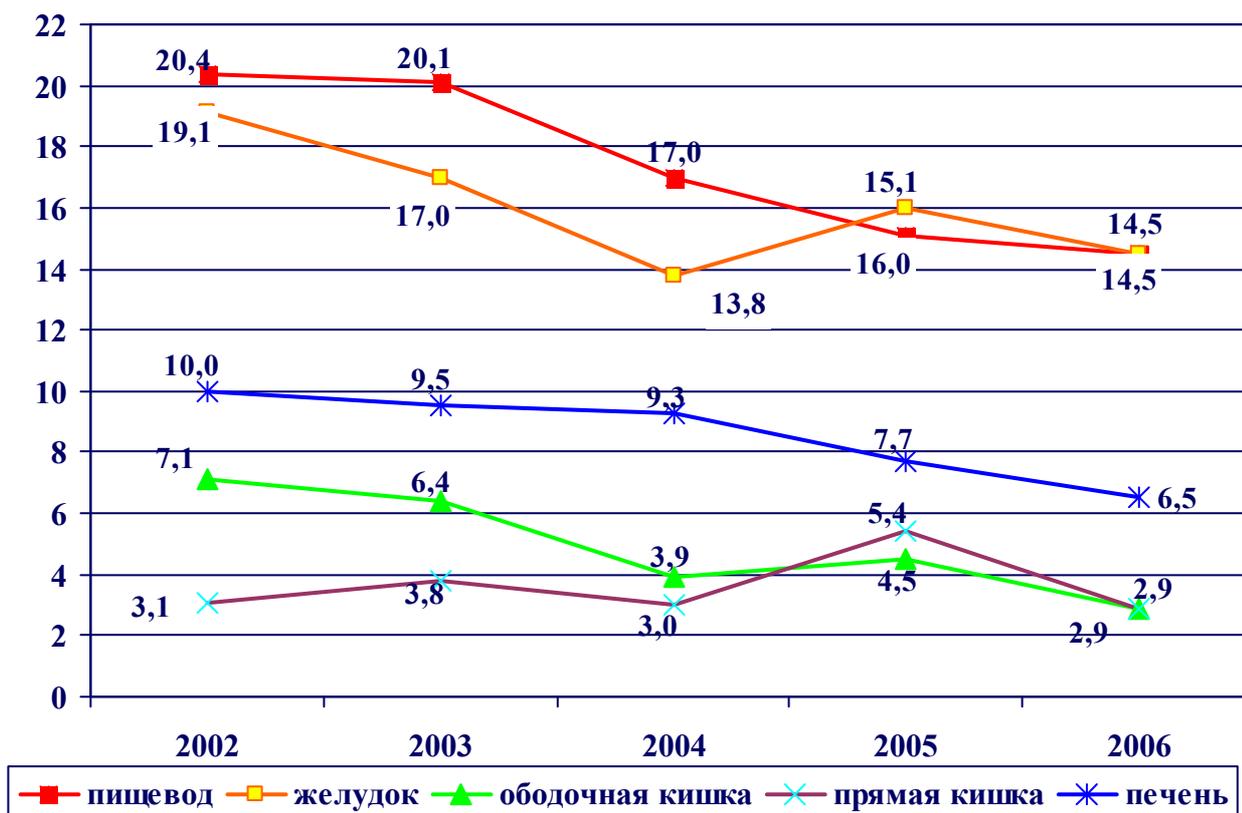


Рисунок 2. Заболеваемость злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта за 2002-2006г.г. (на 100 тыс. населения)

**Список использованной литературы:**

- 1).Абдрахимов Б.Е. - «Злокачественные новообразования и медико-социальные аспекты противораковой борьбы в Республике Казахстан», г.Алматы,1996.
- Дедедер Ю.М. – клин.мед., 1980 №5 с 16-21
- 2).Насипов С.Н., Сырлыбаева С.К. – О возможной роли некоторых эндогенных факторов в канцерогенезе органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. В журн. «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактика заболеваний и укрепления здоровья»,2005 №1, с.33-35.
- 3).Насипов С.Н. – К вопросу этиологии и патогенеза рака желудка. В журнале – «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья», 2005, №3, с.71-75.
- 4).Насипов С.Н. – «Желчь и ее компоненты как канцерогенный фактор». В журнале «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья», 2010 №1 с.49-52.
- 5).Сысолятин А.А., Головин С.В. – Особенности спектра желчных кислот при различных формах калькулезного холецистита. В сб.- «Актуальные вопросы гастроэнтерологической патологии различного климата географических зонах».г..Якутск,1983, с.78-80.
- 6).Шабад Л.М. – Изучение механизмов канцерогенеза и факторов на них влияющих. «Вопросы онкологии», 1975г. №8 с.111.
- 7).Шеренешова Н.И., Дьякова Л.Г., Ильницки А.И. – О действии желудочного

- сока на Бенз(а)пирен. «Вопросы онкологии», 1974г., №5, с.88.
- 8).Alcantara E.N., Spcermann E.W. – Diet, nutrition and Cancer – Amer.clin.Nutr. 1976 29 с.1035-1047
  - 9)Dancygier H Bacterien and intestinales immunsystem // Internist-1989 Bx 30.№6 p 370-381.
  - 10)Goddord P, Hill, M.J., Williams R.E. – Gut Bactetia and the actiologi of Cancer of the breast – Loncet, 1971. 2. p.472-479.
  - 11) Mallet h. – Biosynthesa bacterienne das hydrocarbures palybenrenigues du ture benso – 3.4 – pyrena dens Les.- Vitalist. Zivilisat. 1970. 15,6, p.221-23
  - 12).Pitt H.A Mefadden D.W. et al. – Amer. J.sulg 1987, v.1953. №2 p. 233-234
  - 13).Sander J. – Nitrosaminsynshesa dutch Bacterien L. physion. Ehem., 1968, 349.429-433

**ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада коканцерогендер мен канцерогендердің пайда болуына себепші анаэробты микробтардың алатын орыны қарастырылған. Сонымен қатар ұзақ әсер ететін аскорту жүйесінің жоғарғы (қарын, өңеш) канцерогенезге бейім модификациялаушы фактор ретінде – дезоксиль қышқылы қарастырылады.

Соңғы 10 жыл төңірегіндегі аскорту жүйелері жолдарында пайда болған қатерлі ісіктері зертеледі. Соның ішінде асқазан, өңеш рагі өте жоғары көрсеткіште екендігі және оның көбеюі себептері: бауыр өт жолдарының созылмалы аурушандылығының өсуіне байланысты екендігі анықталады.

**SUMMARY**

The studied discese of the gastrointestinal tract for the last 10 years. Will estobeished high discase by molignont neu formations of the upper division of gastrointestinal tract (stomach, esophagus) and their intercoupling with chronic discase liver and bilious ways.

## ЛЕЧЕНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК

Абдуманапова М.А.

*Республиканский семейно-врачебный центр, г.Алматы***По результатам исследования:**

ARIC с участием более 15 тысяч человек МС выявлен у 24% женщин и 23% мужчин. Доказано, что МС негативно влияет не только на сердечно-сосудистый риск, но и на функцию почек. Так отмечено трехкратное увеличение риска развития ИБС и инсульта у пациентов с МС, а хроническая болезнь почек (ХБП) у таких пациентов встречается в 1,6 раза чаще.

Учитывая критерии МС, разработанные Международной федерацией диабета (IDF), основным признаком МС является абдоминальное ожирение – объем талии для мужчин > 94см, для женщин > 80см. Необходимо также наличие двух из следующих критериев:

- повышение уровня триглицеридов (ТГ) > 1,7 ммоль/л или нормальный уровень ТГ при соответствующей терапии;
- снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП) < 1,03 ммоль/л или нормальный уровень ХС-ЛПВП при соответствующей терапии;
- артериальное давление (АД) выше 130/85 мм.рт.ст. или проводимая антигипертензивная терапия;
- повышение уровня глюкозы плазмы крови > 5,6 ммоль/л или диагностированный сахарный диабет 2 типа (СД-2).

Эксперты ВНОК (Всероссийского научного общества кардиологов) как дополнительный критерий МС рассматривают повышение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) > 3,0 ммоль/л, а также нарушение толерантности к глюкозе (глюкоза в плазме крови через

2 часа после нагрузки глюкозой в пределах > 7,8 и < 11,1 ммоль/л).

Одним из органов-мишеней при АГ являются почки. Причем в связи с широким использованием антигипертензивных препаратов снижаются такие сердечно-сосудистые осложнения АГ, как мозговой инсульт и инфаркт миокарда, но отмечается постоянный рост терминальной хронической почечной недостаточности (ХПН). Ключевым маркером для разграничения стадий хронической болезни почек (ХБН) является величина скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

При 1 стадии ХБП наблюдаются признаки поражения почек, в том числе изменения мочи при нормальной (90-110мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) или повышенной СКФ (>110мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). 2 стадия ХБП характеризуется признаками поражения почек при СКФ 60-89 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, 3 стадия ХБП – СКФ 30-59 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, 4 стадия ХБП – СКФ 15-29 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, и 5 стадия ХБП – терминальная почечная недостаточность – СКФ < 15 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

Наличие МС увеличивает вероятность развития ХБП у пациентов старше 20 лет в 2,6 раза, причем эта вероятность увеличивается с увеличением числа компонентов МС.

Первой стадией поражения почек является гиперфильтрация, связанная с нарастанием нагрузки давлением на клубочки почки и их гиперфункцией за счет нарушения ауторегуляции тонуса клубочковых артериол. Гиперфильтрация ведет к развитию микроальбуминурии (МАУ) – маркеру метаболического риска.

МАУ указывает на нарушенную функцию эндотелия и негативно влияет на прогноз сердечно-сосудистых осложнений.

Необходимо раннее выявление факторов метаболического риска и соответственно раннее начало медикаментозного лечения на этапах субклинического поражения почек препаратами, снижающими внутриклубочковую гипертензию даже при нормальных цифрах АД.

При выборе антигипертензивной терапии учитываются механизмы нефропротективного эффекта:

- адекватное снижение АД;
- уменьшение клубочковой гипертензии;
- подавление гипертрофических и пролиферативных процессов в клубочке;
- улучшение эндотелиальной дисфункции;
- уменьшение протеинурии.

### **ИАПФ**

Нефропротективные свойства ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) были доказаны исследованием PREVEND.

Статистически достоверное уменьшение экскреции альбумина с мочой в группе пациентов, принимавших фозиноприл, по сравнению с контрольной группой было отмечено уже через 3 месяца после начала лечения составляло 29,5%, а к окончанию исследования через 4 года составляло 31,4%.

### **Блокаторы рецепторов к ангиотензину II (БРА)**

Осуществляя полную блокаду рецепторов к ангиотензину II (БРА), данные препараты воздействуют на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) более специфично, чем ИАПФ. Метаанализ 49 рандомизированных клинических исследований показал, что монотерапия БРА приводит к

уменьшению протеинурии и эффект БРА сопоставим по силе с ИАПФ. Однако единственным БРА с доказанным нефропротективным эффектом на всех этапах поражения почек – от МАУ до ХПН – является ирбесартан.

Таким образом назначение БРА оправдано как на ранних стадиях заболевания, так и на стадии терминальной ХПН.

### **Бета-адреноблокаторы (БАБ)**

До появления высокоселективных БАБ высказывалось предположение о неблагоприятных данных по заболеваемости и смертности, ухудшению липидного профиля и более высокой частоте выявления новых случаев сахарного диабета (СД) на фоне приема БАБ.

Но опыт применения высокоселективных БАБ в крупных рандомизированных исследованиях (биспролола, карведилола, небиволола) доказал их метаболическую нейтральность. Однако исследований, посвященных нефропротективным свойствам БАБ, практически не проводились.

Только исследование YESTONO посвящено оценке влияния небиволола на МАУ у больных с АГ и СД-2 типа. 62% больных достигли целевых цифр АД, при этом отмечено снижение МАУ со 133 до 100 мг/сут.

### **Антагонисты кальция (АК)**

Назначение АК пациентам с ХБП обусловлено их вазодилатирующими свойствами и способностью благоприятно влиять на функцию эндотелия.

Нефропротективные свойства недигидропиридинового ряда АК – верапамила в комбинации с трандолаприлом были доказаны в исследовании BENEDICT.

Дигидропиридиновые АК, назначаемые в виде монотерапии недостаточно эффективны у больных с нефропатиями, однако их применение (нифедипин, фелодипин, амлодипин) возможно в

комбинации с другими антигипертензивными препаратами, обладающими нефропротективными эффектами, например в комбинации с ИАПФ или БРА.

#### **Диуретики**

Использование диуретиков при лечении заболевания почек связано с увеличением объема внеклеточной жидкости. Исследование NESTOR доказало нефропротективные свойства индапамида. Терапия тиазиподобным диуретиком Арифон ретардом с точки зрения нефропротективных свойств (снижения уровня МАУ) эквивалента терапии ИАПФ эналаприлом у пациентов с АГ и СД-2 типа.

#### **Фиксированные комбинации (ФК)**

Нефропротективные свойства ФК доказаны только в исследовании PREMIER для Нолипрела (ИАПФ престариум + тиазиподобный диуретик индапамид).

Таким образом из вышеуказанного следует, что препаратами выбора у больных МС при коррекции повышенного уровня АД с точки зрения нефропротективных эффектов являются ИАПФ и БРА, обладающие метаболически нейтральными и органопротективными свойствами.

---

## **ИНЪЕКЦИОННЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ КАПИЛЛЯРНО-ПАРЕНХИМАТОЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ**

**Медеубеков У.Ш.**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей,  
г. Алматы, Республика Казахстан*

**Введение.** Ответ живой ткани на повреждение составляет основу всей хирургической деятельности. Следом за хирургическим или травматическим нарушением целостности ткани в организме возникает приоритетная задача - прекратить кровотечение и восстановить нарушенную целостность и функцию [1-3]. Несмотря на имеющиеся определенные достижения, поиск эффективного, безопасного и быстродействующего способа остановки кровотечения сохраняет свою актуальность [4]. В настоящее время применяются большое количество различных видов химических и биологических гемостатических средств местного применения (повязки, губки,

пластины, порошки, клеевые композиции и субстанции, и т.д.).

Нередко на влажной, кровоточащей поверхности органа плотной фиксации этих препаратов не происходит, что вызывает необходимость высушивания тканей спиртом или направленной струей теплого воздуха [2-5]. В то же время, в условиях операции получить сухую раневую поверхность на паренхиматозном органе проблематично и вследствие слабой адгезии в послеоперационном периоде может произойти отторжение гемостатических губок, клеев и пластин с развитием повторного кровотечения [4-6].

При разработке новых методов остановки капиллярно-паренхиматозного

кровотечения нам представлялось, что эта цель может быть достигнута путем местного инъекционного введения раствора гемостатического препарата в рану органа, что позволит получить сухую раневую поверхность для эффективной фиксации гемостатических губок, пластин и клеевых композиций. По нашим предположениям такое сочетанное применение гемостатических методик в комплексе должно позволить достичь эффективного и надежного гемостаза при капиллярно-паренхиматозном кровотечении.

**Целью исследования:** Явилось изучение динамики репаративных процессов, происходящих в тканях после местной инъекции гемостатических препаратов через раневую поверхность паренхиматозных органов в эксперименте.

**Материал и методы:** Исследование проведено на 2 собаках обоего пола, весом от 15 до 25 кг и 16 кроликах породы «Шиншилла», весом 3,5-4,5 кг в условиях специализированной лаборатории. Условия эксперимента соответствовали международным требованиям для проведения научных исследований с участием живых организмов.

Оперативные вмешательства у собак и кроликов производили в условиях комбинированной анестезии. Вводный наркоз осуществляли внутримышечным введением 5% раствора Калипсола из расчета 0,1 мл (5 мг) на 1 кг веса животного. Через катетер, по показаниям, повторно вводили 5% раствор Калипсола для поддержания поверхностной анестезии в течение всего опыта. С целью полной миорелаксации и усиления анальгезирующего эффекта внутримышечно вводили 2% раствор Рометара или Ксилазина из расчета 0,1 - 0,2 мл на 1 кг веса животного.

После лапаротомии на печени, селезенке и почках наркотизированных

животных лезвием бритвы или скальпелем иссекали ткань и в области верхнего полюса селезенки или передней поверхности печени собак создавали поверхностный дефект тканей площадью 2 см<sup>2</sup> и глубиной 0,2 мм с развитием выраженного капиллярно-паренхиматозного кровотечения. У кроликов дефект паренхимы создавали на передней поверхности левой доли печени, нижнего полюса почек и в селезенке размером 0,7-0,8 см<sup>2</sup> и глубиной 0,2 мм.

Было проведено 2 серий экспериментальных исследований с использованием в них 2 разных препаратов, где остановка капиллярно-паренхиматозного кровотечения проводилась путем местного инъекционного введения растворов двух различных препаратов.

Поэтому 8 животным 1 серии экспериментальных исследований в качестве инъекционной формы для стимуляции быстрого образования кровяного сгустка использовали 0,1-0,3 мл 0,5% раствора «Полидоканола», являющегося тромбообразующим средством от компании «Kreussler Pharma» (Германия). Инъекцию препарата после контрольной тракции за поршень шприца для исключения попадания иглы в просвет крупного сосуда производили в минимальной дозе 0,1-0,3 мл при помощи шприца с очень тонкой иглой через кровоточащую раневую поверхность органа на глубину паренхимы 1-2 мм, иногда из двух точек.

Еще 8 животным 2 серии экспериментов в качестве инъекционной формы гемостатического средства для стимуляции быстрого образования кровяного сгустка использовали раствор «Фейба ТИМ 4 Иммуно» производства компании «Вахтер» (Австрия) (далее - «Фейба»).

Наличие в составе препарата «Фейба» основных факторов, участвующих в процессе гемостаза представлялось

наиболее важным свойством данного препарата и явилось причиной его выбора для исследований в серии экспериментов.

Инъекцию этого препарата после предварительной подготовки путем смешивания компонентов в соответствии с инструкциями производителя также вводили при помощи шприца с очень тонкой иглой в минимальной дозе 0,5-1,0 мл через кровотокающую раневую поверхность органа на глубину паренхимы 1-2 мм, иногда из двух точек.

В обеих сериях экспериментов при инъекции препаратов одновременно наблюдали за макроскопическими изменениями, а также за интенсивностью капиллярно-паренхиматозного кровотечения с фиксацией по времени момент его полной остановки.

Особенностью экспериментальных исследований явилось то, что после инъекции препарата получали временную или окончательную остановку капиллярно-паренхиматозного кровотечения, которая позволяла проводить фиксацию гемостатических пластин и клеев практически на «сухой» раневой поверхности органа. Во всех 2 сериях экспериментальных исследований на конечном этапе использовали клеевые композиции (латексный тканевой клей, фибриновый кдеи), местный гемостаз был достигнут во всех случаях в течение  $2,2 \pm 0,3$  минут ( $p > 0,05$ ).

Все животные находились под наблюдением в течение всего исследования в условиях вивария с ежедневной документализацией их состояния, активности, изменения поведения, приема пищи, изменения веса, состояния и динамики заживления послеоперационной раны.

Для изучения репаративных процессов и динамики заживления ран паренхиматозных органов животных выводили из опыта в различные сроки

после операции с одновременным забором тканей для морфологических исследований. Биоптаты изготавливали по стандартной методике и окрашивали гематоксилином и эозином.

После применения способа остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения путем инъекции гемостатических препаратов «Полидоканол» и «Фейба» в рану паренхиматозных органов через 30 мин на срезах из участков ткани, локализующихся непосредственно в месте введения препаратов, наблюдали гомогенные массы (препарат) и небольшие очаги некроза паренхимы ткани.

При этом отмечали различие в микроскопической картине после применения препаратов «Полидоканол» и «Фейба». Через 1 час после инъекции препарата «Полидоканол» в рану наблюдали более выраженную микроскопическую картину очагов некроза и кровоизлияний по периферии места введения препарата в ткани.

После инъекционного введения испытуемого количества «Фейба» наблюдали менее выраженную картину некроза и кровоизлияний в зоне введения препарата в ткани (рис. 5-6).

В течение первых 3 суток после применения разработанного способа гемостаза клетки паренхиматозных органов находились в состоянии зернистой и гидропической дистрофии.

Отмечена лимфогистиоцитарная инфильтрация и полнокровие синусоидальных капилляров и портальных трактов в зоне введения препарата «Фейба», а в зоне введения препарата «Полидоканол» - участки некроза в субкапсулярной зоне с умеренной лимфогистиоцитарной инфильтрацией, местами разрастание соединительной ткани.

К 3-4 суткам в зоне инъекции препаратов наблюдали расширенные полнокровные капилляры и лимфо-

плазмочитарную инфильтрацию в тканях. В месте введения препарата «Фейба» отмечали грануляции волокнистой и клеточной структуры, а препарата «Полидоканол» к этому сроку наблюдали сохранение очагов некроза клеток.

Кроме того, в зоне введения препаратов сохранялся отек, наблюдали клеточную перифокальную реакцию и развитие гемосидероза.

В этот же период в пограничной зоне от места введения препаратов наблюдали местную аллергическую реакцию в виде скоплений эозинофилов и плазмоцитов.

На 5-7 сутки после операции в зоне введения препаратов сохранялась картина местной клеточной реакции с гемосидерозом. После 7 суток наблюдали развитие процесса организации и инкапсуляции введенного препарата.

На 14 сутки на срезах наблюдали образование гранулем из вещества (препарата) с образованием гигантских клеток и фиброза.

На данном этапе репаративных процессов в тканях формировались фиброзно-гигантоклеточные гранулемы по типу «инородных тел» с организацией зоны повреждений и отмечали микроскопическую картину начала фазы регенерации. На 21 сутки наблюдавшиеся изменения отсутствовали.

Проведенные исследования показали, что предлагаемый способ остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения является эффективным.

В сравнительном аспекте препарат «Фейба» является эффективным гемостатическим препаратом для местной остановки капиллярно-паренхиматозного кровотечения, что было доказано морфологическими исследованиями. По сравнению с препаратом «Полидоканол» он вызывал менее выраженную воспалительную реакцию.

**Выводы:** Таким образом, на основании результатов, полученных в данном

экспериментальном исследовании можно сделать следующие выводы:

1. Инъекционное введение раствора гемостатического препарата «Фейба ТИМ 4 Иммуно» позволяет проводить фиксацию гемостатических пластин и клеев на «сухой» раневой поверхности паренхиматозного органа, по сравнению с препаратом «Полидоканол» вызывает менее выраженную местную воспалительную реакцию тканей по периферии места его введения и полную регенерацию тканей к 21 суткам после инъекции.

2. Проведенные экспериментальные исследования подтвердили, что проблему капиллярно-паренхиматозного кровотечения при травме паренхиматозных органов можно эффективно решить сочетанным применением различных гемостатических препаратов.

#### Список использованной литературы:

1. Schonauer C., Tessitore E., Barbagallo G., Albanese V., Moraci A. The use of local agents: bone wax, gelatin, collagen, oxidized cellulose // Eur. Spine J. - 2004. - №6. - P. 36-40.
2. Белозерская Г.Г., Макаров В.А., Абоянц Р.К., Истранов Л.П. Аппликационное средство гемостаза при капиллярно-паренхиматозном кровотечении // Хирургия. - 2004. - №9. - С.55-59.
3. Kraus T.W., Mehrabi A., Schemmer P., Kashfi A., Berberat P., Buchler M.W. Scientific evidence for application of topical hemostats, tissue glues, and sealants in hepatobiliary surgery // J. Am. Coll. Surg. 2005. №3. - P. 418-427.
4. Попов В.А. Гемостаз и герметизация швов (операции на внутренних органах) // М., ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 320 с.
5. Виноградов В.В., Островерхов Р.Е., Галушко Ю.А. Цианакрилатный клей в хирургии желчных путей // Хирургия. - 1969. - №8. - С.78-80.



что указывает на актуальность данной проблемы [2, 16].

Применение биологических ауто-трансплантатов имеет существенные недостатки: необходимость дополнительной операции для взятия тканей из организма больного, частое прорезывание швами трансплантируемых тканей вместе с подлежащими участками паренхиматозных органов, замещение трансплантатов соединительной тканью, опасность образования осумкованных кист, гнояников и развития вторичного кровотечения [2, 17]. Кроме того, большинство подкладочных материалов недостаточно плотно прилегают к поверхности раны и не позволяют создавать равномерную компрессию органа [2, 18].

**Цель исследования:** Разработка нового способа остановки профузного кровотечения при паренхиматозной травме с использованием синтетического сетчатого материала и оценка его эффективности путем изучения морфологических изменений и динамики репаративных процессов, происходящих в тканях органов в послеоперационном периоде в эксперименте.

**Материал и методы:** Эксперименты проведены в период с 2006-2009 гг. на 9 собаках обоего пола, весом от 15 до 25 кг и 24 кроликах породы «Шиншилла», весом 3,5-4,5 кг.

В качестве подкладочного материала использован синтетический сетчатый материал, состоящий из двух синтетических полимеров - полипропилена и полиглактина. Полиглактин - содержит 90% гликолевой кислоты и 10% молочной кислоты. Размер готовых сетчатых материалов составил: толщина около 2 мм, длина 10 см, ширина 10 см.

Оперативные вмешательства у собак и кроликов производили в условиях комбинированной анестезии, для премедикации использовали атропин 0,5-0,6

мг/кг + димедрол 0,3-0,4 мг/кг. Наркоз осуществляли внутримышечным введением 5% раствора Калипсола из расчета 0,1 мл (5 мг) на 1 кг веса животного. Через катетер, по показаниям, повторно вводили 5% раствор Калипсола для поддержания поверхностной анестезии в течение всего опыта. С целью полной миорелаксации и усиления анальгезирующего эффекта внутримышечно вводили 2% раствор Рометара или Ксилазина из расчета 0,1 - 0,2 мл на 1 кг веса животного.

Использовали экспериментальные модели механического повреждения паренхиматозного органа. Рану правой доли печени наносили скальпелем, ножницами или производили иные разрушения паренхимы органа до размеров 15x5x10 мм, вызывая обильное кровотечение. Раны нижнего полюса почки наносили размером 10x4x5 мм и верхнего полюса селезенки - 8x4x5 мм.

В эксперименте, после создания модели профузного паренхиматозного кровотечения, из синтетического сетчатого материала, путем моделирования ножницами выкраивали два одинаковых лоскута необходимой длины и ширины. Затем лоскуты накладывали с обеих сторон на края кровоточащей поверхности раны органа, и путём прошивания через материал, накладывали непрерывные перекрывающие узловы швы, стягивали края раны, что обеспечивало надёжное равномерное сдавливание интраорганных сосудов.

Во всех наблюдениях синтетические сетчатые материалы располагали в 0,5 см от края раны органа с двух сторон и фиксировали их П-образными швами, проведенными с помощью обычной печеночной иглы через отверстия сетки.

В конце всех операций осуществляли туалет брюшной полости. Операционные раны у животных зашивали по стандартной методике с соблюдением правил асептики.

Все животные находились под наблюдением в течение всего исследования в условиях вивария с ежедневной документализацией их состояния, активности, изменения поведения, приема пищи, фиксации изменения веса и динамики заживления послеоперационной раны.

Для изучения морфологических изменений и динамики репаративных процессов, происходящих в тканях паренхиматозных органов, производили забор тканей в различные сроки после вмешательства с последующим выведением животных из эксперимента.

Для гистологического исследования иссекали участок органа в пределах раневой поверхности: из печени - размером 20x10x5мм, селезенки - 15x8x5 мм и почки - 15x10x5 мм.

Ткани фиксировали в 10% формалине, обезвоживали в спиртах восходящей концентрации, и заключали в парафин. Препараты окрашивали гематоксилин - эозином.

Проводили микроскопическое исследование срезов, при котором оценивали фазу воспаления, состояние воспалительного инфильтрата, формирование и состояние грануляционной и соединительной ткани, микроциркуляторное русло.

**Результаты:** После применения разработанного способа остановки профузных кровотечений в течение первых 3 суток, на срезах из участков ткани печени, локализующихся непосредственно между композиционными сетчатыми материалами и подвергшихся компрессионному давлению, наблюдали небольшие очаги некроза паренхимы печеночной ткани, но при этом отмечали полную сохранность порталных структур органа.

Кроме того, в этот же период в биоптатах, полученных непосредственно

в области паренхиматозной травмы обнаружена микроскопическая картина небольших очагов субкапсульных кровоизлияний, выраженного интерстициального отека и инфильтрации.

В травмированной паренхиме печени и селезенки в остром периоде также наблюдали очаги субкапсульных кровоизлияний, с преобладанием в остром периоде картины кариорексиса и формирования демаркационной линии.

На 3 сутки в печени и селезенке наблюдали местную экссудативную реакцию по типу асептического воспаления с лейкоцитарной и лимфоцитарной инфильтрацией.

Наблюдалось равномерное кровенаполнение сосудов микроциркуляторного русла. Клеточные элементы тканей находились в состоянии гидропической дистрофии.

На 7 сутки в тканях паренхиматозных органов наблюдали микроскопическую картину перифокальной фибробластической реакции и гемосидероза ткани.

На 14 сутки в тканях печени и селезенки признаков острой воспалительной реакции не обнаружено, микроскопически скопления лимфоцитов и плазмочитов, в некоторых местах сохранялись участки лимфогистиоцитарной реакции с фиброзом. Наблюдалась фаза организации и развития соединительной ткани.

На 21 сутки макроскопически сетка по краям была незначительно разволокнена. В молодой соединительной ткани печени наблюдали врастание тяжей вновь образованных гепатоцитов вокруг отдельных фрагментов сетчатых материалов. В гепатоцитах была отмечена умеренно выраженная зернистая дистрофия. В тканях селезенки также были выявлены фрагменты сетчатых волокон и процесс обрастания их соединительной тканью.

Через месяц после операции на поверхности печени были обнаружены фрагменты композиционных сетчатых материалов без воспалительной реакции.

Через два месяца сетчатый материал макроскопически не выявлялся, его единичные мелкие фрагменты были окружены зрелой соединительной тканью с большим количеством гигантских многоядерных клеток типа инородных тел с примесью моноцуклеаров, по периферии наблюдали поля жировой ткани. В паренхиме печени сохранялось полнокровие сосудов микроциркуляторного русла.

Таким образом, гистологическое исследование тканей печени и селезенки показало, что композиционные сетчатые материалы начинают биодеградировать в организме экспериментальных животных к 30 суткам, обрастая и замещаясь соединительными тканями.

В дальнейшем постепенно часть волокон подвергалась гидролизу, освобождая место для врастающей соединительной ткани, при этом остающаяся крупнопористая сетчатая конструкция заполнялась прочной трехмерной сетью коллагеновых волокон. Полная деградация сетчатого материала в организме наступала через 50-70 суток. В связи с этим выраженного развития рубцовых изменений макро-скопически не наблюдали.

Из вышеперечисленного следует, что удельный вес остающегося в организме инородного тела сводится к минимуму. Материал способствует образованию соединительной ткани, которая, прорастая в ячейки сетки, практически вовлекает ее в толщу формирующегося рубца. Монолитность и гидрофобность нитей обеспечивают сетчатому материалу устойчивость к инфицированию.

**Выводы:** Анализируя результаты исследований, можно сделать следующие выводы:

1. На основании экспериментальных исследований установлена возможность механического сдавления крупных сосудов и снижения интенсивности профузного кровотечения до уровня капиллярно-паренхиматозного при травме паренхиматозных органов с помощью механической компрессии тканей в непосредственной близости от краев кровоточащей раны.

2. Компрессия тканей может быть осуществлена с помощью биосовместимых композиционных синтетических сетчатых материалов на основе полипропилена и полилактина, которые обладают достаточно длительной биодеградацией, не прорезываются под швами, а предлагаемый способ гемостаза позволяет создать равномерную компрессию ткани паренхиматозного органа вблизи раны и достичь надёжной остановки профузного кровотечения. При этом используемый материал легко моделируется и адаптируется к неровной поверхности органа без потери его эластичности и прочности, а также снижается риск возникновения рецидива кровотечения, сокращается период реабилитации.

3. При использовании разработанного способа остановки кровотечения из ткани паренхиматозных органов жизнеспособность тканей под компрессионными материалами и в области краев раны сохраняется в полном объеме и не осложняется воспалительно-дегенеративными изменениями.

**Список использованной литературы:**

1. Бунатян А.Г., Завенян З.С., Багмет Н.Н. Проблемы гемостаза и герметизма при резекциях печени с использованием фибрин-коллагеновой субстанции // Хирургия. - 2003. - №9. - С. 18-23.

2. Попов В.А. Гемостаз и герметизация швов (операции на внутренних органах) // 3. Абакумов М. М., Владимирова Е. С., Ермолова И. В., Кудрявцев С. Н., Смоляр А.Н. Выбор метода гемостаза при повреждениях селезенки // Хирургия. - 1998. - №2. - С.31-34.
4. Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Ибрагимов Н.И. Гемостаз при тяжелых ранениях печени // В кн.: Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Мат. 7-й конф. хирургов - гепатологов. - Смоленск, 1999. - С. 195.
5. Гаин Ю.М. Неотложная хирургия органов брюшной полости // Минск, 2004. - 298 с.
6. Горский В.А., Шукалин Б.К., Леоненко И.В. Применение Тахокомба в абдоминальной хирургии // М., 2003. - 160 с.
7. Айвазян А.В. Гемостаз при операциях на почке, 2 издание // Москва: Наука, 1982. - 280 с.
8. Гулов М.К., Курбанов К.М. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения // Хирургия. - 2004. - №10. - С.24-26.
9. Григорьев Е.Г., Апарцин К.А. Органосохраняющая хирургия селезенки // Новосибирск: Наука, 2001. - 400 с.
10. Горский В.А. Использование фибрин-коллагеновых пластин в абдоминальной хирургии // Вестник хирургии им. Грекова. - 2001. - Т. 160. №4. - С. 77-81.
11. Долгов В.В., Свирин П.В. Лабораторная диагностика нарушений гемостаза // Тверь, 2005. - 227 с.
12. Литвин А.А. Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки // Хирургия. - 2000. - №4. - С. 74-76.
13. Малиновский Н.Н. История развития физических методов гемостаза в хирургии // Хирургия. - 2006. - №4. - С. 75-77.
- М., ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 320 с.
14. Мюллер М. Хирургия для изучения и практики / пер. с нем. А. Даунхауер / под ред. проф. С. Н. Шнитко. 1-е изд. Минск, 2006. - 624 с.
15. Северцев А.Н., Брехов Е.И., Ми-ро-нов Н.П. Использование местных фармаколо-гических средств для достижения окончательного гемостаза при резекции печени // Хирургия. - 2001. - №1. - С. 86-90.
16. Одишелашвили Г.Д. Гемостаз при повреждениях печени, селезенки, почек и поджелудочной железы: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук // Москва, 1996. - 33 с.
17. Черкасов М.Ф. Баллонно-компрессионный метод гемостаза при повреждении паренхиматозных органов // Хирургия. - 2005. - №3. - С. 49-53.
18. Гапанович О.А. Коагуляционные свойства нового отечественного композиционного средства местного действия на основе неорганических солей // Ме-дицинские новости. - 2005. - №12. - С. 127-131.

#### SUMMARY

The article analyses the results of the study of morphological changes and dynamics of reparative process occurring in body tissues after applying developed new compress method for stopping bleeding at parenchymatous organs using composite synthetic meshy materials. Experimental researches conducted on 9 dogs with weight from 15-25 kg and 24 rabbits with weight from 3.5-4.5 kg during 2006-2009 yy period.

Compress method for stopping parenchymatous bleeding uses synthetic meshy material which consist of two synthetic polymers – propylene and polyglactyn. Polyglactin fibers consisted from copolymers containing 90% glycol acid and 10% of lactic acid.

It is shown that relative density of a foreign body remaining in organism is reduced to minimum. The material promotes formation of connective tissue which sprouting in grid cells involves it in thickness of formed scar. Solidity and water repellency of threads provides meshy material stability to infection.

**ТҮЖЫРЫМ**

Бапта профуздық қан кетуде компрес-сиялық тоқтатуын игерілген жаңа әдісін тәжірибеде қолданудан кейін болып жататын репарация процесстерінің динамикаларын және морфологиялық өзгерістерін зерттеуінің нәтижелері талданған.

Эксперименталді зерттеулер 2006-2009 жылдары салмағы 15 кг мен 25 кг аралығындағы 9 итте және салмағы 3,5-4,5 кг 24 үй қояндарында өткізілген.

Профузиялық қан кетуін компрессиялық тоқтату

үшін полипропиленнен және полилактинен тұратын екі синтетикалық полимерлі торлы материал қолданылған. Тал жіптің біреуі 90% кополимералардан және 10% сүт қышқылынан тұрады.

Синтетикалық полимерлі торлы материалды профузиялық қан кетуде қолдану жақсы көрсеткіштерге әкелетіні көрсетілген және іш ағзаларына зақым тигізбей асқынуға бейімсіздік қабілетін көрсететіні зерттелген.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

Емельжанова А.Ш.,

*РГП Центральная клиническая больница  
Управления Делами Президента РК, г.Алматы*

Неуклонное старение населения развитых стран увеличивает удельный вес сердечно-сосудистых болезней в общей структуре заболеваемости и приводит к увеличению количества пожилых пациентов в практике врачей многих специальностей.

Крупные клинические исследования убедительно свидетельствуют, что возраст пациента не является помехой к активному медикаментозному и хирургическому лечению многих сердечно-сосудистых заболеваний: ИБС, артериальной гипертензии, стенозирующего атеросклероза магистральных артерий, нарушений ритма сердца.

Цели лечения сердечно-сосудистых заболеваний в геронтологии:

- 1.улучшение качества жизни.
  - 2.увеличение продолжительности жизни.
- При назначении лечения пожилым людям необходимо знать:

- 1.Особенности течения заболеваний в пожилом возрасте (иная симптоматика, полиморбидность)
- 2.Особенности обмена веществ у пожилых, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику препаратов.
- 3.Особенности назначения препаратов.
4. Контроль эффективности и безопасности лечения.
- 5.Препараты, вызывающие побочные эффекты у пожилых больных.

В данной статье рассмотрены особенности лечения у пожилых больных самых частых сердечно-сосудистых заболеваний:

- 1.Артериальная гипертензия, в т.ч. изолированная систолическая АГ.
2. Сердечная недостаточность.
3. ИБС.

**Артериальная гипертензия у пожилых пациентов.**

Артериальная гипертензия (АГ), по различным оценкам, встречается у 30–50% лиц старше 60 лет. Диагностика и лечение этого заболевания имеют ряд важных особенностей.

1.Пожилым необходимо тщательно измерять артериальное давление (АД), поскольку у них нередко обнаруживается «псевдогипертензия» вследствие ригидности магистральных артерий конечностей и большой вариабельности систолического АД.

2.Для пожилых больных характерна ортостатическая реакция (из-за нарушений барорецепторного аппарата), поэтому рекомендуется сравнение АД в положении больного лежа и сразу после перехода в вертикальное положение. Доказано, что регулярная длительная гипотензивная терапия достоверно снижает риск развития основных сердечно-сосудистых осложнений АГ: мозгового инсульта, инфаркта миокарда и сердечно-сосудистой смертности: активное снижение АД сопровождается снижением сердечно-сосудистой смертности на 23%, случаев ИБС – на 19%, случаев сердечной недостаточности – на 48%, частоты инсультов – на 34 %.

Однако необходимо учесть ряд обстоятельств:

1. Пожилые люди очень хорошо реагируют снижением АД на ограничение потребления соли и уменьшение массы тела.

2. Стартовые дозы гипотензивных препаратов составляют половину обычной начальной дозы. Титрование дозы

происходит медленнее, чем у других больных.

3. Рекомендуются постепенное снижение АД до 140/90 мм рт.ст. (при сопутствующем сахарном диабете и почечной недостаточности целевой уровень АД – 130/80 мм рт.ст.). Необходимо учитывать исходный уровень АД, длительность гипертонии, индивидуальную переносимость снижения АД.

4. Сопутствующее снижение диастолического АД у больных с изолированной систолической АГ не является препятствием для продолжения терапии.

Тиазидные диуретики,  $\beta$ -адреноблокаторы и их комбинации оказались эффективными с точки зрения снижения риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности у пожилых больных с АГ, причем диуретики имели преимущество над  $\beta$ -адреноблокаторами, исследование ALLHAT со всей очевидностью подтвердило пользу диуретиков в лечении АГ у всех возрастных групп. Доказано преимущество использования амлодипина в снижении АД по сравнению с другим антагонистом кальция – дилтиаземом.

Длительность действия амлодипина 24 часа, что способствует однократному приему в сутки и обеспечивает удобство в применении.

Ингибиторы АПФ являются препаратами выбора для двух категорий больных пожилого возраста с АГ:

1) с дисфункцией левого желудочка и/или сердечной недостаточностью-доказано

снижение сердечно-сосудистой смертности.

2) с сопутствующим сахарным диабетом - замедляет развитие почечной недостаточности.

При непереносимости ингибиторы АПФ могут быть заменены антагонистами ангиотензиновых рецепторов.

**Сердечная недостаточность у пожилых больных.** В настоящее время хронической сердечной недостаточностью (ХСН) страдает 1–2% населения развитых стран. Ежегодно хроническая сердечная недостаточность развивается у 1% лиц старше 60 лет и у 10% лиц в возрасте >75 лет.

В последние десятилетия достигнут значительный прогресс в лечении ХСН с помощью различных препаратов и их комбинаций. Однако специфика лечения пожилых больных остается малоизученной, поэтому до получения данных клинических исследований, специально спланированных для популяции пожилых пациентов с ХСН, следует руководствоваться доказанными принципами лечения ХСН у людей среднего возраста. Пожилым больным с ХСН назначают ингибиторы АПФ, диуретики,  $\beta$ -адреноблокаторы, спиронолактон, улучшающие выживаемость и качество жизни.

1. При наджелудочковой тахикардии на фоне ХСН весьма эффективен дигоксин.

2. При необходимости лечения желудочковых аритмий на фоне ХСН предпочтение следует отдавать амиодарону, поскольку он в минимальной степени влияет на сократимость миокарда.

3. При тяжелой брадикардии на фоне ХСН (синдром слабости синусового узла, внутрисердечные блокады) возможна имплантация кардиостимулятора, который нередко облегчает возможности фармакотерапии.

Для успешного лечения ХСН у пожилых имеет значение своевременное выявление

и устранение/коррекция сопутствующих заболеваний, зачастую скрытых и малосимптомных (истощение, анемия, дисфункция щитовидной железы, болезни печени и почек, обменные нарушения и др.).

#### **ИБС у пожилых пациентов.**

Пожилые люди составляют большинство больных ИБС: почти 3/4 случаев смерти от ИБС происходит среди лиц старше 65 лет, и почти 80% лиц, умерших от инфаркта миокарда, относятся к этой возрастной группе. Вместе с тем, более чем в 50% случаев смерть лиц старше 65 лет наступает от осложнений ИБС. Ежегодная смертность среди больных этой категории составляет 2–3%, кроме этого, еще у 2–3% больных может развиваться нефатальный инфаркт миокарда.

Особенности ИБС в пожилом возрасте:

1. Атеросклероз сразу нескольких коронарных артерий.
2. Часто встречается стеноз ствола левой коронарной артерии.
3. Часто встречается снижение функции левого желудочка.
4. Часто встречаются: атипичная стенокардия, безболевого ишемия миокарда (вплоть до безболевых ИМ) – поэтому пожилой возраст не должен служить препятствием для направления больного на коронароангиографическое исследование.

Особенности лечения стабильной ИБС у пожилых пациентов.

Подбирая медикаментозную терапию пожилым больным, следует помнить, что лечение ИБС осуществляется с учетом некоторых особенностей фармакотерапии.

Активная антиангинальная, антиишемическая, антиагрегантная и гиполипидемическая терапия позволяет существенно снизить частоту осложнений

ИБС у пожилых людей. По показаниям используют все группы лекарственных средств – нитраты,  $\beta$ -адреноблокаторы, антиагреганты, статины. Снижение частоты болевых приступов при приеме амлодипина (5–10 мг/сут.) по сравнению с плацебо делают перспективным использование препарата у данной категории больных, особенно у тех, кто страдает АГ.

Данные исследований по вторичной гиполипидемической профилактике статинами свидетельствуют, что при сопоставимом снижении относительного риска сердечно-сосудистых осложнений среди молодых и пожилых больных польза лечения статинами выше среди пожилых. Эффективность операций коронарного шунтирования и стентирования коронарных артерий у пожилых сравнима с эффективностью этих вмешательств у более молодых пациентов, поэтому возраст не является препятствием к инвазивному лечению.

#### **Список использованной литературы:**

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. «Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности». «Сердечная недостаточность», 2002, №6: 3–8
2. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Гусейнзаде М.Г., Преображенская И.Н. «Бета-адреноблокаторы в гериатрической практике» РМЖ, 1999, т 7 №16: 66–70 .
3. Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Милюкова О.М. «Медикаментозное лечение изолированной систолической гипертонии у пожилых» РМЖ, 1998, т 6, №21: 25–29
4. Лазебник Л.Б., Постникова С.Л. «Хроническая сердечная недостаточность у людей пожилого возраста» РМЖ, 1998, т 6,

## ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Емельжанова А.Ш.,

*РГП Центральная клиническая больница  
Управления Делами Президента РК, г.Алматы*

Пневмония является одним из наиболее распространенных заболеваний. По данным National Center for Health Statistics, у пожилых людей заболеваемость внебольничной пневмонией в 2 раза выше, чем у лиц молодого возраста; частота госпитализаций при этом заболевании с возрастом увеличивается более чем в 10 раз. Летальность при пневмонии среди больных старше 60 лет в 10 раз выше, чем в других возрастных группах, и достигает 10-15% при пневмококковых пневмониях.

Пневмония часто ассоциируется с различными сопутствующими заболеваниями, с декомпенсацией фоновых заболеваний, протекает со скудной или атипичной клинической симптоматикой, что затрудняет своевременную диагностику, усложняет лечение больного и ухудшает прогноз заболевания.

Клинические проявления пневмонии складываются из легочной и внелегочной симптоматики.

### **Легочные проявления**

У пожилых больных такие классические признаки, как притупление перкуторного звука, крепитация не всегда отчетливо выражены, а иногда отсутствуют. Феномен уплотнения легочной ткани при пневмониях у пожилых не всегда достигает той степени, которая была бы достаточной для формирования указанных признаков. Часто имеющаяся у пожилых больных дегидратация, обусловленная различными причинами (поражение желудочно-кишечного тракта, опухолевый процесс, лечение диуретиками), ограничивает процессы экссудации в альвеолы, в связи с чем нарушается образование легочного инфильтрата. Кроме того, сложно оценить

аускультативные признаки в связи с наличием фоновой патологии (сердечная недостаточность, опухоли легкого, хронические обструктивные заболевания легких - ХОЗЛ). Так, перкуторную тупость при пневмонии трудно отличить от ателектаза, бронхиальное дыхание с наличием хрипов может быть следствием наличия пневмосклеротического участка, влажные мелкопузырчатые хрипы могут выслушиваться при наличии левожелудочковой недостаточности. Ошибочная интерпретация аускультативных данных является наиболее частой причиной клинической гипердиагностики пневмонии пожилых.

Кашель, малопродуктивный или с отделением мокроты, является частым проявлением пневмонии, однако у ослабленных больных при угнетении кашлевого рефлекса (инсульт, болезнь Альцгеймера) может отсутствовать.

Характерным признаком пневмонии является одышка, которая может быть одним из основных (а иногда и единственным) из ее проявлений у стариков.

### **Внелегочная симптоматика.**

Лихорадка при пневмонии в пожилом и старческом возрасте наблюдается довольно часто (75-80%), хотя заболевание чаще протекает с нормальной или даже пониженной температурой, что является прогностически менее благоприятным.

Частыми проявлениями пневмонии у пожилых являются нарушения со стороны ЦНС в виде апатии, сонливости, заторможенности, потери аппетита, спутанности сознания, вплоть до развития сопорозного состояния, что заставляет

врача подозревать острое нарушение мозгового кровообращения. Иногда первыми проявлениями пневмонии становятся внезапное нарушение физической активности, развитие апатии.

В клинике на первый план может выступать декомпенсация фоновых заболеваний. Так, у больных с ХОБЛ клинические проявления пневмонии могут характеризоваться усилением кашля, появлением дыхательной недостаточности, что может ошибочно расцениваться как обострение хронического бронхита. При развитии пневмонии у больного с застойной сердечной недостаточностью, последняя может прогрессировать и стать рефрактерной к лечению. Клиническими проявлениями пневмонии могут быть появление признаков печеночной недостаточности у больных циррозом печени, развитие или прогрессирование почечной недостаточности у больных хроническим пиелонефритом. Лейкоцитоз может отсутствовать у трети больных с пневмонией, что является неблагоприятным прогностическим признаком, особенно при наличии нейтрофильного сдвига.

#### **Этиология внебольничной пневмонии.**

Лечение пневмонии должно быть начато неотложно при установлении клинического диагноза не ожидая результатов микробиологических исследований анализов мокроты. Кроме того, у 35% больных с внебольничной пневмонией отсутствует продуктивный кашель в ранние сроки заболевания (у пожилых - в 50% случаев и более).

В ряде случаев (20-45%) не удается выделить возбудителя, основным подходом к лечению внебольничной пневмонии является эмпирический выбор антибактериальных средств, основанный на данных фармакоэпидемиологических

исследований.

Наиболее частыми возбудителями внебольничной пневмонии являются:

1. пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) – 30% случаев

2. гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*) – 8-25 % .

3. Атипичные микроорганизмы (микоплазмы и хламидии) -встречаются у больных молодого и среднего возраста, для пожилого возраста эти возбудители не характерны.

4. Другие микроорганизмы – стафилококки, грамотрицательные бактерии, легионелла - выявляются с частотой 5-7%. На основании клинической картины заболевания и данных обследования можно сделать предположение о вероятных возбудителях, что имеет определяющее значение в выборе оптимального антибактериального средства.

#### **Антибактериальные средства.**

1. Бензилпенициллин - высоко активен в отношении наиболее частого возбудителя- *S.pneumoniae*, но увеличилась резистентность пневмококков к пенициллину до 40%, что ограничивает использование препарата.

2. Амоксициллин лучше всасывается в желудочно-кишечном тракте, реже дозируется и лучше переносится, применяется при нетяжелом течении пневмонии в амбулаторной практике у пожилых пациентов без сопутствующей патологии.

3. Защищенные аминопенициллины - амоксициллин/клавуланат активен в отношении штаммов бактерий, продуцирующих  $\beta$ -лактамазы, которые ингибируются клавуланатом, входящим в его состав. Амоксициллин/клавуланат проявляет высокую активность в отношении большинства возбудителей внебольничной пневмонии, включая анаэробы, ведущий препарат при лечении внеболь-

ничных инфекций дыхательных путей.

4. Цефуроксим и цефуроксим аксетил. Относятся к цефалоспорином II поколения. Спектр действия близок к амоксициллин/клавуланату, за исключением анаэробных микроорганизмов. Штаммы пневмококка, устойчивые к пенициллину, также могут быть устойчивы к цефуроксиму. Наряду с амоксициллин/клавуланатом препараты рассматриваются в качестве средств первого ряда при лечении внебольничной пневмонии.

5. Цефотаксим и цефтриаксон - относятся к парентеральным цефалоспорином III поколения, высоко активны в отношении большинства грамотрицательных бактерий и пневмококков, включая штаммы, резистентные к пенициллину, препараты выбора при лечении тяжелых пневмоний. Цефтриаксон является оптимальным препаратом для парентерального лечения пожилых больных с пневмонией на дому из-за удобства введения - 1 раз в сутки.

6. Макролиды - у пожилых больных значение макролидов ограничено из-за особенностей спектра возбудителей и увеличения резистентности пневмококков и гемофильной палочки к макролидам, назначают при тяжелой пневмонии в сочетании с цефалоспорином III поколения.

7. Аминогликозиды - не действуют на - *S.pneumoniae*, обладают слабой активностью в отношении других распространенных возбудителей - *H.influenzae*, *K.pneumoniae*.

8. Фторхинолоны. Препараты I поколения (ципрофлоксацин и офлоксацин) редко применяются из-за невысокой активности в отношении основного возбудителя - *S.pneumoniae*. Препараты

нового поколения фторхинолонов обладают более высокой активностью в отношении этого возбудителя, рассматриваются как потенциально ведущие средства при внебольничной пневмонии.

При неосложненной внебольничной пневмонии антибактериальная терапия может быть завершена по достижении стойкой нормализации температуры тела (в течение 3-4 дней), длительность лечения обычно составляет от 5 до 10 дней. При стафилококковых пневмониях целесообразна более длительная антибактериальная терапия - в течение 10-14 дней. Длительность антибактериальной терапии осложненных внебольничных пневмоний определяется индивидуально.

#### Список использованной литературы:

1. Антибактериальная терапия пневмоний у взрослых. Учебно-методическое пособие для врачей. М.: РМ-Вести, 1998; 28 с.
2. Дворецкий Л.И., Лазебник Л.Б., Яковлев С.В. Диагностика и лечение бактериальных инфекций у пожилых. М.: Универсум Паблишинг, 1997;
3. Яковлев С.В. Лечение инфекций нижних дыхательных путей у больных пожилого возраста. Тер. архив, 1997; 12: 57-63.

#### ТҮЖЫРЫМ

Осы мақалада қаттарды емдеу ерекшеліктері, ауру ағымы және диагностикада кездесетін қиыншылықтары көрсетілген.

#### SUMMARY

The article reflects the peculiarities of pneumonia in elderly patients, difficulties in diagnosis and treatment *zabolevaniya*. Dany principles of antibacterial therapy in accordance with the clinic and the identified agent.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Есбулганов Д.Ш.

*Городская больница №2, г.Алматы*

Сосудистые заболевания головного мозга – одна из центральных проблем современной медицины. По данным ВОЗ смертность от инсультов вышла на второе место, после кардиоваскулярных заболеваний и превышает 40%, а большинство выживших остаются инвалидами (70-80%). Смертность мозгового инсульта наступает чаще всего в возрасте от 50 до 70 лет и в 50-60% случаев обусловлена артериальной гипертензией. В последние годы отмечается омоложение контингентов больных с мозговым инсультом и инсульт встречается в возрасте 30-39 лет.

Среди заболеваний нервной системы являющихся причиной инвалидности сосудистая патология занимает 1 место (40-50%), причем 60% случаев определяется инвалидность II группы, а в 25-30% - I группа инвалидности. К труду возвращается лишь 15-17% больных трудоспособного возраста, перенесших инсульт. Во многом это объясняется недостаточным вниманием к профилактике по предупреждению инсультов и хронических прогрессирующих сосудистых заболеваний головного мозга.

Первичной профилактикой считается создание оптимальных условий жизни населения, предупреждающих развитие заболеваний, наиболее часто осложняющихся инсультом, артериальной гипертензии и атеросклероза. Первичная профилактика предусматривает комплекс социально-экономических, лечебно-профилактических и оздоровительных мер, обеспечивающих благополучие и здоровый образ населения.

Вторичная профилактика предусматривает комплекс лечебно-профилактических мер предупреждающих прогрессирование уже возникших

патологических процессов и их осложнения различными формами цереброваскулярной патологии – начальными проявлениями нарушений мозгового кровообращения. Вторичная профилактика основывается на выявлении и последующей диспансеризации лиц с факторами риска развития сосудистых заболеваний мозга (в первую очередь, атеросклероза, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии) и больных с начальными формами цереброваскулярной патологии.

Третичная профилактика – предупреждение рецидивов острых нарушений мозгового кровообращения у больных, уже перенесших инсульт.

В целом система профилактики инсультов основана на предупреждении или купировании негативного влияния факторов риска, назначение адекватного лечения.

Возможности профилактики инсультов расширяются с каждым годом благодаря функциональным исследованиям в области ангионеврологии.

При этом широко используются – ангиография, ультразвуковая доплерография, радиоизотопные методы исследования мозгового кровотока, компьютерная томография и другие новейшие методы с применением вычислительной техники.

Таким образом проблема борьбы с цереброваскулярными заболеваниями, их профилактики и лечения стала очень важной не только медицинской, но и социальной проблемой.

### **Факторы риска развития инсульта:**

1. Артериальная гипертензия. Риск инсультов у больных с АД более 160/100 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4

раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное АД, а при АД более 200/115 мм рт.ст. – в 10 раз. Только половина больных артериальной гипертонией знают о своем повышении АД и только 10-15% получают адекватную гипотензивную терапию.

2. Заболевания сердца. Риск ишемического инсульта при мерцательной аритмии возрастает в 3-4 раза, при наличии ИБС в 2 раза, при сердечной недостаточности в 3-4 раза.

3. Транзиторные – ишемические атаки (ТИА). Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4-5% в год.

4. Сахарный диабет. Больные с этим заболеванием чаще имеют нарушения липидного обмена, АГ и различные проявления атеросклероза.

5. Курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий.

6. Оральные контрацептивы. Препараты с содержанием синтетических эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и повышением АД. Синтетические эстрогены укорачивают время свертывания крови и способствуют агрегационной способности тромбоцитов.

#### **Список использованной литературы:**

1. Виленский Б.С. Инсульт. – Санкт-Петербург, 1995г.
2. Карлов В.А. Терапия нервных болезней. М-медицина, 1987г.

---

## **ЭПИЛЕПСИЯ**

**Есбулганов Д.Ш.**

*Городская больница №2, г.Алматы*

Хроническое полиэтиологическое прогрессирующе-текущее заболевание головного мозга, характеризующееся наличием эпилептического очага, повторными пароксизмами с различной клинической симптоматикой, невропсихическими нарушениями.

«Падучая болезнь» известно с древности. Ее описания встречаются у Гиппократов, Галена, Авиценны. Однако проблема остается актуальной и сегодня, в связи с особенностями клинической картины заболевания, течения и социальной значимостью. Распространенность эпилепсии в популяции • 0,8-1,2%, т.е. от 30 до 50 на 100 тыс. жителей. При этом мужчины болеют в 1,5 раза чаще,

чем женщины. Заболевание у 31% больных возникает в возрасте до 10 лет, а до 20 лет у 29. В возрасте до 30 лет у 20%, до 40 лет у 14% и старше 40 лет только у 6%. Особо следует подчеркнуть что, по данным ВОЗ, число лиц, перенесших ЧМТ, увеличивается в год в среднем на 2%, посттравматическая эпилепсия составляет около 15-25% случаев. Эпилепсия существенно дезадаптирует больных и ведет к социальной недостаточности. Около 50% из них со временем становятся инвалидами, причем у половины ОЖД достигают 2 степени. В 75% случаев – это лица в возрасте до 30 лет.

ОЖД при эпилепсии обусловлены не только припадками, но и постепенно

нарастающим расстройством личности. Этиология заболевания не ясна. Принято выделять три вида предрасположенности к развитию болезни:

1. Приобретенная предрасположенность - является следствием предшествовавших заболеваний головного мозга (ЧМТ, нейроинфекция, сосудистые заболевания головного мозга и т.д.) после которых образуется эпилептогенный очаг, который является лишь предрасполагающим фактором для возникновения эпилепсии.

2. Врожденная предрасположенность – разнообразные патологические воздействия на плод в период беременности и при родах.

3. Наследственная предрасположенность к эпилепсии в большинстве случаев связано с полигенным типом наследования.

#### **Показания для направления на МСЭ:**

1. Противопоказанные виды и условия труда.

2. При прогрессирующем течении эпилептического процесса (частые, резистентные к терапии припадки, психические нарушения, изменения личности).

3. Также при не эффективном лечении больные эпилепсией направляются на медико-социальную экспертизу.

#### **Необходимый минимум обследования при направлении на МСЭ:**

1. Обзорная Р Г черепа в 2-х проекциях

2. Исследование глазного дна, полей зрения.

3. ЭхоЭГ

4. ЭЭГ

5. При впервые зарегистрированных припадках КТ или МРТ головного

мозга.

6. Психологическое исследование (определение характера и выраженности изменений личности, психических нарушений).

Эффективность лечения достаточно высока (полное купирование приступов или значительное их урежение до 70-75% случаев), по современным представлениям, предпочтительна монотерапия (одним антиэпилептическим препаратом). Длительность лечения, даже после полного прекращения припадков прием противоэпилептических препаратов должно быть не менее года с постепенным снижением доз. Противосудорожная терапия должна быть непрерывной, при необходимости смена препарата (один постепенно заменяется другим). Крайне важен индивидуальный подбор препарата и максимальной дозы, которая, однако, не должна социально дезадаптировать больных. Подбор препарата целесообразно начинать с учетом особенностей и типа припадка, однако, если терапия не эффективна, возможно использование метода «подбора» препаратов или их комбинации. Наряду с противосудорожной терапией, крайне важно проведение курсов патогенетической терапии не менее 4 на протяжении года, включающих высокие дозы биостимуляторов (ФИБС, алоэ, лидаза, церебролизин и витаминов группы «В» в сочетании современными ангиопротекторами и ноотропами.

#### **Список использованной литературы:**

Зенков Л.Р. Функциональная диагностика нервных болезней. – Москва, 2004г.

## БОЛЕЗНЬ ВЕКА – ОСТЕОХОНДРОЗ

Есбулганов Д.Ш.

*Городская больница №2, г.Алматы*

Под термином «остеохондроз позвоночника» понимают первично развивающийся дегенеративный процесс в межпозвонковых дисках, что в свою очередь ведет к вторичному развитию реактивных и компенсаторных изменений в костно-связочном аппарате позвоночника. Дегенеративно-дистрофический процесс при остеохондрозе развивается постепенно и в большинстве случаев клинически протекает бессимптомно, с возрастом прогрессирует с типичной клинической картиной.

Межпозвонковые диски не способны к регенерации при большой нагрузке и с возрастом они преждевременно изнашиваются и подвергается дегенерации. Наибольшая выраженность и частота клинических проявлений отмечается у лиц самого работоспособного возраста. При рентгенологическом обследовании за период с 2006-2009гг у 500 лиц обнаружены признаки шейного остеохондроза у 5% обследованных в возрасте 20-29 лет, у 25% в возрасте 30-39 лет, у 40% в возрасте 40-49 лет, у 98% в возрасте 60-69 лет.

Наибольшего развития и прочности фиброзное кольцо достигает к 20-30 годам, а в последующие годы появляются изменения возрастного и дегенеративного характера с огрублением, утолщением и появлением трещин;

В процессе дегенерации диски теряют влагу, ядро высыхает и распадается на отдельные фрагменты, фиброзное кольцо теряет свою эластичность, и в диске появляются трещины. В определенной стадии развития дегенеративных изменений может образо-

ваться выбухание диска без прорыва фиброзного кольца, что обозначается термином протрузия диска.

Выбухающий участок диска васкуляризуется, в нем разрастается фиброзная ткань, а в более поздних стадиях наблюдается кальцинация. В тех случаях, когда происходит прорыв фиброзного кольца с выходом за его пределы части или всего пульпозного ядра, что чаще наблюдается у молодых людей после острой травмы, говорят уже о грыже диска.

Существует ряд теорий, объясняющих причину возникновения остеохондроза, но роль механического фактора в развитие остеохондроза в настоящее время признана всеми. Таким образом, основную роль играют травматические факторы и преждевременное старение с возрастным изнашиванием позвоночника. Наиболее часто неврологические осложнения остеохондроза встречаются в шейном и нижепоясничном отделах. Эти отделы позвоночника в вертикальном положении человека подвергаются наиболее интенсивным статодинамическим нагрузкам. Статическая нагрузка на шейный отдел позвоночника в целом значительно меньше, чем на поясничный, но очень большая подвижность в шейном отделе при значительно меньшей его мощности по сравнению с поясничным отделом является причиной того, что шейный отдел испытывает большую статокINETическую нагрузку.

При остеохондрозе шейного отдела позвоночника, следует подчеркнуть значение множественности остеофитов и мягких протрузий диска на этом уровне,

что подтверждается рентгенологически.

В шейном отделе относительно редко выявляется грыжа диска; чаще всего здесь образуется лишь протрузия диска. В области дегенерации наблюдается сужение межпозвонкового промежутка, которые в сочетании с образованием остеофитов ведут к компрессии корешков и спинного мозга.

В настоящее время средств, которые привели бы к полному излечению остеохондроза нет.

Лечение проводится комплексное: режим – обеспечение покоя и разгрузок позвоночника, использование жесткой постели с небольшой подушкой, применение медикаментозных средств, иглорефлексотерапия при отсутствии противопоказаний, санитарно-курортное лечение.

Лечение остеохондроза позвоночника не преследует цели рассасывания

солей, остеофитов, и поэтому не надо соблюдать строгую диету. В редких случаях, особенно у лиц среднего возраста, если консервативное лечение неэффективно, и точно установлена причина сдавливания корешков спинного мозга или его сосудов, показано оперативное лечение.

Показанием для направления на медико-социальную экспертизу являются выраженные неврологические осложнения – нарушение двигательной координации, вестибулярные, стойкий болевой синдром.

#### **Список использованной литературы:**

1. Иргер И.М. Компрессионные факторы при шейном остеохондрозе. Патология позвоночника и спинного мозга. – Москва, 1965г.
2. Михеев В.В. Поражения спинного мозга при заболевании позвоночника. – Москва, 1972г.

---

## **ЛЕЧЕНИЕ АРИТМИЙ**

**Омарбаева Н.Ж.**

**Городская станция скорой медицинской помощи, г.Тараз**

Аритмии сердца представляют собой нарушения частоты, ритмичности и (или) последовательности сердечных сокращений: учащение (тахикардия) либо урежение (брадикардия) ритма, преждевременные сокращения (экстрасистолия), дезорганизацию ритмической деятельности (мерцательная аритмия) и т.д.

**Тахикардия** – три или более последовательных сердечных цикла с частотой 100 и более в минуту.

**Пароксизм** – тахикардия с четко определяемыми началом и концом.

**Устойчивая тахикардия** – тахикардия, продолжаются более 30 секунд.

**Брадикардия** – три и более сердечных цикла с частотой менее 60 в минуту.

#### **Этиология и патогенез.**

Остро возникшие нарушения ритма и проводимость сердца-аритмии могут осложнять течение различных заболеваний сердечно сосудистой системы: ИБС (включая инфаркт миокарда и постинфарктный кардиосклероз), гипертонической болезни, ревматических пороков сердца, гипертрофической, дилатационной и токсической кардиомиопатий,

пролапса митрального клапана и др. Иногда нарушения ритма сердца развиваются в следствии существования врожденных аномалий проводящей системы сердца (дополнительные атриовентрикулярные соединения у больных синдромом Вольфа – Паркинсона- Уайта WPW, двойные пути проведения в АВ – узловой тахикардией). Причиной развития аритмий могут быть врожденные и приобретенные нарушения процесса реполяризации миокарда желудочков сердца, так называемые синдромы удлиненного интервала Q-T (синдромы Джервалла – Ланга – Нильса, синдром Романо – Уорда, синдром Бругада). Аритмии нередко возникают на фоне электролитных расстройств (например гипокалиемии, гипокальциемии, гипомагниемии). Их появление может провоцировать приемом лекарственных средств – сердечных гликозидов, теofilлина; препаратов, удлиняющие интервал Q-T (антиаритмических препаратов – хинидина, амиодарона, соталола; некоторых антигистаминных средств, в частности терфенадина), а также приемом алкоголя, наркотиков и галлюциногенов (кокаин, амфетамины и т.д.) или избыточным употреблением кофеиносодержащих напитков.

#### **Электрофизиологические механизмы нарушений ритма.**

В основе возникновения нарушений ритма сердца могут лежать любые электрофизиологические механизмы, включая нарушения автоматизма (ускоренный нормальный автоматизм, патологический автоматизм), циркуляцию волны возбуждения (микро и макро-reentry) как в анатомически обусловленных структурах миокарда (трепетание предсердий, синдром WPW, двойные пути проведения в АВ – соединении, некоторые варианты желудочковой

тахикардии), так и в функционально обусловленных структурах миокарда (фибриляция предсердий, некоторые желудочковой тахикардии, фибрилляция желудочков), триггерную активность в виде ранних и поздних постдеполяризаций (torsades de pointes, экстрасистолия).

#### **Клиническая картина, классификация и диагностические критерии.**

На догоспитальном этапе целесообразно разделить все нарушения ритма и проводимости на требующие проведения неотложной терапии и не требующие.

Нарушения ритма и проводимости могут протекать как бессимптомно, так и манифестировать яркой симптоматикой, начиная от ощущений сердцебиения, перебоев в работе сердца, «переворачивания» и «кувыркания» сердца и заканчивая развитием выраженной артериальной гипотензии, стенокардии, острой сердечной недостаточности.

Окончательный диагноз характера нарушения ритма и проводимости сердца устанавливается на основании ЭКГ.

При анализе клинической картины пароксизмальных нарушений сердечного ритма врач скорой помощи должен получить ответы на следующие вопросы:

1. Есть ли в анамнезе заболевания сердца, щитовидной железы, эпизоды нарушений ритма или необъяснимых потерь сознания? Следует уточнить, не отмечались ли подобные явления среди родственников, не было ли среди них случаев внезапной смерти.
2. Какие лекарственные средства пациент принимал в последнее время? Некоторые лекарственные средства провоцируют нарушения ритма и проводимости – антиаритмические препараты, холинолитики и т.д. Кроме того, при проведении неотложной терапии

необходимо учитывать взаимодействие антиаритмических препаратов с другими лекарственными средствами.

Большое значение имеет оценка эффективности использованных ранее с целью купирования нарушений ритма препаратов. Так, если пациенту традиционно помогает одно и то же лекарственное средство, имеются достаточно веские основания предполагать, что оно окажется эффективным и на сей раз. Кроме одного, в затруднительных положениях так, при тахикардии с широким QRS эффективность лидокаина свидетельствует, скорее, в пользу желудочковой тахикардии узловой.

3. Есть ли ощущения сердцебиения или перебоев в работе сердца? Уточнение характера сердцебиения позволяет до проведения ЭКГ ориентировочно оценить вид нарушений ритма – экстрасистолия, мерцательная аритмия и т.д. Аритмии, субъективно не ощущаемые, обычно не нуждаются в неотложной терапии.

4. Как давно возникло ощущение аритмии? От длительности существования аритмии зависит, в частности, тактика оказания помощи при мерцательной аритмии.

5. Не было ли обмороков, удушья, боли в области сердца, непровольного мочеиспускания или дефекации, судорог? Необходимо выявить возможные осложнения аритмии.

**Лечение – наджелудочковых пароксизмальных тахикардии с узким комплексом QRS на догоспитальном этапе.**

Врачебная практика при пароксизме наджелудочковой пароксизмальной тахикардии и узким комплексом QRS определяется стабильностью гемодинамики пациента. Устойчивое (более 30 минут) снижение систолического АД ниже 90 мм Hg, развитие синкопального

состояния, приступ сердечной астмы или отек легких, возникновения тяжелого ангинозного приступа на фоне тахикардии являются показаниями для немедленной электрической кардиоверсии.

### **Вагусные пробы**

На фоне стабильной гемодинамики и ясного сознания больного купирование пароксизма наджелудочковой тахикардии с узким комплексом QRS начинают с приемов, направленных на раздражение блуждающего нерва и замедление проведения через атриовентрикулярный узел. Проведение вагусных проб противопоказано при наличии острого коронарного синдрома, подозрении на ТЭЛА, у беременных. Следующие примеры могут усилить активность парасимпатической нервной системы:

- Задержка дыхания
- Кашель
- Резкое натуживание поле глубокого входа (проба Вальсальвы)
- Вызывная рвота
- Проглатывание лица в ледяную воду
- Массаж каротидного синуса допустим – только у молодых лиц, при уверенности в отсутствии недостаточности кровоснабжения головного мозга
- Так называемая проба Ашоффа (надавливание на глазные яблоки) не рекомендуются
- Надавливание на области солнечного сплетения малоэффективно, а удар в эту же область небезопасен.

Указанные примеры помогают не всегда.

При мерцании и трепетании предсердий они вызывают преходящее снижение частоты сердечных сокращений, а при желудочковой тахикардии вообще неэффективны. Одним из дифференциально – диагностических критериев, позволяющих отличить желудочковую тахикардию от наджелу-

дочковой с расширением комплексов QRS является реакция сердечного ритма на вагусные пробы. При суправентрикулярной тахикардии происходит урежение ЧСС, в то время как при желудочковой ритм остается прежним.

#### Список использованной литературы:

1. журнал №3-4 «Неотложная терапия» редактор Верткин А.Л.,
- 2.«Клиническая кардиография» р – ом: Лисицкий Б.Н.

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Рыбакова Н.Я.

Городская поликлиника №3, г.Алматы

Инфекции мочевыводящих путей относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Почти на протяжении всей жизни мочевые инфекции у женщин встречаются значительно чаще, чем у мужчин. К 65 годам мочевой эпизод наблюдается у каждой третьей женщины. Однако частота инфекций мочевых путей у мужчин в пожилом возрасте достигает уровня заболеваемости у женщин, за счет развития доброкачественной гиперплазии простаты.

Заподозрить инфекцию мочевых путей заставляют клинические симптомы / боли при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, изменение цвета мочи/ и появление лейкоцитов и бактерии в осадке, в тяжелых случаях отмечается лихорадка, боли в пояснице.

По характеру течения инфекции мочевых путей разделяют на неосложненные и осложненные. Неосложненные инфекции развиваются в амбулаторных условиях у людей, не страдающих серьезными сопутствующими заболеваниями, при отсутствии структурных изменений почек и других отделов мочевыводящего тракта. Осложненные инфекции

возникают чаще в стационаре в результате проведения лечебно-диагностических мероприятий.

Часто встречается *неосложненный острый цистит*, обусловленный в большинстве кишечной палочкой, хорошо поддается коротким курсом антимикробной терапии. Посев мочи не требуется, т.к. основным возбудителем инфекции является E.coli. Курс лечения 3-5 дней

- фторхилоны
- амоксициллин / клавуланат/
- фосфомицин трометамин
- нитрафурантоин, налидиксовая кислота
- ко-тримоксозол

Все препараты в условиях поликлиники назначаются внутрь. Фторхинолоны /ципрофлоксацин при неосложненных инфекциях 0,125- 0,5г 2 раза в день, при осложненных инфекциях 0,25-0,75г 2 раза в день 7-14 дней; левофлоксацин 0,2-0,4г утром, норфлоксацин 0,2-0,4г 2-3 раза в день; ломефлоксацин 0,4-0,8г 1 раз в день 3-5 дней/ высоко активны к грамотрицательной флоре, обеспечивают высокую концентрацию в моче, эффект при 3-5 дневном курсе лечения достигает 95-98%.

Амоксиклав в дозе 0,625г 3 раза в день применяют 3-5 дней.

В России популярны налидиксовая кислота по 0,5-1,0г 4 раза в день после еды и нитрофурантоин 01-0,15г 3-4 раза в день во время еды 5-8 дней. Эти препараты эффективны, но их надо применять 3-4 раза в сутки. Роль котримоксазола значительно снизилась из-за резистентности к нему различных возбудителей.

При наличии факторов риска: возраст более 65 лет, цистит у мужчин, сохранение симптомов более 7 дней, рецидивы инфекции, сахарный диабет, необходимо увеличить длительность терапии до 7-14 дней.

При *хроническом пиелонефрите* можно провести посев мочи. Предложен экспресс-метод выявления бактериурии с помощью тест-полосок. Чувствительность этого метода и микроскопии мочи достаточно велики при бактериурии более 10 в 5 степени колоний в 1мл.мочи. Обычно в амбулаторной практике лечение проводят эмпирически, не дожидаясь бакпосева.

Для лечения используются гентамицин, нитрофураны, налидиксовая кислота, палин, т.к. резистентность к ним кишечной палочки составляет от 4 до 7-14%. Наиболее активны фторхинолоны.

У беременных женщин развивается *бессимптомная бактериурия* в 2-9% случаев. Нелеченная бактериурия значительно повышает риск развития пиелонефрита и рождения детей с низким весом, а также преждевременных родов. Фторхинолоны противопоказаны для плода.

Предпочтительно назначать амоксициллин 0,5-1,0г 3 раза в день или фосфомицин триметамол 3,0 однократно.,

У женщин, страдающих сахарным диабетом, бессимптомная бактериурия встречается в 3 раза чаще, чем у других женщин. Однако антимикробная терапия у больных с сахарным диабетом не приносит пользы.

Профилактика инфекции мочевых путей при частых рецидивах (более 2-х раз в течении 6 месяцев) сводится к длительному применению антибактериальных средств в больших дозах, чаще препараты группы фторхинолонов. У женщин старше 60 лет изменяется микрофлора влагалища в связи со снижением уровня эстрогенов, которые способствуют колонизации лактобактерии, поддерживающих кислую среду. РН влагалища повышается, что приводит к заселению энтеробактерий и повышению риска мочевых инфекций. В этих случаях показано применение интравагинально эстрогенов.

#### **Список использованной литературы:**

1. Борисов И.А пиелонефрит и его лечение на современном этапе. Тер.архив., 1997г., № 8, стр.49-54
2. Галкин В.А Поликлиническая терапия .- М, 2000г.
3. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б. Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. М.; Бروجес, 2002;

#### **ТҮЖЫРЫМ**

Бабында препараттар және олардың мөлшерлеуін негізге алатын емханасы шарттарындағы эффект бекітуірек, былайша несеп шағаратын емдеулерді емдеуінде тағайындауға керек және инфекциялардың профилактикасы несеп бекітуірек.

#### **SUMMARY**

The article shows how drugs and their dosage should be prescribed in outpatient treatment for urinary tract infections, as well as the effect of treatment and prevention of urinary tract infections.

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИНФЕКЦИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Рыбакова Н.Я

Городская поликлиника № 3

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) у пожилых людей сокращает продолжительность жизни, важная причина смертности по всему миру. По данным Л.И. Дворецкого ХОБЛ наблюдается у 40% пожилых мужчин и 20% женщин. В 50% случаев обострение ХОБЛ вызывает ОРВИ и в 50% неинфекционные факторы: аэроирританты, аллергены и др. У лиц старше 60 лет преобладает гнойный эндобронхит, который часто осложняется вторичными бронхоэктазами, формированием бронхо-обструктивного синдрома, который проявляется свистящим дыханием, хрипами и одышкой.

Основные причины одышки:

- болезни легких (Б.А, ХОБ, пневмосклероз, плевральный выпад, рак легкого, ателектаз)
- заболевания ССС;
- ожирение;
- гипервентиляционный синдром (депрессия, психические нарушения);
- анемия;
- тромбоэмболии легочной артерии.

В диагностике важен анамнез: что вызывает одышку, какие симптомы ей сопутствуют, данные осмотра кожи, грудной клетки, пальцев рук, частота дыхания, аускультация легких и сердца. Обязательны анализы крови, мочи, ФГ, ЭКГ, спирометрия, ЭХОКГ.

Лечебные мероприятия включают устранения факторов риска, правильное питание, отказ от алкоголя и курения, профилактика ОРВИ и гриппа, лечебную гимнастику.

При назначении антибактериальной терапии в амбулаторной практике важно

выбрать препарат с наибольшим терапевтическим и наименьшим токсическим действием.

Показанием для назначения антибактериального препарата является документированная или предполагаемая бактериальная инфекция. Вирусные инфекции не требуют антибиотиков: ринит, острый ларингит, острый трахеит, ОРВИ.

Наиболее значимые возбудители внебольничных инфекций: стрептококк-тонзиллофарингит, острый отит, синусит, пневмония, хронический бронхит в фазе обострения (чаще гемофильная палочка). Нередко пневмонию вызывает пневмококк, гемофильная палочка, микоплазма, хламидии, реже стафилококк, клебсиела, лигионела.

Причинами обострения хронического бронхита у пожилых людей может быть мораксела, энтеробактерии, ассоциации стафилококка с анаэробами. Наиболее частые возбудители внебольничных инфекций дыхательных путей выработали резистентность к антибиотикам (пенициллин, ампициллин), макролидам. Так в Европе устойчивость к макролидам выросла от 8 до 35%, к тримаксазолу и тетрациклинам более 50%. Увеличилась частота резистентных штаммов к ранним фторхинолонам (ципрофлоксацин). Причины – увеличение потребления макролидов, особенно пролонгированных (азитромицин, кларитромицин) и фторхинолонов. Не отмечается устойчивость гемофильной палочки к амоксиклаву, цефалоспорином 2-3-4 поколений, фторхинолонам.

Инфекционные заболевания дыхательных путей преимущественно вирусной этиологии, не требующие антибактериальной терапии

Инфекции верхних дыхательных путей	Инфекции нижних дыхательных путей
Ринит	Острый бронхит
Острый ларингит	
Острый трахеит	
ОРВИ	

Длительность антибактериальной терапии бактериальных респираторных инфекций в амбулаторной практике

Заболевания	Рекомендованная длительность терапии(дн)
Стрептококковый тонзилофарингит	10
Острый средний отит	7*
синусит	10-14
Обострение хронического бронхита	7-10**
пневмония	5-7***

Примечание:

«\*» - показана эффективность цефтриаксона ( 50мг/кг/сут в/в) в течении 3 дней;

«\*\*» - показана эффективность новых фторхинолонов (левофлоксацин, моксифлоксацин) при 5-дневных курсах;

«\*\*\*» - обычно рекомендуемые сроки лечения составляют 3-4 дня после нормализации температуры.

При стафилококковой этиологии пневмонии рекомендуется более длительный курс антибактериальной терапии 2-3 недели;

При атипичной пневмонии (микоплазменная, хламедийная, легионел-

лезная) рекомендуемая длительность антибактериальной терапии составляет 14 дней.

**ТҮЖЫРЫМ**

Бапта ең үлкен терапевтиялық және ең кіші улы әсері бар препараттың тағайындауы туралы көрсетілген, антибиотиктердің тағайындауларында қажетсізінбейтін вирустық инфекциялары ауруханадан тыс инфекциялардың қоздырушылары туралы көрсетілген.

**SUMMARY**

The article shows how drugs and their dosage should be prescribed in outpatient treatment for urinary tract infections, as well as the effect of treatment and prevention of urinary tract infections.

## ӘЙЕЛДЕРДЕ БОЛАТЫН ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ АУЫСПАЛЫ КЕЗЕҢ

Төлендиева К.

*№ 4 бастапқы медициналық-санитарлық көмек орталығы,  
Тараз қаласы*

Физиологиялық климактериялық кезең (климакс, климактерия, ауыспалы кезең) - бұл әйелдердің физиологиялық ауыспалы кезеңі, бұл кезеңде организмнің жастық инволюциясына байланысты аналық бездердің гормоналдық функциясының бірте-бірте өшуі басталады. Соңғы уақыттарда «климакс», «климактерия», «ауыспалы кезең» деген түсініктер сирек қолданылады. Осылардың орнына климактериялық кезең немесе «етеккір үзілісі айналасы» («перименопаузальды») кезеңі деген аттар қолданылады. Осы кезең физиологиялық климактериялық кезең, патологиялық климактериялық кезең немесе климактериялық синдром деп екіге бөлінеді.

Әйелдердің өмірінің бұл кезеңін, яғни физиологиялық климактериялық кезеңді былайша бөлуге болады: перименопауза (45 жастан 51 жасқа дейін, яғни, менопаузаның болуына дейін), менопауза (ең соңғы етеккірі келетін, орташа 51 жас) және постменопауза (менопаузадан, яғни, 51 жастан одан арғы кезең).

Әйелдер өмірінің 7 пайызы етеккір үзілісі алды (пременопаузальды) кезеңге, ал 33 пайызы етеккір үзілісінен кейінгі (постменопаузальды) кезеңге келеді.

Етеккір үзілісінің (менопаузаның) басталуын 9-12 ай бойы етеккірдің болмауынан кейін анықтайды. Бірақ, етеккір үзілісін (менопаузаны) аналық бездерінің функциясының толық тоқтауы деп санауға болмайды, себебі онда әлі 3-5 жылдай фолликулалар және жұмыртқа жасушалары сақталады.

Физиологиялық климактериялық кезеңде (перименопаузальды кезеңде) гипоталамустың қартайып қажуы және қарама-қарсы байланыс механизмінің бұзылысы болады, соның салдарынан, гонадотропты гормондардың бөлінуі көбейеді. 40 жастан бастап ФСГ-ның, 45 жастан бастап ЛГ-ның мөлшері жоғарылайды, ал менопаузаның басталуынан кейін ФСГ деңгейі шамамен 12 есе, ал ЛГ деңгейі 3 есе өсе түседі.

Сонымен қатар, климактериялық кезеңде (перименопаузальды кезеңде) иммундық жүйенің қызметі төмендейді, аутоиммундық аурулардың, инфекциялық емес аурулардың, ауа райына тұрақсыздық жиілігі жоғарылайды, сүйек тіндерінің негізі жоғалады, жүрек-қан тамыр жүйесінде дегенеративті өзгерістер басталады.

Метаболизмде өзгерістер болады, яғни, липопротеидтердің, холестериннің, глюкозаның деңгейлері жоғарылайды, май тіндерінің көбеюінен дененің салмағы артады.

Климактериялық кезеңнің (перименопаузальды) физиологиялық ағымы кезінде аналық бездерінің гормоналдық функциясы жайлап азаяды, яғни социттердің өлуі мен фолликулалардың атрезиясы жылдам қарқынмен жүреді, стероид гормондардың өнімдері азаяды, соның ішінде эстриолдың овуляция процесі бұзылады.

Овуляторлық циклдардың орнына сары дененің жетіспеушілігінің циклдары, ал, сосын, ановуляторлы циклдар келеді. Прогестеронның синтезі кенеттен төмендейді, ал пайда болған прогестерон жетіспеушілігінің жағдайы климактериялық кезеңнің дисфункционалдық жатырдан қан

ағуының негізгі себебі болып есептеледі.

Менопаузадан кейін бірінші жылдары жыныс сероидтары аналық безден басқа жолмен синтезделеді, яғни эстрогендер андрогендерден пайда болады.

Андрогендер (андростендион және аз мөлшерде тестостерон) аналық бездерінің стромаларының жасушаларымен өндіріледі, ал, сосын, май тіндерінде эстрон және эстрадиолға айналады. Жасына қарай аналық бездегі (эстрогендер көзі болып табылады) андростендионның секрециясы төмендейді, ол негізінде бүйрек үсті бездерімен өндіріледі (70% дейін).

Климактериялық кезеңде, ал әсіресе менопаузадан кейін бірінші жылдары, әйелдің репродуктивті жүйесінің барлық мүшелерінде атрофиялық өзгерістер пайда болады: жатырдың массасы азаяды, қынаптың эпителиясы жұқарады, дәнекер тіннің дамуы арқасында аналық бездері бүріседі. Атрофикалық процестер қуықтың, үрпінің тіндерін де, жамбас түбінің бұлшық еттерін де шалып өтеді, соның себебінен зәр шығару жүйесінің қызметі бұзылады. Минералдық алмасу

өзгерісінің нәтижесінде остеопороз пайда болады.

Бұл кезеңде қан ұюының жылдамдығы артады; ол, әсіресе, семіздік кезінде өте анық білінеді, бұл фибринолитикалық белсенділікті төмендетеді. Климактериялық кезең картаюдың табиғи бөлігі болып табылады, бұл кезең эстрогендердің үдемелі жетіспеушілігінің фонында дамиды. Осы факторға байланысты, осындай жаста жүрек-қантамыр патологиясының (52,3% дейін), артериалды гипертонияның (52,4% дейін), урогениталды бұзылыстардың (50% дейін) деңгейлерінің өте тез өсуі байқалады.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада әйелдердің физиологиялық климактериялық кезеңінің сипаттамалары, бөліну кезеңдері, осы кезде орын алатын атрофиялық, патологиялық т.б. өзгерістер баяндалады.

#### SUMMARY

The article describes the characteristics of women physiological menopausal period, especially the different periods of the menopause, some atrophy, pathological and other changes in this period).

---

## ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ СЛУХА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

*Усенова М.Т. Акжарская ЦРБ, Северо-Казахстанская область*

Одна из самых важных перемен в современном обществе – это его "старение". Количество пожилых людей в мире непрерывно возрастает. Причем этот сдвиг не только количественный, но и качественный. Если до недавних пор считалось, что старость начинается в 65 лет, то сегодня эта точка зрения уже устарела. В наши дни многие 65-летние

люди работают и ведут активный образ жизни.

Однако ничего нельзя поделать с тем, что примерно к 60 годам начинается старение организма. И все достижения современной медицины могут только отодвинуть этот процесс, но не в силах его отменить. Старение затрагивает не только органы чувств, но и центральную

нервную деятельность, иммунную систему и т.д. Фактически, нет в организме такого органа, который не претерпевал бы возрастных изменений.

Не является исключением и ухо. Частота нарушений слуха по мере старения возрастает лавинообразно. Если среди лиц в возрасте 40-50 лет плохослышащих всего 6%, то среди лиц в возрасте 50-60 лет их уже 25%, в возрасте 60-70 лет – около 40%, а среди лиц старше 70 лет плохослышащих уже свыше половины. Причина потери слуха чаще всего одна и та же – старческая тугоухость, иначе называемая пресбиакузис.

В отличие от старческой дальнозоркости, которую легко можно исправить с помощью очков, старческая тугоухость – явление гораздо более коварное. Пресбиакузис – сложный и многогранный процесс. Он развивается очень медленно, а главное, незаметно для самого человека. Поэтому первыми внимание на потерю слуха обычно обращают окружающие, а сам человек ее категорически отрицает. В отличие от прочих видов тугоухости, где причина потери слуха обычно носит локальный характер, старческая тугоухость охватывает сразу все органы, участвующие в процессе слуха. Она поражает и среднее ухо, которое усиливает звуки; и внутреннее ухо, которое превращает звуковые импульсы в электрические сигналы; и нервы, по которым электрические сигналы проходят в головной мозг, и центры в коре головного мозга, которые эти сигналы расшифровывают. Свой вклад в этот процесс вносит даже уменьшение эластичности костей черепа, в результате чего, они хуже проводят звук.

Проявления старческой тугоухости хорошо известны. Все мы на собственном опыте знаем, что многие пожилые люди не слышат тихие голоса, высокочастотные

звуки, такие, как пение птиц или звонок телефона, плохо различают такие согласные, как "с" и "ш", "д" и "т". Они испытывают трудности при общении с большой группой людей или в сложной акустической среде (поликлиника, вокзал, сберкасса).

Медицина затрудняется назвать точную причину заболевания. Возможно, суммарная нагрузка, воздействующая на органы слуха человека в течение всей его жизни, и складывающаяся из шума, перенесенных болезней и принятых лекарств, не проходит бесследно, и на каком-то этапе переходит в новое качество. Свою лепту вносит в это и наследственная предрасположенность, потому что пресбиакузис развивается не у всех. Короче говоря, на сегодняшний день ни излечить, ни предупредить возрастную тугоухость медики пока не в силах. Единственная помощь – электроакустическая коррекция слуха.

И здесь мы сталкиваемся с парадоксом. Большинство пожилых людей, охотно носящих очки, категорически отказываются пользоваться слуховыми аппаратами. И это несмотря на то, что слух имеет для них особую важность. Достаточно сказать, что пожилые люди, по статистике, смотрят телевизор и слушают радио не менее 6-7 часов ежедневно, а к этому нужно прибавить еще и общение с окружающими.

Так в чем же причина того, что число пожилых людей, нуждающихся в слуховых аппаратах, на порядок выше числа тех, кто эти аппараты имеет? А дело в психологии. Процесс старения и без того приносит пожилым людям много трудностей. Это и уход на пенсию, и снижение жизненного уровня, и ухудшение здоровья, а иногда и смерть супруга. Поэтому с потерей слуха проще свыкнуться. Она безболезненна, не

смертельна, да и в обществе о ней как-то не принято говорить. Нежелание перемен, страх перед медицинскими процедурами, боязнь финансовых расходов – все это и многое другое отвращает пожилых людей от визита к слухопротезисту.

Положение осложняется практически полным отсутствием информации, доступной широкому кругу населения. Многие до сих пор полагают, что слуховой аппарат – это нечто безобразное, громоздкое и практически бесполезное. Между тем современные слуховые аппараты получают призы за элегантность дизайна на "конкурсах красоты" среди технических устройств. Кто знает, что существуют такие виды слуховых аппаратов, которые полностью скрываются в слуховом проходе? Наружу торчит только кончик бесцветной пластиковой лески, за который их извлекают. Кто знает, что этот крохотный аппаратик гордо именуется "слуховой компьютер", так как он обрабатывает звук с помощью цифровых технологий, чтобы полностью приспособить его к имеющейся потере слуха?

Более того, сегодня восстановить нарушенную слуховую коммуникацию можно разными способами, в зависимости от ситуации, и не обязательно с помощью слухового аппарата. Ведь в 65 лет активному пожилому человеку часто

требуется совсем не то, что нужно в 80-летнем возрасте. Современная слуховая техника предлагает массу возможностей. Существуют и усилители звука для телевизора, и телефонные аппараты с усилителем сигнала и т.д.

#### **Список использованной литературы:**

1. Руководство по оториноларингологии / Под редакцией И.Б. Солдатов. - М.: Медицина 1997

2. Оториноларингология. Национальное руководство. / Под редакцией В.Т. Пальчуна. 2002

#### **ТҰЖЫРЫМ:**

Қартаю процесі қайырымсыз. Осы күнгі медицина жетістігіне қарамай, қартаю процесі адамның маңызды мүшесін бірі – құлаққа тиеді, сонымен саңырау құлақ ауруы жиілігі жылдан жылға ұлғаяда. Бүгінгі күнгі заманауи естірту аппараты жасы ұлғайған адамдардың есту қабылетін әртүрлі әдістермен қалпына келтіруде. Естірту протездену жасы ұлғанған адамдарға қоршаған ортамен байланыста болуын қамтамасыз қамқорлық етеді.

#### **SUMMARY:**

The process of aging is inevitably. Al though all medicine achievements, aging makes the one of the important human organs – ear, scratching the surface. Also the frequency of aural contraventions enlarges annually. For now modern hearing-aid are helping elderly peoples to rehabilitate aural communication with different devices. Hearing-aid give elderly peoples chance to communicate with surrounding world.

## ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кадрахунова Ж.К.  
ГККП №3, г. Алматы

### Введение:

Инфекции мочевыводящих путей относятся к наиболее частым инфекционным заболеваниям человека. Эти инфекции являются причиной свыше 10000 госпитализацией ежегодно, большинство случаев связано с пиелонефритом. Примерно у 25–30% женщин в возрасте от 20 до 40 лет наблюдается острый цистит, из них 1/3 приобретает хроническое течение.

В соответствии с локализацией инфекции мочевыводящих путей могут быть классифицированы в цистит, пиелонефрит, простатит, уретрит, орхит. Острый цистит обычно сопровождается такими симптомами, как дизурия, рези и боли при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание, позывы на мочеиспускание, боли в надлобковой области. Примерно у 40% женщин с острым циститом наблюдается гематурия. При остром цистите в общем анализе мочи всегда выявляется пиурия и бактериурия. В отличие от острого цистита, острый пиелонефрит характеризуется симптомами генерализированной инфекции (гектическая лихорадка, ознобы) и интоксикации (головная боль, тошнота, рвота); также наблюдается боли в поясничной области. Этиологический спектр возбудителей острых неосложненных инфекции верхних (пиелонефрит) и нижних отделов (цистит) мочевыводящих путей сходен. Доминирующим возбудителем является *Escherichia coli*, на долю которого приходится 70–95% случаев заболеваний. В 5–19% выделяются *Staphylococcus saprofitus*.

В последнее время к нитрофуранам увеличивается интерес из-за низкого уровня резистентных штаммов

возбудителей мочевой инфекции. Одним из современных препаратов нитрофуранового ряда является двухкомпонентный препарат Фурамаг. **Результат наблюдения.** Фурамаг был назначен 20 ти пациентам в возрасте от 20 до 60 лет с неосложненной инфекцией мочевыводящих путей и оценивались такие показатели как хорошая переносимость и эффективность препарата, побочные действия. Из назначенных пациентов у 4 ех диагноз был хронический цистит, у 16 –ти хронический пиелонефрит с сопутствующим заболеванием мочекаменная болезнь и сахарный диабет.

**Лечение:** Фурамаг в суточной дозе 150 мг в течении 10 дней. В ходе исследований уже на 3 ые сутки наблюдалось улучшение клиники (уменьшились боли в поясничной области, частые позывы на мочеиспускание, нормализовалась температура), к концу лечения улучшились лабораторные показатели, выздоровление достигнуто 92,6%. Побочные действия в виде тошноты, которое часто наблюдается у других нитрофуранов зарегистрировано в 2,8% случаев.

Таким образом, клиническое применение Фурамага при урологических заболеваниях показало высокую клинико-бактериологическую эффективность, безопасность и низкую резистентность препарата.

### ТҰЖЫРЫМ

60 жылдық тәжірибеге қарамастан медициналық практикада бүйрек және қуық инфекцияларында нитрофурандар ең маңызды антибактериалдық препараттар болып табылады. Олардың тарихы

маңызды болғандықтан, әлі күнге дейін олар емдеу дәрілерінің қатарына кіреді.

#### SUMMARY

Despite the almost 60 years experience use in medical practice, Nitrofurazone

remains one of the active products in relation to human uncomplicated lower urinary tract infections: cystitis, urethritis. High natural activity nitrofurantoin and low resistance can leave them in the form of medicines for the treatment of urinary infection.

---

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОКИНЕТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

Кадрахунова Ж.К.  
ГККП №3, г. Алматы

**Введение.** Согласно современным представлениям, ведущую роль в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни играет снижение тонуса нижнего пищеводного сфинктера, в результате чего увеличивается число эпизодов заброса кислого содержимого в пищевод, что оказывает повреждающее действие на его слизистую оболочку. Терапия данного заболевания направлена на нормализацию моторики отделов желудочно-кишечного тракта, и важную роль в ней играют сейчас прокинетики. На начальных стадиях заболевания прокинетики могут назначаться как средства монотерапии, при эрозивном рефлюкс-эзофагите в комбинации с мощными антисекреторными препаратами (в частности блокаторами протонного насоса).

Одними из наиболее распространенных в настоящее время прокинетиков являются метоклопрамид (реглан, церукал) и мотилиум (домперидон). Общим для двух препаратов является то, что они относятся к блокаторам

допаминовых рецепторов и оба оказывают нормализующее действие на моторику верхних отделов желудочно-кишечного тракта, повышая тонус нижнего пищеводного сфинктера и уменьшая число эпизодов гастроэзофагеального рефлюкса. В то же время отрицательной стороной действия метоклопрамида являются центральные побочные эффекты (головные боли, головокружение, экстрапирамидные расстройства), частота которых (особенно у детей и лиц пожилого возраста) может достигать 20-30%, а также способность препарата повышать уровень пролактина в плазме и приводить к развитию галактореи, аминореи, гинекомастии.

Центральное действие метоклопрамида обусловлено его способностью проникать через гематоэнцефалический барьер. Мотилиум обладает низкой липофильностью, в связи с чем он не проникает через гематоэнцефалический барьер и не дает серьезных побочных эффектов.

**Материалы и методы исследования.**

В работе была поставлена задача провести сравнительную оценку эффективности применения метоклопрамида (церукала) и мотилияума в лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Было обследовано 39 больных амбулаторно с эндоскопически подтвержденным рефлюкс-эзофагитом 1 стадии (катаральный эзофагит). Из них 25 пациентов получали метоклопрамид, 14 больных – мотилияум. Больные двух групп не отличались друг от друга по полу и возрасту. Оба препарата назначались в дозе 10 мг х 4 раза в сутки в течение 4 недель. Оценивалось влияние препаратов на клинические симптомы заболевания – изжогу, исходно имевшуюся у всех больных, а также на выраженность воспалительных изменений слизистой оболочки пищевода. Кроме того, регистрировалась частота побочных эффектов, возникавших на фоне лечения.

**Результаты.** В группе больных, получавших метоклопрамид, выраженность изжоги к концу курса лечения значительно уменьшилась у 11 из 25 пациентов (44%), в группе больных, принимавших мотилияум – у 12 из 14 пациентов (85,7%). При контрольном эндоскопическом исследовании положительная динамика (уменьшение отека и гиперемии слизистой оболочки пищевода) отмечалась у 5 из 25 больных (20%), получавших метоклопрамид, и у 11 из 14 пациентов, принимавших мотилияум (78,6%). Побочные эффекты (головные боли, головокружение, немотивированное беспокойство) были отмечены у 4 больных (12%), получавших метоклопрамид, и не встречались в группе пациентов, принимавших мотилияум. Возникновение побочных эффектов в группе больных, лечившихся метоклопрамидом, повлекло

за собой необходимость отмены препарата.

**Обсуждение:** Полученные результаты подтвердили приведенные в литературе данные других авторов о большей эффективности мотилияума по сравнению с метоклопрамидом в лечении диспепсических расстройств. Так, в японском исследовании было показано, что мотилияум способствует исчезновению диспепсических расстройств у больных с разными формами хронического гастрита в большем проценте случаев, чем метоклопрамид. По данным исследований, проведенных в Бельгии, мотилияум уменьшал выраженность клинических симптомов у больных с синдромом диспепсии значительно лучше, чем метоклопрамид. Результаты наших исследований свидетельствуют, что у больных с начальными стадиями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни мотилияум также оказывается более эффективным, чем метоклопрамид. Это подтверждает результаты других работ о возможности применения мотилияума при лечении гастроэзофагеальной рефлюксовой болезни. Кроме того, существенным преимуществом мотилияума является отсутствие центральных побочных эффектов, столь характерных для метоклопрамида. При назначении метоклопрамида периодически отмечены возникновение побочных эффектов.

#### **Выводы:**

1. При лечении больных с начальными стадиями гастроэзофагеальной рефлюксной болезни мотилияум дает более выраженный клинический и эндоскопический эффект, чем метоклопрамид.
2. Применение мотилияума не сопровождается появлением серьезного побочного действия, тогда как использование в лечении метоклопрамида может повлечь за собой необходимость

отмены данного препарата в связи с эффектами.  
возникновением центральных побочных

## ЖЕЛЕЗНОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ И ПРОФИЛАКТИКА

Киргизалиева Г.К.  
ПМСП №4, г. Тараз

**Определение:** Железнодорожная анемия (ЖДА)- патологическое состояние, характеризующееся нарушением синтеза гемоглобина в результате дефицита железа, развивающееся на фоне различных патологических (физиологических) процессов и проявляющееся признаками анемии и сидеропении.

ЖДА – синдром, а не болезнь и вызвавшие ее патогенетические механизмы должны быть выявлены, может, развиваться при ряде тяжелых заболеваний.

**Классификация анемии:**  
Постгеморрагические.

Вследствие нарушения кроветворения (в том числе железодефицитные), анемии гемолитические.

В зависимости от среднего эритроцитарного объема различают: микроцитарные, нормоцитарные и макроцитарные.

По содержанию гемоглобина в эритроцитах различают: гипохромные, нормохромные и гиперхромные.

По патогенезу: острая, анемия постгеморрагическая и хроническая.

По степени тяжести: легкая, средней степени тяжести и тяжелая.

В диагнозе ЖДА указывается причина и степень тяжести анемии.

**Факторы риска:** важнейшими этиологическими факторами являются кровотечения, хронические энтериты, некоторые глистные инвазии, хронические заболе-

вания – наиболее распространенная причина в большинстве случаев ЖДА является дефицит биологически доступного железа в рационе питания. Факторы риска у женщин обильные менструации.

Желудочно-кишечные кровотечения, недостаточное питание, нарушения всасывания в желудочно-кишечном тракте, резекция желудка, опухоли, хронические экзогенные интоксикации, наследственный дефект ферментов.

**Первичная профилактика.**

Диета с высоким содержанием железа (мясо, печень и другие).

Длительный прием препаратов железа (4-6 месяцев).

**Профилактические мероприятия:**

- Ликвидация причины, вызвавшей дефицит железа
- Парентеральные препараты железа (по показаниям)
- Переливания эритроцитарной массы при тяжелой анемии
- Профилактически прием препаратов железа в группах риска. В настоящее время в Республике Казахстан отпускаются препараты железа бесплатно по рецептам беременным женщинам, детям от года до пяти.

Больным после проведенного лечения железодефицитной анемии рекомендуется профилактический курс длительностью 6 недель (суточная доза железа 40 мг), затем проводятся 2

шестинедельных курса в год или прием 30-40 мг железа ежедневно в течение 7-10 дней после менструации. Необходимо

ежедневно употреблять не менее 100 гм мяса.

## ӨКПЕДЕН ТЫС ТУБЕРКУЛЕЗ

**Қырғызалиева Г.К.**  
**ЦПМСП №4 Тараз қаласы**

Туберкулез – бұл инфекциялық ауыру, ауырған кезде бір немесе бірнеше ауыру ошақтары пайда болады. Туберкулезді туберкулез микобактериялары қоздырады (кох таяқшалары). Жиі өкпе туберкулезі кездеседі (80%), бірақ та туберкулез көздерде, сүйектерде, несеп орындарында және басқа орындарда кездесуі мүмкін. Ауыру ұзаққа созылып тағайындалған ем нәтижесіз болған жағдайда дәрігер өкпеден тыс туберкулезден күдіктенуге болады. Дұрыс диагноз қою үшін пациентке бірнеше талдаулар және фтизиатр кеңесі тағайындалады, туберкулез микобактерияларын табу үшін.

Өкпеден тыс туберкулезде жазылуға болады, ол үшін дер кезінде дұрыс ем тағайындалу қажет. Ондай ем ұзақ үзіліссіз болуы керек, бірнеше препараттар тағайындалады және міндетті түрде дәрігер бақылауымен жүргізіледі.

Мынадай жиі кездесетін өкпеден тыс туберкулез түрлері бар:

- нерв жүйесінің зақымдануымен
- буындар мен сүйектер туберкулезі
- несеп орындар туберкулезі
- ішек туберкулезі

Нерв жүйесі мен бас ми қабықтарының туберкулезі.

Егер, кох таяқшалары қанмен бірге ми тамырларына түссе нерв жүйесі мен ми қабықтарының туберкулезі пайда болады. Ауыруға мидің қан айналуының бұзылуы, мидің ісінуі, бас ішіндегі

қысымның жоғарылауы тән бас ми туберкулезі кезінде ауру тез ашуланғыш, тез шаршағыш, селқос енжар, көңілсіз болады, тез шаршаған оны бас ауруы қатты мазалайды. Диагнозды арнайы талдаулардан соң фтизиатр мен невропатолог бірге қояды.

### **Ішек туберкулезі:**

Егер, микобактериялар ішекке енсе, онда ішектің ішкі қабатында кішкентай туберкулезді түйіршіктер пайда болады, олар біртіндеп қосылып үлкееді, содан ішекті түгелдей жауып ішке өседі. Алғашқы кезде ауру симптомсыз болды, одан ары науқастар іштің өтуіне, іштің ауыруына, іштің кебетігіне шағынады. Одан ары оларда ішектің түйілуі, тарылуы әйтпесе ішектің қансуы мүмкін. Бұндай аурулар көбінесе гастроэнтерологқа әйтпесе оташыға шағымданады. Ол дәрігерлер арнайы тексерулерден соң фтизиатр кеңесіне жібереді.

### **Сүйектер және буындар туберкулезі:**

Барлық тірек қимыл аппаратынан жиі туберкулез омыртқаларда және жамбас сүйектерінде кездеседі. Егер туберкулезді процесс сүйек аймағынан шықпаса науқас тек қана сол жерде аздаған ауыруды сезінуі мүмкін. Егер процесс буынды және оның айналасын зақымдаса онда науқас үнемі буынның ауырғанына және сол буынның қозғалу қабілетінің төмендегеніне шағымданады.

Омырқалар зақымдағанда да осы симптомдар болады және оған қоса омырқалар столбысының қисаюы болады. Оның үстіне зақымданған сүйек жіңішкеріп әлсіз болады, ол кезде жәй зақымның өзі сыныққа әкелуі мүмкін. Диагнозды фтизиатр қояды, арнайы тексеруден соң және міндетті түрде сүйек рентігенінен соң.

#### **Несеп орындарының туберкулезі:**

Бүйрек, зәр шығару жолының және жыныс мүшелерінің симптомдары өте тұрақсыз, сондықтан оны басқа несеп орындарының ауыруларымен шатастыруға болады. Диагнозды

урологтар, гинекологтар, нефрологтар міндетті түрде фтизиатрмен бірігіп қояды.

#### **Тері туберкулезі:**

Жиі тері туберкулезі адам бірінші рет микобактерияларысымен кездескенде басталады. Ауруы міндетті түрде терінің түсінің өзгеруімен және оның структурасының өзгеруінен білінеді (осыдан «Золотуха» деген ат тараған), іріңді жаралармен және бездердің үлкеюінен, оның пальпацияда ауырғанынан білінеді.

Қалған өкпеден тыс туберкулездер, мысалы, көздердің, бауырдың, қара бауыр, жүрек, бұлшық ет өте сирек кездеседі.

---

## **ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ**

**Сидашева Г.Т., Кабулова Р.А.**

*ГККП «Областной центр проблем формирования  
здорового образа жизни», г.Актобе*

#### **Питание:**

Нездоровое питание и физическая инертность являются основными факторами риска развития хронических болезней.

В отношении питания рекомендации, в общем, для населения и для отдельных лиц должны включать следующее:

- добиваться надлежащего энергетического обмена и здорового веса;
- ограничить потребление энергии из всех видов жиров, перейти к потреблению ненасыщенных жиров;
- повысить уровень потребления фруктов и овощей, бобовых, цельного зерна и орехов;
- ограничить потребление свободных сахаров;

• ограничить потребление соли (натриевой) из всех источников и обеспечить йодирование соли.

**Улучшение привычек питания** – это проблема на уровне не только отдельных людей, но и всего общества. Поэтому необходим многосекторный, многодисциплинарный подход на уровне популяций, учитывающий особенности культуры.

Здоровое питание и надлежащая физическая активность на регулярной основе являются основными факторами укрепления и поддержания хорошего здоровья на протяжении всей жизни.

#### **Преимущества физической активности для здоровья.**

Под физической активностью понимается любое телодвижение, производимое скелетными мышцами и

требующее расхода энергии. Для укрепления здоровья людям рекомендуется поддерживать надлежащие уровни физической активности на протяжении всей жизни. Физическая активность является основной детерминантой расхода энергии и, поэтому, имеет решающее значение для энергетического обмена. В зависимости от желаемых результатов для здоровья необходимы различные типы и уровни физической активности.

- Не менее 30 минут физической активности умеренной интенсивности 5 раз в неделю снижает риск развития целого ряда неинфекционных болезней (НИБ) среди взрослых детей:

- сердечно-сосудистых заболеваний;
- инсульта;
- диабета II типа;
- рака толстой кишки;
- рака молочной железы.

- Более интенсивная физическая активность приносит больше пользы для здоровья и может быть необходима для контроля веса.

- Детям школьного возраста необходима ежедневная физическая активность от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности, не менее 60 минут (дополнительная информация о физической активности и молодых людях).

Имеются также физические данные, позволяющие предположить, что возрастающие уровни различных типов физической активности могут быть

полезны для здоровья, оказывая положительное воздействие на:

- гипертонию;
- остеопороз и риск падений;
- вес и телосложение;
- мышечно-скелетные состояния, такие как остеоартрит и боли в пояснице;
- психическое и психологическое здоровье путем уменьшения депрессии, тревоги и стресса;
- контроль за рискованными формами поведения, особенно среди детей и молодых людей (например, употребление табака, алкоголя/наркотиков и других веществ, нездоровое питание и насилие).

**Социальные преимущества физической активности.** Регулярная физическая активность может быть также полезной для отдельных сообществ и экономики путем:

- повышения продуктивности на рабочих местах;
- уменьшения числа выходов на работу и текучести кадров;
- улучшения результатов обучения в школах.

Во многих странах значительная доля расходов на здравоохранение приходится на ведение широко распространенных НИБ, связанных с недостаточной физической активностью. Стимулирование физической активности может быть высокоэффективным по стоимости и устойчивым мероприятием общественного здравоохранения.

## СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА

Карасавиди Е.И.

*КГКП «Городская детская больница №1 УЗАЖО», г.Тараз*

Существуют данные, что врожденные пороки развития бронхолегочного аппарата встречается, не так редко, а чаще всего редко распознаются. По данным Ленинградского пульмонологического

института с доказанными врожденными пороками развития до 2-х летнего возраста было 7,7 %, от 2 до 14 лет - 18,4%. В диссертационной работе

Садыковой В.Б ВПР составили 9,2 % из 254 детей с ХНЗЛ.

Пороки развития легких часто осложняются развитием воспалительного процесса или фиброза легочной ткани. Это чрезвычайно затрудняет установление ВПР по морфологическим данным. Чем младше ребенок, тем чаще среди патологических нарушений преобладает острая дыхательная недостаточность (ОДН).

Раннее развитие гипоксемии наблюдается при диспропорции легочного кровотока и вентиляции (агенезия легкого, артериовенозные легочные аневризмы, атрезии и стенозы легочной артерии, стенозы трахеи), но у части детей может наступить компенсация таких нарушений.

Ранние острые и тяжелые нарушения дыхания могут быть обусловлены повышением внутри и вне легочного напряжения. Внутриклеточное напряжение возникает при лобарной эмфиземе, врожденных кистах. Внелегочное напряжение – в связи с проникновением воздуха в плевральную полость при разрыве кист или буллезных пузырей легкого, может возникнуть клапанный механизм, и воздух накапливается в плевральной полости.

Хроническая нарастающая дыхательная недостаточность наблюдается при ряде пороков легкого (кистозная гипоплазия, прогрессирующий пневмо-склероз и прогрессирующая злокачественная легочная гипертензия при аномалиях легочной артерии), но она развивается в более старшем возрасте.

Хронические инфекции легкого у большинства больных с ВПР определяются плохим дренированием полостей, нарушением бронхиального дренажа, изменением кровотоков в большом легком.

С ВПР легких могут сочетаться наследственные иммунодефицитные состояния (ИД) с предрасположением к развитию нагноений.

По данным Левашова Ю. Н. и Стручкова В. И. взрослые больные с ВПР у 90 % имеют тяжелые нарушения вентиляции и большинства из них инкурабельны. Поэтому важен ранний диагноз. Как показывают многочисленные исследования, посвященные диагностике ВПР всегда запаздывает своевременная ранняя диагностика ВПР и только у 1 из 10 диагноз устанавливается в первые 2 года жизни.

Навести на мысль о ВПР легких могут некоторые особенности течения болезни, рентгенологические и функциональные находки, а также несоответствие комплексного лечения таких больных ожидаемым результатам. У детей первых 2-х лет жизни причиной обращения к врачу чаще всего бывают рецидивирующие или прогрессирующие дыхательные нарушения. Дети старше 2 лет поступают на обследование по поводу затяжных, рецидивирующих или хронических бронхолегочных воспалительных процессов.

#### **Приводим случай из практики:**

Девочка К. 6 лет поступает в стационар с жалобами на кашель с гнойной мокротой, субфебрильную температуру тела, с выраженной бледностью кожных покровов, умеренной одышкой в покое, снижением аппетита, умеренным отставанием в физическом развитии. Из анамнеза: первый ребенок в семье, доношенная, находилась на грудном вскармливании до 1 года. С возраста 1 год 7 месяцев часто болела пневмониями, ОРВИ, ринитом и гайморитами. Жили в сельской местности, лечились в основном амбулаторно и у экстрасенсов, народных целителей.

При осмотре в приемном отделении: кашель с гнойной мокротой, температура тела 37,8, выраженная бледность кожных покровов, умеренная одышка в покое, аппетит снижен, умеренное отставание в физическом развитии, интеллект не нарушен. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Частый кашель с гнойной мокротой. Увеличены все группы лимфоузлов. Грудная клетка несколько бочкообразная, имеется сколиоз грудного отдела позвоночника. Ногти в виде часовых стекол, пальцы утолщены в виде барабанных палочек. Язык обложен белым налетом, миндалины гипертрофированы. Дыхание через нос затруднено. При аускультации органов грудной клетки: стойкие влажные хрипы с обеих сторон, укорочение перкуторного звука над отдельными участками легких. Сердце прослушивается с правой стороны, печень пальпируется слева, живот мягкий безболезнен. Стул и диурез в норме. В анализе крови: лейкоцитоз 11 тысяч с палочкоядерным сдвигом (9%), ускоренное СОЭ 28 мм в час.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и придаточных пазух носа: обратное расположение органов, деформация легочного рисунка, кистозные образования, снижение прозрачности гайморовых и лобных пазух.

Проведены бронхоскопия и бронхография: выявлены диффузный гнойный эндобронхит, деформация бронхов, бронхоэктазы в нижних отделах справа. При определении ФВД выявлены нарушения смешанного характера - рестриктивные и обструктивные.

На основании анамнеза, триады симптомов: обратное расположение органов, хроническая бронхолегочная патология, риносинусопатия, данных осмотра – наличие признаков хронической гипоксии, одышка в покое, ногти в виде часовых стекол, пальцы в виде барабанных палочек, а также параклинических исследований – анализ крови, рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа, бронхоскопия и бронхография выставлен диагноз: Синдром Картагенера, двусторонний хронический бронхолегочный процесс с преимущественным поражением базальных сегментов, гнойный эндобронхит, цилиндрические бронхоэктазы, двусторонний гайморит.

В стационаре девочка получила комплексную и антибактериальную терапию, санацию бронхиального дерева, физиолечение, дренажный массаж, витаминотерапию, кислородные коктейли, лечение в соляной шахте, иммунокорректирующую терапию.

Выписана в фазе ремиссии под диспансерное наблюдение участкового врача, но родители через 3 недели переехали в Россию на постоянное место жительства.

#### **Список использованной литературы:**

1. Орлова Н. В., Парийская Т. В. Пульмонология. Современный справочник для педиатров, г. Москва, г. Санкт-Петербург, 2004 г., стр.212-240.
2. Рачинский С, В., Таточенко В. П. Болезни органов дыхания. «Медицина», г. Москва, 1987 г., стр.284-311.
3. Таточенко В. П. Педиатру на каждый день- 2007 г. Справочник по лекарственной терапии, Москва, 2008 г.

## СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ

Карасавиди Е.И.

КГКП «Городская детская больница №1 УЗАЖО», г.Тараз

Острый ларингит, ларинготрахеит – это воспаление слизистой оболочки гортани, приводящее к сужению ее просвета, а также острое воспаление трахеи, чаще развивается у детей с 6 месяцев до 3 лет и вызывается чаще всего парагриппом 1-2, гриппом А, РВ – вирусом, аденовирусами.

Возникает на 1-2 сутки, реже 3-5 сутки от начала ОРВИ. Первые симптомы – лающий кашель, изменение голоса, затрудненный вдох, на фоне температуры 37,5 – 39<sup>0</sup>С, возбуждение, реже рвота, судороги.

Стеноз гортани может быть чисто аллергическим или как осложнение ОРВИ. В зависимости от степени сужения различают 4 степени тяжести:

1 степень – компенсированный стеноз; приступ кашля короткий.

2 степень - субкомпенсированный стеноз; в дыхании участвует вспомогательная мускулатура грудной клетки, втяжение надключичной и яремной ямки, цианоз носогубного треугольника, тахикардия.

3 степень – декомпенсированная стадия: резкое втяжение уступчивых мест грудной клетки, цианоз, ребенок резко беспокоен, холодный пот, тахикардия, симптомы гипертензии в легких.

4 степень - асфиксическая стадия, цианоз резко выражен, ребенок без сознания, может наступить остановка сердца.

**Приводим пример:** ребенок С. 6 месяцев, доношенный, отягощен аллергоанамнез – у мамы пищевая аллергия, поллиноз. Находится на смешанном вскармливании с 2,5 месяцев жизни, тогда и появились умеренные проявления атопического дерматита, которые обострялись при нарушении питания.

С 3,5 месяцев страдает рецидивирующим отитом. За свои 6 месяцев жизни перенес

дважды ОРВИ и оба раза с обструктивным бронхитом. На прием ампициллина дал дважды обильную аллергическую сыпь и отек Квинке. Имеет ЖДА 1 степени с 5 месячного возраста (НВ 104 г/л), периодически неустойчивый стул.

20 .02.2010 года у ребенка повысилась температура тела до 38,2, насморк, чихание. Дома ОРВИ болел старший ребенок, школьник. Вызвали участкового педиатра: состояние расценено средней тяжести, умеренная бледность, затруднение носового дыхания, редкий сухой кашель, Кожные покровы – сухость, на щеках гиперемия, местами мокнутие. Зев гиперемирован, в легких без особенностей, дыхание 50, тахикардия, сердцебиение 155 в минуту, на верхушке сердца систолический функциональный шум. Живот мягкий, безболезнен, печень + 2,5 см., селезенка не увеличена. Стул был трижды, кашицеобразный. При надавливании на трагус с обеих сторон резкий плач ребенка.

От госпитализации родители категорически отказались, и участковый педиатр назначила цефазолин, интерферон через каждые 2 часа, обильное питье. Ночью состояние ребенка резко ухудшилось: появился лающий кашель, охриплость голоса, одышка усилилась, с втяжением всех уступчивых мест грудной клетки, частота дыхания 70, пульс 180, беспокоен, временами заторможен. Вызвали скорую и ребенка, минуя приемный покой, госпитализировали в реанимационное отделение.

• Диагноз: ОРВИ, ринофарингит. Атопический дерматит дермомукозный синдром: АТ + рецидивирующий отит. ЖДА 1 степени

смешанного генеза. Лекарственная аллергия на пенициллиновый ряд, перекрестная аллергия на цефалоспорины. Пищевая аллергия. Дисбиоз. Вторичный ИД.

- В реанимации ко всему + ларингит, ларингостеноз 2-3 степени. Ребенка спасли благодаря грамотному лечению в стационаре.

#### **Выводы:**

1. Детей первого года жизни с ОРВИ категорически нельзя оставлять лечиться на дому.
2. Обязательно учитывать преморбидный фон ребенка.
3. Дети с отягощенным аллергоанамнезом чаще дают ларингиты, обструктивные бронхиты и лекарственные аллергии на пенициллиновый ряд, и перекрестную аллергию на цефалоспорины 1-2 поколения.
4. Ошибка участкового врача была в первую очередь в том, что сразу не настоял на госпитализации, вызвав скорую помощь.

#### **Список использованной литературы:**

1. Таточенко В. К. Педиатру на каждый день – 2007 г. Справочник по лекарственной терапии, г. Москва, 2008 г.
2. Аллергология и иммунология. Под общей редакцией А. А. Баранова и Р. М. Хаитова. Москва, 2008-2009 гг.
3. Краснов В. В. Инфекционные болезни в практике педиатра. Нижний Новгород, 2002 год.
4. «Острые инфекции дыхательных путей. Клинические варианты. Диагностика и лечение детей с частыми респираторными заболеваниями. Конспект участкового педиатра». Учебное пособие для врачей педиатров. Москва, 2008 г.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Мақалада жаңа туған сәбилердің желел ларингиттің ауыртпалық деңгейіне байланысты клиникалық көріністері және уақытылы стационарлық ем алу қажеттілігі көрсетілген.

#### **SUMMARY**

In article clinical displays of a sharp laryngitis depending on severity level and necessity of timely hospitalization of children of early age are shown.

---

## **ВОПРОСЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ХЕЛИКОБАКТЕРИОЗА СРЕДИ КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ ЮКО**

**Алдиярова М.А.**

*НИИ Кардиологии и Внутренних болезней, Алматы.*

Более 20 лет проблемы хеликобактериоза находится в центре внимания гастроэнтерологов как у нас в стране, так и зарубежом. Данные эпидемиологических исследований показали, что инфекция *Helicobacter pylori* широко распространена во всем мире, около 60%

населения земного шара инфицированы этим микроорганизмом [1]. D.Y.Graham назвал *H.pylori* наиболее часто встречающейся инфекцией, наряду с *Streptococcus mutans*, вызывающим кариес [2,3]. Она является основной причиной хронического гастрита. *H.pylori*

определяется у 95% больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, у 70-80% с язвенной болезнью желудка, у 50% больных с неязвенной диспепсией [1]. Инфицированность НР в четыре раза повышает риск развития язвенной болезни [4]. Ретроспективные исследования показали взаимосвязь инфекции НР и рака желудка, в том числе включая лимфому желудка [5]. Риск развития рака желудка, ассоциированного с НР, достигает 70% в индустриальных районах и 80% в сельской местности [6]. На распространенность хеликобактериоза огромное влияние оказывает социально-экономические условия проживания. Исследователями многих стран наглядно показана прямая зависимость инфицированности населения от общего экономического уровня развития страны, соблюдения санитарногигиенических норм: чем выше социальный уровень жизни населения, тем ниже инфицированность. В 1994 г. американскими исследователями было показано, что НР не определяется в семьях, годовой доход которых превышает 70 тыс. долларов [2]. При исследовании распространенности НР в Бразилии было показано, что обсемененность этими микроорганизмами достигает 96,7% в семьях, которые пользуются сырой водопроводной водой, проживают более 1 человека в комнате и годовой доход в которых на члена семьи составляет менее 5.000 долларов США [1,5,13]. Необходимо отметить, что частота инфицирования с годами прогрессивно увеличивается [2]. Однако это не всегда объясняет распространенность *H.pylori* [7,12]. На степень инфицирования населения разного возраста, проживающего в одинаковых социально-экономических условиях оказывает эффект возрастных когорт - люди, рожденные в один год (возрастная

когорта), имеют определенный риск заражения *H.pylori*, а для другого поколения этот риск иной [12]. Этим можно объяснить снижение частоты инфицирования *H.pylori* за последние десятилетия в некоторых странах. Так, у жителей Японии инфицированность 30-40 летнего населения составляет 61%, у 20-30 летних - 31%, а инфицированность японцев моложе 20 лет составляет 11% [10].

Так, известно, что инфицирование *H.pylori* в подавляющем большинстве случаев происходит в детском возрасте [2]. Степень обсемененности хеликобактериями у детей школьного возраста в среднем составила 4,2% в Бельгии, 28,9% в Италии, 56% на островах Океании, 80,6% в Бенине, 84% в Индии, странах Восточной Европы от 63% в Чехии до 96% в Албании. К 14-15 годам инфицированность уже достигает уровня взрослого и сохраняется в пределах 65-70%, о чем свидетельствуют данные различных авторов, отметившие значительное увеличение уровня инфицированности и появления большего количества штаммов, устойчивых к проводимому лечению, у больных старше 18 лет [10].

Пути передачи *H.pylori* окончательно не установлены [1,2,3,8]. Наиболее изученным и определенным является контактный путь передачи инфекции от человека к человеку. Чаше всего инфицирование хеликобактериями происходит между членами семьи оральнооральным путем или через предметы личной гигиены. Это подтверждается тем фактом, что *H.pylori* были выделены из зубного налета [6, 7]. Чаше инфицируют друг друга супруги [5], подтверждая предположение В.Marshall о передаче инфекции через поцелуй. Детям родители передают НР также при поцелуях, или при пользовании одними

столовыми приборами, «облизывании» сосок грудных младенцев и т.п. Как правило, все члены семьи бывают поражены одним и тем же штаммом *H.pylori* [9]. Однако имеются сообщения, что в одной семье могут одновременно персистировать до 2 штаммов микроорганизмов у разных супругов. При этом передача микроорганизма происходит чаще от родителей к детям, чем обмен между братьями и сестрами [2]. В семьях, имеющих 2 и более детей, распространенность и степень инвазии НР выше, а стойкая эрадикация наступает только в случае лечения всех членов семьи от *H.pylori* [12]. Другим возможным путем заражения хеликобактериозом может быть фекально-оральный. Имеются сведения о существовании кокковых форм НР, в которые микроорганизм переходит при воздействии различных неблагоприятных условий. Кокковые формы хеликобактерий были обнаружены исследователями в испражнениях африканских детей [11]. В Перу инфицированность населения, проживающего вдоль рек выше, чем в других районах страны, а также имеется различная степень инфицированности у жителей речных районов: чем ниже по течению, тем чаще выявляется *H.pylori*, что также косвенно подтверждает возможность этого пути передачи [2,10,13,14]. Имеется указание ряда авторов, что *H.pylori* могут переносить некоторые домашние животные собаки или кошки, в организме которых были найдены микроорганизмы, очень сходные по своему строению с *H.pylori* [4], однако сведений, позволяющих считать хеликобактериоз зоонозной инфекцией недостаточно. Для проведения эпидемиологического обследования в ЮКО, нами было разработано и предложено анкетирование обследуемого населения. Так, при обследовании семей в

г. Ленгере (ЮКО) (843 семьи) *H.pylori* выявлялся в 490 семьях у всех членов, в 300 семьях инфицированными оказались как минимум - по 2 человека. *H.pylori* не определялся только в 53 семьях. В семьях, где количество членов семьи составляло более 5 человек, инфицированность среди родителей составляла 81% матерей и 91,1% отцов соответственно. При обследовании семей сельского населения, страдающих *H.pylori*-ассоциированными заболеваниями, *H.pylori* обнаружен у всех обследованных лиц. Так, в семьях с большим количеством детей, проживающих в густонаселенных квартирах или домах, без достаточных бытовых удобств (канализация, отопление, горячего водоснабжения) инфицированность *H.pylori* на 30-40% выше, чем среди городского населения. Влияние каких-либо природных факторов на распространенность НР инфекции не замечено. Заболевания хеликобактериозом не носят выраженный сезонный характер, хотя отмечается увеличение обращения с жалобами на боли в животе, связанные с НР-инфекцией, в осенне-весенний период. Изучение распространенности хеликобактериоза среди различных групп населения, путей его передачи позволяет рассматривать хеликобактериоз как инфекционное заболевание с присущей ему клиникой, соответствующей терапией и вопросами профилактики.

#### Список используемой литературы:

1. Исаков В.А., Домарадский И.В. Хеликобактериоз. М.: ИД Медпрактика-М, 2003; 412 с.
2. П.Л. Щербаков, «Эпидемиология инфекции *H.pylori*» из кн. *Helicobacter pylori: революция в гастроэнтерологии* В.Т. Ивашкин, Ф. Мерго, Т.Л. Лапина - М.: «Триада-Х», 1999, С. 14-20
3. С.В. Бельмер., А.И. Хавкин. Эпидемиология хеликобактериоза.

Детская гастроэнтерология на компакт диске, 2 издание, 2006

4. Graham D.Y. Can therapy ever be denied for *Helicobacter pylori* infection? //

*Gastroenterology*, 1997, V. 113 (Suppl.), p113-117

5. Graham DY The epidemiology of *Helicobacter pylori* in Peruvian children between 6 and 30 months of age. -*Am. J. Gastroenterol.* - Dec. 89(12).- P 2196-2000

6. Forman D, Webb P, Parsonnet J: *Helicobacter pylori* and gastric cancer. *Lancet* 1994, 343:243-244.

7. Kikuchi S, Wada O, Nakajima T, Nishi T, Kobayashi O, Konishi T, et al.: Serum anti *Helicobacter pylori* antibody and gastric carcinoma among young adults. *Cancer* 1995, 75:2789-2793.

8. Forman D: The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 1995, 9(Suppl 2):71-76

9. В.В. Цуканов «*H.pylori* и язвенная болезнь у монголоидов высоких широт: северная загадка? «Российский журнал

гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии», 2001г, №2, Приложение 13, Т. XI, С109109.

10. Л.И. Аруин и соавторы, «Хронический гастрит» стр. 265-277, 1993г

11. Филатов А.Э., Сапожников В.Г. Семейная инфицированность при *Helicobacter pylori*-ассоциированных формах гастродуоденитов у детей. Материалы V сессии Российской группы по изучению *Helicobacter pylori*, Омск, 1997, с 44-45.

12. Chen X., Haruma K., Kamada T. Factors that affect results of the 13c urea breath test in Japanese patients // *Helicobacter*. - 2000. - V. 5, N 2. - P. 98-103.

13. Thoreson A.C., Hosseini N., Svennerholm A.M. Different HP strains colonize the antral and duodenal mucosa of duodenal ulcer patients // *Helicobacter*. - 2000 V. 5, N 2. - p. 69-78.

14. Locke C.R., Talley N.J., Nelson D.K. *Helicobacter pylori* and dyspepsia: a population - based study of the organism and host // *Am. j. gastroenterol.* - 2000. - V. 95, N 8. - p. 1906-1913.

## ТҰЖЫРЫМ

Хеликобактериоздың әртүрлі халық топтары арасында таралуы, оның берілу жолдарының себебінен оны инфекциялық ауру деп қарастыра аламыз.

## SUMMARY

Prevalence studying *helicobacter pylori* infection among various groups of the population, ways of its transfer allows to consider *helicobacter pylori* infection as an infectious disease.