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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931
Издается с 2002 г.
№ 3. 2011 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 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/факс 2911083, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. Тираж 1000 экз.

Главный редактор:
Профессор Баттакова Ж.Е.
Зам. главного редактора:
профессор Слажнева Т.И.
Ответственный редактор:
профессор Хайдарова Т.С.
Технический редактор:
Досаева С.К.
Технический секретарь:
Карайганова К.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., Жандосов Ш.У., Каржаубаева Ш.Е. Булешев М.К. (Шымкент), Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К., Палтушева Т.П., Локшин В.Н.
Научный совет:
Девятко В.Н., Ахметов В.И., Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А., Абилдаев Т.Ш., Кульжанов М.К., Омарова М.Н., Беркимбаев С.Ф.
Редакционный совет:
Тогайбаева Ж.Е. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Курганов К.К. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)
Мухтарова Г.М. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)

МАЗМҰНЫ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ЖӘНЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ ЖӘНЕ ТИІМДІ ТАМАҚТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

1. *Шарманов Т.Ш.* Профилактикалық медицинаның түйінді мәселелерін шешудегі қазіргі заманның нутрициологиясы....8
2. *Баттакова Ж.Е.* Қазақстан тұрғындарының денсаулық нығайту негізі -салауатты өмір салтын қалыптастыру...16
3. *Слажнева Т.И., Айтмагамбетов Н.А.* Жүрек қан-тамырлары ауруларының таралуындағы тамақтану факторларының рөлімен дене салмағының артықшылығы....19
4. *Баттақова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Егорычев В.Е.* Тамақтану коррекциясы арқылы жүрек-қантамыр аурулардың алдын алуын жүзеге асыру медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсетуді мектеп денсаулығы шеңбері деңгейінде ұйымдастыру....22
5. *Шарманов Т.Ш., Цэгмэд С., Айджанов М.* Моңғол еліндегі асқазан обырының алиментарлық қатерлі факторлары....25
6. *Слажнева Т.И., Яковлева Н.А.* Шымкент қаласындағы балаларың қорғасынмен уланудың алдын алу - тамақтану коррекциясы маңызды элемент....28
7. *Сулейманова Д.Н., Маматкулова Д.Ф., Нарметова М.У., Кулиев О.А.* Өзбекстан Республикасының тағамдық шағын заттектердің жеткіліксіздіктің алдын алу бойынша бағдарламалардың барлауы және бағасы....30
8. *Даленов Е.Д.* Салауатты өмір салты мен дұрыс тамақтанудың ғылыми негіздері....31
9. *Алдашев А.А., Кильмаев В.В., Ионина М.П., Азнаметова Г.К., Омарова Д.Т., Сарсенов А.С.* Қанның аминқышқылдары - спортшылар тағамын бағалаудың бірден-бір көрсеткіші....32
10. *Синявский Ю.А., Цой И.Г., Выскубова В.Г., Калачев М.В., Дарвиш А.А., Аллиярова С.Т.* Арнайы тағам өнімдерін жасау болашағы....33
11. *Шакиева Р.А., Сүлейменова Д.С., Бердыгалиев А.Б., Қожахметова А.Н.* Қазақстан Республикасы халқының сүйектерінің минералдық тығыздығы төмендеуімен байланысты организмді кальциймен қамтамасыз ету деңгейіне қатысты мәселе туралы....36
12. *Цой И.Г.* Сапалы және қауіпсіз тамақтану саласындағы коммуникациялық стратегия....38
13. *Хайдарова Т.С.* Тұрғындардың тамақтану және тәртіптік қауіп-қатер факторларын зерттеу....39
14. *Егорычев В.Е.* Кенттенілген аумақтарда тұратын адамдардың тәртіптік денсаулық факторы (әдебиеттің шолуы)...42
15. *Калашникова А.Н., Даленов Е.Д.* Қазақстан Республикасының халықтар арасында салауатты тамақтану методологиясын насихаттау....46
16. *Морозова Л.Ф.* Тамақтану бұл жүрек - қан тамырлық аурулардың алдын алуы....47
17. *Абдусулейменова Д.Ч.* Қанқұртты дамуындағы тамақтанудың рөлі....49
18. *Хасенова Г.Х., Қожахметова А.Н., Қайнарбаева М.М., Салханова А.Б., Рыстыгулова Ж.* Саламатты дұрыс тамақтану –ұзақ ғұмыр кепілі....51
19. *Мусабеков С.М., Хайдарова Т.С.* Арал маңындағы халықтың көзіргі кезеңдегі тамақтану, әлеуметтік-экономикалық, тұрмыстық және экологиялық жағдайының сипаттамасы....53
20. *Данияров Қ.С.* Тұтынылатын судың сапасы. Ішу мәдениеті: ішу немесе ішпеу?....55
21. *Даленов Е.Д., Данияров Қ.С.* Сау қоректенудің құрастыруын ғылыми негіздер. Адам организмға тепе-тендіктің қышқылдық-сілтілігі мен ықпал....58

ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӘР ТҮРЛІ ӘЛЕУМЕТТІК-БИОЛОГИЯЛЫҚ ТОПТАРЫНЫҢ ТАМАҚТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

1. *Джораева Г.Р.* Түрікменстандағы емшек сүтімен асырауды қорғау және қолдау бойынша шараларының іске асырудың тәжірибесі....61
2. *Тажибаев Ш.С., Нургабылова А., Долматова О.В., Мукашева О.К.* Репродуктивті жастағы әйелдер арасындағы қаны аздықтың көп таралғандығына ұнның фортификациясының тиімді әсерінің бағасы....64
3. *Шарманов Т.Ш., Шимашева Р.С., Айджанов М.М., Сейтмагамбетова Ш.А.* Ивестициялар мектептегі тамақтануға - біліммен денсаулық сақтауға деген инвестициялардың тиімді түрлерінің бірі....66
4. *Кулиев О.А., Мухамедов С.* Анемиясы бар балалардағы микроэлементтердің дисбалансын зерттеуі....69
5. *Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Смагулова И.* Мектептегі тамақтану жағдайын күнделікті бақылау....70
6. *Бұрмаганов Қ.Ж., Жантемірова Д.А.* Ақмола облысы тұрғындары арасында өткізілген сауалнама негізінде жасалған жекелеген тамақтану ерекшелектеріне сараптама....71
7. *Цой Н.О.* Сүт өнімдерінің безеу дамуында маңызы....73
8. *Цой О.Г., Абежанова Г.С., Тайгулов Е.А.* Егде және қарт жастағы науқастарда жедел холецистит кезіндегі ірінді – септикалық асқынулардың аралас, жүйелі және жергілікті иммунопрофилактикасы....74
9. *Берденова Г.Т, Қатарбаев А.Қ, Сеилбекова Ж.С., Мұқанова Г.С.* Алматы облысының жалпы білім беру мектеп оқушыларының нақты тамақтану жағдайы....76

10. *Қатарбаев А.Қ., Берденова Г.Т., Сешлбекова Ж.С., Мубархан Ғ.Қ.* Мектеп жасына дейінгі балалардың тамақтануларына байланысты денсаулық жағдайларының өзекті мәселелері....77
11. *Берденова Г.Т.* Қазіргі таңдағы жүрек - тамыр ауруларының семіздікпен байланыс аспектілері....78
12. *Жамбырбаев А.О., Құсаинова А.Т., Разуева Б.А., Сатаева А.М.* Қант зауыты жұмысшыларының тәуліктік энергия шығындарына анализ....79
13. *Краснова И.В., Храмова Л.П., Мирзакулова А.А., Кенжебаева В.Б.* Мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалар тағамының негізгі талаптары....80
14. *Балғымбеков Ш.А.* Ана сүтімен қоректендіру және бір жасқа дейінгі сәбилердегі теміртапшылықты анемия....81
15. *Оспанова Ф.Е., Беисбекова А.К.* Йод – репродуктивті денсаулықтың маңызды факторы....83
16. *Сыздыкова А.М.* Денсаулық сақтау жүйесіндегі балалар үйінде, ата-аналарының қамқорысыз қалған жетім-балалардың және балалардың жарымжан тамақтануы - бұл анемияның даму факторы....85
17. *Сыздыкова А.М.* Денсаулық сақтау жүйесіндегі балалар үйінде, ата-аналарының қамқорысыз қалған жетім-балалардың және балалардың қанның иммунологикалық және биохимиялық көрсеткіштерінің мінездемесі....86
18. *Бойко С.Г.* Шала туған балалардың қолдан тамақтандыру үшін «НУТРИЛОН ПЕПТИ» ТСЦ компаниясының NUTRICIA (Голландия) сүт қоспасын қолдану тәжірибесін іске асыру....87
19. *Аленова К.К.* Диетотарпиядағы жас сәби балалардағы асқазан – ішек жолдарының бұзылуымен «НУТРИЛОН КОМФОРТ», «НУТРИЛОН АНТИРЕФЛЮКС» қосындылардың пайдалану....89
20. *Адаева А.А., Шайкенова А.Т.* Оқушылардың өз денсаулықтарын бағалауына тамақтану факторының әсері....92
21. *Есова Г.К., Хайдарова Т.С.* Тамақтану және денсаулық (тұрғындарға арналған жаднама)....94
22. *Шумилина Л.Н., Хайдарова Т.С., Алиева А.К.* Салауатты өмір салтының құрастыруындағы «сау сүттің» рөлі....97
23. *Данияров С.Қ.* Баланстың қышқылдық - сілтілігінің сақтаулары үшін 8 ережелер....100
24. *Абдрахманова Г.М.* Емшек сүтімен тамақтандыру неліктен маңызды?....102

АЗЫҚ-ТҮЛІК ӨНІМДЕРІНІҢ ҚАУІПСІЗДІГІНІҢ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУІ

1. *Айджанов М.М., Аллиярова С.Т.* Қазақстанның ең маңызды ұлттық басымдылығы – азық-түліктің қауіпсіздігінің қамтамасыз етуі.... 104
2. *Кулиев О.А.* Қан аздығы бар балалардың гельминттермен паразиттер қоздыратын аурулардың жиілігін зерттеу...107
3. *Қаламқарова Л.И., Хаджибаева И.Ф., Омарова Д.Т., Рокутова А.В., Проскурин Б.М.* Өсімдік CO_2- экстракттардың фунгицидті қасиеттерін зерттеу....108
4. *Каримов Т.К., Доскабулова Д.Т., Симбатова Р.М., Телеугалиева А.Н.* Ақтөбе қаласының балалар арасындағы азық-түлік аллергиясының көп таралғандығының жиілігінің гигиеналық бағасы....109
5. *Каримов Т.К., Доскабулова Д.Т., Симбатова Р.М.* Гендік түрлендірілген азық -түліктердің гигиеналық бағасы...111
6. *Каламкарова Л.И., Мамонова Л.П., Рокутова А.В., Омарова Д.Т., Хаджибаева И.Ф., Азнаметова Г.К.* Биологиялық белсенді заттар кешені көмегімен гестозы бар жүкті әйелдердің ішек микробиоценозының бұзылыстарын коррекциялау....112
7. *Қаламқарова Л.И., Мамонова Л.П., Храмова Л.П.* ГҚӨО айналымын мемлекеттік реттеу жүйесінің қызметі сұрақтары туралы Картахен хаттамасының мәліметтер базасына талдау жүргізу....113
8. *Клипина Н.В., Серикова Ж.А.* Генетикалық құрамы өзгертілген өсімдік тектес организмдердің қаупсіздігі мәселесі туралы....116
9. *Сарсенов А.С.* Роль кишечной микрофлоры в здоровом питании....119
10. *Шарипбаева А.Ш., Утембаева Н.Т.* Тағамдардың сапасы мен қауіпсіздігі: сүт пен сүт өнімдерінің бұрмалауын анықтау әдістері....120
11. *Байгушева М.М., Байтуменова Г.А., Меденова Г.А.* Тағам аллергиясы.Тағам аллергиясы кезінде тамақтану.....121
12. *Жетибаев С.Д, Капасакалис В.А., Жанабаева Б.Т., Воробьева А.В.* Ауыл шаруашылық тағамының ластану қауіп қатер басқарылуы бойынша гигиеналық бағыты....124
13. *Толубаева Г.Ж.* Балалардағы тиектер ауруының алдын алу жолдарын қарастыру....126
14. *Абдусулейменова Д.Ч.* Эмальдің шала жетілуі. Симптомдар, бейімдейтін нақты дәлелдер арқылы емдеу.....128

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ

1. *Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Даришева М.А., Егорычев В.Е., Есова Г.К.* Кенттенілген аумақтағы тұрғындардың тұрмыс сапасының бағасы....130
2. *Шагырбаева А.А., Шайкенова А.Т., Палтушева Т.П.* Салауатты өмір салты арқылы денсаулық потенциалды дамыту және сақтау....132
3. *Якубова С.Ю.* Психологтар, бала психиатрлары және жүйке терапевттер үшін клептоманиямен азап шегуші балалардың ата-аналарына арналған әдіс-тәсілдер....134

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

1. *Шарманов Т.Ш.* Современная нутрициология в решении проблем профилактической медицины.....8
2. *Баттакова Ж.Е.* Формирование здорового образа жизни – основа укрепления здоровья населения в Казахстане...16
3. *Слажнева Т.И.,* Айтмагамбетов Н.А. Роль факторов питания и избыточной массы тела в распространённости сердечно - сосудистых заболеваний.....19
4. *Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Егорычев В.Е.* Осуществление профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с помощью коррекции питания в рамках школ здоровья на уровне организаций ПМСП...22
5. *Шарманов Т.Ш., Цэгмэд С., Айджанов М.* Алиментарные факторы риска рака желудка в Монголии.....25
6. *Слажнева Т.И., Яковлева Н.А.* Коррекция питания как важный элемент профилактики свинцовой интоксикации у детей в г. Шымкенте.....28
7. *Сулейманова Д.Н., Маматкулова Д.Ф., Нарметова М.У., Кулиев О. А.* Мониторинг и оценка программ по профилактике микронутриентной недостаточности в Республике Узбекистан.....30
8. *Даленов Е.Д.* Научные основы формирования здорового образа жизни и питания.....31
9. *Алдашев А.А., Кильмаев В.В., Ионина М.П., Азнаметова Г.К., Омарова Д.Т., Сарсенов А.С.* Аминокислоты крови - один из основополагающих критериев оценки питания спортсменов.....32
10. *Синявский Ю.А., Цой И.Г., Выскубова В.Г., Калачев М.В., Дарвиш А.А., Аллиярова С.Т.* Перспективы создания функциональных продуктов питания.....33
11. *Шакиева Р.А., Сулейменова Д.С., Бердыгалиев А.Б., Кожахметова А.Н.* К вопросу об уровне обеспеченности организма кальцием в связи со снижением минеральной плотности кости у населения Республики Казахстан.....36
12. *Цой И.Г.* Коммуникационная стратегия в области здорового и безопасного питания.....38
13. *Хайдарова Т.С.* Изучение поведенческих факторов риска и питания населения.....39
14. *Егорычев В.Е.* Поведенческие факторы здоровья населения, проживающего на урбанизированных территориях (обзор литературы).....42
15. *Калашникова А.Н., Даленов Е.Д.* Методология пропаганды здорового питания среди населения Республики Казахстан.....46
16. *Морозова Л.Ф.* Питание как профилактика сердечно-сосудистых заболеваний.....47
17. *Абдусулейменова Д.Ч.* Роль питания в развитии кариеса зубов.....49
18. *Хасенова Г.Х., Кожахметова А.Н., Кайнарбаева М.С., Салханова А.Б., Рыстыгулова Ж.* Здоровое и правильное питание – залог долгой жизни.....51
19. *Мусабеков С.М., Хайдарова Т.С.* Современная характеристика состояния питания, социально-экономических, бытовых и экологических условий населения Приаралья.....53
20. *Данияров С.К.* Качество потребляемой воды. Культура питья: пить или не пить?.....55
21. *Даленов Е.Д., Данияров С.К.* Научные основы формирования здорового питания. Влияние продуктов питания на кислотно-щелочной баланс.....58

ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

1. *Джораева Г.Р.* Опыт реализации мероприятий по охране и поддержке грудного вскармливания в Туркменистане.....61
2. *Тажибаев Ш.С., Нургабылова А., Долматова О.В., Мукашева О.К.* Оценка эффективности фортификации муки на распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста.....64
3. *Шарманов Т.Ш., Шимашева Р.С., Айджанов М.М., Сейтмагамбетова Ш.А.* Инвестиции в школьное питание – один из рентабельных видов инвестиций в здравоохранение и образование.....66
4. *Кулиев О.А., Мухамедов С.* Изучение дисбаланса микроэлементов у детей с анемией.....69
5. *Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Смагулова И.* Оценка состояния школьного питания.....70
6. *Бурмаганов К.Ж., Жантемирова Д.А.* Оценка и анализ индивидуального питания по результатам опроса в форме анкетирования среди населения Акмолинской области.....71
7. *Цой Н.О.* Молочные продукты в генезе угревой болезни.....73
8. *Цой О.Г., Абежанова Г.С., Тайгулов Е.А.* Сочетанная, системная и местная иммунопрофилактика гнойно-септических осложнений при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста.....74
9. *Берденова Г.Т., Катарбаев А.К., Сешльбекова Ж.С., Муканова Г.С.* Состояние фактического питания учащихся общеобразовательных школ Алматинской области.....76
10. *Катарбаев А.К., Берденова Г.Т., Сешльбекова Ж.С., Мубархан Г.К.* Актуальные проблемы алиментарнообусловленных состояний детей дошкольного возраста.....77
11. *Берденова Г.Т.* Современные аспекты взаимосвязи сердечно-сосудистых заболеваний с ожирением.....78

12. *Жамбырбаев А.О., Кусаинова А.Т., Разуева Б.А., Сатаева А.М.* Анализ суточных энергозатрат рабочих сахарного завода....79
13. *Краснова И.В., Храмова Л.П., Мирзакулова А.А., Кенжебаева В.Б.* Основные требования к питанию детей дошкольного и школьного возраста....80
14. *Балгимбеков Ш.А.* Грудное вскармливание и железодефицитная анемия у детей первого года жизни....81
15. *Оспанова Ф.Е., Беисбекова А.К.* Йод - как важнейший фактор репродуктивного здоровья....83
16. *Сыздыкова А.М.* Неполноценное питание как фактор развития анемии у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в домах ребенка системы здравоохранения....85
17. *Сыздыкова А.М.* Характеристика иммунологических и биохимических показателей крови у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в домах ребенка системы здравоохранения....86
18. *Бойко С.Г.* Опыт применения молочной смеси Нутрилон Пепти ТСЦ компании Nutricia (Голландия), для искусственного вскармливания недоношенных новорожденных детей....87
19. *Аленова К.К.* Опыт применения смесей «Нутрилон Комфорт» и «Нутрилон Антирефлюкс» в диетотерапии детей раннего возраста с функциональными нарушениями ЖКТ....89
20. *Адаева А.А., Шайкенова А.Т.* Влияние фактора питания на субъективную оценку здоровья школьников....92
21. *Есова Г.К., Хайдарова Т.С.* Питание и здоровье (памятка для населения)....94
22. *Шумилина Л.Н., Хайдарова Т.С., Алиева А.К.* Роль «здорового молока» в формировании здорового образа жизни...97
23. *Данияров К.С.* Научные основы формирования здорового питания. Восемь правил для сохранения кислотно-щелочного баланса....100
24. *Абдрахманова Г.М.* Почему важно грудное вскармливание?....102

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ

1. *Айджанов М.М., Аллиярова С.Т.* Обеспечение продовольственной безопасности-важнейший национальный приоритет Казахстана....104
2. *Кулиев О.А.* Изучение частоты гельминтозов и паразитозов у детей с анемией....107
3. *Каламкарова Л.И., Хаджибаева И.Ф., Омарова Д.Т., Рокутова А.В., Проскурин Б.М.* Изучение фунгицидных свойств растительных CO_2-экстрактов....108
4. *Каримов Т.К., Доскабулова Д.Т., Симбатова Р.М., Телеугалиева А.Н.* Гигиеническая оценка частоты распространенности пищевой аллергии среди детей г.Актобе....109
5. *Каримов Т.К., Доскабулова Д.Т., Симбатова Р.М.* Гигиеническая оценка генно- модифицированных продуктов питания....111
6. *Каламкарова Л.И., Мамонова Л.П., Рокутова А.В., Омарова Д.Т., Хаджибаева И.Ф., Азнаметова Г.К.* Коррекция нарушений микробиоценоза кишечника женщин страдающих гестозом беременности при помощи комплекса БАД...112
7. *Каламкарова Л.И., Мамонова Л.П., Храмова Л.П.* Анализ базы данных Картахенского протокола по вопросам функционирования системы государственного регулирования оборота ГМО....113
8. *Клипина Н.В., Серикова Ж.А.* О проблеме безопасности генетически модифицированных организмов растительного происхождения....116
9. *Сарсенов А.С.* Роль кишечной микрофлоры в здоровом питании....119
10. *Шарипбаева А.Ш., Утембаева Н.Т.* Качество и безопасность продуктов питания: методы определения фальсификации молока и молочных продуктов....120
11. *Байгушева М.М.* Пищевая аллергия. Питание при пищевой аллергии....121
12. *Жетибаев С.Д., Капасакалис В.А., Жанабаева Б.Т., Воробьева А.В.* Гигиенические аспекты управления рисками контаминации сельскохозяйственной продукции....124
13. *Толубаева Г.Ж.* Запоры у детей....126
14. *Абдусулейменова Д. Ч.* Гипоплазия эмали. Симптомы, предрасполагающие факторы и лечение....128

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

1. *Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Даришева М.А., Егорычев В.Е., Есова Г.К.* Оценка качества жизни населения урбанизированных территорий (на примере г. Тараз, п.Сузак Южно-Казахстанской области).....130
2. *Шагырбаева А.А., Шайкенова А.Т., Палтушева Т.П.* К сохранению и развитию потенциала здоровья - через здоровый образ жизни....132
3. *Якубова С.Ю.* Методика беседы с родителями детей, страдающих клептоманией для психотерапевтов, психологов и детских психиатров....134

CONTENTS

PROBLEMS OF POPULATION'S HEALTH AND HEALTHY NUTRITION IN PUBLIC HEALTH CARE AND IN THE FORMATION OF A HEALTHY LIFESTYLE

1. *Sharmanov T.Sh.* Modern nutritiologian in the decision problems preventive medicine....8
2. *Battakova Zh.E.* Formation of healthy lifestyle – the base of strengthening a population's health in Kazakhstan....16
3. *Slazhneva T.I.,* Aitmagambetov A.A. The role of nutrition factors and surplus mass of body in dissemination of cardiovascular diseases. 19
4. *Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Khaidarova T.S., Egorychev V.E.* Implementation of cardiovascular diseases prevention by the diet correction within the health schools at the level of primary health care organizations....22
5. *Sharmanov T.Sh., Tsegmed S., Aidjanov M.* Nutritional risk factors for gastric cancer in Mongolia....25
6. *Slazhneva T.I., Yakovleva N.A.* Nutrition correction as an important element of prevention of the lead intoxication of Shymkent city's children....28
7. *Suleimanova N.N., Mamatkulova D.F., Narmetova M.U., Kuliev O.A.* Monitoring and evaluation of programs for the prevention of micronutrient deficiency in the Republic of Uzbekistan....30
8. *Dalenov E.D.* Scientific basis of healthy mode of life and right nourishment....31
9. *Aldashev A.A., Kilmaev V.V., Ionina M.P., Aznametova G.K., Omarova D.T., Sarsenov A.S.* Amino acids of blood - one of the basic criteria of an estimation of a food of sportsmen....32
10. *Sinyavskiy U.A., Tsoy I.G., Vyskubova V.G., Kalachev M.V., Darvish A.A., Alliyarova S.T.* Perspectives for creation of functional foods....33
11. *Shakieva R.A., Suleimenova D.S., Berdygaliev A.B., Kozhakhmetova A.N.* To the question of a level of calcium provision in human organism which is connected with a bone mineral density reduction among population of the republic of Kazakhstan...36
12. *Tsoy I.G.* The communication strategy for healthy and safety foods....38
13. *Khaidarova T.S.* The study of behavioral risk factors and population's nutrition....39
14. *Egorychev V.E.* Behavioral health factors of population, living in urban areas (literature review)....42
15. *Kalashnikova A.N., Dalenov E.D.* Methodology of the health promotion power among the population of the republic of Kazakhstan....46
16. *Morozova L.F.* Nutrition as a prevention of cardiovascular disease....47
17. *Abdusuleymenova D.Ch.* Role of nutrition in developing teeth caries....49
18. *Hasenova G.H., Kozhahmetova A.N., Kainarbaeva M.S., Salhanova A.B., Rystygulova Zh.* Healthy and correct nutrition - a guarantee of long life....51
19. *Musabekov S.M., Khaidarova T.S.* Modern condition characteristic of nutrition, socio-economic, living and environmental conditions of the population of the Aral sea region....53
20. *Daniyarov K.S.* Quality of consumed water. Drinking culture: drink or not to drink?....55
21. *Dalenov E.D., Daniyarov K.S.* Scientific basis of healthy nutrition. Influence of the acid-alkaline balance in the human body....58

NUTRITION PROBLEMS OF VARIOUS SOCIAL AND BIOLOGICAL GROUPS OF THE POPULATION

1. *Joraeva G.R.* The experience in implementation of activities on protection and supporting of breast feeding in Turkmenistan....61
2. *Tajibaev Sh.S., Nurgabylova A., Dolmatova O.V., Mukasheva O.K.* Evaluation of flour fortification on the prevalence of anemia among women of reproductive age....64
3. *Sharmanov T.Sh., Shimasheva R.S., Aidzhanov M.M., Seitmagambetova Sh.A.* Investing in school nutrition - one of the viable investment in health care and education....66
4. *Kuliev O.A., Mukhamedov S.* Study of microelements disbalance in children with anemia....69
5. *Dalenov E.D., Abduldaeva A.A., Smagulova I.* Evaluation of school nutrition....70
6. *Burmaganov K.Zh., Zhantemirova D.A.* Evaluation and analysis of individual nutrition on interview results in the form of population survey of Akmola region....71
7. *Tsoy N.O.* Dairy products in the genesis of acne....73
8. *Tsoy O.G., Abezhanova G.S., Taigulov E.A.* Combined, systemic and local immune prophylaxis of purulent-septic complications in acute cholecystitis at patients of elderly and senile age....74
9. *Berdenova G.T., Katarbaev A.K., Seilbekova Z.S., Mukanova G.S.* Dietary state of secondary school students of Almaty region....76
10. *Katarbaev A.K., Berdenova G.T., Seilbekova Z.S., Mubarhan G.K.* Current problems of alimentary caused state of pre-school children....77
11. *Berdenova G.T.* Modern aspects of the relationship of cardiovascular disease with obesity....78
12. *Zhambyrbayev A.O., Kusainova A.T., Razueva B.A., Sataeva A.M.* Analysis for daily energy expenditure of sugar-mill workers....79

13. *Krasnova I.V., Chramova L.P., Myrzakulova A.A., Kenzhebaeva V.B.* The basic requirements for child nutrition of preschool and school age.....80
14. *Balgymbekov Sh.A.* Breastfeeding and iron deficiency anemia among the children of the first year of life.....81
15. *Ospanova F.E., Beisbekova A.K.* Iodine – important factor of reproductive health.....83
16. *Syzdykova A.M.* Malnutrition as a factor of anemia in children-orphans and children deprived of parental care in orphanages of health care system.....85
17. *Syzdykova A.M.* Characteristic of immunological and biochemical blood indices in children-orphans and children deprived of parental care in orphanages of health care system.....86
18. *Boyko S.G.* Use of Nutrilon Pepto TSC milk formula of Nutricia company (Netherlands) for artificial feeding of earlyborn infants.....87
19. *Alenova K.K.* Experience of use «Nutrilon Comfort» and «Nutrilon Antireflyuks» milk formula for dietotherapy of infants with gastrointestinal functional disorder.....89
20. *Adaeva A.A., Shaikenova A.T.* Influence of the nutrition factor on self-rating of pupils' health—.....92
21. *Esova G.K., Khaidarova T.S.* Nutrition and health (memo to population).....94
22. *Shumilina L.N., Khaidarova T.S., Alieva A.K.* Role of the «healthy milk» in a healthy lifestyle development.....97
23. *Daniyarov K.S. S*cientific basis of healthy nutrition. 8 rules to maintain the acid-base balance.....100
24. *Abdrakhmanova G.M.* Why breastfeeding is important?.....102

SUPPORT OF FOOD SAFETY

1.*Aidjanov M.M., Alliyarova S.T.* Ensuring food security - most important national priority for Kazakhstan.....104
2. *Kuliev O.A.* Study of helminthiasis and parasitosis frequency rates in children with anemia.....107
3. *Kalamkarova L.I., Hadjibaeva I.F., Omarova D.T., Rokutova A.V., Proskurin B.M.* Study of fungicidal properties of plant CO_2 – extracts.....108
4.*Karimov T.K., Doskabulova D.T., Simbatova R.M., Teleugalieva A.N.* Hygienic assessment of the frequency of food allergies among children of Aktobe city.....109
5. *Karimov T.K., Doskabulova D.T., Simbatova R.M.* Genetically modified foods in terms of hygiene.....111
6. *Kalamkarova L.I., Mamonova L.P., Rokutova A.V., Omarova D.T., Hadjibaeva I.F., Aznametova G.K.* Correction of intestine microbiocenose of pregnant women suffering from gestosis by the use of BAA complex.....112
7. *Kalamkarova L.I., Mamonova L.P., Chramova L.P.* Analysis of the data base of Cartagena protocol about the system of state regulation of GMOs turnover.....113
8. *Clipina N.V., Serikova Zh.A.* On the problem of genetically modified organisms safety vegetable origin.....116
9. *Sarsenov A.S.* Role of intestinal microflora in a healthy food.....119
10. *Sharipbaeva A.Sh., Utembaeva N.T.* Quality and safety of foodstuff: methods for determining the falsification of milk and milk products.....120
11. *Baigusheva M.M.* Food allergy. Nutrition at food allergies.....121
12. *Zhetibaev S.D., Kapasakalis V.A., Zhanabaeva V.T., Vorobyeva A.V.* Hygienic aspects of management of risks of agricultural production"s contamination.....124
13. *Tolubaeva G.Zh.* Constipation in children.....126
14. *Abdusuleymenova D.Ch.* Enamel hypoplasia. Symptoms and treatment, predisposing factors.....128

PUBLIC HEALTH

1.*Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Khaidarova T.S., Darisheva M.A., Egorychev V.E., Yessova G.K.* Assessment quality of life in the urban areas (for example, Taraz city, Suzak village in South Kazakhstan region).....130
2. *Shagyrbaeva A.A., Shaikenova A.T., Paltusheva T.P.* Health potential protection and promotion - through healthy living...132
3. *Yakubova S.U.* Methods of dialogue with parents of children suffering from kleptomania, for psychothearapists, psychologists and child psychiatrists.....134

УДК 613.2

СОВРЕМЕННАЯ НУТРИЦИОЛОГИЯ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ШАРМАНОВ Т.Ш.

Казахская академия питания, Академия профилактической медицины, Центр здорового питания, г. Алматы

Резюме

В данной статье рассматриваются наиболее актуальные для республики проблемы питания в условиях глобализации экономики и тенденций развития общественного здравоохранения. Приводятся результаты многолетних исследований Казахской академии питания по ключевым проблемам нутрициологии. Обсуждается стратегия в области здорового питания Республики Казахстан и пути ее реализации.

Тұжырым

Бұл мақалада қоғамдық денсаулық дамуы және экономиканың глобализациясы жағдайында республикамыз үшін тағамтанудың ең маңызды көкейкесті мәселелері қарастырылған. Нутрициологияның мағыналы мәселелеріне қатысты Қазақ тағамтану академиясында көптеген жылдар бойы орындалған зерттеулердің нәтижелері келтірілген. Қазақстан республикасының салауатты тағамтану саласындағы стратегиясы талқыланады

Summary

In given article are considered the most actual problems of nutrition for republic in conditions of economy globalizations and tendencies of public health developments. Results of long-term researches conducted by Kazakh academy of nutrition on key problems of nutritiology are diven Healthy nutrition strategy of Republics Kazakhstan and ways of realization are discussed.

Здоровое питание и безопасность пищевых продуктов относятся к основным факторам, определяющим уровень общественного здоровья, качество жизни, долголетие, трудовую и социальную активность. Питание является понятием, в котором сконцентрированы и интегрированы многочисленные аспекты экономического развития и социальной жизни.

Сегодня уже является аксиомой то, что дефицитное и не сбалансированное питание ложатся тяжелым бременем на экономику и общественное здравоохранение многих стран, а с учетом глобализации мировой экономики - и на мировое экономическое развитие в целом.

Практически во всех странах мира ведущие детерминанты и роль конкретных факторов риска развития таких наиболее распространенных хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний, как сердечно-сосудистые болезни, рак, диабет, ожирение, остеопороз в значительной степени остаются неизменными (рисунок 1).

Рацион питания населения оказывает существенное влияние на формирование важнейших факторов риска. Они включают в себя увеличение производства, сбыта и потребления табака, пищевых продуктов с высоким содержанием жиров и/или сахаров и низким присутствием микроэлементов, витаминов в сочетании с пониженной физической активностью [1]. По определению ВОЗ: более 60% всех причин смертности напрямую связаны с предотвратимыми нарушениями в питании и развитием неинфекционных заболеваний.

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний начали снижаться в странах Западной, Северной и Южной Европы, Северной Америки, Австралии, Японии, в то время как в странах Восточной Европы продолжает сохраняться тенденция к повышению. Проведенная стандартизация показателей смертности от сердечно-сосудистых заболевании (ССЗ) и ИБС показала, что смертность от кардиоваскулярной патологии в

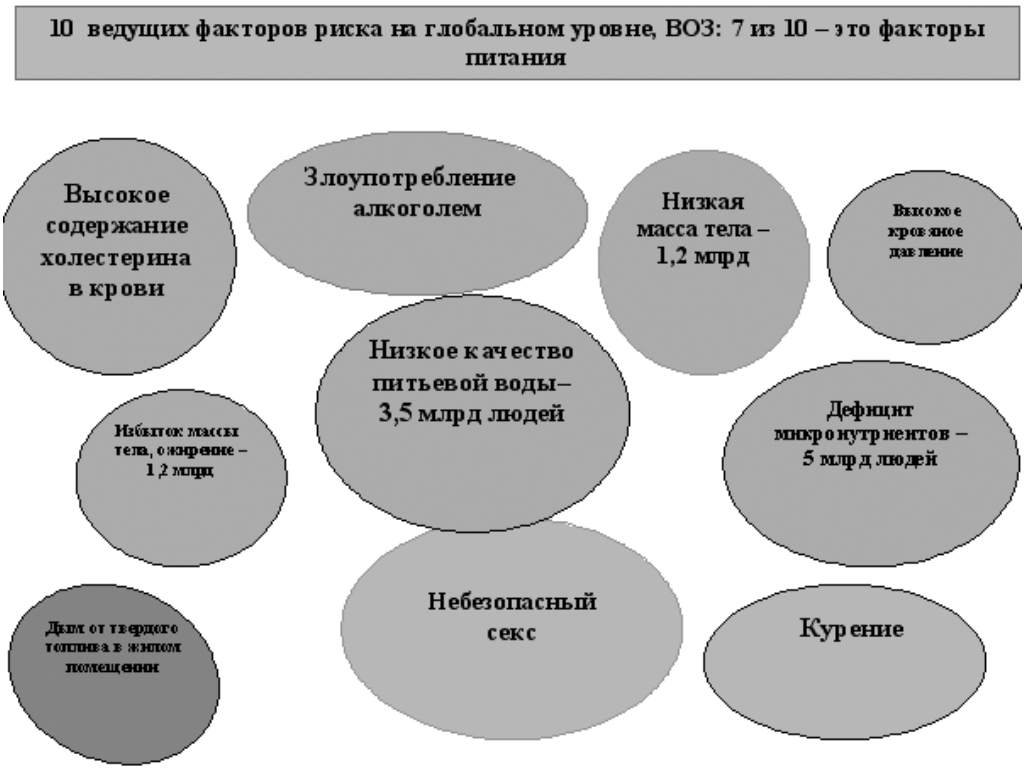


Рисунок 1. 10 ведущих факторов риска на глобальном уровне

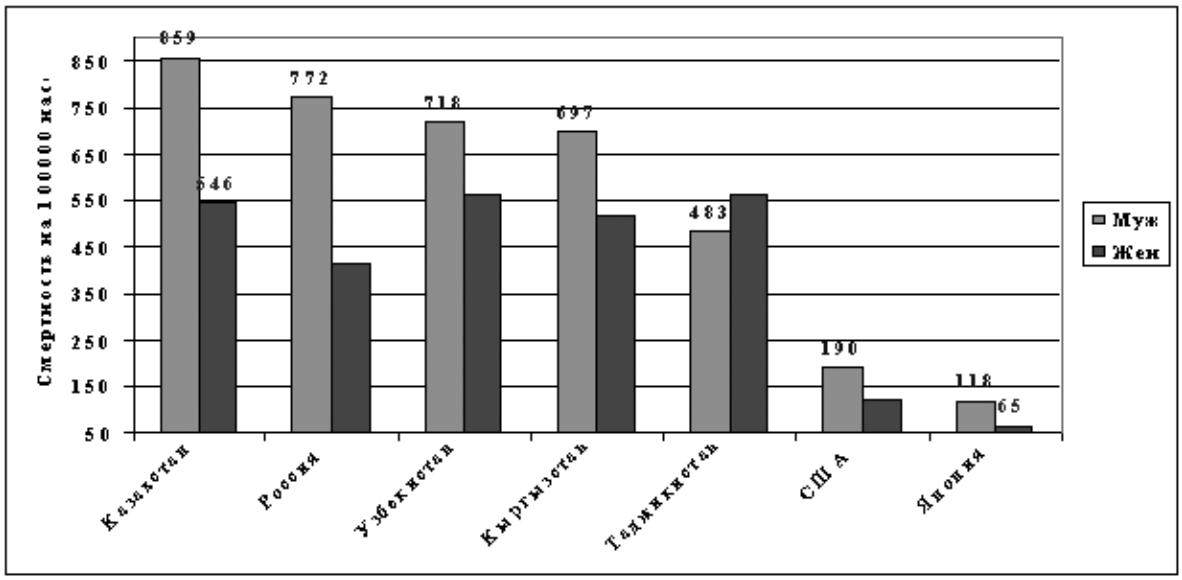


Рисунок 2. Смертность мужчин и женщин от сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (на 100000 населения), зависимых от питания, за 2008 год (ВОЗ, 2010)

Казахстане занимает одно из ведущих мест в мире (рисунок 2), по сравнению с соответствующими данными ВОЗ по другим странам. Также, по данным МЗ РК наше население имеет высокий уровень смертности от кардиоваскулярной патологии (рисунок 3).

Накопленные знания о факторах риска ССЗ свидетельствуют о несомненном значении в их формировании нарушений принципов рационального питания. Так, главным фактором, определяющим уровень сывороточного холестерина, наряду с генетическим, является питание. Доказано, что питание прямо и опосредованно оказывает существенное влияние не только на уровень липидов в крови, на толерантность к углеводам, но и на артериальное давление, массу

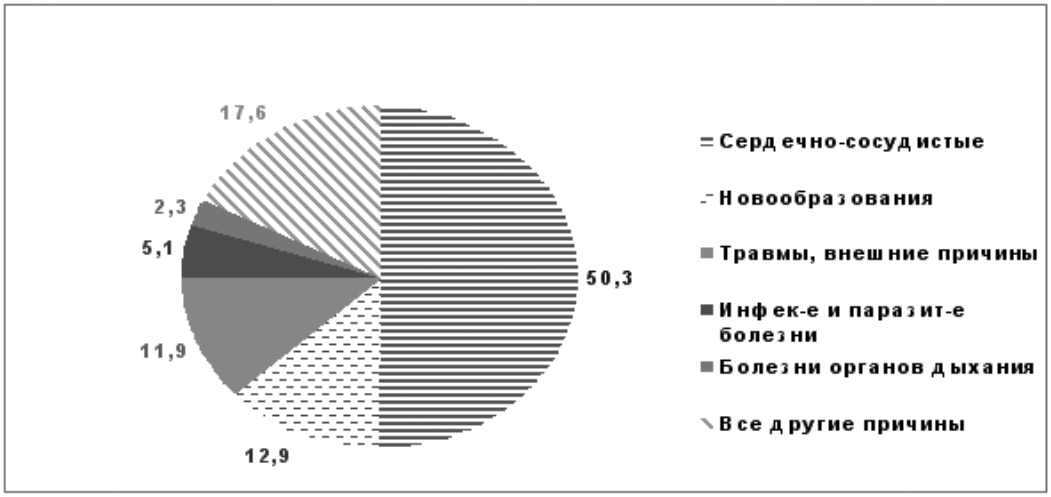


Рисунок 3. Причины смертности в Казахстане в 2008 году в процентах
(статистические данные Минздрава РК)

тела, увеличивая или ослабляя их значимость в этиологии и патогенезе болезни.

Причем, рацион питания оказывает существенное влияние на формирование факторов риска развития ССЗ. Доказательством этого является улучшение состояния здоровья населения вследствие проведенных мероприятий по рационализации питания.

Проведенное исследование питания населения Казахстана показало, что рацион являлся атерогенным и характеризовался дисбалансом по потреблению жиров в виде повышения доли насыщенных жирных кислот, недостаточного поступления полиненасыщенных, увеличения доли легкоусвояемых углеводов, недостаточности общих и животных белков, пищевых волокон, их растворимых компонентов, антиоксидантных, коферментных витаминов и дефицита минеральных элементов. Такое глубокое нарушение соотношения основных нутриентов и поливитаминная недостаточность имеют важное значение в развитии сердечно-сосудистой патологии.

Изучение питания населения Казахстана по продуктовому набору выявило скудность рациона по ассортименту используемых пищевых продуктов, который еще более обеднялся в зимне-весенний период года. Также определено недостаточное потребление фруктов, ягод, овощей при высоком поступлении сахара и животного жира, что в целом характеризовало рацион, как атерогенный и способствующий развитию и прогрессированию ИБС [1].

Сегодня впервые в истории человечества число людей с недостаточностью питания уравнялось с числом людей, имеющих избыточную массу тела. В то время как, начиная с 1980 года, в мире наметилась тенденция к снижению распространенности недостаточности питания, которая сегодня охватывает 1,2 миллиарда человек, количество жителей планеты с избыточным весом возросло до 1,7 миллиарда и продолжает расти, и уже не менее 300 млн. человек страдают ожирением.

По прогнозу ВОЗ, около 0,5 млн. человек только в Северной Америке и Европе умрут в течение года от заболеваний, связанных с ожирением. Темпы распространения ожирения в современном мире таковы, что по прогнозам экспертов ВОЗ к 2025 году эти цифры удвоятся [2-6].

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в республике остается крайне напряженной. Особенно неблагополучная эпидемиологическая обстановка характерна для западного региона Казахстана и Приаралья, где заболеваемость населения превышает средне-республиканский показатель в 1,5-2 раза. Общеизвестное положение о том, что такие виды нарушений питания, как калорийно-белковая недостаточность, дефицит незаменимых аминокислот, витаминов-антиоксидантов, железа, цинка, селена и других эссенциальных факторов являются непосредственными причинами значительного снижения устойчивости организма к туберкулезу, определяют его тяжелое и хроническое течение, низкую эффективность специфической терапии, а также вакцинации [7]. Путем рационализации питания, устранения витаминно-минерального дефицита можно существенно повысить эффективность противотуберкулезной иммунизации и устойчивость

организма к инфекции в эпидемиологически неблагополучных по данной инфекции регионах. Тщательный анализ ситуации свидетельствует о синергичной обусловленности развития заболевания с белковой недостаточностью, с недостаточностью витаминов С и А, и в ряде случаев с дефицитом витаминов Д, группы В, отдельных минеральных веществ.

Недоедание и инфекции особенно среди детей по праву требуют первоочередного решения в развивающихся странах и сообществах, но сейчас и в будущем наибольшее преобладание будут иметь хронические болезни, в том числе рак. Смертность населения РК от новообразований также остается одной из самых высоких в СНГ (рисунок 4). Новые оценки Всемирного фонда исследований рака и Американского института исследований рака, базирующиеся на достоверных сведениях, свидетельствуют о возможности предотвращения многих форм рака [8, 9].

Когда говорят, что «рак предотвратим», подразумевают не устранение опухолей подобно избавлению от оспы, а в это понятие вкладывают реальность уменьшения случаев не диагностируемого рака при любом фиксированном возрасте. Если говорить в самых общих чертах, то главными врагами рака в нашем повседневном рационе питания являются овощи и фрукты, богатые антиоксидантными витаминами, микроэлементами и пищевыми волокнами, а «пособниками» неопластического процесса – животные жиры, соленая рыба, солено-вяленое и копченое мясо, фаст-фуды. С позиции современной медицины наш генотип запрограммирован приблизительно

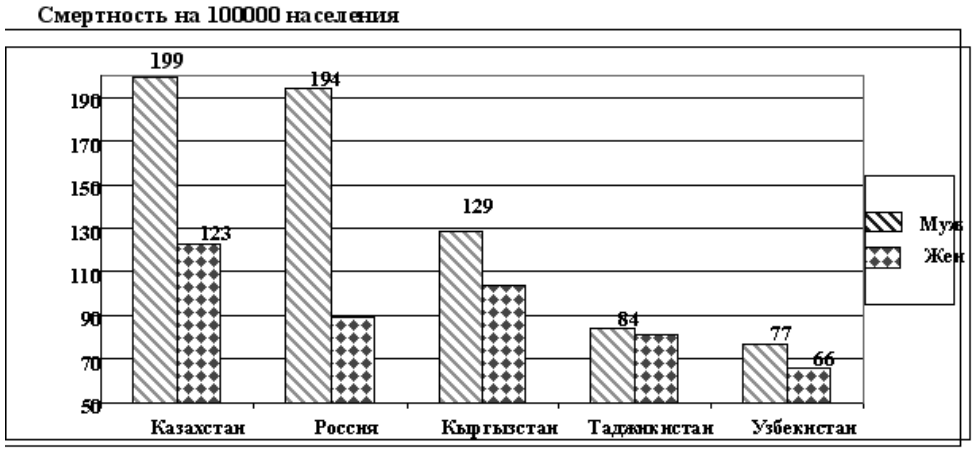


Рисунок 4. Смертность мужчин и женщин от новообразований (на 100000 населения), зависимых от питания, за 2008 год (ВОЗ, 2010)

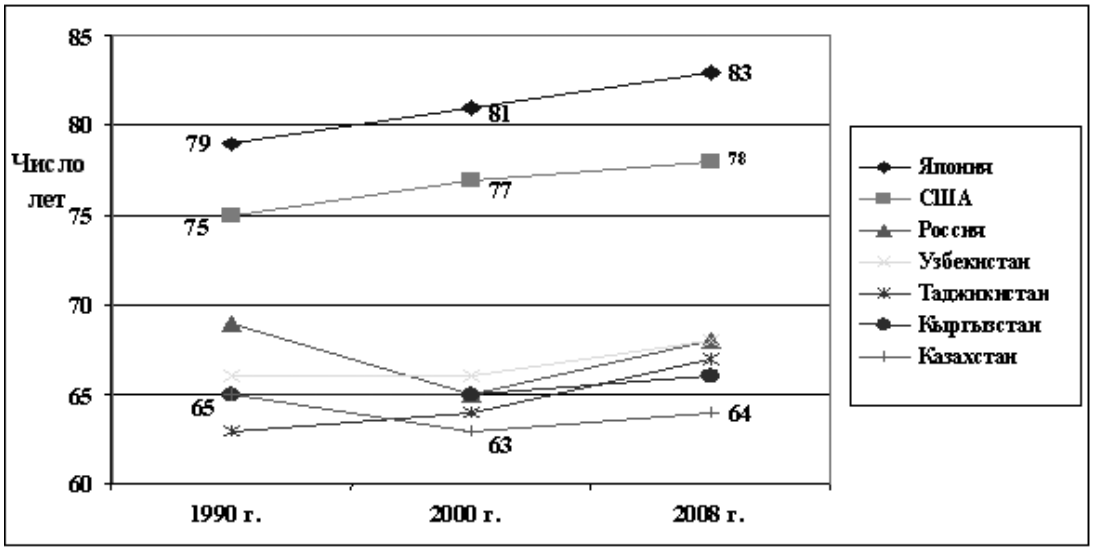


Рисунок 5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет) (Мировая статистика, ВОЗ, 2010)

на 120-140 лет и исследователи в области проблем долголетия высказывают мнение, что человечество стоит на пороге увеличения продолжительности жизни минимум в 2 раза. Однако, с возрастом все проблемы обостряются, увеличиваются риски, и состояние старости у нас ассоциируется с болезнью.

Как правило, начиная с 60-летнего возраста, большинство людей в республике отмечают снижение уровня здоровья, ухудшение деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, снижение плотности костей, ослабление когнитивных возможностей, психологическую ригидность и развитие тех или иных патологических состояний. Средняя продолжительность жизни в Казахстане в 2008 году составила 64,4 лет, что меньше статистического уровня Японии, самого высокого в мире, примерно на 20 лет (рисунок 5).

Согласно данным ВОЗ, остеопороз в целом занимает четвертое место среди неинфекционной патологии (после заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии и сахарного диабета), как причина смертности и инвалидности. По прогнозу ВОЗ – к 2050 году частота переломов тазобедренного сустава возрастет шестикратно и достигнет 6,2 млн. случаев. Важным фактором, профилактики остеопороза в пожилом и старческом возрасте является рациональное питание (геродиететика), которая способна оказать влияние на замедление инволютивных процессов и изменение развития заболеваний, ассоциированных с возрастными процессами в организме.

Механизмы старения также, связаны с дефицитом эссенциальных факторов питания – прежде всего незаменимых аминокислот, а также эссенциальных жирных кислот, витаминов, минералов и микроэлементов.

Необоснованным стереотипом принято считать уверенность в том, что нарушение питания связано только с его недостаточностью, то есть является проявлением явного голода. Современный мир в последнее десятилетие признал одной из главных угроз физическому и интеллектуальному здоровью человека проблему «скрытого голода». Последним принято называть хронический дефицит витаминов и микроэлементов в рационе. Мы до сих пор плохо представляем истинную цену «скрытого голода». Этот голод не менее опасен, чем явный, поскольку он очень широко распространен. Причем особенно остро он отражается на здоровье детей, беременных и кормящих женщин, людей преклонного возраста [10].

Общеизвестно, что с развитием цивилизации, научно-технического прогресса и урбанизации жизни современный человек меньше потребляет свежей натуральной пищи, рацион становится все более однообразным с высокой долей рафинированных продуктов.

Трудно поверить, но постоянный дефицит даже ничтожных количеств важнейших микроэлементов и витаминов способен провоцировать возникновение и усугублять течение практически всех болезней человека, пороков физического и умственного развития и, в конечном итоге, резко снизить уровень здоровья и жизнеспособность нации в целом. По этой причине, особенно в развивающихся государствах и в странах с переходной экономикой, предпринимаемые меры по улучшению питания обязательно должны включать профилактику дефицита микронутриентов (витаминов и микроэлементов).

Данный тезис подтверждает исполнительный директор ЮНИСЕФ Кэрол Беллами, которая в своем отчете дает достаточно мрачную картину последствий дефицита микронутриентов [11]:

· Дефицит йода по оценкам снижает интеллектуальный потенциал почти всех обследованных наций от 10 до 15 процентов.

· Дефицит йода во время беременности обусловливает рождение почти 18 миллионов умственно неполноценных младенцев ежегодно.

· Дефицит железа в 6-24-месячной возрастной группе ухудшает умственное развитие около 40-60% детей в развивающихся странах.

· Тяжелая форма железодефицитной анемия также служит причиной более чем 60,000 смертных случаев молодых женщин ежегодно в связи с беременностью и родами.

· Дефицит железа у взрослых так широко распространен, что снижает энергию наций и производительность рабочей силы - с оцененными потерями до 2% от ВВП (внутренний валовый продукт) в наиболее подверженных странах. По данным Всемирного Банка -дефицит витаминов и минералов налагает высокие экономические затраты фактически на каждую развивающуюся страну.

· Дефицит витамина А подрывает иммунную систему приблизительно 40% детей до пятилетнего возраста в развивающихся странах и тем самым приводит к смерти около 1 миллиона детей ежегодно.

· Дефицит фолиевой кислоты ответствен приблизительно за 200.000 серьезных врождённых

дефектов ежегодно в 80 странах, где эти дефекты были оценены, (и возможно еще 50,000 в остальной части мира). Этот дефицит также связан с приблизительно 1 из каждых 10 смертных случаев от болезней сердца у взрослых людей.

· На практике, дефицит витаминов и минералов накладывается один на другой и наблюдается сочетанный дефицит. Половина детей с дефицитом витаминов и минералов фактически страдает от множественного дефицита – происходит суммирование неизмеримого бремени на индивидуумах, на медицинском обслуживании, на системе образования, а также на семьях, ухаживающих и заботящихся за недееспособными или умственно неполноценными детьми.

В принятом Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» определена нормативно-правовая база по созданию в республике крайне необходимой и востребованной специализированной службы здравоохранения по здоровому питанию с соответствующими структурными подразделениями в областных центрах, городах республиканского и городского значения, районных центрах и кабинетами при крупных лечебно-профилактических учреждениях (статья 32, п. 2, статья 33, п. 8).

Данная задача сегодня успешно решается Казахской академией питания, Академией профилактической медицины, которая является ответственной за создание Центров здорового питания. Основными задачами центров здорового питания будут следующие: интегрированная профилактика таких социально значимых форм патологии, как сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, ожирение, сахарный диабет, остеопороз; нарушения ментального и физического развития детей, непосредственно связанные с характером питания; мониторинг состояния питания различных социально-биологических групп населения; обоснование минимальных продовольственных корзин; грудное вскармливание; лечебное питание; вопросы стандартизации и безопасности пищевой продукции; разработка рекомендаций по совершенствованию пищевого и сельскохозяйственного секторов, производству специализированных продуктов питания и биологически активных добавок к пище; подготовка кадров по здоровому питанию; проведение коммуникационных мероприятий по формированию культуры и навыков здорового питания.

В этом плане Казахской академией питания, Академией профилактической медицины, Центрами здорового питания в 2011 году выполняется большой объем работ: по разработке, изданию коммуникационных материалов по здоровому питанию для всех 16 регионов на государственном и русском языках, по проведению постоянного биологического мониторинга за обеспеченностью индикаторных групп населения (дети в возрасте 6-59 месяцев и женщины репродуктивного возраста) йодом, железом, фолиевой кислотой и витамином А во всех областях республики. Проводится биологический мониторинг за дефицитом микронутриентов у индикаторных групп населения по статусу железа, уровню ферритина в сыворотке крови и распространенности анемии по уровню гемоглобина, распространенности дефицита фолиевой кислоты (ДФК), по уровню фолиевой кислоты в сыворотке крови, распространенности дефицита витамина А (ДВА), по уровню ретинола в сыворотке крови, распространенности дефицита йода (ЙД), по уровню йода в моче. Основными задачами являются поддержка и распространение грудного вскармливания, организация питания детей раннего и дошкольного возрастов, оказание консультативной помощи по организации производств по выпуску детских и лечебно-профилактических продуктов питания с использованием местных сырьевых источников, содействие организации отечественного производства функциональных продуктов питания и биологически активных добавок к пище, организация питания детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в Домах ребенка системы здравоохранения.

Проводится оценка состояния школьного питания и установление адекватности калорийности пищевых рационов суточным энерготратам, исследование биоимпендансметрией состава тела, статуса питания по антропометрическим показателям, распространенности алиментарно обусловленных патологий, а также состояния здоровья школьников в городской и сельской местности. Проводится обоснование новых норм питания для организаций здравоохранения, в том числе разработка натуральных норм питания и 7-дневных меню блюд для лечебно-профилактических учреждений;

Создаются рекомендации по совершенствованию регламентов на пищевые продукты и их производство, методических материалов, касающихся безопасности пищевой продукции, в соответствие с рекомендациями Комитета ВОЗ, «Кодекс Алиментариус» и директив Европейского Союза.

Планируется внедрить национальное руководство по применению пищевых факторов в профилактике, лечении и реабилитации социально значимых и наиболее распространенных инфекционных и неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, сахарный диабет, остеопороз, ожирение, туберкулез, пищевые токсикоинфекции и другие формы патологии) для работников первичной медико-санитарной помощи и врачей различных специальностей.

На базе Казахской академии питания организован не имеющий аналогов на территории СНГ Центр детского питания, заводы «Амиран» и «Асыл». Завод «Амиран» является единственным в Казахстане заводом молочной продукции на основе 100% натурального коровьего молока для детей от 6 месяцев жизни и для профилактики заболеваний всех возрастных категорий. В сутки завод перерабатывает 12 000 литров коровьего молока высшего и первого сорта, по технологии и рецептуре разработанной Академией питания, внедрены в практику здравоохранения принципиально новые продукты детского питания, ряд лечебно–профилактических продуктов питания.

Европейским бюро ВОЗ в последние годы для решения проблем здорового питания было разработано несколько международных соглашений: «Глобальная стратегия в области безопасности пищевых продуктов», «Глобальная стратегия в области питания, физической активности и здоровья», «Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями», «Европейская хартия по борьбе с ожирением» и «Европейская основа для содействия физической активности в интересах здоровья», «Второй план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ: комплексный подход к борьбе с хроническими и острыми болезнями», (ЕРБ ВОЗ, Белград, Копенгаген, 17.09.2007 г.), в которых определены стратегические направления и руководящие принципы.

Национальная стратегия РК разработка которой завершится в 2011 году будет содержать описание мер для содействия здоровому рациону и надлежащей физической активности, необходимых для профилактики заболевании и укрепления здоровья населения, включая стратегии, которые решают проблемы несбалансированного, недостаточного или избыточного питания.

Правительству РК необходимо довести до населения по всем каналам и в таких формах, которые соответствуют культуре, возрасту, полу тех, кому она предназначена.

По итогам реализации программ выполняемых Казахской академией питания, Академией профилактической медицины и Центрами здорового питания будет достигнуто следующее:

1. У подавляющей части населения будут сформированы достаточный уровень знаний и новые поведенческие навыки по здоровому питанию и безопасности пищевой продукции.

2. По показателям здоровья и заболеваемости планируется достичь:

- повышения уровня средней продолжительности жизни до 69 лет;
- снижения распространенности избыточной массы тела до 30,0%;
- снижения уровней предотвратимой смертности на 100 000 населения от сердечно-сосудистых заболеваний до 450,0 случаев, онкологических заболеваний – до 115,0 случаев.

3. По наиболее важнейшим микронутриентным дефицитам достичь:

- снижения распространенности железодефицитной анемии среди женщин репродуктивного возраста до 12,0%, среди детей раннего возраста – до 10,0%;
- полного искоренения йододефицитных состояний среди женщин репродуктивного периода и детей раннего возраста;
- снижения до 5,0-7,0% распространенности дефицита витамина А и фолиевой кислоты среди детей раннего возраста и женщин репродуктивного периода;
- полностью ликвидировать среди беременных женщин дефицит витамина К.

4. Снизить частоту отставания по росто-весовым показателям среди детей до 10-15,0% случаев.

5. Относительно рационов питания у подавляющей части населения республики будут достигнуты следующие показатели:

- насыщенные жиры будут составлять менее 12% суточной калорийности рациона питания, а трансжирные кислоты – менее 2,0%;
- на простые сахара будет приходиться менее 10,0% суточной калорийности;
- ежедневное потребление фруктов и овощей достигнет 400,0 г;
- суточное потребление поваренной соли будет менее 5,0 г

6. Исключительно грудным вскармливанием в первые шесть месяцев жизни и продолжающимся грудным вскармливанием до 12 месяцев

будет охвачено более 50% грудных детей.

7. Будет осуществлена полная гармонизация национальных стандартов на пищевые продукты и их производство, санитарных правил и норм, методических материалов с международными требованиями.

8. Будет создана эффективная и устойчивая система мониторинга и оценки состояния питания различных медико-социальных групп и безопасности пищевой продукции.

На основании вышеизложенного будет принято специальное постановление Правительства РК по организации вертикальной республиканской службы здорового питания с соответствующим выделением средств из республиканского и местных бюджетов. При этом координирующую функцию этой службы будет осуществлять ТОО «ОО Казахская академия питания», являющаяся всемирно известным научным и консультативно-методическим центром в регионе по всем аспектам проблем здорового питания.

Для кардинальных изменений негативных проявлений неправильного питания и пониженной физической активности потребуются совместные усилия различных секторов общества в течение нескольких десятилетий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека / Т.Ш. Шарманов. – Алматы.: Алаш, 2010. – 408 с.

2 Питание – глобальная проблема. Международная конференция по питанию ФАО и ВОЗ, Рим, 1992 // Санкт-Петербург: Гиппократ, 1992.- 33 С.

3 «Питание и здоровье в Европе, резюме» // Европейское бюро ВОЗ, Копенгаген, 2003.- 38 С.

4 Lopez A.D. Global and regional burden of diseases and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data / A.D. Lopez, C.D. Mathers, M. Ezzati // Lancet. – 2006. – 367: 1747-1757.

5 Turnbull F. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials / F. Turnbull, B. Neal, T. Ninomiya // Br.Med.J. – 2008. – 336: 1121-1123.

6 Wheatcroft S. The Heart and Blood Vessels / S. Wheatcroft, B. Noronha, M. Kearney // In: Clinical Nutrition. Ed. By Gibney M.J., Marinos E., Ljungqvist O., Dowsett J. – Blackwell Publishing, 2006. – P. 268-293.

7 Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing // WHO report. - Geneva: World Health Organization, 2009.

8 Policy and Action for Cancer Prevention. Food, Nutrition, and Physical Activity: a Global Perspective. A project of World Cancer Research Fund International // WCRF/AICR.// – Washington DC: AICR, 2009. – 188 P.

9 Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective / World Cancer Research Fund // American Institute for Cancer Research. - Washington DC: AICR, 2007. - http: // www.dietandcancerreport.org/er/.

10 Шарманов Т.Ш. О роли, дефиците и профилактике важнейших микронутриентов / Шарманов Т.Ш. Тажибаев Ш.С., Цой И.Г. // –Алматы.: Раритет, 2009. – 368 с.

11 Vitamin & mineral deficiency. A global progress report // - UNICEF, The Micronutrient Initiative, 2005. - 43 p.

УДК 614.2:613(574)

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – ОСНОВА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

БАТТАКОВА Ж.Е.

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

Резюме

В ходе осмотра выявлено почти 85 тысяч больных с патологией, по которым проводились скрининги. Из числа осмотренных на раннее выявление болезней системы кровообращения почти у 7% зарегистрированы впервые обнаруженные случаи заболевания.

Тұжырым

Скрининг өткізілген байқаудың нәтижесі бойынша 85 мыңға жуық патологиясы бар аурулар анықталды. Қан айналым жүйесі аурулардың ерте анықтау бойынша байқалғандардың арасында дерлік 7 % тіркелген ауру оқиғалары алғашқы рет табылған.

Summary

During inspection was revealed almost 85000 patients with pathology, by which was conducted scrinings. Among inspected patients on early exposing diseases of circulation system nearly at 7% was registered for the first time discovered cases of disease.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан» указано, что профилактика вредных поведенческих факторов риска, рациональное здоровое питание – это приоритетные направления межсекторального взаимодействия в вопросах охраны здоровья населения и снижения смертности от распространенных социально-значимых заболеваний.

Всего 4 основные болезни – сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические обструктивные заболевания легких и сахарный диабет обуславливают в Европе почти 86% от всей смертности и 77% бремени болезней, что влечет за собой растущую нагрузку на системы здравоохранения. Именно они формируют более 2/3 случаев бремени всех болезней, возглавляя структуру смертности населения Казахстана.

Необходимо отметить, что 60% неинфекционных заболеваний имеют общие предотвратимые факторы риска, семь из которых являются ведущими, а именно: повышенное артериальное давление (12,8%), потребление табака (12,3%), употребление алкоголя (10,1%), высокий уровень холестерина в крови (8,7%), избыточный вес (7,8%), низкое потребление фруктов и овощей в пищу (4,4%), низкая физическая активность (3,5%).

На это особо указал в своем ежегодном Послании Глава государства отметив, что около 5% населения с основными видами заболеваний используют порядка 70% всех услуг здравоохранения. Лидер нации поручил нам организовать профилактическую работу для предотвращения их на ранней стадии. По его поручению в Казахстане широко начал внедряться комплекс национальных программ наблюдения за состоянием здоровья целевых групп населения.

В целях повышения эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья в рамках Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы предусмотрено 70 мероприятий, из них реализация 54 мероприятий начата в 2011 году, в том числе должны быть завершены в 2011 году – 8. Они направлены на формирование здорового образа жизни и снижение уровня социально значимых заболеваний, обусловленных поведенческими факторами риска. 29 марта 2011 года впервые на межведомственном уровне подписаны соглашения между Министерством здравоохранения и 7-ю государственными органами (внутренних дел, образования и науки, по чрезвычайным ситуациям, связи и информации, труда и социальной защиты населения, туризма и спорта, юстиции) позволяющие наиболее эффективно реализовать основные направления Госпрограммы в вопросах укрепления здоровья граждан.

В текущем году впервые за счет средств республиканского бюджета Министерством здравоохранения размещен социальный заказ на сумму 143,0 млн. среди неправительственных организаций. Главная цель - реализация мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний, охране репродуктивного здоровья и другие.

На сегодня в Казахстане функционирует служба формирования здорового образа жизни, включающая в себя 152 центра формирования ЗОЖ (областном и районном уровнях), 201 центров укрепления здоровья, 60 антитабачных центров, 22 Молодежных центров здоровья, 134 школы по профилактике артериальной гипертонии, диабета, астмы, 349 школ здоровья по охране здоровья, в том числе матери и ребенка (планирования, подготовки к родам, беременных, молодых матерей, здорового ребенка, здорового образа жизни).

Основной целью деятельности службы ФЗОЖ является укрепление и развитие потенциала здоровья населения, увеличение средней продолжительности жизни. Координирующую, научно-методическую роль службы ФЗОЖ выполняет Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни. Сотрудники НЦПФЗОЖ проводят широкомасштабные профилактические мероприятия с межсекторальным взаимодействием по реализации Государственной программы развития здравоохранения на уровне общественного здравоохранения, так и на уровне целевых групп, и на индивидуальном уровне, также реализуются международные программы ВОЗ (внедрение Синди с 1998 г., Национальная скрининговая программа, Внедрение услуг, дружественных молодежи с 2006 года, Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, 2003 г, Глобальные рекомендации по физической активности).

Отдел науки НЦПФЗОЖ проводит научные исследования прикладного характера по развитию профилактической работы в общеврачебной практике, по мониторингу поведенческих факторов риска, по разработке новых инновационных профилактических технологий на ПМСП.

Служба ФЗОЖ имеет широкую сеть организаций по ФЗОЖ, однако имеется много проблем: неэффективное межсекторальное взаимодействие государственных органов, общества, работодателей и граждан по снижению факторов риска для здоровья; недостаточная ответственность населения, работодателей и медицинских работников в вопросах ФЗОЖ и профилактики болезней; неэффективная кадровая политика в области ФЗОЖ; недостаточное финансирование службы (1%, с доведением до 3% от объема финансирования)

В соответствии со Стратегическим планом МЗ РК основным целевым критерием оценки деятельности службы ФЗОЖ является средняя продолжительность жизни населения, на которую влияют такие показатели как заболеваемость, смертность населения.

Доказано, что прекращение курения и злоупотребления алкоголем приводит к существенному снижению риска инфарктов и инсультов через 2-4 года. В течение первых пяти лет после прекращения курения риск рака легких снижается на 20%. Снижение массы тела уменьшает на 25% риск общей смертности и на 28% – риск смертности от сердечно-сосудистой патологии. Регулярная физическая активность снижает риск сердечных заболеваний и инсульта, диабета 2 типа, гипертонии, рака толстой кишки, рака молочной железы и депрессии.

По результатам скрининговых осмотров за полугодие 2011 года осмотрено порядка 857 тысяч человек взрослого населения, что составляет 46% от запланированного осмотру взрослого населения. В ходе осмотра выявлено почти 85 тысяч больных с патологией, по которым проводились скрининги. Из числа осмотренных на раннее выявление болезней системы кровообращения, почти у 7% зарегистрированы впервые выявленные случаи заболевания.

У 8,5 % женщин из числа осмотренных, выявлена патология молочных желез (14160), в том числе 75 случаев злокачественных новообразований. Осмотрено более 1,7 млн. детей в возрасте до 18 лет. У более чем 422 тысяч детей выявлена различная патология (25%).

Построение качественной службы ФЗОЖ и перспективы ее развития связаны со следующими мероприятиями:

1. Разработка, реализация национальной политики ФЗОЖ, осуществление межотраслевой координации и регулирование предоставления услуг в области пропаганды и ФЗОЖ, профилактики поведенческих факторов риска социально-значимых заболеваний

2. Усиление координирующей и регулирующей роли НЦПФЗОЖ по межсекторальному взаимодействию. Усиление подразделений по межведомственному сопровождению стратегическо-

го планирования, совершенствования финансирования, развития пропаганды ЗОЖ;

3. Укрепление здоровья граждан через ФЗОЖ и профилактику заболеваний, Снижение курения, злоупотребления алкоголем, повышение физической активности, снижение заболеваемости, связанной с питанием;

4. Повышение эффективности управления службой ФЗОЖ, внедрение системы управления каечством. Развитие кадрового потенциала службы ФЗОЖ на основе обучения по вопросам общественного здравоохранения и организации информационных кампаний среди населения.

5. Внедрение научно обоснованных доказанных методов работы по профилактике и ФЗОЖ;

6. Повышение эффективности скринин говых исследований со снижением факторов риска развития заболеваний, интеграция профилактики поведенческих факторов риска на уровне ПМСП в ежедневной работе врача.

7. Использование современных технологий информирования (электронные мониторы, роллеры, терминалы, интернет ресурсы, сотовая связь) в проведении информационно-коммуникационных кампаниях по ФЗОЖ, профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых заболеваний в организациях систем здравоохранения, образования и в местах скопления людей (аэропорты, вокзалы, общественный транспорт и т.п.) (МИО).

8. Выделение бесплатного эфирного времени для проката видеоматериалов по ФЗОЖ (МКИ).

9. Внедрение производственной гимнастики в системах образования, здравоохранения, госструктурах. Обеспечить льготный доступ детей и молодежи к оздоровительно-спортивным сооружениям, развитие сети дворовых клубов (МИО).

10. Развитие школьной медицины (МЗ, МОН, МТС). Постепенный охват горячим питанием школьников старших классов. Создание врачебно-физкультурных диспансеров на республиканском и региональном уровнях (МИО).

11. Разработка плана мероприятий по профилактике ТБС, ИППП и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе совместно с КУИС МЮ РК.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан. «Саламатты Казахстан». Астана, 2011 г.- 124 с.

УДК 616.1:613.2:616-056.5

РОЛЬ ФАКТОРОВ ПИТАНИЯ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА В РАСПРОСТРАНЁННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

СЛАЖНЁВА Т.И., АЙТМАГАМБЕТОВ Н.А.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы,
Областная детская больница Атырауской области

Резюме

В статье представлены материалы ранжирования факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и показана ведущая роль питания в возникновении сердечно-сосудистых заболеваний.

Тұжырым

Мақалада жүрек қан-тамырлары аурулардың қауіп-қатер факторларының дәрежелендіру материалдары және аурудың пайда болуындағы тамақтанудың бастауыш рөлі көрсетілген.

Summary

This article gives information about ranking risk factors of cardio-vascular diseases and showed the main role of nutrition in origin of cardio-vascular diseases.

Распространённость основных факторов риска и ранжирование влияния поведенческих факторов риска на здоровье населения регулярно изучается в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни Минздрава РК. Так рондомизированное скрининговое исследование, проведённое в двух сельских районах Алматинской области и двух поликлиниках города Алматы по оценке уровня информированности, навыков и отношения населения пилотных регионов по проблемам Формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) и профилактики социально значимых заболеваний показало, что среди всех респондентов пилотных объектов города и села как мужского так и женского пола отметили курение (48,5% мужчин, 40,8% женщин, 42,7% лиц обоего пола) и избыточную массу тела (ИзбМТ) (42,4% мужчин, 44,2% женщин, 43,7% лиц обоего пола) как приоритетные факторы ,способствующие развитию сердечно-сосудистых заболеваний.(1)

Следующим блоком исследования явились аспекты поведения населения в отношении активных действий по профилактике наиболее распространенных среди данной популяции ХНЗ.

В процессе исследования установлено, что 35% респондентов, проживающих в городе, и 45,7%, проживающих в сельской местности, считают обязанностью каждого человека заниматься предупреждением заболеваний у себя и близких. 33% опрошенных горожан и 45,2% сельчан возлагают эту миссию на медицинских работников. 7,56% сельских жителей и 1,65% горожан считают, что профилактика – это обязанность государства.

При изучении рациона питания установлено, что 5,4-5,7% респондентов в основном потребляют растительные продукты питания. Преобладание мясных продуктов в рационе питания отметили 14,3% горожан и 28% сельских жителей. Большинство респондентов в городе (70,4%) и 49,2% в селе считают, что их рацион питания равномерно смешанный. В целом до 95% респондентов отмечают, что при приготовлении пищи дома используется с растительное масло.

В процессе исследования проведена интегральная оценка комплекса факторов риска и ранжирование влияния поведенческих факторов риска на здоровье населения пилотных регионов на этапах ПМСП.

Определена распространенность основных болезней системы кровообращения и факторов риска их развития среди обследованного взрослого населения. Установлено, что распространенность ССЗ, как АГ, так и ИБС достоверно больше ($p<0,01$) среди городских жителей по сравнению с сельскими.

Одной из причин превалирования распространенности ССЗ среди городских жителей можно объяснить с достоверным увеличением распространенности избыточной массы тела (ИзбМТ) среди городских жителей, по сравнению с сельскими жителями.

Показано, что что ИзбМТ (когда ИМТ >25,0) достоверно превалирует у городских жителей (у мужчин – 52,5±3,4%, у женщин – 54,0±2,1, всего – 53,6±1,8%) по сравнению с сельскими (у мужчин – 45,5±8,7%, у женщин – 24,3±3,3, всего – 27,7±3,2%).

Выявлена взаимосвязь выявленных факторов риска с развитием основных болезней системы кровообращения.

Определено, что частота встречаемости ИзбМТ среди групп больных с ССЗ достоверно выше ($p<0,001$) в сравнении со здоровой группой. ИзбМТ среди женщин более выражена. Обращает внимание то, что определение ИзбМТ по способу ОТ(объём талии) достоверно более чувствительно ($p<0,01$), нежели по способу ИМТ.

Для исследования полноты взаимоотношений между возникновением ССЗ и ФР проведен инверсионный анализ. То есть, выше, если мы ранее среди больных ССЗ выявляли частоту наличия ФР, то теперь из всего контингента населения, злоупотребляющих ФР, выявили частоту встречаемости ССЗ.

Определено, что из анализируемых ФР наиболее часто при артериальной гипертонии (АГ) выявляется наличие ИзбМТ, по сравнению с ТК (табакокурение) и употреблением алкоголя. Отмечается, что для женского организма изучаемые ФР воздействует наиболее значимо, чем для мужского организма. С возрастом тенденция выявления АГ среди лиц, подверженных к ФР, в несколько раз возрастает.

Возникает объективный вопрос, что первично, возникновение и развитие АГ, фактор возраста или подверженность к ФР?

Результаты анализа свидетельствуют о том, что существует достоверная сильная связь ($c^2=148,2$, $p<0,0001$) между наличием ССЗ и избыточной массой тела, когда ИМТ>25.

Известно, что на возникновение заболеваний влияет фактор «возраста» [2,3], вследствие этого нами был проведен корреляционный анализ между таким ФР, как возраст и остальными факторами риска ССЗ.

Установлено, что средний возраст больных с ССЗ как мужского, так и женского пола, имеющих ИзбМТ, достоверно выше по сравнению с лицами здоровой группы ($p<0,05$), у которых средний возраст растет в ряду от лиц здоровой группы, АГ, ИБС и до АГ в сочетании с ИБС.

Сравнительный анализ данных среднего возраста здоровых людей и больных с ССЗ приводит к вопросу, что первично: развитие ССЗ, возрастной аспект или набор ИзбМТ [4]. Больные с ССЗ с возрастом начинают набирать избыточный вес, или с возрастом набирается вес, который является предрасполагающим фоном для развития ССЗ?

Какой из анализируемых ФР заболеваний имеет ведущее значение, может ли, что какой-либо из ФР может быть ведущим?

Был проведен многомерный корреляционный анализ между анализируемыми ФР.

Установлено,, что взаимосвязь между повышением ИМТ от 15 до 41 кг/м^2 и частотой возникновения ССЗ самая высокая ($r=+0,89$, $p<0,01$), в то же время с повышением ИМТ повышается риск употребления табака ($r=+0,63$, $p<0,01$), алкоголя ($r=+0,66$, $p<0,01$).

Далее проведено исследование ранговой значимости изучаемых ФР в инициировании возникновения ССЗ в т.ч. и АГ. Для этого использованы также возможности непараметрического однофакторного дисперсионного анализа (c^2), который был основан на разнице встречаемости ФР у групп здоровых лиц и больных с ССЗ.

Проведенный анализ для выявления ФР в развитии ССЗ показал о наличии сильной связи между ССЗ и ИзбМТ .

Ранговая значимость ФР в возникновении ССЗ представляется следующим образом. У мужчин основным и ведущим фактором риска ССЗ является ИзбМТ, если её измерять по ИМТ(индекс массы тела), то процентный вес будет равняться 34,2±2,9%, а если по ОТ – то 39,0±3,0%. На втором и третьих местах без существенного достоверного различия – употребление табака (10,2±1,9%) и еткен-чая (9,1±1,8%), на четвертом – прием алкоголя (7,4±1,6%).

У женщин основным и ведущим фактором риска ССЗ также является ИзбМТ, если её измерять по ИМТ, то процентный вес будет равняться 40,8±2,4%, а если по ОТ – то 29,5±2,3%. На втором месте – прием еткен-чая (19,2±1,9%), на третьем месте – табакокурение (5,9±1,2), и на четвертом месте – прием алкоголя (4,6±1,0%).

Ранговая значимость ИзбМТ повышается у мужчин, когда ИзбМТ определяется по ОТ, а у женщин – по ИМТ. Эти данные ещё раз могут подтвердить данные о различном распределении избыточного жира в организме мужчин и женщин, у мужчин – по абдоминальному (висцеральному) типу, у женщин – по гинойдному (бедренному) типу.

Таким образом, в результате проведенного многофакторного анализа было выявлено, что основным и ведущим ФР возникновения ССЗ оказалось наличие ИзбМТ.

ФР ССЗ в соответствии с их ранговыми значениями (в %) расположились следующим образом у мужчин:

1) ИзбМТ (если была измерена по ИМТ, то – 34,2±2,9%, если по ОТ – то 39,0±3,0%);
2) употребление табака (10,2±1,9%);
3) употребление еткен-чая (9,1±1,8%);
4) прием алкоголя (7,4±1,6%).

У женщин:

1) ИзбМТ (если измерять по ИМТ, то – 40,8±2,4%, если по ОТ – то 29,5±2,3%);
2) прием еткен-чая (19,2±1,9%);
3) табакокурение (5,9±1,2%);
4) прием алкоголя (4,6±1,0%).Полученные данные необходимо использовать

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Слажнева Т.И. и др.//Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения. – Алматы, 2008.- С.150.

2.WHO names top 10 health risks/ Rosenthal A.M.// Environ. Health Perspect.– 2003.– 111, № 9.– С. А456.

3. Ахаладзе Н.Г., Вайсерман А.М. //В кн.: Проблемы старения и долголетия. - Киев, 1992. - № 3. - С.323-330.

4. Barrows C.H., Kokkonen G.C. Relationship between nutrition and aging. – Adv. Nutr. Res., 1980, vol. 1, p. 253-299.

УДК 616.1-084:613.2-03:614.39

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОМОЩЬЮ КОРРЕКЦИИ ПИТАНИЯ В РАМКАХ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ НА УРОВНЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ПМСП

БАТТАКОВА Ж.Е., СЛАЖНЕВА Т.И., ХАЙДАРОВА Т.С., ЕГОРЫЧЕВ В.Е.

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

Резюме

В профилактике сердечно-сосудистых заболеваний эффективность работы зависит от значительного фактора - рационального питания. В настоящее время одной из самых прогрессивных и распространенных форм работы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни является проведение тренинга. Особую актуальность, данная форма работы имеет в школах здоровья, организованных на базе организаций первичной медико-санитарной помощи. В статье предложены основные этапы профилактика сердечно - сосудистых заболеваний: введение, знакомство, ожидания участников, правила работы групп, оценка уровня информированности, актуальность проблемы, информационный блок, приобретение практических навыков, завершение работы

Тұжырым

Жүрек-тамыр ауруларының алдын алу бойынша жұмыстардың табыстары көбіне тиімсіз тамақтану сияқты маңызды факторлардың әсерінен болады. Қазіргі кезде медициналық-санитарлық алғашқы көмек көрсетуді мектеп денсаулығы шеңбері деңгейінде ұйымдастыру осы аталған кластың ауруларының алдын алу ең маңыздысы болып табылады. Денсаулық сақтаудың алғашқы бөлімдері деңгейінде қолданылатын, алдын алу жұмыстарының технологиялары арасында тренингтер өткізу ерекше орын алып отыр. Мақалада жүрек-тамыр ауруларының алдын алудың негізгі этаптары ұсынылды: кіріспе, танысу, қатысушылардың күтуін анықтау, жұмыс тобы жұмысының ережелерімен танысу, қатысушылардың ақпараттандырылу деңгейін бағалау, мәселенің өзектілігін ұсыну, блоктың ақпараттандырылуы, тәжірибелік дағдыларды тұтыну, жұмысты аяқтау.

Summary

The success of the prevention of cardiovascular disease is largely dependent on the impact on such an important factor as not rational nutrition. At the present time acquired a special urgency this class of disease prevention in the schools of health organizations at the level of primary health care. Among the technologies of prevention used in the primary care level, most attention should be paid to conduct trainings. The article presents the main stages of training for the prevention of cardiovascular disease: an introduction, dating, finding participants' expectations, acquaintance with the rules of the group, assessing the level of awareness of participants, presentation of the relevance of the problem, an information block, the acquisition of practical skills, completion of work.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре причин заболеваемости хроническими болезнями и смертности взрослого населения, часто способствуют развитию инвалидности и значительно ухудшают качество жизни представителей всех возрастных групп.

В основе патологии лежит атеросклероз, который развивается на протяжении многих лет, и обычно приобретает серьезные формы к тому времени, когда начинают наблюдаться симптомы, обычно в среднем возрасте.

Регулирование факторов риска может снизить клинические проявления и преждевременную смертность у лиц с установленными сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также у тех, кто подвержен значительному риску сердечно-сосудистых заболеваний в силу влияния одного или более факторов риска.

Среди ведущих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний можно выделить нерациональное питание и низкую физическую активность. Данные факторы оказывают достоверное воздействие не только на развитие сердечно-сосудистых заболеваний в целом, но и на формирование отдельных болезней данного класса, таких, как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, ишемический инсульт.

В системе профилактики различных хронических неинфекционных заболеваний важную роль играет рациональное питание [1,2].

Поведенческими факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанными с питанием, являются, прежде всего, диета с

высоким содержанием насыщенных жирных кислот и недостаточное употребление свежих овощей и фруктов [3].

В настоящее время одной из самых прогрессивных и распространенных форм работы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни является проведение тренинга [4]. Особую актуальность данная форма работы имеет в школах здоровья, организованных на базе организаций ПМСП.

План тренинга:

Этап	Продолжительность (мин.)
Введение. Знакомство. Ожидания участников. Правила работы группы	10
Оценка уровня информированности. Актуальность проблемы	10
Информационный блок	25
Приобретение практических навыков	40
Завершение работы	5

План-конспект

1. Введение. Знакомство. Ожидания участников. Правила работы группы (10 мин.)

Ведущим представляются и описывают цели и задачи тренинга. При знакомстве участникам можно предложить карточки для написания своего имени, это позволит тренеру обращаться к каждому участнику по имени. Ожидания участников можно выяснить в короткой беседе. Она необходима для того, чтобы ведущий мог скорректировать объем, уровень сложности и стиль подачи материала в информационном блоке. Тренер и участники предварительно договариваются о том, что будет происходить на тренинге. Ведущий кратко объявляет правила работы и объясняет их значение.

2. Оценка уровня информированности. Актуальность проблемы (10 мин.).

Оценку уровня информированности участников семинара можно проводить методом тестирования, либо в процессе беседы. Для представления актуальности проблемы полезны будут сведения, приведенные нами в «Сумке тренера».

3. Информационный блок (25 мин.)

Группа должна усвоить следующую информацию:

· С целью профилактики сердечно-сосудистых заболеваний следует осуществить следующие изменения в питании:

✓ Потребление энергии необходимо скорректировать таким образом, чтобы оно поддерживало идеальную массу тела (индекс массы тела – 18.5-24.9 кг/кв.м).

✓ Значительно снизить потребление общих жиров и насыщенных жиров.

✓ Потребление трансжирных кислот должно быть прекращено совсем.

✓ Большая часть потребляемого жира должна быть полиненасыщенной (до 10% калорий), или мононенасыщенной (10-15% калорий).

✓ Снизить ежедневное потребление поваренной соли, по крайней мере, на одну треть и, по возможности, до < 5 г. в день (1 чайная ложка).

✓ Следует ежедневно съедать, по крайней мере, 400 г в день различных фруктов и овощей.

✓ Исключить из меню сахар и рафинированные углеводы.

✓ Детям рекомендуется грудное вскармливание продлить до двух лет [3,5,6].

· Рекомендуемые продукты питания для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы:

✓ Красное вино (в расчете на содержание алкоголя не более двух единиц в день).

✓ Рыба (лосось, тунец, скумбрия, сардины) – источник омега-3-жирных кислот.

✓ Черный шоколад.

✓ Овощи и фрукты.

✓ Миндаль и грецкие орехи.

✓ Чеснок.

✓ Овсяные хлопья.

✓ Хлеб грубого помола.

✓ Обезжиренные молочные продукты.

✓ Фасоль, горох.

✓ Оливковое масло холодного отжима.

✓ Зеленый чай.

✓ Яблоки.

✓ Красные грейпфруты.

✓ Клюквенный сок.

✓ Томаты

✓ Кукуруза.

4. Приобретение практических навыков (40 мин.).

Упражнение «Наиболее распространенные сер-

дечно-сосудистые заболевания». В данном контексте – это способность продумать и взвесить последствия неправильного питания, а также отработка умения принимать решение по переходу на рациональное питание и реализовать его.

Цель: повысить уровень информированности участников по проблеме, в легкой игровой форме закрепить полученные участниками знания по проблеме правильного питания при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Ведущий предлагает участникам разделиться на 3 подгруппы. Каждая группа должна подготовить выступление по одной из следующих тем:

· Признаки, характерные для сердечно-сосудитых заболеваний.

· Причины, способствующие развитию сердечно-сосудитых заболеваний.

· Принципы рационального питания с целью профилактики сердечно-сосудитых заболеваний.

Темы распределяются по желанию тренера или по жребию. Время для подготовки 10-15 минут. Информацию, которую сообщают участники, ведущий, исправляя и дополняя, заносит в таблицу.

После заполнения таблицы ведущий задает группе вопрос: «Нужна ли вся информация, приведенная в таблице; если нужна, то для чего?». По мере обсуждения, та информация, которую группа считает лишней, перечеркивается.

Завершение тренинга (5 мин.).

На завершающем этапе тренинга участники должны поделиться своими впечатлениями о проведенном тренинге, отметь, какие новые знания и практические навыки они приобрели. Участникам тренинга следует рассказать о своих дальнейших планах: о том, каким образом полученные в рамках данного тренинга теоретические знания и практические навыки они будут использовать в своей работе и в жизни.

Ведущий выясняет у участников, что понравилось и что не понравилось в ходе тренинга, оправдались ли их ожидания и подводит итоги

Таким образом, развитие сердечно-сосудистых заболеваний в значительной степени зависит от наличия поведенческих факторов риска. Среди поведенческих факторов сердечно-сосудистых заболеваний большое значение имеет нерациональное питание. Снижения интенсивности воздействия данного фактора на индивидуальное и популяционное здоровье можно добиться путем проведения систематической работы по формированию здорового образа жизни. Среди форм и методов работы по формированию здорового образа жизни в последние годы все большую популярность приобретает проведение тренингов, которые следует шире использовать в деятельности организаций ПМСП по профилактике поведенческих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шарманов Т.Ш. Ойлар. Пікірлер./ Мысли. Суждения/ Жалпы ред.басқ. профессор А.А. Ақанов.- Алматы: «Credos trade», 2010.- 440 б.

2. Цой И.Г., Синявский Ю.А. Роль факторов питания в комплексном лечении различных видов патологии. Алматы. 2006, 88 с.

3. Тулебаев К.А., Нерсесов А.В., Назирова Н.В. и др. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально значимых заболеваний: Протоколы профилактической деятельности. – Астана-Алматы, 2007.- 48 с.

4. Яшина Е. и соавт. Я хочу провести тренинг. НГОО «Гуманитарный проект» ЮНИСЕФ, 2010, 214 с.

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

6. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007. 34 P.

УДК: 616.33:613.2+616-006.6

АЛИМЕНТАРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЖЕЛУДКА В МОНГОЛИИ

ШАРМАНОВ Т., ЦЭГМЭД С., АЙДЖАНОВ М.

Институт Общественного Здоровья Монголии, г. Уланбатор
Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье описаны алиментарные факторы риска рака желудка в Монголии.

Тұжырым

Мәтінде Моңғол елдегі асқазан обырының алиментарлық факторлары сипатталған.

Summary

This article describes the nutritional risk factors of stomach cancer in Mongolia.

На фоне поступательного роста онкологической заболеваемости в мире, вот уже четверть века частота рака желудка в разных регионах планеты идет на убыль.

Одним из редких исключений из этого правила является нынешняя ситуация с онкологической заболеваемостью в Монголии, где на протяжении ряда лет сохраняется тенденция поступательного роста частоты рака органов пищеварения, в том числе и рака желудка. В 2010 г. из общего числа вновь выявленных случаев рака 73.9% локализовалась в органах пищеварительной системы, причем 21,1% - в желудке.

Если в экономически развитых странах самыми распространенными формами рака среди мужчин являются опухоли простаты, легкого и желудка, а среди женщин - рак груди, пищевода и легких, то в развивающихся странах мужчины больше всего болеют раком легкого, желудка и печени, а женщины - раком груди, шейки матки и желудка.

В структуре онкологической заболеваемости в Монголии распространенными формами злокачественных новообразований являются рак печени (43.1%), рак желудка - 15.6.1% и рак легкого - 9.6%. При учете надежности информации о частоте рака печени надо принимать во внимание сложности дифференциальной диагностики первичного рака в этом органе от вторичного рака, так называемого метастатического. В отличие от этого, для скрининга рака желудка в Монголии широко используется фиброгастроскопия, что позволяет полагать о реальности ситуации частоты данной патологии и региональных особенностях ее распространения.

Условия жизни и поведенческие реакции человека относятся к числу факторов, способствующих трансформации как протоонкогенов в онкогены, так и дремлющих онкогенов в активное состояние. В связи с этим, выявление факторов риска и устранение или ослабление их неблагоприятного действия может создать предпосылки для снижения онкологической заболеваемости.

До сих пор нет единства взглядов относительно причины развития рака желудка, хотя накоплено много фактов, указывающих на определяющую роль нарушений питания: (i) частое употребление жареных и копченых продуктов, содержащих канцерогенные полициклические ароматические углеводороды; (ii) нитратсодержащих консервированных продуктов и маринадов; (iii) пристрастие к потреблению в пищу соленых бобов и других солений; (iv) редкое использование в пищу овощей и фруктов; (v) поздний обильный ужин с включением жирной мясной пищи; (vi) злоупотребление крепкими алкогольными напитками.

Односторонность питания и нарушение режима приема пищи способствует атрофии слизистой желудка и снижению секреции желез, которые являются почвой для развития рака. К числу атрофических гастритов, на фоне которых чаще развивается рак, относится кишечная метаплазия поверхностного эпителия слизистой желудка.

Указанные выше алиментарные факторы риска рака желудка могут в той или иной степени иметь место и в Монголии. Отсутствием специальных исследований в этом направлении про-

Таблица 1. **Сопоставление частоты и интенсивности влияния факторов риска рака желудка у мужчин и женщин в Монголии**

Переменные	Мужчины			P<	Женщины			P<
	Процент		95% ДИ		Процент		95% ДИ	
	Случай n=62	Контроль n=124			Случаи n=70	Контроль n=140		
Потребление овощей чаще 2 раз/нед.	45,2	80,6	5,0 (2,5-9,8)	0,01	57,1	68,9	1,6 (0,9-2,9)	0,12
Потребление фруктов чаще 2 раз/нед.	3,2	29,0	12,2 (2,8-52,9)	0,01	1,4	24,3	2,4 (1,0-5,7)	0,02
Потребление свежего мяса чаще 2 раз/нед.	83,9	88,7	1,5 (0,6-3,6)	0,36	80,0	77,1	0,8 (0,4-1,7)	0,38
Потребление молока 2 раз/нед.	90,3	91,9	1,2 (0,4-3,5)	0,78	87,1	86,0	1,2 (0,5-2,3)	0,37
Потребление кумыса (за исключением зимнего периода) чаще 2 раз/нед.	32,3	59,7	3,1 (1,9-5,6)	0,01	17,1	61,4	7,6 (3,7-15,6)	0,01
Повторное использование неоднократно перетретого жира для приготовления пищи	61,3	35,6	0,7 (0,3-1,3)	0,02	42,9	20,0	0,3 (0,1-0,6)	0,01
Пристрастие к употреблению:								
«чрезмерно» соленой пищи	83,9	71,0	0,4 (0,2-1,0)	0,07	68,6	57,1	0,6 (0,3-1,1)	0,13
«острой» пищи	22,6	14,5	0,5 (0,2-1,2)	0,21	17,1	17,1	1,0 (0,4-2,1)	1,0
«излишне горячей» пищи	62,1	56,9	0,4 (0,2-1,0)	0,15	68,9	72,2	0,6 (0,3-1,1)	0,12
Тщательное пережевывание грубой пищи	45,2	77,4	4,1 (2,1-8,0)	0,01	54,3	72,9	2,2 (1,2-4,1)	0,01
Плотный поздний ужин незадолго (< 1 часа) до отхода ко сну	74,2	46,8	0,3 (0,1-0,5)	0,01	71,4	52,9	0,4 (0,2-0,8)	0,01
Использование холодильника для хранения овощей, фруктов и скоропортящихся продуктов	59,1	86,4	4,3 (2,6-7,1)	0,01	62,3	92,3	4,3 (2,6-7,1)	0,01
Наличие вредных привычек:								
курение	58,1	35,5	0,3 (0,2-0,7)	0,05	0,0	8,6	1,0 (1,0-1,1)	0,1
частое потребление водки, других крепких алкогольных напитков	77,4	54,8	0,3 (0,2-0,7)	0,01	0,0	0,0	-	-
курение + алкоголь	47,2	25,3	0,3 (0,2-0,7)	0,05	0,0	0,0	-	-
Хронические гастриты	18,2	6,8	3,4 (1,2-4,3)	0,05	13,2	4,3	2,4 (1,8-3,1)	0,01
Отягощенный анамнез по раку	16,1	3,2	0,2 (0,05-0,5)	0,003	20,0	8,6	0,4 (0,1-0,8)	0,02
Прием витамино-минерального комплекса (зимой и весной)	0,0	12,9	1,0 (1,0-1,2)	0,01	0,0	0,0	-	-

диктована необходимость выяснения роли и места алиментарного компонента в развитии рака желудка.

Результаты эпидемиологического исследования методом «случай-контроль», выполненных на 62 больных мужчин и 70 больных женщин с морфологически верифицированным диагнозом рака желудка и 124 мужчин и 140 женщин в контрольной группе, указывают на вероятность снижения относительного риска заболевания при регулярном (чаще 2 раз в неделю) потреблении кумыса ($p < 0,01$), фруктов ($p < 0,01$), тщательном пережевывании и хорошем состоянии жевательного аппарата ($p < 0,01$).

Хранении продуктов питания в холодильнике ($p < 0,01$) и дополнительном приеме витаминно-минеральных комплексов ($p < 0,01$), с одной стороны, и возрастания риска заболевания при повторном использовании перегретого жира для приготовления пищи ($p < 0,02$), наличии привычки ужинать незадолго до отхода ко сну ($p < 0,01$), хронического гипо- и анацидного атрофического гастрита ($p < 0,05$ у мужчин и $p < 0,01$ у женщин) и отягощенном анамнезе по раку верхнего отдела пищеварительного тракта ($p < 0,003$ у мужчин и $p < 0,02$ у женщин), - с другой.

Отсутствие каких-либо существенных различий в частоте потребления молочных продуктов (за исключением кумыса) и мяса между «контролем» и «случаем» является скорее следствием того, что они являются исконно традиционной пищей для всего населения Монголии. Этого нельзя сказать о потреблении рыбы, доступность которой для многих жителей остается крайне низкой.

Представляется очевидным, что поскольку среди обследованных женщин не было ни курящих, ни употребляющих крепкие алкогольные напитки для них эти вредные привычки не могут рассматриваться в качестве фактора риска заболевания раком желудка. В тоже время, установлено, что для мужчин как раздельное курение ($p < 0,05$) и потребление алкоголя ($p < 0,01$), так и сочетанное воздействие их ($p < 0,05$) на организм человека опасно в онкогенном отношении.

Таким образом, на основании представленных данных можно утверждать, что обязательное включение в рационы питания свежих фруктов, кумыса, равно как и отказ от многократного использования жира для приготовления еды, являются залогом предупреждения рака желудка. Этому может способствовать и своевременная санация полости рта, зубов, а также соблюдение диеты при хронических гастритах. Дополнительный прием витаминно-минеральных комплексов в зимне-весенний период года должен стать нормой для детского и взрослого населения.

При оценке значения факторов питания в развитии рака желудка и ее региональных особенностей распространения важно учитывать специфику природно-климатических условий, преимущественную направленность сельского хозяйства, доступность пищевых продуктов, устоявшиеся среди различных групп населения традиции и привычки в отношении питания, уровень знаний людей об основных принципах рационального питания.

Проведение правильно построенной пропаганды среди широких слоев населения об алиментарных факторах риска рака желудка с учетом вышеизложенных особенностей питания населения будет способствовать снижению уровня заболеваемости столь грозного недуга, который все еще имеет тенденцию роста в Монголии.

УДК 574.4 (282.255.51)

КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ПРОФИЛАКТИКИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ДЕТЕЙ В Г. ШЫМКЕНТЕ

СЛАЖНЕВА Т.И., ЯКОВЛЕВА Н.А., АЙТМАГАМБЕТОВ Н.А.

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

Резюме

В статье описано исследование, посвященное оценке риска воздействия свинца на здоровье детского населения г. Шымкента и разработке подходов по его снижению путем коррекции питания.

Тұжырым

Мәтінде Шымкент қаласының бала тұрғындарының денсаулығына қорғасынның қауіп-қатерлі әсерінің бағалауы және оны тамақтану арқылы коррекция жасап өңдеу жолдарын төмендету бойынша зерттеу сипатталған.

Summary

This article describes a study on the risk of lead exposure on the health of child population's in Shymkent city and to development the ways of reducing it by correcting the diet.

Согласно данным ВОЗ, острое и хроническое воздействие свинца на детское население является одной из важнейших проблем во всем мире. С воздействием свинца связывают около 0,6% глобального бремени болезней [1].

Опасность свинца для человека определяется его значительной токсичностью и способностью накапливаться в организме. Воздействие свинца на детей проявляется, в первую очередь, в нарушении функции нервной системы. В многочисленных исследованиях показано влияние свинца на нейропсихологическое развитие детей. Установлено, что повышение содержания свинца в крови у детей дошкольного возраста на 1 мкг/дл ведет к снижению коэффициента интеллектуального развития ребенка от $^1/_4$ до $^1/_2$ балла, причем негативные эффекты обнаруживались спустя 10-летний период после того, как в 2-х летней возрастной когорте были найдены повышенные уровни свинца в крови [2].

В Республике Казахстан особенно остро проблема воздействия свинца на здоровье населения, в первую очередь детей, стоит в г. Шымкенте, где в результате многолетней работы свинцового комбината на значительной территории города сформировалась зона «исторического» загрязнения почвы свинцом.

Согласно данным ВОЗ, наиболее информативным биосубстратом при воздействии свинца является кровь. Содержание свинца в крови отражает текущее состояние динамического равновесия между количеством свинца, поступающего в организм, переходящего в кровь и отлагающегося в тканях, относительно безопасным принят уровень 10 мкг/дл.

Уровень свинца, превышающий 10 мкг/дцл, был выявлен у 82 % обследованных детей г. Шымкента, проживавших в зоне, длительное время находившейся под влиянием выбросов свинцового комбината, причем у двух детей содержание свинца в крови достигало значения 65 мкг/дл, что 6,5 раз превышало нормативный уровень. Средний показатель содержания свинца в крови составил 19,45 мкг/дл. [3]. Поступление свинца в организм детей может происходить ингаляционным путем, учитывая фиксируемые превышения содержания свинца в атмосферном воздухе. Вместе с тем, согласно литературным данным, для детей наиболее важным источником поступления с винца в организм является загрязненная почва. Это объясняется спецификой поведения детей, в первую очередь детей дошкольного возраста. Во время игр на загрязненной территории может происходить заглатывания загрязненных частиц почвы в результате облизывания рук, игрушек.

Двумя важнейшими направлениями предотвращения свинцовой интоксикации у детей является, с одной стороны, очистка почвенного покрова, оздоровление экологической ситуации в городе, а с другой - работа с населением, направленная на гигиеническое воспитание детей, проведение профилактических мероприятий, способствующих снижению всасывания свинца в организме и ускоренному его выведению. При этом коррекция питания детей, учитывающая специфику экологической ситуации, может яв-

ляться важнейшим инструментом оздоровления детей [4]. Так, в рационе детей, проживающих в зоне высокого риска воздействия свинца, должна быть увеличена доля употребления цельного молока, кисломолочных продуктов, свежего творога (продуктов, богатых кальцием, препятствующим всасыванию свинца в кишечнике и снижающим его токсическое действие, что подтверждается экспериментальными данными). Следует больше употреблять мяса (говядины), печени, продуктов с высоким содержанием железа. Необходимо увеличить количество продуктов, содержащих каротин (морковь), организовать полноценное белковое питание, способствующее повышению активности иммунной системы организма, снижению свинцовой интоксикации.

Вместе с тем, следует ограничить употребление жирной пищи, которая способствует усвоению свинца (в частности, следует включать в рацион питания только нежирные сорта баранины, говядины, свинины, а для приготовления блюд использовать преимущественно растительное масло); ограничить употребление колбасных изделий, консервов. Необходимо включать в ежедневный рацион питания компоненты, способствующие выведению свинца из организма через кишечник, и богатых витаминами: разнообразных овощей и фруктов (желательно в виде салатов и пюре), богатых натуральной клетчаткой и пектинами; витаминных напитков, киселей на основе шиповника, клюквы, ревеня; пищевых волокон. Важным является использование пектинов, обладающих хорошим эффектом по выведению свинца из организма через кишечник: мармелад и другие сладости с пектином, добавлять пектины в третьи блюда (напитки, соки, кисели, муссы, кисломолочные продукты).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Childhood Lead Poisoning // WHO.- 2010, P.72.

2 Marcowitz M. Lead poisoning / M. Marcowitz. - Pediatrics in Review.-2000.-Vol.21.-№ 10.

3 Оценка загрязнения окружающей среды Республики Казахстан свинцом, разработка подходов к снижению экологических рисков / А.А. Корчевский [и др.] // Проблемы биогеохимии и геохимической экологии. - 2010. -1(12).- С. 72-76.

4 Оценка риска и экологическая эпидемиология // Екатеринбург. - 2000.- С.102-103.

УДК 612.392:613.27-084:614.2:303

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ПРОГРАММ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ МИКРОНУТРИЕНТНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

СУЛЕЙМАНОВА Д.Н., МАМАТКУЛОВА Д.Ф., НАРМЕТОВА М.У., КУЛИЕВ О.А.

НИИ гематологии и переливания крови МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент

Резюме

В данной статье описаны мониторинг и оценка программ по профилактике микронутриентной недостаточности в Республике Узбекистан.

Тұжырым

Берілген мәтінде Өзбекстан Республикасының тағамдық шағын заттектердің жеткіліксіздіктің алдын алу бойынша бағдарламалардың барлауы және бағасы сипатталған.

Summary

This article describes the monitoring and evaluation of programs for the prevention of micronutrient deficiency in the Republic of Uzbekistan.

В Республике Узбекистан проблема микронутриентной недостаточности является актуальной и находится в центе внимания правительства республики и министерства здравоохранения. По этой проблеме в республике осуществляются различные проекты и программы при сотрудничестве и поддержке международных организации и фондов.

Эпидемиологические исследования по распространенности анемии проведённые в 1996 году в рамках медико-демографических исследований совместно с международными организациями (ЮСАИД) показали, что уровень анемии среди женщин фертильного возраста составил 60%, среди детей до 3х лет 61%. За последние десятилетия в масштабах всей республики реализуются следующие программы по массовой профилактике анемии:

1. «Программа фортификации муки в 5 пилотных областях РУз», «Синтенельные исследования по оценке эффективности фортификации муки в 5 пилотных областях РУз» реализованы в 2001 – 2005 годах при поддержке Азиатского Банка Развития и Японского Фонда по снижению бедности (ЯФСБ). В рамках программы в целях снижения анемии в республике налажено производство фортифицированной муки КАП комплексом, научно обоснована целесообразность фортификации муки для профилактики анемии, что явилось обоснованием для создания Национальной программы по фортификации муки в нашей Республике;

2. «Национальная программа по фортификации муки» реализована в 2004-2009 годах согласно постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП 153 от 11.08.2005г при поддержке Всемирного Банка, международного фонда GAIN, ЮНИСЕФ; В результате этого 81% населения республики имели доступ к фортифицированной муке или обогащенному хлебу, более 90% осведомлены о вопросах анемии и пользе фортификации муки.

3. «Программа еженедельной саплементации железом и фолиевой кислотой среди групп риска» реализована поэтапно (2001-2011гг.) в 12 областях РУз при поддержке ЮНИСЕФ, Японского фонда JICA, Всемирного Банка. В рамках программы около 5 млн. женщин, подростков и детей получали бесплатно препараты железа и фолиевой кислоты в течение 2х лет в целях профилактики анемии;

4. Проект при поддержке ЮНИСЕФ «Оценка программ профилактики анемии в 3х пилотных регионах РУз», в рамках которого проведены исследования по анемии среди 1500 домохозяйств и изучена распространенность анемии, эффективность саплементации совместно с Казахской Академией Питания;

5. «Программа улучшения питания женщин и детей» в 4 областях РУз при поддержке Всемирного Банка и ЮНИСЕФ в рамках проекта «Здоровье-2». В рамках этого проекта около 1 млн. детей 6 мес. – 5 лет бесплатно получили препараты железа для профилактики анемии;

6. «Оценка национальной программы по фортификации муки» реализована при поддержке

Всемирного банка, GAIN, CDC. В рамках проекта впервые проведены исследования среди 2584 женщин в масштабах всей республики, по международным стандартам проведено изучение распространённости и причин анемии, оценена эффективность программ профилактики.

В результате реализации вышеуказанных программ и проектов с 1996 года распространенность анемии среди женщин детородного возраста сократилась почти в 2 раза (с 60% до 33,5%). Значительно возросла информированность по вопросам анемии среди медработников и населения, СМИ и общественные организации активно вовлечены в просветительскую работу. Вопросы анемии стали приоритетными для правительства и МЗ РУз, международных и общественных организаций, свидетельством этого является принятие закона республики Узбекистан «О профилактике микронутриентной недостаточности среди населения», который призван обеспечить устойчивость процесса снижения анемии в республике и его долгосрочную профилактику.

В настоящее время в Центре анемии налажена методика по определению фолиевой кислоты в сыворотке крови микробилогическим методом. Исследования, проведенные, среди 129 детей показали дефицит фолиевой кислоты у 81,18% детей с анемией и 66,68% детей без анемии.

УДК 614.2:613

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПИТАНИЯ

ДАЛЕНОВ Е.Д.

Институт проблем питания Казахской академии питания, г. Астана

Резюме

В данной статье описаны научные основы формирования здорового образа жизни.

Тұжырым

Осы бапта салауатты өмір салты мен дұрыс тамақтанудың ғылыми негіздері сипатталған.

Summary

This article describes the scientific basis of healthy mode of life and right nourishment.

Қазақстанның Солтүстік өңірінде халық денсаулығын анықтау, дәрігерлік бақылау және аурудың алдын-алу мәселелерін зерттеу негізінде біз мынадай қорытындыға келдік: біріншіден, әртүрлі топтағы адамдар денсаулығын зерттеуде дәрігерлер олардың қатерлі факторларға тұрақтылық дәрежелерін және тағамдық статусын ескермейді; екіншіден, зерттеулер жүйесінде адамның физикалық, психикалық, тағамдық және рухтық күйлері бағаланбайды, ол аурудың себебін анықтауда және оның ағымын болжауда кедергі келтіреді. Сондықтан да, бұл мәселелерге тиянақты ғылыми негіз беру өте орынды.

Жалпы, дені сау болу дегеніміз – ол адамның кез-келген сыртқы орта жағдайында ұзақ өмір сүре білуі, бейімделу процесстерінің жеткіліктілігі, ішкі орта тұрақтылығының сақталуы, дұрыс тамақтануы, қатерлі факторларға қарсы тұру қабілеттілігі, төзімділігі және оның белсенді еңбек етуі. Ол үшін салауатты өмір салтының ғылыми негізін қалыптастыру қажет, яки денсаулықты қатерсіз қалыпта сақтай білуді, өмір сүру салты мен әдет-ғұрпын, өмірдегі алатын орны мен дәрежесін, дұрыс тамақтануын, денсаулықты нығайтуға бағытталған іс-әрекетін, оған әсер ететін қатерлі факторларды толық түсіну керек.

Денсаулықты бұзатын, ауру алды күйін дамытып, ауруға әкелетін қатерлі факторлар дегеніміз – дұрыс тамақтанбау нәтижесінде ішкі және сыртқы орта қарым-қатынастары мен жалпы адами тәртіп ерекшеліктерінің өзгеруі салдарынан

қолайсыз нәтижеге әкелетін себептер. Аурудың алдын-алуына бағытталған шараларда осы факторларды ескере отырып, келесі кезеңдерге көңіл аудару керек: құрсақ ішінде ұрықтың дамуының, туғаннан кейінгі кезеңдегі балалар ағзасының, мектеп жасындағы балалар денсаулығының, өрбіту денсаулығының, зейнеткерлік жастағы адамдар денсаулық өзгерістерінің және сол кезеңдердегі тағамдық тәртіп бұзылуларының алдын-алу.

Сонымен ауру болдырмас үшін екі нәрсеге көңіл аудару керек: бірінші, салауатты өмір салтын қалыптастыру, жеке бас денсаулығын сақтау; екінші, дұрыс тамақтану. Ол үшін осы екі білім саласын жетілдіріп, анықтамасын ғылыми негізде тиянақтау керек.

УДК 616.34 – 008.1

АМИНОКИСЛОТЫ КРОВИ – ОДИН ИЗ ОСНОВОПОЛАГАЮЩИХ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ПИТАНИЯ СПОРТСМЕНОВ

АЛДАШЕВ А.А., КИЛЬМАЕВ В.В., ИОНИНА М.П.,
АЗНАМЕТОВА Г.К., ОМАРОВА Д.Т., САРСЕНОВ А.С.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В данной статье дано описание аминокислот в крови, как одному из основополагающих критериев оценки питания спортсменов.

Тұжырым

Осы бапта қанның аминқышқылдары - спортшылардың тағамын бағалаудың бірден-бір көрсеткіші сипатталған.

Summary

This article describes the amino acids in the blood, as one of the fundamental criteria for evaluating power of the athletes.

Животные организмы, как известно, в основном получают готовые аминокислоты (особенно незаменимые) с пищей и из них строят белки тканей. В то же время, ряд аминокислот (заменимые) могут синтезироваться непосредственно организмом из других продуктов обмена веществ (преимущественно органических кислот).

Большие физические нагрузки, которые испытывают спортсмены, характеризуются повышенным расходом пластических компонентов для энергетических целей, поэтому в метаболизме преобладают в этот момент протеолитические процессы над синтетическими, что проявляется, в первую очередь, вторичными нарушениями гомеостаза – усилением гликолиза, появлением гипоксии, кислородной недостаточностью и т.д. Роль аминокислот, в этом случае, из-за их многофункционального спектра воздействия на ткани, нельзя недооценивать.

В то же время на сегодняшний день достаточно убедительных экспериментальных данных, позволяющих достоверно судить о том, каким аминокислотам принадлежит главенствующая роль в ускорении регенеративных и дезинтоксикационных процессов в организме нет. Это скорее связано с тем, что обмен аминокислот изучается на разных этапах подготовки спортсменов к соревнованиям.

В своих исследованиях мы исходили из того, что наиболее адекватным моментом, отражающим уровень метаболических процессов в тканях спортсменов, является время окончания тренировки. С учетого этого и проводились наши исследования.

У нескольких групп спортсменов специализированного интерната (всего 43 человека в возрасте от 14 до 16 лет) с различной степенью энерготрат (боксеры, борцы вольного, греко-римс-

кого, дзюдо и таэквондо стилей, футболисты, легкоатлеты, тяжелоатлеты) газохроматографическим методом изучалось содержание свободных аминокислот в плазме крови.

Было показано, что у спортсменов наиболее энерготратных видов спорта (тяжело- и легкоатлеты) на фоне достоверного снижения уровня практически всех свободных аминокислот крови (за исключением оксипролина, орнитина аргинина и гистидина), наиболее значимо (на 50-60%) уменьшалось количество основных глюконеогенных кислот (аланин, глицин, серин, аспартат и глютамат), несколько в меньшей степени (на 30-40%) - лизина, треонина, метионина, лейцина, изолейцина и валина.

У спортсменов остальных видов деятельности (боксеры, борцы, футболисты) изменения аминокислотного пула крови имели аналогичную направленность; разница была только в меньшей выраженности этих изменений, что вероятно, связано с меньшими энерготратами.

Таким образом, результатами исследований было показано, что, несмотря на высокую калорийность пищевых рационов спортсменов и насыщенность их всеми важнейшими макро-и микронутриентами, включая витамины, у них в плазме крови всё же наблюдалось значительное снижение уровня некоторых аминокислот, что дает основание уделить этим аминокислотам особое внимание в питании спортсменов. Хочется упомянуть, что начало этим исследованиям было положено еще в прошлом веке, когда разработанный в нашей лаборатории специализированный продукт с учетом схожих биохимических данных крови у конькобежцев был успешно апробирован на спортсменах сборной СССР.

УДК 663.1.(574)

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

СИНЯВСКИЙ Ю.А., ЦОЙ И.Г., ВЫСКУБОВА В.Г.,
КАЛАЧЕВ М.В., ДАРВИШ А.А., АЛЛИЯРОВА С.Т.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В материалах излагаются сведения о функциональных продуктах питания, перспективах их внедрения и целесообразности выпуска промышленными предприятиями с целью профилактики широко распространенных заболеваний.

Тұжырым

Берілген материалдарда аурулардың кең таралуының алдын алу мақсатында функционалды тамақтану азықтүлікті келешекте енгізіп өндіру және кәсіпорындарда шығару туралы айтылған.

Summary

The material presents information about functional foods, their perspective for implementation and feasibility of the industrial enterprises in order to prevent common diseases.

Медико-демографическими исследованиями, проведенными специалистами Казахской академии питания установлено снижение потребление населением РК фолиевой кислоты, витаминов группы В, С, А, ниацина, цинка, кальция, железа. Отмечается разбалансированность в потреблении основных пищевых ингредиентов, несколько превалирует потребление насыщенных жиров и легкоусвояемых углеводов. Отмечается дефицит в питании пищевых волокон. Растет число лиц с избыточной массой тела, увеличивается процент ожирения, как среди детского, так и взрослого населения. Заметно увеличились сердечнососудистые заболевания, рак, диабет, инсульт, остеопороз, некоторые болезни мозга и нервной системы. Выявленные заболевания во многом связаны с несбалансированным, неправильным питанием, с вредными привычками, наследственной предрасположенностью и экологическими факторами.

Данную проблему в значительной степени можно решить путем использования продуктов здорового или функционального питания.

Как правило, функциональные продукты питания содержат высокие дозы биологически активных компонентов, к которым относятся: молочнокислые бактерии и пробиотики; витамины; олигосахариды; пищевые волокна; биофлавоноиды; антиоксиданты; полиненасыщенные жирные кислоты; макро-и микроэлементы; незаменимые аминокислоты; пептиды; белки; гликозиды и др.

Помимо потребительских свойств функциональные продукты позитивно воздействуют на энергетический обмен, поддержание массы тела, уровень глюкозы, инсулина и др., защищают организм от воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, оказывают благоприятное влияние на сердечнососудистую систему; физиологию желудочно-кишечного тракта; состояние кишечной микрофлоры; состояние иммунной системы и др.

Учитывая особенности состава и свойств функциональных пищевых продуктов по сравнению с традиционными, с учетом технологической специфики можно выделить три основные категории функциональных продуктов: традиционные продукты, содержащие в нативном виде значительные количества физиологически функциональных ингредиентов; традиционные продукты, в которых технологически понижено содержание вредных для здоровья компонентов, присутствие которых в продукте препятствует проявлению биологической и физиологической активности или биоусвояемости, входящих в его состав функциональных ингредиентов и традиционные продукты, дополнительно обогащенные функциональными ингредиентами с помощью различных технологических приемов.

В масштабах государства целесообразно создание технологической основы для производства качественно новых продуктов, не только удовлетворяющих физиологические потребности организма человека в пищевых веществах и энергии, но и выполняющих профилактические и лечебные функции, а также создание технологий качественно новых пищевых продуктов, соответствующих потребностям организма, увеличение доли продуктов массового потребления с высокой пищевой и биологической ценностью.

В последнее время рынок продуктов функционального питания стремительно формируется и в Казахстане. Условно продукты функционального назначения на казахстанском рынке представлены четырьмя группами: продукты на основе зерновых (в т.ч. хлебобулочные и кондитерские изделия), безалкогольные напитки, молочные продуты и продукты масложировой отрасли, сухие завтраки обогащенные витаминами, минералами, клетчаткой и отрубями. Среди кондитерских изделий выделяются продукты на натуральных сахарозаменителях, имеющие диабетический характер, а также продукты с витаминами и фруктовыми добавками. Важное место в питании населения занимают молочные продукты, относящиеся к повседневным продуктам потребления. Обладая уникальным составом, они обеспечивают организм белками, углеводами, липидами, минеральными веществами, витаминами, микроэлементами и другими жизненно важными компонентами. Обогащение молока и молочных продуктов функциональными ингредиентами является одним из наиболее надежных способов ликвидации дефицита в питании эссенциальных нутриентов. Следует подчеркнуть, что сочетание молочных и растительных белков представляет собой более совершенную композицию по аминокислотному составу. Большие перспективы имеет создание функциональных продуктов, путем сочетания молочного и зернового сырья.

В настоящее время в большинстве стран мира, в том числе и в Казахстане продукты функционального питания обогащаются не только пребиотиками, но и пробиотиками. Особенно большое значение в поддержании здоровья играют пробиотические продукты, ферментированные лакто- и бифидобактериями. Эти микроорганизмы, являясь доминирующими представителями нормальной микрофлоры кишечника, обладают полезной метаболической активностью, оказывают антагонистическое воздействие по отношению к условно-патогенной и патогенной микрофлоре, благотворно влияют на пищеварение и моторику желудочно-кишечного тракта, устраняют дисбиотические нарушения. Все это позволяет рассматривать лакто- и бифидобактерии как одну из основных категорий позитивного питания.

В области масложировых продуктов с функциональными свойствами производители в настоящее время пошли по пути создания ассортимента комбинированных (облегченных) масел и низкожирных маргаринов и майонезов с функциональными ингредиентами.

Относительно напитков функционального назначения, доля которых в общем ассортименте

продуктов здорового питания растет, на сегодняшний день можно выделить сокосодержащие напитки, напитки с экстрактами лекарственных растений, напитки, обогащенные биологически активными добавками, отдельными витаминами, макро- и микроэлементами, аминокислотами, пищевыми волокнами и другими биологически активными веществами. К функциональным напиткам специального назначения можно отнести напитки для спортсменов, энергетические, диетические напитки, питьевые воды, обогащенные йодом и др.

Особое внимание специалисты пищевой промышленности обращают на выпуск продуктов детского питания, вырабатываемых на зерновой, молочной, плодоовощной и других основах. В соответствии с требованиями современной медицинской науки эти продукты должны быть обогащены витаминами и минеральными веществами, а также пре-и пробиотическими факторами. Среди продуктов-прикормов на кисломолочной основе, следует выделить прикормы для детей раннего возраста, выпускаемые заводом «Казахской академии питания «Амиран». Это единственный в Среднеазиатском регионе завод, производящий по уникальным технологиям и рецептурам, разработанным специалистами Казахской академии питания жидкие, пастообразные и творожные прикормы на кисломолочной основе, а также продукты для беременных женщин и кормящих матерей.

Таким образом, вопросы производства продуктов функционального назначения находятся в центре внимания специалистов, занимающихся разработкой современных технологий, а также ученых нутрициологов. С учетом имеющих место нарушений в питании населения Республики Казахстан, а также роста сердечнососудистых, онкологических, гастроэнтерологических заболеваний, влияния неблагоприятных факторов внешней среды на организм весьма перспективным представляется выпуск различными отраслями пищевой промышленности продуктов здорового питания, разработанных с учетом современных достижений науки о питании и пищевой биотехнологии, и направленных на профилактику и оздоровление различных слоев населения.

УДК 613.227:612.392.6(574)

К ВОПРОСУ ОБ УРОВНЕ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОРГАНИЗМА КАЛЬЦИЕМ В СВЯЗИ СО СНИЖЕНИЕМ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ШАКИЕВА Р.А., СУЛЕЙМЕНОВА Д.С., БЕРДЫГАЛИЕВ А.Б., КОЖАХМЕТОВА А.Н.

Казахская академия питания,
Казахский национальный университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

Резюме

В работе рассмотрен аспект алиментарной профилактики остеопороза, представлены собственные данные о калькуляции алиментарного потребления кальция населением республики старших возрастных групп, а также данные по потреблению молочных продуктов в республике.

Summary

Aspect of alimentary osteoporosis prevention was reported at this article, also own data about calculation of alimentary calcium consumption that are used among older populations of Republic of Kazakhstan and data about milk products consumption were represented at this article.

Тұжырым

Бұл жұмыста республикада сүт өнімдерін тұтыну, халықтың жасы жоғары топтары арасында кальцийді алиментарлық тұтынудың қалькуляциясы туралы өзіміздің мәліметтеріміз келтірілген, сонымен қатар, остеопорозды алиментарлық алдын алудың аспектілері қарастырылған.

Закономерный биологический процесс снижения минеральной плотности костей можно задержать при соблюдении правил рационального питания и преодоления мышечной гипокинезии. За счет улучшения рациона питания и повышения физической активности, можно достичь эффективной профилактики остеопороза и продлить полноценную жизнь пожилому населению, т.к. доказана четкая взаимосвязь между данными предикторами и развитием остеопороза [1,2].

Из алиментарных факторов, оказывающих существенное влияние на состояние костной ткани, необходимо отметить полноценное белковое питание, обеспеченность организма кальцием при оптимальном соотношении кальция и фосфора, а также кальция и магния, достаточную обеспеченность организма витамином Д. Кроме того, необходимыми участниками биохимических реакций в костных тканях являются витамины С, В?, В6, К, биотин. В остеогенезе принимают участие также минеральные вещества, такие как цинк, медь, марганец, кремний, фтор, бор [3].

Прежде всего, кардиальным вопросом проблемы остеопороза остается снабжение организма кальцием. Потребление достаточного количества кальция в течение всей жизни может оптимизировать максимальную костную массу в период зрелости скелета, уменьшить скорость потери костной ткани в более позднем возрасте, резко снизить риск остеопоротических переломов.

В 2011 году нами обследовано 2100 респондентов на предмет калькуляции алиментарного потребления кальция среди старших возрастных групп населения (старше 40 лет) в Акмолинской, Актюбинской, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Кзылординской, Мангыстауской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях, а также в городах Астана, Алматы. По предварительным данным выявляется выраженный дефицит потребления алиментарного кальция, составивший всего лишь 410,17мг/сутки или 27,3% от необходимой величины 1500 мг/сутки.

Сокращение пищевого потребления минерала обусловлено, прежде всего, ограничением молочного рациона в республике. В Казахстане очень низок уровень потребления молочных продуктов, основных поставщиков кальция в организм. Годовое среднедушевое потребление молока у казахстанцев составляет 36 литров/сутки, тогда как в странах Европы превышает 90 литров/сутки.

Триггер малого молочного рациона является хорошо модифицируемым, и работа в направлении увеличения потребления молочных продуктов должна вестись на общенациональном, государственном, медицинском уровнях. В Казахстане, официальных рекомендаций, регламентирую-

щих оптимальное потребление кальция различными возрастными популяциями, не существует.

Естественно, необходимо учитывать не только уровень поступления кальция в организм, но также сфокусироваться на триггерах, резко ухудшающих всасывание кальция. Снижение биодоступности кальция у пожилых может быть обусловлено такими предикторами, как уменьшение его кишечной абсорбции в условиях низкой желудочной секреции, увеличение костных потерь кальция при малой остеоанаболической протекции половых гормонов, недостаточное обеспечение витамином D по причине низкого кожного фотосинтеза холекальциферола и многие другие.

Ухудшение параметров метаболизма кальция ведет не только к патологии костной ткани, но и к специфическим эффектам перемещения кальция из костей в ткани, что способствует реализации многих патологий, в том числе различных компонентов метаболического синдрома, кардиоваскулярной летальности, онкологической патологии, нейро-дегенеративных заболеваний.

В целом, постоянное обеспечение организма всеми незаменимыми факторами питания в количествах соответствующих физиологическим потребностям – необходимое условие успешной профилактики остеопороза. Общегигиенические подходы и более специфические лечебно-профилактические воздействия при остеопорозе должны базироваться на принципах функционального питания и создании функциональных продуктов для уязвимых групп населения и в целом для населения республики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лесняк О.М. Остеопороз / О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской.– М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010.– 272 с.

2. Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии / О.М. Лесняк, Л. Норой – International Osteoporosis Foundation. – 2011. – 65с.

3. Спиричев В.Б. Витамины и минеральные вещества в комплексной профилактике и лечении остеопороза / В.Б. Спиричев. - Вопросы питания – 2003. - Т. 72, № 1.– С.34-43.

УДК 613.2 – 056.22.001.21

КОММУНИКАЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВОГО И БЕЗОПАСНОГО ПИТАНИЯ

ЦОЙ И.Г.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье описана коммуникационная стратегия в области здорового и безопасного питания.

Тұжырым

Мәтінде сапалы және қауіпсіз тамақтану саласындағы коммуникациялық стратегиясы сипатталған.

Summary

This article describes the communication strategy for healthy and safety foods.

Основанием для разработки национальной коммуникационной (образовательной) стратегии в области здорового и безопасного питания являются: высокие показатели летальности от основных алиментарно-зависимых заболеваний и микронутриентных дефицитов, детской и материнской смертности, распространенности ожирения, отставания физического и ментального развития детей, частоты дефицитов и разбалансированности питания; низкий уровень образования подавляющей части населения в области здорового и безопасного питания; слабое развитие отечественной индустрии функциональных продуктов питания и биологически активных добавок к пище, а также международный опыт и рекомендации международных организаций (ВОЗ/ФАО). При этом следует признать, что отдельные пищевые привычки и традиции питания не соответствуют принципам здорового питания, современные технологии возделывания и переработки продовольственного сырья и продукции приводят к их обеднению жизненно необходимыми пищевыми веществами. Все это сочетается с устойчивой тенденцией снижения физической активности, высокой уровнем загрязненности пищевых продуктов, недостаточным контролем за их качеством и безопасностью.

Опыт разработки и реализации коммуникационной стратегии и соответствующих планов действий по проблеме йодного дефицита и железодефицитной анемии в процессе реализации проектов Азиатского Банка Развития и программ взаимодействия Правительства РК и ЮНИСЕФ наглядно продемонстрировал их высокую эффективность и медико-социальную значимость.

К конечным целям коммуникационной стратегии в области здорового и безопасного питания относятся: социальная мобилизация всех институтов общества на решении проблемы здоровья народа через продвижение здорового и безопасного питания; повышение уровня образования и формирование у населения новых поведенческих навыков здорового питания; обеспечение всех слоев населения здоровой и безопасной пищевой продукцией; образование по вопросам здорового и безопасного питания, включая подготовку кадров.

В качестве основных путей реализации коммуникационной (образовательной) коммуникационной стратегии можно выделить следующие действия на национальном и региональном уровне:

· постоянное совершенствование нормативной правовой базы в области здорового и безопасного питания, особенно в части гармонизации действующих национальных актов с рекомендациями международных организаций (ВОЗ/ФАО) и требованиям соответствующих директив Европейского Союза;

· создание национального и региональных межведомственных или межсекторальных советов (комитетов) по организации и координации мероприятий в области здорового и безопасного питания с постоянно действующими рабочими группами;

· постоянное включение действий по продвижению здорового и безопасного питания в Государственные программы развития здравоохранения, народного образования, информации и связи и др.;

· организация вертикальной специализированной службы здорового и безопасного питания за счет бюджетных и внебюджетных средств, ее

тесное взаимодействие с действующей службой формирования здорового образа жизни;

· регулярное проведение многоуровневых коммуникационных компаний по различным аспектам проблем здорового и безопасного питания с обязательным привлечение общественных объединений и представителей бизнеса;

· непрерывное, преемственное и последовательное обучение различных слоев населения в области здорового и безопасного питания на всех уровнях образования, включая подготовку специальных кадров;

· с учетом мирового опыта и новых достижений науки о питании пересмотр ныне действующих норм продуктовых наборов для питания пациентов стационаров с различными группами заболеваний, а также системы специализированного питания работников предприятий с опасными и вредными условиями труда;

· повышение мотивации пищевого сектора к производству качественных и безопасных продуктов питания, решение вопросов их доступности для целевых групп населения;

· постоянный мониторинг и оценка эффективности проводимых коммуникационных действий;

· научное обоснование и научное сопровождение всех коммуникационных действий в области здорового и безопасного питания.

После всестороннего обсуждения, данная стратегия будут предложена для использования при формировании Национальной (государственной) программы здорового питания, а также региональных аналогичных программ.

УДК 616-056.8:613.2:303.42

ИЗУЧЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА И ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

ХАЙДАРОВА Т.С.

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

Резюме

Проведенные широкомасштабные исследования поведенческих факторов риска (1998-2007 годы) показали, что большинство факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний прочно связаны с образом жизни и имеют высокие уровни.

Тұжырым

Жүрек – кантамыр аурулары жоғары деңгейде және қауіп-қатер факторлары көбінесе өмір салтына байланысты екендігін (1998-2007 жылдары) өткізілген тәртіптік қауіп-қатер факторларының кең ауқымды зерттеулер көрсетті.

Summary

Conducted wide scaled researches on behavioral risk factors (1998-2007 years) showed that most of risk factors on cardiovascular diseases firmly connected with lifestyle and have high levels.

Одной из трех глобальных задач устойчивого развития страны признано увеличение уровня средней продолжительности жизни, а в числе основных направлений и механизмов его достижения – оздоровление нации через принципы формирования здорового образа жизни [1].

Впервые роль факторов в области здоровья озвучил Marc Lalonde в своей работе «A New Perspective on the Health of Canadians», была сформулирована концепция здоровья (health field concept) [2]. Согласно этой концепции, состояние здоровья людей зависит от четырех основных факторов:

1) биологические факторы; 2) окружающая среда; 3) образ жизни – состоит из решений, принятых индивидом, которые прямо или косвенно влияют на состояние его здоровья, наличие вредных привычек, рискового поведения и т.д.

4) организация здравоохранения – состоит из системы, которая оказывает медицинские услуги населению и включает в себя медицинский

персонал, медицинские учреждения, больницы и т.д.

Масштабы заболеваемости, инвалидности и смертности в Казахстане обусловлены рядом наиболее серьезных факторов риска для здоровья человека. Вместе с тем, опыт экономически развитых стран, касающийся коррекции поведенческих факторов риска, свидетельствует о наличии значительных резервов сохранения здоровья, снижения смертности и роста ожидаемой продолжительности предстоящей жизни населения. Так, за период с начала 1980-х гг. по 2006 г. в таких странах, как Франция, Италия, Великобритания, Германия увеличение ожидаемой продолжительности предстоящей жизни в возрасте 60 лет составило, в среднем, 3,7-4,5 года, за счет коррекции образа жизни и изменения поведенческих факторов риска. Таких примеров и проведенных в развитых странах исследований достаточно.

Следовательно, напрашивается вывод, что изменив только 4 управляемых поведенческих фактора риска (снизив потребление алкоголя, табака, гиподинамию и нерациональное питание) можно изменить в сторону улучшения показатели общественного и индивидуального здоровья.

Цель данной работы – изучить распространенность основных поведенческих факторов риска (злоупотреблением алкоголем, курение, гиподинамия) и факторов риска, связанных с пищевыми привычками (возможности полноценного питания и желание изменить образ жизни и характер питания), а также сформулировать рекомендации по профилактике данных факторов риска.

Проведенные нами социологические исследования среди населения и их анализ показали, что большинство факторов риска социально-значимых заболеваний (в т.ч. сердечно-сосудистых заболеваний) прочно связаны с образом жизни и имеют высокие уровни. В Казахстане по результатам проведенных социологических исследований образа жизни населения (1998-2007 гг) и скрининг-обследований распространенность табакокурения составляет 27,0%, потребления алкоголя – 35,6%, избыточной массы тела – 36,9%, из них с ожирением – 7,7%, недостаточного потребления фруктов и овощей – 87,7%, низкой физической активности – 86,7%. Опрос показал, что возможности полноценного питания имеют всего 24,3% респондентов, которые при интервьюировании указали, что ни в каких продуктах себя не ограничивают, а большая часть опрошенного населения (56,8%) ограничивают себя в выборе продуктов питания или покупают только дешевые продукты. При опросе 64,91% респондентов среди 6 факторов анкеты (характер питания, экология, условия быта, условия работы, окружающая среда, усилия самого человека), влияющих на состояние здоровья, на первое место выделили характер питания, что свидетельствует об информированности населения о роли питания в охране собственного здоровья.

Таким образом, в целом, для Казахстана как показали проведенные сотрудниками отдела науки НЦПФЗОЖ широкомасштабные социологические исследования поведенческих факторов риска, характерна высокая распространенность поведенческих факторов риска среди населения, что является одной из предпосылок отсутствия позитивных изменений в динамике продолжительности жизни и структуре смертности населения, в частности, высокого уровня смертности взрослого населения от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, болезней органов дыхания.

Проведенный опрос причин опасного образа жизни показал, что люди ведут такой стиль жизни либо потому, что практический нет «здорового» выбора, как это бывает среди бедных слоев населения (по экономическим причинам не доступны оздоровительные центры, безопасные и качественные продукты питания и др.), либо люди принимают неверное решение в вопросах соответствующего поведения и своей деятельности.

Опыт ведущих стран по снижению сердечно-сосудистых заболеваний показал, что один из ключевых подходов к сохранению здоровья и продлению жизни индивида заключается в сокращении воздействия факторов риска и изменения образа жизни населения на индивидуальном уровне. В настоящее время считается, что профилактика на популяционном уровне менее эффективна, нежели на индивидуальном уровне. Обобщенные данные свидетельствуют, что к важнейшим мерам, позволяющим снизить число заболеваний и их тяжесть, следует отнести такие, которые связаны с мерами, осуществляемыми самим пациентом. Для дальнейшего улучшения состояния здоровья и снижения заболеваемости людей, должны приниматься стратегии борьбы с факторами риска не только на общественном уровне, но и преимущественно на индивидуальном уровне. В доступной научной ли-

тературе имеются данные, свидетельствующие, что от индивидуальных поведенческих факторов зависит 40% поддержания здоровья. Индивидуальный образ жизни человека непосредственно сказывается на состоянии его здоровья. Согласно отчету Американского центра по контролю заболеваний (CDC) 50% преждевременной смерти среди населения Америки были напрямую связаны с образом жизни людей [3]. Как видно из этих данных, образ жизни имеет очень сильное влияние на состояние здоровья. Из 10 основных причин, приводящих к потере лет здоровой жизни, 5 факторов непосредственно относятся к образу жизни (табак, алкоголь, недостаточное потребление фруктов и овощей, недостаточная физическая активность, запрещенные наркотики) и 3 фактора косвенно относятся к образу жизни (высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, высокий индекс массы тела).

Следовательно, при проведении профилактических вмешательств надо изменить методы и способы профилактики и формирования здорового образа жизни, при этом наша традиционная санитарно-просветительная работа должна быть заменена на новые инновационные профилактические технологии, направленные на изменение поведения человека, а не только на информирование и просвещение. Как показывают предварительные результаты осуществляемой в настоящее время научно-технической программа по оптимизации и формированию здорового образа жизни специалистами общеврачебной практики (пилотный проект на уровне поликлиники №10 г. Алматы) профилактическая работа и формирование здорового образа жизни должны стать обязательным мероприятием в ежедневной практической профилактической деятельности каждого врача-специалиста, работающего на уровне ПМСП (участкового семейного врача).

Поддержание здоровья и увеличение средней продолжительности жизни населения требует разработки и реализации целенаправленной политики по сокращению негативного воздействия поведенческих факторов риска. Причем такая политика должна охватывать все возрастные группы: детей и молодежь, взрослых, пожилое население.

По нашему мнению, политика ФЗОЖ должна реализовываться по трем направлениям:

1. Информирование целевой аудитории о поведенческих факторах рисках и способах их преодоления.

2. Формирование новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска.

3. Формирование среды, способствующей ведению здорового образа жизни.

Предотвращение таких рисков для здоровья, как курение, недостаточная физическая активность, плохое питание, употребление спиртных напитков, злоупотребление приемом лекарственных средств, могут значительно в большей мере способствовать улучшению состояния здоровья, чем вторичные профилактические меры, наподобие выявления заболеваний на ранней стадии.

Эффективность рекомендаций по коррекции уровня липидемии, контролю за АД при АГ, прекращению курения и применению систематических физических тренировок в настоящее время признается всеми специалистами и доказана многочисленными крупными проспективными исследованиями.

Важность личного отношения человека к своему здоровью, использование первичных мер профилактики означают, что человек сам в большей степени должен нести ответственность за свое здоровье. Если при лечении острого заболевания или травмы главная роль отведена врачу, то при профилактическом подходе большую ответственность несет сам пациент, при этом только усилиями системы здравоохранения, без участия пациента, сдвигов в улучшении здоровья россиян добиться невозможно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 годы. Астана, 2011 г. -124 с.

2. ВОЗ, Комиссия по социальным детерминантам, «Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения», август 2008 г.

3. Отчет АО Национального аналитического центра при Правительстве и Национальном банке Республики Казахстан по актуальным проблемам межсекторального взаимодействия в области охраны здоровья. 2008. – 164 с.

УДК 613.2/.8 (1-21)

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

ЕГОРЫЧЕВ В.Е

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

Резюме

В основе анализа индивидульного и литературного материала, основными поведенческими факторами, определяющими развитие нарушений состояния здоровья населения урбанизированных территорий, являются: низкая физическая активность, нерациональное питание, курение, увлечение молодежи азартными играми, частый стресс, ранний сексуальный дебют, множественное сексуальное партнерство, бытовое насилие по отношению к женщинам, отсутствие серьезного отношения к изучению правил дорожного движения, игнорирование защитных шлемов при езде на мотоцикле, низкая медицинская активность. В то же время улучшения состояния здоровья городского населения можно добиться в результате организации образовательных программ по вопросам укрепления здоровья и семейно центрированного подхода к гигиеническому воспитанию детей, подростков и молодежи.

Тұжырым

Жеке және әдебиеттік мәліметтерді талдау негізінде, урбанизацияға ұщыраған аумақтар тұрғындарының денсаулығының бұзылуы дамуын анықтайтын негізгі тәртіптік факторлар белгіленді: физикалық белсенділіктің төмендігі, тиімсіз тамақтануы, шылым шегуі, жастардың құмар ойынмен әуестенуі, жиі күйзелу, сексуалдық қатынастар, әйелдерге қатысты тұрмыстық зорлық-зомбылықтар, жол тәртібі ережесін үйренуге құлықсыздық, мотоциклде жүру кезінде қорғаныш шлемдерін киюді елемеуі, медициналық белсенділіктің төмендігі. Қала тұрғындардың денсаулығын жақсарту үшін балаларды, жасөспірімдерді және жастарды тазалыққа тәрбиелеудің отбасылық ортаға келтіру және денсаулықты нығайту мәселелері бойынша білім беру бағдарламаларын нығайту нәтижесінде қол жеткізуге болатындығы көрсетілген.

Summary

Based on the analysis of own and literature data identified major behavioral factors that determine the development of violations of public health in urban areas: physical inactivity, not rational nutrition, smoking, and passion of youth gambling, frequent stress, early sexual debut, multiple sexual partnerships, domestic violence against women, the lack of serious attitude towards the learning of traffic rules, ignoring helmets when riding a motorcycle, low medical activity. It is shown that improving the health of urban populations can be achieved by organizing educational programs for health promotion and family-centered approach to the hygienic education of children, adolescents and youth.

В настоящее время накоплено большое количество сведений о формировании различных нарушений состояния здоровья населения в городских поселениях вследствие экологического загрязнения, обусловленного бурным развитием промышленного производства и интенсификацией транспортных потоков, при отсутствии надлежащего контроля за качеством используемого бензина [1,2,3,4,5,6]. В тоже время для разработки системы мероприятий по улучшению здоровья городского населения большой интерес представляет также изучение поведенческих факторов здоровья данного контингента. В свою очередь, поведенческие факторы, определяющие здоровье населения на урбанизированных территориях, испытывают на себе воздействие как социальных, так и экологических условий.

Важным фактором, определяющим как индивидуальное, так и популяционное здоровье, является физическая активность. В ряде работ показано, что неудачная городская застройка, скученность, отсутствие мест для отдыха и занятий физкультурой и спортом приводят к гипокинезии и формированию у городских жителей избыточной массы тела и ожирения [7, 8, 9,10]. Следует отметить, что к ожирению в городской местности может приводить не только низкая физическая активность, но и нерациональное питание, связанное с повышением содержания в рационе животных жиров, что было отмечено на урбанизированных территориях в Таиланде и в Южной Африке [11,12].

К другим моделям нерационального питания, наблюдаемым в городской местности, можно отнести нерегулярное питание, перенос основного приема пищи на вечернее время, еда непосредственно перед сном, еда всухомятку. Серьезно ухудшают здоровье городского населения широ-

кое использование сладких газированных напитков. Все выше перечисленные факторы способствуют развитию болезней желудочно-кишечного тракта на урбанизированных территориях [13].

Воздействие многих факторов, которые определяют состояние здоровья населения как на урбанизированных территориях, так и в сельской местности, в городских поселениях имеет свои особенности. Так, не смотря на то, что курение среди различных групп населения отмечается как в городе, так и на селе, интенсивность курения на урбанизированных территориях выше, чем в сельской местности [14,15].

Особенностью жизни в городе является использование в повседневной жизни значительного объема информации, более интенсивные учебные и эмоциональные нагрузки, что является причиной широкого распространения и высокой частоты стресса среди различных возрастных контингентов городских жителей [16] . Мы проводили медико-социальное исследование детей в г.Темиртау в возрасте от 11 до 18 лет. В зависимости от районов города ежедневный стресс испытывали от 5.7% до 4.8% опрошенных. Чаще всего дети испытывали стресс во время учебы – 48,7% и в семье – 27.2% [17]. Существенное воздействие на здоровье городской молодежи оказывают способы проведения досуга. Показано негативное воздействие на здоровье канадской молодежи азартных игр, т.к. они вызывают зависимость [18]. Серьезную опасность для здоровья подростков и молодежи на урбанизированных территориях может представлять посещение дискотек. В 2001 году сотрудниками отдела по борьбе с незаконным оборотом наркотиков по городу Махачкале было изъято 340,1 г. героина, 7778 г. марихуаны, 4,38 г. – опия, 1,35 г. – гашиша, причем третья часть этих наркотиков – на дискотеках [19].

Важным аспектом здоровья населения является репродуктивное здоровье. Для жителей урбанизированных территорий характерны как более ранний сексуальный дебют, так и множественное сексуальное партнерство. В свою очередь, эти явления испытывают на себе воздействие социальных факторов, т.к. распространенность их выше в трущобах, где проживают беднейшие слои населения. Эти отличия городской бедноты более выражены среди замужних женщин, которые в трущобах Найроби (Кения) имели, как минимум в три раза более высокую вероятность множественного сексуального партнерства, чем аналогичная группа населения в сельской местности [20]. О тесной связи социально-экономических и поведенческих факторах свидетельствует тот, факт, что живущая на улицах бездомная городская молодежь в Канаде имеет повышенный риск заболевания ВИЧ и других ИППП [21].

Одной из важнейших проблем здоровья населения на урбанизированных территориях является проблема травматизма. Особенно остро в городской местности стоит проблема дорожно-транспортного травматизма. Возникновению дорожно-транспортных травм способствуют различные модели опасного поведения, такие, как игнорирование защитных шлемов при езде на мотоцикле, отсутствие серьезного отношения к изучению правил дорожного движения [22, 23].

Причины бытового травматизма на урбанизированных территориях тесно связаны с социально-экономическими проблемами. Сообщается о высокой распространенности бытового насилия по отношению к женщинам, проживающим в трущобах Калькутты. Возникновению бытового насилия по отношению к замужним женщинам способствовал низкая самооценка их мужей и отсутствие достаточного самоуважения. С высоким риском насилия были связаны следующие факторы: разница в возрасте между супругами менее пяти лет, нерегулярная помощь мужа в семейных расходах, отсутствие открытой информации о персональных расходах мужа, большая продолжительность брака [24].

К поведенческим факторам, оказывающим воздействие на здоровье городского населения, можно отнести медицинскую активность. Необходимо отметить, что в городской местности население хуже, чем в сельской выполняет медицинские рекомендации. Так в результате анкетирования было выявлено, что медицинские рекомендации «полностью» выполняют 66.2% сельских семей и 40.4% - городских. В то же время врачебные рекомендации «редко» выполняют 1.9% сельских жителей и 19,7% - городских [25]. Одним из проявлений медицинской активности является ношения масок во время эпидсезона. Показано, что неиспользование маски городскими жителями приводило к более высокой восприимчивости к гриппу. Авторы в качестве пути решения данной проблемы рассматривают гигиеническое обучение городского населения [26]. Выполнение детьми из городских трущоб Кении правил гигиены и использование в домашних

хозяйствах метода обеззараживания воды SODIS снижало уровень заболеваемости диареей [27]. В то же время высокой медицинской активности способствует достаточно высокий образовательный уровень и стремление к приобретению знаний о природе заболеваний, ранней диагностике и основах профилактики [28].

Необходимо учитывать, что мотивация к укреплению своего здоровья и стереотипы поведения, связанного со здоровьем, формируются в детстве. Поэтому при проведении работы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни так важен семейно центрированный подход. Показано, что семейно центрированный подход к поддержке молодежи в организациях общественного здравоохранения снижает рост антисоциального поведения, использования алкоголя, табака и марихуаны в течение лет, проведенных в средней школе [29]. О важной роли семьи в формировании здорового образа жизни детей, подростков и молодежи свидетельствуют следующие факты. Молодые люди, которые проживали с двумя родителями, имели более низкую вероятность употребления алкоголя и табака, чем проживающие вообще без родителей [30]. В городских семьях, которые отличались позитивным поведением с точки зрения здоровья: взрослые не курили, низкий уровень просмотра телевидения, родители играли со своими детьми, дети показали более высокий уровень физической активности [31].

Таким образом, основными поведенческими факторами, определяющими развитие нарушений состояния здоровья населения урбанизированных территорий, являются: низкая физическая активность, нерациональное питание, курение, увлечение молодежи азартными играми, частый стресс, ранний сексуальный дебют, множественное сексуальное партнерство, бытовое насилие по отношению к женщинам, отсутствие серьезного отношения к изучению правил дорожного движения, игнорирование защитных шлемов при езде на мотоцикле, низкая медицинская активность. В то же время улучшения состояния здоровья городского населения можно добиться в результате организации образовательных программ по вопросам укрепления здоровья и семейно центрированного подхода к гигиеническому воспитанию детей, подростков и молодежи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Даришева М.А., Яковлева Н.А., Палтушева Т.П., Егорычев В.Е., Имангалиева А.А., Адаева А.А. Изучение мнения населения урбанизированных территорий о влиянии окружающей среды на здоровье // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2011, №1, С.30-32.

2 Ozdilek H.G. An analogy on assessment of urban air pollution in Turkey over the turn of the millennium (1992-2001) // Environ Monit. Assess. 2006, № 122 (1-3), P. 203-219.

3 Dragano N., Hoffmann B., Moebus S., MOhlenkamp S. et al. Traffic exposure and subclinical cardiovascular disease: is the association modified by socioeconomic characteristics of individuals and neighbourhoods. Results from a multilevel study in urban region // Occup. Environ Med. 2009. № 66 (9), P. 628-635.

4 Haley V.B., Talbot T.O., Felton H.D. Surveillance of the short-term impact of fine particle air pollution on cardiovascular disease hospitalizations in New York State / / Environ Health. 2009. № 22. P. 8-42.

5 Mukerjee S., Smith L.A., Johnson M.M., Neas L.M., Stallings C.A. Spatial analysis and land use regression of VOCs and NO(2) from scool-based urban air monitoring in Detroit/Deaborn, USA // Sci Total Environ. 2009. № 407 (16), P. 4642-4651.

6 De Freitas C.U., De Capitani E.M., Gouveia N., Simonetti M.H. et al. Lead exposure in an urban community: investigation of risk factors and assessment of the impact of lead abatement measures // Environ Res. 2007, №103 (3), P. 338-344.

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

8 Garden F.L., Jalaludin B.B. Impact of urban sprawl on overweight, obesity, and physical activity in Sydney, Australia // J. Urban Health. 2009, № 86 (1), P. 19-30.

9 Ismailov R.M., Leatherdale S.T. Rural-urban differences in overweight and obesity among a large sample of adolescents in Ontario // Int. J. Pediatr. Obes. 2010, № 5(4), P. 351-360.

10 Bauman A. Bicycle use for transport in an Australian and a Belgian city: associations with built-enviroment attributes // J.Urban Health. 2010, № 87 (2), P.189-198.

11 Kosulwat V. The nutrition and health transition in Thailand. 2002. № 5 (1A), P.183-189.

12 Vorster H.H. The emergence of cardiovascular disease during urbanization of Africans // Public Health Nutr. 2002. № 5 (1A), P.239-243.

13 Медуханова Н.А. Факторы гастродуоденальной патологии у жителей г. Алматы // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. 2010. №4, С.69-72.

14 Smith K.C., Stillman F., Bone L., Yancey N., Price E., Belin P., Kromm E.E. Buying and selling «loosies» in Baltimore: the informal exchange of cigarettes in the community context // J.Urban Health. 2007. № 84 (4), P.494-507.

15 Liu Y., Rao K., Hu T.W., Sun Q., Mao Z. Cigarette smoking and poverty in China // Soc. Sci. Med. 2006. № 63 (11), P.2784-2790.

16 Shi H.J., Nakamura K., Shimbo M., Takano T. Dietary supplement consumption among urban adults influenced by psychosocial stress: its pronounced influence upon persons with a less healthy lifestyle // Br. J. Nutr. 2005. № 94 (3), P. 407-414.

17 Диканбаева С.А., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е., Хайдарова Г.С., Палтушева Т.П., Даришева М.А., Адаева А.А., Акимбаева А.А. Распространенность факторов, связанных с образом жизни, и оценка состояния своего здоровья среди школьников загрязненных районов г. Тмиртау // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2010, №2, С.13-14.

18 Wilson D.H., Gilliland J., Ross N.A., Derenvensky J., Gurta R. Video lottery terminal access and gambling among high school students in Montreal // Can. J. Public Health. 2006. № 97 (3), P. 202-206.

19 Гаджиев Р.С., Рамазанов Р.С. Условия и образ жизни подростков в крупном городе // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2004, № 5, С. 18-22.

20 Dodoo F.N., Zulu E.M., Ezeh A.C. Urban-rural differences in the socioeconomic deprivation – sexual behavior link in Kenya // Soc. Sci. Med. 2007. № 64 (5), P. 1019-1031.

21 Marshall B.D. The contextual determinants of sexually transmissible infections among street-involved youth in North America // Cult. Health Sex. 2008. № 10 (8), P. 787-799.

22 Мукашева М.Г., Анализ уличного травматизма среди детей 7-14 лет в г. Алматы за 2009 год // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2010, №3, С.63-66.

23 Fitzharris M., Dandona R., Kumar G.A., Dandona L. Crash characteristics and patterns of injury among hospitalized motorized two-wheeled vehicle users in urban India // BMC Public Health. 2009. № 12, P. 9-11.

24 Pandey G.K., Dutt D.,Banerjee B. Partner and relationship factors in domestic violence: perspectives of women from a slum in Calcutta, India // J. Interpers. Violence. 2009. № 24 (7), P. 1175-1191.

25 Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Шарапатова К.Г., Баймаханова Т.Б. Сравнительная характеристика показателей образа и условий жизни городских и сельских семей // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2007, №3-4, С.53-55.

26 Ferng Y.H., Wong-McLoughlin J., Barrett A., Currie L., Larson E. Barriers to mask wearing for influenza-like illnesses among urban Hispanic households // Public Health Nurs. 2011. №28 (1), P.13-23.

27 Graf J., Meierhofer R., Wegelin M., Mosler H.J. Water disinfection and hygiene behavior in an urban slum in Kenya: impact on childhood diarrhea and influence of beliefs // Int. J. Environ Health Res. 2008. № 18 (5), P. 335-355.

28 Armijos R.X., Weigel M.M., Qincha M., Ulloa B. The meaning and consequences of tuberculosis for an at-risk urban group in Ecuador // Rev. Panam. Salud. Publica. 2008. № 23 (3), P. 188-197.

29 Stormshak E.A., Connell A.M., Veronneau M.H., Myers M.W. et al. An ecological approach to promoting early adolescent mental health and social adaptation: family-centered intervention in public middle schools // Child Dev. 2001. № 82 (1), P.209-225.

30 Urquieta J.E., Hernandez-Avila M., Hernandez B. Tobacco and alcohol consumption among youth in marginalized urban zones in Mexico: analysis of related decisions // Salud Publica Mex. 2006. № 48, P. 30-40.

31 Brophy S., Cooksey R., Lyons R.A., Thomas N.E., Rodgers S.E., Gravenor M.B. Parental factors associated with walking to school and participation in organized activities at age 5: analysis of the Millennium Cohort Study // BMC Public Health. 2011. № 6, P. 11-14.

УДК 613.2:303

МЕТОДОЛОГИЯ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

КАЛАШНИКОВА А.Н., ДАЛЕНОВ Е.Д.

Астанинский филиал Академии профилактической медицины,
Институт проблем питания Казахской академии питания, г. Астана

Резюме

В статье описана методология пропаганды здорового питания среди населения Республики Казахстан.

Тұжырым

Бапта Қазақстан Республикасының халықтар арасында салауатты тамақтану методологиясын насихаттау.

Summary

This article describes the methodology of the health promotion power among the population of the Republic of Kazakhstan.

В целях реализации государственной политики Республики Казахстан в области здорового питания среди населения принято ряд нормативно-правовых актов. Вместе с тем, в рамках Государственного заказа научной программы по формированию у населения навыков здорового питания и проведение информационно-пропагандистской компании по вопросам здорового питания в городе Астане разработана методология пропаганды здорового питания среди населения Республики Казахстан целью, которой является сохранение и укрепление здоровья, профилактика заболеваний путем организации и улучшения пропагандной деятельности в сфере здорового питания с учетом возрастных, профессиональных и физиологических особенностей организма. Поэтому для успешной реализации данных мероприятий целесообразно проводить просветительную работу среди населения согласно целевым группам.

Пропаганду здорового питания среди населения необходимо осуществлять следующими методами:

1. Социологический (анкетирование, интервьюирование) для определения исходного уровня знаний по вопросам здорового питания.

2. Информационно-просветительный: (тренинги, дискуссии, лекции; выездные акции, организация выставок, конкурсов; выпуск брошюр, видеороликов, журнала, размещение информации на сайтах; индивидуальное консультирование.

3. Мониторинг программ пропаганды здорового питания.

Основными принципами пропаганды здорового питания среди населения должны стать: институциональность, научность, регулярность, разнообразие, адекватность, безопасность, удовольствие и индивидуальность.

Таким образом, для реализации пропаганды здорового питания среди населения Республики Казахстан созданы все предпосылки для повышения уровня информированности населения в данном аспекте, а именно созданы и реализуются нормативно-правовые акты, существуют образовательные, структурные и научные основы изучения механизмов осуществления данной программы. Поэтому информационно-пропагандные мероприятия по вопросам здорового питания среди различных слоев населения становятся приоритетным направлением в профилактике различных заболеваний, при этом долгосрочно инвестируя в своё здоровье.

УДК 616.1:613.24:615.874.2

ПИТАНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

МОРОЗОВА Л.Ф.

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

Резюме

Одним из методов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний является здоровое питание с достаточной физической нагрузкой, что способствует удерживать индекс массы тела в пределах 20- 25 и снижению холестерина. В итоге это позволит сохранить здоровье, работоспособность и улучшить качество жизни.

Тұжырым

Жүрек-қолқаның ауруларының алдын алу әдістердің бірі жеткілікті дене күш жүктемесі шамасында, холестериннің төмендетуіне 20-25, дене массасының индексін ұстап қалуға мүмкіндік туғызатын тиімді тамақтану болып табылады.

Summary

One method of cardiovascular disease prevention is a healthy diet with adequate exercise, which helps keep the body mass index between 20 - 25 and lower cholesterol. In as a result, it will preserve the health, availability and quality of life.

Сердечно-сосудистые заболевания стабильно занимают ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения Казахстана без тенденции к снижению. Отмечается «омоложение» данной патологии с расширением причин, приводящих к серьезным поражениям органов кровообращения.

По данным Агентства РК по статистике в 2009 году на каждые 100 тысяч населения приходится 10 777.7 случаев (2008 год- 10499.0), а среди причин смертности доля болезней сердечно-сосудистой системы составляет 48% от всех умерших. Показатели смертности на 100 тысяч населения от болезней системы кровообращения составили 416.4 , в том числе от ишемической болезни сердца- 157.8. [1]

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 году в разделе «Здоровое питание» одним из путей достижения здоровья является обеспечение населения безопасными и здоровыми пищевыми продуктами, включая обогащение микронутриентами./5/

При лечении пациентов в НИИ кардиологии и внутренних болезней с различными проявлениями патологии со стороны органов кровообращения, особое внимание уделяется вопросам характеристики питания: кратности, набору продуктов, предпочтениям и возможностям больных.

Практически каждый четвертый из 765 поступивших в отделение имел избыточную массу тела, при этом ИМТ превышал 30 и более, что позволило в сопутствующий диагноз выставить ожирение 1-2 степени, у 58 больных – 3 степени. При этом степень ожирения удерживалась у пациентов в течение длительного времени, что возможно было выявить при повторном поступлении или в катамнезе. У всех этих больных в анализах отмечалось повышение холестерина в 1.5- 2 раза от нормы (нормальное содержание 6,72 ммоль/л).

Опрос 216 госпитализированных выявил довольно хорошую осведомленность пациентов о негативном влиянии нерационального питания на сердечно-сосудистую систему. Вместе с тем нет четкого представления о продуктах, наиболее «рискованных» в этиологии данной патологии, особенно насыщенных жиров. Не выявлено большого желания пациентов изменить привычный режим питания как в плане кратности приема пищи, так и ее состава с исключением или хотя бы уменьшением в рационе насыщенных жиров и углеводов при увеличении физической активности. Питание – это поступление в организм человека и усвоение им веществ, необходимых для обеспечения нормальной жизнедеятельности организма, восполнения энергетических затрат, построения и возобновления тканей. Жизнедеятельность организма обеспечивается энергией химических связей веществ пищи: жиров, белков, углеводов, а также их адекватным набором.

Посредствам питания как составной части обмена веществ, осуществляется связь организма человека со средой. От качества и режима питания человека зависит здоровье, работоспо-

собность, продолжительность и качество жизни. Рацион питания с высоким содержанием насыщенных жиров и калорий и низким содержанием пищевых продуктов растительного происхождения в сочетании с сидячим образом жизни – это основная причина эпидемии ожирения и избыточной массы тела с сопутствующим риском развития неинфекционных болезней, включая сердечно-сосудистые заболевания./6/.

При беседе с пациентами пользуемся рекомендациями ВОЗ, касающихся двенадцати принципов здорового питания, что на наш взгляд является довольно убедительным и понятным нашим пациентам.

1. Потребляйте разнообразные пищевые продукты, большинство которых – продукты растительного, а не животного происхождения

2. Хлеб, изделия из муки, крупы, картофель должны употребляться несколько раз в день

3. Употреблять несколько раз в день разнообразные фрукты и овощи, свежие должны присутствовать в рационе питания в течение всего дня

4. Чтобы поддерживать массу тела в рекомендуемых пределах (индекс массы тела 20-25), необходима ежедневная умеренная физическая нагрузка.

5. Контролируйте поступление жира с пищей (не более 30% от суточной калорийности) и заменяйте животный жир на жир растительных масел.

6. Заменяйте жирное мясо и мясные продукты на бобовые, зерновые, рыбу, птицу или постное мясо.

7. Употребляйте молоко с низким содержанием жира и молочные продукты (кефир, простоквашу, йогурт и сыр) с низким содержанием жира и соли.

8. Выбирайте продукты с низким содержанием сахара и употребляйте сахар умеренно, ограничивая количество сладостей и сладких напитков.

9. Ешьте меньше соли. Общее количество соли в пище не должно превышать одну чайную ложку - 6 г в день. Следует употреблять йодированную соль.

10. Если Вы употребляете спиртные напитки, то общее содержание чистого спирта в них не должно превышать 20 г в день.

11. Приготовление пищи должно обеспечивать ее безопасность. Приготовление блюд на пару, в микроволновой печи, выпечка или кипячение поможет уменьшить используемое в процессе приготовления количество жира, масла, соли и сахара.

12. Здоровое питание немыслимо без физической активности, которая может быть в виде утренней гимнастики, ходьбы, подъема по лестнице без пользования лифтом, по возможности занятия спортом. Нагрузки должны быть дозированы и индивидуальны для каждого человека.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году »,- Астана,2009.

2.Протоколы профилактической деятельности «Алгоритмы действий медицинских работников ПМСП по пропаганде ЗОЖ, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний»,- Астана-Алматы 2007.

3.Монография «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения» Алматы 2008.

4.Статистический сборник «женщины и мужчины Казахстана» Алматы 2005.

5. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 годы.

6. Первый план действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2000- 2005 гг., Женева, 2004 год – стр.8-13.

УДК 616.314-002:613.2

РОЛЬ ПИТАНИЯ В РАЗВИТИИ КАРИЕСА ЗУБОВ

АБДУСУЛЕЙМЕНОВА Д.Ч.

ГККП «Городская детская стоматологическая поликлиника», г. Алматы

Резюме

Рациональное питание наряду с другими факторами играет важную роль в формировании устойчивости зубов к кариесу. В профилактике кариеса зубов имеют значение такие макроэлементы, как кальций и фосфор. Поступление фтора в организм в период формирования тканей зубов обеспечивает определенную резистентность к кариесу на многие годы.

Summary

Along with other factors balanced diet plays an important role in forming resistance to caries. Microelements like calcium and phosphorus matter in tooth cavity prevention. During the formation of tooth"s hard tissues the supply of fluoride to the body provides significant resistance to the caries for a long time.

Тұжырым

Тістердің тіс жегіне қарсы қалыптасуына басқа ықпалдарымен бірге тиімді тамақтануы маңызды орын алады. Кальций мен фосфор макроэлементтері тіс жегінің алдын алуында маңызды орын алады. Тістердің қалыптасуында ағзаға кірген фтордің көптеген жылға тіс жегіне қарсы резистентностті қамтамасыз етеді.

Характер питания оказывает существенное влияние на состояние зубов человека. Питание или диета имеют значительное воздействие на формирование и развитие зубов и их последующую предрасположенность или восприимчивость к кариесу. Современные данные о потребности организма в пищевых веществах и взаимосвязи между ними обобщены в учении о сбалансированности питания.

При сбалансированном питании предусматриваются оптимальные количественные и качественные взаимосвязи основных пищевых веществ и биологически активных веществ — белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ.

Исследования, проведенные среди школьников, выявили, что в большинстве случаев фактический минеральный состав обедов ниже, чем предполагается стандартом пищевой ценности использованных продуктов.

Рациональное питание наряду с другими факторами играет важную роль в формировании устойчивости зубов к кариесу.

В настоящее время в литературе описаны примеры, иллюстрирующие связь обменных реакций твердых тканей зубов с обменными процессами организма. Авторы считают, что возникающие еще в предкариозном периоде биохимические изменения фосфорно-кальциевого обмена в твердых тканях зубов и костях скелета у животных, содержащихся на кариесогеннои диете, являются не просто количественными изменениями, а представляют комплекс качественных изменений, относящихся к факторам возникновения и развития кариеса зубов. Исследования проводили в различные сроки пребывания крыс на кариесогенной диете. Нарушения минерального обмена, по данным авторов, отмечались уже на 2-е сутки и усугублялись с увеличением срока пребывания животных на кариесогенной диете. Кариесогенная диета вызывает нарушения белкового обмена в зубах и костях подопытных животных.

Кариесогенная диета влечет за собой нарушение формирования полноценной структуры эмали зубов.

Ткани полости рта также очень чувствительны к дефициту определенных компонентов пищи. Дефицит протеинов в период развития зубов приводит к уменьшению их размера и массы, нарушению структуры эмали зубов.

Количество белка в диете непосредственно связано с минеральным составом зубов и челюстей. При низком содержании белка в пище накопление кальция и образование апатита происходит неудовлетворительно. Изучая влияние количества белка в диете на состав костей и зубов, выявлено, что даже при постоянном количестве фосфора и кальция в диете уменьшение белка в ней вызывает заметное увеличение кариеса. Количество белка, по данным автора, в диетах с умеренным содержанием кальция и фосфора оказывало положительное влияние на частоту кариеса.

Белки мяса, рыбы, молока и яиц отличаются наиболее благоприятным соотношением аминокислот, обеспечивающих высокий уровень ретенции и ресинтеза тканевых белков в организме.

Особенно большое значение имеет знание микроэлементного состава пищи детей раннего возраста. Это наиболее эффективный период воздействия диетой на организм ребенка и ткани зубов. Наряду с качеством диеты в белковом, витаминном отношении необходимо, чтобы она была полноценна и по содержанию минеральных веществ. Регулировать минеральный состав пищи до оптимального соотношения микроэлементов можно, зная только количественное и качественное содержание их в пищевых продуктах.

В тоже время даже хорошо разработанные пищевые рационы для детей с точки зрения соотношения белков, жиров, углеводов и витаминов составляются без учета таких важных факторов питания, как микроэлементы.

Дефицит микроэлементов в грудном возрасте компенсируется за счет самого организма ребенка, он накапливает определенное количество микроэлементов за период внутриутробного развития, а во время грудного вскармливания расходует эти запасы. Вот почему большое значение приобретает правильный рацион питания беременных женщин.

Важную роль в профилактике кариеса зубов играют такие макроэлементы, как кальций и фосфор. Их влияние определяется включением в кристаллическую решетку апатитов эмали, а также снижением кислотности бактериального генеза (кальцит) и образованием буферных систем (фосфат).

Фтор играет существенную роль в процессах развития зубов, формирования дентина и зубной эмали, а также костеобразования.

Оптимальное поступление фтора в организм обеспечивает повышение сопротивляемости наружного слоя эмали зуба (за счет формирования в ней фторапатита) действию патологических факторов.

Оптимальным количеством фтора, которое предупреждает кариес зубов, считается 1,0 мг/л этого микроэлемента в сутки.

Установлено, что особую значимость фтор имеет в период формирования тканей зубов. Поступление фтора в организм в этот период обеспечивает определенную резистентность к кариесу на многие годы.

Содержание фтора в воде и пище, а также правильное питание - активные средства профилактики кариеса. В соответствии с этим рекомендуются диеты с добавлением фтора или с полным его исключением. Важным компонентом в диетах считается также соотношение белков и углеводов.

Все большее внимание исследователей, как фактор развития кариеса зубов, привлекают углеводы. Так, потребление сахара населением независимо от возраста высокое и продолжает увеличиваться. Более половины обследованных лиц потребляют сладости часто (3 раза в день) и в больших количествах (сахара по 3 чайных ложки 3 раза в день, а кондитерские и мучные изделия в каждом приеме пищи). Особенно часто потребляют сладости подростки. У взрослых потребление сладостей тоже высокое.

Механизм кариесогенного действия сахара рассматривается с различных точек зрения. Употребление сахаросодержащих продуктов и увеличение частоты их приема способствует росту микроорганизмов на поверхности зубов, увеличению вырабатываемой ими кислоты, которая вызывает декальцинацию зуба. Кариесогенное влияние употребляемого в большом количестве сахара может осуществляться благодаря сдвигам, возникающим в обменных процессах организма из-за перегрузки углеводами, о чем было сказано выше. Но следует учитывать, по мнению авторов, и непосредственное воздействие кислоты, образовавшейся из сахара на поверхности зубов.

Отрицательное влияние сахарозы на состояние твердых тканей зуба наиболее интенсивно проявляется при употреблении сладких продуктов между приемами пищи. Причем растворимый сахар менее кариесогенен, чем кусковой, так как время его контакта с зубами меньше. Следы сахара, введенного в водном растворе, остаются в слюне 15 мин., тогда как сахар, употребляемый в твердом виде, остается в слюне. Липкие продукты питания, хлеб, конфеты, кондитерские изделия с большим содержанием масла, маргарина остаются на поверхности зуба более одного часа.

Наибольшая степень деминерализации эмали происходит при воздействии на зубы 3% раствором сахарозы (микротвердость уменьшается на 28,8%), а затем 6% глюкозы — на 22,2% и 10% раствора сиропа — на 8%. Дальнейшее увеличение концентрации раствора сахарозы не приводит к усилению деминерализации эмали.

Воздействие пищи в плане местного кариесопрофилактического эффекта может быть клас-

сифицировано следующим образом: влияние на эмаль зуба путем восстановления структуры за счет макромикроэлементарного состава, влияния на зубной налет путем его стабилизации, снижения кариесогенности сахарозы. Тесный контакт тканей полости рта и пережевываемой пищи обусловливает местное действие продуктов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний / В.К. Леонтьев.— М.: Медицинское информационное агентство, 2002. — 840 с.

2. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский [и др.] - М.: - 1998, С. 223—224.

3. Курякина Н.В. Терапевтическая стоматология детского возраста / Н.В. Курякина. — Москва, - 2001.

4. Бажанов Н.Н. Стоматология / Н.Н. Бажанов.— Москва, 1990.

УДК 613.21-053.9

САЛАМАТТЫ ДҰРЫС ТАМАҚТАНУ –ҰЗАҚ ҒҰМЫР КЕПІЛІ

ХАСЕНОВА Г.Х., ҚОЖАХМЕТОВА А.Н., ҚАЙНАРБАЕВА М.С., САЛХАНОВА А.Б., РЫСТЫГУЛОВА Ж.

Профилактикалық медицина академиясы, Салауатты тамақтану Орталығы

Резюме

Правильное питание пожилых людей оказывает значительное влияние на обмен веществ, на адаптиционные и компенсаторные возможности организма, а также является важным фактором при процессах старения организма.

Тұжырым

Қарт адамдардың тиімді тамақтануы - заттек алмасу үрдістеріне, организмнің адаптациялық және компенсаторлық мүмкіндіктеріне әсер ететін, қартаю үрдісін тежейтін маңызды фактор болып табылады.

Summary

Proper nutrition of elderly people has a significant effect on metabolism, on adaptation and compensatory possibilities of the body, also it's an important factor in the aging process.

Халықтың денінің сау болуы - кез-келген мемлекеттің салауаттылығының негізін көрсетеді. Денсаулықты сақтау, аурушылдық қауіпін төмендету мен орташа өмір сүру ұзақтығын ұзартуда құнды тамақтанудың маңызы зор. Денсаулықты қорғаудағы Елбасымыздың идеяларын жүзеге асыруда дұрыс тамақтанудың негізгі ұстындарын халық арасында кеңінен насихаттап, әлем бойынша өлім-жітімнің 60%-ы дұрыс тамақтанбаудан болуын ескере отырып, инфекциялық емес аурулардың көбеюіне жол бермеуге бағытталған іс шаралардың рөлі ерекше.

Қазіргі таңда қартаюға қарсы медицина жастық өзгерістерге байланысты, оның даму қауіптілік дәрежесін анықтау, оларға генетикалық бейімділігін зерттеп, диагностика мен емдеуге жаңа технологияны қолданып жүргізілетін адам өмірін ұзартатын көптеген бағдарламалар ұсынылуда. ДДҰ мәліметі бойынша адамзат популяциясының барлық ауруларының 60%-ын тамақтану бұзылысы, ал 65 жастан асқан кісілерде 75%-н құрайды.

Қарт және егде жастағы адамдардың тиімді тамақтануын геродиететика саласы зерттей отырып, ұзақ ғұмыр сүруді көздейді. Геродиететиканың негізгі ұстанымдарына: тағам рационының энергия қуаттылығы организмнің нақты энергия шығынына сәйкес болуы; жүрек- қан тамыр жүйесінің жағдайын ескере отырып, склерозға қарсы бағытта тамақтану; асқазан- ішек жолдарының секреторлық және моторикалық белсенділігінің төмендеуіне байланысты рационда оңай қорытылатын азық- түлікпен қамтамасыз ету; қартайған және егде жаста маңызды микроэлементтер мен минералды жоғалтуынан, рационда алмастырылмайтын тағам факторын қадағалап, оңтайлылығын сақтай отырып, әртүрлі тамақтану; организмнің қартаю механизміне, ден-

саулық жағдайына, жас ерекшеліктеріне байланысты тамақтанудың индивидуалдық түрін тағайындау болып табылады.

Қарт адамдардың тиімді тамақтануында белоктың мөлшері тәуліктік энергия құндылығының 12-14%-нан аспауы қажет, ал белоктың тәуліктік қажеттілігі бір кг дене салмағына 0,885г – ға тең. Ал май жалпы рациондағы калорияның 30%-н аспауы керек. Рациондағы калориялық құндылықтың күрделі көмірсуларға тиетін үлесі 56%, жеңіл сіңірілетін көмірсулар тәуліктік құндылықтың 10%-аспауы керек. Тағам қартаюға қарсы антиоксиданттық қасиеті жоғары А, С, Е, Д витаминдері, тағам талшықтарымен, калий және магний тұздарымен, микроэлементтермен байытылады. Қазіргі жағдайда азық- түліктің сапасының төмендеуі, тағамды технологиялық өңдеу циклдарының көп болуы, оларды мөлшерден көп тазалау, тағам рационы балансының төмен болуы, асқазан- ішек жолдарының ауруларына және дәрілік заттарды көп қолдануға әкеледі. Сондықтан энтеросорбенттік қасиеті басым тағамдық талшықтар қолданған жөн. Олар: көмірсулар деңгейін және сіну жылдамдығын баяулата отырып, көмірсудің гипогликемиялық индексін төмендетеді; тоқ ішекте судың сақталуына және нәжіс массаларының көлемінің түзілуіне ықпал етеді; ішектің перистальтикасын күшейтеді. Жасқа байланысты өзгерістер кезінде нутритивті қолданудың маңызды компоненті бұл тамақтанудың склерозға қарсы бағытталуы. Мұнда жасы ұлғайғандарда жиі кездесетін атеросклероз ауруларында тамақтанудың калориялығын шектеу және жануар текті белоктар мен майларды қолдануды азайтып, тәулігіне холестерин деңгейін 200-300г және ас тұзын 6г дейін шектеулі, тағамды антиатерогенді және липотропты факторлармен байыту өте маңызды.

Олардың тағамдық көздері: балық, балық майы, зығыр майы, бұршақ майы, грек жаңғағының майы, тауық жұмыртқасы , асқабақ дәндері болып табылады. Омега -6 тобының майларының (линоль және гамма линоль) жеткіліксіздігі қант диабетіне, ұмытшақтық склерозына, тері ауруларына алып келеді. Олардың көздеріне: күнбағыс майы, жүгері, жаңғақтар, дәндер, жүзім дәндерінің майы, күнжіт майы жатады. Жастың ұлғаюына байланысты организмді калиймен қамтамасыз ету өте маңызды, ол тұз және су алмасу реттелуіне, осмостық қысым, қалыпты бұлшық ет жұмысына, әсіресе жүрек бұлшық етін реттеуге, ферменттер тобын белсендендіріп, натрий мен судың организмнен шығарылуына, сонымен қатар ісінулерге қарсы әсері зор. Антиспастикалық және тамыр кеңейткіш әсер көрсетуде магнийдің орны ерекше. Ішектің моторикалық қызметінде өт бөлуді ынталандыруға, ішектен холестеринің шығарылуына қатысып, энергия және көмірсу алмасуының ферменттерін реттеп, жүрек бұлшық еті мен нерв жүйесінің қозғыштығын қалпына келтіреді. Әсіресе магнидің өте маңызды қабілеті болып: инсулинге резистенттілігін төмендетеді, қандағы қанттың деңгейі мен артериалды қысымын реттейді, физикалық жүктемелерді, күйзеліс пен депрессиялық жағдайларды жеңіл көтеруге көмектеседі. Соңғы жылғы зерттеу мәліметтер бойынша атеросклероздың предикторларының бірі ретінде - организмдегі кальций алмасуының бұзылысы анықталған. Сүйек тінінің тығыздығын арттыру, басқа тіндерде кальцийдің жиналуын азайту үшін кальцийдің алмасуын жақсартатын емдәмдік шаралар қажет.

УДК: 613.2.287.1/3

СОВРЕМЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ПИТАНИЯ, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ, БЫТОВЫХ И ЭКОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ

МУСАБЕКОВ С.М., ХАЙДАРОВА Т.С.

ТОО «Центр охраны здоровья и экопроектирования»,
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы

Резюме

Комплексная работа проведена в Аральском регионе в 2007-2009 гг., где анализируется данные о состоянии питания, показателях пищевого статуса, социально-экономических, бытовых и экологических условиях населения, а также сравнение с результатами ранних исследований.

Тұжырым

2007-2009 жж Арал аймағында кешенді жұмыс жүргізілген, онда халықтың тамақтану жағдайы мен оның көрсеткіштері, әлеуметтік-экономикалық, тұрмыстық және экологиялық жағдайдыңмәліметтері талданған және де бұрынғы зерттеу нәтижелерімен салыстырылған.

Summary

Comprehensive work carried out in the Aral region in 2007-2009, which analyses data on the status of the nutrition, indicators of nutritional status, socio-economic, living and environmental conditions of the population, as well as a comparison with the results of earlier studies.

Нами проведены комплексные исследования в Аральском регионе (г. Кызылорда, Аральск, Казалинск и п. Сапах – 2007-2009 гг), где изучались фактическое питание, социально-экономические, бытовые и экологические условия проживания населения.

Сравнение наших результатов с данными 1990-2000 гг. [4-8] в основном показало заметно выраженную тенденцию к снижению концентрации тяжелых металлов в изученных объектах. Исключением может явиться кадмий, имеющий тенденцию к росту в почве и продуктах питания (по городам Кызылорда и Казалинска).

Показатели загрязненности объектов окружающей и внутренней среды организма (грудное молоко) пестицидами во всех обследованных пунктах были значительно ниже их ПДК с положительной динамикой их снижения по сравнению с ранними исследованиями, включая результатов местных СЭС.

Такой утешительный вывод не может объяснить столь высокую частоту заболеваемости и смертности населения в регионе.

С другой стороны, они могли быть обусловлены значительным ухудшением социально-экономического статуса населения в результате высокой безработицы и существенными нарушениями в характере питания населения данного региона.

Так, по данным опроса почти половина обследованных, к сожалению, оказались безработными с преобладанием доли женщин. Большинство мужчин курили, а женщины – практически нет. В среднем более 75 % опрошенных потребляли спиртные. По их оценкам качество питьевой воды в г. Аральске и поселках, где имеется водопроводная вода, считается в основном как хорошее, в г. Кызылорде и Казалинске – удовлетворительное.

У 60-80 % обследованных среднедушевой доход на семью составляет до одной *величины прожиточного минимума (ВПМ)*, остальные – 1-4 *ВПМ*. При этом 69,6 % респондентов затрачивает 50-70 % семейного дохода на питание и 26,1 % в пределах - 75-85 % от общего дохода. Следовательно, на другие нужды населения (при высокой цене лекарств, коммунальных услуг, топлива, медицинской помощи, одежды и др.) средств для полноценного существования остаются крайне недостаточно.

Респонденты одновременно хотели бы первоочередного улучшения следующих пожеланий по степени частоты их убывания (с 78 до 30%): медицинского обслуживания (особенно бесплатного), создание новых рабочих мест, строительства благоустроенного жилья и др.

Преобладающее большинство опрошенных семей не имеют дачных участков и на приуса-

дебном участке не выращивают ничего, хотя таковые имеет место (15-20 %) и они в определенной степени самообеспечены овощами и фруктами.

Питание кормящих женщин и детей (методом 24-часового воспроизведения питания) было скудным и однообразным. Женщины потребляют большее количество чая с сахаром и молоком - от 1108 до 1305 мл в сутки, не считая воды, входящие в состав других продуктов. При этом, они потребляли сахар выше нормы на 36-42 %, не считая других видов сладостей, а молока - на 25% ниже, растительное масло – 1,5-2,0 раза ниже, яйцо – в 3-3,5 раза ниже, рыба – в 3-3,5 раза ниже по сравнению с минимальной нормой продуктовой корзины.

Уровень же потребления овощей и фруктов - основные источники витаминно-минеральных элементов и пищевых волокон оказались также низкими: общее количество овощей и бахчевых было ниже на 1,6 раза, а второй хлеб - картофель до 3-х раза ниже нормы.

Потребление энергии в основном соответствовали величинам минимальной нормы или были ниже ее на 10-15 % , а общего белка оказался недостаточным на 18% в Аральске, а в других пунктах, наоборот, на столько же больше на фоне почти 2-х кратного превышения моно- и дисахаридов и дефицитности пищевых волокон – на 50-60 % и более.

Уровень потребления кальция и фосфора детьми и женщинами составлял 70-80 %, витаминов А, С. B_C, B_{12} – 20-60 %, а РР, B_1, B_2 - 15-35 % от нормы ВОЗ.

Следовательно, у обследованных можно констатировать факт энергетической и полинутриентной недостаточности средней степени. Эти факты играет, по нашему мнению, главенствующее значение в ухудшении показателей состояния здоровья, роста заболеваемости и смертности населения Аральского региона, поскольку защитные свойства пищи не могут проявляться в достаточной степени, приводя к нарушению обменных и метаболических процессов в организме.

Этот тезис в определенной степени подтверждается низкими показателями пищевого статуса. Например, у 16 % женщин и 22 % мужчин были установлены дефицитность или избыточность массы тела, а у детей в основном недостаток.

Наши прямые исследования уровня гемоглобина у детей и женщин Аральского района (по Гемокью) показали высокую частоту анемии (почти 80%), из них более 30% в умеренно-выраженной степени, в г.Кызылорде они менее выражены. Это подтверждается данными местных поликлиник (по методу Сали) и ранними исследованиями населения Средней Азии и Казахстана с нашим участием. При этом, по сравнению с общенациональными исследованиями 1995 г по Казахстану, современная частота анемии имела тенденцию к возрастанию до 1,7 раза.

Обобщая результаты работы можно допускать, что проводимые социально-экономические и оздоровительные мероприятия в этом регионе, на данном этапе пока не отразилась на улучшение состояние здоровья населения, поскольку отставание росто-весовых параметров и анемия, являются последствием нерационального питания и широко распространенным фоновым заболеванием, оказывающим протекторное влияние на рост заболеваемости и смертности. Для снижение уровня последних необходимы широкие меры по улучшению социально-экономической ситуации в регионе.

В свою очередь, высокая распространенность анемии в Аральском регионе, наблюдаемая не только среди детей и женщин детородного возраста, но и среди взрослого мужского населения района (г. Аральск), по видимому, порождает новую актуальную проблему, поскольку таковых явлений по сравнению с предыдущими общенациональными исследованиями населения разных регионов Казахстана не было выявлено.

УДК 613.31:663.6:543.3

КАЧЕСТВО ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ВОДЫ. КУЛЬТУРА ПИТЬЯ: ПИТЬ ИЛИ НЕ ПИТЬ?

ДАНИЯРОВ К.С.

Центр формирования здорового образа жизни, г. Астана

Резюме

Чистая, живая вода, натуральная пища, регулярная физическая активность, очищение организма, физическое и духовное - вот основные составляющие здорового образа жизни человека.

Тұжырым

Таза, қағылезі су, табиғи тағам, жүйелі физикалық белсенділік, физикалық және рухани, организмның тазартуы - салауатты өмір салттының негізгі қағидаларын құрайды.

Summary

Clean, pure water, natural food, regular physical activity, body, physical and spiritual purification - are the main components of a healthy way of life.

Вода! Это самое важное вещество на земле. Без нее жизнь перестала бы существовать. Что мы знаем о воде, задумываемся ли мы о том, что она нам несет? И какую воду нужно пить? Будучи главной жидкостью в организме человека, вода служит растворителем для минеральных веществ, витаминов, аминокислот, глюкозы. Вода играет ключевую роль в пищеварении, всасывании, переносе питательных веществ и утилизации продуктов распада. Она защищает нас от разрушительного воздействия токсинов и различных химических веществ.

При рождении организм ребенка более чем на 80% состоит из воды. В организме зрелого человека до 70%. В процессе старения этот процент уменьшается до 50-65%.То есть история старения человека - эта история его «высыхания». Это потеря организмом жидкости, как вне, так и внутриклеточной.

В разных органах и тканях вода распределена по-разному. В наших костях ее всего 13%, а вот в мозге 82.5%. Вот и получается, что мы думаем и храним информацию благодаря воде! И конечно от ее качества зависит состояние здоровья, уровень обмена веществ, работоспособность и даже настроение человека.

По данным ВОЗ более 70-80% всех заболеваний в мире передается через воду. Вода может содержать более 13 тысяч токсичных элементов. Учитывая значение воды для протекания метаболических процессов в организме и то, что вода составляет более половины массы тела человека, становится понятным интерес к свойствам и особенностям воды, характеризующим ее биологическую совместимость.

Физико-химические и биологические свойства воды*:*

· Чистота воды: эко- и биопоказатели

· Поверхностное натяжение - способность воды проникать сквозь мембраны

· Кислотно-щелочное равновесие - значения pH

· Окислительно-восстановительный потенциал - заряд воды

· Структура воды: структура – кристалличекая модель расположения молекул воды

· Информационная память воды

· Минерализация - количество и разнообразие микроэлементов

· Жесткость воды - наличие и концентрация солей, определяющие ее состав

Какая нам нужна вода?

✓ Питьевая вода должна быть обязательно чистой и не должна содержать хлора и его органических соединений, солей тяжелых металлов, нитратов, нитритов, пестицидов, бактерий, вирусов и пр.

✓ Вода должна быть биологически доступной, легкоусвояемой, т.е. степень поверхностного натяжения (**ПН**) между молекулами воды не должна быть слишком большой. ПН определяет силу сцепления между молекулами воды, а также форму поверхности жидкости. Например, из-за сил ПН формируется капля, лужица, струя и т.д. Испаряемость жидкости также зависит от сил сцепления молекул. Водопроводная вода имеет ПН -73 мН/м, кровь -53 мН/м, а внутри - и вне клеточная вода около 43 мН/м. Вода с низким поверхностным натяжением биологически более доступна.

✓ Вода должна быть слабоминерализованной для поддержания электролитного состава жидкостей организма.

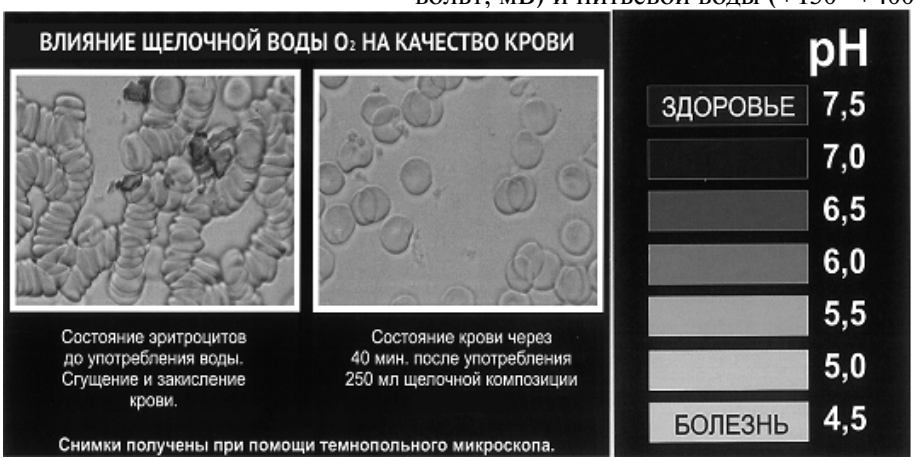
✓ Вода должна быть средней жесткости. Так как и очень жесткая и очень мягкая вода одинаково неприемлема для клеток.

✓ Вода должна быть слабощелочная. Это позволит лучше сохранять кислотно-щелочное равновесие (**pH**) жидкостей организма, так как основные жизненные среды имеют слабощелочную среду. При снижении щелочности этих сред, меняются биохимические процессы, организм закисляется. Это ведет к развитию болезней. Допустимые значения pH крови 7.38-7.42 и не могут отклоняться даже на 10%от этого диапазона. Врач реанимации подтвердит, что борьба за жизнь больного всегда начинается с восстановления кислотно-щелочного равновесия.

Немецкий биохимик-физиолог Отто Варбург (Warburg, Otto) удостоенный в 1931 году Нобелевской премии по физиологии и медицине за открытие природы и механизма действия дыхательных ферментов доказал, что недостаток кислорода (кислая среда pH менее 7.0) в тканях приводит к трансформации (изменению) нормальных клеток в злокачественные. Вся патология от банальной инфекции до онкологии любит кислую среду. В кислой среде активно образуются свободные радикалы, которые травмируют нормальные клетки и они погибают. В щелочной среде все оживает, а онкологические клетки - не развиваются.

Поддерживать оптимальный кислотно-щелочной баланс – это значит продлевать свою жизнь и сохранять ее на высоком качественном уровне.

✓ Одним из наиболее значимых факторов регулирования параметров окислительно-восстановительных реакций, протекающих в любой жидкой среде, является окислительно-восстановительный потенциал (**ОВП**). Вода может быть окислителем **(+)**, т.е. способствовать процессу старения, либо восстановителем **(-)** ,т.е. препятствовать этому процессу. Различия ОВП внутренней среды организма человека (-100 -200милливольт, мВ) и питьевой воды (+150- +400 мВ, при



норме не более +60 мВ) означают, что организм вынужден изменять ОВП питьевой воды и затрачивать колоссальное количество энергии. Организм изнашивается, стареет, затрудняются функции жизненно важных органов. Этот процесс может быть замедлен, если в организм поступает вода, обладающая ОВП, приближенным к внутренней среде организма (слабощелочная, ОВП до - 100 -300мВ). Это позволит сохранить внутреннюю энергию организма.

✓ Вода должна быть структурирована. Вся вода в организме структурирована. Вода, которая находится в неповрежденных фруктах и овощах также структурирована. Любой живой организм, любое растение в процессе своей жизнедеятельности стремится структурировать воду, которая попала извне. При этом тратится много энергии.

✓ Вода должна иметь как можно меньше отрицательной информации. Передача негативной информации в клетку нарушает ее биоэнергоинформационные характеристики (Секрет длительного хранения воды и целебного воздействия со «святых источников», «Зам-Зам-Су»).

✓ На сегодняшний день для того, чтобы изменить физико-химические свойства воды, чтобы сделать ее: чистой, «жидкой», биологически доступной, легкоусвояемой, безопасной, химически активной, именно такой, чтобы она соответствовала потребностям живой клетки, существует минеральная композиция ***«O2 pH Coral Calcium»***, добываемая со дна океана района острова Окинава, в Японии.

Благодаря Эмото Массару-создателю Мирового института тонкой энергии в Цюрихе (Швейцария), Брюсу Хэлстеду, консультанту Всемирной Организации Здравоохранения по вопросам экологии морей и океанов, академикам В.П.Казначееву, В.А.Ткачеву, Короткову и целому ряду ученых, по глубокому изучению энергетических свойств воды, сумевшим сфотографировать и исследовать кристаллическую структуру воды при мгновенной заморозке, мы узнали, что вода не только влияет на человека, но и чрезвычайно сильно реагирует на его эмоциональное состояние.

Воздействие кораллового кальция на структуру костей человека

УДК 612.015.36:613.2.03:613.26/.29

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ. ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ НА КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОЙ БАЛАНС

ДАЛЕНОВ Е.Д., ДАНИЯРОВ К.С.

Академия профилактической медицины Казахстана, г. Астана

Резюме

Главный источник кислот и оснований – пища. Именно от нее во многом зависит кислотно-щелочной баланс организма. Поэтому полезно хорошо изучить свойства продуктов и точно знать, какое действие оказывает каждый продукт на организм: ощелачивающее или окисляющее.

Тұжырым

Тамақтану қышқылмен негіздің маңызды бұлағы. Нақты осыдан ағзадағы қышқылдық - сілтілігінің тепе-теңдігін сақтауға көмектеседі.Сау қоректенудің құрастыруын ғылыми негіздер. Адам организмға тепе-тендіктің қышқылдық-

сілтілігі мен ықпал

Питание играет фундаментальную роль в кислотно-щелочном балансе. Более 50% людей страдает из-за повышенной кислотности, препятствующей нормальной работе ферментов, снижающей содержание минеральных веществ, что ведет к различным заболеваниям. Единственный способ вылечиться - понизить кислотность, что не просто, учитывая кислый рацион (белки, сахар, злаки), избыток тонизирующих веществ (никотин, кофе, алкоголь, кофе, чай), сидячий образ жизни или наоборот, чрезмерные нагрузки.

Мы ознакомимся с основными симптомами повышенной кислотности, методах определения ее уровня, в том числе проведения анализа мочи и слюны в домашних условиях, о влиянии пищевых продуктов на кислотно-щелочной баланс, а также о 8 правилах здорового питания.

Для того, чтобы наш организм нормально функционировал, ему необходимо множество различных веществ: около двадцати аминокислот, несколько десятков видов сахара и жирных кислот, порядка сорока витаминов и целая сотня минералов и микроэлементов. Каждое из этих веществ выполняет в организме одну или несколько совершенно определенных функций.

Несмотря на чрезвычайное разнообразие, все вещества можно разбить на две большие группы: основания (называемая также щелочами) и кислоты. Эти вещества обладают противоположными, но взаимодополняющими свойствами. Для здоровья нашему организму необходимо присутствие веществ обеих групп, находящихся в определенной пропорции. Равновесие, существующее между кислотами и основаниями, называется кислотно-щелочным (КЩР). Наличие чрезмерных кислотных или основных веществ пагубно для нашего здоровья.

С точки зрения химии, кислоты высвобождают ионы водорода при растворении в воде, а основания вовсе не высвобождают ионы водорода, а напротив, уменьшают их концентрацию. КЩР характеризуется специальным показателем pH (power Hidrogen - сила водорода), который показывает число водородных атомов в данном растворе. Значения показателя pH зависит от соотношения между положительно заряженными ионами (формирующими кислую среду) и отрицательно заряженными ионами (формирующими щелочную среду).

Основные жизненные среды имеют слабощелочную реакцию. При снижении щелочности этих сред, снижается активность ферментов и скорость биохимических процессов, организм закисляется. Это в конечном итоге, ведет к развитию болезней.

Самый быстрый способ избавиться от внезапного избытка кислот - дыхание и движение. Окисляя кислоты, легкие выводят их с каждым выдохом в виде углекислого газа или водяного пара. Достаточно увеличить амплитуду и ритм дыхательных движений, чтобы активизировать выделение кислот. К сожалению, это способ хорош только для слабых кислот. Что касается сильных кислот (мочевая, серная и др.), которые в излишних количествах присутствуют в тканях (большая часть экзем, крапивниц, зуда и покраснений кожи вызваны повышенной кислотностью пота), то их можно вывести только через почки и потовые железы (их более двух милли-

онов), при употреблении лекарственных трав: мочегонных - вывод через почки, потогонных - через кожу. Дополнительная мера (необходимая во многих случаях) - прием минеральных препаратов основного характера (кальций, калий, магний, натрий, железо, марганец, кобальт и медь, предпочтительно натурального происхождения). Это очень важно, поскольку организм не удаляет кислоты осевшие в тканях, через кровь и органы выделения, т.к. при этом может опасно измениться уровень pH крови. И только соединившись с основаниями, кислоты выводятся в виде нейтральных солей, не изменяющих pH крови: 1 кислота + 1щелочь = 1 нейтральная соль.

В результате, человек не только излечивается от существующих недомоганий, но и становится надолго защищенным от них.

Зона здоровья находится между показателями pH 7.36 и 7.43, а болезнь начинается, как только возникает состояние ацидоза или алкалоза.

Как с помощью питания уменьшить окисление организма?

Главный источник кислот и оснований - пища. Именно от нее во многом зависит кислотно-щелочной баланс организма. Поэтому полезно хорошо изучить свойства продуктов и точно знать, какое действие оказывает каждый продукт на организм: окисляющее или ощелачивающее.

Продукты, которые мы употребляем, можно разделить на три большие группы: окисляющие, ощелачивающие и кислые. Третья группа может оказывать на организм и то, и другое действие. Оно меняется, если человек страдает нарушением метаболизма кислот. Эти продукты (прежде всего, фрукты, кисломолочные продукты и уксус) становятся ощелачивающими в организме людей, у которых усвоение кислот не нарушено, и окисляющими для тех, у кого такие нарушения имеются.

При составлении диеты будет большой ошибкой учитывать только химический состав пищи и думать, что организм получит большую пользу от питательных веществ, находящихся в ней. В действительности, сам по себе продукт питания не имеет никакой ценности: его ценность зависит от состояния пищеварительного тракта организма, в который он попадет. Например, сырые овощи очень полезны для человека с хорошим здоровьем, но не для больного, страдающего энтеритом или колитом - овощи только сильнее обострят его уже воспалительный пищеварительный тракт.

Знание этих трех групп позволяет питаться правильной пищей при восстановлении кислотно-щелочного баланса. Продукты выбирают по следующим основным принципам:

· Для людей, не страдающих нарушением метаболизма кислот: ощелачивающих и кислых продуктов должно быть больше, чем окисляющих.

· Для людей, страдающих нарушением обмена кислот: ощелачивающих продуктов должно быть больше, чем окисляющих и кислых (до 60,70, и даже 80% от всего рациона).

Было бы неправильно совсем отказываться от окисляющих продуктов, так как к этой группе относится пища, богатая белками (яйца, мясо, рыба).

Окисляющие продукты - это в основном, пища, богатая белками, углеводами и жирами.

Продукты, богатые белками (мясо, сыр и бобовые), оказывают на организм окисляющее действие, т.к. с одной стороны в процессе их переработки образуются аминокислоты, с другой - мочевая кислота, очень распространенного токсина.

Кроме того, основные аминокислоты содержат такие кислые минералы, как сера и фосфор. Молочные продукты не образуют мочевой кислоты, т.к. не содержат животных тканей.

Бобовые (соя, нут-горох, фасоль и пр.) не состоят из животных тканей, но при их распаде образуется большое количество мочевой кислоты, т.к. они богаты пуринами. Сами по себе пурины щелочные, но для вывода из организма они перерабатываются в мочевую кислоту. Присутствие большого количества пуринов в кофе, чае и какао объясняет, почему эти напитки так же, как впрочем и шоколад, являются окисляющими.

Продукты, богатые жиром (жир и масла, применяемые для жарки; жир, содержащийся в мясе животных), оказывают на организм двойное окисляющее действие. Во-первых, эти вещества используются организмом в виде жирных кислот, во-вторых, насыщенных жирных кислот (НЖК), которыми они богаты и которые трудно усваиваются. Если НЖК не перерабатываются полностью, образуются токсичные вещества, а также такие кислоты как ацетон, ацетоуксусная кислота и др. В наши дни часто имеет место окисление жирами, т.к. очень высоко их потребление (казы, карта, бараний, говяжий, свиной), поэтому очень важно при приеме тяжелой несовместимой пищи, различных застолий рекомендуется использовать дополнительно растительные ферменты (папаин и др.).

Углеводы (в форме крахмала, представляют собой соединения до 250 000 молекул глюкозы) окисляют организм по той же причине, особенно при излишнем потреблении углеводов (хлеба, пирожков, печенья). И не важно, рафинированные эти злаки или нет. Если сами злаки окисляют организм, то пророщенные зерна оказывают обратный эффект, так же, как и зелень. Сахар (варенье, конфеты, шоколад, торты), состоящий из только из двух молекул (глюкозы и фруктозы), окисляет из-за того, что он рафинированный, а значит, свободный ото всех микроэлементов, витаминов и ферментов.

Масленичные растения - это все виды орехов, кроме миндаля (сырого, а не жареного и соленого) и бразильского ореха, также окисляют организм.

Так что, если вы хотите избежать окисления организма, советуем обратить внимание на свое питание. Но обратить внимание - вовсе не означает, что потребление окисляющей пищи нужно снизить до минимума или совсем исключить из рациона. Нужно просто следить, чтобы ощелачивающих продуктов было больше, чем окисляющих. И следить за этим нужно всегда, при каждом приеме пищи!

Ощелачивающие продукты - большей частью состоят из зеленых и цветных овощей (кроме помидоров) и картофеля. Эти продукты ощелачивают потому, что с одной стороны они богаты основаниями, либо не содержат кислот совсем, либо содержат их малых количествах, с другой стороны они не образуют кислот во время различных обменных процессов в организме.

Зеленые и цветные овощи - вот главный источник оснований для организма. Если вы хотите сохранить или восстановить кислотно-щелочной баланс, нужно есть овощи при каждом приеме пищи (обеде и ужине). Не важно, в каком виде: в салатах, сырыми, вареными, в виде соков или в супах, исключение составляют помидоры и баклажаны, которые окисляют организм. Если говорить языком ботаники, помидор - это не овощ, а фрукт.

Кислые продукты - эта группа включает продукты, окисляющее или ощелачивающее действие которых зависит от обмена веществ в организме. Поэтому они отобраны не по воздействию на организм, а по их свойствам - они кислые на вкус. Кислые продукты содержат много кислот, отсюда и их вкус. Кислоты эти слабые, и у людей, чей организм способен их легко окислить, они превращаются в основания, а значит, ощелачивают организм.

Основные кислые продукты - это очень многие фрукты, кисломолочные продукты и уксус.

Таким образом, учитывая, что более 70-80% продуктов питания имеют кислотное значение pH, а напитки более 90-95%, рекомендуется регулярное потребление ощелачивающей пищи. Научитесь поддерживать правильный pH баланс в организме для сохранения крепкого здоровья на долгие годы. Помните, Щелочная Среда= Кислород = Жизнь; Кислая Среда = Углекислый Газ = Гибель; Границы жизни лежат в слабощелочной среде.

УДК 613.287.1:616-053.3:618.63 (574.4)

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОХРАНЕ И ПОДДЕРЖКЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ В ТУРКМЕНИСТАНЕ

ДЖОРАЕВА Г.Р.

Научно-клинический центр охраны здоровья матери и ребенка, г. Ашхабад

Резюме

Огромное значение в питании детей принадлежит грудному вскармливанию. В статье освещаются результаты внедрения принципов успешного грудного вскармливания ВОЗ в практику работы родильных домов.

Тұжырым

Балалардың тамақтануында емшек емізу тамақтануына үлкен мағына беріледі. Мәтінде ДДҰ перзентханалардың тәжірибесінде табысты емшектегі тамақтануды енгізудің қағидасының нәтижелері көрсетілген.

Summary

Breast feeding has a huge importance in alimentation of infants. The results of implementation of WHO successful breast feeding in practical work of maternity hospitals of Turkmenistan are covered in this article.

Питание детей раннего возраста имеет решающее значение для нормального физического и умственного развития. Дети этого возраста особенно чувствительны к особенностям неправильного питания, так как в этот период их рост происходит более интенсивно, чем в любое другое время и поэтому существует повышенный риск задержки роста, моторики, познавательных способностей, а незрелость иммунной системы приводит к частым заболеваниям [1,2,3]. В связи с этим в последние годы рекомендуется длительное, до двух и более лет вскармливание ребенка грудным молоком, включая исключительно грудное вскармливание до 6-ти месячного возраста [4,5,6].

Приоритетным направлением государственной политики в области материнства и детства является охрана здоровья подрастающего поколения. Так, в Туркменистане более 10 лет реализуется национальная программа по охране и поддержке грудного вскармливания, а подписание Президентом страны «Закона о защите и пропаганде грудного вскармливания и требованиях к продуктам детского питания» является последовательным продолжением заботы государства о детях - будущем нации [7].

Цель работы: оценить эффективность мероприятий по охране и поддержке грудного вскармливания.

Материалы и методы исследования. Разработана анкета для матерей, включающая этапы антенатального ухода; использования родильными домами новых перинатальных технологий; факторы, влияющие продолжительность грудного вскармливания. Методом случайной пропорциональной выборки были составлены группы детей от 0 до 2-х лет, с матерями которых проводилось анкетирование. Сбор материала проводился в г. Ашхабаде и в пилотных этапах всех пяти велаятов. Всего было заполнено 1739 анкет. Ввод и обработка полученных данных проводились с использованием программных возможностей SPSS.

В Туркменистане 62 родильным домам присвоено международное звание «Больница доброжелательного отношения к ребенку», что составляет 87% от всех родовспомогательных служб. Следует отметить, что в практике работы данных родильных домов используются современные перинатальные технологии: раннее, в течение первого получаса, прикладывание младенца к груди, кожный контакт между матерью и ребенком, совместное пребывание матери и ребенка в одной палате обучение матерей технике кормления, отказ от использования долактационного питья (питания), сосок, бутылочек, свободный режим кормления. Согласно результатам исследования, в течение первого получаса были приложены к груди матери - 66,4% новорожденных, несколько позже, в течение первых двух часов - 27,4% и через сутки и более - 6,2% младенцев. В большинстве случаев осуществлялся непродолжительный кожный кон-

такт на протяжении менее 30 минут в 50,6% случаев, в течении одного-двух часов в 34,6% случаев, затруднились ответить - 13,3% родильниц. Подавляющее большинство матерей, 90%, с момента рождения ребенка постоянно находились вместе, в 7,5% случаев младенцев принесли матерям через какое-то время и в 2,5% случаев дети содержались отдельно в палате интенсивной терапии или в реанимационном отделении. Все опрошенные женщины были информированы о свободном режиме вскармливания и 97,2% из них его придерживались, однако 2,8% матерей предпочли часовой режим. Согласно полученным данным, в результате проводимых мероприятий возрос уровень исключительно грудного вскармливания в родильных учреждениях до 98-99%. Однако, начиная с 3-х месяцев начинается значительное снижение числа младенцев, получающих только материнское молоко -68,5%, а к концу первого полугодия лишь четверть младенцев - 27,6% находятся на исключительно грудном вскармливании (рис.1).

Изучение вскармливания детей до 6 месяцев показало раннее необоснованное допаивание младенцев жидкостями (кипяченая вода, чай), а также ранним введением матерями в рацион ребенка продуктов прикорма (кисель, йогурт, сок, печенье). Изучение причин преждевременного прекращения исключительно грудного вскармливания показало, что они обусловлены скорее всего не физиологическими факторами, т.е. недостаточностью молока у матери - 6,1%, а психосоциальными факторами- 61,2%: неуверенностью матерей и членов их семей в том, что только одного молока достаточно для ребенка первых шести месяцев; использованием предыдущего (устаревшего) опыта кормления детей; прислушиванием советам старших членов семьи. К сожалению, в 32,6% случаев медработниками были даны рекомендации по дополнительному допаиванию и докармливанию младенцев. В связи с чем положения «Закона о защите и пропаганде грудного вскармливания и требованиях к продуктам детского питания» о необходимости сохранения исключительно грудного вскармливания до 6-ти месяцев, реализации в торговых точках продуктов дополнительного детского питания (соки, фруктовые и овощные пюре, каши) только с 6-ти месячного возраста, соблюдении требований к оформлению этикеток и надписей продуктов детского питания как отечественного производства, так и импортируемых, будут способствовать оптимальной продолжительности исключительно грудного вскармливания.

Несмотря на относительно низкие показатели исключительно грудного вскармливания в 6-ти месячном возрасте, внедрение инициативы «Больниц доброжелательного отношения к ребенку» в практику родовспомогательных учреждений способствовало повышению удельного веса грудного вскармливания, а также в целом продолжительности грудного вскармливания. Так, подавляющее большинство детей получали материнское молоко – 96,1%, на смешанном вскармливании находились 2,6% детей и на искусственном вскармливании – 1,3% детей. Согласно полученным данным, число детей, по-

Рис.1 Динамика продолжительности исключительно грудного вскармливания,%

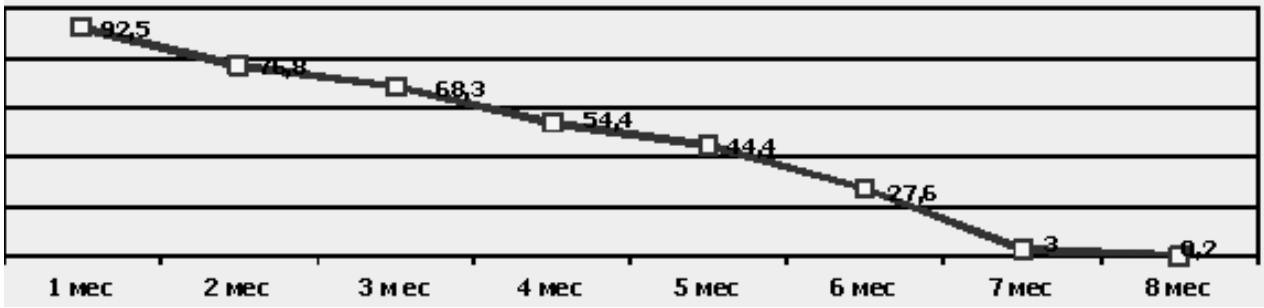
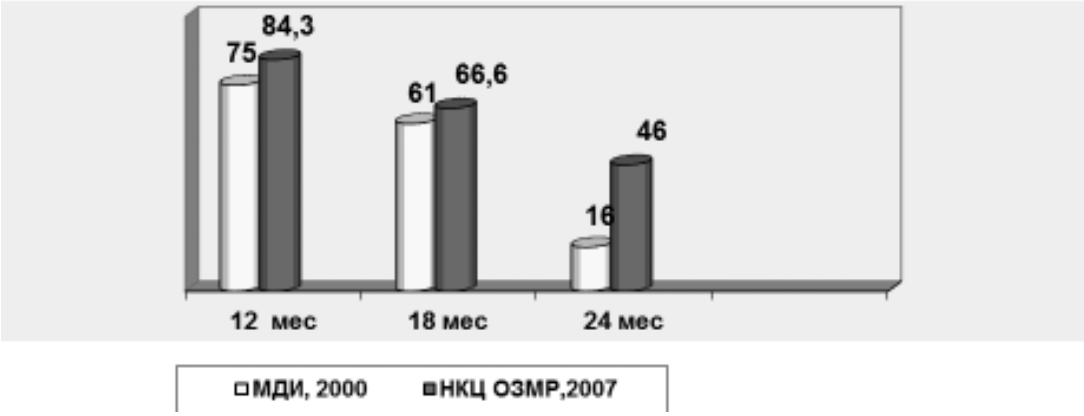


Рис.2 Сравнительная оценка показателей продолжительности грудного вскармливания,%



лучающих материнское молоко до 12 месяцев возросло с 75% до 84,3%, в 18 месяцев – с 61% до 66,6%, в 24 месяца - с 16% до 46% (рис.2).

Таким образом, внедрение Инициативы «Больниц доброжелательного отношения к ребенку» способствовало повышению уровня грудного вскармливания, повышению его продолжительности в целом и показателей исключительно грудного вскармливания лишь в первые месяцы жизни ребенка. Для успешной реализации программы по грудному вскармливанию в практику родовспомогательных учреждений необходимо проведение систематических мониторингов и ресертификаций, а также активизировать работу первичного звена здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Тутельян В.А.Питание здорового и больного ребенка.- Москва, 2007.С.5-7.

2.Лададо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста.- Москва,- 2008,- С.3-4.

3.Нетребенко О.К. Отдаленные последствия характера вскармливания детей на ранних этапах развития.- Журн.Педиатрия №5,- 2005, С.30-32.

4. Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста. ВОЗ,- 2001,-С 2-3.

5.Фатеева Е.М., Прошин В.А. Поощрение и поддержка грудного вскармливания в Москве. Рос. педиатр. Журн., 2000.-№3,-С.34-37.

6. American Academy of Pediatrics Breastfeeding the use of human milk. Section on Breastfeeding. Pediatrics. 2005, 115:496-506

7. Закон Туркменистана о защите и пропаганде грудного вскармливания и требованиях к продуктам детского питания. 28.04.2009.

УДК: 616.928.7:613.99

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФОРТИФИКАЦИИ МУКИ НА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНЕМИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

ТАЖИБАЕВ Ш.С., НУРГАБЫЛОВА А., ДОЛМАТОВА О.В., МУКАШЕВА О.К.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В данной статье дана оценка эффективности фортификации муки на распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста.

Тұжырым

Мәтінде ұнды байытудың репродуктивті жасындағы әйелдердің арасында анемияның таралуына әсері нәтижелігін бағалауы сипатталған.

Summary

This article describes the evaluation of flour fortification on the prevalence of anemia among women of reproductive age.

С целью оценки эффективности проводимых мероприятий по профилактике анемии, у 500 женщин репродуктивного возраста, проживающих в Западно-Казахстанской (ЗКО) и 500 женщин в Восточно-Казахстанской областях (ВКО), определены уровни гемоглобина в цельной крови, полученной из прокола пальца. В этих двух областях результаты сравнивали как между собой, так и с соответствующими показателями, полученными в Национальных исследованиях питания от 2008 года (НИП-2008). Выявлено, что средний уровень гемоглобина в крови женщин в 2011 году статистически значимо выше соответствующих показателей, выявленных в 2008 году (табл. 1), что свидетельствует о положительных сдвигах, которые произошли за указанный промежуток времени. Кроме того, в 2011 году у женщин из ЗКО средний уровень гемоглобина был ниже, чем у женщин из ВКО. Указанные различия связаны с низким базовым уровнем гемоглобина в крови женщин из ЗКО в 2008 году.

У 64% женщин из ЗКО и лишь у 2% женщин из ВКО пшеничная мука в домовладениях была фортифицированной согласно информации на упаковке муки. У женщин из ЗКО с наличием фортифицированной пшеничной муки (ФПМ) в домовладениях средний уровень гемоглобина в крови был статистически значимо выше, чем у женщин, не имевших ФПМ в домовладениях. Указанные различия свидетельствуют о положительном влиянии потребления ФПМ на содержание гемоглобина в крови у женщин репродуктивного возраста.

Распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста, проживающих в ЗКО, в 2011 году по сравнению с данными 2008 года,

Таблица 1. Средний уровень гемоглобина (г/дл) в крови женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) в Казахстане, сравнительные результаты Национальных исследований питания от 2008 года (НИП-2008) и Исследований микронутриентов в мае-июне 2011 года (ИМ-2011), по областям

Область/Город	n	Средний уровень(М)	СтО[1]	m[2]	95% ДИС[3]
Вост-Каз. область	129	12,2**	1,77	0,156	11,85-12,47
Зап-Каз. область	61	10,8	1,49	0,191	10,45-11,21
Всего, НИП-2008	**1543**	**11,7**	**1,63**	**0,042**	**11,62-11,78**
Вост-Каз. область	500	*12,7**	1,67	0,075	12,57-12,86
Зап-Каз. область	500	*11,8	1,78	0,079	11,68-11,99
Всего, ИМ-2011	**1000**	***12,3**	**1,78**	**0,056**	**12,16-12,39**

Примечание. СтО[1] - Стандартное отклонение, m[2] – Стандартная ошибка средней, 95% ДИС[3] - 95% доверительный интервал средней, * - Статистически значимые различия (P<0,05) по сравнению с соответствующим областным и средне-республиканским уровнями от 2008 года , ** - Статистически значимые различия (P<0,05) по сравнению с уровнем в западно-казахстанской области в идентичный год исследования.

Таблица 2- Распространенность анемии разной степени тяжести (в %) среди женщин репродуктивного возраста (15-49 лет) в ВКО и ЗКО Казахстана в зависимости от наличия фортифицированной пшеничной муки (ФПМ) в домохозяйстве (по информации на упаковке муки), по результатам Исследования микронутриенто в мае-июне 2011 года (ИМ-2011).

Основные характеристики	Всего анемии		Легкая		Умеренная		Тяжелая	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Наличие ФПМ в домохозяйстве, ВКО, n=9	3	33,3± 15,7	3	33,3	-	-	-	-
Отсутствие ФПМ в домохозяйстве, ВКО, n=491	125	25,5±1,97	91	18,5	34	6,9	-	-
Наличие ФПМ в домохозяйстве, ЗКО, n=318	110	34,6± 2,67*	85	26,7	23	7,2	2	0,63
Отсутствие ФПМ в домохозяйстве, ЗКО, n=182	114	63,3±3,57	66	36,3	43	23,6	5	2,75

Примечание.* - Статистически значимое изменение (P<0,001) по сравнению с женщинами в Западно-Казахстанской области с отсутствием ФПМ в домохозяйстве

снизилась в 1,7 раза (с 77% до 45%), хотя была выше, чем среди женщин из ВКО. У женщин из ВКО базовый уровень распространенности анемии в 2008 году был в 2,6 раза выше, чем у женщин из ЗКО, но такое отношение снизилось до 1,7 раза в 2011 году. В обеих областях среди женщин встречалась преимущественно анемия легкой степени как в 2008, так и в 2011 годы.

У женщин из ЗКО с наличием ФПМ в домовладениях распространенность анемии в 2011 году снизилась в 1,8 раза, чем у женщин, не имевших ФПМ в домовладениях (табл. 2). Такие изменения не произошли у женщин из ВКО, где лишь в 2% домовладений была в наличии ФПМ. Указанные различия свидетельствуют о положительном влиянии потребления ФПМ в плане профилактики анемии среди женщин репродуктивного возраста.

Выводы:

1. У 64% женщин из ЗКО и лишь у 2% женщин из ВКО пшеничная мука в домовладениях была фортифицированной согласно информации на упаковке муки. У женщин из ЗКО с наличием ФПМ в домовладениях средний уровень гемоглобина в крови был статистически значимо выше, чем у женщин, не имевших ФПМ в домовладениях.

2. У женщин из ЗКО с наличием ФПМ в домовладениях распространенность анемии в 2011 году была в 1,8 раза ниже, чем у женщин, не имевших ФПМ в домовладениях. Такие изменения не произошли у женщин из ВКО, где лишь в 2% домовладений была в наличии ФПМ.

УДК 613.22 (07)

ИНВЕСТИЦИИ В ШКОЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – ОДИН ИЗ РЕНТАБЕЛЬНЫХ ВИДОВ ИНВЕСТИЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

ШАРМАНОВ Т.Ш., ШИМАШЕВА Р.С.,
АЙДЖАНОВ М.М., СЕЙТМАГАМБЕТОВА Ш.А.

Академия профилактической медицины, Управление образования, г. Алматы
Комитет ГСЭН Министерства здравоохранения РК, г. Астана

Резюме

В статье описаны особенности школьного питания.

Тұжырым

Мәтінде мектеп тағамтанудың ерекшеліктері сипатталған.

Summary

This article describes the features of the school nutrition.

Школьники – многочисленная и наиболее уязвимая часть населения к изменениям состава и типа питания. Широко распространенные среди детей и подростков школьного возраста различные пищевые нарушения – основные факторы риска дисадаптации и ряда алиментарно обусловленных расстройств (гипотрофия, железодефицитная анемия и др.), получивших в последнее десятилетие статус «школьных болезней». Темпы прироста функциональных расстройств и болезней выше в школах нового типа.

Реформа школьного образования, направленная на внедрение новых технологий и инновационных форм обучения в классе, повышение объема и качества знаний, сопровождается чрезмерным нервно-эмоциональным напряжением, удлинением времени для домашних заданий и сокращением продолжительности сна. Возрастает нагрузка на зрительный и слуховой анализаторы, желудочно-кишечный тракт и сердечно-сосудистую систему. И самое удивительное, что каждый взрослый воспринимает это как само собой разумеющееся. А между тем, по данным Министерства образования и науки, учебная нагрузка детей и подростков в течение суток увеличилась на 30%, так что «рабочий день» школьника теперь даже больше, чем у взрослых – порядка 10-12 часов (!).

Возросшая нагрузка на физиологические системы организма ребенка, обусловливая хроническое переутомление и повышенную тревожность, снижает умственную и физическую работоспособность, увеличивает риск развития различных патологий.

Рациональное питание школьников улучшает физическое и умственное развитие, повышает работоспособность и успеваемость, создает условия для адаптации подрастающего поколения к факторам окружающей среды, оказывает существенное влияние на состояние здоровья на протяжении всей последующей жизни.

Основную проблему в питании детей школьного возраста представляет его нерегулярность. Доказано, что у детей, не соблюдающих режим питания, отмечается более высокий уровень тревожности, утомляемости, им труднее учиться и контролировать свое поведение.

Чтобы дети не наполняли «пустой» желудок сладкими батончиками, разного рода фаст-фудами и энергетическими напитками, считающиеся наименее полезными для растущего организма, в школьных столовых г.Алматы для учащихся 1-4 классов организован бесплатный «второй завтрак» за счет местного бюджета.

4-х недельное меню блюд второго завтрака для школьников начальных классов, разработанное Казахской академией питания и утвержденное управлением образования по согласованию с департаментом Комитета СЭН г. Алматы, направлено на привитие культуры питания и предупреждение анемии, болезней органов зрения и пищеварения, избыточной массы тела и связанных с ними неблагоприятных последствий для здоровья.

Питание детей дома должно быть максимально скоординировано со школьным вторым завтраком. Только в этом случае возможно обеспечение разнообразия и полноценности всего суточного пищевого рациона.

Дети питаются шесть дней. В течение четырех недель они едят вторые блюда с гарниром или без него. Перечень вторых блюд весьма разнообразен: 1) мясные биточки и котлеты; 2) рубленные мясные зразы, рагу, рулеты, пельмени и голубцы ленивые; 3) жаркое, поджарка, азу и плов; 4) рыба тушеная или припущенная, тефтели из рыбы; 5) творожная запеканка. Три дня из шести дети получают овощной салат, фрукты (бананы, яблоки, киви) и плодово-ягодные соки, а другие три дня – молоко коровье натуральное витаминизированное и йогурт с пре- и пробиотиками.

При составлении меню обращалось особое внимание на: 1) исключение повторяемости мясных блюд - котлеты (биточки), приготовленные из фарша, чередуются с жаркое, поджаркой или блюдами из рубленного мяса; 2) обязательное включение в меню рыбы - в неделю 1 раз; 3) разнообразие плодовых соков; 4) доступность фруктов в течение всего учебного года и специфику их состава; 5) натуральность молока и отсутствие в ней добавок, красителей, консервантов; 6) содержание в йогурте из натурального молока бифидобактерий и лактобактерий с добавлением волокон корня цикория в качестве идеальной среды для их развития.

Далеко не все продукты содержат полный набор необходимых витаминов и минералов, поэтому очень важно употреблять в пищу различные овощи, фрукты и ягоды, чтобы пополнить потребности организма в микронутриентах.

С учетом этого в рацион были включены три разных фрукта. В отличие от киви и банана, яблоки богаты железом (2,2 мг/100г) и содержат антиоксидантный витамин Е (0,6 мг/100г). По сравнению с яблоками, в 100 г киви содержится в девять раз больше фолиевой кислоты (18,5 мг), семь раз - витамина С (71 мг), пять раз – марганца (38 мг), три раза – витамина B_6 (0,2 мг), магния (24 мг) и фосфора (31 мг), два раза – пищевых волокон (3,5%), кальция (38 мг) и цинка (290 мг).

Банан по калорийности превосходит яблоки и киви в 2 раза. В 100 г яблок, киви и банана содержится белка 0.4 г, 1.0 г и 1,3 г соответственно. По содержанию витаминов и минеральных веществ банан имеет большее сходство с киви, нежели с яблоком.

Известно, что при дефиците витамина B_6 (пиридоксина) снижается выработка серотонина, что приводит к повышению нервозности, подавленности и снижению работоспособности. Интенсификация учебного процесса, сопряженная повышением психо-эмоциональной нагрузки на организм школьника, повышает потребности в витамине B_6. Поэтому в целях профилактики нервного срыва у школьников и ускорения процессов восстановления работоспособности важно удовлетворить потребности организма в витамине B_6. В этом плане ввод банана в состав рациона питания школьников (второй завтрак) может быстро компенсировать недостаток витамина B_6, так как в среднем по размеру банане содержится дневная норма пиридоксина - 0,4 мг (для сравнения: в яблоке – 0,08 мг, в киви - 0,2 мг), который способствует повышению уровня гемоглобина и выработке катехоламина серотонина – «гормона радости».

В условиях возросшей психо-эмоциональной нагрузки на организм школьника у них выше потребность и в фолиевой кислоте (витамине B_9), которая поставляет углерод для синтеза железосодержащего протеина в пигменте крови гемоглобина и требуется для синтеза нуклеиновых кислот, содержащих наследственную информацию. С помощью фолиевой кислоты образуются нервные возбудители серотонин и норадреналин, поэтому этот витамин, также как и витамин B_6, необходим для гарантии хорошего настроения и здорового сна.

Таким образом, включение в рационы питания школьников яблока, богатого железом, который по праву считается душой энергетики, и киви, содержащего много витамина С, кальция и цинка, полезно для выработки энергии и борьбе с усталостью, повышения иммунитета, профилактики анемии, гармонизации процессов роста и развития. Содержащиеся в банане витамины и биологически активные вещества, помогая превращению триптофана белков плода в серотонин, ускоряют восстановительные процессы в организме школьников после психо-эмоциональной нагрузки, и содействуют лучшему усвоению учебного материала в школе и успешному выполнению домашних заданий.

В питании детей и подростков школьного возраста, особенно в домохозяйствах с низким доходом, из минеральных веществ больше всего не хватает кальция, гемового железа, цинка, а из витаминов – тиамина, рибофлавина, пиридоксина, фолиевой кислоты, витаминов А (РЭ) и аскорбиновой кислоты.

Компенсировать недостаточность питательных веществ у школьников можно путем обогащения продуктов массового потребления вита-

минно-минеральным премиксом и нормализацией микрофлоры кишечника дополнительным введением с пищей полезных микроорганизмов.

Выпускаемая на заводе Казахской академии питания «Амиран» уникальная продукция: 1) молоко натуральное обогащенное витамино-минеральным комплексом, включающим β-каротин, витамины А, D_3, Е, К, B_1, B_2, B_3, B_4, B_5, B_6, B_8, B_9, B_{12}, С, Н, а также медь, железо, марганец, магний, цинк и 2) йогурт из натурального молока, содержащий полезные микроорганизмы – бифидобактерии не менее 10^7 в $см^3$, лактобактерии 10^7 в $см^3$ с добавлением волокон корня цикория в качестве питательной среды для развития полезной микрофлоры кишечника, вошла в состав меню второго завтрака для школьников 1-4 классов.

В настоящее время эти два продукта из натурального молока без консервантов и искусственных добавок используются в питании школьников начальных классов во всех 176 общеобразовательных школах г. Алматы.

Мониторинг эффективности внедрения в практику школьного питания бесплатного второго завтрака за счет местного бюджета показал, что для детей начальных классов ежедневный прием в школьной столовой разнообразной, вкусной и полезной пищи:

1) стал привычным атрибутом;

2) позволяет приобщиться к здоровой пище и привить культуру питания;

3) способствует улучшению состояния здоровья: снизилась частота анемии, болезней органов пищеварения, зрения и психических расстройств;

4) оказывает положительное влияние на познавательные способности и академическую успеваемость: IQ повысился в среднем на 15-20 пунктов.

Для дальнейшего улучшения состояния здоровья школьников и познавательной способности необходимо усилить работу по:

1) формированию у них мотивации питаться регулярно и разнообразно не только в школе, но и дома;

2) вовлечению их в исследовательский процесс оценки, как своего суточного рациона питания, так и своих сверстников в начальных классах;

3) привлечению их в телепередачи по вопросам здорового питания;

4) проведению круглого стола с педагогами и родителями по основам здорового питания и улучшения организации его в школе и дома;

5) тиражированию передового опыта организации второго завтрака в школах г. Алматы за счет местного бюджета на все школы страны.

УДК 616.155.194-053.2:612.392-07

ИЗУЧЕНИЕ ДИСБАЛАНСА МИКРОЭЛЕМЕНТОВ У ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ

КУЛИЕВ О.А., МУХАМЕДОВ С.

НИИ гематологии и переливания крови МЗ Республики Узбекистан,
Институт ядерной физики АН Республики Узбекистан, г. Ташкент

Резюме

В статье изучен дисбаланс микроэлементов у детей с анемией.

Тұжырым

Мәтінде қаны аздығы бар балаларда микроэлементтердің дисбалансы талқыланған.

Summary

This article describes the study of microelements disbalance in children with anemia.

Известно, что дефициту химических элементов наиболее подвержены дети, подростки в период интенсивного роста, а также беременные и кормящие матери. В республике Узбекистан дефицит железа и его манифестная форма – железодефицитная анемия широко распространена среди детей и составляет 60-57%. Возможно, это связано с низкой эффективностью общепринятой терапии, которая не учитывает дисбаланс многих микроэлементов, участвующих в гемопоэзе и феррокинетике. Малоизученными остаются вопросы дисбаланса микроэлементов, участвующих в гемопоэзе и феррокинетике, и практически нет таких работ выполненных среди детей с применением методов инструментального нейтронно-активационного анализа (ИНАА). Для практического здравоохранения проблемными остаются вопросы повышения эффективности лечения и профилактики ЖДА среди детей, возможно, при этом немаловажное значение имеет дисбаланс многих микроэлементов.

Объектом исследования были образцы волос четырёх групп детей, у которых была диагностирована ЖДА: 1 группа – вылеченные от ЖДА, 2 группа – легкая степень ЖДА, 3 группа – средняя степень ЖДА, 4 группа – тяжелая степень ЖДА. Число пациентов было 55, возраст которых составлял от 10 до 176 месяцев. Число пациентов по группам распределялось как 1 – 10, 2 – 28, 3 – 11 и 4 – 6 пациентов, соответственно. Для проведения анализов брали прядь волос от корня длиной 2-4 см. Волосы состригали в 4-5 местах на затылке. Подготовленные образцы подвергали нейтронно-активационному анализу.

Изучение распределения химических элементов по степени тяжести анемии среди детей показывает, что имеются определенные закономерности в изменениях концентраций отдельных химических элементов. Нами обнаружено возрастание содержания Mn, Sc, Co, K, Ca, Se, Rb, Sb, La и Au в волосах детей при более высоких степенях ЖДА, в то время, как содержания Fe,Cu, Zn, As и U уменьшаются, а остальных элементов остаются без изменения. Для примера приведены распределения Fe и Sc в волосах детей в зависимости от степени ЖДА. Идентичные распределения наблюдаются для некоторых выше упомянутых элементов.

Следующий интересный фактор заключается в том, что при построении зависимости концентраций всех обнаруженных химических элементов от возрастов детей без дифференциации на возрастные группы не удается обнаружить какие-либо закономерности в распределениях. Поэтому, как это принято на практике медицинских исследований, мы рассмотрели возможности изменения содержания элементов в трёх возрастных группах детей: 1 группа - дети в возрасте 1-3 года, 2 группа – дети в возрасте 3-7 лет и 3 группа – дети в возрасте старше 7 лет. В этом случае нами обнаружено уменьшение содержания Co, Sb, Cl, Na, K, Ag, Rb, Au, Br и Hg с возрастом детей. На рис. 3 в качестве примера приведены распределения Sb и Br в этих группах. Видно, что имеет место 2-х кратное уменьшение содержания брома, более 1,5 кратное уменьшение сурьмы. Такие закономерности наблюдаются также по другим упомянутым элементам. Напротив, концентрации Fe, Cu и U растут. По остальным элементам изменения не наблюдаются. В наших исследованиях мы пользовались усредненными значениями концентраций в пределах отдельных

групп или группах по степени ЖДА. Поэтому, эти данные показывают качественные характеристики изменения концентраций элементов.

Таким образом, методом ИНАА определено содержание более 20 химических элементов в волосах детей, больных ЖДА и установлен значительный дисбаланс многих микроэлементов. Выявлено изменение концентраций отдельных химических элементов в зависимости от степени ЖДА и возрастных групп детей. Эти данные могут быть использованы в ранней диагностике ЖДА и коррекции дисбаланса микроэлементного состава у детей с анемией.

УДК 613.22:371.7

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ДАЛЕНОВ Е.Д., АБДУЛДАЕВА А.А., СМАГУЛОВА И.

АО «Медицинский университет Астана»,
Институт проблем питания Казахской академии питания, г. Астана

Резюме

В статье дана оценка состоянию школьного питания.

Тұжырым

Мәтінде мектеп тағамтанудың бағалауы сипатталған.

Summary

This article describes the evaluation of school nutrition.

Рациональное питание является основополагающим фундаментом профилактики многих заболеваний, способствующим поддержанию организма в оптимальном физиологическом состоянии, повышению иммунитета и сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды. Нормальное функционирование защитно-адаптационных систем детского организма зависит от его обеспеченности всеми необходимыми нутриентами. Изучение состояния фактического питания является определяющим фактором в диагностике микронутриентных дефицитов, что в свою очередь имеет первостепенное значение в своевременной профилактике алиментарно-обусловленных рисков снижения адаптационных возможностей организма и уровня здоровья детей. Данное обстоятельство и явилось целью настоящего исследования.

Нами было исследовано 62 государственные школы г.Астаны и 5 школ Ерейментау Акмолинской области. Анализ среднесуточного потребления продуктов питания показал, что в рационах питания школьников отмечается недостаточное содержание целого ряда продуктов. Так, более чем у половины (50,6%) детей и подростков молоко и молочные продукты, творожные изделия, яйца, масло сливочное в рационах питания представлены в количествах 52% от рекомендуемой нормы. Содержание мяса и мясопродуктов, рыбы и рыбопродуктов у 37,2% детей и подростков составляло лишь 40% от рекомендуемой нормы. Так же было выявлено недостаточность кальция, селена, цинка и витаминов А, С, Н. Очевидно, что ассортимент столовых школ данных регионов должен быть расширен следующими продуктами: горох, фасоль, соя, пшеница, рожь, ячмень, овес, хлебобулочные изделия из фортифицированной муки, крупы, свекла, а также сыр, говядина, куриные яйца, крайне необходимых для удовлетворения детского организма в витаминах и минеральных веществах.

Выводы.

1. В исследуемых регионах Республики Казахстан школьное питание не обеспечивает в полной мере с рекомендованными нормами потребление в основных пищевых веществах, ряда витаминов, микроэлементов.

2. Организованная централизованная система поставок продуктов питания в школах не отлажена, поставки производятся стихийно, частными ТОО, зачастую нарушающих способы транспортировки, хранения продуктов питания.

УДК 613.2:303.6/.7(574.24)

ОЦЕНКА И АНАЛИЗ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОПРОСА В ФОРМЕ АНКЕТИРОВАНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

БУРМАГАНОВ К.Ж., ЖАНТЕМИРОВА Д.А.

Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Кокшетау

Резюме

В данной статье приводятся данные результатов анкетирования среди населения Акмолинской области в части соблюдения некоторых принципов рационального питания.

Тұжырым

Аталған мақалада Ақмола облысының тұрғындары арасында өткізілген сауалнама қорытындысы бойынша тиімді тамақтанудың кейбір ережелерін сақтау төңірегінде ақпарат берілген.

Summary

The article shows the survey results of the population of Akmola oblast concerning certain principles of good nutrition.

Пожалуй, нет особой необходимости говорить о том, какое важное значение имеет в наши дни пропаганда здорового образа жизни среди населения Республики. Для этого в стране проводится активная работа, прежде всего, по повышению уровня информированности населения о главных аспектах здорового образа жизни.

Отметим, что понимание о важности соблюдения правил здорового образа жизни в сохранении своего здоровья среди населения Акмолинской области растет. Так, по результатам анкетирования проведенного среди населения Акмолинской области в 2011 году, среди представленных факторов, влияющих на здоровье человека, респонденты на 2-место поставили «здоровый образ жизни». На первом месте остается такой фактор, как окружающая среда. Предполагаем, что распределение ответов респондентов, таким образом, связано с климатическими условиями региона и существующими проблемами (радиационный фон, качество питьевой воды). Для сравнения, на 3-месте расположился такой фактор, как наследственность, 4-место разделили условия труда и быта. 9,8% респондентов затруднились дать ответ.

Здоровье человека невозможно без организации рационального питания. Оно должно удовлетворять все потребности организма в веществах, обеспечивать деятельность всех его систем и клеток.

В анкетах, представленных респондентам, были отражены вопросы, касательно принципов здорового питания. Первый из них касался разовости питания.

Напомним, что режим питания включает следующие понятия: количество приемов пищи, интервалы между ними, распределение калорийности суточного рациона между отдельными приемами пищи. Наиболее рационально четырехразовое питание, когда создается равномерная нагрузка на пищеварительный тракт и обеспечивается наиболее полноценная обработка пищи пищеварительными соками.

Как показали результаты опроса, 31,4% респондентов питаются более трех раз в день. Здесь же отметим, что в большинстве своем - это жители сел. Три раза питаются 23% опрошенных, 2 раза – 14% и лишь 1 раз – 1,2%. Одноразовому питанию подвержены студенческая молодежь и государственные служащие.

Следующим важным элементом в рациональном питании является разнообразность рациона. По данным ВОЗ, ежедневно человек должен получать около 600 веществ, необходимых для организма. Для этого рацион питания должен содержать примерно 32 наименования различных продуктов питания.

Следующий вопрос нашего опроса заключался в оценке респондентов своего рациона в плане разнообразности. 87% опрошенных ответили утвердительно. На следующем этапе респонденты указали, какие продукты более всего преобладают в их рационе. Общая картина такова: первое место за мясными продуктами. Здесь нельзя не сослаться на климатический фактор и сельскохозяйственную культуру региона. Издавна северные области Казахстана занимаются скотоводческим хозяйством.

Овощи и мучные изделия практически в равной степени остаются на 2 месте. В меньшей степени, лишь у 26% опрошенных лиц в рационе преобладают молочные продукты.

Если говорить об одном из показателей рационального питания населения, т.е. включение в суточный рацион 400 граммов овощей. По итогам опроса 35% акмолинцев, участвовавших в анкетировании, указали, что придерживаются данного стандарта рекомендаций ВОЗ. К слову, в 2006 году этот показатель составлял 20 %.

Вспомним еще одно правило здорового питания: для нормального пищеварения важен также температурный режим пищи. Горячая пища должна иметь температуру 50-60 С, холодные блюда – не ниже 10 С. Учитывая, что большую часть времени взрослое трудоспособное население находится на рабочих местах, нами был задан вопрос имеют ли респонденты возможность принимать горячее питание на предприятии. 40,8% имеют возможность получать горячее полноценное питание. Более 52% респондентов лишены такой возможности. Между тем 19% населения страдают заболеваниями желудочно-кишечного тракта. И 66% уверены - неправильное питание влияет на их здоровье. Таким образом, большая часть респондентов осознает нарушение принципов рационального питания.

Подводя итоги, можно отметить, что население области имеет представление о главных принципах рационального питания, в большинстве своем соблюдают режим питания. Благодаря благоприятным экономическим условиям большая часть питается разнообразно. Хотя, безусловно, в современном мире проблема заключается не сколько в количестве и доступности, а сколько в качестве питания. Наряду с этим существует проблема с организацией горячего питания на предприятиях, что может быть причиной возникновения некоторых заболеваний.

УДК 616.53 – 002.25.25: 613.2 – 053.6

МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ В ГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

ЦОЙ Н.О.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Резюме

В данной статье описано патогенетическое влияние молочных продуктов при угревой болезни.

Тұжырым

Осы мақалада безеу ауру кезінде сүт өнімдерінің патогенетикалық дамуы туралы айтылған.

Summary

This article describes pathogenetic influence of dairy products for acne.

В настоящее время не оспаривается тот факт, что риск возникновения и тяжесть течения акне зависит от употребления в пищу молочных продуктов. Однако в абсолютном большинстве литературных обзоров и журнальных статей, посвященных этому вопросу, доказательства основываются на относительных экстенсивных показателях. Между тем, акне, как вообще биологические признаки и явления, говоря математическим языком, являются функциями многих переменных (генетических и средовых факторов, в т.ч. и случайных). В итоге, связь между характером питания, в данном случае – употребление в пищу молочных продуктов, с возникновением и тяжестью течения акне является не функциональной, а корреляционной, т.е. по сути статистической. Кстати, даже наличие её ещё не указывает на прямые причинно-следственные взаимоотношения.

Цель исследования: доказать патогенетическое значение пищевых молочных продуктов у больных обыкновенными угрями (Acne vulgaris).

Материалы и методы исследования. В обследовании участвовало 90 молодых людей в возрасте 19-20 лет.

Для оценки характера и силы связи между интересующими объектами коэффициент корреляции рассчитывался методом рангов (Спирмена). При этом угревая болезнь обозначалась четырьмя рангами: 0 – отсутствие; 1 – легкой степени тяжести; 2 – средней степени; 3 – тяжелая. Ранги употребления молока и /или молочных продуктов были следующие: 0 – не употребляет; 1 – реже 1 раза в неделю; 2 – 1 раз в неделю; 3 – 2-3 раза в неделю; 4 – более 3-х раз в неделю; 5 – ежедневно.

Для изучения причинно – следственных отношений между частотой употребления молочных продуктов и развитием, прогрессированием угревой болезни использован дисперсионный анализ однофакторных неравномерных комплексов. В качестве регулируемых (организованных) факторов взята частота употребления молочных продуктов; результативными признаками – степень тяжести угревой болезни, либо её отсутствие.

Результаты и их обсуждение. Результаты изучения экстенсивных показателей обследованного контингента совпадают с известными данными литературы по данной нозологии. По нашим данным, 93% обследованных, употребляющих молочные продукты ежедневно, страдают угревой болезнью; наиболее часто средней степени тяжести – 79%. Почти в 1,5 раза (65%) реже это регистрируется у молодых людей, в пищевом рационе которых молочные продукты присутствуют не чаще одного раза в неделю.

Следует отметить, что акне имеет место и у лиц, вообще не употребляющих молочные продукты. В частности, в эту группу входят и больные с тяжелой формой угревой болезни, которые сознательно отказываются от молочной пищи, зная о неблагоприятных последствиях на течение патологии.

Методом корреляционного анализа установлено, что между частотой приема молока и молочных продуктов, и возникновением и степенью тяжести течения угревой болезни существует сильная прямая корреляционная связь ($\rho = 0{,}97$).

Выполненный дисперсионный анализ доказал названную прямую зависимость (табл.1).

Таблица 1. **Результаты дисперсионного анализа**

Вариации	Степени свободы	Суммы квадратов	Дисперсии (S^2)	Fф	Fst	
					5%	1%
По фактору А	3	25,15	8,38	8,46	2,8	4,2
Остаточная	57	56,6	0,99			
Общая	60	81,75	-			

При этом сила влияния (η^2) составляет 0,69 или 69%.

Выводы:

1. Имеется сильная прямая корреляционная связь частоты употребления в пищу молочных продуктов с риском возникновения и прогрессированием угревой болезни.

2. Патогенетическое влияние молочных продуктов при угревой болезни доказано, сила влияния – 0,69 или 69%.

УДК 616.361 – 002.1: 615.03 – 053.9

СОЧЕТАННАЯ, СИСТЕМНАЯ И МЕСТНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ЦОЙ О.Г., АБЕЖАНОВА Г.С., ТАЙГУЛОВ Е.А.

АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Резюме

В данной статье описаны виды иммунопрофилактики гнойно-септических осложнений при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста.

Тұжырым

Осы мақалада егде және қарт жастағы науқастарда жедел холецистит кезіндегі іріңді–септикалық асқынулардың иммунопрофилактикасының түрлері сиппаталған.

Summary

This article describes the types of the immune prophylaxis of purulent-septic complications in acute cholecystitis at patients of elderly and senile age.

Проблема лечения острого холецистита (ОХ) у лиц пожилого и старческого возраста остается серьезной и во многом не решенной задачей. Это объясняется наличием сопутствующих заболеваний многих органов и систем в стадии суб- и декомпенсации, особенностями течения заболевания, обусловленными возрастными изменениями организма, снижением компенсаторных и резервных возможностей, отсутствием единых взглядов в выборе адекватной хирургической тактики.

Цель исследования. Оценка эффективности иммунопрофилактики гнойно-септических осложнений острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста методом сочетанной системной и местной иммунокоррекции.

Материал и методы. Анализировано лечение 102 пациентов с ОХ (68 - женщин, 34 - мужчин), разделенных на 2 группы: основную (48 пациентов) и контрольную (54 пациентов). Больным контрольной группы в составе традиционной

комплексной терапии назначали антибиотики цефалоспоринового ряда и при отсутствии положительного результата от консервативных мероприятий в первые 24-72 часа выполнялось хирургическое вмешательство. В основной группе больных в составе комплексной терапии назначалась биологически активная добавка к пище «Трансфер Фактор Плюс» (ТФ+), произведенный компанией «4 Life Research.I.C» (9850 South 300 West Sandy,Utah 84070) США по 2 капсуле 3 раза в день, в течение 10 суток; одновременно оперированным больным через дренажную трубку, установленную в подпеченочном пространстве, вводили один раз в сутки дрожжевой рекомбинантный интерлейкин-2 человека - препарат «Ронколейкин» (rIL-2) в дозе 500 тыс. МЕ, дважды с интервалом 1 день.

Лабораторные показатели гуморального клеточного звеньев иммунитета определяли с использованием моноклинальных антител; кислородзависимый метаболизм нейтрофильных гранулоцитов (НГ) периферической крови и перитонеального экссудата - с помощью НСТ-теста. Исследования производились при поступлении, на 3-и сутки и перед выпиской.

Результаты и обсуждение. В момент поступления в стационар у больных основной и контрольной группы имелись статистически значимые изменения относительного количества субпопуляций лимфоцитов. Это выражалось в снижении числа СД3, СД4, СД8 -клеток, с одновременным увеличением СД19-лимфоцитов. Концентрация IgA и IgM в сыворотке крови также достоверно снижена, IgG - повышена. Показатели кислородзависимого метаболизма НГ (НСТ-тест) тоже ниже, чем у здоровых людей.

На 3-и сутки у больных контрольной группы большинство сдвигов иммунологических показателей сохранялись или даже усугублялись (СД4, IgA, IgM), за исключением числа СД8 и СД19, которые были в пределах нормальных значений. Величина НСТ-теста несколько возрастала, оставаясь при этом достоверно низкой.

В основной группе больных иммунологический статус был практически таким же, но показатели стимулированного варианта НСТ-теста и индекс стимуляции (ИС) были достоверно выше, чем в контрольной группе. Перед выпиской у больных ОХ контрольной группы абсолютно все исследуемые иммунологические показатели статистически значимо различались с нормой. Тогда как, в основной группе больных количество СД3, СД4, СД8, IgM, IgG, НСТ-теста были в пределах границ нормальных колебаний. В процессе динамического наблюдения и лечения в первые 3-5 суток 7 (14,6%) пациентам основной группы была выполнена холецистэктомия; в контрольной группе оперировано 18 (33,3%) больных в эти же сроки. Как видим, иммунопрофилактика ТФ+ достоверно снизила показания к хирургическому лечению ОХ у больных с высоким операционным риском($p<0,05$).

Гнойно-воспалительные осложнения в группе пациентов, получавших сочетанную иммунопрофилактику, наблюдались в одном (2,1%) случае, тогда как в контрольной группе - у 4-х больных, т.е. в 3,5 раза чаще. В основной группе больных летальных случаев не было, в контрольной группе умерло 2 (3,7%) пациента. Средний срок лечения у больных основной группы был на 4,7 дня меньше, чем в группе сравнения($p<0,05$).

Таким образом, сочетанная, системная и местная иммунопрофилактика гнойно-септических осложнений должна стать обязательной при ОХ у лиц пожилого и старческого возраста. Целесообразность применения в качестве системного иммуномодулятора ТФ+ и местного - rIL-2 показана результатами настоящего исследования.

УДК: 613.2-053.5 (574.5)

СОСТОЯНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

БЕРДЕНОВА Г.Т., КАТАРБАЕВ А.К., СЕИЛЬБЕКОВА Ж.С., МУКАНОВА Г.С.

Казахская Академия питания, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

Резюме

В статье описано состояние фактического питания учащихся общеобразовательных школ Алматинской области.

Тұжырым

Мақалада Алматы облысының жалпы білім беру мектеп оқушыларының нақты тамақтану жағдайы.

Summary

This article describes the dietary state of secondary school students of Almaty region.

Среди всей совокупности факторов, влияющих на здоровье, весьма важная роль принадлежит рациональному и сбалансированному питанию. Целью нашего исследования явилось изучение фактического питания учащихся общеобразовательных школ, проживающих в Алматинской области. Обследовано 40 детей в возрасте 10 лет, из них 20 мальчиков (50%) и 20 девочек (50%).

При изучении статуса питания школьников в возрасте 10 лет выявлены низкие уровни потребления многих продуктов, так, в рационе питания мальчиков мясо, молочных и свежих овощи составляли (19,4%, 39,4% и 11,2% соответственно), а среди девочек (15,9%, 42,5% и 15,7% соответственно).

В рационе питания исследуемых сельских школьников независимо от их половых принадлежности были выявлены высокие уровни потребления углеводов (среднесуточное потребление 299 г/день), что обусловлено включением в рационы питания множество высококрахмалистых и рафинированных растительных продуктов.

Доля жировых калорий у девочек (31,4%) была выше, чем у мальчиков (27,0%). Соотношение ПНЖК/НЖК у мальчиков было равно 0,9 и у девочек – 1,0, что подчеркивает сбалансированность животных и растительных жиров.

Как показало проведенное исследование, суточный уровень потребления белков 10-летними мальчиками составил 69,8 г, а девочками – 59.9 г. Потребление белка на единицу массы тела у сельских мальчиков и девочек было в пределах 1,8-2,0 г/кг. Очевидно, если отталкиваться от безопасного порога потребления белка, установленного ФАО/ВОЗ/УООН (1987) для школьников в соответствии с туниской диетой, основанной на пшенице, - 1,55 г/кг м.т., то вышеприведенные уровни потребления белка пищи 10-летними мальчиками и девочками следовало бы расценивать как «относительно приемлемый».

Однако проведенный нами компьютерный анализ показал, что процент детей, потреблявших общие белки в количестве ниже безопасного уровня по ФАО/ВОЗ/УООН - менее 1,55 г/кг м.т., в сельских районах Алматинской области составил 25,0% среди мальчиков и 35,0% среди девочек. То есть, приблизительно каждый третий школьник на селе получал с пищей мало белка. У сельских мальчиков и девочек на долю животных белков приходилось 51,5% и 55,1 % всех белков, соответственно.

При оценке фактического питания были получены следующие результаты: в Алматинской области 10-летние дети (показатели даются усредненные для мальчиков и девочек) получали с пищей кальций 38% от рекомендованных ВОЗ величин, железо – 57%, цинк 47%, витамин А (РЭ) – 43%, тиамин – 73% и фолат – 28%. По результатам данного исследования выявлено, что процент детей с высоким риском дефицита микронутриентов (те, кто с пищей получал витамин или микроэлемент в количестве менее 2/3 от нормы, рекомендованной ВОЗ) оказался довольно высоким.

Таким образом, фактическое питание среди 10-летних школьников Алматинской области, характеризуется высоким уровнем потребления углеводов. Весьма распространен дефицит фолата, витамина А, железа, кальция. Несбалансированность рационов питания характеризовалась недостатком белков животного происхождения, полиненасыщенных жирных кислот. Устранение их – одна из главных задач общества, так как они обусловливают распространенность полинутриентной недостаточности.

УДК: 613.2 – 058.86

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АЛИМЕНТАРНООБУСЛОВЛЕННЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

КАТАРБАЕВ А.К., БЕРДЕНОВА Г.Т., СЕИЛЬБЕКОВА Ж.С., МУБАРХАН Г.К.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Казахская Академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье описаны актуальные проблемы алиментарнообусловленных состояний детей дошкольного возраста.

Тұжырым

Мақалада мектеп жасына дейінгі балалардың тамақтануларына байланысты денсаулық жағдайларының өзекті мәселелері сипатталған.

Summary

This article describes the current problems of alimentary caused state of pre-school children.

Целью нашей работы явилось оценка физического развития у 5-летних детей дошкольного возраста. Было обследовано 371 детей в г. Алматы, из них 192 мальчиков (51,8%) и 179 девочек (48,2%). Оценка физического развития включала изучение соматометрических и соматоскопических показателей.

Как показал проведенное исследование, дисгармоничное развитие (II - группа здоровья) среди мальчиков имело место у 20% детей, резко дисгармоничное (III – группа здоровья) – у 2% детей, а среди девочек – 19% и 1% соответственно.

По результатам данного исследования выявлено, что среди 5-летних мальчиков в г. Алматы частота встречаемости с излишним накоплением жира в составе тела было 46,9%. В отличие от мальчиков, среди девочек в 4 раза чаще встречались те, у кого жира в теле было ниже допустимого уровня. Оценка соматометрических данных, характеризующие неодинаковую частоту и степень выраженности жироотложения в теле девочек и мальчиков свидетельствует, что у 5-летних детей дошкольников г.Алматы потенция роста реализовывается с определенными отклонениями от нормы.

При оценке соматотипа были получены следующие результаты: мезосоматический соматотип (нормальный тип физического развития) встречался у исследуемых мальчиков с частотой 65,6%; макросоматический соматотип (ускоренный тип физического развития) был выявлен у 22,4%; микросоматический соматотип (замедленный тип физического развития) встречался у 12,0%. Анализ соматотипа среди исследуемых девочек выявил, что мезосоматический соматотип выявлен у 62,0%; макросоматический соматип встречался у 24,6%; микросоматический соматотип регистрировался с частотой у 13,4%. Кроме того нами выявлено, что среди детей 5-летнего возраста в г. Алматы 4,7% мальчиков и 4,5% девочек имеют долгосрочную задержку роста. Доля детей с низкими значениями ИМТ в г. Алматы составляет среди мальчиков 4,2% и девочек 5%. Обращает на себя внимание тот факт, что доля 5-летних детей с избыточной массой, то есть с высокими значениями ИМТ, в г. Алматы составляет более 9%. Следовательно, тучных детей среди 5-летних дошкольников в 2 раза больше, нежели низкорослых с малым весом.

Интересные данные были получены нами при анализе антропометрических показателей среди 5-летних дошкольников, так в г. Алматы нарушение осанки выявлено у 17% мальчиков и 11% девочек. Доминирующими видами сколиоза были общий левосторонний и грудной. Биологически более зрелый ребенок легче справляется с физическими и умственными нагрузками, легче адаптируется к новым условиям, в том числе к школе, менее чувствителен к стрессу, к возбудителям детских инфекций и т.д. Среди 5-летних городских мальчиков случаи отставания биологического возраста от паспортного наблюдались в 17%, то есть в 2 раза чаще, чем у девочек – в 8%.

Таким образом, для детей 5-летных дошкольников г. Алматы характерно преобладающим типом физического развития является мезосоматический соматотип. Диспропорции телосложения отмечаются более чем 1/3 исследуемых детей преимущественно в виде с излишним накоплением жира в составе тела. Нарушение осанки отмечаются более чем у $^{1}/_{4}$ этих детей преимущественно в виде левостороннего и грудного сколиоза. Полученные в исследовании результаты могут быть использованы для разработки мероприятий по обеспечению условий адекватного роста и развития детей дошкольников.

УДК: 613.24:616.1

ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ЖҮРЕК-ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ СЕМІЗДІКПЕН БАЙЛАНЫС АСПЕКТІЛЕРІ

БЕРДЕНОВА Г.Т.
Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қаласы

Резюме

В статье описаны современные аспекты взаимосвязи сердечно-сосудистых заболеваний с ожирением.

Тұжырым

Бапта қазіргі таңдағы жүрек-тамыр ауруларының семіздікпен байланыс аспектілері сипатталған.

Summary

This article describes the modern aspects of the relationship of cardiovascular disease with obesity.

Бұл зерттеу «Қазақстан халқының денсаулығын зерттеу және тамақтану статусын бағалау» бағдарламасының барысында жүргізілді. Зерттеу барысында жасы 15-59 аралығындағы 3526 ер және әйел респонденттерден интервью алынып, қан қысымы тексерілді.

Жұмыстың мақсаты семіздіктің жүрек-тамыр ауруларының қалыптасуына тигізер ықпалын терең зерттеу.

Орта систоликалық және диасистоликалық қан қысымын респонденттердің тұрған жеріне, аймағына және ұлтына байланысты зерттеу, зерттелген барлық жас топтары ішінде аса маңызды айырмашылықтың жоқтығын көрсетті. Зерттеу түйіндісі бойынша, бастауыш және орта білімі бар респонденттер жүрек-қан тамыр сырқаттарының дамуына бейім екендігін, яғни бұл топтағы адамдар «қауіп» топына енгізіліп, оның алдын алу бағыттында сақтандыру шаралары жүргізілу керек.

Систоликалық қан қысым деңгейін респонденттердің жас мөлшерімен байланыстыра отырып зерттеу, 15-24 жас аралығындағы ер адамдар арасында бұл көрсеткіштің орташа мөлшері 121 мм.сын.бағ. болса, әйелдер арасында ол - 115 мм.сын.бағ. тең екендігін көрсетті. Жасы 25-59 арасындағы ер адамдар тобында систоликалық қан қысымының орташа мөлшері 130 мм.сын.бағ. тең болса, осы жас арасындағы әйелдерде бұл көрсеткіш - 127 мм.сын.бағ. екендігі анықталды. Тереңдеп жүргізген анализ барысында, 15–24 жас аралағындағы әйелдердің 5%-да, ер адамдардың 8%-да диастоликалық гипертензия және осы жастағы топ респонденттерінің 6% - әйелдерінде және 20% ерлерінде систоликалық қан қысымының жоғарлауы анықталды. Ал 25-59 жас аралығындағы респонденттер ішінен 17% әйелдерде, 18,5% ерлерде дистоликалық қысымның жоғарлауы кездессе, осы жас аралығындағы 28% әйелдер мен 38% ерлерде систоликалық гипертензия анықталды.

Дене салмағының артериалдық қан қысымына әсерін зерттеу үшін, 1016 респонденттер (олардың ішінде 44,8% - ер адамдар, 55,2% - әйелдер) тексеруден өткізілді. Дене салмағы артық адамдар (ДСИ $\geq$ 25,0 кг/м^2) мен дене салмағы төмен (ДСИ $\leq$ 18,0 кг/м?) адамдар арасында диастоликалық қан қысымын салыстырмалы түрде зерттеу дене салмағы төмен әйелдердің - 3%, ерлердің - 2% ғана диастоликалық гипертензияның қалыптасуына бейім екендігін анықтады. Ал дене салмақ индексі (ДСИ) жоғары ер адамдар арасында диастоликалық гипертензияның қалыптасу қауіпі өте жоғары деңгейде кездесті, яғни ДСИ $\geq$ 25,0 – 29,9 кг/м^2 ерлерде - 34%, ДСИ $\geq$ 30,0 – 39,9 кг/м^2 ер адамдарда - 19% және ДСИ $\geq$ 40,0 ерлерде - 1% мөлшерінде.

Әйелдер арасында диастоликалық қан қысымын дене салмағы индексімен байланыстырып зерттеу барысында, ДСИ $\geq$ 25,0 – 29,9 кг/м^2 әйелдерде диастоликалық қан қысымы - 32% мөлшерінде, ДСИ $\geq$ 30,0 – 39,9 кг/м^2 аралығында - 35% аймағында, ал ДСИ $\geq$ 40,0 әйелдер арасында - 3% мөлшерінде кездесетіні анықталды, яғни диастоликалық гипертензияның қалыптасу қауіпі салмағы артық әйелдер арасында ерлерден де жоғары кездеседі. Зерттеу қортындысына сүйене отырып, артық салмағы бар адамдарды артериалдық гипертензия қалыптасатын «қауіп» тобына енгізіп, олардың арасында ағарту жұмыстарын күшейту аса қажет.

Зерттеу тұжырымы бойынша, жүрек-тамыр ауруларының қалыптасу қауіпі мен артериалдық гипертензияның қалыптасуы әрқашан жоғары, егер адамның дене салмағы индексі қалыпты мөлшерден жоғары болса. Жүрек-қан тамыр ауруларын және артериалдық гипертензияны төмендету үшін, семіздікті емдеп қана қоймай, сонымен қатар, басқа да артық салмақ пен семіздікке әкелетін факторларды анықтап, олармен алдын ала күрес шараларын ұйымдастыру аса қажет.

УДК: 613.2

ҚАНТ ЗАУЫТЫ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ ТӘУЛІКТІК ЭНЕРГИЯ ШЫҒЫНДАРЫНА АНАЛИЗ

ЖАМБЫРБАЕВ А.О., ҚҰСАИНОВА А.Т., РАЗУЕВА Б.А., САТАЕВА А.М.

Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қаласы

Резюме

В статье описан анализ суточных энергозатрат рабочих сахарного завода.

Тұжырым

Мәтінде қант зауыты жұмысшыларының тәуліктік энергия шығындарына анализ берілген.

Summary

This article analyse the daily energy expenditure of sugar-mill workers.

Мақсаты: қант зауыты қызметкерлерінің энергия шығындарын зерттеу. Халықтың жеке кәсіптік топтарына Дүниежүзілік стандарттарға сай тағамдық нормаларын құрастыруда тағамдық заттектер мен энергияға деген физиологиялық қажеттілік нормаларын анықтау басты міндет болып саналады. Белгілі бір халық тобына тағамның тәуліктік ккал-ға қажеттілік нормасын жасау үшін, сол топтың өзіне тән тәуліктік энергия шығындарын анықтау қажет. Тәуліктік энергия шығындарын есептеуде активті дене жұмысын анықтау және әр түрлі жұмыс түрлеріне метаболикалық константаларды шығару басты және қиын мақсат болып саналады. Бұл мақсатқа жету үшін салыстырмалы жаңа акселерометр Actigraph GT3X (Actilife, USA) белбеуі пайдаланылды.

Алматы облысы, Коксу ауданы қант зауыты қызметкерлерінің тәуліктік энергияға физиологиялық қажеттілік нормаларын, еңбек жағдайын және нутрициналды статусын зерттеу нәтижесінде жеке жұмыс түрлеріне метаболикалық константаларын, жұмыс барысында және жұмыстан тыс уақытта тәуліктік энергия шығындарын зерттеп, қабылданған тамақ калориясымен адекваттылығын бағалауға мүмкіндік берді. Зерттеуге негізгі мамандықтар: машинисттер, кесушілер, диффузия аппаратшылары, қаптаушылар және центрифуговщиктер, барлығы 25 адам алынды, оның ішінде 10 ер және 15 әйел адам. Зерттеу нәтижесінде ең жоғарғы негізгі алмасу мөлшері машиниситтерде (1830 ккал/тәул), ең төменгісі аппаратшыларда (1430 ккал/тәул) анықталды. Тәуліктік энергия шығынының ең жоғары көрсеткіші қаптаушыларда 4330 ккал/тәул, кесушілерде 4050 ккал/тәул, центрифуговщиктерде 3650 ккал/тәул, машинисттерде машинисттерде 3340 ккал/тәул және аппаратчиктерде 3040 ккал/тәулігіне анықталды. Жұмыстың ауырлық дәрежесіне байланысты кесушілер, аппаратчиктер, центрифуговщиктер - III топқа, ал қаптаушылар – IV топқа жатады. Ауыр еңбек жағдайымен қатар, қант зауыты жұмысшыларына өндірістің зиянды факторлар кешені: қант шаңы, шу, діріл, микроклиматтық дискомфорт, көміртегі қос тотығы т.б газдар әсер етеді. Толық құнсыз тамақтану адаптивті-бейімделу процесстерінің төмендеуіне алып келіп, осы зиянды заттектердің ағзаға кері әсерін күшейтеді.

Алынған нәтижелер қант зауыты жұмысшыларына тағамдық азық-түліктердің пайдалану нормаларын құрастыруға ғылыми негіз болады. Бұл көрсеткіштер халықтың осы контингентіне тағамдық заттектер мен энергияға оптимальды қажеттіліктерін көрсетеді, азық-түліктерді тұтыну және өндіруде ғылыми база және нақтылы тамақтануды бағалауда критерий болып табылады. Нормалар әлеуметтік қорғау шараларын құрастыруда, ұйымдастырылған коллективтер рационын есептеуде, дәрігерлік практикада индивидуалды тамақтануды зерттеуде маңызы зор. Қант зауыты жұмысшыларына құрастырылған азық-түліктерді пайдалану нормалары қызметкерлердің денсаулығын жақсартып, жұмыс сапасының жоғарылап, экономикалық тиімділігінің өсуіне жағдай жасайды.

УДК 613.22:613.954/.956(574)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПИТАНИЮ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

КРАСНОВА И.В., ХРАМОВА Л.П., МИРЗАКУЛОВА А.А., КЕНЖЕБАЕВА В.Б.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье описаны основные требования к питанию детей дошкольного и школьного возраста.

Тұжырым

Мақалада мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалар тағамының негізгі талаптары сипатталған.

Summary

This article describes the basic requirements for child nutrition of preschool and school age.

Ухудшение здоровья детей, в том числе, школьного возраста, в силу экологических, социальных и других причин требует объединенных усилий государства, производителей детского питания, научной, медицинской и педагогической общественности. Здоровье детей необходимо рассматривать не только, как здоровье каждого отдельного ребенка, но и как здоровье нации в целом.

За последние годы доказано, что усиление регуляторных механизмов устойчивости к неблагоприятным факторам окружающей среды, иммунной защиты и психоэмоциональной устойчивости детей связано с обеспечением организма ребенка полноценным, сбалансированным, безопасным питанием. Которое должно обеспечиваться не только в дошкольных, но и школьных учебных учреждениях. В связи с ухудшением здоровья детей школьного возраста (болезни нервной системы, пищеварительного тракта, костно-мышечной системы) возникла и уже реализуется необходимость в производстве пищевой продукции предназначенной для питания детей школьного возраста.

При производстве продуктов для питания детей дошкольного, школьного возраста должны учитываться следующие требования:

· разнообразие рационов;

· режим питания;

· энергетическая ценность рационов;

· сбалансированность рационов (в том, числе по витаминам, микро- и макроэлементам и минорным компонентам пищи – флавоноидам, катехинам и т.п.);

· учет индивидуальных особенностей детей с учетом непереносимости отдельных продуктов;

· технологическая и кулинарная обработка продуктов.

В Республике Казахстан разработан и принят Технический регламент «Требования к безопасности пищевой продукции, предназначенной для детей и подростков» № 935 от 14 сентября 2010 г. (требования данного регламента не распространяются на продукты питания детей раннего возраста). В регламенте определяются вероятные риски на стадиях разработки, производства и хранения данной продукции. Технический регламент определяет условия обращения на рынке Казахстана, требования к безопасности продукции, требования к хранению, транспортировке, упаковке и маркировке.

К опасным факторам риска возникающим в процесса производства пищевой продукции для детей и подростков, которые необходимо минимизировать Технический регламент относятся: превышение содержания токсичных элементов, микотоксинов, пестицидов, антибиотиков, радионуклидов, пищевых добавок, витаминов, микроэлементов и других ненормируемых контаминантов. механическое и микробиологическое загрязнение продукции.

Требования к безопасности продукции, предназначенной для питания детей школьного и подросткового возраста, в настоящее время ужесточаются. Например, не допускается внесение консервантов (бензойной кислоты, сорбиновой кислоты и их солей), искусственных и идентичных натуральным ароматизаторов, сахарозаменителей (за исключением продукции для детей страдающих сахарным диабетом), пищевых добавок и ингредиентов полученных из генно-инженерно-модифицированных растений и животных, гене-

тически модифицированных объектов в качестве продуктов детского питания и (или) сырья (ингредиентов) для их производства, соли поваренной пищевой свыше 0,8% и т.д.

Введение в действие Технического регламента «Требования к безопасности пищевой продукции, предназначенной для детей и подростков» способствует повышению уровня здоровья и снижению роста заболеваемости среди детей дошкольного и школьного возраста. В связи с вышеизложенным, в Республике Казахстан возникла необходимость в создании программ по оздоровлению детей дошкольного и школьного возраста.

УДК 613.221:618.63-083

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

БАЛГИМБЕКОВ Ш.А.

Казахская Академия питания,
Казахский Национальный педагогический университет им. Абая, г. Алматы

Резюме

С целью изучения практики грудного вскармливания и выявления железодефицитной анемии были обследованы 387 детей первого года жизни.

Тұжырым

Бір жасқа дейінгі 387 сәбиді ана сүтімен қоректендірудің дағдысы және олардың арасында темiртапшылықты анемияның таралуы тексерілді.

Summary

The results of the survey of 387 children in their first year of life are presented. The purpose of the survey is to study the practice of the breastfeeding and to detect the occurrence of the anemia among the examined children.

Первый год жизни ребенка характеризуется наибольшей сложностью и определенной критичностью взаимоотношений между детским организмом и условиями окружающей среды [1,2].

В этом важном периоде детства происходит интенсивное новообразование клеточной массы различных систем организма ребенка, в связи с чем, все обменные процессы характеризуются высокой напряженностью, складываются основные метаболические стереотипы, интенсивность и темп пластических процессов. На первом году жизни фактор питания является наиболее важным агентом, обеспечивающим адекватную адаптацию ребенка после рождения к условиям окружающей среды.

Многочисленные исследования, выполненные в последние годы показали, что грудное вскармливание оказывает благоприятное влияние на органы кроветворения, зрительный анализатор, физическое, психо-эмоциональное и умственное развитие, поведение и обучение ребенка, установление тесной взаимосвязи между матерью и ребенком.

Грудное вскармливание обладает выраженным антианемическим действием, что очень важно в предупреждении железодефицитных состояний у детей первого года жизни, являющиеся группой «высокого риска» по данной патологии. Последнее объясняется рядом причин как эндогенного, так и экзогенного характера. Во-первых, кроветворный аппарат грудного ребенка характеризуется высокой функциональной лабильностью и легкой ранимостью. Во-вторых, под воздействием различных неблагоприятных факторов

(ранние и поздние токсикозы, неправильное питание и анемии у матери во время беременности и т.д.) кроветворение перестает обеспечивать потребности быстрорастущего плода и такие дети рождаются явлениями скрытой сидеропении. В третьих, потребность организма в железе на данном возрастном этапе очень высока, поскольку поступившее с пищей железо должно обеспечивать компенсацию физиологических потерь и создание резерва для увеличения массы тела, объема крови, количества гемоглобина и содержания железа в тканях в процессе роста организма.

Целью нашей работы явилось изучить практику грудного вскармливания детей первого года жизни и особенности распространения среди них железодефицитной анемии.

Обследованием было охвачено 387 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года, из которых 243 проживают в городских семьях (62,8%), 144 – в сельских (37,2%). Среди наблюдавшихся детей мальчиков было 198 (51,2%), девочек – 189 (48,8%).

Результаты исследования показали, что уровень грудного вскармливания детей первого года жизни составил 73,4%, с колебаниями от 96,0% до 50,0% в различные возрастные периоды.

Средняя продолжительность грудного вскармливания детей составила 5,1±0,2 месяцев, что обусловлена значительным количеством, прекративших кормить грудью своего ребенка в ранние сроки. Дети, проживающие в сельской местности находились на грудном вскармливании на 1 месяц дольше, по сравнению с городскими.

Среднее число кормлений в течение одного суток составило 5,2 раз, из них на дневное время суток приходилось – 3,5 и на ночное время – 1,7 раза. При этом 8,1% детей получали грудное молоко 1-3 раза, 29,1% - 4-6 раза, 50,2% - 7-9 раза, и всего лишь 12,6% детей вскармливались 10 и более раз.

Результаты наших исследований показали, что среди детей первого года жизни железодефицитная анемия является широкораспространенной патологией – у 71,9% обследованных. При этом в 48,7% случаев наблюдалась умеренная форма, в 43,7% - выраженная анемия. Обращает на себя внимание возрастание частоты анемии по мере увеличения возраста ребенка. Так, если в возрасте 1-3 месяцев анемия обнаруживалась у 62,5% обследованных, то в возрасте 4-6 месяцев – у 70,1%, 7-9 месяцев – у 74,0%, 10-12 месяцев – у 82,9%

При этом обращает на себя внимание, что среди детей в возрасте 7-12 месяцев наряду с уменьшением количества младенцев, вскармливаемых грудью, увеличилось число детей, получавших дополнительное питание. Ассортимент продуктов, используемый в качестве дополнительного питания стал более разнообразным. Так, почти 80% детей получали коровье молоко, из них 71% получали 5 и более дней в неделю. В 3 раза возросли случаи прикармливания детей кефиром и другими кисло-молочными напитками, причем большинство детей их получали 1-2 дня либо 5 и более дней в неделю. В рационе более 60% детей появилась манная каша, фрукты и ягоды, макаронные и хлебобулочные изделия. Причем преимущественно 5 и более дней в неделю. Увеличилось потребление сахара детьми в обоих полугодиях 5 и более дней в неделю.

Таким образом, полученные данные показали наличие значительных нарушений в практике грудного вскармливания детей первого года жизни и широкое распространение среди них железодефицитной анемии. Из представленных данных вытекает острая необходимость разработки и реализации мероприятий, направленных на дальнейшее улучшение практики грудного вскармливания детей первого года жизни. Наряду с этим следует обучать матерей правильному введению прикорма в период отнятия от груди с использованием специализированных продуктов детского питания, обогащенных железом и витаминами, что будет способствовать уменьшению распространенности анемии среди детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Вальман Б. Первый год жизни ребенка / Б. Вальман, Р. Томас. -М., - 298 с.

2. Авдеева Т.Г. Руководство участкового педиатра / Т.Г. Авдеева. -М., -364 с.

3. Причины младенческой и детской смертности в Казахстане // Минздрав РК, АГИУВ, Казахская академия питания, Алматы. – 2002, 53 с.

4. Медицинская статистика. // МЗ РК.- 2009, 149 с.

5. Bernardo L. Horta, Rajiv Bahl, Jose C. Matines, Cesar G. Victora. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic review and meta-analyses // WHO, 2007, 57 p.

6. Key strategies for promotion of Breast feeding. // WHO, 2006, 4 p.

УДК 612.392.64:613.27:613.99

ЙОД – КАК ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

ОСПАНОВА Ф.Е., БЕИСБЕКОВА А.К.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

Серьёзные проблемы в состоянии соматического и репродуктивного здоровья женщины и её потомства возникают при длительном проживании в условиях йододефицита. Указаны меры профилактики и борьба с йодной недостаточностью в Казахстане, как проблема общественного здравоохранения.

Тұжырым

Йод жетіспеушілік ортада ұзақ уақыт өмір сүрген әйел мен оның ұрпағының соматикалық және репродуктивті денсаулығына тиетін әсері орасан зор. Бұл қоғамдық денсаулық сақтау проблемасы болғандықтан, Қазақстанда іске асырылған алдын алу шаралары мен күресу жолдары баяндалған.

Summary

Serious problems in state of physical and reproductive health of women and their offspring having long stays in iodine deficiency area. Indicated prevention measures adopted in Kazakhstan in the fight against iodine deficiency as a public health problem.

Соматическое и репродуктивное здоровье женщин и проблема его сохранения имеет важнейшее значение в общественном здравоохранении. Женщина является носителем воспроизводства населения, с её здоровьем напрямую связано здоровье детей, настоящее и будущее любой страны, любого общества.

Второй задачей первой цели ООН (ликвидация крайней нищеты и голода) в области развития на пороге тысячелетия в Казахстане является сокращение вдвое за период 1990-2015 годов доли населения, страдающего от голода. В Республике не имеется прямых признаков голода, тем не менее, присутствует высокий уровень дефицита питательных микроэлементов, что часто называют «скрытым голодом», так как его проявления не всегда имеют явно выраженные признаки и остаются нераспознанными в течение длительного периода. В этой связи необходимо принимать меры по восстановлению имеющейся недостаточности микронутриентов, наносящей непоправимый ущерб здоровью, и работать постоянно над их усовершенствованием (ЮНИСЕФ, Детский фонд ООН, 2002).

Серьёзные проблемы в состоянии соматического и репродуктивного здоровья женщины и её потомства возникают при длительном проживании в условиях йододефицита: болезни щитовидной железы, умственная и физическая отсталость, неонатальный зоб, бесплодие, выкидыши, осложнённое течение беременности и родов, мёртворождения, врождённые аномалии. Наиболее тяжёлые последствия йододефицита для организма (йододефицитные заболевания) отмечаются в критические периоды развития: внутриутробного, полового созревания, беременности. Основным фактором, обусловливающим дефицит йода в организме человека, является низкое содержание этого микроэлемента в почве, грунтовых водах и продуктах питания.

Исследования, в области общественного здравоохранения, проведенные в Казахстане, относящийся к региону с природной йодной недостаточностью, свидетельствуют о значительной распространенности и выраженности йододефицита. В сложившейся ситуации к концу 90-х годов в Казахстане данной проблеме не уделялось должного внимания. Выявленная в Казахстане в 1999 году низкая доля домовладений, потреблявших йодированную, основного йодонесущего продукта для профилактики ЙДС среди населения, явилась основанием для разработки и принятия Постановление главного санитарного врача «О профилактике йододефицитных расстройств» №9 от 29 сентября 1999 года, в котором рекомендовано йодирование пищевой соли, выпускаемой в Казахстане.

Так как решение проблемы йододефицита является задачей общественного здравоохранения, для искоренения йодной недостаточности был разработан комплекс превентивных мер с привлечением промышленного сектора в лице производителей соли, всех слоев общества и активного участия государственных структур, что привело к принятию нормативно-правовой базы и ее

поэтапному внедрению. Постановление Правительства РК от 05.10.2001 г. № 1283 «О профилактике йододефицитных расстройств среди населения Республики Казахстан на 2001-2005 годы»; специальное Постановление Правительства Республики Казахстан от 23.01.2003 г. № 86 ««О ратификации соглашения «О профилактике йододефицитных среди населения государств–участников СНГ», Закон РК «О профилактике йододефицитных заболеваний в РК» от 14.10.2003 г. № 489-ПЗРК.

Кроме того, каждый заботящийся о своем здоровье человек должен знать что, содержание йода в организме напрямую зависит от того, насколько богаты им продукты, потребляемые в пищу: с ними человек может получить около половины суточной дозы этого элемента.

Первые исследовательские работы, связанные с проблемой йодной недостаточности в Казахстане были проведены в 1992-1993 гг. с участием казахстанских, российских и американских ученых (М.Е.Зельцер, Р.Б.Базарбекова, 1996 г.) где была выявлена высокая распространенность гипотиреоза на всей территории Казахстана. Институтом питания в 1999 г. при технической поддержке ЮНИСЕФ впервые проведены исследования экскреции йода с мочой, которые показывают степень выраженности и распространения ЙДЗ. По данным этих исследований общая распространенность ЙДЗ в Южном и Восточном регионах Казахстана среди женщин репродуктивного возраста составляла от 52% до 67%. В Северном регионе эта цифра достигла 60,7%, а в Западном регионе, который ранее считался свободным от зобной эндемии, по данным исследования 1999 г. оказалось, что 61% женщин репродуктивного возраста страдает ЙДЗ, и только в Центральном регионе Казахстана этот показатель составил 25%. (Данные КАП и ЮНИСЕФ, Алматы, 2002).

Исследования по Казахстану в рамках проекта - Национальные исследования микронутриентов от 2006 года (НИМН-2006) показали, что частота распространения низкой концентрации йода в моче (<100 мкл/л) среди женщин фертильного возраста в Республике заметно снизилась и составила 15,9%. При этом потребление йодированной соли в домовладениях республики повысилось с 29% в 1999 году до 83% в 2004 году и до 91,4% в 2006 году.

Одним из ключевых моментов в реализации национальной стратегии по борьбе с микронутриентными дефицитами 2008 года в Казахстане является повышение осведомленности различных слоев населения о важности проблемы йодного дефицита, доступных методах профилактики нарушений, вызванных недостаточным поступлением микронутриентов, и создание потребительского спроса на йодированную соль.

И в заключение хотелось бы добавить, что постоянное использование в пищу йодированной соли и йодсодержащих продуктов, насыщение ими вашего рациона позволит в значительной мере решить вопрос об обеспечении организма достаточным количеством йода.

УДК 612.392:613.27:616.155.194-053.2-058.862

НЕПОЛНОЦЕННОЕ ПИТАНИЕ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ДОМАХ РЕБЕНКА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СЫЗДЫКОВА А.М.

ОО «Казахский фонд детского питания», г. Астана

Резюме

В статье описано неполноценное питание как фактор развития анемии у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в домах ребенка системы здравоохранения.

Тұжырым

Мәтінде денсаулық сақтау жүйесіндегі балалар үйінде, ата-аналарының қамқорысыз қалған жетім-балалардың және балалардың жарымжан тамақтануы туралы және бұл анемияның даму факторы екендігі туралы сипатталған.

Summary

This article describes the malnutrition as a factor of anemia in children-orphans and children deprived of parental care in orphanages of health care system.

Результаты скрининга, проведенного Казахским фондом детского питания в Домах ребенка в 2009 году, указывают на то, что, в силу дефектов в организации питания, каждый второй ребенок является анемичным, а у каждого четвертого выявляются клинические проявления полинутриентной недостаточности. В связи с этим имело целесообразность проведение более углубленного изучения функционального состояния детей данного контингента. Для этих целей нами был изучен ряд клинико-лабораторных показателей, отражающий причинно-следственные связи выявленных нарушений в физическом развитии детей.

Одним из наиболее широко используемых и информативных среди других видов анализов для диагностики практически всех патологических состояний является общий анализ крови. Исследование крови является одним из важнейших диагностических методов. Кроветворные органы чрезвычайно чувствительны к различным физиологическим и особенно патологическим воздействиям на организм и тонким отражением этих воздействий является картина крови.

Так нормальный уровень эритроцитов и гематокрита в анализах у большей части обследованных детей, свидетельствует, что анемия в данном случае не является следствием потери эритроцитов, возникающей при кровотечениях, гемолизе эритроцитов или в результате состояний, связанных увеличением ОЦК за счет плазмы. В последнем случае отмечается гиперальбуминемия, однако, в нашем случае средний уровень альбумина в крови детей составил 37,4 г/л при возрастной норме 36-49 г/л. В данной ситуации большой процент анемии среди детей-сирот все же обусловлен недостаточной насыщенностью эритроцитов гемоглобином - гипохромией. В пользу этого свидетельствует уровень цветного показателя у 46,3% детей, составляющий 0,71 при норме 0,85-1,15. В тоже время, при обнаружении пониженного уровня гемоглобина важно иметь интегральный показатель оценки содержания железа в организме. Высокоинформативным маркером, характеризующим метаболизм железа, является ферритин. Концентрация ферритина в сыворотке крови позволяет оценить общие запасы железа в организме. У здоровых людей содержание ферритина в плазме крови составляет 23 - 350 нг/мл. Падение концентрации ниже 10 нг/мл свидетельствует о развитии железодефицитной анемии, в то время как при избыточном накоплении железа концентрация ферритина может возрастать до нескольких тысяч нг/мл. В нашем исследовании содержание этого элемента в сыворотке 22,2% детей составило в среднем 15,5 нг/л.

Таким образом, немаловажную, а скорее ключевую роль в развитии анемии у детей играет фактор неполноценного питания, поскольку анемия у детей-сирот в большинстве случаев обусловлена истощением запасов алиментарного железа в организме, что влечет за собой слабую насыщаемость эритроцитов гемоглобином и снижение уровня ферритина в сыворотке крови.

УДК 612.11/.12-076-053.2-058.862

ХАРАКТЕРИСТИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В ДОМАХ РЕБЕНКА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СЫЗДЫКОВА А.М.

ОО «Казахский фонд детского питания», г. Астана

Резюме

В данной статье описана характеристика иммунологических и биохимических показателей крови у детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в домах ребенка системы здравоохранения.

Тұжырым

Мәтінде денсаулық сақтау жүйесіндегі балалар үйінде, ата-аналарының қамқорысыз қалған жетім-балалардың және балалардың қанның иммунологикалық және биохимиялық көрсеткіштерінің мінездемесі сипатталған.

Summary

This article describes the characteristic of immunological and biochemical blood indices in children-orphans and children deprived of parental care in orphanages of health care system.

Как показал мониторинг состояния здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в домах ребенка системы здравоохранения в 2009 году, из общего числа обследованных детей основной группы 93,8% имеют ту или иную патологию. Наиболее распространенными являются простудные и инфекционные заболевания: ОРВИ и ОРЗ - встречаются в 64,2% случаев, бронхиты – 44,2%, бронхопневмонии и пневмонии – 19% и фарингиты – 12%. Не менее распространенной патологией являются заболевания неврологической этиологии – 45,6% и анемии (из данных истории ребенка Форма 112) – 26,5%.

В результате анализа анамнестических данных из «Карт развития ребенка» (Форма 112) нами было установлено, что лишь 3,5% являются практически здоровыми, 37,6% имеют частые рецидивы простудных заболеваний (2 раза в год) и в динамике 74,3% детей высокий риск простудных заболеваний (3 и более раз в год).

С целью объективизации перечисленных состояний имело целесообразность исследовать ряд клинико-лабораторных показателей у этих детей. Так, по проценту определений в анализах крови общая картина лейкограмы характеризуется нейтрофильным сдвигом «влево» - нейтопения и лимфоцитарном «вправо» - лимфоцитоз.

Незначительное снижение процентного отношения нейтрофилов к общему числу лейкоцитов при одновременном лимфоцитозе указывает на присутствие хронических инфекций и железодефицитной анемии у трети обследованных детей. О наличии хронических заболеваний, в особенности дыхательной системы практически у половины детей, свидетельствуют также повышенное содержание иммуноглобулинов сыворотки крови.

Увеличение концентрации IgA у 35,2% детей при относительном лимфоцитозе указывает о наличии ряда воспалительных заболеваний, в частности дыхательной системы в стадии обострения. Однако, высокая концентрация иммуноглобулинов класса G (IgG) у 53,2% детей свидетельствует о хронизации процесса.

Таким образом, иммунологическое и биохимическое тестирование указало на наличие хронических воспалительных заболеваний практически у половины детей – воспитанников домов ребенка обусловленных не только отягощенным анамнезом, но и хронической недостаточностью питания, антропометрически отражающей отставание в физическом развитии детей.

УДК 613.22:616-053.32

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ НУТРИЛОН ПЕПТИ ТСЦ КОМПАНИИ NUTRICIA(ГОЛЛАНДИЯ), ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

БОЙКО С.Г.

Костанайская областная больница, г. Костанай

Резюме

На основании проведенного исследования можно рекомендовать «Нутрилон Пепти ТСЦ» компании Nutricia (Голландия) при выборе заменителя грудного молока у недоношенных новорожденных детей при невозможности грудного вскармливания.

Тұжырым

Тәжірибе негізінде өткізілген зерттеудің нәтижесі бойынша шала туған балалардың емшек сүтімен емізу мүмкіндігі болмаған жағдайда «Нутрилон Пепти ТСЦ» Nutricia (Голландия) сүт қоспасын қолдануға кеңес беруге болады.

Summary

On the basis of the study «Nutrilon Pepti TSC» company Nutricia (The Netherlands) can be recommended in selecting a substitute for breast milk among preterm infants when breast-feeding is impossible.

Защита и поддержка грудного вскармливания является основной задачей практического здравоохранения в Казахстане [1]. Искусственное вскармливание, особенно с рождения назначается в исключительных случаях. Значение адекватной нутритивной поддержки недоношенных детей на ранних этапах постнатальной жизни исключительно велико и в значительной мере определяет прогноз и дальнейшее развитие недоношенного новорожденного[2,3]. В настоящее время в связи с увеличением числа глубоко недоношенных детей их питание является все более актуальной проблемой, особенно если есть необходимость энтерального питания. Ввиду того, что рациональное питание может служить одним из способов профилактики таких специфических для этого контингента детей заболеваний, как хронические заболевания легких, остеопения недоношенных, ранняя анемия, задержка нервно-психического развития и др.- это имеет особое значение при выборе нутритивной терапии. Кроме того, питание может выступать в качестве нутритивной терапии практически при всех известных заболеваниях недоношенных детей. Абсолютно необходимым фактором для процесса выздоровления и для продолжающегося созревания тканей, органов и систем незрелого организма является достаточное потребление нутриентов во время заболевания в раннем постнатальном периоде у недоношенных. В практической деятельности неонатолога наибольшие трудности на начальном этапе энтерального питания недоношенных детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела возникают именно в первые дни жизни ребенка.

При полном парентеральном питании существенное влияние на длительность и тяжесть течения патологического процесса оказывают как сбалансированность количественного состава продукта (содержание белков, жиров, углеводов и энергетическая ценность), так и его качественного состава, который при энтеральном питании включает дополнительно витамины, микроэлементы и различные другие нутриенты. При неполноценном и несбалансированном питании нередко оказывается, что ребенок недостаточно прибавляет в массе и росте. Отрицательную роль в усвоении энтерального питания играют и частые динамические нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

Бесспорно, что идеальным энтеральным питанием для глубоко недоношенных детей является грудное нативное молоко матери. Однако оно по различным причинам не всегда доступно, и в связи с этим опыт искусственного вскармливания таких детей с первых дней жизни представляется необходимым. В настоящее время имеются разнообразные смеси, состав которых специально разработан для их применения при различных патологических состояниях и особых ситуациях, характерных для глубоко недоношенных новорожденных. Указанные продукты характеризуются сбалансированностью, то есть каждый из них отличается особым и разным по количе-

ственному составу набором необходимых ингредиентов – витаминов, микроэлементов, некоторых электролитов. Кроме того, использование таких смесей позволяет исключить из питания ингредиенты, недоступные для незрелого организма недоношенного ребенка, что в целом улучшает усвоение продукта.

Компания Нутриция (Голландия) разработала смесь «Нутрилон Пепти ТСЦ», предназначенную для вскармливания детей первого года жизни с особыми диетическими потребностями: полиорганные атопические заболевания, вследствие непереносимости белков коровьего молока (аллергические поражения кожи и кишечника), трудноизлечимая диарея, болезнь Крона, язвенный колит, тяжелое белково-энергетическое истощение, муковисцидоз, состояние после резекции тонкого кишечника, глубокая недоношенность. Эта смесь соответствует Европейской директиве от 27.04.1999 о продуктах специального медицинского назначения. Источником белка в смеси «Нутрилон Пепти ТСЦ», является 100% глубокий гидролизат сывороточного белка. Многочисленными исследованиями доказано, что для новорожденных детей более пригодны смеси на основе сывороточных белков, а не казеина. Свойства таких продуктов особенно благоприятны для недоношенных детей: выше скорость эвакуации из желудка, увеличено количество цистина и триптофана. Сывороточные белки также оказывают положительный эффект на восстановление слизистой оболочки ЖКТ. В результате глубокого гидролиза соотношение свободных аминокислот к пептидным фракциям составляет 15:85. Средняя длина пептидной цепи включает в себя 4-5 аминокислот. Достаточное содержание триптофана и цистина для обеспечения высокой питательной и биологической ценности продукта. Источником жира являются жиры растительного происхождения, 50% из них – это триглицериды средней цепи, которые не требуют эмульгации и гидролиза панкреатической липазой, всасываются непосредственно в систему воротной вены и представляют собой легко доступный источник энергии. В качестве углеводов выступает 100% глюкозный сироп, состоящий из глюкозы, мальтозы и полисахаридов, благодаря чему легко расщепляется и всасывается в тонком кишечнике. В смеси представлены витамины, микроэлементы, минералы в количествах, соответствующих международным стандартам. Уникальный комплекс антиоксидантов – селен, витамины А, С, Е, таурин – повышают сопротивляемость инфекционным заболеваниям, формирует иммунный ответ, устраняет воздействие свободных радикалов [4].

В 2009 -2010 гг. при клинической апробации молочной смеси «Нутрилон Пепти ТСЦ» в родильном отделении областной больницы (г. Костанай) данная смесь применялась для искусственного вскармливания 17 недоношенных детей с гестационным возрастом 27 – 34 недели. При выборе контингента мы руководствовались Приказом Комитета здравоохранения Министерства здравоохранения, образования и спорта РК №155 от 31.03.1999г. «Противопоказания к грудному вскармливанию» [5]. Масса тела при поступлении составляла от 920 до 1530 гр. Все дети имели проявления РДС, церебральной ишемии I – II степени, 13 из них находились на искусственной вентиляции легких, у 7 детей отмечалась врожденная пневмония. Назначалась смесь с первых суток жизни, кормление детей производилось через желудочный зонд, продолжительность вскармливания в среднем одна - две недели. Долженствующий суточный объём питания определялся калорийным методом. Убыль массы тела в среднем составила 7%. Результаты наблюдения показали, что у всех недоношенных детей, получавших молочную смесь «Нутрилон Пепти ТСЦ», отмечалась устойчивая прибавка массы тела, хорошая переносимость, не отмечено диспепсических расстройств. Несмотря на перенесенную гипоксию, тяжелый РДС случаев язвенно некротического энтероколита не зафиксировано.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ МЗ РК №113 от 25.06.1997 «Об охране, поощрении и поддержке практики грудного вскармливания в Казахстане».

2. Яцык Г.В. Руководство по неонатологии / Г.В. Яцык. – М.: МИА, 1998. – 400 с.

3. Тоболин В.А. Вскармливание недоношенных детей. Теоретические посылки и рекомендации / В.А.Тоболин. - Москва, 1999.

4. Вскармливание детей первого года жизни / Методические рекомендации. – Алматы, 1999. – С. 61-62.

5. Приказ Комитета здравоохранения Министерства здравоохранения, образования и спорта РК №155 от 31.03.1999 «Противопоказания к грудному вскармливанию».

6. Богданова Н.М. Физиологическое обоснование выбора стартовых формул для вскармливания рожденного в срок ребенка при наличии противопоказаний к грудному вскармливанию / Богданова Н.М., Булатова Е.М. // Вопросы современной педиатрии. – 2007.-№4.

7. Шабалов Н.П. Неонтология / Н.П. Шабалов. - СПб, 1995.- Т.1.

УДК 616.34-053.2:615.874:613.953.13

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СМЕСЕЙ «НУТРИЛОН КОМФОРТ» И «НУТРИЛОН АНТИРЕФЛЮКС» В ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЖКТ

АЛЕНОВА К.К.

ГККП «Детская городская больница», г. Костанай

Резюме

У детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании с функциональными нарушениями ЖКТ, применение диетотерапии способствовало снижению частоты и степени метеоризма, колик, срыгиваний, а также образованию мягкого стула, аналогичного стулу детей, находящихся на грудном вскармливании. На основании этих результатов можно сказать, что наиболее часто встречающиеся дисфункции желудочно-кишечного тракта успешно корригируются диетотерапией.

Тұжырым

Функционалдық асқазан-ішек жолының бұзылуы көбінесе жасанды және де асырап алған балаларда кездеседі. Сол себептен де диетотерапияның қолдануы жиілік және метеоризмның дәрежесін төмендетуі, шаншу, құсулар, сонымен бірге жұмсақ дәреттін пайда болуы, емшек сүтімен емізу балалардың дәретіне ұқсас мүмкіндігін туғызды. Осы нәтижелер бойынша, асқазан-ішек жолында жиі кездесетін дисфункциялары диетотерапиялармен ойдағыдай қалыпқа келтіреді деп айтуға болады.

Summary

Among children who are on artificial or mixed feeding with gastrointestinal functional disorders, the use of dietotherapy helped reduce the frequency and degree of flatulence, colic, regurgitation, as well as the formation of a soft defecation, similar to children who are breastfed. Based on these results we can say that the most common dysfunctions of gastrointestinal tract are successfully corrected by a diet.

Функциональные кишечные дисфункции встречаются практически у всех детей раннего возраста и полностью купируются к концу первого полугодия. Для них характерно наличие клинических симптомов при отсутствии органических изменений со стороны желудочно-кишечного тракта. К наиболее распространенным дисфункциям ЖКТ у детей первого года жизни относятся: кишечные колики, функциональные запоры и синдром срыгиваний. Около 20% обращений к участковому педиатру родителей детей первых месяцев жизни связано с тем, что их очень беспокоит состояние малышей, проявляющееся внезапным без видимой причины беспокойством, плачем, пронзительным криком, гиперемией лица, нечастыми срыгиваниями, при этом возникают трудности с отхождением газов и стула. Данные симптомы чаще усиливаются к вечеру, при этом дети в остальное время ведут себя спокойно, активны, имеют достаточные прибавки показателей массы тела и роста, сон и аппетит у них не нарушены. При обследовании детей патологические нарушения не выявляются, внешне дети выглядят вполне здоровыми. Тем не менее, ведение таких пациентов вызывает большие сложности. И сегодня эта проблема актуальна среди педиатров, неонатологов и гастроэнтерологов.

В патогенезе дисфункций желудочно – кишечного тракта лежит несколько факторов. Это в первую очередь, незрелость центральной и в большей мере периферической регуляции иннервации кишечника. При этом перистальтическая волна охватывает не всю кишечную трубку, а лишь ее участки, что приводит к тому, что в определенных отделах тонкого кишечника возникает резкий спазм кишки и, соответственно, боль в виде колики.

Немаловажную роль играет и незрелость ферментной системы и становления микробиоценоза, что определяет неполное расщепление жиров и особенно углеводов, это также приводит к более выраженному газообразованию, которое способствует раздуванию отдела тонкой кишки и, возникновению колики.

В период кормления или переваривания пищи возникает спазм участков кишечника, который сопровождается болевым синдромом и связан с повышенным газообразованием в кишечнике. Он выражается сильным беспокойством, длительным плачем с покраснением лица, поджатием или

сучением ножек, как впрочем, и любое дискомфортное состояние малыша.

Если ребёнок вскармливается материнским молоком, то зачастую достаточно провести коррекцию диеты матери и назначить ребёнку препараты, уменьшающие газообразование, либо ферменты (в более серьёзных случаях). У здоровых детей, получающих смешанное или искусственное вскармливание, очень часто наблюдаются функциональные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся склонностью к запорам, срыгиваниями, повышенным газообразованием, кишечными коликами.

Хороший эффект у данной категории детей наблюдается при использовании профилактической молочной смеси на основе частично гидролизованного сывороточного белка «Нутрилон Комфорт» (Нутриция, Голландия). Частичный гидролиз белкового компонента обеспечивает более легкое его усвоение, снижение процессов брожения, газообразования, а, следовательно, и устранение колик. Эффективность смеси, предназначенной для детей с функциональными нарушениями ЖКТ, обусловлена и входящими в ее состав растительными маслами, триглицериды которых содержат пальмитиновую кислоту во втором положении, что способствует повышению абсорбции короткоцепочечных жирных кислот. Это обеспечивает более высокую атакуемость жира, уменьшает образование в кишечнике кальциевых мыл, способствующих возникновению запоров, благодаря чему повышается абсорбция кальция, улучшается минерализация костей и появляется более мягкий стул. Сниженное количество лактозы (35%) также способствует уменьшению процессов брожения и газообразования в кишечнике, и соответственно уменьшению проявлений метеоризма и колик. Входящий в смесь «Нутрилон Комфорт» прежелатинизированный крахмал имеет умеренный антирефлюксный эффект, его наличие делает смесь более густой, благодаря чему снижается заглатывание воздуха во время кормления, что влияет на урежение проявлений синдрома срыгивания.

В состав смеси введены также короткоцепочечные галактоолигосахариды и длинноцепочечные фруктоолигосахариды – уникальная смесь пребиотиков IMMUNOFORTIS, которые воспроизводят эффект натуральных компонентов грудного молока и действуют подобно пребиотикам грудного молока, стимулируя рост полезных бифидо- и лактобактерий в кишечнике у ребенка, формируют здоровую микрофлору кишечника и естественным образом укрепляют иммунитет у детей раннего возраста. Бифидогенный эффект пребиотиков IMMUNOFORTIS сопровождается улучшением физиологических функций кишечника, а именно более мягкой консистенцией стула и снижением частоты затруднений акта дефекации.

Уже через 7 дней использования данного продукта у детей отмечается положительная динамика. Во время повторных визитов родители сообщают, что у детей наблюдается самостоятельный ежедневный стул, кашицеобразной консистенции, 1-2 раза в день, без длительного натуживания, при этом процессы повышенного газообразования и срыгивания, связанные с поддутием кишечника не наблюдаются, дети в поведении активны, отсутствует беспричинный крик и плач. Кроме этого, отмечается хорошее усвоение смеси, при исчезновении симптомов кишечных колик у детей объем разового кормления приближался к физиологичному объему желудка по возрасту. К концу второй недели наблюдения практически у 90% детей полностью купируются синдромы кишечной колики, срыгивания и неустойчивого стула. В дальнейшем данные дети более не обращаются с подобными жалобами, родители довольны подобранной диетотерапией.

К наиболее распространенным функциональным нарушениям ЖКТ у детей первого года жизни также относится и синдром срыгиваний (регургитации) - заброс содержимого желудка в ротовую полость. Чаще всего срыгивания наблюдаются в первые 4–5 месяцев жизни. Высокая частота регургитаций у детей грудного возраста обусловлена особенностями строения верхних отделов пищеварительного тракта, незрелостью нервно-гуморального звена сфинктерного аппарата и моторики ЖКТ.

Срыгивания у детей первого года жизни наиболее часто вызываются следующими причинами:

· срыгивания без органических изменений со стороны ЖКТ:

· быстрое сосание, аэрофагия, перекорм, нарушение режима кормления,

· неадекватный подбор смесей и др.;

· перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС);

· ранний переход к густой пище;

· пилороспазм.

Срыгивания и рвота, обусловленные органическими поражениями:

· врожденные пороки развития ЖКТ
· пилоростеноз.

У большинства детей срыгивания можно рассматривать как определенный вариант нормальной реакции организма, поскольку они не приводят к выраженным изменениям в состоянии здоровья детей. В тоже время коррекции синдрома срыгиваний очень актуальна, так как обусловлена возможными осложнениями этого состояния (нарушения массо-ростовых показателей, развитие анемии, эзофагит, аспирационная пневмония, не исключается опасность синдрома внезапной смерти), ухудшением качества жизни семьи ребенка, такие дети имеют беспокойный сон и повышенную возбудимость.

В отдельных случаях у детей с упорными срыгиваниями отмечается не только отставание в физическом развитии, но и диагностируется железодефицитная анемия, а также высокая частота заболеваний ЖКТ и респираторных заболеваний в первые 3 года жизни.

Важную роль в лечении синдрома срыгиваний играет диетотерапия, которая зависит от вида вскармливания ребенка. При грудном вскармливании необходимо нормализовать режим кормления ребенка, таким образом исключить перекорм и аэрофагию, при необходимости откорректировать диету кормящей матери.

При искусственном вскармливании необходимо также обратить внимание на режим кормления ребенка, адекватность подбора молочных смесей, их объем, который должен соответствовать возрасту и массе тела ребенка.

Важной составляющей в коррекции срыгиваний является применение антирефлюксных смесей. Смесь «Нутрилон Антирефлюкс» (Нутриция, Голландия) хорошо переносится детьми, ее состав максимально приближен к составу грудного молока и полностью обеспечивает детей во всех основных пищевых ингредиентах, которые восполняют все энергозатраты. Антирефлюксный эффект этого продукта питания определяется несколькими обстоятельствами. Большое значение имеет белковый состав смеси, соотношение сывороточных белков к казеину составляет 20:80, увеличение доли казеина препятствует срыгиванию, т.к. этот белок легко створаживается в желудке под влиянием соляной кислоты, образуя более плотный пищевой комок. Пониженное содержание жира в смеси «Нутрилон Антирефлюкс» (Нутриция, Голландия) повышает тонус нижнего пищеводного сфинктера и стимулирует опорожнение желудка, препятствуя рефлюксу. Входящая в состав смеси камедь бобов рожкового дерева способствует образованию более плотного пищевого комочка, связывает жидкость, и тем самым препятствует срыгиваниям. Кроме этого, камедь бобов рожкового дерева обладает умеренно выраженным пребиотическим эффектом, она стимулирует перистальтику желудочно-кишечного тракта, благодаря чему отмечается более быстрое опорожнение желудка и кишечника. Немаловажным является и то, что смесь обогащена арахидоновой и докозагексаеновой полиненасыщенными жирными кислотами, положительно влияющими на развитие головного мозга и зрительного анализатора.

Данная смесь имеет хорошую эффективность при рекомендациях, как в полном объеме кормления, так и при частичной замене кормления. Проведенные исследования доказали положительное влияние диетотерапии с использованием специализированных антирефлюксных смесей на снижение выраженности синдрома срыгиваний у детей грудного возраста.

УДК 613.2:613.95.5:303.425.6

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРА ПИТАНИЯ НА СУБЪЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

АДАЕВА А.А., ШАЙКЕНОВА А.Т.

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

Резюме

В данной статье приведены результаты социологического исследования по изучению влияния фактора питания на субъективную оценку здоровья старшеклассников, обучающихся в средних учебных заведениях города Алматы.

Тұжырым

Бұл мақалада Алматы қаласындағы орта оқу орындарында оқитын жоғарғы сынып оқушылардың тамақтану факторының өз денсаулықтарын бағалауына әсерін анықтау мақсатында өткізілген әлеуметтік зерттеу мәліметтері берілген.

Summary

This article describes the results of sociological survey on study of the nutrition factor influence on self-health rate among senior pupils enrolled in schools of Almaty city.

В подростковом возрасте формируются привычки здорового питания, которые могут оказать благотворное воздействие на физическое и психологическое состояние и снизить вероятность развития связанных с питанием хронических заболеваний. Значение рациона и режима питания возрастает в условиях повышенной учебной нагрузки, а также с ускорением физического развития и ранним половым созреванием. В связи с этим, в данной статье приведены результаты социологического исследования по изучению влияния фактора питания на субъективную оценку здоровья старшеклассников.

Материалы и методы исследования. В настоящей статье приводятся результаты социологического опроса, проведенного среди 400 школьников г. Алматы в возрасте 15, 16 и 17 лет. Один из разделов анкеты включал вопросы режима и рациона питания. Статистическая обработка материалов исследования проведена с помощью программы SPSS 15.0 for Windows Evaluation Version (Statistical Package for the Social Science).

Результаты исследования. С целью изучения влияния режима питания на самооценку здоровья подростка, был проведен анализ результатов исследования путем расчета параметров, отражающих шансы возникновения нарушений состояния здоровья у школьников. При расчете для каждой группы были взяты переменные «отличное здоровье» и «слабое здоровье». С помощью показателя отношения шансов (odds ratio) была показана сила воздействия факторов нарушения режима питания на самочувствие школьников: or = 12,222; 95% Confidence interval = 3,384 – 14,143. Данные показатели подтверждают, что шансы возникновения нарушения состояния здоровья у исследуемых, не соблюдающих правильный режим питания (26,0±2,53%) выше, чем у школьников, соблюдающих режим (63,0±2,79%), так как or >1, нижняя граница 95% доверительного интервала также >1. При сравнении отдельных групп путем теста χ^2 по Пирсону была проверена взаимная независимость двух переменных таблицы сопряженности по положительному и отрицательному ответу в вопросе о соблюдении режима питания и субъективной оценке здоровья, которая подтвердила наличие статистически значимых различий в указанных группах: χ^2 = 18,409, число степеней свободы = 1, $p < 0,001$.

При анализе показателя отношения шансов возникновения жалоб со стороны здоровья («слабое здоровье») при наличии фактора «завтракаю иногда» (25,7±2,52%) и «завтракаю каждый день» (47,7±2,88%), установлено, что шансы возникновения жалоб на здоровье выше у респондентов, ответивших «завтракаю только иногда», что подтверждают ниже перечисленные показатели: шансы возникновения жалоб со стороны здоровья среди подвергшихся воздействию (респонденты, «завтракающие только иногда») A/B = 0,9; шансы возникновения жалоб со стороны здоровья среди не подвергшихся воздействию (респонденты, «завтракающие ежедневно») C/D = 0,1; соотношение шансов (or) = 8,1; 95% доверитель-

ный интервал = 2,229 – 29,432. Проведение теста χ^2 подтвердило наличие достоверно значимых различий между изучаемыми группами: χ^2 = 11,888, число степеней свободы = 1, $p < 0,01$.

Показатели, отражающие систематичность приема горячих блюд на обед, были распределены следующим образом: обедают ежедневно – 63,0±2,78%, «почти каждый день» - 19,7±2,30%, «иногда» - 16,3±2,13%, «никогда не обедают» - 1,0±0,57% респондентов.

Статистические данные, полученные в результате определения причинно-следственной связи между обедом и субъективной оценкой здоровья подростка («слабое здоровье» и «отличное здоровье»), также подтверждают обусловленность жалоб со стороны здоровья нарушением режима питания: or = 15,90; 95% доверительный интервал = 3,333 – 75,854. Для подтверждения статистически значимых различий показателей в оценке здоровья отдельных групп (респондентов, обедающих ежедневно, и респондентов, обедающих только иногда) рассчитан χ^2 по Пирсону: χ^2 = 16,605, число степеней свободы = 1, $p < 0,001$.

Рассчитано отношение шансов возникновения жалоб со стороны здоровья («слабое здоровье») при наличии фактора «ужинаю только иногда» (10,3±1,75%), который подтвердил негативное влияние нарушения режима питания на здоровье: or = 9,231; 95% доверительный интервал = 1,526 – 55,852 (ежедневно ужинают 79,7±2,32% респондентов) Дополнительно для определения статистической достоверности различий в изучаемых группах вычислен тест χ^2 по Пирсону: χ^2 = 7,875, число степеней свободы = 2, $p < 0,02$.

Таким образом, у старшеклассников, не соблюдающих режим питания, самооценка здоровья оказалась низкой, что указывает на наличие влияния фактора питания на субъективную оценку здоровья.

УДК 613.21/.29:641

ПИТАНИЕ И ЗДОРОВЬЕ (ПАМЯТКА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ)

ЕСОВА Г.К., ХАЙДАРОВА Т.С.

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

Резюме

В статье описаны основы здорового питания.

Тұжырым

Мақалада дұрыс тамақтанудың негіздері сипатталған.

Summary

This article describes the basic principles of the healthy nutrition.

Правильное питание – основа здоровья. Здоровый рацион должен формироваться из продуктов, которые дают нашему организму необходимые питательные вещества, не вызывая увеличения веса. В основе здорового и разнообразного рациона вполне могут быть обычные отечественные продукты: корнеплоды, капуста, картофель, молоко, кефир и т. д. Они и составляют, как правило, основу ежедневного рациона.

Но пища не может быть полноценной без мяса, рыбы, сыра, яиц, птицы, ягод и фруктов. За последние десятилетия в нашем рационе произошли большие изменения как положительные, так и отрицательные. Положительным можно считать большое разнообразие употребляемых продуктов. Отрицательным – чрезмерное употребление жиров и белого хлеба, соли и сахара, алкоголя и т.д.

В итоге мы наблюдаем ухудшение здоровья населения в целом: рост сердечно-сосудистых заболеваний, кариес зубов, сахарный диабет, избыточный вес. Растет число онкологических заболеваний. Здоровое питание может предупредить возникновение многих из них, облегчить их протекание, а часто и полностью излечить от них.

Рацион питания должен исходить из поддержания нормального веса, а при необходимости - его снижения. Ниже мы дадим рекомендации и на этот счет. Здесь же отметим, что обильное потребление сахара, поваренной соли не входит в здоровый рацион. Советуем также изделия из белой пшеничной муки заменить зерновыми. Обращаем Ваше внимание и на регулярность питания: дневной рацион необходимо съедать несколькими небольшими порциями, а не за часто практикуемым многими обильным ужином.

Рациональное питание полезно для здоровья во многих отношениях. Последние исследования подтверждают, что маложирный рацион способен предупреждать наиболее распространенные сердечно-сосудистые, онкологические заболевания. Употребление растительной пищи, богатой клетчаткой, изделий из цельного зерна улучшает деятельность кишечника, всех органов пищеварения. Они полезны при лечении и профилактике запоров, геморроя, рака толстой кишки и др.

Низкокалорийная, легкая пища предупреждает накопление избыточного веса, что облегчает работу опорно-двигательного аппарата. В дополнение к этому, уменьшение потребления сахара предохраняет зубы, а соли — снижает кровяное давление. Рацион питания, составленный из продуктов с малым содержанием жира, сахара, преимущественно растительного происхождения, предупреждает развитие сахарного диабета, повышает физическую выносливость.

Отбор продуктов питания.

Молочные продукты. В молочных продуктах содержится много протеинов, витаминов и микроэлементов. Исходя из этого, их регулярное употребление в пищу должно приветствоваться, однако, необходимо обратить внимание на содержание в них жиров. В нашем ежедневном рационе более половины жиров поступает в организм с молочными продуктами: молоком и маслом. Молочный жир содержит много холестерина. Поэтому для питания следует выбирать обезжиренные молочные продукты. В обезжиренных молочных продуктах сохраняются важнейшие питательные вещества: протеин, витамины и мик-

роэлементы, необходимые для роста тканей и поддержания хорошей физической формы.

Если Вы употребляете молоко, кефир, простоквашу или йогурт, отдайте предпочтение обезжиренным или маложирным сортам.

Сахар. Сахар это высококалорийный продукт, поэтому излишнее потребление его ведет к увеличению веса. Сахар является только источником энергии, других питательных свойств у него нет. Отказавшись от потребления сахара в чистом виде, Вы не лишитесь ничего необходимого и полезного для здоровья. Ваш организм не нуждается в сахаре как таковом. Углеводы, содержащиеся, например, в картофеле, овощах и зерновых, в процессе пищеварения превращаются в сахар. Кроме того, уменьшая потребление сахара, Вы значительно сокращаете расходы на лечение кариеса зубов у стоматолога.

Рекомендуем Вам сокращать потребление сахарного песка и кускового сахара, а также сладостей. Пить чай или кофе без сахара можно привыкнуть за короткое время.

Соблюдайте меру при употреблении варенья и сладких десертных блюд. Лучше, если Вы предпочтете им ягоды или свежие фрукты. В домашних кексах следует использовать минимум сахара, восполнив изюмом, сухофруктами или нарезанными свежими фруктами.

Продаваемые в магазинах йогурты чаще всего содержат слишком много сахара. Более полезный для здоровья йогурт можно получить в домашних условиях, с добавлением свежих или замороженных ягод, фруктов.

Любители прохладительных напитков, получают с ними значительное количество сахара, ибо одна литровая бутылка лимонада содержит много растворенного сахара. Поэтому советуем утолять жажду водой (газированной, минеральной или чистой родниковой), домашними соками, а также напитками, приготовленными из концентратов свежих фруктов.

Соль. Поваренная соль по химическому содержанию является хлоридом натрия. Натрий участвует в минеральном обмене всех живых организмов. В нашем цивилизованном мире человек получает соли во много раз больше необходимого, поскольку мы употребляем ее непомерно много — около 10-15 граммов в сутки. Накопление излишнего натрия в организме ведет к сдерживанию выделения жидкости, что способствует росту артериального давления.

Сколько же соли необходимо нашему организму? Если выделение соли через кожу, мочу и кишечник в пределах нормы, то взрослому человеку достаточно 0,5 грамма соли в сутки. Это количество настолько мало, что человек его непременно получит, даже если будет избегать употребления соли! Дело в том, что поваренная соль содержится во многих продуктах питания, что избежать их приема невозможно.

Если Вы предрасположены к повышенному артериальному давлению или страдаете от него, сокращайте потребление соли до минимума!

Мясо, куры, рыба, молочные продукты и яйца при пересчете потребления на дневной рацион содержат натрия в натуральном виде около двух граммов. Таким образом, основное количество натрия мы получаем из соли, добавляемой в готовящуюся пищу. Из фабрикатов или полуфабрикатов больше всего соли содержат соленая рыба, рыбные консервы и копченая рыба. Следом за ними идут соленое и копченое мясо и колбасы. Из колбас, в свою очередь, больше всего соли содержат твердокопченые, хотя 250 граммов чайной колбасы содержат 3 грамма соли. Бульонные кубики и им подобные концентраты содержат около 5 граммов соли (при разведении в пол литрах жидкости).

Отдельный разговор о всеми любимых соленых грибах и огурцах. Уже само название говорит о наличии соли! Засолка — дело хозяйское, но при хорошей стерилизации можно обойтись меньшей по сравнению с традиционной нормой соли.

Источниками соли в нашем питании являются также масло, маргарин, готовые супы, приправы, сухие и консервированные пряности. А гамбургеры, мясные пирожки, чипсы, орешки - это уже лишние источники соли в нашем рационе.

Уменьшение потребления соли — это вопрос изменения приобретенной еще в детстве привычки. Переход к менее соленой пище может быть постепенным. Примечательно то, что в отношении соли вкусовые ощущения меняются довольно быстро. Мы начинаем ощущать естественный вкус пищи, а сама еда кажется такой же соленой, как и раньше. Уменьшить потребление соли можно, постепенно исключив из своего рациона все соленые продукты, о которых мы говорили. Если Вы готовите дома, рекомендуем количество соли уменьшить наполовину или частично заменить соль различными специями, все зависит от вкусовых привычек и ассортимента специй. Готовьте больше супов и запеканок, употребляйте больше моркови, репы, капусты, лука. Эти овощи содержат много солей калия, которые раство-

ряются в бульоне и придают еде приятный вкус. Овощные блюда не требуют много соли.

О витаминах и минеральных элементах. Витамины и минеральные элементы являются обязательной составной частью пищевого рациона. Хотя они и не служат источником энергии, тем не менее, необходимы для нормальной жизнедеятельности. Часто отдельные граждане бывают озабочены недостатком какого-либо витамина или микроэлемента, например йода, селена, магния. Они пополняют ряды клиентов аптек и специальных магазинов. Мы считаем, что гораздо более важным является разнообразие рациона, чем поиски новых чудо препаратов. Соблюдение приведенных в этой рубрике рекомендаций по здоровому образу жизни и рациональному питанию обеспечит Вам сохранение здоровья и экономию семейного бюджета.

Другие рекомендации по здоровому питанию.

Приготовление пищи. Мы уже говорили о правильном выборе продуктов питания, однако, любые качественные продукты можно испортить неправильным приготовлением. Например, очень вредна для здоровья жареная жирная пища.

Существует множество простых и доступных способов приготовления «здоровой» пищи: отваривание в воде, мясном бульоне. Варить можно и в собственном соку, на пару, некоторые блюда можно готовить в алюминиевой фольге. Рыбное или мясное блюдо приобретает очень приятный вкус, если приготовить его в духовке. Необходимо готовить на чугунной сковороде или на сковороде с тефлоновым покрытием, используя растительное масло.

В настоящее время широко используют гриль, он значительно упрощает и ускоряет приготовление мясных и рыбных блюд. Рекомендуем домохозяйкам использовать для подлива овощные или мясные бульоны и панировочную муку из серых хлебных сухарей.

Тот факт, что мы потребляем мало овощей, во многом связан с тем, что мы не умеем их правильно готовить. Так, картофель следовало бы варить только в кожуре. Подаваемые на гарнир овощи лучше готовить на пару или в минимальном количестве воды. Ни картофель, ни овощи не следует жарить, поскольку содержащиеся в них витамины при этом легко разрушаются.

Советуем отказаться от привычки добавлять в пищу во время приготовления жиры или сметану, попробуйте перейти на различные специи. Овощи и специи придадут пище привлекательный вид и неповторимый вкус.

Дневной рацион. Организм человека постоянно нуждается в поступлении энергии. В связи, с чем дневной рацион целесообразно составлять из нескольких приемов пищи, причем основная его часть должна приходиться на первую половину дня. Недаром существуют пословицы: «Ешь утром как князь, в обед как крестьянин, а ужинай как нищий» или «Завтрак съешь сам, обедом поделись с другом, а ужин отдай врагу». Современная наука рекомендует горячую пищу принимать дважды в день.

УДК 613.287.5:371.7:614.39

РОЛЬ ЗДОРОВОГО МОЛОКА В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ШУМИЛИНА Л.Н., ХАЙДАРОВА Т.С., АЛИЕВА А.К.

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

Резюме

В статье подробно описаны полезные и целебные свойства молока.

Тұжырым

Бапта сүттің пайдалы және шипалы қасиеттері толық сипатталған.

Summary

The article detailed describes the useful and healing properties of milk.

Одна из миссий НЦПФЗОЖ – это пропаганда и формирование у большинства населения страны культуры здорового образа жизни. Важным аспектом этого процесса является здоровое питание, а молоко – его постоянная и неотъемлемая составляющая. Правильное отношение к здоровому питанию формируется с детства. В Казахстане 7 811 общеобразовательных школ, в которых обучается около 3 млн. школьников [1].

Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков (кириешек). По питательным показателям молоко считается одним из наиболее совершенных продуктов. Природа наделила молоко уникальным составом – в нем находятся более 200 различных полезных для человека веществ. Молоко – продукт полезный и необходимый людям всех возрастов. Это богатейший источник солей меди, железа, кобальта, калия, йода, нескольких групп витаминов, фосфора, кальция и белковых аминокислот. Белки из молока усваиваются на 98%, а кальций лучше, чем из круп, хлеба и овощей. Пол-литра молока в день покрывает потребность взрослого человека на 30% в белке, на 25% – в жире, на 75% – в кальции и фосфоре, на 50% в калии, на 30% в витаминах В2 и D и на 15% – в витаминах А, В1 и С. Поэтому программа «Школьное молоко» имеет особое значение.

Специалисты Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни поддерживают все инициативы подобные программе «Школьное молоко».

В рамках плана мероприятий на 2011 год по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113 и приказа Министерства Здравоохранения Республики Казахстан №106 от 1 марта 2011 года, НЦПФЗОЖ совместно с партнером «Молочный союз Казахстана» проводит информационную кампанию о пользе потребления молока и молочных продуктов.

Кампания состоит в распространении посредством медицинских организаций ежеквартального информационного бюллетеня «Время молока» с материалами о «здоровом молоке», его пользе для растущего детского организма, профилактики остеопороза и других заболеваний, связанных с недостаточным или неправильным потреблением молока и молочных продуктов.

Программа «Школьное молоко» действует во многих странах мира уже на протяжении 40 лет, в том числе в Казахстане с 2005 года – это показатель благотворного воздействия программы на детей. В программе используется «здоровое молоко», которое производится по международным стандартам безопасности и питательности, что уже говорит в ее пользу.

Целью программы является укрепление здоровья подрастающего поколения и формирование у школьников осознанного отношения к здоровому питанию.

За время работы программы было проведено множество международных исследований, доказывающих пользу регулярного употребления молока детьми школьного возраста в период интенсивного роста, развития и полового созревания.

Целебные свойства молока проверены тысячелетиями. Древние философы, еще не зная хи-

мического состава этого продукта, но наблюдая за его воздействием на организм, назвали молоко «соком жизни». Регулярное потребление молока является профилактикой многих заболеваний. Чтобы чувствовать себя здорово, рекомендуется употреблять молоко и молочные продукты не реже 2 раз в день.

Так в восточной медицине молоко считают отличным средством от любых нервных заболеваний и рекомендуют пить вечером или утром, сдабривая специями: шафраном, солодкой, кардамоном, корицей. Чашка теплого молока с медом на ночь — универсальное снотворное. Врачи из Финляндии доказали, что крепкому здоровому сну способствует именно коровье молоко, так как в нем содержится гормон мелатонин, который регулирует биоритмы организма.

Японские ученые обосновали, что регулярное употребление молока положительно сказывается на работе желудочно-кишечного тракта. У тех, чей рацион питания богат молоком, риск развития рака желудка и кишечника оказался гораздо ниже. Специалисты из Оксфорда выяснили, что молоко оказывает положительное влияние на память, обеспечивая наш организм витамином В12, который из молока лучше усваивается чем, например, из мяса и рыбы.

Молоко является ценным дополнением к овощам. Оно повышает содержание кальция в пище и способствует получению ценной смеси аминокислот. Молоко добавляют в клубнику, чернику, красную смородину - это уменьшает возможность возникновения аллергической реакции. Молоко прекрасно утоляет жажду. В жару организм теряет много влаги в виде пота, а вместе с ним удаляются минеральные соли. Молоко, в состав которого эти соли входят, способствует удержанию влаги и таким образом уменьшает жажду. Многовековой опыт жителей Средней Азии показывает, что для утоления жажды хорошо кислое обезжиренное молоко или цельное, разбавленное водой [1].

Молоко помогает избавиться от такой пагубной привычки как курение. Выводы американских медиков, что молоко отбивает тягу к сигарете, основываются на данных опроса, проведенного среди более 200 курильщиков. Их просили назвать продукты или напитки, которые ухудшают или, наоборот, улучшают вкус табака. 19% опрошенных заявили, что вкус ухудшается, если они употребляют молоко или молочные продукты. Давно замечено, что стакан молока, выпитый перед курением, делает вкус сигарет крайне неприятным и существует даже такой способ побороть привычку: курить вымоченные в молоке, а затем просушенные сигареты. Их вкус становится горьким, и докурить такую сигарету очень сложно, что воспитывает в человеке отвращение к процессу курения в целом через формирование неприятных ассоциаций. Все специалисты НЦПФЗОЖ призывают употреблять больше молока и меньше – табака.

Молоко способно защитить организм от избыточного веса. Кальций борется с полнотой, способствуя усиленному сжиганию жира в организме и уменьшая его отложения. Многие эксперты категорически против отказа от молока в целях похудения – напротив, оно является неотъемлемой частью низкокалорийной диеты, которая в основном состоит из насыщенных, но легкоперевариваемых жиров. Если при этом больше употреблять овощей и фруктов, вести активный образ жизни и заниматься спортом, то лишние килограммы вам не грозят.

Распространено заблуждение, что молоко можно пить только детям. Молоко полезно в любом возрасте, а молочная диета – незаменимый помощник для тех, у кого есть проблемы со здоровьем. Один литр этого напитка содержит дневную норму животного белка – строительного материала нашего организма, а пол-литра молока восполняет почти суточную потребность в кальции. Молоко благотворно влияет на обмен веществ, оказывает лечебное воздействие при атеросклерозе и больной печени, спасает от псориаза и мигрени, лечит от ожогов и кожных заболеваний. Оно выручает страдающих от высокого кровяного давления, обеспечивает здоровое и правильное развитие костей, уменьшает шансы их переломов, помогает защитить зубы от кариеса. Также молоко предотвращает возникновение остеопороза, сердечнососудистых заболеваний и существенно снижает возможность развития диабета. Всё это – риски, которым подвержены люди всех возрастов!

Как известно, пища – это источник жизни и удовольствия, а для людей, занимающихся спортом и ведущих активный образ жизни – это еще источник энергии. Чем ближе аминокислотный состав белков пищи к составу белка нашего организма, тем он ценнее. С этой точки зрения наиболее ценными источниками белка являются яйца, молоко, мясо. Стакан молока после занятий спортом и физической нагрузки сможет лег-

ко восполнить затраченный расход энергии! Но важно еще научиться удачно сочетать продукты животного и растительного происхождения. Например: зернопродукты и молоко + мясо, яйца, рыба. Или кукуруза и молоко + арахис и рис. А также – бобовые и молоко + рожь.

Существует разница между упакованным и разливным молоком. Разливное молоко небезопасно, а упакованное можно смело называть здоровым. Разливное молоко пользуется определенной популярностью вследствие распространенных стереотипов о его якобы «большей натуральности». Но покупать такое молоко рискованно, разливное молоко все чаще и чаще становится источником бруцеллеза, туберкулеза, а при проверках органами СЭС в нем регулярно обнаруживаются вредные микроорганизмы.

Преимущества упакованного молока в том, что оно изготавливается на современных производствах в стерильных условиях бесконтактным методом – и не может содержать в себе вредной микрофлоры, что постоянно доказывается многочисленными исследованиями. Ультрапастеризованное молоко - это продукт, который смело можно назвать здоровым. Это натуральное молоко без каких-либо примесей, прошедшее особую высоко температурную обработку – нагрев до 130-140°С в течение 3-4 секунд. Благодаря такому способу уничтожается вся вредная микрофлора, но максимально сохраняются все полезные вещества. Его долгое хранение объясняется технологией асептической картонной тары, в которой напиток полностью защищен от разрушительного воздействия света и воздуха. Разумеется, что после вскрытия упаковки, такое молоко уже не следует хранить долго – его рекомендуется употреблять в течение пары суток [2]. Учитывая вышесказанное, хочется закончить известной фразой: «Пейте, люди, молоко – будете здоровы!»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Материалы ежеквартального бюллетеня «Время молока» №1,№2,№3, №4 2010-2011.

2. Материалы круглого стола: «Тенденции и факторы, влияющие на потребление молока населением Казахстана. Проблемы и перспективы развития проекта «Здоровое молоко» 21.06.11г., г.Астана

УДК 613.2.03:612.015.36:612.392

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ. ВОСЕМЬ ПРАВИЛ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО БАЛАНСА

ДАНИЯРОВ К.С.

Центр формирования здорового образа жизни, г. Астана

Резюме

Главный источник кислот и оснований - пища. Именно от нее во многом зависит кислотно-щелочной баланс организма. Поэтому полезно хорошо изучить свойства продуктов и точно знать, какое действие оказывает каждый продукт на организм: ощелачивающее или окисляющее.

Тұжырым

Тамақтану қышқылмен негіздің маңызды бұлағы. Нақты осыдан ағзадағы қышқылдық - сілтілігінің тепе-теңдігін сақтауға көмектеседі.

Основные принципы составления меню, где окисляющие, ощелачивающие и кислые продукты представлены в адекватных пропорциях, можно отразить в четырех главных правилах. А для людей с нарушенным обменом кислот нужно добавить еще четыре дополнительных.

· Правило 1

Еда никогда не должна состоять только из окисляющей пищи и всегда должна содержать ощелачивающие продукты.

Не рекомендуется включать в меню обеда только мясо с макаронами или рыбу с рисом, а затем еще и кусочек торта с кофе на десерт, так как все эти продукты окисляющие. Обязательно нужно добавить овощной гарнир (салат, сырые или вареные овощи), т.к. приток основных веществ какую-то часть кислот. Конечно, овощи часто присутствуют в еде, но обычно их так мало, что воздействие на организм несущественно.

· Правило 2

При приеме пищи количество ощелачивающих продуктов должно быть больше, чем окисляющих. Соотношение между продуктами содержащими основания, и продуктами, из которых вырабатываются кислоты, должно быть в пользу ощелачивающей пищи. Тогда кислота будут нейтрализованы в кишечнике или тканях, и организму не придется прибегать к своим резервам.

· Правило 3

Количество ощелачивающих продуктов должно быть тем больше, чем кислее внутренняя среда организма, а также в тех случаях, когда у человека нарушен обмен кислот.

Чем более истощен и ослаблен организм, тем меньше у него запасов оснований, которые в нужный момент он может передать в распоряжение буферной системы, и тем меньше его способность к нейтрализации кислот. Если благодаря адаптированной пище в организм будет поступать мало кислот, мы облегчим ему работу по поддержанию кислотно-щелочного баланса.

· Правило 4

Диета, составленная исключительно из ощелачивающих овощей, возможно, но в течении ограниченного периода времени (1-2 недели).

Диета, составленная исключительно из щелочной пищи, (овощей, картошки, бананов, сырого миндаля и др. подобных продуктов), не может длиться вечно, т.к. в этом случае организм лишится белка. Такой режим полезен, когда окисление организма очень велико и возникшее из-за этого болезни проявляются в острой форме. Полная отмена кислот позволяет быстро облегчить страдания больного и восстановить его кислотно-щелочной баланс. Диета, состоящая исключительно из оснований не длиться долго, чтобы не поставить организм под новую угрозу.

К этим четырем главным правилам, нужно добавить четыре дополнительных - для людей с нарушением обмена кислот.

· Правило 5

Еда не должна состоять только из кислых продуктов и должна обязательно содержать продукты ощелачивающие.

Это правило соотносится с правилом 1,но в данном случае речь идет о кислых продуктах, а не об окисляющих. Есть одни фрукты, пить лишь одни йогурты и кефир крайне нежелательно, так как большое количество поступивших кислот не может нейтрализоваться щелочными продуктами. И тогда организм будет вынужден забирать основания из тканей. В таком случае

риск заболеть от деминерализации организма очень высок. Человек быстро почувствует себя совершенно больным: у него возникнут внезапное снижение сил, оскомина, озноб, зуд, боли в суставах. Вот продукты, содержащие основания, которые должны сопровождать прием свежих фруктов-нежирный творог, сливки, миндаль (сырой), бананы, листья салата, смесь сырых и вареных овощей.

· Правило 6

Окисляющие и кислые продукты нужно есть в количестве, соответствующем особенностям обмена веществ организма.

Пока поток образующихся кислот приемлем для организма, он справляется с их нейтрализацией, и никакое заболевание от повышенной кислотности вам не грозит. Люди, чрезмерно восприимчивые к кислотам хорошо знают, что половины яблока сорта гольден будет им в самый раз, а уже четвертинки антоновки-слишком много. Для них один и тот же вид продукта в большом количестве может быть окисляющем, а в умеренном-ощелачивающим или нейтральным.

· Правило 7

Нельзя очень часто есть кислые продукты. Прием кислых продуктов питания должен быть дробным, с определенным интервалом времени.

Дополнительно съеденный раньше времени фрукт принесет за собой дополнительные кислоты, и организму снова придется обращаться к уже исто-щенным запасам оснований. Их может не хватить, и тогда наступит кислотно-щелочной дисбаланс.

· Правило 8

Кислые продукты можно есть тогда, когда организм готов их принять.

Арабская пословица гласит: «Утром апельсины состоят из золота, днем из серебра, а вечером из свинца». Для людей с нарушением обмена веществ это верно с точностью до наоборот: апельсины и другие фрукты вредны для них утром, но полезны днем и вечером. Причина в том, что их организм. Многим людям физически тяжело подняться с постели, кровяное давление понижено, обменные процессы на клеточном уровне замедлены, а следовательно, замедлены и процессы окисления. Только после нескольких часов активной деятельности и после одного или двух приемов пищи организм начинает рабо-тать, как обычно.

Регулярное употребление ощелачивающей пищи позволяет остановить процесс окисления организма и уменьшить концентрацию кислот, но часто оказывается, что этой меры недостаточно для полной нейтрализации внутренней среды организма. Проблема людей с окисленным организмом состоит не в циркуляции кислот на «поверхности», например, в крови, а в количестве кислот, аккумулировавшихся в тканях.

Пища, прежде всего, должна удовлетворять потребности организма в основаниях в конкретный момент, но прием пищи не сглаживает последствия прошлых ошибок. Поступающая во время ощелачивающего режима питания оснований часто бывает не достаточно, чтобы решить до конца эту задачу, либо на ее решение нам потребуется много лет.

Поэтому организму необходимы дополнительные основания. Их можно получить из пищевых добавок. Речь идет о препаратах, содержащих основные минеральные вещества: кальций, калий, магний и другие основания в форме, легко усвояемой организмом.

Периодический, особенно в осенне-весенний период, прием микроэлементов поддерживает усилия организма в ходе лечения и существенно увеличивает его нейтрализацию. Благодаря дополнительному поступлению оснований, болезни постепенно отступают, причем некоторые довольно скоро.

Достигнутое таким образом здоровье, используя эти 8 правил, и основные принципы составления меню, для сохранения кислотно-щелочного баланса, далее можно поддерживать соблюдая правильный образ жизни и правильно питаясь.

УДК 613.287:618.63

ПОЧЕМУ ВАЖНО ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ?

АБДРАХМАНОВА Г.М.

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Уральск

Резюме

Необходимо пропагандировать грудное вскармливание, проводить пропаганду при патронаже с родителями, рассказывая именно о преимуществе грудного вскармливания и отличия от смеси, чтобы у родителей была мотивация к грудному вскармливанию. Далее помочь с техникой правильного прикладывания и положения ребенка.

Тұжырым

Жасанды қоспа сүтінен қарағанда, емшек сүтінің сәбиге өте пайдалы екендігін ата-аналарға патронажда насихаттау. Себебі, ата-аналарды емшек емізуге бейімдеу. Әрі қарай сәбиді дұрыс емізу техникасымен көмектеседі.

Проблема грудного вскармливания является актуальной, поскольку грудное вскармливание является основой здоровья и правильного развития ребенка, содержит питательные вещества, необходимые для ребенка, легко усваивается и защищает ребенка от инфекции. Грудное вскармливание имеет большое значение также для здоровья матери, помогает матке принять первоначальный размер, способствует уменьшению кровотечения и предотвращает анемию. Снижает риск возникновения рака яичника и молочной железы у матери.

Все виды молока содержит жир, дающий энергию, белок необходимый для роста, сахар лактозу, который снабжает организм энергией. В молоке животного содержится больше белка, чем в женском молоке, так как животные растут быстрее, чем люди и им необходимо молоко с большей концентрацией белка. Незрелым почкам ребенка трудно экскретировать повышенное содержание продуктов распада белка молока животных.

Искусственно вскармливаемые дети могут не переносить белок молока животного. Когда в их еде содержится различные по составу белки, у них появляется частый жидкий стул, боли в животе, сыпь и другие симптомы. Диарея может стать устойчивой и способствовать нарушению питания. Дети, получающие молоко животного или детское питание, больше, нежели дети вскармливаемые грудью, подвержены аллергии, которая является причиной диатеза и возможны астмы.

Смесь изготавливается из различных продуктов, включая молоко животных, соевые и растительные масла. В женском молоке сывороточный белок состоит из антиинфекционного белка, который защищает ребенка от инфекций. В молоке животных нет антиинфекционного белка, который защищает ребенка

В молоке содержится ряд аминокислот: цистин, таурин, необходимый для развития головного мозга и содержатся эссенциальные жирные кислоты, необходимые для развития головного мозга глаз грудного ребенка и для нормального развития кровеносных сосудов. Учитывая, что у детей раннего возраста часто встречается патология перинатального поражения центральной нервной системы, с каждым годом растет среди детей миопия, в данном случае необходима рекомендация грудного молока.

В женском молоке также содержится фермент липаза, который способствует усвояемости жира, этого фермента нет ни в молоке животного, ни в детском питании. В коровьем молоке содержится много витаминов группы В в 2-3 раза больше, чем в грудном молоке, но в нем нет витамина А и С как в женском молоке. Поэтому соки необходимо рекомендовать детям при искусственном вскармливании, но не для детей получающие грудное молоко.

Железо содержится в одинаковом количестве, как в грудном молоке, так и в животном, но при этом 10% абсорбируется из коровьего молока и 50% из грудного молока, поэтому получающие коровье молоко чаще становятся анемичными. В смесях добавляют большое количество железа, чтобы ребенок был защищен от анемии, и эти добавки железа способствуют росту некоторых видов бактерии, которые увеличивают вероятность заболевания некоторыми видами инфекции, например менингитом и сепсисом. В молозиве и в грудном молоке содержится много гормонов и факторов роста, эпидермальный фактор роста присутствует в молозиве и в грудном молоке, способствуя росту и созреванию кишечных ворсинок. Непереваренные белки коровьего мо-

лока, проходя через незрелую кишечную стенку новорожденного, попадают в кровь и являются причиной возникновения непереносимости или аллергии к белку коровьего молока. Эпидермальный фактор роста препятствует возникновению аллергии и абсорбции белков и их усвоению. Антитела препятствуют возникновению аллергии и абсорбции больших молекул, обволакивая слизистую кишечника.

При проведении в Бразилии исследования детей в возрасте от 8 дней до 12 месяцев смертность от пневмонии детей при искусственном вскармливании в 3-4 раза больше, нежели дети с исключительным грудным вскармливанием. При исследовании детей от 0 до 2-х месяцев в Филиппинах, не получавших грудное молоко в 17 раз чаще подвержены диарейным заболеваниям, чем дети, получающие грудное молоко.

В работе педиатра идет постоянная пропаганда грудного вскармливания, после прохождения программы грудного вскармливания по ВОЗ в декабре 2008 года. Изменена тактика пропаганды, вначале рассказываем о преимуществе грудного вскармливания и отличие от других заменителей, чтобы родители сами стремились к грудному вскармливанию и обучали факторам способствующим грудному вскармливанию - это действие гормонов (пролактина и окситоцина) - чем чаще прикладываем к груди, тем самым улучшается лактация даже при хорошей лактации, если у женщины отсутствует эмоциональный контакт она не сможет прокормить ребенка, т.е не будет движение молока через молочные протоки: это правильное положение ребенка и правильное прикладывание к груди.

При анализе данной ситуации по отчетной форме 31 утвержденной МЗ РК идет тенденция к увеличению детей находящихся на исключительно грудном вскармливании. Если посмотреть данные за последние 5 лет с 2006 года. Процент детей находящихся на исключительно грудном вскармливании - снизился, но после тренинга по грудному вскармливанию за последние 2009-2010 гг. идет рост детей до 6 месяцев, которые получают исключительно грудное вскармливание.

Работа построена в преемственности с женской консультацией в период беременности, беременная женщина посещает кабинет здорового ребенка дважды, где проводят с ними беседы, лекции об уголке новорожденных, уход за ними, и о преимуществе грудного вскармливания и как правильно прикладывать к груди. При первом патронаже проводятся беседы и обучение женщин кормящих детей медицинскими работниками (педиатром и медсестрой), при наличии проблем по грудному вскармливанию родителей приглашают к заведующей отделением для проведения работы с презентацией и слайдами о преимуществе грудного вскармливания.

УДК: 338.439.02

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ – ВАЖНЕЙШИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРИОРИТЕТ КАЗАХСТАНА

АЙДЖАНОВ М.М., АЛЛИЯРОВА С.Т.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье дана оценка продовольственной безопасности в Казахстане.

Тұжырым

Мәтінде Қазақстандағы азық-түлік қауіпсіздігінің бағасы берілген.

Summary

This article describes the food safety in Kazakhstan.

Продовольственная безопасность – неотъемлемая составляющая часть национальной безопасности, одно из коренных условий реализации права человека на достойную жизнь, определяемое в первую очередь качественным питанием.

Согласно Закону «О национальной безопасности Республики Казахстан» № 233 от 26.06.1998 и редакции Статьи 1 Закона РК от 11.12.2009 № 229-IV, продовольственная безопасность рассматривается как «состояние экономики, при котором государство способно обеспечить физическую и экономическую доступность населению качественных продовольственных товаров, достаточном для удовлетворения физиологических норм потребления и демографического роста».

Для оценки состояния и пределов продовольственной безопасности на государственном и внутригосударственных уровнях более приемлемы методические подходы, основу которых составляет принцип достаточного и сбалансированного питания, учитывающего физиологические нормы и индикаторы, включающие различный спектр характеристик и критериев, составляющих модель национальной продовольственной безопасности.

Критериями оценки достигнутого уровня национальной продовольственной безопасности страны являются:

1) степень удовлетворения физиологических потребностей в компонентах и энергетическом содержании пищевого рациона;

2) соответствие ограничениям по наличию в продуктах вредных для здоровья веществ;

3) уровень физической и экономической доступности продовольствия;

4) степень зависимости продовольственного снабжения страны и ресурсного обеспечения агропромышленного комплекса от импортных поставок;

5) размеры стратегических и оперативных продовольственных запасов в соответствии с нормативными потребностями.

Продовольственная безопасность страны считается достигнутой, если 85% продуктов массового потребления производится собственным аграрным сектором, они экологически чисты, цены на них доступны основной массе населения, калорийность и пищевая ценность среднесуточных рационов питания адекватна потребностям организма человека, стратегические запасы продовольствия обеспечивают устойчивое снабжение людей в случае возникновения чрезвычайных обстоятельств.

Традиционно основу рациона питания жителей Казахстана составляет зерно, картофель, мясо, молоко, яйца, рыба, овощи и фрукты.

За последние 15 лет наблюдался поступательный рост потребления животных продуктов. Годовое потребление на душу населения мясных, рыбных и молочных продуктов увеличилось в полтора раза. Потребление молочных продуктов возросло с 235 кг в 2000 г до 318 кг в 2010 г или на 135,3%, а мясных - с 44 кг до 68 кг или 154,5% и рыбных - с 3.5 кг до 5.8 кг или 165,7% соответственно. За этот период более, чем в 2 раза выросло потребление яйца – с 102 шт. в 2000 г.

Таблица 1. Уровень самообеспеченности Казахстана основными видами продуктов питания в 2009 году *

Продукты питания	Тысяч тонн			Доля от общего ресурса (%)		
	Производство	Импорт	Экспорт	Реализация на внутреннем рынке	собственное производство	импорт
Зерно	3 840,8	37,0	2 251,0	1 626,8	99,1	0,9
Мясо и мясопродукты	896,3	179,5	0,9	1 074,9	83,3	16,7
Молоко и молочные продукты	5 303,9	878,8	31,1	6 151,6	85,8	14,2
Яйца, штук/год	3306,4	36,0	0,0	3 342,4	98,9	1,1
Рыба и рыбопродукты	49,7	63,0	38,3	74,4	44,1	55,9
Картофель	2 755,6	110,2	0,4	2 865,4	96,2	3,8
Овощи и бахчевые	3 309,6	105,8	265,5	3 149,9	96,9	3,1
Фрукты и ягоды	234,3	338,3	15,8	556,8	59,1	40,9
Масло растительное	203,5	144,0	31,7	315,8	58,6	41,4

*) Рассчитано автором на основе данных Агентства РК по статистике за 2009 год.

до 215 шт. в 2010 г., овощей и бахчевых культур – с 85 кг до 182 кг и масла растительного – с 8,9 кг до 21,2 кг соответственно. В три раза увеличилось потребление фруктов - с 14,7 кг в 2000 г. до 44,4 кг в 2010 г.

Продовольственные и сырьевые ресурсы Республики Казахстан еще недостаточны для самообеспечения страны всеми основными видами продуктов питания в объеме, соответствующим научно-обоснованным нормам потребления основных пищевых веществ (табл. 1).

В структуре импорта сельскохозяйственного сырья и продовольствия на лидирующих позициях постоянно держатся три товарные группы: рыба, масло растительное, фрукты. Мясные и молочные продукты все больше приобретают негативную тенденцию постепенного увеличения уровня замещения отечественного продовольствия импортной продукцией. В основном, это относится к мясу птицы и маслу сливочному.

И все же, имеющаяся положительная тенденция в улучшении структуры питания населения как один из важных критериев оценки достигнутого уровня продовольственной безопасности страны вселяет надежду, что Казахстан может в ближайшей перспективе достигнуть удовлетворения потребности населения в основных видах пищевых продуктов.

Чтобы достичь уровня потребления, соответствующего мировым стандартам, рационального использования потенциала и сохранения экспортной ориентации агропромышленной сферы, надо значительно нарастить объемы производства, провести существенные структурные преобразования и повысить жизненный уровень населения [1]. Разумеется, без государственной поддержки не обойтись. В развитых странах инвестиции государства составляют значительный удельный вес в доходах аграрного сектора: в США – порядка 30%, Канаде – 45%, Швеции – 59%, Японии – 66%, Финляндии – 71%, Норвегии - 77% [2,3].

Представляется очевидной необходимость разработки долгосрочной стратегии продовольственного обеспечения и мер социально-экономического регулирования на основе объективного экономического потенциала страны и использования научно-обоснованных норм потребления продуктов питания, соответствующие мировым стандартам, разработанные в 2011 году ТОО «ОО Казахской академией питания».

Для этого имеются реальные предпосылки:

1) вхождение Казахстана в общее экономическое пространство с Россией и Белоруссией,

2) ориентация Казахстана на вступление во Всемирную торговую организацию;

3) договоренность стран СНГ сообща повышать продовольственную безопасность и провозглашение 2011 года – годом продовольственной безопасности [4].

При решении проблемы прогнозирования и мониторинга следует ориентироваться на:

- четыре уровня продовольственной безопасности (национальный, региональный, социальные группы населения и домашние хозяйства);
- способ оптимизации соотношения собственного производства и импорта продуктов питания;
- баланс спроса и предложения на внутреннем рынке и его взаимоотношения с мировым рынком.
- индикаторы, характеризующие как уровни производства, импорта, экспорта и запаса базо-

вых групп продуктов (зерно, картофель, овощи, фрукты, масло растительное, молоко, мясо и яйца), так и уровни их потребления.

При оценке доступности продовольственных продуктов для населения важно учитывать ее экономическую и физическую составляющие, а также безопасность для потребителей.

Так, если в кризисный 1994-1996 годы многие люди испытывали дефицит отдельных видов продуктов питания в основном из-за их физической недоступности, то сейчас ситуация иная. Сейчас рынок изобилует большим разнообразием продовольственных продуктов, чуть ли не со всего света. В силу этого, ранее недостающие в потребительской корзине продукты, в частности фрукты, перестали быть дефицитными на рынке, но стали «малодоступными» для отдельных домохозяйств с низкой покупательной способностью. То есть, малоимущая часть населения стала испытывать не физическую, а именно «экономическую» зависимость доступа к некоторым категориям продуктов.

Другой аспект проблемы, связанный с либерализацией внешних торговых отношений страны с внешним миром, - это возрастание риска поставки на внутренний рынок импортной продукции разного уровня качества и безопасности для здоровья потребителя. Для предотвращения поступления на потребительский рынок товаров с недостоверной информацией о потребительских свойствах надо стимулировать переход отечественных товаропроизводителей на унифицированные международные стандарты экспертизы продуктов.

В современных условиях при учете реалий состояния всей экономики, в том числе и агропромышленного комплекса, а также нынешнего уровня доходов населения, мониторинг и прогнозную оценку продовольственной безопасности разумно проводить по двум критериям: (1) сложившемуся минимальному и (2) научно-обоснованному уровням потребления. Физическая доступность пищевых продуктов, используемая при оценке наполняемости минимальной потребительской корзины, может быть принята в качестве стратегии на ближайшую перспективу. Прогнозная оценка общей сбалансированности внутреннего рынка продовольствия, соответствующая научно-обоснованной норме потребления продуктов при достаточно высоком уровне безопасности, достигнутом в результате высокорентабельного производства, должна быть принята в качестве стратегии на отдаленную перспективу.

Устойчивое обеспечение полноценным питанием всех слоев населения, потребует существенного выравнивания макроэкономической, торговой, аграрной и социальной политики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шокоманов Ю., Кривко Н., Осокина В., Айджанов М. и др. Уровень жизни населения и бедность в Республике Казахстан (статистический мониторинг) // Агентство РК по статистике / UNIFEM/UNDP – Алматы .– 2005. – 296 С.

2 Международная энциклопедия. Социально-экономические концепции стран мира на рубеже тысячелетий. - М., 2000. - С. 145.

3. Программы по продовольственной помощи и питанию // Министерство сельского хозяйства США. – 2008. http://www.ers.usda.gov/Briefing/FoodNutrition Assistance/moreoverview.htm

4. Казахстанский зерновой портал Kazakh-zerno.kz от 29.01.2011

УДК 616.155.194-008.99-053.2-07

ИЗУЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ГЕЛЬМИНТОЗОВ И ПАРАЗИТОЗОВ У ДЕТЕЙ С АНЕМИЕЙ

КУЛИЕВ О.А.

НИИ гематологии и переливания крови МЗ Республики Узбекистан, г. Ташкент

Резюме

В данной статье изучена частота гельминтозов и паразитозов у детей с анемией.

Тұжырым

Берілген мәтінде қаны аздығы бар балаларда гельминтоздар және паразит қоздыратын аурулардың жиілігі талқыланған.

Summary

This article describes the helminthiasis and parasitosis frequency rates in children with anemia.

Актуальность. К наиболее распространенным видам дефицитных анемий в РУз можно отнести железодефицитную, фолиеводефицитную, витамин А дефицитную, В12 дефицитную анемию. Известно, что следующие микронутриенты (МКН) оказывают непосредственное или косвенное влияние на генез дефицитных анемий: железо, цинк, кобальт, марганец, медь, витамин А, витамины группы В. Известно, что среди детского населения планеты заболеваемость гельминтозами и паразитозами занимают второе место после ОРВИ, однако их влияние на дисбаланс МКН изучено недостаточно. Возможно, одной из причин низкой эффективности ферротерапии являются гельминтозы и паразитозы

Целью исследования явилось изучение частоты выявляемости гельминтозов и паразитозов среди детей с анемией.

Материалы и методы. В городской семейной поликлинике изучены амбулаторные карты 76 детей с анемией в возрасте от 1 года до 14 лет, у которых лечение препаратами железа было малоэффективным. Также обследовано 34 детей в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, обратившихся за консультацией в Центр анемии по поводу анемии. Показатели гемоглобина определены на гемоглобинометре «HemoCue», показатели общего анализа крови на гематологическом анализаторе «MINDRAY BC-2300», показатели сывороточного железа, ферритина на биохимическом анализаторе «X Daytona», фирмы Rendex. Анализы кала на гельминтозы и паразитозы определяли в лаборатории иммунологии и паразитозов научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии инфекционных заболеваний (НИИЭМИЗ).

Результаты и обсуждение. Проведенный нами анализ работы семейной поликлиники показал, что при лечении анемии у детей в большинстве случаев уровень гемоглобина не достигает нормальных величин в сроки, установленные стандартами лечения, часто наблюдаются рецидивы анемии. Из 110 детей больные с легкой степенью анемии составили 70,91%, со средней степенью 21,82%, тяжелой степенью 7,27%.

Из 76 детей обследованных в семейной поликлинике у 40,79% выявлены гельминтозы и паразитозы, из 34 детей обследованных в специализированном учреждении НИИЭМИЗ эти показатели составили 70,59%, т.е. выявляемость почти в 2 раза чаще.

Результаты показали, что в целом среди детей чаще всего выявляется энтеробиоз - у 49%, на втором месте лямблиоз – у 58% детей, на третьем месте гименолипедоз - у 5%. Аскаридоз выявлен всего у 3% детей. Среди детей с анемией эти показатели составили 18%, 13%, 5% и 3 % соответственно.

По данным литературы в России заболеваемость гельминтозами составляет 80%, в Киргизии в структуре инфекционной патологии 45% составляют паразитарные заболевания, около 70% зараженных составляют дети до 10 лет.

Выводы.

1. Выявляемость гельминтозов и паразитозов среди детей в специализированных учреждениях почти в 2 раза выше, чем в обычном лечебном учреждении.

2. У детей с анемией гельминтозы и паразитозы выявляются чаще чем у детей без анемии.

3. При лечении и профилактике анемии у детей необходимо выявлять инфицированность гельминтозами и паразитозами.

УДК: 576.809.33+614.31

ИЗУЧЕНИЕ ФУНГИЦИДНЫХ СВОЙСТВ РАСТИТЕЛЬНЫХ CO_2-ЭКСТРАКТОВ

КАЛАМКАРОВА Л.И., ХАДЖИБАЕВА И.Ф., ОМАРОВА Д.Т., РОКУТОВА А.В., ПРОСКУРИН Б.М.

Казахская академия питания, ТОО «Фито-аромат», г. Алматы

Резюме

В статье изучены фунгицидные свойства растительных CO_2-экстрактов.

Тұжырым

Бапта өсімдік CO_2- экстракттардың фунгицидті қасиеттері сипатталған.

Summary

This article describes the fungicidal properties of plant CO_2 – extracts.

Грибковые заболевания широко распространены в современном мире. Причинами их возникновения являются источники инфекций патогенных для человека и животных грибков, что усугубляется снижением активности иммунной системы и повседневными стрессами. Проблема профилактики и лечения микозов не только медицинская, но и социальная (косметологическая).

Эффективные противогрибковые или антимикотические препараты, предлагаемые, современной фармацией являются, продуктами химического и биологического происхождения (дифлюкан, орунгал, гризеофульвин, нистатин и др.). Один из современных методов лечения микозов - это сочетание современных препаратов с народными средствами обладающих антифунгицидными свойствами. Таким образом, поиск и разработка новых препаратов растительного происхождения для борьбы с грибковыми заболеваниями, является актуальной задачей.

Разработан и широко используется для извлечения биологически активных веществ криогенный метод с применением сжиженного под давлением углекислого газа - растительные CO_2-экстракты. В Республике Казахстан данным методом были получены экстракты из лекарственных растений разной направленности для использования в медицинской практике и косметологии. Подобные CO_2- экстракты, значительно отличаются по ряду свойств от полученных путем выделения дистилляцией.

В связи с этим были изучены фунгицидные свойства CO_2- экстрактов в отношении патогенных тест-культур Candida albicans и Microsporium sp. В экспериментах использовали шесть наименований растительных CO_2- экстрактов: аир болотный, можжевельник, полынь древовидная, душица, монарда дудчатая, тысячелистник.

Испытание противогрибковой активности растительных CO_2- экстрактов в концентрации 1 % с последующим разведением, проводили традиционными методами. Фунгицидную активность растительных CO_2- экстрактов оценивали по величине зоны задержки роста вокруг лунок (в мм). В качестве контроля был использован 1 % раствор Нитрофунгина.

Результаты исследования показали, что наибольшей фунгицидной активностью на подавление роста тест-культуры Candida albicans обладают CO_2- экстракты из монарды дудчатой и тысячелистника в концентрации 0,06 %. Наиболее выраженным фунгицидным действием по отношению к Candida albicans проявили экстракты полыни древовидной и монарды дудчатой (зона задержки роста 16 и 18 мм соответственно). Для экстрактов душицы, аира болотного, можжевельника этот показатель составил 10,12,14 мм.

В отношении Microsporum sp. фунгицидную активность CO_2- экстракта в концентрации 0,06% и наибольшую зону задержки роста (16 мм.) проявлял экстракт из монарды дудчатой. Для остальных экстрактов зона задержки роста составила 10 мм.

В аналогичных исследованиях контрольный препарат Нитрофунгина в 1 % концентрации подавлял рост тест-культур, где зона задержки роста для Candida albicans составила 18 мм, а для Microsporum sp – 16 мм.

Таким образом, полученные результаты показали, что исследованные растительные CO_2- эк-

стракты в различной степени проявляли фунгицидные свойства к тест-культурам Candida albicans и Microsporum sp. Более эффективным в отношении подавления роста тест-культур Candida albicans и Microsporum sp. оказался экстракт монарды дудчатой. Это подтверждает возможность использования их, наряду с сильнодействующими лекарственными препаратами, в качестве альтернативного средства для профилактики и лечении некоторых грибковых инфекций. А также, в качестве антимикотического компонента в определенных дозах, их также можно использовать в формуляции различных лекарственных мазей, кремах, настойках и т.д.

УДК: 613.1: 547.19:537.70

АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ ТАҒАМДЫҚ АЛЛЕРГИЯНЫҢ КЕЗДЕСУ ЖИІЛІГІН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

КАРИМОВ Т.К., ДОСКАБУЛОВА Д.Т., СИМБАТОВА Р.М., ТЕЛЕУГАЛИЕВА А.Н.

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Резюме

Пищевая аллергия – стала главной проблемной болезнью среди детей города Актобе и в 2005-2010 гг. она увеличилась в 2 раза. В частности, к этой болезни подвергаются дети с 6 месяцев до 3 лет, а также с 7 до 10 лет. Больше всего способствуют белок коровьего молока, шоколад, экзотические фрукты, а также загрязнение атмосферного воздуха окружающей среды.

Тұжырым

Тағамдық аллергия – Ақтөбе қаласы бойынша балалар арасындағы басты аурулардың бірі болып отыр, 2005-2010 жылдар аралығындағы тағамдық аллергияның кездесу жиілігі 2 есеге артқандығы анықталды. Оның ішінде, 6 ай мен 3 жас және 7-10 жас аралығындағы балалар арасында көрсеткіштері жоғарылаған. Балалар арасында жалпы жоғары аллергенді тағамдар: сиыр сүті белоктарына, шоколад және экзотикалық тағамдарға жоғары сезімталдық анықталды, сонымен қатар, қоршаған орта атмосфералық ауасының да ластануы өз әсерін тигізуде.

Summary

Food allergy - in Aktobe city between children of 2005-2010 years the good allergy is increased for two levels, and between the children 6 months and 3 years and 7 -10 years the illness is increased. The foods which influenced for children illnesses are cow milk, chocolate, eczotic foods and the pollution of the atmosphere air of the environment.

Тағамдық аллергия балалар арасында жиі кездесетін, белгілі бір тағамдық өнімге алғашқы аллергиялық реакцияның болуы. Балалар арасындағы тағамдық аллергияның 80% қоршаған орта аллергендерінің әсер етуінен, тұтынатын тағам сапасына және мөлшеріне тәуелді болады, ал ересектер арасында шамамен 50% құрайды [1].

Зерттеу мақсаты - Ақтөбе қаласы бойынша балалар арасындағы тағамдық аллергияның 2005-2010 жылдардағы кездесу жиілігін анықтап, гигиеналық баға беру.

Зерттеу материалдары. "Ақтөбе темір жол ауруханасының" "АҚ филиалының емханасының № 012/У үлгісіндегі медициналық карталары бойынша жүргізілді.

Зерттеу барысында, 2005-2010 жылдар аралығында Ақтөбе қаласы бойынша жалпы тіркелген барлық 3100 аллергиялық аурулардың тағамдық аллергия аурушаңдығы 930 (30%) жағдайды құрады. Тағамдық аллергия аурушаңдығының көрінісі 5 жылда жоғарылағандығын көреміз (Сурет 1).

Сурет 1. Ақтөбе қаласы бойынша 2005–2010 жылдар аралығында тағамдық аллергия аурушаңдығының көрінісі

Тағамдық аллергия түрлері сипаты бойынша: атопиялық дерматит - 45,2%, атопияның респираторлы көрінісі - 28,0%, дермо-респиратолы синдром - 26,8% құрады. Салыстырмалы түрде, экологиялық таза аймақ «Көне қалаға» қарағанда өндірістік аймақ аудандарының тұрғындары арасында көрсеткіштердің жиілігі жоғары екені анықталды. Тағамдық аллергия жас топтары бойынша да деңгейі анықталды. Зерттеуге 6 айдан - 14 жас аралығындағы балалар алынды. Олардың арасында жасына байланысты тағамдық аллергиямен аурушаңдық көрсеткіштері: 6 ай мен 3 жастағылар аралығындағы балалар - 33,1, 3 және 7 жас аралығы - 21,3% 7-мен 10 жастағылар – 30,4%, 10-14 жастағы балалар – 25,2 % құрады (Сурет 2).

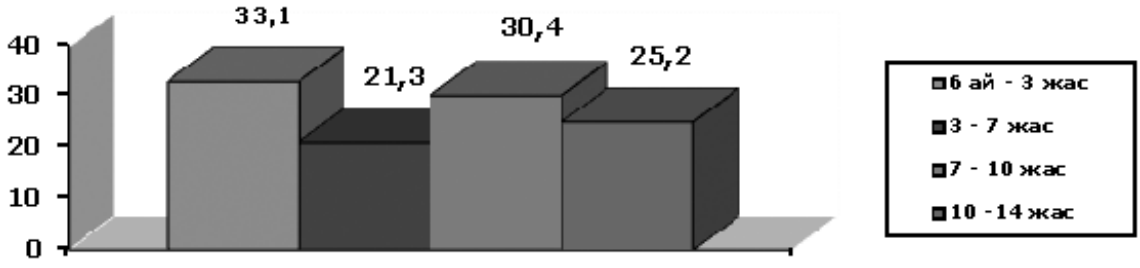
Тағамдық аллергия туғызатын тағам түрлерін анықтау мақсатында зертханалық әдіс терілік аллергия сынамасы жүргізілді. Сынама кезінде 6 ай мен 3 жастағы сәбилерде сиыр сүті белоктарына, ал 7-10 жастағы балалар арасында шоколад және экзотикалық тағамдарға жоғары сезімталдық анықталды.

Қорытынды. Сонымен, Ақтөбе қаласы бойынша балалар арасындағы 2005-2010 жылдар аралығындағы тағамдық аллергияның кездесу жиілігі 2 есеге артқандығы анықталды. Оның ішінде, 6 ай – 3 жас және 7-10 жас аралығындағы балалар арасында көрсеткіштері жоғарылаған. Балалар арасында жалпы жоғары аллергенді тағамдар: сиыр сүті белоктарына, шоколад және экзотикалық тағамдарға жоғары сезімталдық анықталды.

Ұсыныстар. Сәби дүниеге келгеннен кейін ана сүтімен қоректендіру, емізетін анасының диета сақтауы, гипераллергенді тағам өнімдерін тұтынбау.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Түсіпқалев Б.Т. Балалардың емдік тамақтануы / Б.Т. Түсіпқалев. – Ақтөбе.: – 2000. – б. 223.



Сурет 2. Тағамдық аллергияның жас топтары бойынша көрсеткіші

УДК: 613.1: 546.15:547.79

ГЕНДІК МОДИФИКАЦИЯЛАНҒАН ТАҒАМДЫҚ ӨНІМДЕРГЕ ГИГИЕНАЛЫҚ КӨЗҚАРАС

КАРИМОВ Т.К., ДОСКАБУЛОВА Д.Т., СИМБАТОВА Р.М.

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Резюме

В данной статье дана информация о генно-модифицированных продуктах.

Тұжырым

Берілген мақалада гендік модификацияланған тағамдар туралы мәліметтер берілген.

Summary

This article gives information about genetically modified foods.

Гендік модификацияланған тағамдар – тағамдардың генетикалық құрылымын басқа бір генмен өзгерту арқылы тағамдардың жаңа комбинациясын алу. Сараптамалық мәселе: гені модификацияланған тағамдар (ГМТ) қоғамға қаншалықты пайда немесе зиян екенін анықтау. ГМТ-дың пайдасы: генін модификациялау арқылы тағам өнімдерін адам қалағанынша өзгертіп, бірін суыққа төзімді етсе, енді бірін жоғары ылғалдылыққа төтеп беретіндей қалыпқа жеткізе алады, кеміргіштер мен жәндіктерден де қорғай алады, бағасы да "табиғилардан" арзан, тез өнім береді, төзімділігі жоғары, қызықтырушылығы да бар, кейбір ауруларды алдын алуға да емдік қасиеті бар екені анықталды. Зиянды жақтары: гендік табиғи тепе-тендіктің бұзылуы, ГМТ-дың аллергия туғызу қабілетінің жоғарылығы, шет елден әкелінген тағамдардың сыртында құрамы мен шығару мерзімі көрсетілмеуі.

Қазіргі кезеңде, ГМТ-дың ең жиі пайдаланылатын (картоп, бидай тағамдары, бұршақ т.б.) өнімдерін пайдаланып жүрміз, болашақта адамзат баласына арзан өнім қымбатқа түсіп жүрмей ме, ұрпаққа әсері қандай болады деген қауіптің де туындап отырғаны рас және ол негізсіз де емес сияқты. Соған орай, бірқатар ұсыныстар ескерілсе: гендік инженерия ғылымының дамуына мемлекет тарапынан қолдау көрсетілсе, шет елдердің тауарларын қабылдайтын шекарада зертханалық орталықтар құрылса, гені модификацияланған өнімдердің сыртына құрамы толық жазылса, гендік модификацияланған өнімдердің пайдасы мен зияны жөнінде халыққа жарияланса, гені модификацияланған тағамдардың орнына негізінен табиғи тағамдар өндірілсе дұрыс болар еді.

УДК 576.8.097.029: 618.15-008.8

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА ЖЕНЩИН СТРАДАЮЩИХ ГЕСТОЗОМ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПОМОЩИ КОМПЛЕКСА БАД

КАЛАМКАРОВА Л.И., МАМОНОВА Л.П., РОКУТОВА А.В.,
ОМАРОВА Д.Т., ХАДЖИБАЕВА И.Ф., АЗНАМЕТОВА Г.К.
Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье описана коррекция нарушений микробиоценоза кишечника женщин страдающих гестозом беременности при помощи комплекса БАД.

Тұжырым

Мәтінде биологиялық белсенді заттар кешені көмегімен гестозы бар жүкті әйелдердің ішек микробиоценозының бұзылыстарын коррекциялау сипатталған.

Summary

This article describes the correction of intestine microbiocenose of pregnant women suffering from gestosis by the use of BAA complex.

Коррекция дисбактериоза кишечника у беременных женщин, и особенно у пациенток страдающих различными патологиями беременности, представляется довольно сложным процессом, требующим осторожного применения комплекса индивидуально подобранных терапевтических мер. Не вызывает сомнения и тот факт, что для профилактики и лечения дисбиозов различного происхождения предпочтительнее использовать физиологичные для человеческого организма эубиотики (пробиотики). В этой связи биологически активные добавки к пище содержащие витамины, микро- и макроэлементы, а так же пробиотические микроорганизмы, представляются важным звеном в коррекции патологических состояний беременности.

Целью исследования явилось определение эффективности витаминно-минерального и противоспалительного комплекса БАД, состоящего из коэнзима Q10, Омега–3, эубиотика «Плантафермин» и фолиевой кислоты, для лечения нарушений микробиоценоза кишечника у женщин с фетоплацентарной недостаточностью, отягощенной поздним гестозом беременности.

Было обследовано 116 женщин, которых разделили на две группы: в первой комплекс БАД назначался пациенткам на 8-12 неделях беременности, во второй проводилось медикаментозное лечение без применения БАД. Контролем служила группа женщин с физиологической беременностью. Повторное обследование проводилось на 22-24 неделях беременности.

В результате проведенных исследований выяснилось, что употребление комплекса БАД способствовало снижению общего количества аэробных микроорганизмов, колиформных бактерий, клостридий в содержимом толстого кишечника пациенток. Обсемененность фекалий такими условно-патогенными микроорганизмами, как дрожжеподобные грибы, лецитиназоактивные стафилококки, слабоферментирующие и не ферментирующие лактозу энтеробактерии снижалась значительнее, чем в группе женщин, не получавших алиментарную поддержку. Кроме того, под воздействием комплекса БАД в значительной мере уменьшалась частота встречаемости патогенных микроорганизмов: в первой группе контаминированность кишечника слабоферментирующими энтеробактериями снизилась с 43,47% до 13,04%, лактозонегативными с 39,13% до 23,9%, лецитиназоактивными стафилококками с 50% до 30,44%. У женщин, не принимавших БАД, эта динамика была менее выраженной, а в группе с физиологической беременностью перечисленные показатели практически не менялись на протяжении всего срока наблюдения.

С другой стороны содержание симбионтной микрофлоры, в частности, лакто- и бифидобак-

терий весомо увеличивалось в группе пациенток, принимавших БАД: лактобактерий с lg 5,6 до lg7,8 КОЕ/г, бифидобактерий с lg 5,9 до lg 8,4 КОЕ/г, и не изменялось во второй группе, где наблюдался их недостаток. В контрольной группе содержание нормофлоры было достоверно выше, чем у женщин с осложненным течением беременности, и также оставалось на одном уровне.

Приведенные нами данные демонстрируют выраженное нормализирующее действие витаминно-минерального и противоспалительного комплекса БАД на микробиоценоз толстого кишечника, что позволяет рекомендовать его для терапии дисбактериозов вместо химиопрепаратов и позволит избежать некоторых нежелательных последствий, имеющих место при использовании антибиотиков.

УДК: 614.34-631.147(075.8)

АНАЛИЗ БАЗЫ ДАННЫХ КАРТАХЕНСКОГО ПРОТОКОЛА ПО ВОПРОСАМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОБОРОТА ГМО

КАЛАМКАРОВА Л.И., МАМОНОВА Л.П., ХРАМОВА Л.П.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

Раскрывается важность Картахенского Протокола по биобезопасности, который является основным международным документом, регулирующим биобезопасность ГМО. В нем разработаны меры и процедуры, необходимые для безопасного перемещения через государственную границу, переработке и использовании ГМО в качестве пищи и кормов для животных.

Тұжырым

Мақалада Картахен хаттамасының биоқауіпсіздік шараларының қажеттілігі туралы толық мәлімет беріледі. Картахен хаттамасы генетикалық құрамы өзгертілген организмдердің биоқауіпсіздігін реттейтін негізгі халықаралық құжат. Бұл құжатта мемлекеттік шекарадан қауіпсіз өту мен генетикалық құрамы өзгертілген организмдердің жануарлардың тағамы ретінде қолдану мен өндеу шаралары құрастырылған.

Summary

The importance of the Cartagena Protocol on Biosafety are disclosed which is the primary international instrument governing the biosafety of GMOs. It developed measures and procedures necessary for the safe passage across the border, processing and use of GMOs as food and animal feed.

В настоящее время в мировой практике принят ряд международных соглашений, регламентирующих правила поведения стран-членов мирового сообщества при решении различных проблем, связанных с использованием биотехнологий. Важнейшие из этих соглашений: СВД (Convention on Biological Diversity) и Картахенский протокол по биобезопасности.

СВД – конвенция по биоразнообразию (КБР), рамочное соглашение, определяет поведение государств и внешнеэкономических контраментов (импортеров-экспортеров).

«Картахенский Протокол по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» (далее Протокол) [1, 2] является основным международным документом, регулирующим биобезопасность ГМО. Это международное соглашение о мерах и процедурах, необходимых для безопасного перемещения через государственную границу, переработке и применению продуктов

современной биотехнологии. Его обязаны соблюдать все страны, ратифицировавшие это соглашение (далее Стороны) В Протоколе представлен комплекс мер, необходимых при намеренном введении ГМО в окружающую среду (так называемая процедура «заблаговременного обоснования согласия») и при использовании ГМО в качестве пищи, кормов для животных или для производства непищевой продукции. Страны, подписавшие Протокол, обязаны гарантировать, что при обработке, упаковке и транспортировке ГМО соблюдаются меры безопасности. Поставка ГМО на границу должна сопровождаться документацией, где должны быть указаны идентификационные данные ГМО и контактный адрес для получения дополнительной информации. Эти требования разработаны для того, чтобы страны, намеренные импортировать ГМО, могли получить всю необходимую информацию, прежде чем принять обоснованное решение об импорте ГМО, и быть уверенными в том, что смогут обеспечить их безопасное использование.

Каждая Сторона должна вводить и реализовывать превентивные меры для недопущения неблагоприятного воздействия ГМО на окружающую среду и здоровье человека. Эти меры должны включать оценку риска воздействия ГМО на окружающую среду и требования информирования об этом всех заинтересованных сторон, а также обмен информацией и консультации с потребителями ГМО. Протокол требует, чтобы его Стороны, насколько это возможно и уместно, установили новые или поддерживали уже существующие средства для национального регулирования и управления рисками, связанными с интродукцией ГМО. Протокол также предусматривает, что, подписавшие его государства, примут все необходимые меры, чтобы предупредить или свести к минимуму риск трансгенного перемещения и при случайном проникновении ГМО в окружающую среду.

Еще одним из требований Протокола по биобезопасности является создание в стране регуляторного режима с хорошей законодательной базой, работоспособной структурой, с наличием современного лабораторного оборудования и специалистов высокого класса.

Действие Протокола распространяется на трансграничное перемещение любых ГМ-продуктов питания, отвечающих критериям ГМО. Этот природоохранный документ также устанавливает права и обязанности сторон импорта и экспорта, а также особые процедуры, связанные с этим вопросом. В Протоколе установлен принцип предосторожности, согласно которого страна имеет право отказать в импорте ГМО, опасаясь вредных последствий для окружающей среды и здоровья человека, считая, что предоставленных научных доказательств безопасности данного организма экспортера - недостаточно.

Принятый Протокол не является ниже по статусу, чем другие международные соглашения и равен соглашениям Всемирной торговой организации. Именно в этом кроется причина, по которой тормозилось принятие Протокола. США, как доминирующая держава ВТО, пыталась навязать свои сельскохозяйственные ГМ-культуры другим странам. Хотя в соответствии с правилами ВТО, любой запрет или ограничение торговли должен иметь под собой научное обоснование. В противном случае это ограничение считается нетарифным барьером, нарушающим свободу торговли.

Принятие Протокола было особенно необходимо для развивающихся стран, так как именно на них направлена основная атака корпораций, занимающихся ГМО. В отсутствие внутреннего законодательства, такие страны в отношении ГМО могут/должны руководствоваться Протоколом. В США, России и других странах в соответствии с Протоколом подготовлены и ратифицированы соглашения о ГМО, гарантирующие адекватную защиту при транспортировке и маркетинге.

Взаимодействие между государствами, ратифицировавшими Протокол, и государствами, не принявшими его, является важным вопросом в рамках международных природоохранных соглашений, особенно тех, что касаются продуктов, которые могут представлять опасность для окружающей среды. Протокол регулирует поведение между такими государствами в связи с трансграничным перемещением ГМО. Такое перемещение должно осуществляться в соответствии с целью Протокола, но не требуется, чтобы оно осуществлялось в точном соответствии с конкретными положениями Протокола, такими как процедуры ЗОС (заблаговременное оповещение сторон). Следует отметить, что государства, которые не являются Сторонами Протокола, но которые, однако, являются Сторонами Конвенция биологического разнообразия, остаются связанными соответствующими конкретными положениями КБР.

Протокол касается как преднамеренного, так и непреднамеренного трансграничного перемещения ГМО, хотя большая часть его постановляющих положений относится к преднамеренным трансграничным перемещениям. Непреднамеренное трансграничное перемещение (в связи с ГМО) означает любое неумышленное перемещение через границу ГМО или их комбинаций, последствия, которого должны быть оценены с точки зрения биологической безопасности и безопасности для здоровья людей с принятием соответствующих мер. Преднамеренное трансграничное перемещение (в связи с ГМО) – это любая экспертно-импортная операция с ГМО или их комбинациями, осуществляемая с разрешения компетентных национальных органов в соответствии с национальными и международными правилами.

Важно отметить, что и экспорт, и импорт определяются как «трансграничное перемещение», в результате чего термин «трансграничное перемещение» может означать в Протоколе либо экспорт, либо импорт.

В Протоколе не дается определения термина «транзит». Однако, обычный смысл слова «транзит» в контексте Протокола и в свете цели и задачи Протокола состоит в прохождении ГМО по территории или через территорию одной или нескольких государств.

В Протоколе освещаются процедуры в отношении живых измененных организмов, предназначенных для непосредственного использования в качестве продовольствия, корма или для обработки. Согласно принятых процедур, основные принципы взаимодействия сторон протокола заключаются в следующем. Сторона, принимающая окончательное решение относительно внутреннего использования, включая реализацию на рынке живого измененного организма, который может стать объектом трансграничного перемещения для непосредственного использования в качестве продовольствия или корма или для обработки, должна информировать об этом Стороны протокола через механизм посредничества по биобезопасности в течение пятнадцати дней после принятия такого решения. Сторона предоставляет письменные копии информационных материалов национальному координационному центру каждой Стороны, который заблаговременно информирует секретариат об отсутствии доступа к механизму посредничества по биобезопасности. Это положение не распространяется на решения, касающиеся полевых испытаний. Сторона, принимающая решение, обеспечивает наличие юридического требования относительно точности информации, представляемой субъектом, подающим заявку.

Сторона может принять решение относительно импорта живых измененных организмов, предназначенных для непосредственного использования в качестве продовольствия или корма или для обработки, в рамках национальной регламентирующей базы, которое соответствует целям Протокола.

Договаривающиеся стороны предоставляют механизму посредничества по биобезопасности копии любых национальных законов, нормативных положений и руководящих принципов, применимых к импорту живых измененных организмов, предназначенных для непосредственного использования в качестве продовольствия или корма или для обработки, если таковые имеются.

При осуществлении своей внутренней юрисдикции и в отсутствии национальной регламентирующей базы, Сторона, являющаяся развивающейся страной, или Сторона, являющаяся страной с переходной экономикой, может заявлять через механизм посредничества по биобезопасности о том, что ее решение, принимаемое до первой импортной поставки живых измененных организмов, по которому предоставлена информация, будет принято в соответствии с критериями, установленными Протоколом.

17 июня 2008 года Правительством Республики Казахстан был принят и ратифицирован Закон «О ратификации Картахенского протокола по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии» (N 43-IV). Данный закон разработан в рамках реализации Концепции экологической безопасности Республики Казахстан на 2004–2015 годы и присоединение нашего государства к этому международному договору. Правительство РК постановлением № 1282 от 26 декабря 2008 года назначило Министерство сельского хозяйства РК национальным координатором, Министерство образования и науки РК – компетентным национальным органом. Для выполнения функций компетентного национального органа, Министерство образования и науки определило РГП Национальный центр биотехнологии РК контактным пунктом по реализации механизма посредничества в области биобезопасности (Biosafety Clearing-House focal point).

Присоединение РК к Картахенскому Протоколу должно повысить ответственность за осу-

ществление на территории нашей страны деятельности, связанной с трансграничным перемещением генетически измененных организмов и продуктов, обеспечить тесное международное сотрудничество, включая взаимную помощь в деле исследований и научно-технических разработок, обеспечить обмен информацией в области биотехнологий. Ратификация Парламентом страны данного акта предоставляет возможность в рамках механизма посредничества по биобезопасности получать финансовые средства для оценки возникающих рисков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Картахенский Протокол по биобезопасности / Конвенция о биологическом разнообразии. - Монреаль. - 2000.

2. Пояснительное руководство по Картахенскому протоколу по биобезопаности /

Р. Маккензи [и др.].– Великобритания.: Thanet Press Ltd, 2003. – 324 с.

УДК 631.95:575.22

О ПРОБЛЕМЕ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

КЛИПИНА Н.В., СЕРИКОВА Ж.А.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В статье рассмотрены актуальные проблемы оценки качества и безопасности пищевой продукции, полученной с использованием генетически модифицированных организмов. Освещены потенциальные риски для здоровья человека и окружающей среды, вызванные использованием генно-инженерных организмов. Описаны методы исследований по определению генетически модифицированных организмов в пищевой продукции и сырье с помощью полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени».

Тұжырым

Мақалада генетикалық құрамы өзгертілген өсімдік тегінен алынған тағамдардың сапасы мен қауіпсіздігін бағалаудың маңызды мәселелері қарастырылған. Генетикалық құрамы өзгертілген өсімдік тегінен алынған тағамдардың адамның денсаулығына және қоршаған ортаға потенциалды қаупі туралы айтылған. «Реалды уақыт» режимінде ПЦР көмегімен тағам мен шикізатта генетикалық құрамы өзгертілген организмдерді анықтау әдістері туралы айтылған.

Summary

The article deals with current problems of assessing the quality and safety of food derived from genetically modified organisms. Highlighted the potential risks to human health and the environment caused by the use of genetically engineered organisms. The methods of research to identify genetically modified organisms in food products and raw material using polymerase chain reaction in «real time».

Применение современных методов биотехнологии и генной инженерии сегодня признается наиболее перспективным направлением в увеличении объемов производства продовольствия. Это, в первую очередь, относится к выращиванию генно-инженерно-модифицированных растений (далее-ГМ-растений) с новыми привнесенными признаками. Это также выгодно и экономически, поскольку требует значительно меньших ресурсов топлива, агрохимикатов и трудозатрат, чем для традиционных растений. Поэтому площади возделывания ГМ-растений в мире и объемы сельхозпродукции на их основе за 10 лет от начала коммерческого использования возросли более чем в 87 раз, а для некоторых культур (соя, кукуруза, рапс, хлопок) их доля в структуре мирового производства стала превалирующей. В сущности, генная инженерия продолжает направление традиционной селекции по улучшению генотипа хозяйственно ценных культур, дей-

ствуя при этом более тонкими и точными методами и значительно сокращая процесс получения растения с заданными признаками [1, 2, 3].

Крупномасштабное промышленное производство сельскохозяйственных ГМ-культур началось в 1996 г., было засеяно 1,7 млн. га земли в мире. В настоящее время ГМ-культуры выращивают в 29 странах мира, среди которых лидируют США, где площади их посевов составляют 66,8 %, Аргентина (22,9 %), Бразилия (25,4 %), Канада (8,8 %) [4]. Без сомнения, XXI век будет веком генно-модифицированных организмов, что подтверждается быстрыми темпами увеличения пищевой продукции полученной на их основе.

Генетически модифицированные организмы (ГМО) – организмы, генетический материал которых изменен с помощью методов генной инженерии [5]. Цель генетической манипуляции – интродукция генов устойчивости к болезням, вредителям, пестицидам, неблагоприятному климату, улучшенные агротехнические свойства, пищевая ценность и др. [6].

В последние годы все чаще поднимается вопрос о безопасности продуктов, содержащих ГМО. Например, имеются данные об их потенциальных рисках, так как наряду с полезными признаками растения приобретают опасные для человека и окружающей среды свойства (аллергические, токсические, канцерогенные эффекты чужеродного белка) [4]. Наблюдается накопление гербицидов и их метаболитов в устойчивых к ним сортах. Нельзя исключать возможности горизонтального переноса трансгенных конструкций, в первую очередь в геном симбионтных для человека и животных бактерий (E. coli, Lactobacillus acidophillus, и др.), и, как следствие, распространение свойств антибиотикорезистентности.

Во избежание потенциального неблагоприятного воздействия продуктов полученных на основе ГМО растительного происхождения на здоровье человека, животных и окружающую среду, при государственном регулировании генно-инженерной деятельности повсеместно предусмотрены специальные требования к допуску ГМ-растений на продовольственный рынок. Несмотря на существующие различия подходов, во всех национальных системах регулирования ГМО до маркетинговый этап является определяющим в обеспечении безопасности новых ГМ-продуктов, в рамках которого осуществляется всесторонняя оценка их безопасности.

В большинстве стран считают необходимым проводить поэтапную оценку безопасности и качества продукции, полученной из ГМО. В основе этого подхода лежит принцип композиционной эквивалентности [7], который заключается в сравнении ГМ-продуктов с традиционным аналогом. Если в результате оценки композиционной эквивалентности не обнаруживаются отличия генно-модифицированной продукции от традиционных аналогов, то ее причисляют первому классу безопасности и предлагают считать полностью безвредной для здоровья потребителей. При обнаружении отличий от традиционного аналога (второй класс безопасности) или полного несоответствия (третий класс безопасности) проводят экспертизу пищевой продукции из ГМО (медико-генетическая, медико-биологическая, технологическая оценка). После комплексной оценки пищевой продукции, содержащей ГМИ, выдается заключение о качестве и безопасности продукта.

В соответствии с требованиями Директивы Европейского Союза 1139/98/ЕС с 1 сентября 1998 года пищевая продукция из ГМО должна быть снабжена специальной маркировкой. В мире существуют разные подходы к маркировке пищевых продуктов, полученных из ГМО. В США, Канаде, Аргентине данные продукты не маркируются. В странах ЕЭС принят 0,9 % пороговый уровень содержания ГМО, в странах Японии, Австралии – 5 %. При этом, введение порогового уровня, при котором необходимо маркировать пищевые продукты, не связан с вопросом их безопасности, а преследует цели информирования населения об использовании технологии получения пищевых продуктов [7;8;9].

Целями маркировки знаком «не содержит ГМО» являются:

· реализация права потребителя на получение полной и достоверной информации о пищевых продуктах;

· содействие потребителям в компетентном выборе пищевых продуктов;

· повышение конкурентоспособности пищевых продуктов.

Основанием для нанесения знака являются документы, отражающие результаты лабораторных исследований пищевых продуктов на наличие в них ГМО.

Вопрос о пользе или вреде генетически модифицированных продуктов до настоящего времени окончательно не решен. Поскольку в настоящее время нет научных доказательств опасности

генетически модифицированных организмов, покупателю предоставляется право самому принимать решение о приобретении такого товара.

Система надзора наряду с отслеживанием разрешенных для реализации ГМО, должна обеспечивать контроль и защиту как от потенциально небезопасных ГМО, не прошедших процедур допуска, так и от поступающих в страну нелегально, а используемые методы должны быть высокочувствительными и базироваться на современном молекулярно-генетическом анализе.

При проведении исследований широкое применение получил метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), поскольку он позволяет быстро и эффективно определять чужеродную ДНК. Методы определения ДНК из ГМО при помощи ПЦР основаны на выявлении наиболее распространенных элементов синтетических ДНК-конструкций, присутствие которых в анализируемом материале однозначно свидетельствует о его генно-инженерном происхождении. При качественном определении трансгенной ДНК можно использовать различные модификации метода, которые отличаются в способах детекции полученных результатов: детекция качественного ПЦР-анализа при помощи метода электрофореза в полиактиламидном геле; детекция качественного ПЦР-анализа при помощи метода гибридизации на микрочипах; проведение ПЦР в «реальном времени». Наиболее точным методом выявления трансгенной ДНК в настоящее время является ПЦР-анализ при помощи амплификатора Real Time (в «реальном времени»), который позволяет не только выявить генетически модифицированную ДНК, но и определить ее количество [10;11;12].

Принцип метода заключается в проведении полимеразной цепной реакции с гибридизационно-флуоресцентной детекцией продуктов ПЦР в режиме «реального времени». Анализ представляет собой проведение ПЦР в пробирках, с использованием специфичных праймеров и меченым флуоресцентными красителями зонд. В реакциях выявляются последовательности ДНК-мишеней, специфичные для ГМО (последовательности промоторов 35S и терминатора NOS) и реакция для амплификации эндогенного контроля, т.е. гена, специфичного для растительного генома (как трансгенного так и нетрансгенного), что позволяет определять ДНК растения в исследуемом образце.

В настоящее время в мире идет широкомасштабное производство пищевой продукции, полученной из ГМО. В связи с этим, проблема контроля за содержанием в продуктах питания генетически модифицированных компонентов является особенно актуальной и социально значимой до сих пор.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьев А.И. Биотехнология и генная инженерия – приоритетнейшие направления научно-технического прогресса / А.И. Воробьев // Вестн. РАМН. – 2004. – № 10. – С. 8–11.

2. Chassy B.M. Food safety evaluation of crops produced through biotechnology / B.M. Chassy// J. Am. Coll. Nutr. – 2002. – Vol. 21, № 3, Suppl. – P. 166S–173S.

3. Chrispells M.J. Plants, genes, and crop biotechnology. / M.J. Chrispells, D.E. Sadava. – second edition. – Massachusetts: Sudbury, - 2002.

4. James C. Global Status of Commercialized Biotech/ GM Crops: 2010. ISAAA Brief № 42. – Ithaka, N.Y.: ISAAA, - 2010.

5. Глик Б.Р. Молекулярная биотехнология. Принципы и применение / Б.Р. Глик, Д.Д. Пастернак. – М., - 2002.

6. Тутельян В.А. с соавт. Порядок и организация контроля за пищевой продукцией, полученной из/или с использованием сырья растительного происхождения, имеющего генетически модифицированные аналоги //Методические указания МУ 2.3.2.1917-04, -М., 2004, - 50 с.

7. Донченко Л.В. Безопасность пищевой продукции: учебник / Л.В. Донченко, В.Д. Надыкта. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: - 2007. – 539 с.

8. Мониторинг оборота пищевой продукции из генетически модифицированных источников в Москве / В. А. Тутельян [и др.] // Вопросы питания. 2003. № 3. С. 20–23.

9. Современные подходы к оценке безопасности генетически модифицированных источников пищи. Опыт изучения соевых бобов линии 40-3-2 / Г. Г. Онищенко [и др.] // - Вопросы питания, 1999. - № 5. - С. 3–7.

10. Цветков И.Л., Комаров А.Б. Определение ДНК из генетически модифицированных источников в пищевых продуктах и полуфабрикатах // The 3-rd International Iran and Russian Conference “Agriculture and Natural Resources Abstracts”, Moscow, 18020 September, 2002, P.62-63.

11. Определение генетически модифицированных источников (ГМИ) растительного происхождения методом полимеразной цепной реакции. Сорокина Е.Ю. [и др.].- М.: методические указания (МУК), 2004.

12. Методы количественного определения генетически модифицированных источников (ГМИ) растительного происхождения в продуктах питания. Тутельян В.А. [и др.]. М.: методические указания (МУК), 2004.

УДК 616.34 – 008.1

РОЛЬ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ЗДОРОВОМ ПИТАНИИ

САРСЕНОВ А.С.

Казахская академия питания, г.Алматы

Резюме

В статье описана роль кишечной микрофлоры в здоровом питании.

Тұжырым

Мәтінде салауатты тамақтануда ішек микрофлорасының маңызы сипатталған.

Summary

This article describes the role of intestinal microflora in a healthy food.

Иммунитет, постоянство химического баланса внутренней среды (гомеостаз), обмен веществ и работа всех систем в благоприятном режиме зависят от состояния кишечника. Среди основных систем, обеспечивающих безопасность организма, особое значение имеют микроорганизмы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Работа кишечника определяет эндоэкологию организма, что выявляется следующими факторами.

1. Нарушение кишечной микрофлоры вызывает ослабление защитных сил, выход за рамки оптимальных для здоровья условий внутри организма, тем самым происходит сдвиг в биологическом равновесии между патогенной и полезной микрофлорой.

2. При дисбактериозе организм не может усваивать пищу полноценно: невыведенные и непереваренные продукты бродят и гниют, возникают эндо-токсины, которые всасываются из кишечника в кровь, приводя к непрерывному отравлению и перенапряжению организма, ему постоянно требуются силы для борьбы с интоксикацией. В этих условиях малейших провоцирующих болезнь факторов достаточно для возникновения воспаления – основы многих болезней.

3. В кишечнике имеется полный набор различных бактерий. В здоровом организме доминируют бактерии-лидеры (бифидо- и лактобактерии, молочнокислые стрептококки) и их синергисты.

Они выполняют множество жизненно необходимых функций:

· создают в кишечнике кислую реакцию, улучшая всасывание кальция, витамина D, железа;

· контролируют рециркуляцию желчных кислот между кишечником и печенью, предотвращая чрезмерную их потерю;

· регулируют перистальтику кишечника;

· способствуют восстановлению целостности слизистой оболочки ЖКТ;

· обеспечивают в организме синтез 70 % всех витаминов;

· выполняют иммунную функцию.

4. Препараты и пищевые продукты, содержащие молочнокислые бактериии (пробиотики), поддерживают обмен веществ и вырабатывают химические вещества, задерживающие рост и развитие болезнетворной микрофлоры. Потому перед пищевой промышленностью ставится задача – обогатить продукты питания пробиотиками и необходимыми для их жизнедеятельности пищевыми волокнами углеводной природы (пребиотики), тем самым приблизить их к природной пище, т.е. создать функциональные пищевые продукты.

5. Укрепить иммунитет без соблюдения принципов здорового образа жизни невозможно. Это подразумевает два условия: отсутствие стрессов и переутомления, с одной стороны, и правильное питание, с другой. Последнее означает необходимость руководствоваться седующими основными правилами: не переедать, не перегреваться, не переохлаждаться, не переутомляться, нормально спать.

6. В пищеварении участвуют три основные группы ферментов: протеазы расщепляют белки, липазы – жиры, амилазы – крахмал. Современная рафинированная термически обработанная пища снижает уровень ферментов в ЖКТ и крови минимум на треть. Когда их не хватает другие органы и системы вынуждены жертвовать собственными ферментами, что, естественно, ослабляет их, способствуя развитию многих болезней.

7. Вся естественная пища в свежем, а лучше в сброженном виде, содержит необходимые фер-

менты. Во втором случае пища обогащена ферментами от бактерий, а также рядом минералов, витаминов и т.д., которые с трудом извлекаются из обычных свежих продуктов. Питание сквашенными продуктами потому считается более полноценным. При этом соль вытягивает из плодов микроэлементы, а бактерии их перерабатывают без особых энергозатрат.

На основании выше изложенного, подчеркнем еще раз, что всегда следут позаботиться о состоянии нормальной микрофлоры в ЖКТ, от которой в значительной мере зависит здоровье человека. Чтобы быть здровым, наряду с соблюдением принципов здорового образа жизни, надо беречь и поддерживать полезную микрофлору кишечника.

УДК 614.3:637.06/.07

КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ: МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФАЛЬСИФИКАЦИИ МОЛОКА И МОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ

ШАРИПБАЕВА А.Ш., УТЕМБАЕВА Н.Т.

Казахская академия питания, г. Алматы

Резюме

В данной статье описаны методы определения фальсификации молока и молочных продуктов.

Тұжырым

Мәтінде сүт пен сүт өнімдерінің бұрмалауын анықтау әдістері сипатталған.

Summary

This article describes the methods for determining the falsification of milk and milk products.

В настоящее время молоко, молочные и молокосодержащие продукты на потребительском рынке Республики Казахстан представлены в широком ассортименте. На рынке молока и молочных продуктов, пользующихся спросом, есть соблазн увеличить их объем путем фальсификации. Поэтому, в настоящее время проблема выявления фальсификации молочной продукции является актуальной.

Актуальность проблемы качества молочной продукции предопределяется рядом важных причин:

- ✓ переходом к рыночной экономике (для целей накопления капитала служат любые средства, в том числе и фальсификация);
- ✓ несовершенством нормативно-методической базы, регулирующей качество молока и продуктов его переработки в целях установления подлинности и выявления фальсификации молока и молочных продуктов;
- ✓ возможностью выявления разного рода фальсификации с помощью современных методов исследования.

В связи с этим, главной задачей при установлении факта фальсификации является всесторонняя экспертиза подлинности молока и молочной продукции.

Экспертиза в основном проводится по органолептическим и физико-химическим показателям качества молока. При фальсификации отмечаются изменения в консистенции, в цвете, в запахе молока. При этом важно различать органолептические показатели сортового и несортового молока.

Оценка качества молока осуществляется по следующим критериям: по содержанию воды, жиров немолочного происхождения и их массовой долей, по содержанию сухих веществ, по плотности, по содержанию белка в молочных и молокосодержащих продуктах. Например, при добавлении к молоку воды плотность уменьшается, вследствие чего понижается содержание сухих веществ (при добавлении воды 10 % понижается плотность в среднем на 3 г/см^3). При разбавлении молока водой температура замерзания

повышается. Также понижается жирность, содержание сухого обезжиренного молочного остатка.

Определение этих показателей требует применения более современных методов с использованием высокочувствительных методов. Для выявления отклонений от нормированных показателей наряду с физико-химическими методами используются экспресс-методы с использованием анализаторов качества молока. Одним из таких анализаторов являются «Лактан» и универсальный экспресс-анализатор «МилкоСкан», которые не требуют пробоподготовки и позволяют быстро оценить качество молока одновременно по пяти и более показателям (по массовой доле жира, белка, по плотности, по содержанию сухого обезжиренного молочного остатка и добавленной воде и др.).

Однако, этих показателей иногда бывает недостаточно для выявления фальсификации. Поэтому необходимо проводить дополнительные исследования с использованием методов высокоэффективной жидкостной и газожидкостной хроматографии, которые позволяют определить наличие консервантов (бензойной, сорбиновой кислоты и их солей), меламина, пищевых красителей (кроме β-каротина), аммиака, перекиси водорода, соды и т.д. С использованием данных методов можно определить добавление растительного масла, при котором отмечается присутствие стеринов. С использованием методов хроматографии проводят идентификацию жирно-кислотного состава, а также идентификацию белков молочной сыворотки.

Таким образом, использование высокочувствительных методов позволит проводить идентификацию и фальсификацию молока и молочных продуктов. Следует отметить, что для дальнейшего повышения качества проводимых исследований необходимо совершенствование нормативно-методической базы.

УДК 616-056.3:616.39:615.874

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ. ПИТАНИЕ ПРИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ

БАЙГУШЕВА М.М., БАЙТУМЕНОВА Г.А., МЕДЕНОВА Г.А.

РГКП «Республиканский центр аллергологии», г. Алматы

Резюме

Пищевая аллергия — необычная, повышенная чувствительность организма к тем или иным продуктам питания. Частота пищевой аллергии среди всех аллергических заболеваний колеблется в пределах от 5 % до 30% .При пищевой аллергии следует придерживаться специальной диеты, но единственный эффективнный способ ее преодоления – определить раздражающий агент и избегать его.

Тұжырым

Азық-түлік аллергиясы - организмнің сезгіштігі . Барлық аллергиялық аурулардың арасында азық-түлік аллергиясының жиілігі 5% дан 30 % дейін толқиды. Азық-түлігі аллергиясы кезінде арнайы диета ұстап тұру керек, бірақ, бұның әсерлі болу себебін білу. Оны жеңіп шығу үшін ұшықтыратын затты табу.

Summary

Food allergy - an unusual, heightened sensitivity to this or that food. The frequency of food allergies among all allergic diseases range from 5% to 30%. Patients with food allergies should follow a special diet, but the only effective way to overcome it - to determine the irritant agent and avoid it.

Пищевая аллергия — необычная, повышенная чувствительность организма к тем или иным продуктам питания. Пищевая аллергия известна с глубокой древности: еще Гиппократ описал непереносимость некоторых пищевых продуктов, приводящую к желудочным расстройствам и крапивнице. В наше время аллергические заболевания вообще и пищевая аллергия в частности имеют тенденцию к росту, что связано не в последнюю очередь с необдуманным или неосторожным проникновением химии в сельское хозяйство и производство продуктов питания. Нема-

лую роль играет и наследственная предрасположенность кстати, у детей аллергические заболевания встречаются чаще, если вскармливание было искусственным. Частота пищевой аллергии среди всех аллергических заболеваний колеблется в пределах от 5 % до 30% .У детей с аллергическими дерматитами пищевая аллергия отмечена в 47% случаев

При аллергии иммунная система вырабатывает антитела в количестве, превышающем норму, делая тем самым организм настолько реактивным, что он воспринимает безвредный белок так, как если бы это был инфекционный агент. Если иммунная система не вовлечена в процесс, то это не пищевая аллергия, а непереносимость пищи. Истинная пищевая аллергия встречается редко (менее чем у двух процентов населения). Чаще всего причиной ее является наследственность. У детей аллергия обычно проявляется в первые годы жизни (часто к яичным белкам), а затем они «перерастают» ее. Среди взрослых, полагающих, что у них есть пищевая аллергия, примерно 80% на самом деле испытывают состояние, которое эксперты окрестили «пищевой псевдоаллергией». Хотя симптомы, которые наблюдаются у них, подобны тем, что бывают при истинной пищевой аллергии**,** причина может крыться в простой непереносимости пищи. Более того, у некоторых людей могут развиться психосоматические реакции на еду потому, что они считают, что она является для них аллергеном.

Далеко не всякая непереносимость того или иного продукта носит аллергический характер. Но и опытному врачу бывает порою сложно отделить пеструю симптоматику пищевой аллергии от неаллергической непереносимости продуктов. Нет пока и единства мнений среди специалистов. Иммунологи относят к пищевой аллергии только те случаи, которые обусловлены повышенной иммунологической чувствительностью, в то время как многие диетологи и терапевты считают пищевой аллергией любую побочную реакцию организма на продукты питания, даже если она не связана с иммунными механизмами.

Такая реакция может быть обусловлена врожденным или приобретенным дефицитом некоторых ферментов, которые участвуют в переваривании и всасывании пищевых веществ, или с острыми и хроническими заболеваниями желудка, кишечника, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и т.д. Аллергия к продуктам питания встречается чаще, чем диагностируется врачами, так как за медицинской помощью обращаются не всегда и не сразу. Если признаки аллергии повторяются, то надо проанализировать свой рацион. Попробуйте вести диетический дневник — записывайте в нем все, что вы съели за день, не забывая отмечать количество съеденного и способ кулинарной обработки. В том же дневнике фиксируйте характер и время появления признаков аллергии (кожный зуд, крапивница, тошнота и т. п.). Изучив вместе с врачом диетический дневник хотя бы за две-три недели, удастся в первом приближении определить опасные для вас продукты. В принципе любые продукты способны вызвать нежелательную реакцию. Однако есть продукты относительно безопасные, аллергическая реакция на них — большая редкость. А чаще других вызывают аллергию молоко, яйца, рыба, земляника, яблоки, цитрусовые, орехи. У них, как принято говорить, высокая аллергенная потенция.

Существует также перекрестная аллергия, которая развивается вслед за реакцией на какой-либо один аллерген. Таким образом, люди, страдающие аллергией на арахис, могут стать аллергиками и в отношении других бобовых, в том числе гороха, соевых бобов, чечевицы. Также больные с аллергией на мускусную дыню могут со временем развить реакцию на огурцы и тыкву; и точно так же страдающие аллергией на креветок становятся чувствительными к крабам. У некоторых людей развивается аллергия на сульфиты - химические вещества, используемые для сохранения цвета еды, например в сухофруктах и овощах. Реакция на них включает в себя прерывистое дыхание или аллергический шок после употребления пищи, содержащий сульфиты. Сульфиты могут также вызывать тяжелые приступы астмы.

Симптомы пищевой аллергии. Аллергические реакции обычно развиваются в период от нескольких минут до двух часов после принятия пищи. Но у больных, страдающих тяжелой формой аллергии, просто прикосновение или запах еды могут вызвать аллергический ответ. Типичные ранние симптомы включают отечность и зуд губ, рта и/или горла. Попав в пищеварительную систему, раздражающая пища может вызвать тошноту, рвоту, кишечные колики и диарею. Часто начинается зуд, крапивница, экзема и покраснение кожи. У некоторых больных пища может вызвать аллергический ринит, для которого типичны насморк, кашель и поверхностное дыха-

ние. Иногда может возникать отсроченная аллергическая реакция - в период от нескольких часов до двух дней с момент проглатывания аллергена. По сравнению с немедленным ответом симптомы отсроченной аллергической реакции не так сильно выражены и могут включать экзему, крапивницу и астму. Анафилактический шок - это редкое, но опасное для жизни состояние, при котором несколько органов и систем организма охвачены аллергической реакцией. Симптомы включают в себя интенсивный зуд, крапивницу, потливость, отечность слизистой оболочки глотки, затрудненное дыхание и сниженное артериальное давление. Если это состояние быстро и правильно не лечить, оно может быстро прогрессировать, приводя к потере сознания или даже смерти.

Что можете сделать вы? Если вы находитесь в группе риска (т.е. если в вашей семье имеются случаи аллергии), будьте бдительны в отношении реакции вашего организма на любую новую пищу. Пробуя неизвестную еду, начните с маленькой порции или вообще откажитесь от нее, особенно если вы находитесь вдалеке от дома и цивилизации. Вы должны хорошо понимать, что вы едите. Читайте этикетки на продуктах, которые вы покупаете. Если что-то из того, что вы обычно покупаете, объявлено как «новое» или «улучшенное», перепроверьте этикетку. Ешьте только свежие продукты. Старайтесь не употреблять высушенную, консервированную и обработанную пищу. Вводите новые пищевые продукты в меню вашего ребенка постепенно, особенно, если вы и ваш муж оба страдаете аллергией. Каждый раз, когда вы кормите ребенка чем-то новым, давайте ему очень небольшую порцию и увеличивайте ее постепенно. Если у вас возникла реакция на какой либо ингредиент питания, проконсультируйтесь с аллергологом, действительно ли симптомы вызваны **пищевой аллергией** или какой-либо другой проблемой. Если однажды вам был поставлен диагноз пищевая аллергия, единственный эффективный способ ее преодоления – определить раздражающий агент и избегать его. Если у вас обнаружена истинная **пищевая аллергия**, вам будет рекомендована специальная диета с полным исключением предполагаемого аллергена. В течение нескольких недель необходимо строго соблюдать такую гипоаллергенную диету (обычно она включает рис, салат, яблоки). Через определенное время диету можно разнообразить, а потом и включить в нее тот самый аллерген, который был выявлен. Если при его введении снова развивается аллергия, вам следует продолжать начатую диету. Помните, что любая элиминационная диета (диета с исключением аллергенных продуктов) может проводиться только с согласия вашего врача и под наблюдением квалифицированного диетолога. Ведь даже при такой диете вы должны получать с пищей все необходимые вещества. Врач сможет грамотно заменить аллергенные продукты на другие, содержащие те же питательные вещества и витамины. Никогда не исключайте из диеты целые группы продуктов на несколько недель одновременно, особенно если речь идет о детях младшего возраста, пожилых и больных людях. Соблюдение строгой диеты помогает множеству людей вылечиться от **пищевой аллергии**. Одно из исследований обнаружило, что после 1-2 лет добросовестного соблюдения гипоаллергенной диеты примерно одна треть детей старшего возраста и взрослых избавились от чувствительности к раздражающей их пище. Но аллергия на арахис, орехи, рыбу и моллюски часто может оставаться пожизненно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология / Р.М. Хаитов. - 2002. – 398 с.

2. Лессоф М. Клинические реакции на пищу / М. Лессоф. – Медицина, 1986. – 248 с.

3. Лусс Л.В. Аллергология и псевдоаллергология в клинике / Л.В. Лусс. - М.: - 1993.- 220 с.

4. Митковская О.А., Асылбекова Г.Д. Аллергические нозологии.Диагностика и лечение. / О.А. Митковская, Г.Д. Асылбекова. – Алматы. - 2006. -104 с.

5. Балоболкин И.И. Пищевая аллергия у детей / И.И. Балоболкин. -1999. – С. 57-60.

УДК 614.3:632:615.9

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ КОНТАМИНАЦИИ СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННОЙ ПРОДУКЦИИ

ЖЕТИБАЕВ С.Д., КАПАСАКАЛИС В.А., ЖАНАБАЕВА Б.Т., ВОРОБЬЕВА А.В.

Жамбылский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы,
Департамент Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК,
Департамент здорового питания в Жамбылской области г. Тараз

Резюме

В статье описаны риски химического загрязнения пищевой продукции в Жамбылской области.

Тұжырым

Бапта ауыл шаруашылық тағамының ластану қауіп қатер басқарылуы бойынша гигиеналық бағыты сипатталған.

Summary

This article describes the hygienic aspects of management of risks of agricultural production's contamination.

Пестициды представляют один из наиболее вероятных химически опасных факторов, загрязняющих окружающую среду в сельской местности, в том числе и пищевые продукты, так как они обладают многоплановыми отрицательными эффектами на различные органы и системы организма.

Поэтому при гигиенической оценке безопасности пищевых продуктов Жамбылской области особое внимание было уделено вопросам риска контаминации сельскохозяйственной продукции пестицидами. Учитывая, что население области на 91,0 % обеспечивается местно производимой продукцией, в области используются эффективные рычаги для обеспечения ее безопасности. Исследования показали, что за период с 1998 по 2010 годы превышение содержания пестицидов в объектах окружающей среды было установлено в 0,1% случаях, что свидетельствовало об относительно невысоком уровне загрязненности. Вместе с тем прослеживаемая динамика увеличения обрабатываемых площадей в 1,7 раз с 2003 до 2010 года свидетельствует о развитии аграрного сектора области, о внедрении новых интенсивных технологий на селе, что сопровождается повышением объемов используемых пестицидов. Об усилении риска загрязнения свидетельствует увеличение удельного веса положительных находок в пищевой продукции за первое полугодие 2011 года до 4,5 % (мука, пшеница). Кроме того, несмотря на утвержденные Решением Таможенного Союза «Единых санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю)» до настоящего времени производителями и поставщиками не отработаны вопросы выпуска аналитических стандартов и адаптация методик на весь перечень пестицидов, прошедших государственную регистрацию [1]. Это не позволяет проводить индикацию всего перечня пестицидов, применяемых в области.

В соответствии с имеющимися данными Жамбылская область относится к регионам с низким уровнем использования пестицидов в сельском хозяйстве – до 100 тонн в год, что совпадает с данными Нажметдиновой А.Ш. и Баканова Ш.А. [2,3]. Пестицидная нагрузка на 1 га в среднем за счет всех источников финансирования не превышает 860 г/га. Однако в частном секторе попрежнему пользуются более дешевыми и токсичными ядохимикатами и использование их остается бесконтрольным.

Учитывая, что в настоящее время в Казахстане, в соответствии с широко используемыми в мире рекомендациями WHO/FAO в зависимости от LD_{50} для крыс, принята новая классификация пестицидов с делением их на 5 классов опасности, то имеется необходимость внесения дополнительных условий при их реализации с целью обеспечения санитарно-эпидемиологического контроля за их дальнейшим применением.

На наш взгляд, в целях совершенствования контроля и уменьшения риска загрязнения продукции пестицидами необходимо, в зависимости от класса их опасности, проводить системный мониторинг за использованием, разделив пестициды на 3 группы при реализации:

1. I и II классы – «чрезвычайно опасные» и «высоко опасные» - для ограниченного применения с обязательным представлением информации уполномоченным органам о приобретении данных препаратов, с указанием количества и адреса получателя, с ведением четкого учета прихода и расхода препаратов;

2. III и IV классы – «умерено опасные» и «мало опасные», для применения в крупных фермерских хозяйствах и агрообъединениях, которые располагают специалистами с соответствующей профессиональной квалификацией (разрешать реализацию только при условии наличия допуска у специалиста с соответствующим учетом);

3. V класс – «опасность маловероятна при правильном использовании» для здоровья», допускаются в продажу через торговую сеть для применения населением на приусадебных, дачных участках. Использование и учет первых двух групп пестицидов необходимо отрегулировать через систему нормативно-правовых актов.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что пестициды представляют собой реальный фактор, определяющий риск опасности химического загрязнения пищевой продукции в Жамбылской области, что требует совершенствования системы контроля, мониторинга и методического обеспечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) // Утверждены Решением Таможенного Союза от 28 мая 2010 года за № 299.- Гл.II.- Раздел 15.- С.985.

2. Нажметдинова А.Ш. Вопросы применения пестицидов на территории Республики Казахстан / А.Ш. Нажметдинова, Ф.И. Калиева, Р.Т. Файзуллаева, Т.Т. Рашитова // Центральный научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – Алматы, 2007. - №2-3. – С.115-116.

3. Современные аспекты проблемы профилактики загрязнения пищевых продуктов пестицидными препаратами в Казахстане / Ш.А. Баканов [и др.] // Здоровье и болезнь. – Алматы, 2009. - №2 (78). - С.39-41.

УДК 616.34-009.11-053.3

ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ

ТОЛУБАЕВА Г.Ж.

Городская детская поликлиника №3, г. Алматы

Резюме

В данной статье приведен краткий литературный обзор по запорам у детей (признаки заболевания, патогенез, лечение, пути передачи, осложнения и методы профилактики). Для профилактики запоров у грудных детей необходимо следить за их правильным питанием.

Тұжырым

Бұл макалада балалардың іш қатуы жайында қысқаша әдеби шолу (аурудың көріністері, патогенезі, емі, таралу жолдары, аскынулары мен алдын алу шаралары жайында) келтірілген. Емшектегі балалардың іш катуының алдын алу үшін олардың дұрыс тамақтануын кадағалау қажет.

Summary

This article provides a short literature review of the constipation in children (manifestations of the disease, reason of development, treatment, prevention and correction). To prevent the development of constipation in infants should always adhere to the principles of proper infant nutrition.

Запор - проблема, которая может появиться в любом возрасте: у новорожденного малыша, дошкольника, школьника или подростка. Считается, что запор - наиболее распространенная патология желудочно-кишечного тракта у детей.

Что считать запором. Запор-это затруднение акта дефекации (дефекация - процесс опорожнения кишечника) или отсутствие самостоятельного опорожнения кишечника в течение какого-то периода времени. В зависимости от возраста ребенка, периоды, в течение которых должен быть самостоятельный стул, меняются. Новорожденный младенец, находящийся на естественном вскармливании, «имеет право» на такое количество дефекаций, сколько раз его кормят. Это идеальный вариант, но для современных детей в возрасте до 2-3 месяцев допустимо иметь стул не менее 2 раз в сутки. Для детей, находящихся на искусственном вскармливании, до года запором считается отсутствие самостоятельного стула в течение суток.

Для некоторых людей (по разным данным о 3 до 10%) нормальным является опорожнение кишечника один раз в 2-3 суток. При этом, у них - незатрудненный акт дефекации, нормальный по консистенции кал, а задержка стула не вызывает никаких неприятных субъективных ощущений (таких как вялость, чувство тяжести или переполнения в брюшной полости, болей в животе, снижение аппетита). Обычно такие особенности носят наследственный характер. Если ваш ребенок относится к такой группе людей, то данный ритм дефекаций обычно устанавливается к 7-10 годам, а до этого времени он должен ходить «по-большому», как и другие дети: не реже одного раза в сутки

Причины развития функциональных запоров. Дисбактериозы кишечника часто сопровождаются запорами. Нарушения в составе нормальной кишечной флоры происходят по разным причинам. Любые проблемы во время беременности, такие как угроза выкидыша, токсикоз, инфекционные заболевания, прием антибиотиков или гормональных препаратов, скрытые, вялотекущие заболевания у беременной женщины могут стать причиной развития дисбактериоза у ребенка. Другими причинами являются: кесарево сечение, недоношенность, инфицирование ребенка и неправильное вскармливание (ранний перевод на искусственные смеси, несвоевременное введение прикорма, отсутствие стабильности питания) [1,3].

Большую роль в формировании у ребенка функционального запора играет психоэмоциональный стресс. Любая психическая травма может привести к развитию у ребенка стойкого запора. Это может быть смерть близких людей или любимых животных, чрезмерно суровое наказание за провинность, сильный испуг, конфликты со сверстниками, неудачи в школе и т.д. У школьников часто начинаются запоры в связи с необходимостью усилием воли подавлять позывы на дефекацию из-за боязни отпроситься с

урока или стеснения сходить в туалет «по-большому» в школе [1,2].

Профилактика и коррекция запоров. Как можно дольше сохранить естественное вскармливание грудным молоком. Инфицированное бактериями грудное молоко не является противопоказанием для естественного вскармливания, так как практически всегда можно лечить маму, не прекращая кормления грудью.

Максимально стабилизировать питание ребенка до 6 месяцев. Для малыша любое изменение питания сопряжено с риском срыва адаптации, поэтому часто проблемы ребенка со стулом усугубляются, когда родители начинают лихорадочно менять одну смесь на другую. Это относится и к лечебным смесям, которые не всегда целесообразно вводить до полугода.

Не нужно вводить прикорм до 5-6 месяцев. Малышу вполне достаточно для нормального развития тех питательных веществ, которые содержатся в грудном молоке или адаптированных смесях-заменителях грудного молока. Преждевременное введение прикорма может вызвать у ребенка запоры и другие проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта. Единственным исключением при склонности ребенка к запорам может быть введение банана и (или) чернослива (отвара, сока, пюре), или фруктового (овощного) пюре, но не раньше, чем с 4-4,5 месяцев.

Любой новый продукт нужно вводить постепенно, начиная с минимальных количеств (чем постепенно идет введение нового продукта, тем меньше риск появления дисфункции кишечника). Не нужно вводить одновременно несколько новых продуктов. Время на адаптацию к новому продукту тем больше, чем младше малыш, и составляет в среднем - 7-10 дней, в течение которых можно вводить только один новый продукт (2).

Для грудных детей в качестве профилактики и коррекции запоров важную роль играет питье. У детей до 6 месяцев еще слабо развит рефлекс на опорожнение кишечника, что проявляется склонностью к запорам. В этом случае малышу нужно помочь простимулировать условный рефлекс на дефекацию.

После введения в рацион питания ребенка твердой пищи для профилактики запора необходимо, чтобы ребенок получал продукты, содержащие клетчатку (продукты растительного происхождения) и пищевые волокна (хлеб, не протертое мясо, орехи) (3).

Большое значение для профилактики запоров имеют правильный режим и благоприятная психологическая атмосфера. Если все же у ребенка появился запор, крайне нежелательно использовать слабительные средства.

Возможно использование контраста температур: за один прием пищи ребенок получает блюда, разные по температуре, например, съедает горячее блюдо, а затем выпивает стакан холодной жидкости (сок, минеральная вода, компот). Также необходимо нормализовать двигательный режим ребенка.

Лечение функциональных запоров у детей - непростое дело, которое очень часто требует достаточно длительного времени. Чем меньше существует дисфункция, тем легче ее лечить, поэтому, если у ребенка запор или склонность к запорам существуют более месяца не нужно откладывать посещение врача.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Парфенов А.И. Современные представления о синдроме раздраженного кишечника / А.И. Парфенов. - М.: - 2005.

2. Белынера С.В. Детская гастроэнтерология / С.В. Белынера, А.И. Хавкина. - Москва, 2001.

3. Корниенко А.Е.. Актуальные вопросы коррекции кишечной микрофлоры у детей / А.Е. Корниенко. - М, 2006.

УДК 616.314.13-007.23

ГИПОПЛАЗИЯ ЭМАЛИ. СИМПТОМЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ И ЛЕЧЕНИЕ

АБДУСУЛЕЙМЕНОВА Д.Ч.

ГККП «Городская детская стоматологическая поликлиника», г. Алматы

Резюме

Гипоплазия эмали – некариозное поражение твердых тканей зуба. За последние годы встречаемость недоразвития эмали увеличилась в несколько раз. Были обследованы 98 детей в возрасте от 3 до 14 лет. Получены результаты по распространенности гипоплазии эмали и ее форм, предложены методы лечения.

Тұжырым

Эмалдің гипоплазиясы – тістің қатты тіндерінің тіс жегі емес зақымдануы. Соңғы жылдардың ішінде эмальдің бұрыс өркендеуі екі есе артты. 3 пен 14 жас аралығында 98 балалар тексерілді. Эмалдің гипоплазиясының түрлері мен таралуы нәтижелері алынды, емдеу әдістері ұсынды.

Summary

Enamel hypoplasia - non-carious defeat of tooth"s hard tissues. In recent years occurrence of enamel excalation increased several times. 98 children in age from 3 to 14 years were examined. The results on the occurrence of enamel hypoplasia and its forms were obtained. The ways of treatment of hypoplasia were propounded.

Гипоплазия эмали – не кариозное поражение твердых тканей зуба, наступающее в результате нарушения обменных процессов в развивающемся зубе. Оно проявляется в количественном и качественном нарушении строения зуба. Согласно литературным данным, встречаемость недоразвития эмали за последние годы увеличилась в несколько раз. Так, если в советские времена стоматологи говорили о развитии гипоплазии в 3-4 процентах случаев, то к настоящему времени эти цифры достигли 30-40 процентов. В экономически и экологически неблагополучных регионах гипоплазия эмали встречается более чем у половины детей [1].

Как известно, развитие и созревание эмали полностью зависит от обмена кальция, как в организме беременной женщины, так и в организме ребенка. Гипоплазия молочных зубов возникает вследствие воздействия неблагоприятных факторов во время беременности и сразу после рождения. Так, этиологическим фактором гипоплазии эмали принято считать недостаточную или замедленную функцию одонтобластов, которая возникает в связи с нарушением обмена во всём организме под влиянием болезней или в результате нарушения обмена в отдельных фолликулах под влиянием механической травмы, инфекции и т.д. Наиболее частыми причинами развития гипоплазии молочных зубов являются: токсикоз I и II половины беременности, инфекционные заболевания матери, заболевания желудочно-кишечного тракта матери, недоношенность беременности, родовые травмы, энцефалопатия ребенка, искусственное вскармливание, врожденная аллергия, врожденные заболевания сердечно-сосудистой системы ребенка.

Гипоплазия постоянных зубов возникает вследствие воздействия неблагоприятных факторов в течение первых лет жизни ребенка. Чаще всего к гипоплазии приводят: тяжело протекающие детские инфекции, пневмонии и гнойные заболевания, тяжело протекающие диатезы и аллергия, рахит, заболевания желудочно-кишечного тракта, почек, щитовидной и паращитовидных желез, железодефицитная анемия. Более часто причиной местной гипоплазии является воспалительный процесс, распространяющийся из области верхушки корня временного зуба. Зачаток любого постоянного зуба может оказаться вовлеченным в воспалительный процесс, но чаще страдают именно зачатки премоляров, располагающихся между корнями временных моляров. Как известно, временные моляры наиболее часто поражаются кариесом, а следовательно, и верхушечным периодонтитом.

Основным последствием гипоплазии эмали является развитие кариеса.

В зависимости от действующей причины нарушение возникает в группе зубов, формирующихся в один и тот же период (системная гипоплазия); на нескольких рядом стоящих зубах одного или разного периода развития (очаговая гипоплазия); на одном или нескольких зубах (местная гипоплазия).

Нами было обследовано 98 детей в возрасте от 3 до 14 лет. В ходе исследования были получены следующие результаты. В общем, гипоплазия эмали была выявлена у 17% обследованных. Поражение отдельных групп зубов, т.е. системная гипоплазия эмали, было выявлено в 14% поражений такого рода. Дефекты гипоплазии локализовались на симметрично расположенных зубах, в одном и том же участке коронок, с очагом поражения одинаковой ширины, то есть клиническое её проявление одинаково на всех зубах.

Клинически гипоплазия проявлялась в виде пятен, углублений разной величины и формы, бороздок. По локализации участка гипоплазии можно было судить о возрастном периоде, в котором происходило нарушение минерального обмена, а по ширине участка поражения определяли длительность нарушения. Гипоплазия чаще встречалась в области режущего края резцов, клыков и первых моляров.

Клинически различают следующие формы гипоплазии:

Пятнистая форма гипоплазии проявляется в виде пятен белого цвета с чёткими границами, гладкой блестящей поверхностью, располагающихся на одном уровне, симметрично расположенных коронок зубов. Симметричность характеризуется не только расположением пятен, но и их формой и размером.

Эрозивная форма гипоплазии характеризуется истонченностью слоя эмали в различных местах коронки зуба на ограниченном участке. Дефекты имеют разную, но чаще округлую, форму, располагаются симметрично на одноимённых зубах. Дефекты, как правило, одного размера и формы.

Бороздчатая форма гипоплазии проявляется в виде бороздчатых углублений эмали различной ширины и глубины, расположенных параллельно режущему краю. На дне бороздок слой эмали истончён, а иногда совсем отсутствует.

Смешанная форма гипоплазии характеризуется чередованием белых пятен и эрозий на отдельных зубах и даже в пределах одного зуба или сочетанием бороздок, эрозий и пятен. В последние годы она встречается чаще, что затрудняет диагностику поражений эмали [2].

По результатам нашего обследования пятнистая форма гипоплазии встречалась больше у половины пациентов (у 57% больных), эрозивная — 23%, бороздчатая — у 4%, смешанная — у 16% обследованных.

Нужно отметить, своевременная стоматологическая помощь при гипоплазии имеет не только большое эстетическое, но и психологическое значение, так как способствует устранению нежелательных эмоциональных последствий. Кроме всего указанного, лечение гипоплазии способствует профилактике кариеса зубов. Лечение гипоплазии должно быть комплексным, индивидуальным, системным, последовательным, регулярным. Комплексность подразумевает проведение как местного, так и общего лечения, а также взаимодействие врачей-стоматологов с врачами других специальностей.

Дети с гипоплазией эмали должны быть взяты на диспансерное наблюдение стоматологом для определения показаний к лечению различными методами (реминерализирующая терапия, ликвидация дефектов эмали с помощью пломбировочных материалов) и его осуществлению. Что касается лечения местной гипоплазии, то при значительной деформации коронки зуба показано изготовление искусственной коронки. При клиническом дефекте эмали, не распространяющемся на всю вестибулярную поверхность зуба, следует отдавать предпочтение эстетическим пломбировочным материалам с минимальным препарированием твёрдых тканей зуба.

Комплексная ремтерапия основана на местном применении фосфорно-кальциевых препаратов, витаминных составов и природных БАВ, назначаемых курсами, по схемам, оговоренным с лечащим педиатром. План лечения расписывают на весь год, контролируя его результаты и добросовестность проведения лечебных мероприятий больным в среднем каждые 1,5-2 месяца. Обязательно обучение гигиене полости рта.

Ортопедическое лечение у детей лучше проводить после окончания формирования зубочелюстной системы во избежание развития осложнений со стороны пульпы и пародонта. Для предотвращения развития гипоплазии важны следующие профилактические мероприятия: во-первых, это забота о здоровье беременной женщины, новорожденного; профилактика инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей; своевременное и эффективное комплексное лечение возникшего общесоматического заболевания [3].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Терапевтическая стоматология / Е.В. Боровский [и др.] - Москва, 1998.

2. Бажанов Н.Н. Стоматология / Н.Н. Бажанов. – М.: Медицина, 1990.

3. Виноградова Т.Ф. Стоматология детского возраста / Т.Ф. Виноградова.- 1987.

УДК 614.1:312.01.1/.8 (1-21)

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ (на примере г.Тараз, п.Сузак Южно-Казахстанской области)

БАТТАКОВА Ж.Е., СЛАЖНЕВА Т.И., ХАЙДАРОВА Т.С., ДАРИШЕВА М.А., ЕГОРЫЧЕВ В.Е., ЕСОВА Г.К.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

Резюме

В статье отражены результаты сравнительной оценки качества жизни взрослого населения, проживающего в городской и сельской местности. Опрос проведен с использованием стандартизованного международного опросника по оценке качества жизни SF-36. Практически по всем параметрам качество жизни в сельской местности ниже, чем в городе, снижение начинается в возрасте 30-39 лет, в то время как в городе в 40-49 лет.

Тұжырым

Мәтінде қалалық және ауыл жерде тұратын ересек тұрғынның тұрмыс сапасының салыстырмалы бағасының нәтижелері қайтарған. Сұрау SF-36 тұрмыс сапасының бағасы бойынша стандартты халықаралық сұраушының қолдануымен өткізілген. Барлық параметрлерге қарағанда ауыл жердегі тұрмыс спасы, қалаға қарағанда төмен, төмендеу 30-39 жылдар жас шамасында, ал қалада 40-49 жылдардан басталады.

Summary

The article reflects the results of a comparative evaluation of the quality of life of adult population living in urban and rural areas. The survey was conducted with using of standardized international questionnaire on quality of life SF-36. Almost in all aspects the quality of life in rural areas is lower than in urban areas, reducing begins in the age of 30-39 years, while in the city - 40-49.

В последние годы во всех странах мира, включая Казахстан, в современной медицине широко используется термин «качество жизни», под которым подразумевается интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального состояния пациента, основанного на его субъективном восприятии [1,2].

Наиболее приемлемым и простым в применении является оценка качества жизни согласно общего стандартизированного вопросника здоровья SF-36 (J.Ware, 1998) по 8 основным критериям – физическое функционирование (физическая активность), ролевое физическое функционирование (ролевые ограничения вследствие проблем физического здоровья), ролевое эмоциональное функционирование (ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем), жизнеспособность, психическое здоровье (эмоциональное благополучие), социальное функционирование (социальная активность), боль, общее здоровье [3].

Целью данного исследования было изучение качества жизни взрослого населения, проживающего в г.Тараз и п.Сузак Южно-Казахстанской области. Всего в опросе приняло участие 981 человек в возрасте 18 лет и старше, из них в городе - 625 человек и п. Сузак -356.

Таким образом, установлено, что практически по всем шкалам опросника SF-36 показатели качества жизни в городе Тараз выше, чем в п. Сузак (рис.1).

При анализе показателей качества жизни самым низким параметром качества жизни среди изучаемых групп является жизнеспособность (город -57,12±0,87; село -52,3±1,21). Низкие баллы свидетельствуют о возможном снижении жизненной активности и повышенной утомляемости респондентов. Показатель социального функционирования (социальная активность) более высокий среди респондентов проживающих г. Тараз и достигает 94,43±0,73, что на 17 единиц выше, чем на селе (76,51±1,36). Показатели общего здоровья и числа лиц, которые не были ограничены в своей физической активности по причине болевого синдрома (город - 70,28±1,08; село 59,4±1,52) на 10 и более единиц выше в городской местности.

Интегрированный показатель качества жизни по восьми оцениваемым параметрам в городе составил 79,91±0,97, что на 12 единиц выше, чем в сельской местности (67,8±1,62).

Нами был проведен анализ изменения качества жизни в 4 возрастных группах: 18-29 лет; 30-39 лет; 40-49 лет; 50 лет и старше.

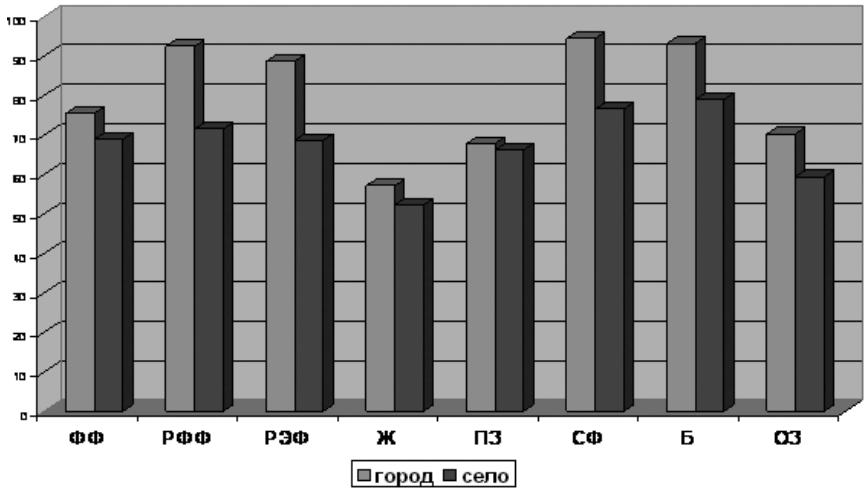


Рис. 1. Показатели качества жизни городского и сельского населения

Установлено, что в городе практически по всем параметрам снижение показателей начинается в возрасте 40-49 лет, и наименьшие значения выявлены в возрасте 50 лет и старше. Так, снижение показателей качества жизни на 11 и более единиц отмечено у старшей возрастной группы по таким параметрам как общее здоровье, ролевое физическое ($t=2,63$; $p<0,01$) и эмоциональное функционирование ($t=2,69$; $p<0,01$).

Если снижение качества жизни среди жителей г. Тараз отмечено начиная с 40-49 лет, то на селе с возраста 30-39 лет. В сельской местности показатель физического функционирования в каждой оцениваемой возрастной группе снижается на 10 и более единиц. Ролевое физическое ($t=2,64$; $p<0,01$) и эмоциональное функционирование ($t=3,12$; $p<0,01$) в возрасте 30-39 лет снижается на 13 и более единиц, а возрасте 40-49 лет на 21 единицу по обоим параметрам.

Анализ данных в зависимости от половой принадлежности свидетельствует, что качество жизни мужчин несколько выше, чем у женщин. Так, в г. Тараз показатели качества жизни мужчин выше по параметру общего здоровья на 9 единиц, ролевому физическому функционированию на 8 единиц ($t=2,55$; $p<0,02$), ролевому эмоциональному функционированию на 7 единиц ($t=2,98$; $p<0,01$).

Различия в качестве жизни среди мужчин и женщин в сельской местности по ряду параметров являются более выраженными. Так, показатель физического функционирования у мужчин выше на 12 единиц, ролевого физического функционирования на 10 единиц ($t=2,54$; $p<0,05$), ролевого эмоционального функционирования на 13 единиц ($t=2,74$; $p<0,01$).

Таким образом, качество жизни сельского населения практически по всем изучаемым параметрам ниже, чем среди городского населения. При этом снижение показателей качества жизни на селе начинается в возрасте 30-39 лет, а в городе - 40-49 лет.

Самым низким параметром качества жизни среди изучаемых групп является жизнеспособность, что указывает на возможное снижение жизненной активности и повышенную утомляемость исследуемых.

С увеличением возраста респондентов значительно уменьшаются такие параметры как физическое функционирование (физическая активность), ролевое физическое и эмоциональное функционирование. Среди жителей села снижение качества жизни в старших возрастных группах является более выраженным.

Как и в городе, так и в сельской местности мужчины имеют относительно более высокие показатели качества жизни по сравнению с женщинами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Туребеков Д.К., Айнабекова Б.А., Махаметова М.Г., Абдрахманова Р.Х. Здоровье и качество жизни пожилых // Астана медициналық журналы. – А., 2005. - №2. – С. 68-70.

2. Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Джуланова К.Н., Балмахаева Р.М., Калмаханов С.Б. О некоторых аспектах качества жизни населения Республики Казахстан на современном этапе // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – А., 2005. - №35. – С. 69-72.

3. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учеб.пос./ под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304с.

УДК 614.2:613

К СОХРАНЕНИЮ И РАЗВИТИЮ ПОТЕНЦИАЛА ЗДОРОВЬЯ – ЧЕРЕЗ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

ШАГЫРБАЕВА А.А., ШАЙКЕНОВА А.Т., ПАЛТУШЕВА Т.П.

ОЦПФЗОЖ, г. Тараз, НЦПФЗОЖ МЗ РК, г. Алматы

Резюме

В статье обсуждается о солидарной ответственности за здоровье граждан государства, работодателя и каждого человека в отдельности, сделаны акценты на аспекты формирования здорового образа жизни и определены основные факторы, способствующие развитию заболеваний.

Тұжырым

Мақалада адам денсаулығына мемлекеттің, жұмыс берушінің және азаматтың өзінің ынтымақты жауапкершілігінің мәселелері талқыланады, салауатты өмір салтын қалыптастыру аспетілеріне тоқталып аурулардың үндеуін қолдайтын негізгі факторлары белгіленген.

Summary

In the article issues of a shared responsibility of state, employers and human for own health are discussed, the author focuses on the aspects of healthy lifestyle development and the main factors contributing to the development of the diseases.

Экономический рост и политическая стабильность, которых за последние годы добился Казахстан, дает возможность проведения глубоких социально – экономических реформ. Одной из задач в области устойчивого развития страны является увеличение средней продолжительности жизни населения с внедрением и совершенствованием механизмов, обеспечивающих оздоровление нации.

«Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике сферы здравоохранения и повседневной жизни населения» - подчеркнул Президент Республики Казахстан Н.А.Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана».

Без активности людей невозможно решение даже части проблем сохранения и укрепления здоровья нации. Все население страны должно быть ответственным за сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья своих детей. Эта благородная задача должна осуществляться через формирование здорового образа жизни, раннюю профилактику заболеваний и умение пользоваться гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи. Одним из его основных инструментов остается комплексное межсекторальное взаимодействие по усилению факторов, определяющих сохранение и развитие потенциала здоровья человека: здоровое питание, достаточная физическая активность, отказ от вредных привычек, своевременное прохождение профилактических медицинских осмотров.

В основе многих заболеваний человека лежат поведенческие факторы риска, такие, как курение, потребление алкоголя и другие. Проведенные социологические исследования по изучению образа жизни населения области в 2010 году показали, что распространенность табакокурения среди населения старше 12 лет составляет 21%, потребления алкоголя в опасных дозах – 16,2%. В области только 16,9% людей занимаются ежедневными физическими упражнениями не менее 30 минут.

Высокая распространенность факторов риска обусловлена низким уровнем ответственности населения за свое здоровье, здоровье своей семьи и окружающих. Вместе с тем, опыт различных стран и данные международных исследований, активные и системные вмешательства на образ жизни положительный эффект в сохранении и укреплении их здоровья: снижение потребления алкоголя в опасных для здоровья дозах на 10% сокращает смертность среди мужчин на 20% и смертность от несчастных случаев на 5%, увеличение потребления овощей и фруктов в среднем до 400 г в день может снизить риск смертности от ишемической болезни сердца на 20%, от инсульта – на 25%, от злокачественных новообразований – на 20% снижение уровня хо-

лестерина на 1% сможет снизить смертность от ишемической болезни сердца на 2-4%, снижение курения на 1% может предотвратить 2000 смертей от инфарктов миокарда, уменьшение количества лиц с повышенным артериальным давлением на 1% сохраняет 1500 жизней в год.

В то же время одним из принципов государственной политики в области здравоохранения является солидарная ответственность государства работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья (кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»). С этой целью основной акцент в Государственной программе развития здравоохранения на 2011 – 2015 годы сделан на популяризацию здорового образа жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье. Предложены меры по формированию мотивации работодателей по созданию условий для ведения здорового образа жизни, повышению корпоративной социальной ответственности работодателя в вопросах охраны здоровья граждан. Так, в 2013 году предусмотрено проведение конкурса на президентскую награду «Лучший работодатель, обеспечивающий условия для ведения здорового образа жизни на предприятии».

В целях дальнейшего укрепления здоровья населения особое внимание уделено совершенствованию подходов к проведению профилактических осмотров целевых групп населения путем скрининговых исследований. Каждый человек, ответственно относящийся к своему здоровью и своему будущему, должен знать и принимать активное участие в прохождении профилактических осмотров. Человек сам в большей мере в ответе за состояние своего здоровья. В этой связи актуальным является формирование общественного мнение и активности в пользу здорового образа жизни. Здоровый образ жизни должен для каждого нормой, только тогда мы сможем добиться позитивных результатов, увидим прогресс.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента РК Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» (Астана, 29 января 2010 года).

2. Хайдарова Т.С., Нурмуханбетова Р.Н. Мониторинг распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения РК 1998-2007 годы, Журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья » № 1 – 2009.

УДК 616.89-008.482-053.2:343.71+615.851

МЕТОДИКА БЕСЕДЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ КЛЕПТОМАНИЕЙ ДЛЯ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ И ДЕТСКИХ ПСИХИАТРОВ

ЯКУБОВА С.Ю.

ГУ Специальная (коррекционная) школа-интернат №6 для детей с интеллектуальными нарушениями развития, г. Алматы

Резюме

На настоящий момент не существовало методических указаний для бесед с родителями детей, страдающих воровством. Данные рекомендации - попытка исправить настоящее положение вещей в помощь специалистам, проводящим семейную психотерапию с родителями клептоманов, учитывая международный опыт. В методике беседы с родителями подробно описываются причины, побуждающие ребенка к воровству и дается ряд рекомендаций для мам и пап, желающих справиться с данной проблемой.

Тұжырым

Бүгінгі күнде ұрлық жасаушы науқаз балалардың ата-аналармен әңгіме жүргізетін әдістемелік нұсқаулар жоқ.Бұл кеңестер - дүниежүзілік тәжірбиені ескере отырып, клептоманиямен науқаз балалардың ата-аналарыны жүргізілетін жануялық психотерапияның көзіргі жағдайың түзетуге мүмкіндік береді. Ата-аналармен әңгімелесу әдістемесінде балаларды ұрлық жасауға итермелеу мәселелері және онымен күрескісі келетін аналар мен әкелерге арналған кеңестер толық көрсетілген.

Summary

So far there have been no guidelines for the interviews with the parents of the children suffering from theft. These recommendations are called to improve the situation and aid the experts conducting family therapy with parents of kleptomania-prone children, given the international experience. These methods of conversations with parents contain detailed descriptions of causes which impel child to steal and provide a number of recommendations for moms and dads wishing to deal with this problem.

Очень часто в своей практике детские специалисты сталкиваются с проблемой клептомании или воровства у детей. К сожалению, тема клептомании недостаточно изучена. В литературе часто можно найти ссылку на неизлечимость этой болезни, которая ломает судьбы людей, делая их преступниками. Работники милиции и те, кто работает с трудными детьми, в большинстве своем ставят воровство только в вину родителям, окружению, не принимая во внимание, что это может быть болезнью, а значит, бедой, а не виной маленького ребенка или подростка. Вырастая, такие люди часто не могут адекватно оценивать свои поступки, опускаются, становятся рецидивистами [1].

Клептомания (от греч. klepto — краду, похищаю и mania — страсть, безумие). Патологическое импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление. Характерны неожиданность появления влечения, чрезвычайная аффективная напряженность, отсутствие признаков нарушенного сознания, каких-либо психических задержек. Клептоманические импульсы возникают на фоне тяжелой дисфории; по выполнении желаемого действия больной испытывает чувство удовлетворения, облегчения.

По Н.П. Бруханскому (1930) истинная клептомания наблюдается у лиц психопатического склада с расстройствами настроения и влечений. Отмечается связь с сексуальными переживаниями. Характерна направленность деятельности не на какой-либо определенный предмет, а на сам акт кражи, которая часто не соответствует социальному и материальному положению больного [2].

А ведь сама проблема очень даже решаема с помощью психотерапии и профессионального подхода не только к страдающим детям, но и их родителям. Что является, несомненно, одной из важных составляющих по пути к выздоровлению. Для эффективного сотрудничества важно убедить родителей и детей, что вы вместе будете бороться не с какой-то манерой поведения ребен-

ка (которую он, возможно, оправдывает, особенно в семейных конфликтах), а с тем страданием, которое ему же и его близким доставляет эта манера поведения [3].

На настоящий момент не существовало методических указаний для бесед с родителями детей, страдающих воровством. Данные рекомендации – попытка исправить настоящее положение вещей в помощь специалистам, проводящим семейную психотерапию с родителями клептоманов.

Семейная психотерапия – комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Эйдемиллер Э.Г., Юстицких В.В.). Исходя из данного определения, можно говорить о трех аспектах понимания семейной психотерапии: 1) оптимизация семейного окружения; 2) психологическое воздействие на пациента, страдающего психическими и поведенческими расстройствами, с использованием группового семейного эффекта; 3) нормализация семейных отношений психически здоровых лиц. Третий аспект выходит за рамки традиционной медицинской проблематики и обозначается, как семейное консультирование [4].

Одна из большого количества обычных проблем, с которой встречаются родители, но о которой не любят говорить, это - что делать, когда ребенок ворует. Есть много различных причин, по которым Ваш ребенок крадет и много различных способов решить эту проблему.

Маленькие дети не воруют. А почему? А потому, что дети в возрасте до 4-5 лет еще не имеют понятия собственности. Они не понимают, что неправильно брать вещи, которые принадлежат другим. В пять лет внимание, которое ребенок проявляет к себе самому и окружающему миру, подводит его к периоду подражания, во время которого ребенок учится играть роль и придумывает себе героя. Однако на всем протяжении этой стадии мышление ребенка отмечено синкретизмом, он расшифровывает ту или иную ситуацию по какой-нибудь детали или набору деталей, между которыми он не способен устанавливать причинно-следственные связи [5].

К тому времени, когда ребенок поступает в начальную школу, он должен знать, что кража – это плохо. Часто дети в этом возрасте берут чужие вещи, потому что они плохо контролируют свои эмоциональные желания иметь то красивое и интересное, что имеют соседские дети.

Десятилетний ребенок или подросток может украсть для острых ощущений или потому, что это делают друзья. Таким образом, он может пытаться получить чувство контроля над своей жизнью или суррогатно заполняет эмоциональную пустоту в своей душе. Учебная стадия (с 6 до 12-14 лет) - стадия, когда ребенок поворачивается лицом к внешнему миру. Мышление ребенка становится более объективным, что способствует углублению его знаний о вещах, их свойствах и применении. Он знакомится с сочетаниями и категориями не только предметов, но и различных форм активности (в школе, дома, во время игр и т. д.), в которых он мало-помалу начинает участвовать. Развитие ребенка, таким образом, сопровождается ростом его независимости [5].

Независимо от причины, по которой ребенок ворует, родители должны подойти к проблеме с мудростью и терпением. Если Вы будете реагировать согласно первому естественному предпочтению, то в ответ реакция ребенка почти наверняка будет неправильной и разрушительной. Давайте же разберемся, почему воруют дети. Почему ребенок ворует?

Как мы все понимаем, существует целый ряд причин, по которым это происходит:

1) Ребенок не может управлять собой

У младших детей есть трудности с контролем собственных эмоций. Ребенок может взять что-то (хотя он знает, что кража является неправильной) просто потому, что он не может помочь себе получить желаемое. Вы должны дать Вашему ребенку возможность получить то, что он хочет, честным способом. Кроме того, Вы должны попытаться минимизировать искушение, например, поиграв с ребенком в такие ситуации и тактично дав понять о ряде неприятных последствий для него.

2) Главные потребности ребенка не удовлетворяются

Дети абсолютно во всем зависят от своих родителей. Это касается и удовлетворения детских потребностей. Ребенок, который чувствует, что его потребности не удовлетворяются, в конечном счете «возьмет вопрос в свои руки». И самый легкий способ для ребенка сделать это - самому взять то, в чем он нуждается.

То, что нужно разным людям, является субъективным. Даже при том, что родители не считают, что у ребенка должно быть что-то, для Вашего ребенка это может быть реальной необходимостью. Например, если у школьных дру-

зей ребенка есть карманные деньги, то и Ваш ребенок испытывает потребность в карманных деньгах. Он будет чувствовать эту нехватку, даже если Вы предоставляете ему все, что он хочет. Этот тип ребенка может испытать желание украсть деньги именно для того, чтобы они у него были, как у всех.

3) Потребность получить больше внимания

Вероятно, наиболее распространенная причина, почему дети крадут, состоит в том, что они чувствуют эмоциональную нехватку в своей жизни. Ребенок, который не испытывает удовлетворения своих эмоциональных потребностей, чувствует себя пустым внутри. Он может взять чужие вещи в попытке заполнить эту пустоту. Как часто дети, которые крадут, одиноки и/или испытывают затруднения при общении со сверстниками в школе и дома. Им не хватает средств или возможностей, чтобы выразить свои чувства.

Многие дети не получают внимание, в котором они нуждаются. Такой ребенок может чувствовать себя нелюбимым или считать, что родители не заинтересованы в нем. Это может быть правдой или нет. Для Вашего ребенка Ваше регулярное внимание более важно, чем гипертрофированный объем и высокая материальная стоимость эпизодического внимания, которое часто выделяют своим детям родители-трудоголики. Если же это происходит, то дети могут перевести свои эмоциональные потребности в материальные желания. Кража - способ этих детей выразить свое недовольство и возможность получить удовлетворение.

4) Потребность самому контролировать свою жизнь

Дети остро осознают свою уязвимость. Им не хватает возможности управлять своей жизнью. Если ребенок испытывает подобные чувства, чувствует себя в семье иждивенцем, он может украсть, чтобы приобрести отсутствующее чувство контроля или взбунтоваться против семьи.

5) Давление сверстников

Дети старшего возраста часто делают тоже самое, что делают их друзья. Если ребенок общается с группой детей, которые представляют кражу захватывающим приключением, подросток может украсть, чтобы быть частью группы. Иногда ребенок может украсть, чтобы показать свою храбрость друзьям. Если Ваш ребенок попал в группу плохих друзей, есть некоторые очень конкретные вещи, которые Вы можете сделать, чтобы решить эту проблему:

- Не нападайте на друзей Вашего ребенка;
- Заручитесь помощью взрослых или ответственных старших подростков, которые могут положительно повлиять на вашего ребенка;
- Познакомьтесь с друзьями Вашего ребенка для возможности совместного общения [6].

Что делать, когда Вы подозреваете, что Ваш ребенок ворует?

1) Оставайтесь спокойным

Не надо слишком остро реагировать. То, что ребенок крадет, не означает, что он - вор или начал преступную жизнь. Это действительно не отличается от любой другой ошибки, которую делает Ваш ребенок.

2) Не принимайте это как личное

Дети воруют, чтобы привлечь внимание. Если Ваш ребенок крадет у Вас, и Вы воспримите это в качестве личного нападения, то однозначно укрепите причину, по которой ребенок украл.

3) Не обвиняйте Вашего ребенка и не вступайте в противостояние

Эта мысль должна быть подчеркнута. Вы непременно должны застать своего ребенка на месте преступления. Вы никогда не можете обвинять своего ребенка по косвенным доказательствам. Ведь в такой ситуации ребенок или будет лгать, и Вы укрепите его непорядочность, или он признается. Если же он скажет правду и Вы накажите его, то ребенок быстро научится лгать, чтобы избежать наказания. В любой ситуации Вы проигрываете. Поэтому косвенные доказательства не работают.

Если Вы узнали, что Ваш ребенок украл, от третьего лица, но сам ребенок отрицает это, Вы вынуждены верить своему ребенку. Если Вы не сделаете этого, то покажете Вашему ребенку, что не доверяете ему. Ничто не поощряет ребенка быть нечестным больше, чем знание, что его родители не доверяют ему. Если же ребенок признается, то Вы будете не в состоянии наказать его.

Даже если Вы на 99 % уверены, что Ваш ребенок крадет, этого не достаточно, чтобы обвинить его. Например, вы говорите, что вчера в вашем кошельке была совершенно новая банкнота в 2 тысячи тенге, которая сегодня отсутствует. Вы убирали вещи своего ребенка, и нашли в кармане его джинсов спрятанные новые 2 тысячи тенге. Но это не означает, что Вы поймали своего ребенка. Возможно, кто-то еще потерял новые 2 тысячи, и он нашел их. Возможно, Ваши 2 тысячи упали из Вашего кошелька на улице, и Ваш ребенок нашел их. Если Вы сами не видите, что Ваш

ребенок лезет в Ваш кошелек и вынимает 2 тысячи тенге, значит, Вы не видели, что он их украл.

4) Убедитесь, что Ваш ребенок знает, что то, что он сделал, является неправильным

Это особенно справедливо в отношении детей младшего возраста (о чем мы говорили выше).

Что делать, если вы ловите вашего ребенка на краже?

Не просите у ребенка объяснения. Просто заявите, что ему не разрешается брать вещи у других людей. Не поучайте его, используйте простые объяснения («Кража является неправильной. Ты же не хочешь, чтобы кто-то забрал твою игрушку. Вот и ты поступил неправильно, взяв игрушку Малики»).

Никогда не думайте, что Ваш ребенок плохой. Кража - плохая, но не ребенок. Не называйте своего ребенка вором, нечестным, лгуном или любым другим именем, если Вы не хотите, чтобы он стал им в будущем. Если Вы поставите на Вашем ребенке клеймо, он вырастет, чтобы его заполнить.

Если Ваш ребенок украл что-то вне семьи

Ваш ребенок должен возместить убытки. Если ваш ребенок украл из магазина или у соседей, то он должен вернуть то, что украл, прилюдно. Попросите ребенка принести извинения и сказать, что он никогда не будет делать этого снова. Вы должны сопровождать своего ребенка, чтобы облегчить для него происходящее.

Если Ваш ребенок украл деньги у Вас

Вы должны оценить сумму, которую взял ребенок и ясно дать понять, что он должен ее вам компенсировать. Он может сделать это, помогая вокруг дома и в доме за деньги. Вы должны заплатить ему достаточно, что он заплатил свой долг через приблизительно через месяц. Скажите ему, что Вы понимаете, что он нуждается в большем количестве денег, и дайте ему вознаграждение или увеличьте те карманные деньги, которые он получает.

Уберите искушение

Не разбрасывайте деньги, где ребенок может найти их. Расскажите его братья и сестрам, что вы собираетесь контролировать их деньги какое-то время. Не говорите им, почему. Не посылайте этого ребенка в магазин, чтобы купить что-то, с большой купюрой, так как при большой сдаче снова возникает искушение.

Выясните, почему Ваш ребенок украл

Если он нуждается в большем внимании, прилагайте специальные усилия, чтобы дать ему его. Если он хочет больше контролировать свою жизнь, увеличьте выдаваемые ребенку карманные деньги и позвольте ему с большей свободой потратить их, как он желает. Если он нуждается в определенных вещах, чтобы быть частью его группы сверстников, удостоверьтесь, что он получает их.

Продолжите доверять своему ребенку

Если Ваш ребенок крадет, это не означает, что он плохой или, что он - вор. Вы же не хотите своим поведением заставить его пойти этим путем. Ваш ребенок выполнит Ваши ожидания. И если Вы будете смотреть на него, как на вора, плохого или нечестного, то он превратится в то, чем вы его называете («Если постоянно говорить человеку, что он свинья, то в конце концов он встанет на четвереньки и захрюкает»).

Будьте моделью честности

Дети учатся, наблюдая за своими родителями. Вы должны показывать порядочность по поводу права собственности других. Родитель, который приносит домой канцелярские мелочи с работы или хвастается об ошибке кассира в кассе супермаркета, учит своего ребенка, что честность не важна.

А может он болен?

Если, не смотря на всю заботу, любовь и ласку, проявленную в общении с малышом, в вашем доме по-прежнему появляются безделушки неизвестного происхождения — это повод для беспокойства. Возможно, ребенок действительно страдает редким заболеванием - клептоманией. Но не спешите навешивать на него ярлык психического расстройства, сначала серьезно задумайтесь о профессиональной помощи психолога или психотерапевта. Важно понять: при клептомании воровство — это следствие, вторичные проблемы по отношению к внутренним изъянам психики ребенка. У детей, страдающих клептоманией, просто нет способности контролировать свои импульсы и понимать свое поведение. Следовательно, чтобы ребенок с психическим расстройством перестал воровать, его нужно лечить [7]. Уже после того, как не помог психолог и психотерапевт, обязательно нужно обратиться к детскому психиатру. Помните, столь серьезный диагноз, как клептомания, может поставить только профессиональный психиатр. В зависимости от коморбидности, Вашему ребенку будет назначено соответствующее лечение. Например, американский психиатр Джон Грант успешно лечит клептоманию налтрексоном [8].

Кража - обычная проблема. Вы должны рассматривать ее, как любую другую ошибку, которую делает Ваш ребенок. Это - что-то, что должно быть исправлено, но это не более того. Если Вы поведете себя должным образом, Вы можете исправить эту проблему быстро и легко. При более тяжелых ситуациях нужно уметь вовремя обратиться к детским психологу, психотерапевту и психиатру, для получения квалифицированной помощи и решения вопроса о лечении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воровство как болезнь: методы борьбы с клептоманией. - http://psy.rin.ru/cgi-bin/news.pl?id=188844 (обращение к ресурсу 01.08.11).

2. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. - М.: Медицина, 1995. - 156 с.

3. Романин А.Н. Основы психотерапии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 1999. - 208 с.

4. Игумнов С.А. Психотерапия и психокоррекция детей и подростков, М.: Издательство Института Психотерапии, 2000. - С.62.

5. Годфруа Ж. Что такое психология? В 2-х т., т.2, гл.10, С.14.

6. Anthony Kane. What to Do When Your Child is Stealing. – 2009. - http://searchwarp.com/swa264557.htm (обращение к ресурсу 01.08.11).

7. Попова Т. Детское воровство или почему ребенок ворует? - http://www.psyh.ru/rubric/4/articles/9/ (обращение к ресурсу 01.08.11).

8. Клептомания. - Материал из Википедии — свободной энциклопедии. - http://ru.wikipedia.org (обращение к ресурсу 01.08.11).