

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 3. 2012 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 докторской (кандидатских) диссертаций.

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2918415, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 52. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Батгакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:
профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:
профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:
Досаева С.К.

Технический секретарь:
Искакова А.А.

Редакционная коллегия:
Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.
(Ташкент), Куаньшбекова Р.Т.,
Жандосов Ш.У., Каржаубаева Ш.Е.,
Булешев М.К. (Шымкент),
Даленов Е.Д. (Астана),
Палтушева Т.П.

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

Редакционный совет:
Сулейманова Г.Р. (Алматы)
Тогайбекова 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)
Сатыбалдиев Ж.Т. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)
Иманбекова Г.М. (Тараз)
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)
Мабиев К.Н. (Караганда)



МАЗМҰНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚҰРАСТЫРУ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРШЫЛЫҚ ЖЕТІЛДІРУ СҰРАҚТАРЫ

Ж.Е. Баттақова, Т.И. Слажнева, Ө.А. Адаева, А.А. Иманғалиева Жүрек-қан тамырлары аурулары қауіп-қатерінің мінез-құлық факторлары профилактикасы бойынша жалпы дәрігерлік тәжірибие мамандарының жұмысын ұйымдастырудың халықаралық тәжірибие талдауы.....	8
Ж.Е. Баттақова, Т.И. Слажнева, Т.С. Хайдарова, Т.П. Палтушева, Ө.А. Адаева Қауіп-қатердің мінез-құлық факторлары және өмір салты факторларының мониторингі.....	11
Ж.Е. Баттақова, Ш.Е. Қаржаубаева, Л.Н. Шумилина Алкогольді шамадан тыс тұтыну профилактикасына және қазақстандағы сау өмір салтын насихаттауға қазіргі заманғы қадамдар.....	16
К.Қ. Медеубаева, А.Т. Шайкенова, А.А. Қадырәлиева Дұрыс тамақтану – мектеп жасындағы балалар өмірінің сапасы.....	19
Т.С. Хайдарова, К.Ж.Муржакупов, Л.К.Муржакупова Қауіп-қатердің мінез-құлық факторларының таралуы және Қазақстан аумағында жиналған халық арасында инфекциялық емес аурулар дамуының бастапқы профилактика шаралары.....	21
В.Е. Егорычев Қарияларда жүрек-қан тамырлары ауруы кезінде өмір сапасы мен тәртіптік қауіп-қатер факторлары (жүйелік шолу).....	27
Ж.Т. Сатыбалдиев Алдын алу технологияларының денсаулық сақтауындағы медицина-өлеуметтік тиімділік.....	33
Н.Ш. Жұмағұлова «Денсаулық сақтауды дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру бойынша Батыс-Қазақстан облысының денсаулық сақтаудағы тиімді саясаты.....	37

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Ж.Е. Баттақова, Т.И. Слажнева, А.А. Адаева, Т.П. Палтушева, А.А. Иманғалиева Зерттелген аймақтардың қоршаған орта шарттарын және оның денсаулыққа әсері жайлы тұрғындардың пікірлерін бағалау.....	40
Т.И. Слажнева, Х.С. Шаухаров, М.А. Даришева, А.А. Акимбаева Тараз қаласы, Шолаққорған кенті және Созақ кенті халқының өмір сапасын бағалау.....	44
Т.К. Ботабекова, К.С. Кенжебаева, Б.И. Есеркепова Мектеп жасына дейінгі балаларда рефракциялық көрсеткіштерді зерттеу.....	48
Т.С. Хайдарова, К.Ж.Муржакупов, Л.К.Муржакупова Біліктілікті үздіксіз арттыру жүйесін және жалпы дәрігерлік тәжірибие мамандарының инфекциялық емес аурулардың профилактикасы бойынша біліктілік талаптарының мониторингі.....	50
Т.С. Хайдарова, К.Ж.Муржакупов, Л.К.Муржакупова Амбулаториялық-емханалық ұйымдар деңгейінде алдын алу кеңес беруді енгізу перспективалары және Денсаулық мектептерінің тиімділігін бағалау тәсілдемелері.....	54
В.Е. Егорычев Кардиоваскулярлы сырқаттанушылықтарды алдын алу жұмысын ескеру бойынша жалпы тәжірибелі дәрігер мамандарының дифференциалды еңбек ақысы.....	58
Н.Т. Өтембаева Жасөспірімдерді қарулы күштерде әскери қызметте борышын атқару мақсатында дайындық жоспарында салауатты өмір салтын құрастыру және денсаулықты нығайту үшін методикалық әдіс жолдарын табу.....	63
С.Ж. Шайдарова Алғашқы медико-санитарлық жәрдемді ұйымдастырудағы халықаралық практикалық тәжірибемен алмасу туралы.....	66
А.Б. Джувашев, Б.Б. Еспаева Алматы қаласы ОҚКА хирургия бөлімінің жұмысын бағалау.....	69
Б.Б. Еспаева көп салалы стационардың қызметін талдау.....	71
К.Е. Төлендиева, Г.А. Жармұханбетова, К.И. Дауылбаева Халық денсаулық жағдайын оңтайлы басқарудың кешенді шаралары.....	73
К.Е. Төлендиева, Г.А. Жармұханбетова, К.И. Дауылбаева Медициналық көмек сапасын қамтамасыз етудің қазіргі жағдайы.....	75
Л.А. Соколова 2008-2010 жылдардағы Алматы облысы Іле ауданы халқының алғашқы аурушылығына талдау жасау.....	76
В.В. Соломко, Р.М. Нүрсейітов, Е.С. Құрманов, М.Н. Бұрханова Құрылыс нысандарының және материалдардың радиациялық қауіпсіздігі.....	79
В.В. Соломко, Р.М. Нүрсейітов, Е.С. Құрманов, М.Н. Бұрханова Иондаушы радиацияның бақылаушы көздерін қолданған кезде радиациялық қауіпсіздіктің проблемалық мәселелері.....	80
В.В. Соломко, Р.М. Нүрсейітов, Е.С. Құрманов, М.Н. Бұрханова Радон және оның ыдырау өнімі.....	82
Р.Т. Меирманова Дәрілік аллергияның алдын алу.....	84
Г.С. Сайнова Сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету мәселелері.....	86

ИНФЕКЦИЯ ЕМЕС АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Т.П. Палтушева, Д.О. Ділімбетова, Р.К. Алдгереева Жүрек-қан тамырлары аурулары дамуының және қауіп-қатердің мінез-құлық факторлары мәселелеріндегі білімді және дағдыларды бағалау жөніндегі халықты өлеуметтік зерттеудің мәліметтерін талдау.....	89
--	----



Н.А. Сулейманова, Т.А. Югай Жатыр мойыны обырын ерте сатыда анықтау бойынша скринингілік тексеруді іске асыру, бағдарламаны ақпараттық қамтамасыз ету.....	96
Н.А. Сулейманова Қазақстан Республикасындағы Бүкіләлемдік жүрек күні шеңберінде жүрек-қан тамырлары ауруларының белсенді профилактикасы.....	98
С.Ж. Шайдарова, Н.Ж. Кенжебаев Қарағанды қ. № 4 емхана «саламатты қазақстан» мемлекеттік бағдарламаны енгізудің нәтижесі туралы.....	100
С.Ж. Шайдарова, М.Г. Засухина Тұрғындардың скринингілік тексеруден өткізудің нәтижесі туралы.....	103
Р.Т. Меирманова Жүрек-қан тамыр жүйесі ауруларының дамуындағы қауіп факторларының рөлі.....	106

АНА МЕН БАЛАНЫ ҚОРҒАУ

Л.А. Соколова Алматы облысы Іле ауданындағы туушылық туралы.....	108
Г.А. Байымбетова, А.К. Қаражанова Қайталанбалы ЖРВИ және «жиі ауыратын балаларды» шынықтыруды ұйымдастыру...	109
Е.Р. Даберова Жамбас түбі патологиясының және анатомиясының ультрадыбыстық диагностика мүмкіндігі.....	111
Е.Р. Даберова Жүктіліктің ІІ триместрінде ультрадыбыстық зерттеу барысында ұрықтың жүрегін тексеру.....	114
Е.Р. Даберова Репродуктивтік жастағы әйелдердегі жатырдың гемодинамикасының физиологиялық өзгерістері.....	117
А.А. Қалырәлиева Қазақстан республикасындағы босқын-әйелдердің репродуктивтік денсаулығының профилактикасы....	120
А.К. Құрманова БМСК –те 0 мен 5 жас аралығындағы балаларға дәрігерлік жәрдем көрсету сапасына балалық шақта болатын біріктірілген аурулардың әсері.....	125

КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДІ МЕДИЦИНА

С.С. Боздаева, А.Н. Нұрбақыт Антибиотиктер дәрілік аллергияның пайда болуының ең жиі факторы ретінде.....	127
С.С. Боздаева, А.Н. Нұрбақыт, Л.А. Соколова Қазақстандағы балалар арасында бронх демікпесінің таралу себептерінің қазіргі жағдайы.....	129
С.С. Боздаева, А.Н. Нұрбақыт, Л.А. Соколова Аллергиялық риниттің таралуының қазіргі жағдайы.....	131
С.С. Боздаева, А.Н. Нұрбақыт Медикаментозды аллергияның таралу себептерінің қазіргі жағдайы.....	134
Х.Т. Қосмұратова Созылмалы цереброваскулярлық жетіспеушілігі бар ауруларды емдеу мәселелеріне.....	136
К.К. Бекмұхамбетов Отит терапиясындағы ципромед құлақ тамшылары.....	139
Г.У. Әбдірайымова Учаскелік педиатрдің тәжірибесіндегі жіті ішек инфекциясы кезінде оңтайлы терапия.....	141
Ж. Шайзода, М.Г. Зинкова, Э.В. Котенева, С.С. Қожабекова Миастения.....	143
Ж. Шайзода Инсульттан кейін оналту.....	144
Ж. Шайзода, С.С. Қожабекова, М. Г. Зинкова Омыртқаның бел бөліміндегі остеохондроз.....	146

ИНФЕКЦИЯ АУРУЛАРЫНЫҢ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ, МАСКҮНЕМДІК ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ

Р.А. Мүсілімова, В.А. Шрейн, Б.У. Сыдықов, О.Ж. Ұзақбаев, С.С. Мутиев «Балаларда кенеттен болатын менингококк түрінің сипаттамасы».....	148
Қ.Н. Набенов, С.Ә. Әміреев, А.М. Курбанов, Б.Б. Утегенов Кеміргіштермен күресу және оның тарихы.....	152
Қ.Н. Набенов, С.Ә. Әміреев, А.М. Курбанов, Б.Б. Утегенов Ратификациямен жұмыс істегенде қауіпсіздік техникасы....	154
Қ.Н. Набенов, С.Ә. Әміреев, Л.Б. Сейдулаева, А.К. Дүйсенова, Р.А. Егембердиева, А.М. Курбанов, Б.Б. Утегенов Тропикалық инвазиялық аурулар және оларды алдын алу шаралары.....	156
Ж.С. Асқарова Балалардағы өкпеден тыс болатын туберкулез ағымының ерекшеліктері.....	158
С.Р. Әмірзақова Балалардағы өкпе туберкулезінің дамуына әсер ететін қауіп-қатер факторлары және емдеу барысында стационарлық кезең тиімділігі.....	161
Ю. Ч. Ем Созылмалы В және С вирусты гепатиттері бар балаларға динамикалық қадағалау жасау.....	164

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

М.А. Избасаров Тұмау және ЖРВИ профилактикасы, мәселерді шешудің жолдары.....	167
А.М. Омарова Балалар тәжірибесінде вегеталық-тамырлық дистонияны емдеуде танаканды қолдану.....	169
А.К. Тасболатова Вегеталық-тамырлық дистония.....	172
А.А. Жақсыбаева Бассүйекшілік гипертензия.....	174
Т. А. Есенбеков АИТВ/ ЖИТС -тың алдын алу - жалпы ұлттық мәселеле!.....	176



СОДЕРЖАНИЕ

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

Ж.Е. Баттакова, Т.И. Слажнева, А.А. Адаева, А.А. Имангалиева Анализ международного опыта организации работы специалистов общей врачебной практики по профилактике поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.....	8
Ж.Е. Баттакова, Т.И. Слажнева, Т.С. Хайдарова, Т.П. Палтушева, А.А. Адаева Мониторинг факторов образа жизни и поведенческих факторов риска.....	11
Ж.Е. Баттакова, Ш.Е. Каржаубаева, Л.Н. Шумилина Современные подходы к профилактике чрезмерного употребления алкоголя и пропаганде трезвого образа жизни в Казахстане.....	16
К.К. Медеубаева, А.Т. Шайкенова, А.А. Кадыралиева Рациональное питание – качество жизни детей школьного возраста.....	19
Т.С. Хайдарова, К.Ж.Муржакупов, Л.К.Муржакупова Влияние немедицинских детерминант и меры первичной профилактики развития неинфекционных заболеваний среди населения урбанизированных территорий Казахстана.....	21
В.Е. Егорычев Поведенческие факторы риска и качество жизни при сердечно-сосудистых заболеваниях у пожилых людей (систематический обзор).....	27
Ж.Т. Сатыбалдиев Медико-социальная эффективность профилактических технологий в здравоохранении.....	33
Н.Ш. Жумагулова «Эффективная политика здравоохранения Западно-Казахстанской области по реализации государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы».....	37

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Ж.Е. Баттакова, Т.И. Слажнева, А.А. Адаева, Т.П. Палтушева, А.А. Имангалиева Оценка экологической ситуации и ее влияния на здоровье респондентов урбанизированных регионов.....	40
Т.И. Слажнева, Х.С. Шаухаров, М.А. Даришева, А.А. Акимбаева Оценка качества жизни населения г. Тараз, п. Шолаккорган и п. Созак.....	44
Т.К. Ботабекова, К.С. Кенжебаева, Б.И. Иссергенова Исследование рефракционных показателей у детей дошкольного возраста.....	48
Т.С. Хайдарова, К.Ж.Муржакупов, Л.К.Муржакупова Организация системы непрерывного повышения квалификации и мониторинг квалификационных требований по профилактике неинфекционных заболеваний специалистов общей врачебной практики.....	50
Т.С. Хайдарова, К.Ж.Муржакупов, Л.К.Муржакупова Перспективы внедрения профилактического консультирования на уровне амбулаторно-поликлинических организаций и подходы к оценке эффективности Школ здоровья.....	54
В.Е. Егорычев Дифференцированная оплата труда специалистов общей врачебной практики с учетом работы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.....	58
Н.Т. Утембаева Методические подходы к укреплению здоровья и формированию здорового образа жизни у подростков в плане подготовки к службе в вооруженных силах.....	63
С.Ж. Шайдарова Об обмене международным практическим опытом в организации первичной медико-санитарной помощи.....	66
А.Б. Джувашев, Б.Б. Еспаева Оценка деятельности хирургического отделения на примере многопрофильного стационара.....	69
Б.Б. Еспаева Анализ деятельности многопрофильного стационара.....	71
К.Е. Тулендиева, Г.А. Джармуханбетова, К.И. Даулбаева Комплекс мероприятий по оптимизации управления состоянием здоровья городского населения.....	73
К. Е. Тулендиева, Г.А. Джармуханбетова, К.И. Даулбаева Современное состояние вопросов обеспечения качества медицинской помощи.....	75
Л.А. Соколова Анализ первичной заболеваемости населения Илийского района Алматинской области в 2008-2010 гг. ...	76
В.В. Соломко, Р.М. Нурсейтов, Е.С. Курманов, М.Н. Бурханова Радон и продукты его распада.....	79
В.В. Соломко, Р.М. Нурсейтов, Е.С. Курманов, М.Н. Бурханова Радиационная безопасность строительных объектов и материалов.....	80
В.В. Соломко, Р.М. Нурсейтов, Е.С. Курманов, М.Н. Бурханова Проблемные вопросы радиационной безопасности при использовании контрольных источников ионизирующих излучений.....	82
Р.Т. Меирманова Профилактика лекарственной аллергии.....	84
Г.С. Сайнова Проблема обеспечения качества медицинской помощи.....	86

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Т.П. Палтушева, Д.О. Длимбетова, Р.К. Алдгерева Анализ данных социологического исследования населения по оценке знаний и умений в вопросах профилактики поведенческих факторов риска и развития сердечно-сосудистых заболеваний.....	89
---	----



Н.А. Сулейманова, Т.А. Югай Реализация скринингового осмотра по раннему выявлению рака шейки матки, информационное сопровождение программы.....	96
Н.А. Сулейманова Активная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в рамках всемирного дня сердца в республике Казахстан.....	98
С.Ж. Шайдарова, Н.Ж. Кенжебаев О внедрении государственной программы «Саламатты Қазақстан» в поликлинике № 4 г. Караганды.....	100
С.Ж. Шайдарова, М.Г. Засухина О проведении скрининговых осмотров населения.....	103
Р.Т. Меирманова Роль факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.....	106

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Л.А. Соколова К вопросу о рождаемости в Илийском районе Алматинской области.....	108
Г.А. Баимбетова, А.К. Каражанова Рецидивирующие орви и организация закаливания «часто болеющих детей»... 109	109
Е.Р. Даберова Возможности ультразвуковой диагностики анатомии и патологий тазового дна.....	111
Е.Р. Даберова Осмотр сердца плода в ходе рутинного ультразвукового исследования во II триместре беременности... 114	114
Е.Р. Даберова Физиологические изменения гемодинамики матки у женщин репродуктивного возраста.....	117
А.А. Кадыралиева Профилактика репродуктивного здоровья женщин-беженок в республике Казахстан.....	120
А.К. Курманова Влияние интегрированного ведения болезней детского возраста на качество медицинской помощи детям от 0 до 5 лет.....	125

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

С.С. Буздаева, А.Н. Нурбакыт Антибиотики, как наиболее частый фактор возникновения лекарственной аллергии... 127	127
С.С. Буздаева, А.Н. Нурбакыт, Л.А. Соколова Современное состояние причин распространенности бронхиальной астмы в детском возрасте в Казахстане.....	129
С.С. Буздаева, А.Н. Нурбакыт, Л.А. Соколова Современное состояние распространенности аллергического ринита... 131	131
С.С. Буздаева, А.Н. Нурбакыт Современное состояние причин распространенности медикаментозной аллергии... 134	134
Х.Т. Космуратова К вопросу лечения больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью.....	136
К.К. Бекмухамбетов Ципромед ушные капли в терапии отитов.....	139
Г.У. Абдираимова Рациональная терапия при острых кишечных инфекциях в практике участкового педиатра.....	141
Ж. Шайзода, М.Г. Зинкова, Э.В. Котенева, С.С. Кожобекова Миастения.....	143
Ж. Шайзода Реабилитация после инсульта.....	144
Ж. Шайзода, С.С. Кожобекова, М. Г. Зинкова Остеохондроз поясничного отдела позвоночника.....	146

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

Р.А. Мусилимова, В.А. Шрейн, Б.У. Сыдыков, О.Ж. Узакбаев, С.С. Мутиев Характеристика молниеносной формы менингококцемии у детей.....	148
К.Н. Набенов, С.А. Амиреев, А.М. Курбанов, Б.Б. Утегенов Борьба с грызунами и ее история.....	152
К.Н. Набенов, С.А. Амиреев, А.М. Курбанов, Б.Б. Утегенов Техника безопасности при работе с ратицидами... 154	154
К. Н. Набенов, С.А. Амиреев, Л.Б. Сейдулаева, А.К. Дүйсенова, Р.А. Егембердиева, А.М. Курбанов, Б.Б. Утегенов Болезни тропической инвазии и их профилактические мероприятия.....	156
Ж.С. Аскарлова Особенности течения туберкулеза внелегочных форм у детей.....	158
С.Р. Умирзакова Факторы риска, влияющие на развитие туберкулеза легких у детей и эффективность стационарного этапа лечения.....	161
Ю. Ч. Ем Динамическое наблюдение за детьми с хроническими вирусными гепатитами В и С.....	164

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

М.А. Избасаров Профилактика ОРВИ и гриппа, пути решения проблемы.....	167
А.М. Омарова Опыт применения танакана в лечении вегето-сосудистых дистоний в детской практике.....	169
А.К. Тасполатова Вегето-сосудистая дистония.....	172
А.А. Джаксыбаева Внутречерепная гипертензия.....	174
Т. А. Есенбеков Профилактика ВИЧ/СПИДа – общенациональная проблема!.....	176



CONTENTS

THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE IN PUBLIC HEALTHCARE OF KAZAKHSTAN

Zh.E. Battakova, T.I. Slazhneva, A.A. Adaeva, A.A. Imangaliyeva Analysis of international experience with the work organization of general practice specialists for prevention behavioral risk factors of cardiovascular diseases.....	8
Zh.E. Battakova, T.I. Slazhneva, T.S. Khaidarova, T.P. Paltusheva, A.A. Adaeva Monitoring of lifestyle and behavioral risk factors.....	11
Zh.E. Battakova, Sh.E. Karzhaubaeva, L.N. Shumilina Current approaches to the prevention of alcohol abuse and promote sobriety in Kazakhstan.....	16
K.K. Medeubaeva, A.T. Shaikenova, A.A. Kadiralieva Balanced diet - the quality of life of children of school age.....	19
T.S. Khaidarova, K.Zh. Murzhakupov, L.K. Murzhakupova The prevalence of behavioral risk factors and primary prevention of non-communicable diseases in the population of urban areas in Kazakhstan.....	21
V.E. Yegorychev Behavioral risk factors and quality of life in cardiovascular disease in the elderly (a systematic review).....	27
Zh.T. Satibaldiev Medico-social efficiency of preventive technologies in health care.....	33
N.Sh. Zhumagulova «Effective health policy of the West Kazakhstan region on implementation of the state of the health care» Salamatty Kazakhstan «for 2011-2015».....	37

PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM

Zh.E. Battakova, T.I. Slazhneva, A.A. Adaeva, T.P. Paltusheva, A.A. Imangaliyeva Assessment of the environmental situation and its impact on the health of the respondents in urban areas.....	40
T.I. Slazhneva, Kh.S. Shaukharov, M.A. Darisheva, A.A. Akimbaeva Quality of life of the population, Taraz Sholakkorgan paragraph and paragraph Sozak.....	44
T.K. Botabekova, K.S. Kenzhebaeva, B.I. Isergepova The study of refractive indices in preschool children	48
T.S. Khaidarova, K.Zh. Murzhakupov, L.K. Murzhakupova Organization of continuous training and qualification requirements for monitoring noncommunicable diseases specialist general practice	50
T.S. Khaidarova, K.Zh. Murzhakupov, L.K. Murzhakupova Prospects for implementing prevention counseling at the outpatient organizations and approaches to assess the effectiveness of health schools.....	54
V.E. Yegorychev Differentiated pay specialists general practice with the work on prevention of cardiovascular disease.....	58
N.T. Utembaeva Methodological approaches to health promotion and healthy lifestyles among adolescents in preparation for service in the armed forces.....	63
S.Zh. Shaidarova About exchange of international practical experience in organization of primary medical and sanitary help.....	66
A.B. Dzhuvashiev, B.B. Espaeva Evaluation of the surgical department of the example of a multi-hospital	69
B.B. Espaeva Analysis of multifield hospital.....	71
K.E. Tulendieva, G.A. Dzhamukhanbetova, K.I. Daulbaeva Package of measures to optimize the management of the health of the population.....	73
K.E. Tulendieva, G.A. Dzhamukhanbetova, K.I. Daulbaeva Current status of issues of quality of care.....	75
L.A. Sokolova Analysis of primary incidence Ili district of Almaty region in 2008-2010.....	76
V.V. Solomko, R.M. Nurseitov, E.S. Kurmanov, M.N. Burkhanova Radon and it's decay products.....	79
V.V. Solomko, R.M. Nurseitov, E.S. Kurmanov, M.N. Burkhanova Radiation safety of buildings and materials	80
V.V. Solomko, R.M. Nurseitov, E.S. Kurmanov, M.N. Burkhanova Problematic issues of radiation safety in the use of control of sources of ionizing radiation	82
R.T. Meyurmanova Prevention of drug allergy	84
G.S. Saynova The problem of ensuring quality of care.....	86

PREVENTION OF NONINFECTIOUS DISEASES

T.P. Paltusheva, D.O. Dlimbetova, R.K. Aldgereeva The analysis of the survey data of the population to assess the knowledge and skills in the prevention of behavioral risk factors for cardiovascular disease.	89
N.A. Suleymenova, T.A. Yugay Implementation of a screening examination for the early detection of cervical cancer information support program	96
N.A. Suleymenova Active prevention of cardiovascular disease in the World Heart Day in the Republic of Kazakhstan ...	98
S.Zh. Shaidarova, N.Zh. Kenzhebaev About results of introduction of the state program “salamaty kazakhstan” at the clinic № 4 in Karaganda.....	100



S.Zh. Shaidarova, M.G. Zasukhina About carrying out of screening examinations of population.....	103
R.T. Meyurmanova The role of risk factors in the development of cardio - vascular diseases.....	106

MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION

L.A. Sokolova On the question of fertility Ilii district of Almaty region.....	108
G.A. Bayimbetova, A.K. Karazhanova Recurrent SARS and organization hardening «sickly child».....	109
E.R. Daberova Opportunities ultrasound anatomy and pathology of the pelvic floor.....	111
E.R. Daberova Examination of the fetal heart during a routine ultrasound in II trimester of pregnancy.....	114
E.R. Daberova Physiological changes in hemodynamics of the uterus in women of reproductive age.....	117
A.A. Kadiralieva Prevention of reproductive health of women refugees in the Republic of Kazakhstan.....	120
A.K. Kurmanova Effect of the Integrated Management of Childhood Illness on the quality of medical care for children 0 to 5 years	125

CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

S.S. Buzdaeva, A.N. Nurbakhit Antibiotics, as the most frequent factor of emergence of a medicinal allergy.....	127
S.S. Buzdaeva, A.N. Nurbakhit, L.A. Sokolova Current state of the reasons of prevalence of bronchial asthma at children's age in Kazakhstan.....	129
S.S. Buzdaeva, A.N. Nurbakhit, L.A. Sokolova Current state of prevalence of allergic rhinitis.....	131
S.S. Buzdaeva, A.N. Nurbakhit Current state of the reasons of prevalence medicamentous allergy.....	134
Kh.T. Kosmuratova On the question of the treatment of patients with chronic cerebrovascular insufficiency	136
K.K. Bekmukhambetov Tsipromed ear drops in the treatment of otitis.....	139
G.U. Abdiraimova Rational therapy in acute intestinal infections in practice pediatrician.....	141
Zh. Shaizoda, M.G. Zinkova, E.V. Kotenova, S.S. Kozhabekova Myasthenia	143
Zh. Shaizoda Rehabilitation after insult.....	144
Zh. Shaizoda, S.S. Kozhabekova, M.G. Zinkova Osteochondrosis of the lumbar spine.....	146

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

R.A. Musilimova, V.A. Shreyn, B.U. Sydykov, O.Zh. Uzakbaev, S.S. Mutiev Characteristic of hypertoxic generalized form of meningococcal disease in children.....	148
K.N. Nabenov, S.A. Amireev, A.M. Kurbanov, B.B. Utegenov Rodent and its history...152	
K.N. Nabenov, S.A. Amireev, A.M. Kurbanov, B.B. Utegenov Safety when working with ratsidami..154	
K.N. Nabenov, S.A. Amireev, L.B. Seydulaeva, A.K. Dyysenova, R.A. Egemberdieva, A.M. Kurbanov, B.B. Utegenov Tropical Disease infestation and preventive measures.....	156
Zh.S. Askarova Peculiarities of extrapulmonary tuberculosis in children.....	158
S.R. Umirzakova Risk factors influencing the development of pulmonary tuberculosis in children and effectiveness of inpatient treatment	161
J. C. Em Dynamic monitoring of children with chronic hepatitis B and C.....	164

PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

M.A. Izbasarov Prevention of SARS and influenza, solutions to the problem.....	167
A.M. Omarova Experience in the treatment of Tanakan vascular dystonia in children.....	169
A.K. Taspolatova Vegeto-vascular dystonia.....	172
A.A. Dzhaksybaeva Intracranial hypertension.....	174
T.A. Esenbekov HIV / AIDS - a national problem!.....	176

УДК 616.1-053.9.084(574-21)

**АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ
ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, А.А. АДАЕВА, А.А. ИМАНГАЛИЕВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

ТОО «ЛОР центр Ай-медикус», г. Алматы

Резюме

В обзорной статье приведен анализ международного опыта организации работы специалистов первичной медико-санитарной помощи в общей врачебной практике по формированию здорового образа жизни и профилактике поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Түйіндеме

Шолу мақалада салауатты өмір салтын қалыптастыру және жүрек-қан тамырлары аурулары қауіп-қатерінің мінез-құлқ факторлары профилактикасы бойынша жалпы дәрігерлік тәжірибиеде бастапқы медициналық-санитариялық көмек мамандарының жұмысын ұйымдастырудың халыаралық тәжірибиесін талдау келтірілген.

Summary

This review article presents an analysis of international experience in the organization of the experts of the primary health care in general practice to promote healthy lifestyles and prevention of behavioral risk factors for cardiovascular disease.

Программы профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний проводятся в основном на уровне организаций первичной медицинской помощи. Важным аспектом осуществления программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний путем снижения интенсивности воздействия факторов риска на уровне общины является возможность включения в такие программы непрофессиональных консультантов. При этом вмешательства, основанные на общинном подходе, имеют, как правило благоприятное соотношение затраты - эффективность [1-3].

Американская Ассоциация Сердца в Национальных стратегических целях по формированию сердечнососудистого здоровья и снижению заболеваемости до 2020 года утверждает, что «...идеальное сердечнососудистое здоровье ... определяется как наличие и идеального поведения в отношении здоровья (не курение, индекс массы тела <25 кг/м², физическая активность на целевых уровнях и следование диете, соответствующей современным рекомендациям), и идеальных

факторов здоровья (общий холестерин <200 мг/дл [5.2 ммоль/л] без лечения, артериальное давление <120/<80 мм рт. ст. без лечения, глюкоза крови натощак <100 мг/дл [5.5 ммоль/л])».

Таким образом, появились конкретная дефиниция сердечнососудистого здоровья, которая начинается с идеального поведения отдельного индивида, его семьи и всего общества.

Курение, злоупотребление алкоголем, мало-подвижный образ жизни, нездоровое питание являются проблемами для всех стран мира [4,5]. Организации ПМСП имеют непосредственный и постоянный контакт с населением, поэтому эта служба, как ни одна другая, подходит для борьбы с нездоровыми привычками жителей [6,7]. Однако исторически так сложилось, что ПМСП развивалась как система помощи при острых состояниях и была ориентирована на врача. Данные обстоятельства препятствовали развитию способности службы ПМСП управлять вредными привычками населения и хроническими заболеваниями, которые развивались в результате неидеального поведения [8]. Работа с такими

факторами риска, как вредные привычки, ограничивалась в большинстве организаций первичного звена оценкой поведения и менеджментом отдельных болезней, которые проводил от случая к случаю только врач. Понятно, что подобный подход к проблемам рискованного поведения зависел от степени загруженности врачей и количества самих врачей [9,10]. Стремление к улучшению показателей здоровья вызвало необходимость создания новой модели ПМСП, которая бы существенно расширяла масштабы деятельности по снижению риска нездорового поведения [11]. Оказалось, что новая модель требует вовлечения других членов команды ПМСП, использования местных человеческих и материально-технических ресурсов, которые могут существенно усилить воздействие первичной медицинской организации [12]. Основные рамки и направления по менеджменту поведенческих рисков в ПМСП заданы концепцией каскадной комплексности, многообразия связей и взаимодействий, определяющих поведение человека, семьи и общины [13]. Организации, которые решают эти многосторонние и сложные проблемы, должны использовать множество разнообразных подходов. При этом многие авторы отмечают, что, чем сложнее комплекс проблем конкретного поведения, тем сложнее оценивать мероприятия по его изменению и отказу от вредных привычек. В оценке мероприятий по снижению поведенческих рисков требуется проведение независимой экспертизы. Поэтому необходимо создание системы, которая способна была бы решать как простые и несложные, так и комплексные и многокомпонентные проблемы [13, 14]. Для менеджмента поведенческого риска предлагается [15] использовать подход пяти «А» (assess - оцени, advise - посоветуй, agree – достигни согласия, assist – помоги и arrange - организуй). Модель ПМСП постепенно меняется: от традиционной врач-болезнь-центрической до пациент-здоровье-центрической. Здоровье людей зависит от многих факторов, которые лежат за пределами комнаты врачебного приема. Индивидуальный образ жизни, экономические, социальные, культурные, политические и экологические факторы влияют на здоровье человека и общины.

Многие страны начали привлекать в работу организаций ПМСП дополнительных медицинских и социальных работников, т.к. стало очевидно, что только врачи и медицинские сестры не смогут в одиночку решить проблему борьбы с

вредными привычками населения. Так, в организациях ПМСП США была показана важная роль помощников врача, которые работают с пациентами столько же времени, сколько и врачи [16, 17]. Доказана успешная роль этой категории медицинских работников в таких профилактических программах как проведение маммографии [18], прекращение курения [19–21].

Проводится большая работа по редизайну (реорганизации) ПМСП для уточнения роли каждого члена команды ПМСП, состоящей из медицинских сестер, регистраторов, помощников врача, акушерок, которыми руководит семейный врач. Появилась необходимость определить место каждого члена команды ПМСП в профилактических мероприятиях и работе с населением по формированию здорового образа жизни [22, 23].

Простые советы врача на приеме не достигают своей цели. Необходимы специальные подходы. Помощь, ориентированная на пациента, означает предоставление пациенту максимальных возможностей осознать свою конкретную проблему поведения, пожелать изменить нездоровую привычку, принять решение изменить поведение, начать процесс изменения/отказа от рискованного поведения, затем поддерживать новое здоровое поведение/привычки, которое должно достигнуть автоматизма и укорениться. В Великобритании изменениями привычек населения занимается большое количество специалистов: семейный врач, врач - узкий специалист, медицинские сестры, специалисты по питанию, диетологи, специалисты ЛФК, специалисты, посещающих здоровых (Health Visitors), специалисты по формированию здорового образа жизни, психологи/психиатры, советники-консультанты, преподаватели/инструкторы по ЗОЖ, инструкторы фитнеса и стоматологи. Эти специалисты работают в практиках ВОП, больницах, консультативных центрах, в проектах для работы с населением, приемных покоях больниц, организациях для занятий спортом, отдыха и развлечений, клиниках по месту работы. Работник (не обязательно медицинский) организации ПМСП должен ответить для начала на два коренных вопроса пациента: Почему я должен измениться? и Как это сделать? [24].

В Австралии, Великобритании, США и многих других странах разработаны клинические практические рекомендации по профилактической работе среди населения. Так, основываясь на наилучших доказательствах, рекомендации

Австралийского Королевского Общества врачей общей практики (RACGP) 7-го пересмотра определили следующие шаги для оценки риска нездорового поведения [25]:

Курение. Оценка статуса по курению должна проводиться у всех лиц старше 10 лет при каждой консультации (на каждом приеме врача или сестры).

Питание. Каждые два года больных необходимо спрашивать о количестве порций сырых фруктов и овощей, употребляемых ежедневно, а также какой тип жира они употребляют.

Избыточный вес и ожирение. Каждые два года у лиц с избыточным весом необходимо измерять индекс массы тела и объем талии и записывать в карточку.

Алкоголь. Каждые 3-4 года пациентов старше 15 лет необходимо расспрашивать о количестве и частоте употребляемого алкоголя и записывать.

Физическая активность. Каждые два года больных необходимо расспрашивать о текущем уровне и частоте физической активности.

Также в этом австралийском руководстве указано, что всем взрослым в возрасте 45-74 лет, у которых нет какого-либо сердечнососудистого заболевания, необходимо, по крайней мере, каждые два года оценивать Абсолютный Сердечнососудистый Риск. При выявлении какого-либо риска, такая оценка должна производиться чаще. Лица старше 40 лет каждые три года должны оцениваться на диабет при помощи Австралийской системы оценки на сахарный диабет 2 типа.

Таким образом, выявление вредных привычек и нездорового поведения приобрело во всех странах характер государственной политики и поддержки. Основной упор делается на организации ПМСП, которые постоянно укрепляются дополнительными кадрами по выявлению рискованного поведения среди прикрепленного населения, консультированию, практической помощи и организации для изменения поведения, а также закрепления нового правильного поведения в отношении здоровья. Функции современных организаций ПМСП, семейных врачей и их помощников выходят далеко за рамки лечебно-диагностической помощи и стандартных профилактических мероприятий (вакцинация, ведение беременных и детей до года). Различные исследования доказали значимость четырех основных типов нездорового поведения в отношении сердечнососудистого здоровья. Это курение, избыточный вес, злоупотребление алкоголем и малоподвижный

образ жизни. Также проводятся многочисленные испытания различных видов вмешательств на уровне ПМСП для изменения рискованного поведения. Очевидно, что силами одной только системы здравоохранения такие проблемы не решить, необходима вовлеченность всего государства и общества, придания социальной ориентированности ПМСП. Приобрела популярность модель ориентированной на общину ПМСП. Поиск наиболее доказанных вмешательств по преодолению вредных привычек и неправильного поведения продолжается.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кицун И.С. Современное состояние здравоохранения США: взгляд американских ученых. //Проблемы соц. гигиены и ист. мед. ?№ 6. - С. 31-33.
2. Развитие систем медико-санитарной помощи в Соединенных Штатах Америки. Обзор за 1996 год.
3. Маарус Х.И. Роль кафедры общей врачебной практики и семейной медицины в реформе здравоохранения Эстонии. - Тарту, 1998. - 145 с.
4. McMichael T. Human Frontiers, Environments and Disease: Past Patterns, Uncertain Futures. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2001.
5. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual causes of death in the United States, 2000. JAMA. 2004;291(10):1238-1245.
6. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344(26):2021-2025.
7. Ferrer RL. Pursuing equity: contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. Ann Fam Med. 2007;5(6):492-502.
8. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Q. 1996;74(4):511-544.
9. Solberg LI, Kottke TE, Conn SA, Brekke ML, Calomeni CA, Conboy KS. Delivering clinical preventive services is a systems problem. Ann Behav Med. 1997;19(3):271-278.
10. Thorndike AN, Regan S, Rigotti NA. The treatment of smoking by US physicians during ambulatory visits: 1994-2003. Am J Public Health. 2007;97(10):1878-1883.
11. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. Ann Intern Med. 2005;142(8):691-699.
12. Stange KC, Woolf SH, Gjeltema K. One minute for prevention: the power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. Am J Prev Med. 2002;22(4):320-323.
13. Bar-Yam Y. Multiscale variety in complex systems. Complexity. 2004;9(4):37-45.
14. Bar-Yam Y. Making Things Work: Solving Complex Problems in a Complex World. Brookline, MA: Knowledge Press; 2005.
15. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. Am J Prev Med. 2002;22(4):267-284.

16. Barnes CS, Ziemer DC, Miller CD, et al. Little time for diabetes management in the primary care setting. *Diabetes Educ.* 2004; 30(1): 126-135.

17. Aita V, Dodendorf DM, Lebsack JA, Tallia AF, Crabtree BF. Patient care staffing patterns and roles in community-based family practices. *J Fam Pract.* 2001;50(10):889.

18. McCarthy BD, Yood MU, Bolton MB, Boohaker EA, MacWilliam CH, Young MJ. Redesigning primary care processes to improve the offering of mammography. *J Gen Intern Med.* 1997;12(6):357-363.

19. Spencer E, Swanson T, Hueston WJ, Edberg DL. Tools to improve documentation of smoking status. Continuous quality improvement and electronic medical records. *Arch Fam Med.* 1999;8(1):18-22.

20. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL, Fiore MC, Baker TB; AHRQ Smoking Cessation Guideline Study Group. Effectiveness of implementing the agency for healthcare research and quality smoking cessation clinical

practice guideline: a randomized, controlled trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96(8):594-603.

21. Thompson RS, Meyer BA, Smith-DiJulio K, et al. A training program to improve domestic violence identification and management in primary care: preliminary results. *Violence Vict.* 1998;13(4):395-410.

22. Grumbach K, Bodenheimer T. Can health care teams improve primary care practice? *JAMA.* 2004;291(10):1246-1251.

23. Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med.* 2007;5(5):457-461.

24. Rollnick S., Mason P., Butler C. *Health Behavior Change. A Guide for Practitioners.* Publ. Churchill Livingstone, 2005, 220 p.

25. Mark Harris. The role of primary health care in preventing the onset of chronic disease, with a particular focus on the lifestyle risk factors of obesity, tobacco and alcohol. Centre for Primary Health Care and Equity, UNSW. January 2008 Commissioned Paper for Australian National Preventative Health Taskforce.

УДК 613.2/.8-056.8:303

МОНИТОРИНГ ФАКТОРОВ ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, Т.С. ХАЙДАРОВА,
Т.П. ПАЛТУШЕВА, А.А. АДАЕВА

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

Резюме

В статье приведена технология проведения мониторинга факторов образа жизни и поведенческих факторов риска среди населения, проживающего на урбанизированных территориях.

Түйіндемe

Мақалада шоғырланған аумақта тұратын халық арасында қауіп-қатердің мінез-құлық факторларының және өмір салты факторларының мониторингін өткізудің технологиясы келтірілген.

Summary

The article describes the technology of monitoring of lifestyle and behavioral risk factors among the population living in urban areas.

Для разработки системы мероприятий по улучшению здоровья городского населения большой интерес представляет 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.

Научно-обоснованная политика укрепления здоровья населения может разрабатываться толь-

ко на основе хорошо организованной, надежной информационной системы. Одна из составляющих такой информационной системы — мониторинг поведенческих факторов риска на основе их регулярного изучения в представительных национальных или региональных выборках посредством опроса или обследования населения. Оно позволяет выявить наиболее значимые факторы риска, а также изменение их значимости в процессе реализации профилактических программ.

Будучи частью более общей информационной системы здравоохранения, система мониторинга предполагает непрерывность сбора данных, что позволяет совершенствовать процесс принятия стратегических решений, разрабатывать программы действий в области общественного здравоохранения и пропаганды здорового образа жизни.

Состав собираемой информации и скорость распространения информации внутри системы определяются целями, в которых используются полученные данные.

Учет всех факторов риска сложен и требует существенных материальных затрат. Поэтому согласно рекомендациям ВОЗ наиболее приемлемый метод – это мониторинговое, основанное на принципах поэтапной реализации (Рисунок 1).

Принцип поэтапного осуществления мониторинга базируется на стандартизации системы сбора информации (Таблица 1).

Первый этап предполагает сбор данных по основным факторам риска в результате анкетирования, при этом под основными факторами риска понимаются факторы, оказывающие наи-

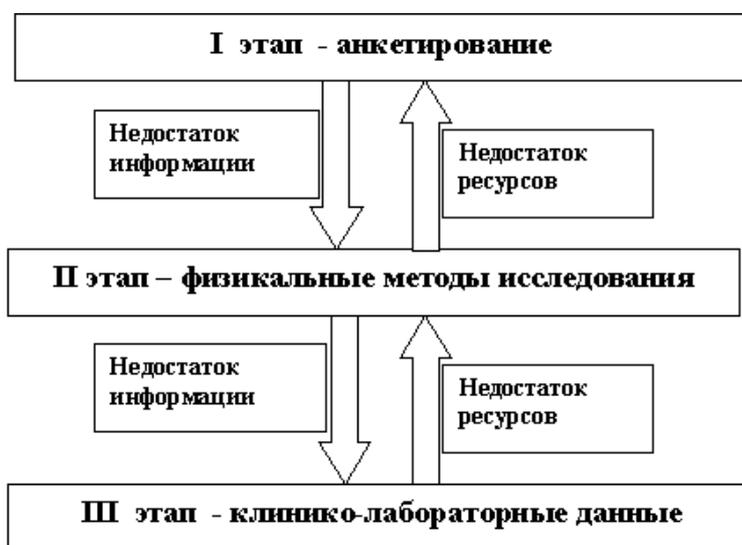


Рисунок 1. Схема поэтапного мониторинга факторов риска

Таблица 1. Принцип поэтапной оценки факторов риска

Модули	Уровни		
	1 этап Анкетирование	2 этап Физикальные обследования	3 этап Биохимические обследования
Основной	Социально-экономические и демографические данные, курение, употребление алкоголя, недостаток физической нагрузки, питание	Измерение веса и роста, объем талии, давление	Измерение сахара в крови натощак, общий показатель холестерина
Расширенный	Тип питания (привычки), образование, данные по семье	Объем бедер	Высокомолекулярный липопротеин, триглицериды
Дополнительный (примеры)	Дополнительные данные, относящиеся к образу жизни и поведению, психическому состоянию, нетрудоспособности, травмам	Прогулка с замером времени, шагомер, измерение пульса, толщины кожных складок	Тест на толерантность к глюкозе, анализ

более существенное влияние на здоровье населения и в наибольшей степени поддающиеся воздействию. Первая ступень мониторинга создает основу, на которой базируются все последующие ступени системы, связанные с получением более сложных данных, реализация которых становится возможной по мере появления соответствующих ресурсов. Основной модуль этапа 1 содержит вопросы, направленные на получение информации социально-экономического характера, данные об употреблении табака и алкоголя, частично данные о характере питания и степени физической активности. Получаемые данные дают возможность составить общее представление о состоянии здоровья населения урбанизированных территорий на данный период и тенденциях на будущее.

Второй этап - Анкетирование и физикальные обследования

Этап 2 предполагает проведение, в дополнение к анкетированию по вопросам основного модуля этапа 1, некоторых простейших физикальных обследований, например, измерение кровяного давления, роста, веса, объема талии.

Третий этап - Анкетирование, физикальные обследования и биохимические анализы.

В материалах, представляющих принцип поэтапного мониторинга (STEPS) [1], ВОЗ рекомендует проводить мониторинг только по некоторым из основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний. В пределах выбранных для контроля показателей следует различать их анализ в практических и теоретических целях.

При планировании реализации принципа поэтапного мониторинга следует учитывать не только затраты на сбор информации, но и стоимость

анализа, интерпретации и применения полученных данных.

Если обследование может осуществляться как разовое мероприятие, то система мониторинга предполагает создание механизма постоянного или периодического сбора данных и доведение этой информации до тех, кто определяет политику и разрабатывает программы в области здравоохранения [2]. При планировании мониторинга факторов риска на урбанизированных территориях следует провести сравнительный анализ преимуществ и недостатков принципов постоянного накопления информации и периодического сбора данных (Таблица 2).

При необходимости может проводиться сравнение факторов риска. Кроме того, данная система мониторинга позволяет отслеживать развитие ситуации с течением времени.

Поэтапное отслеживание всех факторов риска невозможно. Поэтому при создании системы мониторинга целесообразно особое внимание уделять тем факторам риска, которые поддаются воздействию.

Изучение восьми из основных факторов риска, на долю которых приходится значительная часть будущего бремени неинфекционных заболеваний (Таблица 3), дает возможность определить эффективность предпринимаемых усилий. Так, например, по меньшей мере 75% случаев сердечно-сосудистых заболеваний связано с неправильным питанием и отсутствием физической активности, что ведет к высокому индексу массы тела, повышенному давлению и неблагоприятным показателям липидов крови, а также с курением [3].

Таблица 2. Сравнение принципов непрерывного и периодического сбора данных

	Непрерывный сбор данных	Периодический сбор данных
Процесс сбора данных	Требуется небольшая команда	Большие команды и несколько групп
Степень общедоступности данных	На первом этапе невысокая	Более доступны для составления межведомственных отчетов о состоянии дел
Степень полезности для анализа тенденций	Постоянно обновляемый поток информации	Результаты появляются только после трехразового повторения
Оценка результативности мероприятий	Постоянный мониторинг воздействия	Периодичность сбора данных не всегда совпадает с проведением мероприятий
Бюджет	Средства выделяются отдельной строкой в бюджете	Разовые выделения средства на проведение каждого цикла

Таблица 3. Факторы риска, общие для основных неинфекционных заболеваний

Факторы риска	Заболевание			
	Сердечно-сосудистые заболевания	Сахарный диабет II типа	Онкологические заболевания	Бронхо-легочные заболевания
Курение	+	+	+	+
Злоупотребление алкоголем	+			
Нерациональное питание	+	+	+	+
Недостаточная физическая активность	+	+	+	+
Ожирение	+	+	+	+
Повышение артериального давления	+	+		+
Повышение уровня глюкозы крови	+	+	+	
Нарушение баланса липидов крови	+	+	+	

Таким образом, факторы риска среди населения, проживающего на урбанизированных территориях, отбираемые для мониторинга, должны удовлетворять следующим требованиям:

- оказывать наибольшее воздействие на заболеваемость, инвалидность или смертность;
- поддаваться воздействию программ укрепления здоровья;
- могут изучаться с соблюдением соответствующих этических норм.

В результате мониторинга получается ограниченный набор достоверных данных. При необходимости на каждом из этапов исследования могут использоваться три модуля анализа факторов риска: основной, расширенный и дополнительный (Рисунок 2).

Модульный анализ позволяет расширить сведения о факторах риска, не привлекая методы исследования другого этапа. Так, мониторинг I этапа предполагает применение анкет. При использовании модульного анализа применяются дополнительные анкеты или же дополняются существующие анкеты.

Объединяющим элементом всех программ является информация, полученная в результате мониторинга и контроля. В одних странах эти данные нужны для оценки факторов риска в данный момент, в других – для того, чтобы оценить эффективность реализуемых программ и стратегий. Предлагаемый ВОЗ поэтапный принцип – это вклад Организации в создание устойчивых систем мониторинга, которые будут способство-



Рисунок 2. Модульный анализ факторов риска

вать увеличению возможностей страны и получению данных, необходимых для профилактики и контроля поведенческих факторов риска. Реализация такого подхода приведет к более тесной интеграции усилий и совершенствованию программ контроля неинфекционных заболеваний.

Предлагаемый ВОЗ принцип осуществления глобального мониторинга распространения неинфекционных заболеваний включает следующее:

- определение и описание основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний;
- координированный подход к сбору и анализу информации по факторам риска, основанный на научных подходах и достаточно гибкий для того, чтобы его можно было адаптировать к конкретной ситуации в стране и регионе;
- наличие материалов и инструментов, в том числе возможностей обучения, для оказания поддержки в проведении мониторинга;
- наличие эффективных коммуникационных стратегий, которые бы обеспечивали доведение получаемой информации до руководителей, ответственных за выработку стратегических решений и разработку программ, политикам, потенциальным источникам финансирования и широкой общественности;
- использование новейших технологий для обмена данными как на национальном, так и меж-

дународном уровнях, чтобы обеспечить возможность сравнивать ситуации в разных странах мира.

Принцип поэтапной реализации базируется на концепции о том, что система мониторинга требует стандартизации процесса сбора информации, что обеспечит возможность отслеживать изменения во времени. Кроме того, такая система достаточно гибка и может быть адаптирована к различным ситуациям и условиям. Таким образом, принцип поэтапной реализации позволяет создавать систему мониторинга и контроля, которая отвечает потребностям и возможностям данной страны, региона.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Bonita, R, de Courten, M, Dwyer, T, Jamrozik, K, and Winkelmann, R. Surveillance of risk factors for noncommunicable disease: The WHO STEPwise approach. Geneva: World Health Organization. 2001. (Анализ факторов риска неинфекционных заболеваний. Поэтапный подход)
2. Bonita R, Strong K, de Courten M. From surveys to surveillance. Pan Am J Public Health 2001;10(4):223-5. (От обследований к системе мониторинга).
3. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the "only 50%" myth. Arch Intern Med 2001;161(21):2657-60.

УДК 613. 816-084:614.2 (574)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ЧРЕЗМЕРНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ПРОПАГАНДЕ ТРЕЗВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КАЗАХСТАНЕ**Ж.Е. БАТТАКОВА, Ш.Е. КАРЖАУБАЕВА, Л.Н. ШУМИЛИНА**

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

Резюме

В статье изложены проблемы, связанные с употреблением алкоголя. Снижение заболеваемости, обусловленной чрезмерным употреблением алкоголя, сокращение числа общественных мест нарушающих законодательные нормы о запрете рекламы алкогольных напитков.

Түйіндеме

Мақалада алкогольді тұтынумен байланысты проблемалар мазмұндалған. Алкогольді шамадан тыс тұтыну мен шарттасқан ауруларды азайту, алкогольдік сусындар жарнамаларына тыйым салу туралы заң нормаларын бұзушы қоғамдық орындар санын азайту.

Summary

The article describes the problems associated with alcohol consumption. Decrease morbidity due to excessive alcohol consumption, a reduction in public places violate the legislation to ban advertising of alcoholic beverages.

Проблемы, связанные с употреблением алкоголя, известны с начала истории человеческого общества и достаточно остро стоят во многих странах мира. Еще Ч. Дарвин утверждал, что «Привычка к употреблению алкоголя вредит человечеству больше, чем война, голод и чума вместе взятые».

Употребление алкоголя стало одним из важнейших факторов, угрожающих здоровью человечества. «Чрезмерное употребление алкоголя серьезно сказывается на общественном здоровье и рассматривается как одна из основных причин слабого здоровья в целом» отмечает Глобальная стратегия ВОЗ борьбы со злоупотреблением алкоголем [3].

47% жителей Земли в возрасте 15 лет и старше потребляют алкоголь, из них 5% - в опасных дозах. В последние годы в связи с процессами глобализации доступность спиртных напитков заметно возросла, что привело к изменению объема и характера потребления алкоголя, резкому усилению остроты проблем, связанных с чрезмерным употреблением спиртных напитков. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), каждый год по причине «злоупотребления алкоголем» в мире умирает 2,5 миллиона человек. То есть в три раза больше, чем от такой

болезни, как малярия! Причины смерти из-за употребления алкоголя могут быть самыми разными - дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи, сердечнососудистые заболевания, рак и цирроз печени [3].

Казахстан, по данным ВОЗ, является самой «пьющей» страной в Центральноазиатском регионе. В среднем, на каждого жителя республики приходится по 6 литров чистого спирта в год, а вместе с неучтенным потреблением - 11 литров. Для сравнения, в соседних Кыргызстане и Туркмении пьют в два, а в Узбекистане и Таджикистане - в три раза меньше, в республиках СНГ – России, Украине и Белоруссии, на одного человека приходится по 15 литров спирта. 17% наших граждан потребляют алкоголь в опасных дозах [1].

По мнению специалистов, степень алкоголизации населения напрямую зависит от доступности алкоголя, которая определяется его ценой, временем и местами продаж. Связь между доступностью алкоголя и уровнем пьянства подтверждается статистикой. Плотность магазинов по продаже алкоголя в городах РК составляет: 1 торговую точку – на 210 городских жителей. Согласно данным отечественного Министерства здравоохранения, на сегодняшний день в Казах-

стане на учете в наркологических диспансерах с диагнозом «алкоголизм» состоят более 200 тысяч человек, две трети из которых - подростки в возрасте до двадцати лет. И это только те, кого медики официально признали алкоголиками. На самом деле, людей, пьющих алкогольные напитки гораздо больше. Основная группа риска — это молодежь [1].

Следует также отметить, что в Казахстане не ведётся статистика по употреблению молодежных напитков — слабоалкогольных коктейлей. По оценкам экспертов их объем может составлять от 0,5 до 0,75 литров в год на каждого Казахстана. В денежном выражении — это составляет 5 млрд. тенге, столько ежегодно жители республики тратят на «жидкое оружие массового поражения». При этом, сами потребители не считают «ягуары», «джин-тоники» и прочие «дизели» алкоголем как таковым. Для многих это просто «балдёжный лимонад», в то время как, по утверждению врачей-наркологов, полгода употребления этих коктейлей может превратить подающее большие надежды молодое дарование в законченного алкоголика [2].

Алкоголь ассоциируется со многими серьезными проблемами общества и его развития, включая насилие, безнадзорность детей и жестокое обращение с ними, а также невыход на работу. Слово «алкоголизм», у людей вызывает ассоциации с постоянным употреблением спиртных напитков и асоциальным поведением человека, который злоупотребляет алкоголем. К сожалению, большинство людей относятся к алкогольной зависимости как к действительности и не осознают всю трагедию данной ситуации. До тех пор, пока общество будет относиться к проблеме алкоголизма и его первопричине недостаточно серьезно, алкогольная зависимость в нашей стране так и будет оставаться проблемой номер один [2].

Населению необходимо знать, что алкогольная зависимость — очень серьезная психологическая болезнь, которая носит хроническую форму, поэтому любое лечение алкозависимости не будет эффективным без поддержки высококвалифицированных психотерапевтов.

В настоящее время в республике Казахстан создана достаточная законодательно—нормативная база регулирования ограничения продажи и употребление алкоголя: Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст. 159 (2009); Кодекс РК «Об административных правонарушениях» (2001) с дополнениями и изменениями -

запрет распития алкогольных напитков в общественных местах с августа 2009 г., - повышение штрафных санкций за продажу алкоголя несовершеннолетним до 60 МРП; Постановление Правительства РК № 731 (2007) - запрет продажи алкогольных напитков в радиусе 100 м от дошкольных и учебных организаций. (6,7,8)

По заявлению Министра здравоохранения Каирбековой С.З. на заседании Национального координационного совета по охране здоровья, за последние три года в Казахстане отмечается снижение употребления алкоголя на 9% и в настоящее время уровень распространенности алкоголя, как фактора риска подверженности неинфекционным заболеваниям в республике, составляет 35,8%. Снижение потребления алкоголя связано с проводимой в Казахстане государственной политикой: введение запретов на продажу спиртных напитков лицам, не достигшим 21 года, на наружную рекламу и рекламу алкоголя в СМИ, на распитие алкогольных напитков в общественных местах, а также ужесточение ответственности водителей автотранспортных средств, управляющих в нетрезвом состоянии [7].

Глава офиса Всемирной организации здравоохранения в Казахстане Мелита Вуйнович заявила, что «Казахстан продемонстрировал прогресс в усилении системы здравоохранения на основе правильной политики, инновации и правильного направления инвестиций. Реформы общественного здравоохранения уже показывают определенные хорошие результаты. Так, например, мы видим снижения заболеваемости туберкулезом в стране и снижение потребления алкоголя». Она считает, что опыт Казахстана в развитии системы здравоохранения может служить примером для европейских стран. Сегодня ВОЗ пересматривает свою стратегию здравоохранения для всего европейского региона. И в новой «Стратегии здравоохранения 2020» рассматривает удачные работы некоторых стран [2].

Чрезмерное употребление алкоголя является не только медицинской, но и социальной проблемой во многих странах. Известно, что существуют так называемые безопасные дозы алкоголя, составляющие менее 350 г для мужчин и 210 г — для женщин, молодых людей и пожилых, которые не приводят к значительным последствиям для здоровья самого пациента. Потребление алкоголя особенно вредно, когда оно приводит к психологическим или физическим нарушениям у пациента. Чрезмерное употребление

алкоголя связано с циррозом и раком печени, раком ротовой полости, гортани, глотки и пищевода. Риск развития рака повышается при сочетании употребления алкоголя и курения. Потребление алкоголя увеличивает риск развития артериальной гипертонии, инфаркта миокарда и кардиомиопатии, влияет на репродуктивную функцию у мужчин и женщин, вызывая импотенцию, снижение либидо, нарушение менструального цикла и многое другое. Очень часто с употреблением алкоголя связаны семейные проблемы, разводы, детский алкоголизм, проблемы на работе, самоубийство, насилие и другие преступления [3].

Высокая распространенность факторов риска обусловлена низким уровнем ответственности населения страны за свое здоровье, здоровье своей семьи и окружающих. Опыт различных стран и данные международных исследований показали, что снижение потребления алкоголя в опасных для здоровья дозах на 10% сокращает смертность среди мужчин на 20%, смертность от несчастных случаев на 5%.

С 2007 года, в последнюю среду октября в Казахстане отмечается Национальный день отказа от употребления алкоголя, злоупотребление которым является одной из основных причин смертности, утраты здоровья и трудоспособности населения в республике, как и во многих странах мира. В 2012 году он выпадает на 31 октября [1].

В рамках плана мероприятий реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы, при организационно-методическом руководстве НЦПФЗОЖ, с 22 октября 2012 года в регионах республики проводится декадник по профилактике чрезмерного употребления алкоголя и пропаганде трезвого образа жизни среди населения, приуроченный к Национальному дню отказа от употребления алкоголя.

Цель и задачи декадника и Национального дня отказа от употребления алкоголя: Привлечь внимание общественности к национальной проблеме употребления алкогольных напитков, реализации антиалкогольного законодательства. Повысить осведомленность населения о разрушительном воздействии чрезмерного употребления алкогольных напитков на здоровье. Мобилизовать население к действиям, направленным на снижение употребления алкоголя, приобщение к здоровому образу жизни, повышение гражданской ответственности за своё здоровье. (5)

В рамках Национального дня отказа от алкоголя и декадника по пропаганде трезвого образа

жизни по всей республике организуется проведение:

- Пресс-конференций, круглых столов по проблемам чрезмерного потребления алкоголя и пропаганде трезвого образа жизни.

- Дней открытых дверей в организациях ПМСП, областных и городских наркодиспансерах и студенческих поликлиниках, активизация деятельности «Школ поведенческих факторов риска», «Школ здоровья» и Молодежных центров здоровья.

- Семинаров–тренингов для специалистов ПМСП, призванных проводить профилактическую помощь.

- Дебатов «Пьянству бой!» среди студенческой молодежи.

- Демонстрация видео и аудиороликов о вреде употребления алкоголя для здоровья в организациях ПМСП, в общеобразовательных школах, ССУЗах и ВУЗах, в общественном транспорте.

- Информационных акций в местах массового пребывания населения: авто и железнодорожных вокзалах, аэропортах, рынках и перед супермаркетами о вреде чрезмерного потребления алкоголя для здоровья.

- Акции «Поменяй купленное спиртное на абонемент в спортзал, на стадион, бассейн или фитнес клуб. Собранное таким образом спиртное публично уничтожить.

- В «День отказа от алкоголя» пройдет бесплатный прием у врачей городского и областного наркодиспансера, где каждый желающий сможет анонимно проконсультироваться.

- Проблемы чрезмерного употребления алкоголя в РК и проводимые акции получают широкое освещение в СМИ.

- Проходят рейды по контролю над исполнением антиалкогольного законодательства, с участием представителей службы ФЗОЖ, ДВД, Акиматов, журналистов, волонтеров ССУЗов и ВУЗов, с последующим мониторингом.

- Население республики обеспечивается информационно-образовательным материалом о вреде употребления алкогольных напитков и пропаганде трезвого образа жизни [1].

Ожидаемые результаты их проведения:

- Повышение информированности населения о разрушительных последствиях чрезмерного употребления алкоголя для здоровья, ответственного отношения граждан к своему здоровью и исполнению законов.

- Сокращение числа общественных мест на-

рушающих законодательные нормы о запрете рекламы алкогольных напитков.

- Повышение уровня знаний и ответственности медицинских работников по вопросам профилактики чрезмерного употребления алкоголя и оказания помощи лицам, страдающим алкогольной зависимостью, принявшим решение бросить пить.

- Увеличение числа бывших алкоголиков, людей, отказавшихся от употребления алкогольных напитков и приобщившихся к здоровому образу жизни.

- Снижение, в перспективе, заболеваемости, обусловленной чрезмерным употреблением алкоголя, в том числе пивного алкоголизма, увеличение продолжительности и качества жизни казахстанцев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Концепция Национального дня отказа от употребления алкоголя и декадника по профилактике чрезмерного употребления алкоголя в РК, НЦПФЗОЖ, (2012г)
2. Материалы круглого стола «Новые меры по предупреждению чрезмерного употребления алкоголя» 27 октября 2011 г., Алматы
3. «Глобальный доклад о положении в области алкоголя и здоровья», ВОЗ (2011г)
4. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», ст. 159 (2009г)
5. Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы (2009г)
6. Постановление Правительства РК № 731 (2007г)
7. Кодекс РК «Об административных правонарушениях» (2001г) с дополнениями и изменениями (2009г)
8. Закон РК «О рекламе» (2003 с дополнениями 2006г)

УДК 613.22:371.7

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

К.К. МЕДЕУБАЕВА, А.Т. ШАЙКЕНОВА, А.А. КАДЫРАЛИЕВА

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

Резюме

В данной статье говорится об организации питания учащихся в общеобразовательных школах, которое является важным направлением деятельности системы образования и определяющее не только здоровье школьников, но и эффективность их обучения. Большое значение для поддержания здоровья и профилактики болезней приобретает культура питания.

Түйіндеме

Осы мақалада білім жүйесі қызметінің маңызды бағыты болып табылатын және оқушылардың денсаулығын ғана емес, сонымен бірге олардың оқып-үйрену тиімділігін анықтайтын жалпы білім беру мектептердегі оқушылардың тамақтануын ұйымдастыру туралы айтылады. Денсаулықты қолдау және аурулар профилактикасы үшін тамақтану мәдениеті үлкен маңызға ие.

Summary

This article refers to the catering students in public schools, which is an important aspect of the educational system and determining not only the health of school children, but also the effectiveness of their training. Important for maintaining health and preventing disease gets food culture.

Формирование здорового образа жизни – часть государственной политики Республики Казахстан. Один из семи приоритетов социальной стратегии «Казахстан - 2030» - «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана». Особый акцент сделан на улучшение здоровья детей. Всем известно – наши дети сегодня, это наша нация завтра.

Школьники являются одной из самых многочисленных и социально активных групп населения. За последние пять лет заболеваемость школьников выросла на 22 %, в том числе: анемии – в 2,5 раза, эндокринные болезни и расстройства питания – в 1,4 раза, болезни нервной системы – в 1,5 раза. По данным скрининговых

исследований 2011года, анализируемых Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни, в структуре заболеваемости детей в возрасте от 0-18 лет 1 место занимают болезни органов пищеварения 25,07%, на 2 - месте (22,28%) болезни крови и отдельные нарушения иммунной системы, 5,05% - занимают расстройства питания и нарушения обмена веществ. По мнению специалистов, такая ситуация напрямую связана с режимом и рационом питания, материально-техническим оснащением школ, с учетом национальных и культурных традиций, социальных условий и возможностей семьи и школы. Для снижения негативного воздействия на здоровье детей отдельных видов продуктов питания в дошкольных и общеобразовательных организациях Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков. По реализации данного Постановления проводятся рейды совместно со специалистами санитарно-эпидемиологической службы, но ситуация не улучшается.

Организация питания учащихся в общеобразовательных школах является важным направлением деятельности системы образования, определяющим не только здоровье школьников, но и эффективность их обучения. Большое значение для поддержания здоровья и профилактики болезней приобретает культура питания. Насколько здоровыми будут расти сегодняшние школьники, во многом будет зависеть здоровье страны в целом. Вопрос организации правильного питания школьников весьма актуален и вызывает неподдельный интерес у многих – у врачей, педагогов, родителей. Ведь развитие ребенка особенно в период с 6 до 17 лет обусловлено той средой, в которой он находится, и это не только дом, но и школа, где ребенок, особенно в современных условиях, проводит большое количество времени. Как вообще организовано питание школьника, насколько оно полноценно и качественно – от этого будет зависеть не только успеваемость ребенка, его самочувствие, но и качество жизни в целом. Ведь именно в школьные годы происходит бурный рост всего организма, половое созревание и социальная адаптация, а это, в свою очередь, требует немалых духовных и психических сил, хорошей физической формы.

В Казахстане количество детского населения составляет около 4 295 692 млн. человек, т.е. каждый 4-й житель республики – это ребенок.

Ежегодно рождается свыше 370 тыс. детей и около 270 тыс. идут в первый класс. Детские дошкольные учреждения посещает не менее 200 тыс. детей в возрасте до 6 лет, школы – более 2,5 млн. детей.

Не менее серьезное беспокойство у специалистов вызывает такая довольно распространенная на сегодня проблема, как избыточная масса тела и ожирение у детей. Не секрет, что этому в огромной степени способствует гиподинамия, нарушение питания, в части кратность приема пищи, качество и сбалансированность потребляемых продуктов, а также модные пристрастия к фаст-фудам.

Необходимо отметить, что Казахстан, к тому же, находится в зоне умеренного йододефицита, а это значит, что 20-30, а в некоторых районах и 70 процентов населения страны, страдает эндемическим зобом. Что касается детей, то по данным исследований, распространенность зоба у детей в регионах Казахстана, традиционно считавшихся эндемическими по зобу, составляет 21-59 процентов. А потому вопрос рационального питания детей школьного возраста крайне важен и многогранен. Именно поэтому для его решения необходимо не только взаимодействие различных структур, но и государственная поддержка.

Так, существуют санитарно - эпидемиологические требования к устройству, содержанию и условиям обучения в общеобразовательных школах, а так же интернатах. Среди прочих вопросов речь в данном случае идет о санитарных нормах, которые предъявляются к помещениям, имеющих столовые и буфеты, а так же рассматриваются вопросы их содержания. Кроме того, в тех же методических рекомендациях об организации горячего питания учащихся в школьных столовых, определены основные требования по обеспечению качественным и безопасным питанием школьников в зависимости от их возраста.

На сегодняшний день школьники младших классов должны получать горячее сбалансированное питание за счет средств местного бюджета. При этом следует отметить, что только 76,7 процентов общеобразовательных школ Республики имеют такую возможность организовать горячее питание для школьников. При этом бесплатное горячее питание имеют возможность получать пока лишь 34 процентов школьников. В каждой пятой школе имеется буфетная продукция.

Тем не менее, Министерство здравоохранения РК утвердило специальные нормы, которые четко регламентируют суточную потребность ребенка в основных пищевых веществах, витаминах и

минералах. К примеру, дети до шести лет должны получать не менее 2000 ккал в сутки. Для подростков 14-17 лет этот показатель увеличен до 2600 ккал. При этом, крайне важно, что при общей калорийности рациона белки должны составлять 14 процентов, жиры 30 процентов и углеводы 56 процентов.

Никто не отменял и режим питания, он в школьном возрасте очень важен. Для детей-школьников это четырехразовое питание с интервалом не более чем в 3-4 часа. Что касается детей шести лет, то при нахождении в школе им рекомендуется трехразовое питание: горячий завтрак, обед и полдник.

Растущему организму необходимо разнообразие, в том числе и в питании. Как говорят специалисты, ежедневный рацион школьника должен содержать, ни много, ни мало 15 наименований продуктов. В течение недели рацион питания должен вклю-

чать не менее 30 наименований разных продуктов. Каждый день в рационе питания ребенка должны присутствовать такие продукты, как мясо, сливочное масло, молоко, хлеб, крупы, свежие овощи и фрукты. Рыба, яйца, сметана, творог и другие кисломолочные продукты должны присутствовать в рационе питания 2-3 раза в течение недели.

Следует отметить, что многие родители зачастую занимаются самолечением, назначая лекарственные препараты, в частности витамины, с целью повышения иммунитета своих детей в период заболевания, без консультации специалистов, хотя все витамины содержатся в продуктах питания. Усиленное питание, правильный подбор продуктов оказывает положительное влияние на организм растущего ребенка.

Питание является понятием, в котором сконцентрированы и интегрированы многочисленные аспекты и развития здорового образа жизни.

УДК 616.1/.8-056.8-084 (574-21)

ВЛИЯНИЕ НЕМЕДИЦИНСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ И МЕРЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ КАЗАХСТАНА

Т.С. ХАЙДАРОВА, К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы
ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

Резюме

Предотвращение факторов риска образа жизни: как курение, недостаточная физическая активность, плохое питание, злоупотребление спиртными напитками, могут в значительной степени способствовать улучшению состояния здоровья, чем вторичные профилактические меры, таких как выявление заболеваний на ранней стадии.

Түйіндеме

Өмір салтынын: ерте сатыда ауруды анықтау сияқты екінші профилактикалық шаралардан гөрі, денсаулық жағдайын жақсартуға барынша ықпал ететін темекі шегу, белсенді дене қимылының жетіспеушілігі, нашар тамақтану, спирт ішімдіктерін шамадан тыс тұтыну сияқты қауіп-қатер факторларын болдырмау.

Summary

Prevention of risk factors of lifestyle: smoking, physical inactivity, poor diet, alcohol abuse, can significantly improve the health status than secondary prevention measures, such as the detection of diseases at an early stage.

Актуальность исследования. По последним данным ВОЗ отмечено, что рост числа неинфекционных заболеваний влияет на все страны, однако государства с низким и средним уровнями доходов несут дополнительное бремя, поскольку их системы здравоохранения, как правило, име-

ют меньше ресурсов как для профилактики и раннего выявления болезней, так и для оказания всесторонней медицинской помощи заболевшим [ВОЗ, 2012 г]. Слабое развитие первичной помощи приводит к негативным последствиям как в отношении состояния здоровья граждан, способ-

ствуя накоплению хронических патологий и позднему выявлению заболеваний, так и к неэффективному расходованию средств. Медицинским службам приходится затрачивать средства на лечение тех патологий, которые при рациональной организации здравоохранения могли быть предупреждены или устранены на ранних стадиях проявления. В Казахстане система здравоохранения по-прежнему ориентирована на лечение болезней, а не на их профилактику (66% расходов ГОБМП тратится на оказание стационарной медицинской помощи), к тому же система управления и финансирования ориентирована на поддержание мощностей сети, а не на ее эффективность (качество медицинских услуг) и профилактическую направленность [1].

Еще ранее, в Долгосрочной стратегии развития государства «Казахстан - 2030» среди основных приоритетов определены «Здоровье, образование и благополучие граждан» были обозначены наиболее актуальные проблемы в области охраны и укрепления здоровья [2]. Наряду с другими важными проблемами по сохранению здоровья в Стратегии акцентируется внимание на стимулирование здорового образа жизни, а также чистоту окружающей среды и экологии. Сохранение и создание безопасной для здоровья человека окружающей среды (в том числе и производственной) законодательно закреплено в Конституции Республики Казахстан, Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» и других законах РК.

В соответствии со статистическими данными заболеваемость и смертность населения во всех регионах РК возрастают, особенно среди населения трудоспособного возраста, основную причинно - зависимую роль играют поведенческие факторы риска, такие как курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, не рациональное питание и другие.

При этом следует иметь в виду, что 80% - современных болезней человека являются результатом экологических перенапряжений., а более 70% заболеваний связаны с нерациональным питанием, более 55% неинфекционных заболеваний с курением, злоупотреблением алкоголем и низкой физической активностью. Практически нет ни одной области в Казахстане, где бы тревожно не звучали проблемы медицинской экологии, а в условиях экологического неблагополучия воздействие окружающей среды и одновременное воздействие факторов нездорового

образа жизни на здоровье увеличивается до 50% и более. Вся сложность проведения мер первичной профилактики связана с тем, что воздействие перечисленных выше факторов риска (немедицинских детерминант) находится вне рамок действия системы здравоохранения, для более полной реализации интегрированной первичной профилактики (СИНДИ) необходима новая модель охраны здоровья населения, которая смогла бы обеспечить общественный (межсекторальный) подход к профилактическим мероприятиям и укреплению здоровья населения.

Таким образом, немедицинские детерминанты это факторы, прямо или косвенно влияющие на состояние здоровья, находящиеся за рамками компетенции системы здравоохранения. В то же время разные исследования по-разному оценивают роль и значение тех или иных детерминант здоровья. Так, например, по данным ВОЗ, эффективность системы здравоохранения в ожидаемой продолжительности жизни составляет от 44% до 57%, в то время как остальное зависит от немедицинских детерминант [4-6]. Согласно отчету ВОЗ, благодаря оздоровлению окружающей среды, ежегодно возможно предотвращать 13 миллионов случаев смерти в мире. Под оздоровлением окружающей среды эксперты ВОЗ понимают как воздействие на загрязнение, опасности факторов производственной среды, УФ-излучение, шум, сельскохозяйственные риски, так и изменения климата и экосистемы.

Индивидуальный образ жизни человека непосредственно сказывается на состоянии его здоровья. Согласно отчету Американского центра по контролю заболеваний (СБС) 50% преждевременной смерти среди населения Америки были напрямую связаны с образом жизни людей. Таким образом, следует отметить, что существует прямая зависимость между социально-экономическими факторами и образом жизни индивида. Следует отметить, что эти факторы управляемые и их воздействие может быть во многом снижено, что в значительной степени будет способствовать оздоровлению населения и снижать неблагоприятные последствия экологически зависимых заболеваний. Так, по данным зарубежной научной литературы (основы доказательной профилактики) в Финляндии с 1972 по 1992 гг. проводилось внедрение интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (программа СИНДИ – ВОЗ) на уровне ПМСП, что показало экономическую, медико-социальную эффектив-

ность мер первичной профилактики и коррекции образа жизни населения — в виде снижения смертности населения от ишемической болезни сердца на 80% [7].

По данным экспертов ВОЗ, в Казахстане на семь ведущих факторов риска приходится почти 60% общего бремени хронических заболеваний: табакокурение (13,4%), потребление алкоголя в опасных дозах (12,8%), повышенное артериальное давление (12,3%), гиперхолестеринемия (9,6%), избыточная масса тела (7,4%), недостаточное потребление фруктов и овощей (5,5%), низкая физическая активность (3,5%).

Проведенные НЦПФЗОЖ широкомасштабные социологические исследования (всего проведено 4 национальных исследований образа жизни населения, последнее в 2007 г) по 5 регионам РК, с охватом населения всех областей и районов, установили, что достаточно высокими остаются показатели табакокурения (доля курящих среди взрослого населения 27%), употребления алкоголя (35,6%), злоупотребление алкоголем (18%), наличие избыточной массы тела (35,6%), низкого употребления фруктов и овощей (более 53%) и низкой физической активности (53%). Высокая распространенность факторов риска привела к росту распространенности хронических неинфекционных заболеваний. Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют структуру заболеваемости и смертности населения Казахстана. Поэтому, формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) в этом контексте является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана, как это определено в Государственной программе «Саламатты-Казахстан».

Все вышеперечисленное определяет **актуальность** настоящего исследования, и она основана на приоритетности развития первичной профилактики заболеваний на уровне ПМСП урбанизированных территорий Казахстана.

Вместе с тем исследований в области оценки экологически зависимых заболеваний с учетом рискованного поведения человека не проводилось, как и отсутствуют работы по профилактике поведенческих факторов риска при экологически зависимых заболеваниях на урбанизированных территориях РК, проведено данное исследование.

Целью исследования является изучение влияния немедицинских детерминант (факторов

риска, связанных с образом жизни населения и факторов окружающей внешней среды) на развитие заболеваний среди населения и разработка инновационных организационно-управленческих мероприятий на межсекторальном уровне и межведомственного взаимодействия на уровне ПМСП по первичной профилактике заболеваний, и коррекции образа жизни населения урбанизированных территорий республики (гг. Щучинск, Тараз, Усть-Каменогорск, Актау, Жанаозен, Экибастуз, пп. Боровое, Созак, Шолаккорган, Глубокое, Солнечный, на основе анализа поведенческих и экологических факторов риска

Методы исследования. Социологические исследования осуществлялось методом интервьюирования и включало количественную оценку поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди населения урбанизированных территорий Казахстана. Исследования проводились в контрольной (г. Щучинск и пос. Боровое, как наиболее не загрязненные территории) и опытной группах (урбанизированные территории).

Участники (объекты) исследования. С учетом утвержденных этической комиссией протоколов исследования и письменного согласия участников эксперимента, было обследовано взрослое и детское население, всего 7440 человека, из них:

- по г. Темиртау, п. Чкалово: детей - 308; взрослых — 223 чел.
- по г. Щучинск, п. Боровое: детей - 477; взрослых — 721 чел.
- по г. Усть-Каменогорск, п. Глубокое: детей - 882; взрослых — 1164 чел.
- по г. Тараз, пп. Шолаккорган и Созак: детей - 458; взрослых — 986 чел.
- по гг. Актау и Жанаозен: детей — 498; взрослых — 721 чел.
- по г. Экибастуз и п. Солнечный: детей — 418; взрослых — 584 чел.

Статистические методы. Обработка материалов проведена с использованием компьютерных программ SPSS 15,0 и MAP, DeBaby, Excel.

На основании полученных данных по всем урбанизированным регионам РК нами проведен сравнительный анализ распространенности поведенческих факторов риска среди населения урбанизированных территорий.

В таблице №1 представлены данные по основным поведенческим факторам риска среди взрослого населения. Курение распространено среди опрошенного населения всех исследуемых реги-

онов в пределах 10,14%-23,77%, по контрольной зоне (г. Щучинск и пос. Боровое) распространенность курения среди мужчин больше, чем в некоторых экспериментальных (урбанизированных) регионах, выше, чем в ВКО в 2 раза, выше, чем в Жамбылской области (г. Тараз 45,25%), г. Актау (49,49%), г. Жанаозен (44,37%). Следует отметить, что в сравнении с предыдущими национальными исследованиями (2007 г) распространенность курения выше на 17%-20%.

Опрос детей в возрасте 11-14 лет представлен в Таблице №2, данные которой свидетельствуют, что именно с подросткового возраста дети приобретают вредные поведенческие привычки. Курение и употребление алкоголя характерно для всех регионов, доля курящих от 0,8% (Экибастуз) до 8,0% (г. Темиртау). Для 12,7% детей (г. Тараз и др. южные регионы) до 26,9% (г. Темиртау) характерны низкая физическая активность, они не занимаются достаточной физической культурой и спортом, к тому же более 60% детей сидят за компьютером или телевизором более 2-х часов. Дети всех урбанизированных территорий (Темиртау, Усть-Каменогорск, Тараз, Актау,

Экибастуз) в ежедневном рационе не получают рекомендованные ВОЗ нормы потребления овощей и фруктов (от 47,8% г. Темиртау до 85,2% г. Экибастуз), в контрольной зоне (г. Щучинск, п. Боровое) доля таких детей меньше – 34,3%.

Употребление алкоголя. По оценкам ВОЗ [ВОЗ,2011], от вредного употребления алкоголя ежегодно умирают 2,5 миллиона человек, значительную долю из которых составляет молодежь. Вредное употребление алкоголя является одним из четырех наиболее распространенных факторов риска возникновения основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), которые поддаются изменению и предупреждению.

Распространенность потребления алкоголя по полученным данным имеет наименьшие показатели по г. Тараз (15,15%) и пос. Созак и Шолаккорган (10,39%), по остальным регионам, в т.ч. и по контрольной зоне распространенность потребления алкоголя составляет от 33,24% до 51,7% - это средние данные (по мужскому и женскому полу). Следует отметить, что также как и в 4-м Национальном исследовании прослеживается тенденция большей распространенности

Таблица 1. Сравнительный анализ распространенности поведенческих факторов риска среди взрослого населения урбанизированных территорий РК, 2011 г.

ФАКТОРЫ РИСКА	Темиртау Чкалово	Щучинск Боровое	Усть-Каменог., Глубокое	Тараз, Созак, Шолак- корган	Актау, Жанаозен	Экибастуз, Солнечный
Табаккурение	13,9	20,7	19,5	18,0	18,1	21,8
Употребление алкоголя	31,7	36,0	31,0	12,8	34,0	49,0
Недостаточное употребление овощей и фруктов	47,8	34,3	53,0	51,2	80,4	85,2
Низкая физическая активность	62,9	58,0	46,8	75,0	79,7	83,7

Таблица 2. Распространенность поведенческих факторов среди детского населения (11-14 лет) урбанизированных территорий РК, 2011 г.

ФАКТОРЫ РИСКА	Темиртау, Чкалово	Щучинск, Боровое	Усть-Каменог., Глубокое	Тараз, Созак, Шолак корган	Актау, Жанаозен	Экибастуз, Солнечный
Табаккурение	8,0	5,0	1,8	1,4	3,0	0,8
Употребление алкоголя	10,9	9,5	4,1	2,3	4,5	6,3
Недостаточное употребление овощей и фруктов	90,9	58,1	60,6	63,7	52,7	49,8
Низкая физическая активность	26,9	27,7	23,2	12,7	23,3	21,1

потребления алкоголя среди мужчин – по всем регионам, в т.ч. и по контрольной зоне (г. Щучинск и п. Боровое). Доля мужчин потребляющих алкоголь по г. Щучинску составляет 58,0% и по пос. Боровое 71,4%, что намного больше, чем в экспериментальных регионах, только по г. Тараз доля мужчин ниже – 18,72% по г. Тараз и 26,41% по поселкам Созак и Шолаккорган, в остальных регионах доля выпивающих мужчин составляет от 39% до 69,2% 9г. Экибастуз). Мужчины употребляют алкоголь в 2 раза больше чем женщины.

Анализ данных об уровне злоупотребления алкоголем по контрольной зоне (г. Щучинск и пос. Боровое).

Контрольная зона. По данным опроса взрослого населения по г. Щучинску употребляют большие дозы пива (более 4-х кружек пива – т.е. более 40 мл чистого этанола, что превышает нормативную дозу в 4 раза) 22,48% опрошенных, по пос. Боровое - 26,8%.

Вина больше нормы (более 3-х бокалов) выпивают 19,23% опрошенных и крепких алкогольных напитков выпивают 27,82% опрошенных (по г. Щучинску больше, чем в пос. Боровое). Таким образом, около четверти населения контрольной зоны превышают при употреблении алкогольных напитков установленные ВОЗ нормативы в более чем в 3-4 раза.

Анализ данных экспериментальных регионов. По ВКО (г. Усть-Каменогорск и п. Глубокое) 39,78% опрошенных превышают дозы потребления пива в 4 раза, 24,67% вина, 36,78% - креп-

ких алкогольных напитков, причем мужчины злоупотребляют алкоголем в 2 раза больше чем женщины (злоупотребление пивом среди мужчин 51,2%, а среди женщин – 24,4%), превышение злоупотребления среди мужчин при потреблении вина в 2,9 раза по г. Усть-Каменогорск, по пос. Глубокое в 4,5 раза. При злоупотреблении крепкими алкогольными напитками мужчины в 2 – 4 раза больше злоупотребляют, чем женщины 9 по пос. Глубокое мужчины 55,5% против 13,33% злоупотребляющих женщин). Также следует отметить, что в городской местности (г. Усть-Каменогорск) больше чем в 2 раза злоупотребляют крепкими алкогольными напитками, чем в пос. Глубокое.

По Жамбылской области – злоупотребление пивом – среди 18,06%, вином – 26,67%, крепкими напитками – 34,83%. Мужчины злоупотребляют крепкими спиртными напитками в 7 раз больше чем женщины (по г. Тараз).

По г. Актау – злоупотребление пивом среди 34,48% мужчин, по пос. Жанаозен – только 8,54%. Выпивают крепкие спиртные напитки больше рекомендованных доз по г. Актау 7,14% мужчин, по пос. Жанаозен – 10,23%, женщины на данный вопрос не ответили.

Выпивают более 4-х рюмок крепких спиртных напитков 8,2% опрошенных, 2,5% женщин, по пос. Солнечный – 5,88 % женщин. Таким образом, по данным опроса можно отметить, что превышение рекомендуемых ВОЗ норм потребления спиртных напитков характерно для контрольной зоны (27,82%0), для ВКО – 36,78%-

Таблица № 5. Данные об уровне злоупотребления алкогольными напитками (пивом, вином, крепкими алкогольными напитками) по всем исследованным регионам, 2011 г.

Регионы	взрослое население								
	кол-во употребляемых алкогольных напитков за один прием алкоголя								
	Более 4 кружек пива			Более 3 бокалов вина			Более 4 рюмок крепких алкогольных напитков		
	муж	жен	оба пола	муж	жен	оба пола	муж	жен	оба пола
г. Щучинск	36,28	7,24	21,69	25,1	10,2	15,38	46,57	12,22	29,78
п. Боровое	44,37	8,16	26,08	59,3	24,4	38,46	25,09	14,29	19,04
Всего	36,32	7,7	22,48	84,4	34,6	19,23	71,66	26,51	27,82
г. Усть-Каменогорск	51,20	24,40	41,80	38,46	13,15	24,82	44,14	25,86	37,86
п. Глубокое	41,60	6,25	21,42	50,00	11,11	23,07	55,50	13,33	29,16
Всего	50,56	21,69	39,78	39,10	13,00	24,67	45,00	23,28	36,78
г. Тараз	12,20	20,00	14,75	0,00	15,38	18,18	37,78	5,26	28,13
п. Созак и п. Шолаккорган	25,00	66,67	36,36	75,00	25,00	50,00	59,09	0,00	52,00
Всего	14,29	26,09	18,06	38,46	17,65	26,67	44,78	4,55	34,83
г. Актау	34,48	1,56	11,83	0,00	0,00	0,00	7,14	1,67	3,41
г. Жанаозен	8,54	0,00	6,36	2,90	3,13	2,97	10,23	0,00	7,38
Всего	21,51	1,09	8,87	2,78	1,06	1,81	9,48	1,06	5,71

39,78% (крепкие спиртные напитки и пиво соответственно), для г. Тараз (крепкие спиртные напитки)- 34,83%, причем мужчины злоупотребляют в большей степени, чем женщины в 4-4,5 раза (по ВКО и по Жамбылской области). По остальным регионам не все респонденты дали ответы.

Таким образом, проведенные широкомасштабные исследования образа жизни населения урбанизированных регионов Казахстана показали, что имеется высокая распространенность поведенческих факторов риска, которые наряду с экологическими факторами оказывают влияние на заболеваемость и смертность населения промышленных территорий.

Практические рекомендации по результатам выполнения исследования.

1) Для успешного осуществления программ по первичной профилактике заболеваний необходимы политическая приверженность на высоком уровне, а также согласованное участие ведомств, министерств, органов местной власти, общин и поставщиков медицинских услуг.

2) Проведенное научное исследование показало необходимость усиления профилактической работы с населением со стороны медицинских работников (Врачей общей практики и участковых врачей) на уровне ПМСП исследованных урбанизированных территорий.

3) О влиянии экологических и поведенческих факторов риска на заболеваемость и смертность населения должно быть проинформировано все население урбанизированных территорий.

4) Центр тяжести по профилактике заболеваний следует перенести на индивидуализированные осмотры с учетом их потенциальной клинической эффективности и на сбор надежной информации, доказывающей действенность специфических профилактических мер.

5) Содействовать мероприятиям по сокращению основных общих и поддающихся изменению факторов риска неинфекционных болезней: употребления табака, нездорового питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя.

6) Осуществлять мониторинг за неинфекционными болезнями и их детерминантами и оценивать прогресс на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Таким образом, должна быть внедрена действенная система первичной профилактики и формирования здорового образа жизни на двух

уровнях межсекторального и межведомственного взаимодействия: 1) уровне государства и 2) на уровне ПМСП, включающая результаты настоящего исследования. Предотвращение таких рисков для здоровья, как курение, недостаточная физическая активность, плохое питание, злоупотребление спиртными напитками, могут значительно в большей мере способствовать улучшению состояния здоровья, чем вторичные профилактические меры, наподобие выявления заболеваний на ранней стадии. На современном этапе безопасность окружающей среды и уровень профилактики заболеваний определяет общественное здоровье.

Обобщенные данные исследования свидетельствуют, что к важнейшим мерам, позволяющим снизить число заболеваний и их тяжесть, следует отнести такие, которые связаны с мерами, осуществляемыми самим пациентом. Необходимо обратить внимание на то, что смещение уровня ответственности врача влечет за собой изменение роли также и пациента. 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 первую роль играет пациент. Также необходимо повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала по вопросам практической реализации первичной профилактики экологически зависимых заболеваний среди населения урбанизированных территорий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 гг.
2. Долгосрочная стратегия развития государства «Казахстан - 2030»
3. Глобальная стратегия ВОЗ по профилактике - НИЗ и борьбе с ними (2000 г.) (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ra14.pdf)
4. План действий ВОЗ для осуществления Глобальной стратегии по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями (2008 г.)
5. Первая всемирная министерская конференция по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными болезнями (2011 г.), (материалы конференции: http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/ru)
6. Московская декларация (2011 г.) (документ первой всемирной министерской конференции по здоровому образу жизни и борьбе с неинфекционными болезнями)

ми) (http://www.who.int/entity/nmh/events/global_forum_ncd/documents/moscow_declaration_ru.pdf)

7. Совещание высокого уровня Организации Объединенных Наций по профилактике неинфекционных заболеваний (2011 г.), (по материалам официального сайта Организации объединенных наций: <http://www.un.org/russian>) Факторы окружающей и производ-

ственной среды, определяющие возникновение рака: основание для первичной профилактики. Астурийская декларация (2011 г.), (материалы первой Международной конференции ВОЗ: http://www.ppr-info.ru/index.php?option=com_contenttask=viewid=253Itemid=18)

8. Проект Северная Карелия. // От северной карелии до проекта национального масштаба. (2011 г.)

УДК 616.1-053.9-056.8

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ (СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

В.Е. ЕГОРЫЧЕВ

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

Резюме

Возникновение и исходы сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей в значительной степени определяются наличием различных поведенческих факторов риска. Это способствовало повышению интереса специалистов к вопросам оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов. Для оценки результативности этих программ используют такие основные показатели, как заболеваемость, смертность, качество жизни, DALY, QALY. Однако, в реальности ощущается потребность в промежуточных оценках, для которых могут быть использованы распространенность поведенческих факторов сердечно-сосудистых заболеваний, а также показатели индивидуального здоровья: содержание общего холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, гликемия, микроальбуминурия и др. При оценке качества программ имеет значение их осуществимость (реальность) и доступность.

Түйіндеме

Жүрек-тамыр ауруларының туындауы және нәтижесі көп жағдайда әртүрлі мінез-құлық қауіп факторларының болуымен айқындалады. Бұл мінез-құлық факторларының алдын алу бағдарламаларының сапасы мен нәтижелілігін бағалау мәселелеріне мамандардың қызығушылығын арттыруға ықпал етті. Осы бағдарламалардың нәтижелілігін бағалау үшін сырқаттанушылық, өлу, өмір сүру сапасы, DALY, QALY сияқты негізгі көрсеткіштер пайдаланылады. Алайда, іс жүзінде аралық бағалау жүргізу қажеттігі сезіледі, ол үшін жүрек-тамыр аурулары мінез-құлық факторларының таралғыштығы, сонымен қатар: қан құрамындағы жалпы холестерин мөлшері, тығыздығы төмен липопротеиндер, тығыздығы жоғары липопротеиндер, гликемия, микроальбуминурия және т.б. жеке денсаулық көрсеткіштері пайдаланылады, Бағдарламалардың сапасын бағалау барысында олардың (нақты) іске асырылуы мен қолжетімділігі маңызды болады.

Summary

The emergence and outcomes of cardiovascular disease is largely determined by the presence of various behavioral risk factors. This has contributed to an increasing interest of specialists in the assessment of the quality and effectiveness of prevention programs of behavioral factors. To evaluate the effectiveness of these programs use the basic indicators such as morbidity, mortality, quality of life, DALY, QALY. However, in reality, there is a need for interim assessments, which can be used by the prevalence of behavioral factors for cardiovascular disease, as indicators of individual health: total cholesterol levels, LDL, HDL density, glycemia, microalbuminuria, etc. In assessing the quality of programs is the value of their feasibility, and availability.

Целью нашего исследования было решение вопроса о роли различных поведенческих факторов риска в развитии сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей, качестве жизни данного контингента и основных направлениях работы по созданию программ профилактики болезней кровообращения путем воздействия на поведенческие факторы риска.

Методы. Мы провели поиск в базах данных Pubmed, просмотр выпусков Медицинского реферативного журнала, отечественных и зарубежных рецензируемых журналов, монографий и методических рекомендаций, используя ключевые слова «пожилые», «болезни системы кровообращения», «поведенческие факторы риска», «программы профилактики поведенческих факторов»

болезней системы кровообращения» во временном интервале 2006-2011 гг.

Учитывая рост доли пожилых людей в возрастной структуре населения Республики Казахстан, особую актуальность представляет повышение уровня работоспособности и социальной адаптации данного возрастного контингента. Выбор направления работы обусловлен высокой социальной значимостью продления активного долголетия в Республике Казахстан. Однако в настоящее время отсутствуют технологии комплексной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей с включением аспектов качества жизни. Продолжительность предстоящей жизни является важным показателем конкурентоспособности любого государства. Решение проблем продления активного долголетия в нашей стране является исключительно перспективным и важным в социальном отношении направлением деятельности. Значительная часть пожилых людей может из пассивных получателей пенсий и пособий может превратиться в активных создателей материальных ценностей. В настоящее время во всем мире сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной заболеваемости, смертности, ухудшения качества жизни и инвалидности среди пожилых людей. 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 и пожилом возрасте. С помощью эффективного контроля факторов риска может снизить клинические проявления и смертность у лиц с установленным сердечно-сосудистым заболеванием, а также у тех, кто подвержен значительному риску сердечно-сосудистых заболеваний в силу влияния одного или более факторов риска [1,2,3].

В результате анализа большого количества отечественных и зарубежных литературных источников мы обнаружили, что авторы сообщают о факторах риска, характерных для класса болезни системы кровообращения в целом, и в то же время имеется значительное количество научных публикаций, определяющих факторы риска, характерные для отдельных сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых.

К факторам риска, способствующим развитию сердечно-сосудистых заболеваний в целом среди пожилых относятся: курение, злоупотребление алкоголем, недостаточная физическая ак-

тивность, стресс, депрессия, диета с высоким содержанием жиров, недостаточное употребление свежих фруктов, ожирение, низкая медицинская активность: отсутствие регулярного контроля артериального давления, уровня липидов и холестерина в крови [4, 5, 6,7].

Развитию атеросклероза способствуют следующие факторы: курение, недостаточная физическая активность, диета с высоким содержанием жиров, недостаточное употребление свежих фруктов, ожирение, психосоциальные факторы, низкая медицинская активность: отсутствие регулярного контроля уровня липидов и холестерина в крови [8].

Ведущими факторами риска развития ишемической болезни сердца являются: курение, в том числе пассивное, недостаточная физическая активность, избыточная масса тела/ожирение, недостаточная медицинская активность: отсутствие регулярного контроля артериального давления, уровня липидов и холестерина в крови, постоянное употребление мягкой воды, бедной минеральными солями (кальция, магния, хрома, лития, цинка, ванадия) [9,10].

Фактором, способствующим развитию инсульта является, прежде всего, недостаточная физическая активность. Показано, что сильная и умеренная физическая активность оказывают протективное воздействие и препятствуют развитию ишемического инсульта у мужчин [11,12,13,14].

Наиболее значимыми поведенческими факторами риска развития артериальной гипертонии среди пожилых являются: курение, потребление алкоголя в опасных дозах, низкая физическая активность, избыточная масса тела [15,16].

Исследование поведенческих факторов риска болезней системы кровообращения представляет интерес потому, что на основе знания этих факторов и их распространенности во всем мире разрабатываются эффективные программы профилактики болезней этого класса у пожилых людей [17,18]. В то же, время знакомство с литературными источниками убедило нас в том, воздействие различных факторов риска и их значение в развитии сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей в разных странах имеют определенные региональные особенности. В этой связи изучение факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей в Республике Казахстан представляет не только научный, но и большой практический интерес.

Одним из наиболее значимых аспектов, которые необходимо учитывать при формировании здорового образа жизни у пожилых больных сердечно-сосудистыми заболеваниями неизбежно является вопрос о качестве жизни данного контингента. Исследование вопроса качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями пожилого возраста дает возможность:

- разрабатывать прогностические модели для многих болезней системы кровообращения у данного возрастного контингента;

- обеспечить динамическое наблюдение за группами риска и оценить эффективность профилактических программ [19].

Основным инструментом, используемым при изучении качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, являются специально разработанные опросники [20]. Применение данных опросников дает возможность изучать физический, психологический и социальный компоненты качества жизни больных [21,22].

Одним из главных аспектов ухудшения качества жизни больных пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями является развитие при данной патологии тревоги и депрессии [23]. Рассматривая качество жизни при отдельных заболеваниях, необходимо отметить, что у больных, перенесших инсульт, ухудшение качества жизни обусловлено развитием таких состояний, как тревога, депрессия и усталость. При этом тревога достоверно чаще встречалась у пациентов-женщин [24,25]. Если сравнивать воздействие развития таких состояний как инсульт и инфаркт миокарда на качество жизни, необходимо отметить, что оно ухудшается в обоих случаях. При обоих состояниях снижение качества жизни среди пожилых обусловлено неспособностью к обычной активности, появлением депрессии и тревоги. Однако качество жизни после перенесенного инсульта достоверно ниже, чем после инфаркта миокарда, что обусловлено развитием более частой и более выраженной депрессии после инсульта [26,27].

При болезнях системы кровообращения у пожилых людей часто развивается сердечная недостаточность. При данном состоянии ухудшение качества жизни обусловлено тревогой, депрессией, усталостью и диспноэ [28].

Ухудшение качества жизни пациентов при артериальной гипертензии может быть связано с хронической ежедневной головной болью [29].

У пожилых больных сердечно-сосудистыми заболеваниями при различном социально-эконо-

мическом статусе отмечается разная степень выраженности ухудшения качества жизни. Среди пациентов с коронарной болезнью сердца при более высоком социально-экономическом статусе качество жизни выше, что выражается в более слабых депрессивных ощущениях и в лучшем психологическом функционировании в целом [30].

В плане оценки результатов воздействия поведенческих факторов на качество жизни больных с сердечно-сосудистой патологией представляет интерес сообщение о том, что при заболеваниях, связанных с поражением периферических артерий, пациенты, продолжавшие курить, имели более высокую вероятность снижения качества жизни, чем некурящие [31].

Накопление сведений о различных аспектах качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями способствует разработке и совершенствованию медико-социальных программ, направленных на решение этой проблемы. Высказывается мнение об исключительной необходимости разработки новых вмешательств, направленных на улучшение качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, в данных программах должны принимать участие не только пациенты, но и их родственники [32].

Таким образом, улучшение качества жизни пожилых больных сердечно-сосудистыми заболеваниями является важным аспектом медико-социальной реабилитации данного контингента. При проведении такой работы необходимо учитывать заболевание, развитие сердечной недостаточности, пол, возраст, социально-экономический статус пациентов, поведенческие факторы риска.

В связи с высокой заболеваемостью и распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний в последние годы отмечается растущий интерес специалистов к руководствам по оценке эффективности программ профилактики этой патологии [33,34].

Программы профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний проводятся в основном на уровне организаций первичной медицинской помощи. Важным аспектом осуществления программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний путем снижения интенсивности воздействия факторов риска на уровне общины является возможность включения в такие программы непрофессиональных консультантов. При этом вмешательства, основанные на общинном подходе, имеют, как правило благоприятное соотношение затраты - эффективность [35,36].

В настоящее время программы профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний обычно включают использование технологий телемедицины (Интернет, видеоконференции), различные методы улучшения диеты, физической активности, ментального здоровья и качества жизни, методики релаксации [37, 38,39]. Результаты исследования показали, что положительные эмоции значительно улучшают состояние пожилых пациентов в период выздоровления после перенесенного инсульта [40].

Для оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов риска используют такие социально значимые показатели, как смертность, заболеваемость, распространенность патологии, качество жизни, годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY), годы жизни с поправкой на качество жизни (QALY), удельный вес числа случаев заболеваний, предотвратимых в результате воздействия на факторы риска [41,42,43].

Однако в ряде случаев необходим достаточно продолжительный период времени для того, чтобы та или иная программа в области общественного здравоохранения оказала достоверное позитивное воздействие на показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения, поэтому для оценки качества и результативности профилактики поведенческих факторов риска развития данной патологии целесообразно использование промежуточных измерений [44].

К таким индикаторам можно отнести распространенность различных поведенческих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также распространенность отклонений состояния здоровья среди пожилых людей, которые могут косвенно свидетельствовать о наличии неблагоприятных поведенческих факторов, способствующих развитию данной патологии. Речь идет о распространенности недостаточной физической активности, нерационального питания, курения, частых стрессовых ситуаций, злоупотребления алкоголем [45,46]. Для оценки эффективности программ профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых можно использовать оценку таких показателей, как содержание общего холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, гликемия, микроальбуминурия [47].

Результативность не является единственной характеристикой, с помощью которой можно оценить достоинства либо недостатки той или иной программы в области профилактики заболеваний. В практическом плане при оценке той или иной программы необходимо учитывать ее осуществимость (реальность) и доступность [48].

Таким образом, возникновение и исходы сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей в значительной степени определяются наличием различных поведенческих факторов риска. Это способствовало повышению интереса специалистов к вопросам оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов. Для оценки результативности этих программ используют такие основные показатели, как заболеваемость, смертность, качество жизни, DALY, QALY. Однако, в реальности ощущается потребность в промежуточных оценках, для которых могут быть использованы распространенность поведенческих факторов сердечно-сосудистых заболеваний, а также показатели индивидуального здоровья: содержание общего холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, гликемия, микроальбуминурия и др. При оценке качества программ имеет значение их осуществимость (реальность) и доступность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007. 34 P
2. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения. К.П. Ошакбаев, Т.И. Аманов, Т.И. Слажнева, Н.И. Назирова, Ш.И. Каржаубаева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жылкайдарова. Под ред. проф. Ж. Абылайулы, К.А. Тулебаева. Алматы, 2008. 150 с.
3. Murayama H., Shibui Y., Kawashima T., Kano N., Toratani A., Tachibana R., Shibuta K., Fukuda Y., Murashima S. Homebound status and life space among Japanese community-dwelling elderly in an urban area // *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2011, №58 (10), P.851-866.
4. 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.
5. Koelewijn-van Loon M.S., van der Weijden T., van Steekiste B., Ronda G. et al. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a

- cluster randomized controlled trial // CMAJ. 2009, №181(12), P. 267-274.
6. Cop-Blazic N., Zavoreo I. There no healthy level of smoking // Acta Clin Croat. 2009, №48 (3), P. 371-376.
 7. Sacco R.L., Khatri M., Rundek T., Xu Q., Gardener H. et al. Improving global vascular risk prediction with behavioral and anthropometric factors. The multiethnic NOMAS (Northern Manhattan Cohort Study) // J. Am. Coll. Cardiol. 2009. №54 (24) P. 2303-2311.
 8. Vinereanu D. Risk factors for atherosclerotic disease: present and future // Herz. 2006, № 3, P. 5-24.
 9. Hung M.Y., Hsu K.H., Hung M.J., Cheng C.W., Kuo L.T., Cherng W.J. Interaction between cigarette smoking and high-sensitivity C-reactive protein in the development of coronary vasospasm in patients without hemodynamically significant coronary artery disease // Am. J. Sci. 2009, №338 (6), 440-446.
 10. Haffey T.A. How to avoid a heart attack: putting it all together // J. Am. Osteopath. Assoc. 2009, №109 (5), P.14-20.
 11. Willey J.Z., Moon Y.P., Paik M.C., Boden-Albala B., Sacco R.L., Elkind M.S. Physical activity and risk of ischemic stroke in the Northern Manhattan Study // Neurology. 2009, № 73 (21), P. 1774-1779.
 12. Alvarez-Sabin J., Quintana M., Hernandez-Presa M.A., Alvarez C., Chaves J., Ribo M. Therapeutic interventions and success in risk factor control for secondary prevention of stroke // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. 2009, №18 (6), P. 460-465.
 13. Rist P.M., Berger K., Buring J.E., Kase C.S., Gaziano J.M., Kurth T. Alcohol consumption and functional outcome after stroke in men // Stroke. 2010, №41(1), P. 141-146.
 14. Romero J.R., Morris J., Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors // Cardiovasc. Dis. 2008, №2(4), P.287-303.
 15. Svetkey L.P., Pollak K.I., Yancy W.S., Dolor R.J., Batch B.C., Samsa G., Matchar D.B., Lin P.H. Hypertension improvement for physicians and lifestyle modification for patients // Hypertension. 2009, №54 (6), P.1226-1233.
 16. Galan P., Vergnaud A.C., Tzoulaki I., Buyck J.F., Blacher J., Czernichow S., Herberg S. Low total and nonheme iron intakes are associated with a greater risk of hypertension // J. Nutr. 2010, №140 (1), P. 75-80.
 17. Ma J., Berra K., Haskell W.L., Klieman L., Hyde S., Smith M.W., Xiao L., Stafford R.S., Case management to reduce risk of cardiovascular disease in a county health care system // Arch. Intern. Med. 2009, №169 (21), P. 1988-1995.
 18. Smith-Dijulio K., Anderson D. Sustainability of a multimodal intervention to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in midlife Australian women: a 5-year follow-up // Health Care Women Int. 2009, №30 (12), P. 1111-1130.
 19. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад РАМН Ю.Л. Шевченко.- М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.- 320 с.
 20. Karsdorp P.A., Kindt M., Rietveld S., Everaerd W., mulder B.J. Interpretation bias for heart sensations in congenital heart disease and its relation to quality of life // Int.J.Behav.Med. 2008, №15 (3), P. 232-240.
 21. Spaziano M., Carrier M., Pellerin M., Choiniere M. Quality of life following heart valve replacement in the elderly // J. Heart valve Dis. 2010, №19 (4), P. 524-532.
 22. Carter M.D., Lee J.H., Buchanan D.M., Peterson E.D., Tang F., Reid K.J., Spertus J.A., Valtos J., O'Keefe J.H. Comparison of outcomes among moderate alcohol drinkers before acute myocardial infarction to effect of continued versus discontinuing alcohol intake the infarct // Am.J.Cardiol. 2010, №105 (12), P. 1651-1654.
 23. Cully J.A., Phillips L.L., Kunik M.E., Stanley M.A., Deswal A. Predicting quality of life in veterans with heart failure: the role of disease severity, depression, and comorbid anxiety // Behav. Med. 2010, №36 (2), P. 70-76.
 24. Tang W.K., Lu J.Y., Chen Y.K., Mok V.C., Wong K.S. Is fatigue associated with short-term health-related quality of life in stroke? // Arch. Phys. Med. Rehabil. 2010, №91 (10), P. 1511-1515.
 25. Zalihic A., Markotic V., Zalinic D., Mabic M. Gender and quality of life after cerebral stroke // Bosn.J.Basic.Med.Sci. 2010, №10 (2), P. 94-99.
 26. Zalihic A., Markotic V., Mabic M., Cerni-Obrdalj E., Zalihic D., pivic G., Ostojic L.J. Differences in quality of life after stroke and myocardial infarction // Psychiatr. Danub. 2010, №22 (2), P. 241-248.
 27. Mierzynska A., Kowalska M., Stepnowska M., Piotrowicz R. Psychological support for patients following myocardial infarction // Cardiol J. 2010, №17 (3), P. 319-324.
 28. Chen L.H., Li C.Y., Shieh S.M., Yin W.H., Chiou A.F. Predictors of fatigue in patients with heart failure // J.Clin. Nurs. 2010, №19 (11-12), P. 1588-1596.
 29. Gipponi S., Venturelli E., Rao R., Liberini P., Padovani A. Hypertension is a factor associated with chronic daily headache // Neurol.Sci. 2010, №1, P. 171-173.
 30. Barbareschi G., Sanderman R., Kempen G.I., Ranchor A.V. Socioeconomic status and the course of quality of life in older patients with coronary heart disease // Int.J.Behav.Med.2009, №1 (3), P. 197-204.
 31. Hoogwegt M.T., Hoeks S.E., Pedersen S.S., Scholte O.P., Reimer W.J., van Gestel Y.R., Verhagen H.J., Poldermans D. Smoking cessation has no influence on quality of life in patients with peripheral arterial disease 5 years post-vascular surgery // Eur.J.Vasc. Endovasc. Surg. 2010, № 40 (3), P. 355-362.
 32. Sevinc S., Akyol A.D. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease // J. Clin. Nurs 2010, № 19 (9-10), P. 1315-1325
 33. Manuel D.G. The effectiveness of national guidelines for preventing cardiovascular disease: integrating effectiveness concepts and evaluating guidelines' use in the real world // Curr. Opin. Lipidol. 2010, №21 (4), P.359-365.
 34. Lenfant C. Can prevention of hypertension work? // Am. J. Ther.2008, №15 (4), P.334-339.
 35. Saha S., Gerdtham U.G., Johansson P. Economic evaluation of lifestyle interventions for

preventing diabetes and cardiovascular diseases // *Int. J. Environ Res. Public Health*. 2010, №7 (8), P.3150-3195.

36. Fleury J., Keller C., Perez A., Lee S.M. The role of lay health advisors in cardiovascular risk reduction: a review // *Am. J. Community Psychol*. 2009, №44 (1-2), P. 28-42.

37. Yu D.S., Lee D.T., Woo J. Improving health-related quality of life patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy // *J. Adv. Nurs*. 2010, № 66 (2), P.392-403.

38. Evangelista L.S., Heber D., Li Z., Bowerman S., Hamilton M.A., Fonarow G.C. // *J. Cardiovasc. Nurs*. 2009, № 24 (3), P. 207-215.

39. Cochrane T., Davey R.C. Increasing uptake of physical activity: a social ecological approach // *J.R. Soc. Promot. Health*. 2008, №128 (1), P.31-40.

40. Ostir G.V., Berges I.M., Ottenbacher M.E., Clow A., Ottenbacher K.J. Association between positive emotion and recovery of functional status following stroke // *Psychosom. Med*. 2008, № 70 (4), P. 404-409.

41. Chew D.P., Carter R., Rankin B., Boyden A., Egan H. Cost effectiveness of a general practice chronic disease management plan for coronary heart disease in Australia // *Aust. Health Rev*. 2010, №34 (2), P. 162-169.

42. Neubeck L., Redfern J., Fernandez R., Briffa T., Bauman A., Freedman S.B. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil*. 2009, №16 (3), P.281-289.

43. Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Родионова Ю.М., Старииков П.В., Михайлова Г.В., Хорошевская А.И., Зин-

нштейн Б.С., Приходько А.Е. Оценка эффективности мероприятий по уходу за больным с мозговым инсультом в восстановительном периоде во внебольничных условиях (на примере Новгородской области) // *Профилактическая медицина*. 2011, т.14, №5, С.21-26.

44. Brownson R.C., Baker E.A., Leet T.L., Gillespie K.N. *Evidence-based public health*. 2003. Oxford, 235 p.

45. Balcazar H.G., Byrd T.L., Ortiz M., Tondapu S.R., Chavez M. A randomized community intervention to improve hypertension control among Mexican Americans: using the promotoras de salud community outreach model // *J. Health Care Poor Underserved*. 2009, №20 (4), P. 1079-1094.

46. Warren J.M., Ekelund U., Besson H., Mezzani A., Geladas N., Vanhees L. Assessment of physical activity – a review of methodologies with reference to epidemiological research: a report of the exercise physiology section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil*. 2010, № 17 (2), P. 127-139.

47. Grover S.A., Coupal L., Lowensteyn I. Determining the cost-effectiveness of preventing cardiovascular disease: are estimates calculated over the duration of a clinical trial adequate? *Can. J. Cardiol*. 2008, № 24 (4), P.261-266.

48. Sangster J., Furber S., Allman-Farinelli M., Haas M., Phongsavan P., Mark A., Bauman A. A population-based lifestyle intervention to promote healthy weight and physical activity in people with cardiac disease: the PANACHE (Physical Activity, Nutrition And Cardiac Health) study protocol // *BMC Cardiovasc.Disord*. 2010, № 8 (10), P.17.

УДК 616.12.008.331.1 - 08:614.2

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**Ж.Т. САТЫБАЛДИЕВ**

Областной центр проблем формирования здорового образа жизни, Алматинская область

Резюме

В статье представлены данные, свидетельствующие о том, что методически правильно организованная лечебно-профилактическая помощь больным артериальной гипертонии, составляющим основную группу риска развития сердечнососудистых заболеваний, приводит к увеличению приверженности пациентов к эффективному лечению, повышает роль врача за качеством управления пациентом своим заболеванием, что приводит к существенному изменению в положительную сторону медико-социальных показателей. Широкое внедрение усовершенствованной формы профилактической работы в деятельность практического здравоохранения возможно только при наличии организационной модели и нормативной базы.

Ключевые слова: профилактика, медико-социальная эффективность, артериальная гипертония, лечение

Түйіндеме

Мақалада тамыр гипертониясының жүрек қолқа ауруларын дамытуды белгі негізгі топ құрайтын ауруларына дұрыс ұйымдастырылған емдік-алдын алу көмек әдістемелік тиімді емдеуге емделушілердің жолын ұстаушылығының үлкеюіне алып келген туралы куәландыратын мәліметтер елестеткен медицина-әлеуметтік көрсеткіштердің оң тарабына маңызды өзгеріске алып келген өз ауруымен емделушіні басқаруды сапаға дәрігердің рөлі жоғарылатады. Жаттығу денсаулық сақтауын алдын алу қызметте жұмыс істеуін жетілдірілген форманың кең енгізуі тек қана ұйымдас-тыру үлгі болған жағдайда болуы мүмкін және нормативтік базасы.

Негізгі сөздер: профилактика, медицина-әлеуметтік тиімділік, тамыр гипертониясы, емдеу

Summary

In article are submitted data, testifying that the methodically correctly organized treatment-and-prophylactic help to patients of the arterial hypertension making the main group of risk of development of cardiovascular diseases, leads to increase in commitment of patients to effective treatment, raises a role of the doctor behind quality of management of the patient the disease that leads to essential change in a positive side of medico-social indicators. Wide introduction of an advanced form of preventive work in activity of practical health care is possible only in the presence of organizational model and regulatory base.

Key words: prevention, medico-social efficiency, arterial hypertension, treatment

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной проблемой государственных, медицинских и общественных организаций в индустриально развитых странах в связи с высокой заболеваемостью, инвалидностью и смертностью среди населения.

В России в структуре первичной инвалидизации на 1 месте остаются болезни органов кровообращения — 68,2, случаи нетрудоспособности находятся на 2 месте — 14,5%. [1]. Аналогичная ситуация характерна и для Республики Казахстан.

Основными заболеваниями, формирующими высокие показатели смертности, являются ИБС (46,9%) и cerebrovasкулярные болезни (37,6%) [2]. Основу этих заболеваний составляет артериальная гипертония (АГ) и атеросклероз. В ряде проведенных ранее исследований было показано, что практические врачи в стратегии и так-

тике лечения АГ недостаточно четко представляют себе конечные цели терапии АГ (максимальное снижение ССЗ и смертности) и далеко не всегда последовательно добиваются целевых цифр АД, коррекции ФР [3]. Среди тех, кто принимает антигипертензивные препараты (АГП), эффективно лечится каждый пятый больной АГ — 21,5%.

Полученные результаты отстают от данных по эффективности лечения в Англии (29%) и в США (34%) [4]. Одной из главных причин неэффективного лечения пациентов с АГ и основными ССЗ считается, во-первых, низкая приверженность больных лечению [5], недостаточный контроль врача за качеством управления пациентом своим заболеванием [6] и отсутствие системного подхода к лечению и профилактике на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений.

В настоящее время существует большой разрыв между возможностью общества финансировать расходы на здравоохранение и постоянно растущей потребностью в их увеличении. При этом отдача от вложенных средств остается низкой: отсутствует увеличение продолжительности жизни, снижение смертности и числа серьезных осложнений. Сложившаяся ситуация частично обусловлена отсутствием четких протоколов (стандартов) лечения основных ССЗ [7].

Первоочередной задачей, стоящей перед службой здравоохранения на текущий момент, является улучшение качества медицинской (лечебной и профилактической) помощи больным с ССЗ и особенно с АГ с целью снижения сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт) и соответственно затрат на лечение. Затраты на лечение сердечно-сосудистых заболеваний должны быть оправданы снижением инвалидизации, летальности, уменьшением числа осложнений и длительности госпитализаций.

Цель исследования - оценить результативность лечения больных с АГ в амбулаторно-поликлинических учреждениях при условии соблюдения разработанных и утвержденных стандартов лечения и диспансерного наблюдения, включая формулярный список лекарственных препаратов, и провести оценку эффективности влияния новой формы лечебно-профилактической работы на динамику медико-социальных показателей.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на базе поликлиник с одинаковым районом и контингентом обслуживания. В одной поликлинике проводилось внедрение новых форм лечебно-профилактической работы с пациентами АГ (профилактическое обучение и технология диспансерного наблюдения на основе разработанного стандарта), вторая служила контролем, где формировалась группа сравнения (обычное диспансерное наблюдение).

В поликлинике, участвующей в программе активного профилактического воздействия (АВ), из списка больных, находящихся на диспансерном учете, сформирована репрезентативная 20%-ная выборка по таблице случайных чисел. Отклик составил 98% — 110 чел. из диспансерной группы больных АГ. Сформированы две группы пациентов: АВІ (группа профилактического обучения) — 55 больных АГ, и АВІІ (наблюдение на основе стандарта) — 55 больных АГ. В поликлинике, где проводилось обычное диспансерное наблюдение (ОН), группа сравнения формирова-

лась по принципу «случай — контроль».

Статистически значимых различий по возрасту, полу, уровню образования, степени АД и основным факторам риска ССЗ между группами больных АВ и ОН не отмечено ($p > 0,05$). Всего в исследовании приняли участие 110 больных АГ (60 мужчин и 50 женщин). Средний возраст пациентов в подгруппах АВІ и АВІІ составил $52 \pm 5,5$ и $51,4 \pm 4,5$ лет и в группе ОН — $51,2 \pm 4,2$ лет ($p > 0,05$).

Стандарты лечения создавались на основании существующих протоколов ведения пациентов с артериальной гипертонией, с учетом реального ресурсного обеспечения амбулаторно-поликлинических учреждений. Формуляр лекарственных средств сформирован из препаратов, вошедших в «Государственный реестр лекарственных средств», в соответствии с требованиями руководства по использованию лекарственных средств. В состав формулярного списка вошли генерики с доказанной в ряде исследований клинической эффективностью.

Изменение численности группы не повлияло на основные показатели в группах наблюдаемых пациентов.

Клиническая эффективность форм профилактической работы оценивалась по показателям достижения пациентами целевых значений АД. АД измеряли по стандартной методике. Степень АГ оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК 2009 г. СМАД — проводилось на аппарате АВРМ - 02/М, с программным обеспечением DOS, Windows-98.

Медико-социальная эффективность оценивалась по динамике случаев ВН, частоты госпитализаций, гипертонических кризов, вызовов «Скорой медицинской помощи», обращений за амбулаторной медицинской помощью по поводу ухудшения состояния в перерасчете на 100 больных за год, предшествующий исследованию, и через 1 и 5 лет после него. Информация собиралась двумя способами: опроса больных и выкопировки сведений из амбулаторных карт (даты случаев ВН, число дней, причина).

Обработка сгруппированных данных выполнена с помощью программы *Biostat 3.03*.

При статистическом анализе использовали параметрические и непараметрические методы. Сравнение количественных признаков проводили с помощью критерия Стьюдента. При сравнении частотных признаков использован критерий >2 . В качестве границы статистической значи-

мости принимали $p < 0,05$. Непрерывные величины представлены в виде средних арифметических значений и ошибки среднего ($M \pm m$).

Результаты и обсуждение. Согласно принятым на сегодняшний день современным рекомендациям, основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и смерти от них.

Это требует достижения целевого уровня АД, коррекции всех модифицируемых ФР, предупреждения и уменьшения степени поражения органов-мишеней, а также лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний [8].

Одной из важнейших задач при этом является достижение целевого уровня АД, что предполагает адекватный контроль над его уровнем в течение 24 ч. Теоретическое обоснование и практическое подтверждение такого подхода за контролем над АГ были получены в исследовании HOT [9]. При первоначальном обследовании больных отмечены примерно одинаковые результаты достижения целевых значений АД.

Частота целевого уровня АД в сформированных группах на начало исследования составила: в подгруппе АВІ — 25,5%, АВІІ — 24,8%, а в подгруппе ОН — 23,6 %, $p > 0,05$. В группах АВ на протяжении всего периода наблюдения отмечалась положительная динамика по количеству пациентов, достигших целевого уровня АД.

В группе АВІ доля лиц, имеющих целевое значение АД, увеличилась к первому году наблюдения с 25,5 до 58,4%, и к окончанию периода наблюдения 45,6% пациентов достигали эффективного контроля АД. Уменьшение количества пациентов, эффективно контролирующих АД в группе АВІІ (профилактическое обучение), вероятнее всего, связано с наличием эффекта затухания. В группе АВІІ доля лиц, достигших целевого АД, увеличилась с 24,8 до 54,6% и к окончанию наблюдения, т.е. через 5 лет, 56,2% имели целевое АД. Доля лиц, достигших целевого АД к окончанию периода наблюдения, была достоверно выше в группе АВІІ в сравнении с АВІ ($p < 0,01$).

Среднее значение САД ($M \pm m$) в группе АВІ снизилось со $153,0 \pm 19,4$ до $138 \pm 10,8$ мм рт.ст., ДАД — с $91,8 \pm 9,3$ до $78,2 \pm 5,0$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), и в группе АВІІ САД снизилось со $152,6 \pm 17,2$ до $136,4 \pm 12,3$ мм рт.ст. и ДАД — с $92,3 \pm 8,4$ до $75,6 \pm 6,3$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). У пациентов, не достигших целевых значений АД, отмечено снижение степени АГ в группах активного воздействия.

Пациенты с 3 степенью АГ к окончанию периода наблюдения в группах АВІ и АВІІ не регистрировались. В группе ОН частота достижения целевого уровня АД на протяжении 5 лет наблюдения достоверно не изменилась — 23,6% пациентов на начало наблюдения и 25,6% на момент окончания исследования.

Достоверные перемены в приверженности больных АГ к эффективному контролю АД в исследуемых группах обусловлены, с одной стороны, их активным вовлечением в процесс лечения, а с другой стороны — эффективным и активным контролем врача за качеством управления пациентом своим заболеванием. Для сравнения приведем данные многоцентрового исследования эффективности вторичной профилактики, проводимой в условиях медико-санитарных частей промышленных предприятий [2]. При активном профилактическом и лечебном вмешательстве процент эффективно леченных пациентов составил около 32,9 с колебанием показателя по разным центрам от 7,9 до 56%.

Эффективный контроль АД в группах АВ способствовал снижению обращений за всеми видами медицинской помощи по поводу ухудшения АГ и числа случаев временной нетрудоспособности.

У пациентов в группах АВІ и АВІІ в 2,7 раза уменьшилось число посещений в поликлинику по поводу ухудшения течения АГ, в 10 раз снизилось число случаев ВН, вызовов СМП, случаев госпитализации, а длительность случаев ВН уменьшилась в 2 раза. Достоверной разницы между группами АВІ и АВІІ не было. У пациентов группы ОН существенных изменений в динамике социальных показателей не отмечено за весь период наблюдения.

Результаты исследования послужили основанием для разработки организационной модели вторичной профилактики ССЗ в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Предложенная модель включает в себя следующие элементы: стандартизацию организационного процесса в лечебно-профилактических учреждениях; контроль качества профилактического воздействия; многоступенчатую подготовку кадров по вопросам профилактики.

Полученные данные свидетельствуют о том, что методически правильно организованная лечебно-профилактическая помощь больным АГ, составляющим основную группу риска развития ССЗ, приводит к увеличению приверженности

пациентов к эффективному лечению, повышает роль врача за качеством управления пациентом своим заболеванием, что в итоге приводит к существенному изменению в положительную сторону медико-социальных показателей. Широкое внедрение усовершенствованной формы профилактической работы в деятельность практического здравоохранения возможно только при наличии организационной модели и нормативной базы. В конечном счете, увеличение эффективно леченных больных АГ позволит снизить заболеваемость, инвалидность и смертность от ССЗ, что в итоге имеет колоссальное медицинское и экономическое значение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оганов Р.Г. Развитие профилактической кардиологии в России // Кардиоваск. тер. и проф. - 2004. - №3. - С. 4-11.
2. Оганов Р.Г. Возможности профилактики сердечно-сосудистых заболеваний для улучшения демографической ситуации в России // Дальнев. мед. журнал. - 2007. - №2. - С. 8-11.
3. Ощепкова Е.В. Пятилетние итоги реализации Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» (2002-2006) // Тер. архив. - 2007. - №9. - С. 25-30.
4. Шапиро И. А. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений в условиях реформ здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Хабаровск, 2002. - С. 45.
5. Guidelines for the management of arterial hypertension // European Heart Journal. - 2007. - Vol. 28. - P. 1462-1536.
6. Seven report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure // Hypertension. - 2003. - Vol.42. - P. 1206-1052.
7. Wald N.J., Morris J.K. Value of low dose combination treatment with blood pressure lowering drugs: analysis of 354 randomised trials // BMJ. - 2003. - Vol. 326. - P.1427-1434.
8. Галстян А.Ш. Профилактическое обучение пациентов в «школе профилактики ишемической болезни сердца» // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 1. С. 43-44.
9. Жилиева Е.П., Нечаев В.С., Ефремов Д.В. Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 1. С. 47-49.

УДК 614.2-08(574.1)

**ЭФФЕКТИВНАЯ ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ
ОБЛАСТИ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» НА 2011-2015 ГОДЫ****Н.Ш. ЖУМАГУЛОВА**

ГУ «Управление здравоохранения Западно-Казахстанской области», г. Уральск

Резюме

В данной статье подчеркивается, что в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы проводится эффективная политика здравоохранения в ЗКО, основанная на приоритетном развитии ПМСП, совершенствовании системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения, пропаганды здорового образа жизни и улучшения механизма финансирования здравоохранения области.

Түйіндеме

Осы мақалада 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» денсаулық саласын дамытудағы мемлекеттік бағдарламасын іске асыру аясында салауатты өмір салтын насихаттау және денсаулық сақтау саласын қаржыландыру механизмін жақсарту, басқару жүйесін және денсаулық сақтау менеджментін жетілдіру, БМСК басты дамуына негізделгені айтылады.

Summary

This article emphasizes that in the framework of the State program of health «Salamatty Kazakhstan» for 2011-2015 to conduct an effective health policy in WKR, based on the priority of the PHC, the governance and management in the health care industry, health promotion and improvement health financing mechanisms area.

В Послании народу Казахстана от 27.01.2012 г. Глава государства Н.А. Назарбаев назвал важнейшим фактором качественного роста человеческого капитала в Казахстане улучшение работы сферы здравоохранения, одними из главных направлений которой являются повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, а также продвижение здорового образа жизни.

Хорошей динамикой отмечено на сегодня развитие отечественной медицины, в том числе, развитие медицины в Западно-Казахстанской области. Хорошие показатели достигнуты благодаря реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. В частности, формируется эффективная система здравоохранения, основанная на приоритетном развитии ПМСП, совершенствуется система управления и менеджмента в отрасли здравоохранения, улучшается механизм финансирования здравоохранения.

В целом, надо констатировать, что реализация мероприятий Государственной программы и внедрение ЕНСЗ позволила обеспечить доступность медицинской помощи населению.

С 2010 года в перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) включены услуги по экстракорпоральному оплодотворению и пластической хирургической коррекции детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. С 2011 года в ГОБМП включены дополнительно отдельные дорогостоящие исследования, ряд целевых групп для скрининга (например: онкология, глаукома, вирусные гепатиты), лекарственное обеспечение больных детей редкими заболеваниями, с 2012 года бесплатное лекарственное обеспечение «Д» групп населения.

Свидетельством широкой доступности медицинской помощи населению является расширение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в 2010 - 2011 годах. На амбулаторном уровне — это социально-психологическое консультирование, позитронно-эмиссионная томография, однофотонная эмиссионная КТ. Большое значение придается скринингу, направленному на раннее выявление врожденной и наследственной патологии слуха среди детей раннего возраста, целевых групп риска на гепатит В и С у детей, на раннее выявление сахарно-

го диабета, глаукомы, колоректального рака. Заметно улучшилось и лекарственное обеспечение, в том числе и детей, больных редкими (орфанными) заболеваниями, а также лекарственное обеспечение дорогостоящими препаратами через Единого дистрибьютора.

На стационарном уровне стали практиковаться пластические хирургические коррекции детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, отмечается увеличение циклов ЭКО.

С начала года введены в организации ПМСП должности социальных работников, психологов для обеспечения социальной поддержки уязвимым слоям населения. Сегодня уже работают 21 психолог и 144 социальных работников. Через промежуточный индикатор, поскольку оценка результатов отдалена, можно сделать вывод о положительном влиянии данного мероприятия. Так, увеличено количество пролеченных на дому лиц старше 60 лет в 1,4 раза в сравнении с 2010 годом.

Открыты 16 Центров укрепления здоровья, 3 антитабачных центров, 2 Молодежных центра здоровья.

Открыто 3 трассовых медико-спасательных пунктов, что обеспечивает своевременность оказания медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях.

Закуплены и поставлены в регионы 3 передвижных медицинских комплекса, и в период их функционирования охвачено осмотрами уже более 20 тысяч человек из 100 населенных пунктов, по экстренной службе функционирует санавиация, в среднем в год осуществляют 250 выездов (из них 6 выездов по авиации, 56 выездов — железнодорожным транспортом). Таким образом, обеспечены услуги транспортной медицины населению, особенно сельскому, проживающему в отдаленных и труднодоступных регионах страны.

Совокупный объем стационарной и стационарозамещающей помощи в сравнении с 2009 годом увеличен на 20%, количество граждан получивших высокоспециализированную медицинскую помощь в регионе увеличилось в 9 раз в сравнении с 2009 годом.

Мировой медицинской практикой признано, что одним из прогрессивных методов решения проблем, связанных с лечением основных неинфекционных заболеваний является организация обучения каждого человека профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни.

Необходимым компонентом достижения положительного результата является активное си-

стематическое участие пациентов в процессе обучения в школах здоровья.

Таким образом, школы здоровья при соответствующем кадровом, методическом и информационном обеспечении станут в дальнейшем основой не только вторичной, но и первичной профилактики неинфекционных заболеваний, что приведет к продлению трудоспособной жизни пациентов.

На базе ПМСП функционируют 185 школ по профилактике артериальной гипертонии, диабета, астмы, школ здоровья по охране здоровья, в том числе матери и ребенка для усиления профилактической направленности медицины.

Одним из основных направлений реализации программы является усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации, основных социально — значимых заболеваний и травм.

В результате проводимых мероприятий в последние годы наблюдается стабильная динамика снижения смертности от болезней системы кровообращения, онкологических заболеваний, туберкулеза, несчастных случаев, отравлений и травм.

Так, по данным скрининга на выявление болезней системы кровообращения за 6 месяцев 2012 года выявлено 4860 больных с БСК, на диспансерный учет взято 4405, что составляет 90,6%. За 6 месяцев 2011 года из выявленных 3429 взято на диспансерный учет 2350 чел., это 68,5%. Таким образом, отмечается увеличение взятых на диспансерный учет на 22,1%, что, естественно, является хорошим прогнозом в предупреждении развития грозных осложнений болезней системы кровообращения.

Положительный тренд в показателях материнской и младенческой смертности появился благодаря постоянному контролю за оказанием помощи детям, беременным женщинам, роженицам и расширению спектра медицинских услуг для населения данной категории, в частности усилиями вторых, третьих медсестер, социальными работниками и психологами.

В настоящее время одним из основных приоритетов Государственной программы «Саламаты Қазақстан» является формирование здорового образа жизни среди населения республики, укрепление и сохранение здоровья, профилактика заболеваний.

В Казахстане, в том числе и в нашей области первое место по уровню заболеваемости и смерт-

ности занимают хронические неинфекционные заболевания (ХНЗ), представляющие реальную угрозу для жизни и здоровья человека.

Поэтому, основными приоритетами деятельности службы ФЗОЖ в 2012 году являются:

- Снижение материнской и младенческой смертности;
- Профилактика злокачественных новообразований;
- Профилактика болезней системы кровообращения;
- Профилактика туберкулеза;
- Профилактика ВИЧ/СПИД.

Учитывая, что большинство факторов риска являются следствием неправильного образа жизни человека, риск заболеваемости может быть снижен не за счет использования лекарственных препаратов и сложных методов лечения, а преимущественно путем самостоятельных усилий, предпринимаемых человеком по формированию здорового образа жизни.

Как известно, здоровье человека на 55% зависит от человека, его образа жизни, от наследственных факторов — 18%, от факторов окружа-

ющей среды — 17%, от состояния здравоохранения — 10%.

Таким образом, преодолев двадцатилетний рубеж своего существования наше независимое суверенное государство нацелилось на воплощение смелых амбициозных планов социально-экономического развития, для которого немаловажное значение имеет качественное укрепление здоровья казахстанской нации. Достигнутые на сегодня результаты развития отечественного здравоохранения дают основание смело надеяться, что все задуманное, в том числе и в стратегии «Саламатты Казахстан» - 2015 будут успешно осуществлено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193. (Статья 33 - 34., С. 61 — 63. www.zakon.kz)
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы от 29 ноября 2010 года № 1113 (С. 16-54. www.ru.government.kz)
3. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана 27.01.2012 г. (С. 6-8. www.akorda.kz)

УДК 504.75.05:613.1:614.78(574):303.62

**ОЦЕНКА ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ЕЕ ВЛИЯНИЯ
НА ЗДОРОВЬЕ РЕСПОНДЕНТОВ УРБАНИЗИРОВАННЫХ РЕГИОНОВ**

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, А.А. АДАЕВА,
Т.П. ПАЛТУШЕВА, А.А. ИМАНГАЛИЕВА**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
ТОО «ЛОР центр Ай-медикус», г. Алматы

Резюме

В данной статье приведены результаты социологического опроса, проведенного среди жителей Акмолинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Южно-Казахстанской, Мангистауской, Павлодарской областях. Изучено мнение взрослого населения, проживающего на урбанизированных территориях, об условиях окружающей среды и ее влиянии на здоровье.

Түйіндеме

Мақалада Ақмола, Шығыс Қазақстан, Жамбыл, Оңтүстік Қазақстан, Маңғыстау және Павлодар облыс тұрғындарының арасында өткізілген әлеуметтік сұрау нәтижелері көрсетілген. Қоршаған ортаның жағдайы мен денсаулыққа деген әсері турлы кенттенілген аймақтардың тұрғындарының пікірлері зерттелген.

Summary

This article presents the results of a poll conducted among the residents of Akmola, East Kazakhstan, Zhambyl, South Kazakhstan, Mangistau, Pavlodar regions and have been studied the opinions of the adult population living in urban areas about environmental conditions and its effects on health.

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. Возрастающее бремя неинфекционных заболеваний и смертности в развивающихся странах, в особенности, среди населения, проживающего на урбанизированных территориях, оказывают все более значительную нагрузку на систему здравоохранения и требуют реализации соответствующих политик и программ, а также переориентирования системы здравоохранения для оказания помощи людям с хроническими заболеваниями. Основанием для этого служат, во-первых, многочисленные жалобы населения, проживающего в условиях загрязненной окружающей среды, на неприятные запахи, головные боли, общее плохое самочувствие и другие дискомфортные состояния; во-вторых, данные медицинской статистики, свидетельствующие о тенденции к росту заболеваемости на загрязненных территориях; в-третьих, данные спе-

циальных научных исследований, направленных на определение количественных характеристик связи между загрязнением окружающей среды и его влиянием на организм.

В данной статье приведены результаты социологического опроса по изучению мнения взрослого населения об условиях окружающей среды на территории г. Щучинск и пос. Боровое Акмолинской области, г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое Восточно-Казахстанской области, в г. Тараз Жамбылской области, в пп. Шолаккорган и Созак Южно-Казахстанской области, в г. Актау и Жанаозен Мангистауской области, в г. Экибастуз и п. Солнечный Павлодарской области. Исследование осуществлялось методом интервьюирования в ходе которого было опрошено 7442 жителей (4401 человек среди взрослого населения, 3041 человек среди детского населения).

Изучение данных опроса взрослого населения шести регионов показало, что самый высокий показатель с неудовлетворительной оценкой экологической ситуации оказался среди респондентов ВКО (г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое) и Павлодарской области — 70,2% и 69,7% соот-

ответственно. По г. Актау и г. Жанаозен – 42,5%. По г. Щучинск и поселку Боровое данный показатель в два раза меньше, чем по ВКО и Павлодарской области (г. Экибастуз и пос. Солнечный) – 32%, тогда как по г. Тараз (пп. Созак и Шолаккорган) – только 17%.

Экологическую ситуацию как хорошую чаще всего оценивали жители г. Щучинск и пос. Боровое – 12,3%, самые низкие показатели по данной переменной оказались в Мангистауской области (г. Актау и г. Жанаозен) и Павлодарской области (Таблица 1).

Одним из важных для общественного здравоохранения остается вопрос о влиянии окружающей среды на здоровье населения, особенно ур-

банизированных территорий. Изучено мнение населения о том, воздействуют ли неблагоприятные факторы окружающей среды на здоровье.

Чаще всего неблагоприятное воздействие на здоровье отмечают респонденты, проживающие на территории ВКО (г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое) – 81,5%) Меньше всего респондентов, отметивших негативное воздействие, оказалось среди жителей Павлодарской области (г. Экибастуз и пос. Солнечный) – 7,8%. Статистически значимая разница между показателями респондентов мужского (6,7%) и женского полов (12,9%), отметивших негативное воздействие, выявлена среди жителей г. Тараз /пп. Созак и Шолаккорган, таблица 2.

Таблица 1 - Оценка взрослым населением экологической ситуации по месту жительства

Регионы	Оценка экологической ситуации (%)		
	хорошая	удовлетворительная	неудовлетворительная
всего	4	44	52
г. Щучинск	10,1	53,9	34,2
п. Боровое	20,4	53,5	23,6
всего	12,3	53,8	31,9
г. Усть-Каменогорск	8,5	19,6	70,5
п. Глубокое	0	29,4	69,1
всего	7,1	21,2	70,2
г. Тараз	1,8	93,6	4,7
п. Созак и п. Шолаккорган	0,8	60,5	38,7
всего	1,4	81,6	17,0
г. Актау	0,5	72,0	27,5
г. Жанаозен	0,6	37,8	61,6
всего	0,6	57,0	42,5
г. Экибастуз	0,4	27,2	72,4
п. Солнечный	0,0	44,9	55,1
всего	0,3	29,9	69,7

Таблица 2 - Воздействие неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье (по мнению взрослого населения)

	Воздействие окружающей среды на здоровье (%)					
	воздействия нет			воздействие есть		
	муж	жен	оба пола	муж	жен	оба пола
г. Щучинск	20,7	16,3	17,3	79,3	83,7	82,7
п. Боровое	33,3	26,8	35,9	66,7	73,2	64,1
всего	24,2	20,5	26,6	75,8	79,5	73,4
г. Усть-Каменогорск	28,1	15,1	20,1	71,9	84,9	79,9
п. Глубокое	16,3	8,6	10,3	83,7	91,4	89,7
всего	26,9	13,8	18,5	73,1	86,2	81,5
г. Тараз	93,6	87,8	90,7	6,4	12,2	9,3
п. Созак и п. Шолаккорган	92,5	86,0	87,9	7,5	14,0	12,1
всего	93,3	87,1	89,4	6,7	12,9	10,6
г. Актау	60,6	64,5	63,5	39,4	35,5	36,5
г. Жанаозен	52,8	24,9	37,5	47,2	75,1	62,5
всего	56,0	50,1	52,1	44,0	49,9	47,9
г. Экибастуз	92,5	91,3	91,6	7,5	8,7	8,4
п. Солнечный	85,7	96,3	95,5	14,3	3,7	4,5
всего	92,1	92,3	92,2	7,9	7,7	7,8

Определенный интерес представляет вопрос о применении населением урбанизированных территорий очистительных фильтров для воды. Установлено (согласно опросу взрослого населения), что чаще фильтры используют респонденты, проживающие в городах Актау, Жанаозен (38,6%). 29,2% опрошенного населения фильтры используют в ВКО (г.Усть-Каменогорск, пос. Глубокое). Четверть респондентов (25,7%) – в г. Щучинск/пос. Боровое. Наименьший удельный вес респондентов, использующих фильтр, отмечен – в г. Экибастуз и пос. Солнечный (9,4%) и г. Тараз /пп.Созак и Шолаккорган (5,9%), таблица 3.

В ходе проведенного исследования был изучен вопрос о неблагоприятных условиях окружающей среды по месту проживания, таких как

шум, неприятные запахи, близость строительных или промышленных объектов, плохое санитарное состояние территории. Так, на наличие перечисленных неблагоприятных условий чаще всего указывали респонденты, проживающие в г. Щучинск/пос. Боровое (73%), г.Усть-Каменогорск, пос. Глубокое (66,3%). Тогда как в г. Экибастуз/пос. Солнечный и г. Тараз /пп.Созак и Шолаккорган эти показатели составили только 2,9% и 9,9% соответственно. Сравнение показателей в разрезе по полу выявило статистически значимую разницу только среди опрошенных жителей городов Актау, Жанаозен (25,4%), среди мужчин этот показатель составил – 17% , среди женщин – почти в два раза выше 29,6% (таблица 4).

Таблица 3 - Использование очистительных фильтров для воды (опрос взрослого населения)

	Использование очистительных фильтров для воды (%)	
	Да	Нет
г. Щучинск	27,3	72,7
п. Боровое	19,8	80,2
всего	25,7	74,3
г. Усть-Каменогорск	31,0	69,0
п. Глубокое	20,6	79,4
всего	29,2	70,8
г. Тараз	8,7	91,3
п. Созак и п. Шолаккорган	0,9	99,1
всего	5,9	94,1
г. Актау	58,5	41,5
г. Жанаозен	13,0	87,0
всего	38,6	61,4
г. Экибастуз	9,6	90,4
п. Солнечный	8,6	91,4
всего	9,4	90,6

Таблица 4 - Неблагоприятные условия среды по месту жительства, по мнению респондентов

	Неблагоприятные условия среды по месту жительства (%)					
	Есть			Нет		
	муж	жен	оба пола	муж	жен	оба пола
г. Щучинск	75,9	77,1	76,7	24,1	22,9	23,3
п. Боровое	59,5	60,0	59,9	40,5	40,0	40,1
всего	71,3	73,6	73,0	28,7	26,4	27,0
г. Усть-Каменогорск	60,7	65,2	62,1	39,3	34,8	37,9
п. Глубокое	85,9	89,4	87,1	14,1	10,6	12,9
всего	63,5	67,9	66,3	36,5	32,1	33,7
г. Тараз	9,4	11,9	10,8	90,6	88,1	89,2
п. Созак и п. Шолаккорган	8,5	8,0	8,1	91,5	92,0	91,9
всего	9,1	10,3	9,9	90,9	89,7	90,1
г. Актау	26,3	29,7	28,9	73,7	70,3	71,1
г. Жанаозен	10,6	29,3	20,9	89,4	70,7	79,1
всего	17,0	29,6	25,4	83,0	70,4	74,6
г. Экибастуз	1,5	1,7	1,6	98,5	98,3	98,4
п. Солнечный	12,5	9,3	9,6	87,5	90,7	90,4
всего	2,1	3,2	2,9	97,9	96,8	97,1

Таблица 5 - Получение информации от медицинских работников о влиянии экологических факторов на здоровье, со слов опрошенного населения

	Получение информации о влиянии неблагоприятных факторов риска от медицинских работников (%)	
	Получаю	Не получаю
г. Щучинск	27,5	72,5
п. Боровое	26,8	73,2
всего	27,3	72,7
г. Усть-Каменогорск	12,0	88,0
п. Глубокое	14,4	85,6
всего	12,4	87,6
г. Тараз	32,2	67,8
п. Созак и п. Шолаккорган	40,7	59,3
всего	35,3	64,7
г. Актау	5,9	94,1
г. Жанаозен	1,0	99,1
всего	3,7	96,3
г. Экибастуз	2,9	97,1
п. Солнечный	0,0	100,0
всего	2,4	97,6

Изучение вопроса о том, получает ли население информацию о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье от медицинских работников, показало, что чаще всего данную информацию получают респонденты г. Тараз /пп. Созак и Шолаккорган – более трети опрошенного населения (35,3%), в г. Щучинск/ пос. Боровое – 27,3%, в г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое – 12,4%. Реже всех информацию о влиянии экологических факторов на здоровье от медицинских работников получают респонденты городов Актау, Жанаозен (3,7%) и г. Экибастуз/пос. Солнечный (2,4%), таблица 5.

Выводы

1. Анализ данных взрослого населения всех шести регионов показал, что самый высокий удельный вес опрошенных, неудовлетворительно оценивших экологическую ситуацию, оказался среди респондентов ВКО - г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое (70,2%) и Павлодарской области - г. Экибастуз/пос. Солнечный (69,7%). Самый низкий - по г. Тараз/пп. Созак и Шолаккорган – только 17%.

2. Экологическую ситуацию по месту жительства как «хорошую» чаще всего оценивали жители г. Щучинск и пос. Боровое – 12,3%.

3. Неблагоприятное воздействие экологии на здоровье чаще всего отмечали респонденты, проживающие на территории г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое - 81,5%, а также в г. Щучинск/ пос. Боровое – 73,4%. Меньше всего респондентов, отметивших негативное воздействие, оказалось среди жителей Павлодарской области (г. Экибастуз и пос. Солнечный) – 7,8%.

4. Очистительными фильтрами для воды, согласно опросу, чаще пользуются респонденты, проживающие в городах Актау, Жанаозен (38,6%). Наименьший удельный вес респондентов, использующих фильтр, отмечен – в г. Экибастуз/пос. Солнечный (9,4%) и г. Тараз /пп. Созак и Шолаккорган (5,9%).

5. На наличие неблагоприятных условий по месту проживания чаще всего указывали респонденты (среди взрослого населения), проживающие в г. Щучинск/пос. Боровое (73%), г. Усть-Каменогорск, пос. Глубокое (66,3%). Тогда как в г. Экибастуз/пос. Солнечный и г. Тараз /пп. Созак и Шолаккорган эти показатели были в десятки раз ниже - только 2,9% и 9,9% соответственно.

6. Информацию от медицинских работников о влиянии неблагоприятных факторов экологии на здоровье, со слов опрошенного взрослого населения всех регионов, чаще получали респонденты г. Тараз /пп. Созак и Шолаккорган (35,3%) и г. Щучинск/пос. Боровое (27,3%). Реже всех данную информацию от медицинских работников получали респонденты городов Актау, Жанаозен (3,7%) и г. Экибастуз/пос. Солнечный (2,4%).

Опрос показал необходимость усиления профилактической работы с населением со стороны медицинских специалистов, так как выявлены многочисленные жалобы населения урбанизированных территорий на негативное воздействие экологии на здоровье, а также низкий процент информированности населения медицинскими работниками о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье.

УДК 616.1-053.9

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ г. ТАРАЗ, п. ШОЛАККОРГАН И п. СОЗАК

Т.И. СЛАЖНЕВА, Х.С. ШАУХАРОВ, М.А. ДАРИШЕВА, А.А. АКИМБАЕВА
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы
Жамбульский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Тараз

Резюме

Анализировалось качество жизни населения г. Тараз, п. Шолаккорган и п. Созак. Проведенные исследования показали, что качество жизни сельского населения практически по всем изучаемым параметрам ниже, чем среди городского населения. При этом снижение показателей качества жизни в селе начинается в возрасте 30-39 лет, а в городе – 40-49 лет.

Түйіндеме

Тараз қаласының және Шолакқорган, Созак ауылдарының тұрғындарының өмір сапасының көрсеткіштері талданды. Өткізілген зерттеулер барлық зерттелетін параметрлер бойынша ауыл тұрғындары өмірінің сапасы қалалық тұрғындарға қарағанда төмен екендігін көрсетті. Ауыл тұрғындарының өмір сапасының көрсеткіштері 30-39 жастан, қала тұрғындарының өмір сапасының көрсеткіштері 40-49 жастан төмендегені анықталды.

Summary

Analyze the quality of life of the population t. Taraz, and s. Sholakkorgan s. Sozak. Studies have shown that the quality of life of the rural population in almost all the studied parameters is lower than in urban areas. The decrease in quality of life in the village starts at the age of 30-39 years, and the city - 40-49 years.

Взаимодействие человека и природной среды в современных условиях приобретает усложненный, обостренный и противоречивый характер. Особенно четко динамическое взаимодействие человека и природной среды проявляются в процессах урбанизации. Развитие в Жамбульской области металлургической промышленности (добыча и переработка полиметаллических руд), радиоактивные источники, автомобильный транспорт, рост химических производств, рост выброса токсических веществ способствуют загрязнению атмосферного воздуха [3,5]. В связи с этим качество жизни населения является важнейшим критерием как ответная реакция на воздействия окружающей среды. Поэтому актуальным является изучение состояния здоровья населения, которое может быть расценено как показатель качества жизни [2,5].

Цель исследования: Оценка качества жизни населения г.Тараз, п.Шолаккорган и п. Созак.

Материалы и методы исследования.

Исследования проведены в рамках прикладной НТП 2011 г. НЦ ГТ и ПЗ МЗ РК и НЦПФЗОЖ МЗ РК по пилотному проекту в г.Тараз Жамбылской области, в пп.Шолаккорган и Созак. Было обследовано всего респонден-

тов в возрасте 18 лет и старше в г.Тараз – 629, в п.Шолаккорган, п.Созак – 357.

Оценку качества жизни, связанного со здоровьем проводили на основании субъективного восприятия индивида с использованием международного опросника MOS SF-36 по русской версии был проведен социологический опрос населения 6-ти урбанизированных районов Казахстана по 8-ми шкалам: физическое функционирование (PF), ролевые ограничения из-за физического здоровья (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевые ограничения из-за эмоционального состояния (RE), психическое здоровье (MH). [1,4].

Обработку полученных данных проводилась по предусмотренной опросником SF-36 методике. Для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья максимальное значение было равно 100. Все ответы анкеты SF-36 были преобразованы линейно от 0 до 100 (либо 100 до 0) в зависимости от того представляют они наименее или наиболее благоприятные последствия для здоровья.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерных

программ SPSS 15,0 и MAP, DeBaby, Excel. Оценка достоверности (P) осуществлялась с использованием критерия Стьюдента t. Различия считали достоверными при $P < 0,05$. Кроме того, определялся 95% доверительный интервал показателя отношения шансов.

Результаты и обсуждение.

Установлено, что практически по всем шкалам опросника SF-36 показатели качества жизни в городе Тараз выше, чем в пп.Шолаккорган и Созак. Интегрированный показатель качества жизни по восьми оцениваемым параметрам в городе составил $79,91 \pm 0,97$, что на 12 единиц выше, чем в сельской местности ($67,8 \pm 1,62$). Наиболее высокая разность значений - 20 и более единиц выявлена по таким параметрам как ролевое физическое и эмоциональное функционирование ($t=7,22$; $p<0,001$), которые указывают на ролевые ограничения по причине физического здоровья и эмоциональных проблем (таблицы 1-2).

Самым низким параметром качества жизни среди изучаемых групп является жизнеспособность (город $-57,12 \pm 0,87$; село $-52,3 \pm 1,21$), которая подразумевает оценку ощущения респондентом полноты сил и энергии. А низкие баллы свидетельствуют о снижении их жизненной активности и повышенной утомляемости. Не выявлено существенных различий по показателям физическое функционирование (физическая активность) и психическое здоровье между городскими и сельскими жителями. Показатель социаль-

ного функционирования (социальная активность) более высокий среди респондентов проживающих в г.Тараз и достигает $94,43 \pm 0,73$, что на 17 единиц выше, чем на селе ($76,51 \pm 1,36$).

Показатели общего здоровья (город - $93,14 \pm 0,78$; село - $79,0 \pm 1,45$) и числа лиц, которые были ограничены в своей физической активности по причине болевого синдрома (город - $70,28 \pm 1,08$; село $59,4 \pm 1,52$) на 10 и более единиц выше в сельской местности.

Учитывая разницу в показателях качества жизни среди городского и сельского населения, был проведен анализ изменения качества жизни в 4 возрастных группах.

Как видно на рисунке 1 в г. Тараз, в целом разница в возрастных группах постепенная, что свидетельствует о постепенном уменьшении качества жизни с увеличением возраста. Практически по всем параметрам снижение показателей начинается в возрасте 40-49 лет, и наименьшие значения выявлены в возрасте 50 лет и старше. С увеличением возраста параметр физическое функционирование (физическая активность) снижается на 5 и более единиц в каждой оцениваемой возрастной группе. Наибольшее снижение показателей качества жизни на 11 и более единиц отмечено в возрасте 50 лет и старше по таким параметрам как общее здоровье, ролевое физическое ($t=2,63$; $p<0,01$) и эмоциональное функционирование ($t=2,69$; $p<0,01$). По таким параметрам как жизнеспособность, психическое здоровье, боль

Таблица 1 – Параметры качества жизни среди респондентов, проживающих в г. Тараз

Параметры	n	M	m
Физическое функционирование	628	75,44	0,91
Ролевое физическое функционирование	607	92,46	1,25
Ролевое эмоциональное функционирование	628	88,59	1,27
Жизнеспособность	628	57,12	0,87
Психическое здоровье	628	67,84	0,88
Социальное функционирование	628	94,43	0,73
Боль	624	93,14	0,78
Общее здоровье	503	70,28	1,08

Таблица 2 – Параметры качества жизни среди респондентов, проживающих в п. Созак и п. Шолаккорган

Параметры	n	M	m
Физическое функционирование	356	68,89	1,47
Ролевое физическое функционирование	356	71,49	2,39
Ролевое эмоциональное функционирование	356	66,83	2,46
Жизнеспособность	356	52,3	1,21
Психическое здоровье	356	66,19	1,08
Социальное функционирование	356	76,51	1,36
Боль	356	79,0	1,45
Общее здоровье	356	59,4	1,52

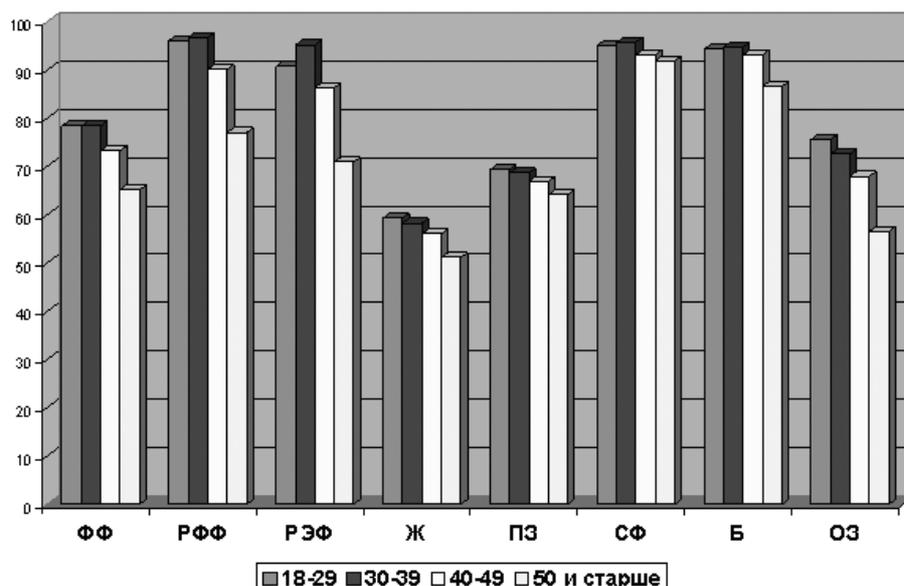


Рисунок 1 – Показатели качества жизни городского населения в четырех возрастных группах (г. Тараз)

и социальное функционирование разница значений в 4 возрастных группах не существенна.

По сравнению с городом, среди респондентов пп. Шолаккорган и Созак с увеличением возраста выявлено более выраженное снижение таких параметров качества жизни, как физическое функционирование, ролевое физическое и эмоциональное функционирование.

Если снижение качества жизни среди жителей г. Тараз отмечено начиная с 40-49 лет, то в селе с возраста 30-39 лет.

Как видно на рисунке 2 в сельской местности показатель физического функционирования в каждой оцениваемой возрастной группе снижается на 10 и более единиц. По сравнению с группой 18-29 лет, 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 в возрасте 40-49 лет еще на 21 единицу по обоим параметрам.

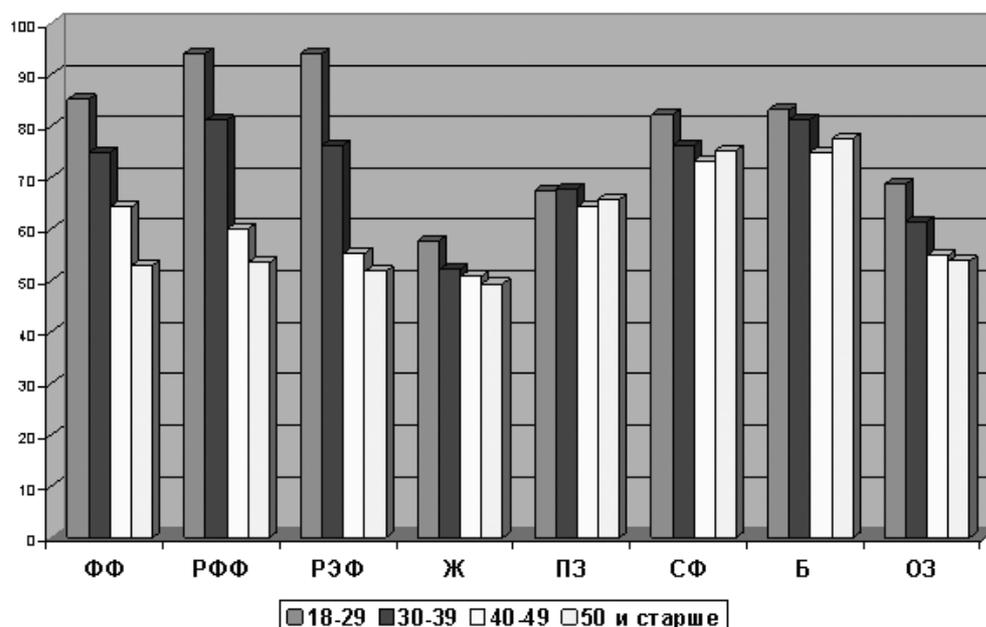


Рисунок 2 – Показатели качества жизни сельского населения в четырех возрастных группах (п. Созак, п. Шолаккорган)

Как и в городе, показатели психического здоровья, жизнеспособности, боли и социального функционирования (социальной активности) среди сельского населения существенно не изменяются с увеличением возраста. Незначительное снижение параметра общего здоровья отмечено в возрасте 30-39 лет на 7 единиц и 40-49 лет на 6 единиц.

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 ($t=2,98$; $p<0,01$) (рисунок 87). По таким показателям как психическое здоровье, боль и социальное функционирование разность значений между мужчинами и женщинами не значительна.

Различия в качестве жизни среди мужчин и женщин в сельской местности по ряду параметров являются более выраженными (рисунок 3). Так, показатель физического функционирования у мужчин выше на 12 единиц, чем у женщин, 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, анализируя вышеприведенные данные можно сделать следующие выводы по г. Тараз, п. Созак, п. Шолаккорган:

- Качество жизни сельского населения практически по всем изучаемым параметрам ниже, чем среди городского населения. При этом снижение показателей качества жизни в 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.

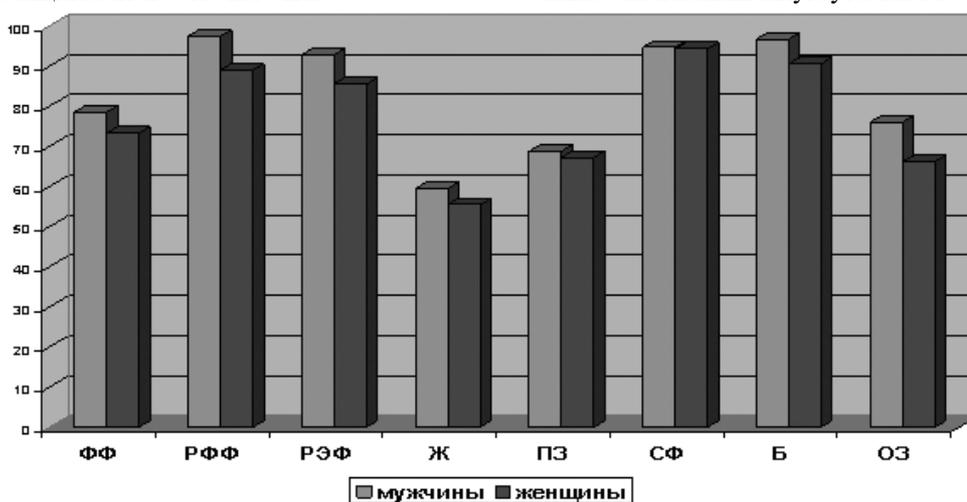


Рисунок 3 – Показатели качества жизни среди мужчин и женщин проживающих в г. Тараз

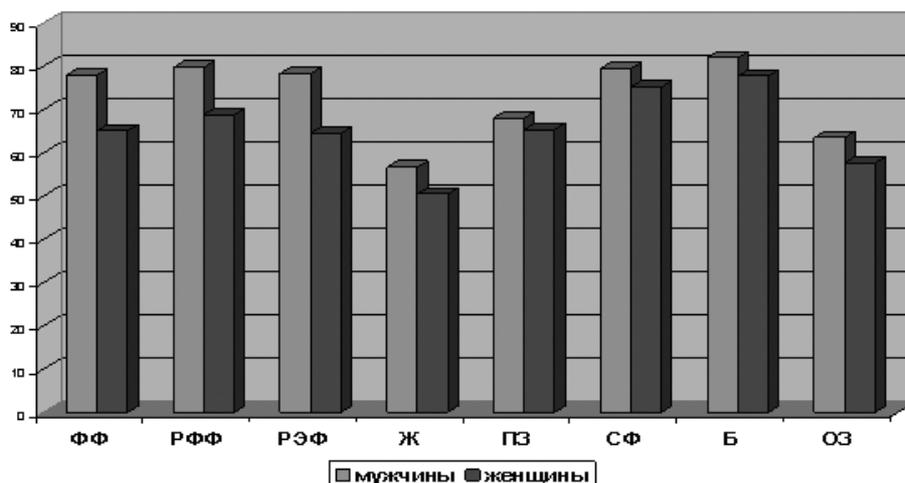


Рисунок 4 – Показатели качества жизни среди мужчин и женщин проживающих в п. Шолаккорган и п. Созак

- 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 более выражено.

- 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. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки КЖ // Центральноазиатский медицинский журнал. – 1998. – № 4-5. – С.236-241.
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. – Алматы. – 2005. – №35. – С. 69-72.
3. Окушева А.А. О роли экологического фактора в устойчивом развитии социально-экономической системы Казахстана. / Окружающая среда и экология / Под ред. Н.А.Исхакова, А.Р.Медеу. – Алматы. – 2006. – с.43.
4. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass.-1994.
5. Туребеков Д.К., Айнабекова Б.А., Махаметова М.Г., Абдрахманова Р.Х. Здоровье и качество жизни пожилых // Астана медициналык журналы. – Астана. – 2005. – №2. – С. 68-70.

УДК 617.75-053.2

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕФРАКЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Т.К. БОТАБЕКОВА, К.С. КЕНЖЕБАЕВА, Б.И. ИСЕРГЕПОВА

Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней, г. Алматы

Резюме

В работе представлен анализ показателей рефракции у детей младшего возраста при регулярном профилактическом осмотре в течение 5 лет; выявлены особенности рефрактогенеза.

Түйіндеме

Мақалада 5 жыл ішінде кұнаралық профилактикалық тексеру барысындағы жас балалардың көру көрсеткіштерінің анализы ұсынылған; рефрактогенездің ерекшеліктері берілген.

Summary

The article presents the measurements of refraction in children of young age during regular prophylactic examination with follow-up period 5 years, the features of refract genesis were revealed.

По данным ВОЗ каждый третий житель планеты имеет проблемы, связанные с рефракционными нарушениями глазного яблока [1]. Социальная и научная значимость проблемы связана с развитием сфер профессиональной и социально-бытовой активности человека, требующих высокой и полноценной остроты зрения.

Повсеместная компьютеризация и несоблюдение профилактических мероприятий способствует увеличению количества рефракционных аметропий среди наиболее трудоспособного молодого населения, ограничивая тем самым про-

фессиональную пригодность и значительно снижая социальную адаптацию.

Гиперметропический и смешанный астигматизм, особенно более 3,0-3,5 дптр., вызывает значительные функциональные нарушения зрительной системы пациентов. Отсутствие своевременной адекватной коррекции приводит к развитию рефракционной амблиопии или «слепоты от бездействия» [2,3].

Цель исследования: изучение динамики показателей клинической рефракции у детей младшего возраста.

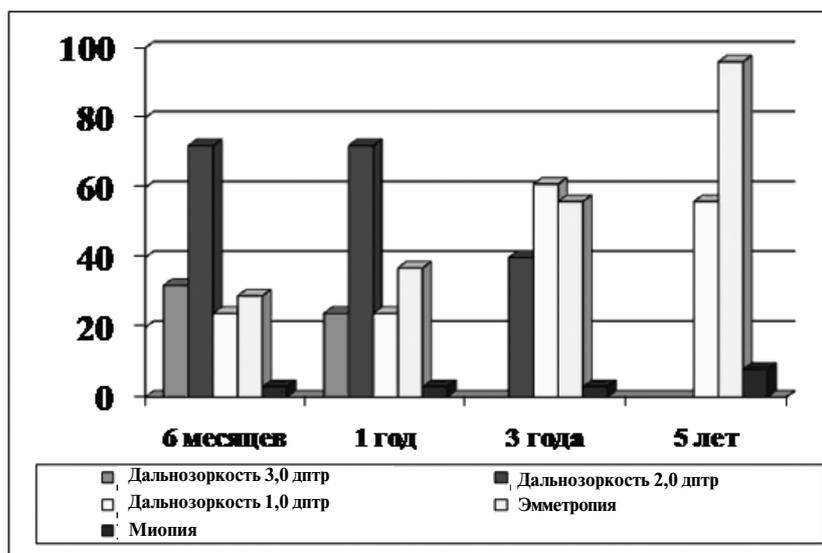


Рисунок 1. - Виды клинической рефракции у детей младшего возраста

Материалы и методы исследования.

Клиническое обследование проведено во время плановых профилактических осмотров 160 детям с шестимесячного возраста до пяти лет: 57% девочек (91 детей), 43% мальчиков (69 детей). Срок наблюдения составил 5 лет. Клиническо-инструментальное обследование включало скиаскопию на фоне циклоплегии, биомикроскопию, офтальмоскопию, в более старшем возрасте — определение остроты и характера зрения.

Результаты и обсуждение:

При изучении анамнеза установлено, что у 15% детей родители или ближайшие родственники имели близорукость той или иной степени. Все дети в нашем исследовании были доношенными и родились в срок; у 45% при рождении была гипоксия.

Обследование детей в шестимесячном возрасте показало, что 20% детей (32 человека) имели дальнозоркость в 3,0 дптр, 45% (72 детей) - в 2,0 дптр и 15% (24 обследованных) дальнозоркость величиной в 1,0 дптр. Эмметропическая рефракция установлена у 18% малышей (29 обследованных), миопия установлена в 2% случаев (3 детей).

В возрасте одного года показатели клинической рефракции не претерпели значительных изменений и составили: гиперметропия в 3,0 дптр у 15% обследованных (24 детей), дальнозоркость в 2,0 дптр у 45% детей (72 обследованных) и в одну дптр у 15% (24 детей). Эмметропическую рефракцию имели 23% детей (37), а миопическая была в 2% случаев (3).

При обследовании клинической рефракции детей в три года дальнозоркость в 3,0 дптр не установлена ни в одном случае. Гиперметропия в 2,0 дптр обнаружена в 25% наблюдений (40 обследованных), дальнозоркость в 1,0 дптр определена у 38% детей (61 малышей). Эмметропия выявлена у 35% обследованных (56 ребенок), миопическая рефракция у 2% (3 детей). Острота зрения составила в среднем $0,6 \pm 0,05$, что соответствует возрастной норме.

При обследовании в возрасте пяти лет установлено, что остаточная дальнозоркость в 1,0 дптр отмечалась у 35% детей (56 ребенок). Эмметропическая рефракция выявлена в 60% наблюдений (96 детей), миопия диагностирована в 5% (8 случаев). Острота зрения была в среднем $0,8 \pm 0,03$, характер зрения во всех случаях был бинокулярным. На рисунке 1 представлены изменения рефракции в возрастном аспекте.

Как видно на представленной диаграмме, тенденция к эмметропизации наблюдается с 3 летнего возраста, достигая максимума к 5 годам.

Выводы:

Проведенные исследования клинической рефракции выявили более раннюю эмметропизацию детского населения: так, в возрасте пяти лет нами установлена эмметропическая рефракция у 60% детей, в то время как, по литературным данным, в пять лет эмметропическая рефракция наблюдается в 30% случаев.

Профилактические осмотры в раннем детском возрасте позволяют вовремя диагностировать патологию и предрасположенность к возникновению близорукости.

Более раннее начало обучения в начальной школе (с 6 летнего возраста) способствуют более раннему и частому возникновению патологии рефракции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России // Съезд офтальмологов России, 7-й: Тез. докл. М., 2000. — 42 с.
2. Ермилова И.С. Система реабилитации детей со сложными видами аномалий рефракции на базе хирургических методов: дис. д-ра мед. наук. М., 1999. - 271 с.
3. Elitcroft D.I., Adams G.G. et al. Retinal dysfunction and refractive errors: an electrophysiological study of children // Br. J. Ophthalmol. — 2005. Vol. 89. - No. 4. - P. 484-488.

УДК 613.2/.8-056.8:303

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И МОНИТОРИНГ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Т.С. ХАЙДАРОВА, К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА

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

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

Резюме

В статье изложено квалификационные требования по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний на уровне ПМСП для специалистов общеврачебной практики в системе непрерывного повышения квалификации.

Түйіндеме

Мақалада біліктілікті үздіксіз арттыру жүйесіндегі жалпы дәрігерлік тәжірибие мамандары үшін БМСК деңгейінде жүрек-қан тамырлары профилактикасы бойынша біліктілік талаптары мазмұндалған.

Summary

The article describes the eligibility requirements for the prevention of cardiovascular disease at the level of primary health care professionals for general practice in continuing professional development.

В настоящее время реализация Государственной программы «Саламатты Қазақстан» направлена на усиление профилактики неинфекционных заболеваний на уровне ПМСП [1]. В настоящее время ВОЗ возвращается к решениям Алма-Атинской конференции (1978г), и ее принципы, предоставляющие равный доступ населения к медицинской помощи на уровне первичного звена являются приоритетным направлением деятельности этой международной организации и здравоохранения ведущих стран мира.

В последние годы во многих странах Европы проводятся реформы, которые направлены на усовершенствование служб здравоохранения, включая реорганизацию существующих систем общей практики (и их внедрение в случае отсутствия

таковых) [2]. Под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ за последние годы были разработаны несколько документов, посвященных проблемам общей практики, в которых освещались роль общей практики (ОП) в общенациональной интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний, вклад семейных и общепрактикующих врачей, развитие ОП в странах центральной и Восточной Европы, реформы в области семейной медицины и ОП, стратегия развития семейной практики и т. д. [3].

Мировая врачебная практика сформировала три модели деятельности семейного врача:

- индивидуальная практика (на уровне врача а и/или сестринского медицинского персонала);
- групповая врачебная практика (несколько

врачей общей практики, объединенных в группу, что позволяет организовать замену докторов, оптимизировать финансовые затраты и трудовые ресурсы);

- центры здоровья (скандинавская модель) – стационарные амбулатории общей практики.

Однако ни одна из данных моделей не может быть адаптирована в существующую в РК систему без существенных изменений, т. к. это повлечет за собой разрушение сложившейся организации амбулаторно-поликлинической помощи, поэтому приняты Государственная программа поэтапного перехода на принципы общеврачебной практики в существующей сети ПМСП, реформирована подготовка медицинских кадров по общеврачебной практике, и внедряется система непрерывного профессионального развития (НПР) врачей специалистов.

В основе системы НПР медицинских работников будет лежать накопительный принцип, предусматривающий освоение каждым работником определённого объёма новых знаний и навыков, измеряемых в условных единицах профессионального развития (система накопительных зачетных единиц).

Основным условием накопительной системы будет модульный подход в обучении, при котором образовательные программы состоят из

последовательно установленных обучающих модулей, каждый из которых имеет логическую завершенность и может быть пройден в качестве отдельного самостоятельного компонента с выдачей соответствующего документа.

Особенностью предлагаемой системы станет ориентация не на количество часов или общее потраченное время обучающимся, а на достижение им определенной компетентности за пройденный объем учебной программы.

В странах Европы и США система применения накопительных кредитов внедрена и широко применяется. В разных странах в течение 3-5 лет врач специалист должен набрать определенное количество кредитных единиц, подтвержденных документально. Представить их в комиссию по аттестации при университете, либо в профессиональную ассоциацию (в каждой стране по-разному) и по истечении срока в 3-5 лет на основании этих документов получить подтверждение своей лицензии. Если врач не уложился с набором кредитов в назначенный срок, он получает дополнительно 2-3 месяца и затем снова обращается за подтверждением лицензии [4-5].

Ниже нами предлагается система показателей по непрерывному профессиональному развитию и их оценка в кредитах для накопительной системы образования на протяжении всей профессиональной жизни специалистов ОВП.

Таблица 1. Мониторинг новых квалификационных требований по профилактике ССЗ на уровне ВОП в системе непрерывного профессионального образования в РК (по профилактике на примере сердечно-сосудистых заболеваний)

Наименование новых квалификационных требований (обучающего действия в Непрерывной системе повышения квалификации)	Форма участия	Кредиты	Форма отчётности
1	2	3	4
Повышение квалификации по профилактике ССЗ	Цикл ТУ при НЦПФЗОЖ	5	Документ, подтверждающий официально обучающее действие.
Прохождение обучения разного уровня по основной специальности в любом учебном или клиническом учреждении (стажировка на рабочем месте) в Республике Казахстан, за рубежом	Цикл ТУ	5-10	Документ, подтверждающий официально обучающее действие.
Освоение новых профилактических, немедикаментозных компьютерных технологий, помимо элементов практического навыка из перечня практических навыков/манипуляций		5-15 (в зависимости от сложности)	Справка об освоении и внедрении в клиническую практику, заверенная руководителем лечебного учреждения
Освоение (отработка элементов) практического навыка из перечня практических особо сложных либо не используемых регулярно в повседневной практике		7	Дневник учёта практических навыков/манипуляций, заверенный сотрудником кафедры или руководителем лечебного учреждения

Организация Школ здоровья для практически здоровых и здоровых граждан	ВОП/СМП	10	Документ (справка), заверенная руководителем ЛПУ
Выступление с лекциями по профилактике ССЗ по ТВ, радио, в газетах		10	Подтверждение, полученное от соответствующей ТВ, и др. организаций СМИ
1	2	3	4
Руководство профилактической частью программ подготовки учащихся (интернов, магистров) по основной и смежным специальностям по профилактике ССЗ		Интернов -5 Магистров -10	Документ, подтверждающий факт руководства, заверенного руководителем лечебного или учебного учреждения
Участие в составлении 10 рейтинговых тестовых заданий по профилактике ССЗ в составе авторского коллектива		3	Текст тестовых заданий с ответами, копия рецензии, заверенная в соответствии с требованиями.
Публикация материалов (тезисов) на конференции, съезде, симпозиуме, семинаре, коллоквиуме – Всероссийский уровень	Автор соавторы	5 3	Копия публикации из оригинала издания материалов;
Публикация материалов (тезисов) на конференции, съезде, симпозиуме, семинаре, коллоквиуме – региональный уровень (округ, область, республика, край).	Автор соавторы	5 3	Копия публикации из оригинала издания материалов; Программа с указанием темы доклада, Ф.И.О. докладчика, копия доклада
Выступление с докладом на конференции, съезде, симпозиуме, семинаре, коллоквиуме – региональный уровень (округ, область, республика, край).	Автор соавторы	7 3	Копия публикации из оригинала издания материалов; Программа с указанием темы доклада, Ф.И.О. докладчика, копия доклада
Участие в работе конференций, съездов, симпозиумов, семинаров, коллоквиумов в РК		5	Сертификат участника, программа.
Участие в работе конференций, съездов, симпозиумов, семинаров, коллоквиумов за рубежом		10	Сертификат участника, программа.
Чтение обучающих лекций, проведение обучающих занятий для среднего, младшего медицинского персонала клинических лечебных учреждений, для парамедиков (пожарники, сотрудники метрополитена, аэропортов, дорожных служб и др.).	Лектор	5	Документ, подтверждающий факт проведения лекции, семинара, практического занятия, заверенные руководителем учреждения.
Прослушивание проблемно-ориентированных обучающих лекций по программе кафедр ВУЗов, профессиональных сообществ различного уровня отечественных и зарубежных (refreshcourse).		1 кредит – 1 акад. час, т.е. 45 минут	Подтвержденный сертификатом слушателя
Освоение обучающего действия по программе обучающих действий кафедр ВУЗов		1-3 кредита в зависим. от сложн.	Подтвержденный сертификатом кафедры
Подписка на медицинские профессиональные журналы (отечественные и зарубежные)		5 кредитов	Предъявление абонеента на подписку
Использование компьютерных технологий, посещение лицензированных сайтов		1-2 кредита за день работы	Регистрация в сайте
Виртуальное обучение в тренажерном (фантомном) классе		1-2 кредита за 1 день работы	Дневник учёта практических навыков/ манипуляций, заверенный сотрудником кафедры

*Документ, подтверждающий обучающее действие, должен представлять официальный бланк учреждения, заверенный круглой печатью.

*Изменение перечня представленных позиций и их количественная оценка в кредитах может быть изменена в пределах 10-15% в зависимости от специальности.

*Система накопительных кредитов предусматривает создание портфолио в 144 (возможно более) кредитных единицы за 5 лет, подтверждённых документально, и набираемых равномерно.

Развитие непрерывного образования является целью или одним из важнейших побудительных факторов проведения реформ в системах образования многих стран мира.

Концепция непрерывного профессионального образования практически предусматривает более равномерное распределение в течение жизненного цикла человека периодов обучения и производственной (в широком смысле этого слова) деятельности и предоставление возможности человеку приобретать необходимые ему умения, навыки, знания, качества, ценности не раз и навсегда, а по мере того, как у него возникает в них надобность.

Все профессионалы здравоохранения и медицинские специалисты, работающие в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), должны пройти додипломную, последипломную подготовку, а также непрерывное профессиональное образование по концепции и содержанию ПМСП. Общая практика должна быть частью до дипломных программ подготовки. Всех студентов-медиков следует ознакомить с ОВП; они должны понимать необходимость сотрудничества всех секторов системы здравоохранения. Чтобы стать се-

мейным врачом, требуется пройти последипломную подготовку, которая ориентирована на первичную помощь и основана на ОВП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы».
2. Оказание помощи пациентам с хроническими состояниями. Взгляд с позиций системы здравоохранения. / Под редакцией Ellen Nolte and Martin McKee. — Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская Обсерватория по системам политике здравоохранения. 2010 г. — 256 с.
3. Бадио Дж. Общая врачебная практика/семейная медицина в Новой Европе (сравнительный анализ) / Дж. Бадио, Р. Квистон // Семейная медицина. - 1998. - №1. - С. 18-22.
4. Вартамян Ф.Е., Рожецкая СВ. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе / Ф.Е. Вартамян, СВ. Рожецкая // Здравоохранение. - 2003. - №12. - С. 61-67.
5. Nolte E., Knai C., McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries (Оказание помощи при хронических состояниях. Опыт восьми стран). - Европейское региональное бюро ВОЗ / Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2008 г. — 181 с.

УДК 614.7:616-056.8

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ

Т.С. ХАЙДАРОВА, К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА

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

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

Резюме

В статье показана необходимость введения новых квалификационных требований для специалистов общеврачебной практики – профилактического консультирования. Приведены технология и подходы оценки социально-экономической эффективности «Школ здоровья».

Түйіндеме

Мақалада алдыналы консультацияның – жалпы дәрігерлік тәжірибе мамандары үшін жаңа біліктілік талаптарын енгізу қажеттілігі көрсетілген. «Денсаулық мектептерінің» әлеуметтік-экономикалық тиімділігін бағалау тәсілдемелері және технологиясы келтірілген.

Summary

The article describes the need for a new qualification requirements for general practice specialists - prevention counseling. The technology and approaches to assess the socio-economic benefits of a «school of health.»

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламаты Қазақстан» предусмотрено формирование социально-ориентированной интегрированной ПМСП, которая включает развитие общеврачебной практики, к 2015 году количество врачей общей практики должно увеличиться в несколько раз и составить 30% от общего врачебного корпуса. Казахстан не является единственным исключением по вопросам реформирования системы здравоохранения, в других странах также интенсивно проводятся процессы реформирования семейной медицины. Так, введены новые определения «Общая врачебная практика / Семейная медицина»; Всемирные стандарты по повышению качества последипломного медицинского образования для формирования единого подхода при создании системы подготовки и организации деятельности ВОП/СМ [1-2].

Анализ опыта Великобритании, Финляндии показывает, что профилактика должна стать частью практической деятельности медицинских работников, а программы профилактики НИЗ, их факторов риска должны быть интегрированы в обязанности учреждений ПМСП [3]. Деятельность первичного звена здравоохранения в РК в настоящее время сконцентрирована в основном на лечебно-диагностических функциях. В то же время службы первичного звена здравоохранения

в соответствии с последними законодательно-нормативными документами, работая на индивидуальном или групповом/семейном уровнях, должны ввести в постоянную практическую деятельность - профилактику НИЗ и их факторов риска. Современные методы лечения НИЗ, особенно ранних стадий, дают хороший эффект и заметно продлевают жизнь пациентов. В то же время у большинства этих пациентов уровни факторов риска остаются высокими, что ведет к прогрессированию заболеваний, появлению осложнений и преждевременной смерти. Поэтому в задачи врачей первичного звена здравоохранения должна входить коррекция факторов риска как до появления симптомов заболевания (с целью его предупреждения), так и особенно интенсивная их коррекция после появления клинических признаков болезни (с целью предупреждения его прогрессирования). Выделение групп высокого риска развития заболеваний, ранняя диагностика, своевременное лечение и наблюдение за эффективностью лечения АГ, гиперхолестеринемии, сахарного диабета 2-го типа могут снизить смертность от болезней системы кровообращения (БСК). Поэтому необходимо совершенствование методов профилактики и лечения НИЗ.

В современных условиях самостоятельная общеврачебная практика в их традиционной форме на Западе связана со многими трудностями, как

финансового плана, так и организационного плана, имеются выраженные тенденции к развитию групповых общеврачебных практик и поликлинических форм обслуживания (формируются группы первичной медико-санитарной помощи (ГПМСП). В связи с этим, в западных странах основные лечебные функции амбулаторного типа постепенно отходят в сферу парагоспитального патронажного обслуживания [4]. С развитием межуровневой конкуренции, врачей ОВП всё больше ориентируют на профилактику, санпросвет работу, валеологию и нутрициологию, а также на лечение несложных простудных заболеваний и коррекцию нетяжелых обострений у хроников, не требующих регулярного патронажа и узкой специализации [5]. По этой причине снижается потребность в их глубокой интеграции с учреждениями и уровнями лечебного профиля, усиливается профилактическая деятельность по укреплению и развитию здоровья на индивидуальном-групповом уровнях. С конца прошлого века все страны Европы внедрили профилактику неинфекционных заболеваний, и достигли определенных результатов. По данным международной статистики государства Европы подразделяются на три группы по показателю смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Первая — страны со стабильно низким уровнем смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (Италия, Испания, Греция). Вторая — государства с высоким уровнем смертности (Казахстан, Россия, Венгрия). Наконец, третья группа — страны с постоянным снижением смертности (Великобритания, Дания, Финляндия). Именно эта группа показывает реальную возможность эффективной профилактики, выходящей за рамки социальных сдвигов [6]. Профилактические мероприятия, проводимые в этих странах, необходимо взять в качестве примера оптимальной стратегии борьбы с сердечнососудистыми заболеваниями. Например в Финляндии интегрированная программа профилактики СИНДИ внедрялась с 1972 по 1992 годы, и привела к снижению смертности от ИБС на 80%.

По данным ВОЗ до 50% заболеваемости и смертности от ССЗ предотвратимы, что, несомненно, означает возможность снижения заболеваемости и смертности, а также значительной экономии финансовых средств за счет сохранения жизни и продления качественной жизни людей [7]. Уже существует большая доказательная база, которая подтверждает, что если мы хо-

тим добиться снижения смертности от неинфекционных заболеваний, к которым относятся сердечно-сосудистые, онкологические и бронхо-легочные заболевания, болезни, связанные с нарушением обмена веществ, сахарный диабет, вкуче определяющие 75 % всех причин смерти, то без профилактических мер мы ничего не решим [8-9]. Это доказано опытом таких стран, как Финляндия, США, Новая Зеландия, Голландия, которые показали, что снизить в 2 раза и более смертность от неинфекционных заболеваний, и главным образом сердечно-сосудистых заболеваний, можно комплексным подходом, реализуя не только лечебно-диагностические, но и профилактические меры, причем последние обуславливают 55–60 %-й вклад в формирование успеха [10].

Любая медицинская услуга, в т.ч. и школа, как медицинская профилактическая услуга, оценивается по многокомпонентному принципу и включает три ключевые направления [11-12]: оценку медицинской (клинической) эффективности; оценку медико-социальной эффективности (может быть оценена в отдаленные сроки, не менее года) и экономической эффективности, применение которой требует специальных экономических расчетов (затраты-эффективность, стоимость болезни и пр.).

Изменение информированности, умений, навыков и повышение мотивации пациентов к оздоровлению является результативностью обучения, т. е. непосредственным результатом того, чему обучали. Вместе с тем эти параметры считаются показателями, предшествующими эффективности, так как характеризуют процесс формирования приверженности пациентов к выполнению врачебных назначений и как обязательное следствие — улучшение показателей здоровья и снижения риска ССО, что и является основной целью контроля АГ.

При оценке школ здоровья необходимо учитывать неоднородность контингента больных с АГ в популяции как с позиции медицинских характеристик (течение заболевания, тяжесть и др.), так и с позиции таких социальных особенностей, как осведомленность о заболевании, обращаемость за медицинской помощью, потребность в получении советов врача по лечению и оздоровлению, а также готовность следовать этим советам. В этой связи при оценке школ необходим дифференцированный подход именно с учетом особенностей контингентов больных с АГ.

В настоящее время уже накоплен опыт оценки эффективности школ здоровья в различных контингентах пациентов с АГ и в различных организационных моделях деятельности.

В 2012 году с целью снижения высокой распространенности, высокой заболеваемости и смертности от НИЗ, в первую очередь от БСК, Министерством здравоохранения РК принят приказ – об организации Школ здоровья, для реализации новых квалификационных требований по профилактике заболеваний. Профилактическое консультирование – взаимоотношения врача и пациента

Опыт развития методологии обучения пациентов позволил сформулировать понятие и концепцию профилактического консультирования, которая не только эффективно информирует, но и обучает пациентов. При профилактическом консультировании речь идет не только о медицинских вопросах контроля над заболеванием, в сферу влияния врача вступает образ жизни пациента. В этой связи важна межличностная основа профилактического консультирования – если понимать ценности, потребности, мироощущение людей, то можно достичь не только эффективного информационного, но и мотивационного влияния. Обеспечить реализацию этих теоретических основ на практике на индивидуальном уровне бывает трудно. Школа здоровья, обращаясь к проблемам здоровья группы пациентов, помогает для каждого из них выделить индивидуальные приоритеты, что важно для поддержания намерений пациентов к оздоровлению поведенческих привычек. Именно школы для пациентов позволяют использовать не только информационные, но и мотивационные технологии обучения, реализовать психологические подходы к формированию мотивации на практике, обеспечить так необходимую многим больным социальную поддержку. Школа здоровья является по сути технологией группового профилактического консультирования, успеху которого способствует доверительная атмосфера общения врача и пациента, взаимопонимание и чувство сопереживания, а также эффективная обратная связь (умение слушать, обсуждать, четко разъяснять цели обучения и пр.). Как правило, все превентивные меры для пациентов сопряжены с теми или иными ограничениями или усилиями (например, контролировать энергетический состав пищи или бросить курить и др.). Вместе с тем, советы воспринимаются лучше и действуют бо-

лее убедительно, если они проводятся с акцентом на положительные ассоциации, не содержат трудно выполнимых, громоздких рекомендаций и не воспринимаются пациентами как что-то для них неестественное, требующие усилий, ограничений в действиях и дополнительных средств. Желательно сопровождать советы выдачей письменными рекомендациями, памятками.

Основная цель профилактического консультирования – повышение приверженности пациентов к лечению и формирование мотивации к оздоровлению. Эта непростая задача во многом зависит от личности самого врача, а порой и от его настроения, самочувствия и других особенностей.

Школа для пациента обеспечивает помощь, ориентированную на пациента – «подход к оказанию помощи, в котором полностью учитывается позиция пациента. Эта позиция может быть охарактеризована такими параметрами, как уважение к ценностям, предпочтениям и высказанным потребностям пациента; координация и интеграция помощи; информация, общение и просвещение; физический комфорт; эмоциональная поддержка и устранение страха или беспокойства; вовлечение семьи и друзей; преемственность и непрерывность. В общем виде это система медицинской помощи, полностью ориентированная на пациента, когда он является объектом для всех элементов системы».

Для проведения оценки деятельности профилактики на уровне ОВП, школ здоровья необходимо определить критерии оценки профилактической работы специалистов. Следует отметить, что если ранее критериями - эффективности профилактики служили показатели смертности или продолжительности жизни популяции, то в последнее время сюда включено качество жизни, составными частями которого являются социальное благополучие и работоспособность (L. Ryden, 1998). Для оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов риска используют такие социально значимые показатели, как смертность, заболеваемость, распространенность патологии, качество жизни, годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY), годы жизни с поправкой на качество жизни (QALY), удельный вес числа случаев заболеваний, предотвратимых в результате воздействия на факторы риска. Однако в ряде случаев необходим достаточно продолжительный период времени для того, чтобы та или иная программа в области общественного здравоохране-

ния оказала достоверное позитивное воздействие на показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому для оценки качества и результативности профилактики поведенческих факторов риска развития данной патологии целесообразно использование промежуточных измерений. К таким индикаторам можно отнести распространенность различных поведенческих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также распространенность отклонений состояния здоровья, которые могут косвенно свидетельствовать о наличии неблагоприятных поведенческих факторов, способствующих развитию данной патологии. Речь идет о распространенности недостаточной физической активности, нерационального питания, курения, частых стрессовых ситуаций, злоупотребления алкоголем. Косвенно о наличии неблагоприятных поведенческих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний могут свидетельствовать такие индикаторы, как распространенность повышенного артериального давления, индекса массы тела более 25 кг/м², превышение нормативных параметров окружности пояса. Для оценки эффективности программ профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний можно использовать оценку таких показателей, как содержание общего холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, гликемия, микроальбуминурия. Учитывая то, что многие люди с гипертензией годами могут пребывать в неведении относительно того, что у них повышено артериальное давление, для оценки результативности профилактических программ большое значение имеет показатель осведомленности лиц с гипертензией о своем состоянии здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Gruesser M., Hartmann P., Schlottman N. et al. Structured patient education for out-patient with hypertension on general practice: a model project in Germany. *J Hum Hypertens* 1997;11:501–506.
2. Zernike W., Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients with hypertension. *J Clin Nurs* 1998;7:37–44.
3. Whelton P.K. Primary prevention of hypertension on clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Educational Program. *JAMA* 2002;288:1882–1888.
4. Raftery J.P., Yao G.L., Murchie P. et al. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330:707–716.
5. Finlay A. McAlister and others. Randomised Trials of Secondary Prevention Programmes in Coronary Heart Disease: Systematic Review. *Br Med J* 2001;323:957–962.
6. Rosamond W., Flegal K., Friday G. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2007 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation* 2007;115:e69–e171.
7. World Health Organization. Cardiovascular death and disability can be reduced more than 50 percent October 17, 2002.
8. Бакшеев В.И. Клинико-экономическая эффективность работы школы больных гипертонической болезнью на амбулаторно-поликлиническом этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2003.
9. Петричко Т.А. Эффективность структурированной обучающей программы в профилактике осложнений артериальной гипертензии путем модификации факторов риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск 2002.
10. Камардина Т. В. Экономическая эффективность популяционной программы по отказу от курения. *Профзабол и укреп здоровья* 2004;2:16–19.
11. Kiessling A., Zethraeus N., Henriksson P. Cost of lipid lowering in patients with coronary artery disease by Case Method Learning. *Int J Technol Ass Health Care* 2005;21:180–186.
12. Концевая А.В. Клиническая эффективность и клинико-экономическое обоснование обучения больных артериальной гипертензией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Иваново 2005.

УДК 614.257

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ОПЛАТА ТРУДА СПЕЦИАЛИСТОВ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ С УЧЕТОМ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Е. ЕГОРЫЧЕВ

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

Резюме

Специалисты общей врачебной практики могут и должны внести свой вклад в снижение заболеваемости кардиоваскулярными заболеваниями и смертности от болезней этого класса. В настоящей статье предложены критерии стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний за счет сложившейся экономии бюджетных средств и платных медицинских услуг. Разработаны также критерии стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний за счет ассигнований из республиканского бюджета на дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи.

Түйіндеме

Жалпы тәжірибелі дәрігер мамандары кардиоваскулярлы сырқаттанушылық мен осы класстағы аурулардан болған өлім-жітімді төмендетуге өз үлесін қоса алады және қосулары керек. Бұл мақалада жалпы тәжірибелі дәрігер мамандарына кардиоваскулярлы сырқаттанушылықтардың дамуына әсер ететін мінез-құлықтық қауіп факторларын алдын алу бойынша еңбек нәтижелерін ескеріп, бюджет қорын және ақылы медициналық көмегін үнемдегені үшін еңбек ақысын төлеудің ынталандыру критерийлері ұсынылған. Жалпы тәжірибелі дәрігер мамандарына кардиоваскулярлы сырқаттанушылықтардың дамуына әсер ететін мінез-құлықтық қауіп факторлары алдын алу бойынша еңбек нәтижелерін ескеріп, республикалық бюджеттен қосымша компонентке біріншілік медико-санитарлық көмектің тарифына ассигновация операциялары есебінен еңбек ақысын ынталандыру критерийлері құрастырылған.

Summary

The specialists of general practice can and should contribute to the reduction of cardiovascular disease morbidity and mortality from diseases of this class. This paper proposes criteria for incentive compensation specialists of general practice in the light of labor for the prevention of behavioral risk factors for cardiovascular diseases due to the current budgetary savings and paid services. Developed the criteria for incentive compensation specialists of general practice in the light of labor for the prevention of behavioral risk factors for cardiovascular disease by appropriations from the state budget for an additional component to the rate of primary health care.

В настоящее время кардиоваскулярные заболевания привлекают всё большее внимание специалистов из разных стран в связи с тем, что болезни данного класса занимают во всем мире ведущие позиции в качестве причины заболеваемости, смертности, социальной дезадаптации и ухудшения качества жизни [1,2,3,4]. В этой связи профилактика данной патологии на этапе первичной медико-санитарной помощи является весьма актуальной задачей [5,6,7].

Главной современной тенденцией развития первичной медико-санитарной помощи является переход на работу по принципу врача общей практики [8,9]. ВОП несут заметную нагрузку по проведению профилактической работы, в том числе по профилактике сердечно-сосудистых заболева-

ний. Однако ограниченность времени на приеме пациентов, отсутствие современных форм учета факторов риска, недостаточное использование критериев оценки эффективности и качества профилактической работы является причиной слабого внимания врачей ПМСП к профилактической составляющей лечебно-профилактической помощи [10]. В то же время данное направление деятельности имеет исключительно важное значение в связи с тем, что именно поведенческие факторы играют главную роль в развитии сердечно-сосудистых заболеваний [11,12,13,14,15]. К факторам риска, способствующим развитию кардиоваскулярных заболеваний в целом относятся:

- Курение;
- Злоупотребление алкоголем;

- Недостаточная физическая активность;
- Стресс;
- Диета с высоким содержанием жиров;
- Недостаточное употребление свежих фруктов;
- Ожирение;
- Депрессия;
- Низкая медицинская активность: отсутствие регулярного контроля артериального давления, уровня липидов и холестерина в крови [16,17,18].

Актуальность направления деятельности по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний возросла после издания приказа Министра здравоохранения от 5 марта 2012 года №146 «Об утверждении Положения об организации деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь».

Учитывая изложенное, в системе мероприятий, направленных на усиление работы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в рамках общей врачебной практике, важное место должно занять совершенствование системы оплаты труда специалистов, работающих в этом звене здравоохранения с учетом результатов деятельности по профилактике факторов риска болезней этого класса. Такой подход будет способствовать повышению уровня мотивации специалистов общей врачебной практики к усилению работы по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Вопросы совершенствования системы дифференцированной оплаты труда специалистов первичной медицинской помощи рассматриваются в различных странах. При этом высказывается мнение о том, что стимулирование оплаты труда врачей общей практики должно осуществляться с учетом качества их работы и степени удовлетворенности пациентов [19,20].

В Казахстане стимулирование оплаты труда специалистов общей врачебной практики осуществляется на основании Постановления Правительства Республики Казахстан от 29 декабря 2007 года № 1400 «О системе оплаты труда гражданских служащих, работников организаций, содержащихся за счет средств государственного бюджета, работников казенных предприятий», Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст.23) и приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицин-

ских работников». Однако нуждаются в конкретизации механизмы использования данных нормативно-правовых актов в плане стимулирования врачей общей практики с учетом результатов их деятельности по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Основой для решения этой задачи может стать разработанная нами Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике [21].

В приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» содержатся общие указания о стимулировании оплаты труда специалистов ПМСП. Настоящая статья конкретизирует выполнение приказа Министра здравоохранения №310 в части стимулирования деятельности специалистов общей врачебной практики по профилактике риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Учитывая важное социальное и медицинское значение именно этого класса болезней, разработка данных медико-организационных технологий представляется в настоящее время весьма актуальной и целесообразной.

I. Критерии стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний за счет сложившейся экономии бюджетных средств и платных медицинских услуг

В Правилах оплаты труда медицинских работников, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310 предусмотрено стимулирование оплаты труда работников организаций здравоохранения в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи за счет сложившейся экономии бюджетных средств и платных медицинских услуг. При этом в разделе «Критерии оценки деятельности медицинских работников» предусмотрен повышающий коэффициент в размере 1,10 который применяется при положительной динамике статистических показателей деятельности. Мы предлагаем конкретизировать условия применения этого критерия для специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний. Нами разработан комплекс ста-

1. **Заболеваемость болезнями системы кровообращения:**

$$\text{Первичная заболеваемость} = \frac{\text{Число вновь возникших заболеваний}}{\text{Численность популяции}} \times 100\,000$$

2. **Распространенности болезней системы кровообращения:**

$$\text{Распространенность болезней системы кровообращения (\%)} = \frac{\text{Число больных болезнями системы кровообращения}}{\text{Численность популяции}} \times 100$$

3. **Смертность от болезней системы кровообращения.**

$$\text{Смертность от болезней системы кровообращения} = \frac{\text{Число умерших от болезней системы кровообращения}}{\text{Численность популяции}} \times 1000$$

$$\text{Удельный вес профилактических посещений (\%)} = \frac{\text{Всего посещений – число посещений по поводу заболеваний}}{\text{Всего посещений ВОП}} \times 100$$

статистических показателей, которые можно использовать с этой целью [13].

Приведенные статистические показатели оцениваются 1 раз в год и стимулирующая надбавка с учетом коэффициента 1,10 выплачивается работникам (врачам и медицинским сестрам) общей врачебной практики в случае, если отмечается стабилизация, либо снижение приведенных статистических параметров за предыдущий год. Учитывая отмечаемый в настоящее время и ожидаемый в ближайшие годы рост удельного веса пожилых людей в возрастной структуре населения Республики Казахстан, не только снижение заболеваемости болезнями системы кровообращения, распространенности этой патологии, смертности от болезней этого класса, но и стабилизацию этих статистических показателей следует рассматривать как результат успешной работы специалистов общей врачебной практики.

О деятельности врачей общей практики может свидетельствовать не только динамика показателей популяционного здоровья, но и показатели качества амбулаторно-поликлинической помощи, к которым относятся как удельный вес профилактических посещений.

О позитивной динамике качества работы специалистов общей врачебной практики можно судить по повышению удельного веса профилактических посещений.

Кроме того, к показателям деятельности специалистов общей врачебной практики по профилактике деятельности поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, которые можно использовать в качестве критериев стимулирования оплаты труда, следует отнести:

- Стабилизацию или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения по причине сердечно-сосудистых заболеваний.
- Снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению по причине болезней этого класса.

Приведенные показатели деятельности специалистов общей врачебной практики оцениваются 1 раз в год и стимулирующая надбавка с учетом коэффициента 1,10 выплачивается работникам (врачам и медицинским сестрам) общей врачебной практики по результатам за предыдущий год.

II. Критерии стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний за счет ассигнований из республиканского бюджета на дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи

Согласно приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 года № 310

«Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» распределение средств, предназначенных для оплаты стимулирующих надбавок, размеры надбавок медицинским работникам ПМСП определяются комиссией, созданной приказом первого руководителя организации ПМСП или организации здравоохранения, в состав которой входит данная организация ПМСП (отделение врачей общей практики) из числа медицинских работников, представителей профсоюзного комитета данной организации. При неравномерном участии в достижении конечных результатов врачом или медицинской сестрой отделения ВОП сумма стимулирующего фонда медицинских работников распределяется по решению комиссии. Настоящим приказом Министра здравоохранения предусмотрены доплаты стимулирующего характера для врачей общей практики, медицинских сестер общей практики, заведующих и старших медицинских сестер отделения общей врачебной практики.

Индикаторами оценки деятельности специалистов ПМСП, согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан №310 являются показатели, характеризующие результаты деятельности организаций ПМСП. Мы предлагаем в качестве критериев стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний использовать следующие разработанные нами индикаторы (Таблица 1).

При снижении распространенности на врачебном участке за отчетный период всех выше приведенных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний специалисты общей врачебной практики получают стимулирующую над-

бавку из стимулирующего фонда врачей отделения ВОП, определяемому согласно приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан № 310. После распределения суммы стимулирующего компонента внутри структурного подразделения в соответствии с соотношением фонда заработной платы врачебного персонала и среднего медицинского персонала сумма между медицинскими работниками общей врачебной практики разделяется в зависимости от вклада в достижение ими конечных результатов деятельности ПМСП по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Стимулирующая надбавка специалистам общей врачебной практики за работу по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний выплачивается по итогам работы за прошедший квартал. Стимулирующая надбавка выплачивается специалистам общей врачебной практики 1 раз в квартал. Расчетный период для исчисления данной доплаты устанавливается по итогам: I квартала – в апреле месяце, II квартала – в июле месяце, III квартала – в октябре месяце соответствующего года.

Таким образом, кардиоваскулярные заболевания занимают в настоящее время ведущие позиции, как причины снижения качества жизни, заболеваемости, смертности и инвалидности различных контингентов взрослого населения. В тоже время, возникновение и дальнейшее развитие болезней данного класса в значительной степени обусловлено наличием поведенческих факторов риска, эффективно управляемых посредством деятельности по формированию здорового образа жизни. Профилактика поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний осуществляется главным образом на этапе ПМСП.

Таблица 1. Индикаторы оценки результативности профилактики факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний

№ п/п	Распространенность факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний среди взрослого населения на врачебном участке (в %)
1	Распространенность курения
2	Употребление алкоголя в опасных дозах (более 2 единиц алкогольных напитков в день*)
3	Недостаточная физическая активность
4	Диета с высоким содержанием жиров (содержание холестерина в крови >или= 8 ммоль/л)
5	Недостаточное употребление свежих фруктов (менее 400.0 в день)
6	Избыточная масса тела/ожирение (ИМТ>25.0 кг/м ²)
7	Доля лиц, отмечающих наличие постоянного стресса (в %)
8	Низкая медицинская активность: отсутствие регулярного контроля артериального давления, уровня липидов и холестерина в крови
9	Повышенное артериальное давление (>160-170/100-105 мм.рт. ст.)

*одна единица алкогольного напитка = 285 мл пива (5% алкоголя), 100 мл вина (10% алкоголя), крепкие напитки – 25 мл (40% алкоголя).

Среди организационных подходов к деятельности ПМСП в последнее время наибольшего внимания заслуживает институт врачей общей практики. Специалисты общей врачебной практики могут и должны внести свой вклад в снижение заболеваемости кардиоваскулярными заболеваниями и смертности от болезней этого класса. Однако для того, чтобы работа по профилактике поведенческих факторов риска развития данной патологии осуществлялась эффективно необходимо внедрить конкретные механизмы стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов деятельности по предотвращению развития болезней этого класса.

Выводы:

1. Предложены критерии стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний за счет сложившейся экономии бюджетных средств и платных медицинских услуг.

2. Разработаны Критерии стимулирования оплаты труда специалистов общей врачебной практики с учетом результатов труда по профилактике поведенческих факторов риска развития кардиоваскулярных заболеваний за счет ассигнований из республиканского бюджета на дополнительный компонент к тарифу первичной медико-санитарной помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения. К.П. Ошакбаев, Т.И. Аманов, Т.И. Слажнева, Н.И. Назирова, Ш.И. Каржаубаева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жылкайдарова. Под ред. проф. Ж. Абылайулы, К.А. Тулебаева. Алматы, 2008. 150 с.
2. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Под ред. А. Дж. Кэмми, Т. Ф. Люшера, П. В. Серриуса. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011, 1480 с.
3. Karsdorp P.A., Kindt M., Rietveld S., Everaerd W., Mulder B.J. Interpretation bias for heart sensations in congenital heart disease and its relation to quality of life // *Int.J.Behav.Med.* 2008, №15 (3), P. 232-240.
4. Hoogwegt M.T., Hoeks S.E., Pedersen S.S., Scholte O.P., Reimer W.J., van Gestel Y.R., Verhagen H.J., Poldermans D. Smoking cessation has no influence on quality of life in patients with peripheral arterial disease 5 years post-vascular surgery // *Eur.J.Vasc. Endovasc. Surg.* 2010, № 40 (3), P. 355-362.
5. 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.
6. Арутюнов Г.П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 672 с.
7. Галстян А.Ш. Профилактическое обучение пациентов в «школе профилактики ишемической болезни сердца» // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2011 №1, С. 43-44.
8. Щепин В.О., Иванов М.В., Миргородская О.В. Развитие общей врачебной практики в системе здравоохранения Воронежской области // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины,* 2011, №1, С. 38-42.
9. Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А. Реформирование первичной и вторичной медицинской помощи в Казахстане в условиях перехода на общеврачебную практику // *Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья.* 2010, №3, С. 71-75.
10. Нечаев В.С., Кошман К.Б. Медико-социологические характеристики работы врача общей практики / / *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2008, №6, С.27-29.
11. Егорычев В.Е. Поведенческие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (Обзор литературы) // *Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья,* 2010, №4, С.42-45.
12. Sacco R.L., Khatri M., Rundek T., Xu Q., Gardener H. et al. Improving global vascular risk prediction with behavioral and anthropometric factors. The multiethnic NOMAS (Northern Manhattan Cohort Study) // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2009. №54 (24) P. 2303-2311.
13. Krause N., Brand R.J., Kaplan G.A., Kauhanen J., Malla S., Tuomainen T.P., Salonen J.T. Occupational physical activity, energy expenditure and 11-year progression of carotid atherosclerosis // *Scand J. Work Environ Health.* 2007. №33 (6) P. 405-424.
14. Hung M.Y., Hsu K.H., Hung M.J., Cheng C.W., Kuo L.T., Cherg W.J. Interaction between cigarette smoking and high-sensitivity C-reactive protein in the development of coronary vasospasm in patients without hemodynamically significant coronary artery disease // *Am. J. Sci.* 2009, №338 (6), 440-446.
15. Medina-Lezama J., Morey-Vargas O.L., Zea-Diaz H., Bolanos-Salazar J.F. Corrales-Medina F. et al. Prevalence of lifestyle-related cardiovascular risk factors in Peru: the PREVENCIÓN study // *Rev. Panam. Salud Publica.* 2008, №24 (3), P. 169-179.
16. Koelewijn-van Loon M.S., van der Weijden T., van Steekiste B., Ronda G. et al. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial // *CMAJ.* 2009, №181(12), P. 267-274.

17. Hayes S.N., Broken-hearted women: the complex relationship between depression and cardiovascular disease // *Women Health*. 2009, №5 (6), P.709-725.

18. Cop-Blazic N., Zavoreo I. There is no healthy level of smoking // *Acta Clin. Croat.* 2009, № 48 (3), P. 371-376.

19. Baerlocher M.O., Noble J., Detsky A.S. Impact of physician income source on productivity // *Clin. Invest. Med.* 2007, №30 (1), P. 42-43.

20. Robinson J.C., Shortell S.M., Rittenhouse D.R., Fernandes-Taylor S., Gillies R.R., Casalino L.P. Quality-based payment for medical groups and individual physicians // *Inquiry*. 2009, №46 (2), P. 172-181.

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

УДК 613.956:355.211.5:614.2

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ПОДРОСТКОВ В ПЛАНЕ ПОДГОТОВКИ К СЛУЖБЕ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ

Н.Т.УТЕМБАЕВА

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

Резюме

Укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни допризывной молодежи является важной и неотъемлемой частью подготовки к выполнению их воинского долга.

Түйіндеме

Жасөспірімдердің әскерде борышын атқару үшін денсаулығын нығайту және салауатты өмір салтын қалыптастыру дайындықтың маңызды бөлігі болып табылады.

Summary

Health promotion and healthy lifestyles preinduction youth is an important and integral part of the preparation for the performance of their military duty.

Состояние здоровья допризывной и призывной молодежи представляет серьезную проблему для формирования Вооруженных сил любого государства и поддержания его обороноспособности. Среди призванных к военной службе молодежи распространены преимущественно заболевания пищеварительной системы, органов дыхания, нервной системы и опорно-двигательного аппарата [2,7,10].

Очевидно, что для преодоления тенденций заболеваемости допризывной молодежи в возрасте 15-17 лет необходим комплекс мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни. Поэтому, состояние здоровья подрастающего поколения следует рассматривать как один из важнейших медико-социальных приоритетов государства. Все это диктует необходимость разработки критериев мониторинга здорового образа жизни, выявления зави-

симости между факторами риска, формирующими уровень здоровья [2,7,12].

Проблема формирования здорового образа жизни и профилактика заболеваний у подростков до службы в Вооруженных силах должна быть приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы. Ведущими задачами школы являются: развитие интеллекта, формирование нравственных чувств, забота о здоровье детей, снижение поведенческих факторов риска, профилактика заболеваний и др.[4,11,12,14].

Проблемой формирования здорового образа жизни и профилактикой заболеваний среди подростков до службы в Вооруженных силах занимаются также центры ФЗОЖ. Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФЗОЖ) Республики Казахстан проведены исследования по оценке внедрения

пропаганды здорового образа жизни среди подростков в возрасте 15-17 лет [1]. Проведен анализ динамики распространенности табакокурения после активной работы по пропаганде здорового образа жизни среди населения в течение 10-летнего периода (1997-2007 гг.). В результате проведенных всех 4-х национальных исследований в 2007 году показатель распространенности табакокурения снизился в возрастных группах 15-17 лет в среднем по Республике Казахстан на 47,6 % по сравнению с первым исследованием, начатым в 1997 году. Эффективность национальных исследований подтверждалась также при изучении распространенности употребления алкоголя, динамики физической активности. За 10 лет показатель употребления алкоголя в возрастных группах 15-17 лет снизился на 42,7 %. Наблюдался рост физической активности в итоговых результатах 4-го национального исследования на 7 % по сравнению со вторым [1].

В целях сохранения репродуктивного здоровья подростков предусматривались профилактические программы по безопасному сексуальному и репродуктивному здоровью подростков. В ходе социологического исследования относительно молодежи участвующих в профилактических программах по профилактике ВИЧ/СПИДа было отмечено, что среди опрошенных юношей и девушек, доля юношей составила 59,5 %, которые получали информационно-образовательные материалы путем получения буклетов, листовок, брошюр. 48,1 % юношей участвовали в беседах по безопасному поведению. За медицинской помощью в области репродуктивного здоровья обращались 23,4 % юношей, за психологической помощью – 27,5 % [3].

В Республике Казахстан принят Кодекс «О здоровье народа и системе здравоохранения». В нем отражены основные гарантии государства в вопросах профилактики, диагностики и лечения ВИЧ и СПИДа. В 2008 году началась реализация программы «Здоровый образ жизни на 2008-2016 годы», в которой большая роль отводится внедрению программ, направленных на информирование населения по вопросам безопасного поведения, профилактики ВИЧ/СПИДа и формированию жизненных навыков. В соответствии с данной программой Национальный центр проблем формирования здорового образа РК координирует реализацию государственной политики по формированию здорового образа жизни, в том числе и по первичной профилактике ВИЧ/

СПИДа. Целевой группой образовательной профилактической деятельности службы ФЗОЖ являются дети, подростки и молодежь. В областных и муниципальных управлениях образования созданы отделы воспитательной работы, которые занимаются вопросами профилактики ВИЧ, наркомании, алкоголизма и табакокурения [8].

Изучение состояния физического и духовного здоровья допризывной молодежи, подлежащих призыву на военную службу, свидетельствует о необходимости в комплектовании Вооруженных Сил здоровым пополнением [13]. По данным Всемирной организации здравоохранения, на 50% здоровье человека зависит от его образа жизни [7]. Военная служба является серьезным критерием проверки способностей молодого человека к дальнейшей самостоятельной жизни, его умения управлять собой, в том числе и своим здоровьем. Сохранение и укрепление здоровья, физическое развитие — это важная и неотъемлемая часть подготовки каждого гражданина к выполнению своего воинского долга [2,6,7,9,12,13,14].

Программа военно-прикладной физической подготовки допризывников основывается на развитии физической активности, силы, быстроты и выносливости [2,7,13]. Включение допризывников в процесс выполнения плановых заданий по физической подготовке начинается с информации о конкретных требованиях армии к физической подготовке солдат, об обязательности прохождения действительной военной службы для подростков в возрасте 15-17 лет. Для того чтобы развивать физическую активность рекомендуется использовать упражнения, включающие: приседания с грузом на плечах, прыжки, поднимание туловища и др. [2,7,11]. Поэтапный контроль за развитием силы допризывников используются армейские нормативные упражнения — подтягивание, подъем силой, подъем переворотом, поднимание ног к перекладине и прыжок в длину с разбегом. Для развития быстроты рекомендуется использовать скоростные пробежки с индивидуально предельной и около предельной скоростью на укороченных (от 15 до 50 м) и на удлиненных (от 60 до 150 м) отрезках. Использование укороченных отрезков позволяет увеличить суммарный объем тренировочных нагрузок, а регулярные тренировки в пробегании удлиненных отрезков способствуют развитию скоростной выносливости [13].

В систему специальной тренировки терморегуляторных процессов организма, включающей

на себя процедуры, действие которых направлено на повышение устойчивости организма к переохлаждению и перегреванию входит закаливание [2,7,13,14]. Закаливание, укрепляя здоровье человека, совершенствует не только его компенсаторные возможности, но и физическую и умственную способность. Приступая к закаливанию, следует обязательно проконсультироваться у врача и придерживаться следующих принципов:

- систематичность использования закаливающих процедур (закаливание организма должно проводиться систематически изо дня в день в течение всего года, независимо от погодных условий и без длительных перерывов);

- постепенность увеличения силы раздражающего действия (по мере неоднократного повторения закаливающих процедур нужно изменять силу и длительность их воздействия на организм);

- последовательность в проведении закаливающих процедур;

- учет индивидуальных особенностей человека и состояния его здоровья (при любом виде закаливания необходимы самоконтроль и врачебный контроль за состоянием здоровья);

- комплексность воздействия природных факторов (для закаливания применяют воздух, вода и солнечное облучение в сочетании с занятиями физической культурой) [13].

Таким образом, на основании литературных данных и результатов исследований проведенными НЦ ПФЗОЖ РК нами рекомендуются следующие методические подходы к укреплению здоровья и подростков в плане подготовки к службе в Вооруженных силах, которые должны быть направлены на:

- сохранение и укрепление физического и психического здоровья допризывной молодежи;

- воспитание подростков и прививать умение противостоять наркомании, алкоголизму, табакокурению и т.д.;

- сохранение репродуктивного здоровья подростков;

- формирование у людей способности адаптироваться к сложным ситуациям и противостоять повышенным стрессовым нагрузкам;

- своевременное обращение за медицинской помощью;

- повышение устойчивости к простудным заболеваниям (закаливание);

- создание условий для формирования ценностного отношения к собственному здоровью на базе образовательных и лечебно-профилактических

учреждений может стать важнейшим резервом для сохранения и укрепления здоровья.

В заключение необходимо отметить, что необходима системная работа, направленная на выработку мотивации молодежи к ведению здорового образа жизни, развитию потенциала своего здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие. — Алматы. — 2010. — с.296.

2. Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И. Здоровье сберегающее поведение подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — Москва. — 2010. — №2. — С. 19-24

3. Аналитическое исследование состояния репродуктивного здоровья подростков и молодых людей 15-19 лет, уровня их осведомленности и навыков безопасного поведения в городской и сельской местности РК. — Алматы. — 2012. — с.72.

4. Арнольди И.А., Кондратьева И.И. Труд и здоровье подростка. — Москва, 1972.

5. Имангазинов С.Б., Калматаева Ж.А., Шарапатава К.Г., Баймаханов Т.Б. / Здоровье детей 12-18 лет. Проблемы и суждения. — Павлодар, 2011

6. Минакова А.Б., Иванова И.Б. Психологическая коррекция поведения молодежи допризывного возраста. — Астана, 2000. — С.40.

7. Манохина С.И., Марчук С.А., Марчук В.А. Здоровьесбережение молодежи — социальная задача общества // Социальные науки: опыт и проблемы подготовки специалистов социальной работы: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции 11-12 апреля 2006 г. / Российский государственный профессионально-педагогический университет / Под общ. ред. К.В.Кузьмина. — Екатеринбург. — 2006. — 279 с. — Вып. 1.

8. Каржаубаева Ш.Е. Национальная политика в отношении профилактического образования // Повышение эффективности профилактических программ для подростков и молодежи в странах Восточной Европы и Центральной Азии: Материалы региональной конференции по профилактике ВИЧ и формированию здорового образа жизни в образовательной среде. — Алматы. — 2011. — С.30-34.

9. Скрипкин Ю.К., Марьясис Е.Д. Гигиена юноши. — Москва, 1977.

10. Сливкина Н.В. Сравнительный анализ методик донозологической диагностики в оценке адаптационных возможностей организма подростков и молодежи призывного и допризывного возрастов // Современные проблемы науки и образования. — Астана. — 2010. — №3. — с.5.

11. Сухарев А.Г. Гигиена детей и подростков. — Москва, 1986.

12. Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е. Здоровье детей и подростков Республики Казахстан: проблемы и пути решения // Вестник КазНМУ. — 2012. — 1(27). — с.4.

13. Хасин В.Б. Здоровая молодежь — сильная Армия. — Астана, 2000. — с.154.

14. Чуркина М.И. Основные вопросы врачебного контроля допризывной молодежи. — Астана, 2004.

УДК 616 - 083.88

ОБ ОБМЕНЕ МЕЖДУНАРОДНЫМ ПРАКТИЧЕСКИМ ОПЫТОМ В ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

С.Ж. ШАЙДАРОВА

КГП «Поликлиника № 4», г. Караганды

Резюме

В статье содержатся данные о системе здравоохранения в Республике Финляндия, особенно по организации первичной медико-санитарной помощи. Отмечены положительные и отрицательные стороны. По результатам поездки в Финляндию руководители поликлинического звена внесли ряд предложений в Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Түйіндеме

Мақалада Финляндия Республикасының денсаулық сақтау жүйесі туралы мәліметтер, әсіресе алғашқы медико-санитарлық жәрдемді ұйымдастыруы жөнінде берілген. Жағымды және жағымсыз жақтары көрсетілген. Емхана саласының басшылары Финляндияға сапарының нәтижесі бойынша ҚР Денсаулық сақтау Министрлігіне бір қатар ұсыныс енгізді.

Summary

Data about system of public health in Republic of Finland, especially on organization of the primary medical and sanitary help are presented in this article. The positive and negative parties are showed. By results of trip to Finland the heads of clinic section made some offers in Ministry of Health of Republic of Kazakhstan.

Новая Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. [1] предполагает значительное смещение акцента со специализированной медицинской помощи на профилактические мероприятия, оказываемые на уровне ПМСП.

Министерством здравоохранения РК в рамках выполнения Государственной программы в марте 2012 года была организована поездка в Финляндию для руководителей поликлинического звена по обмену международным практическим опытом в организации первичной медико-санитарной помощи.

Страна эта выбрана не случайно. Модель медицинского обслуживания, проведения скрининговых программ по раку молочной железы и шейки матки, хромосомным и структурным аномалиям плода, сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету аналогична модели нашей страны.

В Финляндии государственная власть отвечает за управление политикой в области социального обеспечения и здравоохранения, а также обеспечивает функционирование данной системы. Ответственность же за организацию и предоставление услуг в законодательном порядке возложена на муниципалитеты. Муниципальные здравцентры (поликлиники) могут обеспечивать

первичную медицинскую помощь как самостоятельно, так и совместно с ближайшими муниципалитетами. Здравцентры могут закупать медицинские услуги также от частного сектора.

- муниципальное медицинское обслуживание делится на базовое медицинское обслуживание и специализированную медицинскую помощь;

- частное медицинское обслуживание проводится на уровне врача общего профиля и на уровне специализированного врача.

Медицинская помощь населению оказывается в основном в центрах здоровья, финансируется преимущественно за счет налоговых поступлений государства и муниципалитетов. Государство распределяет муниципалитетам государственную долю социального обеспечения и здравоохранения, возмещающую около 31% от расходов. Объем государственных вложений не является целевым финансированием, а определяется числом жителей, возрастным составом, уровнем заболеваемости в муниципалитетах и другими факторами. Около 7% стоимости медицинского обслуживания пациенты оплачивают сами. Половина расходов медицинского страхования за предоставление медицинских услуг финансируется из взимающихся страховых платежей, а вторая половина из налоговых средств государства.

Муниципальные здравцентры могут назначать цены за предоставляемые услуги.

В 2005г в Финляндии в законодательном порядке была утверждена гарантия на получение медицинских услуг, в рамках которой четко определены сроки на предоставление тех или иных услуг. Поликлиника здравцентра должна оценить необходимость оказания медицинской услуги в течение трёх дней с момента контакта с пациентом. При возможности оценка ситуации производится по телефону, кроме врача это может сделать также медсестра. Пациенты, нуждающиеся в срочном уходе и лечении, получают её немедленно.

Объем медицинских услуг, гарантированный государством Финляндии:

- Информирование населения по вопросам охраны здоровья и профилактические услуги
- Медицинская помощь и реабилитация
- Стоматологическое обслуживание
- Медицинское обслуживание в школах и высших учебных заведениях
- Психиатрические и наркологические службы
- Медицинская помощь на дому
- Специализированная медицинская помощь
- Медицинское обслуживание работников
- Обеспечение безопасности окружающей среды в целях охраны здоровья

· Служба скорой помощи и перевоза больных.

Закон обязывает местные власти проводить маммографический скрининг женщинам в возрасте 50-59 лет для выявления рака молочной железы а также скрининг женщинам в возрасте 30-60 лет для выявления рака шейки матки. В здравцентрах в среднем проводится 6 маммографических обследований и 6-7 исследований цервикальных мазков у каждой женщины в соответствующей возрастной группе. Число женщин, участвующих в массовых скринингах по выявлению рака шейки матки, составляет около 70% от всех приглашенных, а по выявлению рака молочной железы — около 85,5% от всех приглашенных. 94% беременных женщин встают на учет в женских консультациях еще до окончания четвертого месяца беременности. Это является обязательным условием для получения пособия при рождении ребенка. Обычно осмотры проводит медицинская сестра общей практики и лишь 2-3 осмотра — врач. Во всех женских консультациях возможно проведение УЗИ для обследования плода, а при необходимости скрининговое обследование околоплодных вод. После родов медицинская сестра посещает мать с ребенком на дому. Затем ребенок переводится для наблюд-

ения в детскую консультацию, где дети грудного возраста осматриваются 8 раз в год, дети в возрасте 1-2 лет — 3 раза, остальные дети до достижения 7 лет — 1 раз в год. Детские консультации, в соответствии с программой иммунизации, проводят вакцинацию детей. Кроме этого, в консультациях проводится наблюдение за психологическим и социальным развитием детей, осуществляется поддержка семей по вопросам воспитания детей с учетом социальных условий.

Местные власти обязаны обеспечивать школьные и студенческие службы здоровья в различных видах общеобразовательных школ. За охрану здоровья в университетах и других вузах несёт ответственность Фонд здоровья студентов. За время обучения учащиеся общеобразовательных школ (9 классов) проходят 7 медицинских осмотров: 3 врачебных и 4 сестринских. Кроме того, школьная медсестра регулярно проводит бесплатные консультации для школьников. Важной составной частью работы школьной медсестры является пропаганда здорового образа жизни. Во всех общеобразовательных школах и гимназиях преподаётся предмет “Наука о здоровье” — это уроки, посвященные культуре человеческих отношений, а также сексуальному здоровью. В школьное медицинское обслуживание включены также услуги стоматолога, психолога и логопеда.

Примерно 20% врачей работают в муниципальных здравцентрах, около 40% - в больницах. В 2011 году приблизительно 16% консультаций от общего их количества осуществляли частнопрактикующие врачи. Около 10% врачей работают только в частном секторе, занимаются во вне рабочее время частной практикой.

Работодатели обязаны обеспечить своих служащих профилактической медицинской помощью, а при желании - обеспечить и другими видами медицинской помощи. Учреждение социального страхования возмещает работодателю 50-60% расходов, направленных на обеспечение службы охраны здоровья на рабочем месте. Муниципальный здравцентр должен предоставлять услуги по охране здоровья на рабочем месте тем работодателям, которые хотят купить эти услуги. Работодатель может либо сам организовать охрану здоровья на рабочем месте, либо купить услуги от частной службы.

Продолжительность жизни в Финляндии составляет в среднем для женщин — 83 года, мужчин — 76 лет.

Медицинская помощь пожилому населению оказывается в муниципальных здравцентрах на

дому и амбулаторно, при необходимости проводится стационарное лечение при поликлиниках, а также в хосписах.

Большое внимание в Центрах здоровья уделяется реабилитации пациентов с помощью ЛФК, массажа, тренажеров, без применения широко распространенного у нас физиолечения.

В Финляндии медицину преподают в 5 университетах: в Хельсинки, Куопио, Оулу, Тампере и Турку. К началу 2012 года врачей в Финляндии насчитывалось 25 312, из них практикующих 19 642, т.е. 275 жителей приходится на одного врача, имеющего квалификацию европейского уровня. Одна из самых распространенных специальностей - врач общей практики. Более 60% финских врачей прошли специализации, 23% врачей имеют степень «доктора медицинских наук». 53% врачей - женщины.

Врачами, прибывшими по обмену опытом были отмечены **положительные стороны** организации ПСМП в Финляндии:

1. Широкая информированность населения по вопросам охраны здоровья и объемам профилактических услуг.

2. Ведущая роль средних медицинских работников широкого профиля в оказании медицинской помощи населению.

3. Организация скорой и неотложной медицинской помощи населению парамедиками.

4. Выписка рецептов пациентам с хроническими заболеваниями осуществляется мед. сестрами по согласованию с семейным врачом сразу на год.

5. Оказание медицинской помощи на дому в основном медицинскими сестрами.

6. Материальное стимулирование ответственности беременных за раннюю явку в мед. организацию. За позднюю явку пособие по беременности не выплачивается.

7. Сооплата за оказание медицинских услуг в организациях ПМСП, скорой помощи и стационарах для населения.

8. Врачи общей практики освобождены от рутинной работы (первоначального обследования), не осуществляют посещения пациентов на дому.

9. Социальная поддержка и психологическая помощь социально значимым категориям населения.

10. Большое внимание реабилитационной службе при ПМСП (ЛФК, массаж, тренажеры) без физиолечения.

11. Имеется автоматизированный учет медицинской документации.

12. Телефонная служба для консультаций по вопросам здоровья

13. Солидарная ответственность за свое здоровье населения и работодателей.

14. Финансовая самостоятельность поликлиник в вопросах ценообразования за мед. услуги

15. Финансирование Центров здоровья на основании бизнес-плана реальных потребностей.

16. Наличие государственной стратегии по обеспечению безопасности пациентов.

17. Большое внимание вопросам психического здоровья населения.

18. Научные исследования – составная часть работы всех медицинских организаций.

19. Социальная поддержка и помощь социально значимым категориям населения.

20. На высоком уровне поставлена работа по взаимодействию семейных врачей со стационарами, семейный врач привлекается к ночным дежурствам в стационаре.

21. Пенсионный возраст в Финляндии наступает в 65 лет у мужчин и у женщин. Средняя продолжительность жизни в Финляндии у мужчин - 74,6 года, у женщин - 81,5 года.

А также - **отрицательные стороны**:

1. Перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи значительно меньше, чем в РК.

2. Лекарственное обеспечение населения в меньшем объеме.

3. Не проводится диспансерный учет населения.

4. Сроки ожидания плановой госпитализации до 6 месяцев.

5. Предварительная запись на прием к специалистам до 6 месяцев.

6. Прием врачей ведется до 15.00.

7. Скрининговые обследования целевых групп населения проводят общественные организации.

По результатам поездки внесены предложения в МЗ РК по следующим вопросам:

- о пересмотре работы по организации скорой медицинской помощи населению;

- о введении сооплаты для населения за оказание медицинских услуг в организациях ПМСП, СП и стационарах;

- об утверждении в законодательном порядке солидарной ответственности населения за свое здоровье;

- о разрешении выписки бесплатных рецептов один раз в квартал или в полгода, контроль за получением лекарственных средств оставить через аптеки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

УДК 617.576-089.844

**ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
НА ПРИМЕРЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА****А.Б. ДЖУВАШЕВ, Б.Б. ЕСПАЕВА**

ГККП Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Резюме

В данной статье была изучена динамика изменения показателей работы хирургического отделения центральной городской клинической больницы.

Түйіндеме

Бұл мақалада орталық калалық клиникалық аурухананың хирургия бөлімінің негізгі жұмыс көрсеткіштері зерттелінді.

Summary

This paper studied the dynamics of the performance of the surgical department of the Central City Hospital.

Развитие хирургической практики в последние годы характеризуется внедрением новых технологий лечебно-диагностического процесса, требующих соответствующего ресурсного обеспечения, наличия квалифицированного персонала и рациональной организации труда. Однако на высоком уровне остается заболеваемость и распространенность социально-значимых заболеваний, требующих хирургического пособия. Из общего количества больных, лечившихся в хирургических стационарах, преобладают лица, поступившие в экстренном порядке [1,2].

В многочисленных работах, посвященных вопросам улучшения хирургической помощи населению, приоритетное место принадлежит рациональному использованию дорогостоящего коечного фонда, интенсификации лечебно-диагностического процесса путем внедрения высокоэффективных и малоинвазивных методов организации обслуживания и лечения хирургических больных, дальнейшему развитию диспансеризации и специализированных видов хирургической помощи, совершенствованию организации догоспитального этапа. Продолжение исследований базовых проблем и реализации программ развития хирургической службы, адекватных социально-политическим и социально-экономическим преобразованиям в обществе, составляет важный элемент формирования сбалансированной организационно-функциональной структуры квалифицированной медицинской помощи с определением резервов в обеспечении своевременности, качества и доступности медицинской помощи [3].

Решение вопросов совершенствования хирургической службы, использование и обоснование современных подходов к лечению заболеваний больных хирургического профиля может способствовать снижению инвалидности и летальности от данной патологии, что является актуальным как в медицинском, так и в социальном аспекте.

В соответствии с целью исследования была дана оценка и изучена основные показатели работы хирургического отделения ЦГКБ г. Алматы.

Количество поступивших и выписанных экстренных хирургических больных в центральную городскую клиническую больницу было неоднозначной. Так, количество поступивших экстренных больных в 2010 году составило 2739 случаев, в 2011 году данный показатель уменьшился на 32,3 % по сравнению с предыдущим годом, и составила 1853 случаев поступления хирургических больных.

Динамика числа выписанных хирургического профиля экстренных больных показало, что в 2010 году их было 3553, а в 2011 году этот показатель уменьшился на 27,9% по отношению к 2010 году, и составила 3553 больных.

За исследуемый период отмечено уменьшение числа умерших больных хирургического профиля на 3,5%. При этом в абсолютном выражении они составляли в 2010 году - 173, в 2011 году - 167 больных.

Установлено, что в течение исследуемого периода число развернутых коек для хирургических больных в ЦГКБ г. Алматы сократилось на 20 коек, если в 2010 году было 60 коек, то 2011 году это составило 40 коек.

При этом фактически проведенных койко-дней в 2010 году составило 21985 дней, в 2011 году изучаемый показатель уменьшилась на 9,8,% и составил 19822.

Средняя длительность пребывания больного на хирургических койках составила в 2010 году – 5,9, в 2011 году – 7,6 дней. Установлено, что средняя длительность пребывания больного на койке в 2011 году по отношению к 2010 году увеличилась на 28,8%.

Число экстренных оперированных больных в хирургическом отделении ЦГКБ в 2010 году составила 2646, в 2011 году – 1890 пациентов. При этом число прооперированных больных в 2011 году по сравнению с 2010 годом уменьшилось на 28,6%.

Далее установлено, что в 2010 году всего было проведено 2859 хирургических операций, в 2011 году – 2052. Сравнительный анализ показал, что в 2011 году по отношению к 2010 году данный показатель снизился на 28,2%.

Удельный вес послеоперационной летальности в 2010 году составил 3,7%, в 2011 году – 4,6%. В 2009 году показатель послеоперационной летальности увеличился на 24,3%.

Таким образом, на основании полученного результаты исследования предлагаются следующие предложения, направленные на повышение эффективности экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля: своевременно проводить оперативное лечение, раннее выявленных больных хирургического профиля, не допуская экстренного случая и различных видов осложнений; в организациях первичной медико-санитарной помощи участковыми врачами и средним медицинским персоналом прове-

сти санитарно-просветительную работу с диспансерными и хроническими больными хирургического профиля о своевременном обращении при различных симптомах заболевания для исключения самолечения и снижения экстренного случая госпитализации; улучшение материально-технического оснащения операционных, отделений реанимации и интенсивной терапии, хирургических отделений; специализация отдельных врачей хирургического профиля за рубежом (возможно, на конкурсной основе); необходимо большая доступность зарубежной периодической и методической литературы, а также видеоматериала для ознакомления с лучшими мировыми достижениями в диагностике и лечении и для освоения новых методов хирургического лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кульжанов М.К., Исаев Д.С., Абильдинова Н.А. Новый методологический аппарат исследования в области управления качеством медицинской помощи // Медицина и экология. - Караганда, 2009. - № 3. - С. 120-121.
2. Гриненко О.А. Организационные возможности улучшения результатов оказания высокотехнологической хирургической помощи населению, проживающему вне региональных административных центров // Проблемы стандартизации здравоохранения. – 2008. - № 6. – С.3-14.
3. Колосков В.В., Мовчан К.Н., Гриненко О.А. Организационные пути улучшения результатов медицинской помощи населению провинции, нуждающемуся в оказании высокотехнологичных (дорогостоящих) видов хирургического лечения. // Вестн. воен-мед. акад. – 2005, №1(3). – Прил.: Материалы VII Всеросс. научн.-практ. конф. “Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения больных в многопрофильном лечебном учреждении”. – СПб., 2005. – С. 14-15.

УДК 617.546-082

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**Б.Б. ЕСПАЕВА**

ГККП Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Резюме

О современном состоянии стационарной помощи позволяет определить ряд основных направлений реформирования данного сектора здравоохранения в соответствии с целевыми установками стратегии развития всей системы.

Түйіндеме

Стационарлық көмектің жағдайын барлық жүйедегі мақсаттық стратегияларға сай белгілі денсаулық сақтау секторын қалыптастырудағы негізгі бағыттар анықтауға мүмкіндік береді.

Summary

On the current state of hospital care to determine a number of key aspects of reform of the health sector in line with the development strategy targets have the entire system.

В послании Президента Республики Казахстан «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г. указано, что главным в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по улучшению здоровья населения [1].

Одной из задач при создании эффективной системы оказания медицинской помощи государство ставит укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения. Развитие стационарной помощи в последние годы характеризуется внедрением новых технологий лечебно-диагностического процесса, требующих соответствующего ресурсного обеспечения, наличия квалифицированного персонала и рациональной организации труда. Однако на высоком уровне остается заболеваемость и распространенность социально-значимых заболеваний, требующих стационарного лечения.

Как известно, стационарная помощь характеризуется ростом объема госпитализации не только в рамках государственного заказа, но и в платные отделения и частные медицинские предприятия, что говорит о росте потребности населения в госпитализации из-за низкого индекса здоровья.

Анализ коечного фонда бюджетных отделений свидетельствует о снижении числа терапевтических коек на 30%, неврологических на 25%, коек глазного отделения также на 25%, число коек гнойной хирургии за после-

дний год сократилось в 2 раза, гинекологических на 20%. Таким образом, из 405 бюджетных коек осталось 335.

Как показывают отчетные данные, численность поступивших больных также сократилась с 7084 в 2011 году до 6783 в 2012 году.

В больнице в течение последних четырех лет функционирует система внутренней оценки и анализа качества медицинской помощи, функционирование которой регламентируется действующими нормативно-правовыми актами в области контроля качества Министерства здравоохранения РК.

Контроль качества оказания медицинской помощи осуществляется на трех уровнях (заведующие отделениями, заместители главного врача, отдел оценки качества), координатором деятельности по контролю качества медицинской помощи является отдел оценки качества и аналитического прогнозирования. Деятельность отдела осуществляется в соответствии с комплексным планом мероприятий больницы, направлена на решение следующих задач: совершенствование организационной структуры системы контроля качества медицинской помощи; повышение эффективности системы контроля качества медицинских услуг; повышение профессиональной подготовки врачей клиники и врачей-экспертов; оказание консультативно-методической помощи врачам клиники по диагностике и лечению пациентов; осуществление экспертной оцен-

ки качества оказываемой медицинской помощи.

В целом по больнице в течение последних четырех лет показатель уровня качества лечения соответствует стандартам: по стационару – 0,84, по поликлинике – 0,83. Результаты экспертной оценки, проводимой на всех уровнях, регулярно обсуждаются на производственных совещаниях структурных подразделений и больницы.

Анализ отчетных данных свидетельствует о уменьшении численности поступивших больных по сравнению с 2010 годом на 27,1%, числа выписанных пациентов на 25,4%, числа умерших – на 13%, Число фактически проведенных койко-дней также снизилось на 32,2%, средняя занятость койки сократилась на 4%, а оборот койки - на 7,9%.

Таким образом, работа койки снизилась на 8,5%, в то время как летальность возросла по сравнению с предыдущим годом на 53%.

Согласно отчетным данным по деятельности терапевтического отделения численность поступивших пациентов по сравнению с 2010 годом снизилась на четверть, что возможно обусловлено сокращением численности терапевтических коек в стационаре. Соответственно отмечается и уменьшение числа выписанных больных.

При анализе соотношения поступивших и выписанных больных, как показателей деятельности стационара, следует учитывать динамику показателя летальности. Несмотря на снижение числа умерших больных в абсолютных цифрах за период 2010-2011 гг. на 17 человек, а показатель летальности тем не менее возрос на 53%.

Данные отчета свидетельствуют о снижении числа фактически проведенных койко-дней по

сравнению с 2010 годом более чем на 30%, что обусловлено снижением численности пролеченных больных.

Отмечается незначительное снижение занятости терапевтических коек - 4%. Как свидетельствуют приведенные отчетные данные, отмечается незначительное снижение оборота терапевтических коек по сравнению с 2010 годом - на 8%.

На вышеприведенном рисунке показано сокращение работы терапевтических коек на 8% с 384 койко-дней в 2010 году до 351 дня в 2011 году.

К сожалению, следует отметить увеличение более чем на 50% летальности терапевтических больных с 6,8 в 2010 году до 10,4 в 2011 году.

Таким образом, подводя итоги деятельности терапевтического отделения ЦГКБ за 2010-2011 гг. следует отметить снижения ряда основных показателей работы отделения: уменьшения численности поступивших больных по сравнению с 2010 годом на 27,1%, числа выписанных пациентов на 25,4%, числа умерших – на 13%, числа фактически проведенных койко-дней - на 32,2%, средней занятости койки - на 4%, а оборот койки - на 7,9%, работы койки - на 8,5%, в то время как летальность возросла по сравнению с предыдущим годом на 53%. Снижение числа обращающихся за терапевтическими услугами обусловлено передачей жителей Алмалинского района на стационарное обслуживание во вновь открывшуюся БМСП.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г.

УДК 614 (075.8)

**КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ
СОСТОЯНИЕМ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ****К. Е. ТУЛЕНДИЕВА, Г. А. ДЖАРМУХАНБЕТОВА, К. И. ДАУЛБАЕВА**Поликлиника КНБ РК г. Алматы,
ГККП Городская поликлиника № 11 г. Алматы,
ГККП Детская поликлиника № 3 г. Алматы**Резюме**

Охрана здоровья населения является частью всего здравоохранения.

Түйіндеме

Халық денсаулығын қорғау денсаулық сақтау жүйесінің бір бөлігі болып табылады.

Summary

Protection of public health is part of health care.

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года [1].

В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.

В Программе предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному,

экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Предусматривается создание рынка медицинских услуг и конкурентных отношений среди медицинских организаций [2].

Реализация Программы будет способствовать динамичному развитию системы здравоохранения путем создания условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрения специальных социальных услуг, а также создания условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, профессионального и личностного роста медицинского персонала, адаптации системы здравоохранения к современным требованиям и рыночным условиям общества.

В последние десятилетия развитие первичной медико-санитарной помощи шло по пути узкой специализации при оказании амбулаторно-поликлинической помощи населению. Многие лечебно-профилактические функции и врачебные манипуляции, составляющие базовую подготовку врача-терапевта участкового, были переданы другим врачам амбулаторно-поликлинического звена. Это привело к потере преемственности в работе врача-терапевта участкового и других специалистов при определении индивидуальной тактики сохранения здоровья пациента.

Охрана здоровья жителей города является частью всего здравоохранения. Поэтому основные принципы, присущие здравоохранению в целом, характерны и для городского здравоохранения.

Вопросы охраны здоровья значительно превышают компетенцию собственно только государственной системы здравоохранения, и для достижения качественного сдвига в показателях, характеризующих здоровье населения, необходима согласованность усилий всего общества, включая государственные ведомства, бизнес-структуры и общественные организации на всех уровнях, и, в первую очередь, те структуры, которые могут оказывать существенное влияние на состояние здоровья общества. Поэтому в настоящее время в области разработаны и реализуются комплекс целевых региональных программ, для оптимизации управления состоянием здоровья городского населения:

«Программа реформирования и развития здравоохранения г. Алматы на 2010-2012 годы». Целью и задачей, которых являются улучшение здоровья населения области путем приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи и совершенствования стационарной помощи, повышения доступности и качества медицинских услуг. Общие затраты на реализацию Программы составляют 47651,8 млн. тенге.

«Программа усиления борьбы с туберкулезом в г. Алматы на 2010-2012 годы». Целью и задачей, которого является стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу к концу 2011 года и снижение заболеваемости, смертности и распространения инфекции к 2012 году. Общие затраты на реализацию Программы составляют 1185,3 млн. тенге.

«Программа по противодействию эпидемии СПИДа на 2010-2012 годы». Целью и задачей, которых являются стабилизация распространенности ВИЧ-инфекции на концентрированной стадии и снижение летальности от СПИДа путем претворения в жизнь профилактических программ и программ лечения, ухода и поддержки в соответствии с международными стандартами противовирусного лечения ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом; реализации социальных проектов для людей, пострадавших от ВИЧ инфекции, а также путем совершенствования эпидемиологического слежения, мониторинга, оценки, планирования и прогнозирования ответных

мероприятий. Общие затраты на реализацию Программы составляют 195,7 млн. тенге.

В настоящее время сформировался социальный заказ общества на создание в структуре ПМСП службы врача общей практики, которая приведет к: повышению качества первичной медицинской помощи; ориентации на ресурсосберегающие технологии; повышению престижа врача; повышению его профессиональной подготовки; удовлетворенности населения.

При оценке эффективности работы участковых врачей и их медицинских сестер руководителям органов управления здравоохранением рекомендуется использовать показатели качества профилактической работы, в том числе, увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью, полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, полнота охвата профилактическими прививками.

Важно отметить, что в число мониторируемых критериев эффективности деятельности входят показатели, характеризующие уровень профилактики социально значимых заболеваний, в том числе: заболеваний сердечно-сосудистой системы, включая артериальную гипертонию, туберкулеза, сахарного диабета, онкологических заболеваний, ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, а также показатели, характеризующие качество жизни больных, с этими заболеваниями. При этом особое внимание уделено адекватной и рациональной лекарственной помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение набора социальных услуг.

Таким образом, приоритетным направлением совершенствования организации медицинской помощи в Республике Казахстан будет создание новой модели ПМСП, основанной на общей врачебной практике. Это позволит сместить акценты с затратной стационарной на амбулаторно-поликлиническую помощь, обеспечить преемственность и этапность в оказании интегрированной медицинской помощи населению.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011 – 2015 годы.

УДК 614.2:616 082(571.64)

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСОВ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****К. Е. ТУЛЕНДИЕВА, Г.А. ДЖАРМУХАНБЕТОВА, К.И. ДАУЛБАЕВА**Поликлиника КНБ РК, г. Алматы,
ГККП Городская поликлиника №11 г. Алматы,
ГККП Детская поликлиника №3 г. Алматы**Резюме**

Обеспечение качества оказываемой медицинской помощи является важнейшей задачей в решении проблемы охраны здоровья населения.

Түйіндеме

Сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету халық денсаулығын қорғаудағы басты мәселелердің бірі болып табылады.

Summary

Ensuring the quality of medical care is a major challenge in addressing the public health.

Проблема повышения качества медицинской помощи является актуальной как во всем мире, так и в нашей стране. Во многих экономически развитых странах идет активный процесс реформ, так как ни одно государство не удовлетворено существующими медицинскими финансовыми структурами или стоимостью медицинских услуг. Данные проведенных исследований указывают на то, что низкое качество медицинских услуг ведет к увеличению финансовых расходов [1], а население начинает относиться к качеству медицинского обслуживания с нарастающей критикой.

Удовлетворенность пациентов как потребителей медицинских услуг занимает особое место в системе оценок состояния, эффективности и качества деятельности системы здравоохранения в целом. Уровень удовлетворенности напрямую зависит от непосредственного опыта общения пациента с системой здравоохранения и личных впечатлений от этого.

Качество медицинской помощи следует рассматривать, как совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. К характеристикам качества медицинской помощи относятся: доступность, безопасность, удовлетворенность, оптимальность (соответствие стандартам качества и нормам этики), стабильность процес-

са и результата, обеспечение качества (как совершенствование и улучшение процесса и результата), обоснованность действий, технологии и адекватности (адекватность) и эффективность, проведение внешней и независимой экспертизы, сертификации и лицензирования лечебно-профилактических организаций, а также постоянный контроль и управление качеством.

Обеспечение качества оказываемой медицинской помощи является важнейшей задачей в решении проблемы охраны здоровья населения. Понятие «качество медицинской помощи» принадлежит к числу основополагающих в здравоохранении. Известно, что степень качественной работы системы здравоохранения страны во многом определяет уровень здоровья и качество жизни населения. Поэтому во всех развитых странах большое значение придается созданию действенных механизмов обеспечения качества медицинской помощи, включающих систему контроля со стороны органов управления и других субъектов системы здравоохранения, а также страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций и др. В то же время сложившаяся в условиях мирового кризиса обстановка, связанная с падением уровня жизни населения, ухудшением питания значительной части населения, повсеместного обострения экологической обстановки приводит к снижению уровня и качества здоровья, ухудшению

демографических показателей. Нарастание негативных явлений сопровождается усилением психоэмоционального стресса, распространяющегося в национальном масштабе. Все это еще более затрудняет решение проблемы «качества».

Отношение населения к лечебно-профилактическим учреждениям во многом определяет установление доверия между врачом и больным, своевременность обращения за медицинской помощью. Соответственно, в оценке работы медицинских учреждений и повышении эффективности приобретают значение не только данные об изменении состояния здоровья, но и мнение населения о качестве лечебно-профилактического обслуживания. Изучение коллективного мнения населения, как и использование социологических методов в отечественном и зарубежном здравоохранении проводятся многими исследователями [2,3].

Таким образом, анкетирование пациентов помогает ориентироваться в проблемных вопросах

качества оказания медицинской помощи, выбирать приоритетные направления в процессе ее организации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times // Health Promotion International. - 1997. - Vol. 12(1). - P. 5-6.

2. Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надилов Ж.К., Сманов К.Д., Байтурина Н.М., Садыков О.С., Байжунусов Э.А., Рустемова А.Ш., Ергешова М.Б. Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. 2007. - №2-3. - 46 с.

3. Абылкасымов Е.А., Девятко В.Н., Захаров И.С. К вопросу о принципах управления качеством медицинской помощи, оказываемой в рамках государственного заказа // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением имени Н.А. Семашко, РАМН.- Москва. - 2002. - часть II. - С.15-19.

УДК 504.75:502.3

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ИЛИЙСКОГО РАЙОНА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2008-2010 ГОДАХ

Л.А. СОКОЛОВА

ГКП Илийская центральная районная больница

Резюме

Сведения о заболеваемости населения позволяют определить уровни и структуру распространения заболеваний среди населения, установить факторы риска, обосновать и оценить эффективность внедрения лечебно-профилактических мероприятий.

Түйіндемe

Тұрғындардың ауру-сырқауы туралы мәліметтер халық арасында таралған аурулардың деңгейі мен құрылымын анықтауға, қауіп-қатер факторларын табуға, емдік-алдын алу шаралардың енгізуі тиімділігін бағалауға мүмкіндік береді.

Summary

Information on morbidity levels and allow you to define the structure of the spread of disease among the population of risk factors, justify and evaluate the effectiveness of the implementation of health care interventions.

Состояние здоровья населения - интегральный показатель социальной ориентированности общества, социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.

Заболеваемость — важнейший показатель состояния общественного здоровья, характеризующий распространенность, структуру и динамику

зарегистрированных врачами болезней среди населения. Сведения о заболеваемости населения необходимы для оценки состояния здоровья населения, работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения, эффективности медицинских, гигиенических и социальных мероприятий, для научно обоснованного планирования специализированной медицинской помощи, ра-

ционального использования и развития материально-технических и кадровых ресурсов здравоохранения [1].

Изучение динамики первичной заболеваемости населения Илийского района показало, что в целом по району в 2008 году она составила 880,2 на 1000 человек, а по Алматинской области 688,4. По району заболеваемость оказалась на 27,9% выше, чем среднеобластной показатель. При этом установлено, что выше среднерайонного показателя первичная заболеваемость выявилась в врачебной амбулатории с. Байсерке 1470,9, в врачебной амбулатории с. Туймебаева 1024,6, в врачебной амбулатории с. Каззик 958,0. Наименьший показатель обнаружился в врачебной амбулатории с. Ынтымак (411,8), врачебной амбулатории п. Первомайский (490,9), сельской больнице с. Жетыген (485,4).

В 2009 году среднеобластной показатель первичной заболеваемости населения составил 712,3 на 1000 населения, а среднерайонный 917,7, что было на 28,8% выше среднеобластного показателя. При этом установлено, что выше среднерайонного показателя первичная заболеваемость населения зарегистрирована в врачебной амбулатории Туймебаева (1310,4), в врачебной амбулатории с. Чапаево (1308,3), в врачебной амбула-

тории с. Байсерке (1242,8), а наименьший показатель отмечался в ВА п. Первомайский (401,7), СБ с. Жетыген (458,9), ВА с. Каззик (508,5).

В 2010 году среднеобластной показатель первичной заболеваемости населения составил 661,0, а среднерайонный показатель первичной заболеваемости на 1000 населения составил 859,1, что на 29,9% выше среднеобластного показателя. Выше среднерайонного показателя первичной заболеваемости в врачебной амбулатории. Жапек батыр (1640,4) с. Байсерке (1267,7), ВА с. Чапаево (1252,2), а наименьшая заболеваемость зарегистрирована в ВА п. Первомайский (390,1), СБ с. Акши (439,9), ВА с. Каззик (449,5), ВА с. Жана-Даур (492,9).

В 2011 году среднеобластной показатель первичной заболеваемости населения составил 592,8, а среднерайонный показатель первичной заболеваемости на 1000 населения составил 734,3, что на 23,9% выше среднеобластного показателя. Выше среднерайонного показателя регистрируется первичная заболеваемость в ВА с. Туймебаева (907,9), ВА с. Байсерке (1421,7), Жапек батыр (1409,9), ВА с. Чапаево (1132,2), а наименьший показатель зарегистрирован в СБ с. Жетыген (386,8), ВА с. Ынтымак (307,3), ВА с. Каззик (422,9) (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика изменения уровня первичной заболеваемости в Илийском районе

Годы	ВА с.Туймебаева	ВА с.Байсерке	ВА с.Каззик	ВА с.Ынтымак	ВА п.Первомайск	СБ с.Жетыген	ВА с.Чапаево	Районы
2008	1024,6	1470,9	958,0	411,8	490,8	485,4	1480,1	880,2
2009	1310,4	1242,8	508,5	470,2	401,7	458,9	1308,3	917,7
Абс. прирост к 2008	285,8	-228,1	-449,5	58,4	-89,1	-26,5	-171,8	37,5
Темп прироста к 2008 г.	27,9	-15,5	-46,9	14,2	-18,2	-5,5	-11,6	4,3
Темп роста к 2008 г.	127,9	84,5	53,1	114,2	81,8	94,5	88,4	104,3
Знач.1% темпа прироста к 2008 г.	10,2 случ.	14,7 сл.	9,6 сл.	4,1 сл.	4,9 сл.	4,8 сл.	14,8 сл.	8,7 сл.
2010	703,4	1267,7	449,5	564,4	390,1	987,6	1252,2	859,1
Абс.прирост к 2009 г.	-607,0	24,9	-59,0	94,2	-11,6	528,7	-56,1	-58,6
Темп прироста к 2009 г.	-46,3	2,0	-11,6	20,0	-2,9	15,2	-4,3	-6,4
Темп роста к 2009 г.	53,7	102,0	88,4	120	97,1	215,2	95,7	93,6
Знач.1% темпа прироста к 2009 г.	13,1 случ.	12,4 сл.	5,1 сл.	4,7 сл.	4,0 сл.	34,8 сл.	13,0 сл.	9,2 сл.
Выравнивание для 2009 г.	1012,8	1327,1	938,7	482,1	427,5	643,9	1349,9	89,9
2011	907,9	1421,7	422,9	307,3	497,9	386,8	1132,2	734,3
Абс.прирост к 2010	204,5	154,0	-26,6-	-257,1	107,8	-600,8	-120	-124,8
Темп прироста к 2010 г.	29,1	112,1	5,9	-45,6	27,6	-60,8	-9,6	-14,5
Темп роста к 2010 г.	129,1	112,1	94,1	54,4	127,6	39,2	90,4	85,5
Знач.1% темпа прироста к 2010 г.	7,0 случ.	12,7 сл.	4,5 сл.	5,6 сл.	3,9 сл.	9,9 сл.	12,5 сл.	8,6 сл.
Выравнивание для 2010 г.								

Таблица 2- Структура заболеваемости в Илийском районе

Рейт. место	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.
I	Болезни органов дыхания (448,6)	Болезни органов дыхания (312,3)	Болезни органов дыхания (426,1)	Болезни органов дыхания (378,9)
II	Болезни органов пищеварения (82,4)	Болезни органов пищеварения (89,8)	Болезни органов пищеварения (78,7)	Болезни органов пищеварения (71,7)
III	Болезни мочеполовой системы (78,8)	Болезни глаза и его придатков (68,5)	Болезни мочеполовой системы (54,5)	Болезни мочеполовой системы (45,5)
IV	Болезни нервной системы (48,0)	Болезни системы кровообращения (66,2)	Болезни глаза и его придатков (46,2)	Болезни системы кровообращения (42,3)

Установлено, что в 2010,2011 годах наметилась тенденция на снижение первичной заболеваемости в районе, в 2010 году снижение составило 6,4%, в 2011 году на 10,8%, в сравнении с заболеваемостью 2009 и 2010 годов.

Результаты проведенных исследований показывают, что в 2009 году темп прироста первичной заболеваемости к 2008 году составил 4,3, а в 2010 году темп прироста к 2009 году показывает снижение на -6,4%, а в 2011 году темп прироста к 2010 году показывает снижение на -14,5. Проведя выравнивание для 2009 года можно установить, что уровень первичной заболеваемости в районе составил 889,9 на 1000 населения.

Таким образом, подъем заболеваемости в 2009 году произошел за счет роста заболеваемости болезнью органов пищеварения (89,8 против 82,4), болезнью глаза и его придатков (68,5 против

39,2), болезнью системы кровообращения (66,2 против 34,6). В 2010,2011 году в структуре заболеваемости первых три рейтинговых места сохраняются. Наметилась тенденция к снижению заболеваемости болезнью органов пищеварения с 89,8 до 71,7, болезнью мочеполовой системы с 78,8 до 45,5, болезнью системы кровообращения с 66,2 до 42,3 (таблица 2).

Лечебной сети района необходимо продолжить динамическое наблюдение и оздоровление среди данной группы больных для дальнейшего снижения заболеваемости.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Девятко В.Н., Захаров И.С., Лаврентьева И.К. Паспорт здоровья населения - механизм совершенствования медицинской помощи региона // Материалы II съезда врачей и провизоров РК.: Астана, 2002, - 2с.

УДК 614.876:550.835.2

РАДОН И ПРОДУКТЫ ЕГО РАСПАДА**В.В. СОЛОМКО, Р.М. НУРСЕИТОВ, Е.С. КУРМАНОВ, М.Н. БУРХАНОВА**Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК,
РГКП «НПЦ СЭЭиМ» КГСЭН МЗ РК г. Алматы**Резюме**

Рассмотрены вопросы значения облучения населения за счет радона и продуктов его распада.

Түйіндеме

Радон және оның ыдырау өнімдері есебінен халықтың сәулеленуі манызы жөніндегі сұрақтар қаралған.

Summary

Describes how the values for exposure of the public products of radon and its decay.

Радон — член радиоактивного семейства урана. Он представляет собой один из промежуточных продуктов, возникающих на пути превращения урана - 238 в стабильный изотоп свинца.

Радон относится к нулевой группе благородных или инертных газов, в которую, кроме него, входят гелий, неон, аргон, криптон и ксенон. Все эти газы есть в воздухе. Наглядное представление о количественном соотношении этих газов дают такие цифры. Если бы молекулы газов, составляющих воздух, стали видимыми, и перед глазами наблюдателя каждую секунду пролетала одна молекула, то аргон наблюдался бы раз в две минуты; молекулу неона можно было бы видеть один раз в 20 часов; молекулу гелия — раз в 2,5 суток; криптона — раз в 7 месяцев; ксенона — раз в 5 лет. Чтобы увидеть молекулу радона, пришлось бы ждать несколько миллионов лет.

Радон химически инертен и поэтому не может, проникнув в организм, включиться в обмен веществ. И тем не менее радон весьма опасен для здоровья. Распадаясь, он превращается в металл — сначала в изотоп полония, затем свинца, висмута, таллия, снова полония, свинца. Эти продукты находятся в совершенно необычном состоянии. С одной стороны — они твердые тела, но, с другой стороны, эти твердые тела измельчены до отдельных свободных атомов. Такое состояние вещества крайне неустойчиво: «твердый газ» неудержимо стремится превратиться в твердое тело, поэтому продукты распада радона мгновенно и прочно прилипают к любой поверхности. Так концентрируется опасная радиоактивность.

При контакте с живыми тканями α -частицы, обладающие огромной ионизирующей способностью, целиком поглощаются клетками эпителия и поражают их. К тому же, суммарная активность продуктов распада намного превышает активность радона, из которого они образовались: периоды полураспада этих элементов очень малы (от нескольких минут до десятитысячных долей секунды), взаимные превращения протекают очень быстро и, так как каждый акт распада сопровождается излучением α - или β -частицы, то общее число частиц, испускаемых продуктами превращения радона в единицу времени, очень велико.

Основное влияние радона на организм происходит в закрытых помещениях. Радон присутствует в определенных концентрациях в строительных материалах (прежде всего в бетоне), он просачивается из разломов земной коры. Содержание радона в воздухе жилых помещений зависит от материала, из которого построено жилище, и качества вентиляции. Чем больше минералов входит в строительные материалы здания, тем больше радона в воздухе его помещений. В каменных домах радона примерно втрое больше, чем в деревянных. Радон бесспорно дает свой вклад во внутреннее радиоактивное облучение человека. Радон поражает в первую очередь те органы и ткани, клетки которых находятся в состоянии интенсивного деления. В здоровом организме это в первую очередь органы кроветворения. Радон является второй по значимости причиной заболеваний после курения.

Основной мерой профилактики негативного влияния радона является простое регулярное проветривание помещений. В жилых помещениях крайне нежелательны явления застоя воздуха, нужна естественная циркуляция. Поскольку радон — газ тяжелый, то его больше на нижних этажах многоэтажного дома, в подвалах. Простое пятиминутное проветривание практически полностью удаляет радон из воздуха. Во вновь построенных зданиях и при отведении земельных участков под строительство действующие санитарные

нормы обязывают застройщиков проводить исследования на содержание радона.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 03 февраля 2012 года за № 201, об утверждении гигиенических нормативов «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности».
2. Каталог «Радиоактивные изотопы и меченные соединения» г. Москва, Атомиздат, 1964 г.

УДК 615.849.114.084:69.01

РАДИАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ СТРОИТЕЛЬНЫХ ОБЪЕКТОВ И МАТЕРИАЛОВ

В.В. СОЛОМКО, Р.М. НУРСЕИТОВ, Е.С. КУРМАНОВ, М.Н. БУРХАНОВА

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК,
РГКП «НПЦ СЭЭиМ» КГСЭН МЗ РК, г. Алматы

Резюме

Рассмотрены вопросы значения облучения населения за счет естественных радионуклидов (ЕРН).

Түйіндеме

Табиғи радионуклидтер (ТРН) есебінен халықтың сәулеленуі маңызы жөніндегі сұрақтар қаралған.

Summary

Consider the value of exposure of the population through natural radio nuclides.

Важнейшей составляющей здорового образа жизни является безопасное жилище. Основную часть облучения на протяжении всей жизни человек получает от естественных источников радиации. В среднем они обеспечивают более 5/6 годовой эквивалентной дозы, при этом более 50% облучение за счет естественных радионуклидов (ЕРН).

Наиболее значимыми для радиационной гигиены, экологии, контроля строительных материалов и изделий являются естественные радионуклиды ^{226}Ra , ^{232}Th , ^{40}K .

Важнейшие последствия естественной радиоактивности строительных материалов сводятся к двум эффектам: гамма - облучению всего тела и облучению тканей легких продуктами распада радона-222.

Человек проводит внутри помещений от 60 до 90% всего времени. Отсюда становится очевидной главенствующая роль строительной отрасли в ограничении облучения человека природными источниками ионизирующего излучения. В помещениях (при отсутствии искусственных источников) мы подвергаемся воздействию технологически измененного естественного радиационного фона, обусловленного природными источниками ионизирующего излучения: космическим излучением и ЕРН, содержащимися в грунте, на котором возведено здание, в строительных материалах, из которых изготовлены ограждающие конструкции, а также поступающими в помещение вместе с воздухом, водой и в результате сгорания топлива.

Радон высвобождается из земной коры повсеместно, но его концентрация в наружном воздухе существенно различается для разных точек земного шара. Основную часть дозы облучения от радона человек получает, находясь в закрытом, непрветриваемом помещении. В зонах с умеренным климатом концентрация радона в закрытых помещениях в среднем примерно в 8 раз выше, чем в наружном воздухе. Просачиваясь через фундаменты и полы из грунта или высвобождаясь из материалов, использованных в конструкциях дома, радон накапливается. В результате в помещениях может возникать довольно высокий уровень радиации, особенно если дома сооружены на грунтах с относительно повышенным содержанием радионуклидов или если при их строительстве использовались материалы с повышенным содержанием ЕРН. Утепление помещений и установка герметичных окон затрудняют выход радона из помещения. Отсюда возникает необходимость радиационно-экологических изысканий на участке застройки и контроля над содержанием ЕРН и радона в строительных материалах и изделиях. Для строительного сырья характерен большой диапазон изменчивости активности ЕРН.

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 03 февраля 2012 года за № 201, об утверждении гигиенических нормативов «Санитарно-эпидемиологические требования к обес-

печению радиационной безопасности», установлены предпроектные, проектные и контрольные исследования радиационно-опасных факторов, которые включают:

- измерение уровня мощности эквивалентной дозы (МЭД) на участке застройки (допустимые значения не превышают 0,15 мкЗв/ч);
- измерение содержания ЕРН (допустимые значения $A_{эфф}$ не превышают 370 Бк/кг);
- измерение уровня плотности потока радона (ППР) на участке застройки (допустимые значения не превышают 80 мБк/м²с);
- измерение уровня объемной активности радона (ОАР) в жилище (допустимые значения не превышают 100 Бк/м³ для вновь строящихся зданий и 200 Бк/м³ для эксплуатируемых зданий);
- измерение уровня МЭД в жилище (допустимые уровни не должны превышать фон на открытой местности более чем 0,2 мкЗв/ч).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Постановление Правительства Республики Казахстан от 03 февраля 2012 года за № 201, об утверждении гигиенических нормативов «Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению радиационной безопасности».
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 марта 2012 года за № 308, об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам».

УДК 615. 849.114.084

**ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ
КОНТРОЛЬНЫХ ИСТОЧНИКОВ ИОНИЗИРУЮЩИХ ИЗЛУЧЕНИЙ****В.В. СОЛОМКО, Р.М. НУРСЕИТОВ, Е.С. КУРМАНОВ, М.Н. БУРХАНОВА**Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК,
РГКП «НПЦ СЭЭиМ» КГСЭН МЗ РК г. Алматы**Резюме**

Рассмотрены вопросы санитарно-эпидемиологического надзора за контрольными источниками ионизирующих излучений (ИИИ).

Түйіндеме

Бақылау иондаушы сәулелену көздерін (ИСК) санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау сұрақтары қаралған.

Summary

Questions of sanitary-and-epidemiologic supervision for supervisory and sources of ionizing radiation.

До определенного времени проблемным вопросом радиационной гигиены являлись радиоактивные источники излучения, служащие для проверки работоспособности и стабильности приборов для измерения ионизирующих излучений, т.н. «контрольные источники».

На Международной конференции, в Дижоне (Франция), в сентябре 1998 года, МАГАТЭ приняло «Кодекс поведения по обеспечению безопасности и сохранности радиоактивных источников», в котором изложен ряд выводов, направленных на глобальное усовершенствование контроля за источниками.

11 марта 2012 года постановлением Правительства Республики Казахстан за № 308 утверждены санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам», в которых даны основные определения, касающиеся источников ионизирующих излучений (ИИИ), и регламентированы алгоритмы эксплуатации, условиям работы, обеспечению радиационной безопасности, сбору, использованию, обезвреживанию, транспортировке, хранению и захоронению радиоактивных материалов.

Исходя из основных определений, приведенных в постановлении Правительства Республики Казахстан за № 308 от 2012 года, следует:

- **Закрытый источник** - радионуклидный источник излучения, устройство которого исключает поступления содержащихся в нем радиоактивных веществ в окружающую среду в

условиях применения и износа, на которые он рассчитан.

- **Открытый источник** - радионуклидный источник излучения, при использовании которого возможно поступление содержащихся в нем радиоактивных веществ в окружающую среду.

- **Назначенный срок службы (НСС) закрытого радионуклидного источника ионизирующего излучения** – это срок службы назначенный изготовителем или поставщиком для данного типа закрытого источника с учетом его конструкции, технических характеристик, результатов типовых испытаний и опыта эксплуатации в рекомендуемых условиях (включая хранение и транспортирование), при достижении которого применение закрытого источника по назначению должно быть прекращено.

Государственному учету и контролю подлежат:

Источники ионизирующего излучения (ИИИ) (в том числе входящие в открытые и закрытые радионуклидные источники), количества и активность которых превышают минимальные значения, установленные республиканскими нормами и правилами в области использования атомной энергии, и для работы с которыми требуется разрешение (лицензия) органов государственного регулирования ядерной и радиационной безопасности, за исключением ИИИ, охватываемых системой государственного учета и контроля ядерных материалов. От радиационного контроля и учета полностью освобождаются:

- электрофизические устройства, генерирующие ионизирующее излучение с максимальной энергией не более 5 кэВ;

- другие электрофизические устройства, генерирующие ионизирующее излучение, в условиях нормальной эксплуатации которых мощность эквивалентной дозы в любой доступной точке на расстоянии 0,1 м от поверхности аппаратуры не превышает 1,0 мкЗв/ч;

- продукция, товары, содержащие радионуклиды, на которые имеется санитарно-эпидемиологическое заключение органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора о том, что создаваемые ими дозы облучения не могут превышать допустимых значения.

Разрешение на работу с источниками излучения не требуется в случаях, если:

- на рабочем месте: удельная активность радионуклида меньше минимально значимой удельной активности (МЗУА) или активность радионуклида в открытом источнике излучения меньше минимально значимой активности (МЗА), или сумма отношений активности отдельных радионуклидов к их табличным значениям меньше 1, а в организации: общая активность радионуклидов в открытых источниках излучения не превышает более чем в 10 раз МЗА или сумму отношений активности разных радионуклидов к их табличным значениям;

- мощность эквивалентной дозы в любой точке, находящейся на расстоянии 0,1 м от поверхности закрытого радионуклидного источника излучения, не превышает 1,0 мкЗв/ч над фоном. При этом должна быть обеспечена надежная герметизация находящихся внутри устройства радиоактивных веществ, а его нормативно-техническая документация иметь санитарно-эпидемиологическое заключение органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Таким образом требования действующих в настоящее время нормативных документов полностью распространяются на контрольные источники, которые подлежат учету и контролю на предприятиях (в организациях), их использующих.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кодекс поведения по обеспечению безопасности и сохранности радиоактивных источников. МАГАТЭ, Вена, 2004.
2. Методика подготовки к реагированию на ядерные или радиационные аварии. ТЕСДОС-953/R, МАГАТЭ, Вена, 1998.
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 марта 2012 года за № 308, об утверждении санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к радиационно-опасным объектам».

УДК 616.065(035.3)

ПРОФИЛАКТИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ**Р.Т. МЕИРМАНОВА**

Поликлиника КНБ, г. Алматы

Резюме

Лекарственная аллергия побочное действие лекарств, в основе которого лежат специфические иммунологические механизмы, обусловленные повышенной чувствительностью к лекарственному препарату.

Түйіндеме

Дәрілік аллергия арнайы иммунологиялық механизмдер негізінде, дәрілік препараттарға жоғары сезімталдықпен септескен дәрілердің жанама әсері.

Summary

Drug allergies side effects of drugs, which is based on specific immunological mechanisms caused hypersensitivity to the drug.

Лекарственная аллергия (ЛА) - это вторичная повышенная специфическая иммунная реакция на лекарственные препараты, сопровождающаяся общими или местными клиническими проявлениями.

Аллергии на лекарства всегда предшествует период сенсибилизации, когда происходит первичный контакт иммунной системы организма и лекарства. Лекарственная аллергическая реакция развивается только на повторное введение (контакт) препаратов.

Существуют две категории больных с данной аллергией. У одних лекарственная аллергия возникает как осложнение при лечении какого-то заболевания, часто аллергического по природе, существенно отягощает его течение, а нередко становится основной причиной инвалидности и смертности, у других - как профессиональное заболевание, являющееся основной, а порой и единственной причиной временной или постоянной нетрудоспособности. Как профессиональное заболевание ЛА возникает у практически здоровых лиц в связи с их длительным контактом с лекарствами и медикаментами (врачи, медицинские сестры, фармацевты, работники заводов по выпуску медицинских препаратов) [1].

По данным Центра по изучению побочного действия лекарственных веществ, 70% всех побочных реакций на медикаменты является аллергическими, смертность от них достигает 0,005%. Согласно сводным данным по ряду стран, лекарственная аллергия встречается у 8-12% больных, и отмечается повсеместный рост числа аллергических реакций на медикаменты.

Лекарственная аллергия встречается чаще у женщин, чем у мужчин и детей: среди городского населения - на 1000 человек у 30 женщин и 14,2 мужчин, среди сельского - соответственно у 20,3 и 11. В основном ЛА наблюдается у лиц в возрасте 31-40 лет.

Важно помнить, что аллергические реакции на один и тот же препарат могут повториться даже спустя несколько десятилетий.

Факторами риска лекарственной аллергии являются контакт с лекарственными средствами (сенсибилизация к лекарственным препаратам часто встречается у медицинских работников и работников аптек), длительное и частое применение медикаментов (постоянный прием менее опасен, чем интермиттирующий) и полипрагмазия. Кроме того, риск лекарственной аллергии повышают наследственная отягощенность, грибковые заболевания кожи, аллергические заболевания (поллиноз, бронхиальная астма и др.), наличие пищевой аллергии.

При выявлении у больного лекарственной аллергии в амбулаторной истории болезни следует отметить, к каким лекарственным средствам ранее развивалась аллергия, каковы были ее проявления и применение каких препаратов недопустимо (с учетом возможных перекрестных реакций). Если в анамнезе есть указание на аллергическую реакцию на тот или иной препарат, то его следует заменить другим, не имеющим общих антигенных свойств, т.е. исключив возможность перекрестной аллергии.

Если лекарство жизненно необходимо для больного, аллерголог должен провести комплексное обследование, по возможности подтвердив или отвергнув аллергию к данному препарату. Необходимо учитывать следующие положения при назначении препаратов: недопустимо полипрагмазия.

У больных с аллергическими реакциями на лекарства в анамнезе следует избегать парентерального и особенно внутривенного введения лекарственных средств.

Важно выяснить, страдает ли больной или его родственники каким-либо аллергическим заболеванием. Наличие у больного бронхиальной астмы, поллиноза, аллергического ринита, крапивницы и других аллергических заболеваний является противопоказанием для назначения препаратов с выраженными аллергенными свойствами.

Перекрестные реакции как причина лекарственной аллергии и меры их профилактики. Аллергические реакции обычно высокоспецифичны. Причины перекрестных реакций на лекарства различны. Прежде всего, это наличие сходных химических детерминант в препарате, индуцировавшем аллергию, и в том, который используют как заменитель первого или по иному назначению. Лекарства, имеющие общий источник происхождения (биологический или химический), обычно также вызывают перекрестные аллергические реакции.

Тщательная оценка и подбор переносимого препарата - основа профилактики возможных осложнений лекарственной аллергии.

Перекрестные реакции возникают и при использовании таких сложных лекарственных форм, как таблетки, микстуры, аэрозоли, в состав которых может входить препарат, не переносимый больным.

Перекрестные реакции, иногда встречающиеся между препаратами, не имеющими общности химического строения, объясняют наличием общих аллергенных детерминант в метаболитах, образующихся в организме в процессе биотрансформации препаратов [2].

Конкретные меры профилактики состоят в: тщательном выяснении аллергологического анамнеза; рациональном, исключающем полипрагмазию применении лекарственных веществ; обоснованном использовании антибактериальных препаратов, особенно при лихорадочных состояниях; санации хронических очагов инфекции; учете возможных перекрестных аллергических реакций при назначении препаратов, близких по хим. строению или фармакологическому действию; максимально осторожном проведении вакцинации и серопротекции больным аллергическими заболеваниями в условиях стационара; использовании отдельных стерилизаторов и шприцев для больных аллергическими заболеваниями.

Хотелось бы акцентировать внимание врачей на том, что больным с предрасположенностью к аллергическим реакциям и особенно с наличием аллергических реакций на лекарства необходимо максимально ограничить и по возможности исключить назначение любых химиотерапевтических средств, а использовать физиотерапевтические и другие методы лечения. Одной из важнейших мер профилактики является предотвращение возможных перекрестных реакций. Нередко этими реакциями обусловлены осложнения у больных с отягощенным аллергоанамнезом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В. А. Адо, Б. А. Сомов, Л. А. Горячкина Профессиональная аллергия. Профилактика. издательство: Знание 1975
2. Горячкина Л., Кашкина К. Клиническая аллергология и иммунология. Издательство: Миклош 2009

УДК 616.831-005-036.88

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**Г.С. САЙНОВА**

КГКП "Геологская поликлиника", г. Атырау

Резюме

При разработке проблем качества медицинской помощи необходимо учитывать особенности процесса ее оказания на различных уровнях системы здравоохранения.

Түйіндеме

Сапалы медициналық көмек мәселелерін анықтауда әр түрлі деңгейде көрсетілетін медициналық көмек үрдісінің ерекшеліктерін ескеру қажет.

Summary

In developing the problem of quality of care should recognize the process of providing it in the various levels of the health system

Улучшение общественного здоровья путем повышения доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения, при эффективном использовании финансовых, материальных и кадровых ресурсов отрасли является целью реформирования системы здравоохранения [1].

С позиции общественного здравоохранения, качество означает предоставление максимальному количеству людей наибольших благ для сохранения здоровья с наименьшим риском для здоровья, исходя из существующих ресурсов.

При подготовке и реализации программ обеспечения качества медицинской помощи, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо учитывать состояние основных компонентов: выполнение медицинских технологий, учет риска для пациента от медицинского вмешательства, оптимальность использования ресурсов и удовлетворенность пациента медицинской помощью.

Проблема обеспечения высокого качества медицинской помощи актуальна для стран СНГ. Низкое ресурсное обеспечение ЛПО, недостаток денежных средств существенно осложняют решение данной проблемы [2]. В «Концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы» в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 14 ноября 2006 года №216 сказано, что «для обеспечения устойчивого развития казахстанского общества необходимо совершенствование системы здравоохранения, в том числе: выбор оптимальной экономической модели развития здравоохранения;

создание центров высоких медицинских технологий с привлечением ведущих мировых специалистов». Особую актуальность данное направление приобрело в рамках общенациональной идеи вхождения Казахстана в число наиболее конкурентоспособных стран мира.

Проблема оценки качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется [3]. Согласно Европейскому бюро для решения данной проблемы необходимо учитывать: квалификацию медицинского персонала, оптимальность использования ресурсов; риск для пациента; удовлетворенность пациента оказанными услугами.

Особенностью категории «качество» в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и спецификацией (категорией) медицинского учреждения не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины.

Важнейшим условием проведения оценки качества медицинской помощи является наличие стандартов качества медицинской помощи.

Стандарт качества медицинской помощи - это нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необхо-

димых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения. Сегодня стандартизация позволяет обеспечить: экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве; выбор оптимального решения; защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг; охрану здоровья населения и безопасность труда.

Результатом активной деятельности по стандартизации в сфере здравоохранения стала разработка и внедрение большого количества разнообразных стандартов медицинской помощи.

Цель контроля качества - обеспечение права граждан на получение медицинской помощи, соответствующей гарантиям государства по предоставлению пакета бесплатных медицинских услуг, а также обеспечение эффективности и рациональности использования финансовых средств.

Медицинская помощь, как комплекс лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, проводимых по определенным технологиям с целью достижения положительного конкретного результата, является основной категорией, во многом определяющей объем и содержание понятия «качество медицинской помощи».

При разработке проблем качества медицинской помощи необходимо учитывать особенности процесса ее оказания на различных уровнях системы здравоохранения [4]. «Качество» с позиции врача обусловлено общественной добросовестностью врача; его заинтересованностью в получении работы (заботы о клиентуре), стремлением получить максимальный доход от производимой работы (очевидно, чем выше качество работы, тем дороже могут быть расценки за услугу). Данная заинтересованность медицинского работника является стимулом для более полного использования им своего трудового потенциала, активизирует его поиски более качественного оборудования и материалов и т.д.

На уровне органов здравоохранения качество медицинской помощи характеризует общее состояние медицинского обслуживания в стране и по регионам. Кроме того, понятие «медицинская помощь» зависит от собственно оказания медицин-

ской помощи; профилактической деятельности и обеспечения медицинским оборудованием и лекарственными средствами.

Таким образом, качество медицинской помощи складывается под влиянием целого ряда факторов, многие из которых действуют не прямо, а опосредованно. В том числе и от работы ЛПО в целом: слаженность работы всех звеньев (подразделений ЛПО); качество материально-технической базы, которое определяет возможность выбора той или иной технологии оказания медицинской помощи; уровень квалификации и отношение к своим обязанностям медицинского персонала.

В настоящее время оценивать качество в медицине принято с трех позиций — оценка ресурсов, оценка технологий и оценка последствий или результатов. Это так называемая триада Донабедиана, причем оценивать эти три составляющие предлагается путем сравнения со стандартами [5].

Разработаны тысячи стандартов, среди которых выделяются стандарты ресурсов здравоохранения, технологические, программ медицинской помощи, медико-экономические, комплексные. Стандарты могут быть рекомендательными и законодательными. Задачами медицинских стандартов является уменьшение дублирования работы, сокращение длительности лечения, повышение безопасности больных и защита медицинских работников от необоснованных обвинений, обеспечение возможности оценки необходимых ресурсов [6].

В последнее 10-летие XX века разработка проблем качества приобрела новое значение в связи с введением международной системы стандартов ИСО, в которых стандарт ИСО — 9004 непосредственно относился к стандартам качества, а его часть — ИСО-9004-2:1991 «Общее руководство качеством и элементы системы качества» содержал часть 2: «Руководящие указания по услугам» и распространялся на услуги в области здравоохранения [7].

Таким образом, накоплен значительный опыт по многим вопросам контроля качества: разработаны номенклатуры оснащенности медицинских учреждений, действует система усовершенствования врачебных кадров, их периодической аттестации, проводится экспертиза оценки качества медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бадаев Ф.И., Л.И.Васильцова, Колетова М.В. Проблемы использования основных фондов в крупных многопрофильных больницах // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 1(60). – С.22-25.
2. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – 57 с.
3. Олесов А.Е., Уйба В.В. Управление качеством медицинских услуг в сети государственных лечебно-профилактических учреждений // Социально-экономические системы: вопросы государственного регулирования и управления. Сборник научных трудов каф. государственного и муниципального управления Государственной полярной академии. Вып.4. – СПб.: Изд-во «Лемма», 2008.- 142с.
4. Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Игликова А.Э. и др. Использование системного анализа в обеспечении качества медицинской помощи // Society for medical decision making SMDM Europe. – Швейцария, 2008. – С. 22-24.
5. Donabedian A. Twenty years of Research on the Quality of Medical care // Evaluation and the Health professions. - 1985. - № 3. - P. 243-265.
6. Ибраев С.Е., Гугач А.М. Опыт управления качеством медицинской помощи и комплексной оценки деятельности ЛПО Кокшетауской области. // Здравоохранение Казахстана. – 1995.-№4. – С.10-11.
7. ISO 9001. Системы менеджмента качества – Требования. Международный стандарт EN ISO 9001: третье издание 2000-12-15.

УДК 614.88-084(574-21)

**АНАЛИЗ ДАННЫХ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ
ПО ОЦЕНКЕ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ
ФАКТОРОВ РИСКА И РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Т.П. ПАЛТУШЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА, Р.К. АЛДГЕРЕЕВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
Поликлиника № 10, г. Алматы

Резюме

Представленный материал посвящен социологическому исследованию среди специалистов общей врачебной практики (ОВП) и прикрепленного к врачебному участку населения, с целью сбора информации для выработки рекомендаций, способных повысить эффективность профилактической работы специалистов ОВП.

Түйіндеме

Бұл мақалада жалпы тәжірибелі дәрігерлер (ЖТД) мамандарының профилактикалық жұмыстарының тиімділігін жоғарылатуға қабілетті ұсыныстарды өндіру ақпараттарын жинау мақсатымен тұрғынның дәрігерлік участкаға тіркелген жалпы тәжірибелі дәрігерлер (ЖТД) мамандарының арасында жүргізілген әлеуметтік зерттеу мәліметі ұсынылған.

Summary

The material presented in the article is sanctified to sociological research among the specialists of general medical practice of the population fastened on a medical area, with the purpose of collection of information of rule-making, able to promote efficiency of prophylactic work of specialists of general medical practice.

Введение. Наиболее рациональной, предоставляющей равный доступ населения к медицинской помощи на уровне первичного звена, является отечественная система первичной медико-санитарной помощи. Преимущество этой системы было подтверждено еще в 1979 году Декларацией Алма-Атинской конференции ВОЗ [1].

В нашей стране продолжается совершенствование деятельности первичного звена, так в Стратегии «Казахстан-2030» одним из важных ключевых приоритетов развития здравоохранения определена первичная медико-санитарная помощь, а в ней в свою очередь формирование навыков здорового образа жизни у населения.

Мощным толчком в развитии информационного обеспечения населения по вопросам профилактики поведенческих факторов риска здоровью, сохранения и укрепления здоровья стала реализация Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., направленная на переход к мало затратным формам медицинского обслуживания и обеспечения профилактической направленности [2].

Представленный в статье материал является частью научно-технической программы нацио-

нального центра проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФ ЗОЖ) «Научное обоснование комплексных мер по повышению результативности профилактики поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике».

Вышеупомянутый материал посвящен социологическому исследованию среди специалистов общей врачебной практики (ОВП) и прикрепленного к врачебному участку населения, целью которого был сбор информации для выработки рекомендаций, способных повысить эффективность профилактической работы специалистов ОВП [3]. Основной задачей была - оценка знаний и умений специалистов общей врачебной практики и населения в вопросах профилактики поведенческих факторов риска и развития сердечно-сосудистых заболеваний;

Использованы следующие методы исследования: литературный, социологический, статистический (Microsoft Excel, Access, SPSS), аналитический, а также организационного эксперимента и массового опроса.

Объектами исследования были специалисты общей врачебной практики (врачи и средние меди-

цинские работники) а также взрослое население, прикрепленное к поликлинике №10 г. Алматы.

В социологическом исследовании приняли участие 108 респондентов из прикрепленных, к выше упомянутой городской поликлинике, врачебных участков.

Возрастной состав респондентов представлен следующим образом: 39 человек (36,1%) в возрасте 18-29 лет, 33 человека (33,6%) - 30-39 лет, 21 человек (19,4%) – 40-49 лет, 15 человек (13,9) – 50 лет и старше.

Среди опрошенных служащие с высшим образованием составили 31,5% (95% ДИ – 22,7-40,2), служащие со средне-специальным образованием – 7,41% (95% ДИ – 2,5-12,4), домохозяйки – 33,3% (95% ДИ – 24,4-42,2), не работающих (в том числе безработных, пенсионеров) – 12,04% (95% ДИ – 5,9-18,2), рабочие – 12,04%, студенты – 2,78% (95% ДИ – -0,3-5,9), частные предприниматели – 0,93% (рисунок 1).

Подавляющее большинство опрошенных составили состоящие в браке – 72,9% (95% ДИ – 64,5-81,3), вторыми по численности составили не состоящие в браке – 12,2% (95% ДИ – 5,9-18,3), затем разведенные, вдовцы и вдовы, совместно проживающих вне зарегистрированного брака.

В ходе социологического исследования был изучен вопрос об источниках получения респондентами информации по профилактике заболеваний. Анализ данных показал, что большая часть опрошенных, получают информацию от медицинских работников, в том числе у врачей общей практики, затем из брошюр, листовок в медицинских организациях, 21,3% опрошенных в качестве источников информации о профилактике заболеваний указали телевидение и радио, 17,6% – газеты и журналы, 12,0% получают информацию от знакомых, друзей, родственников.

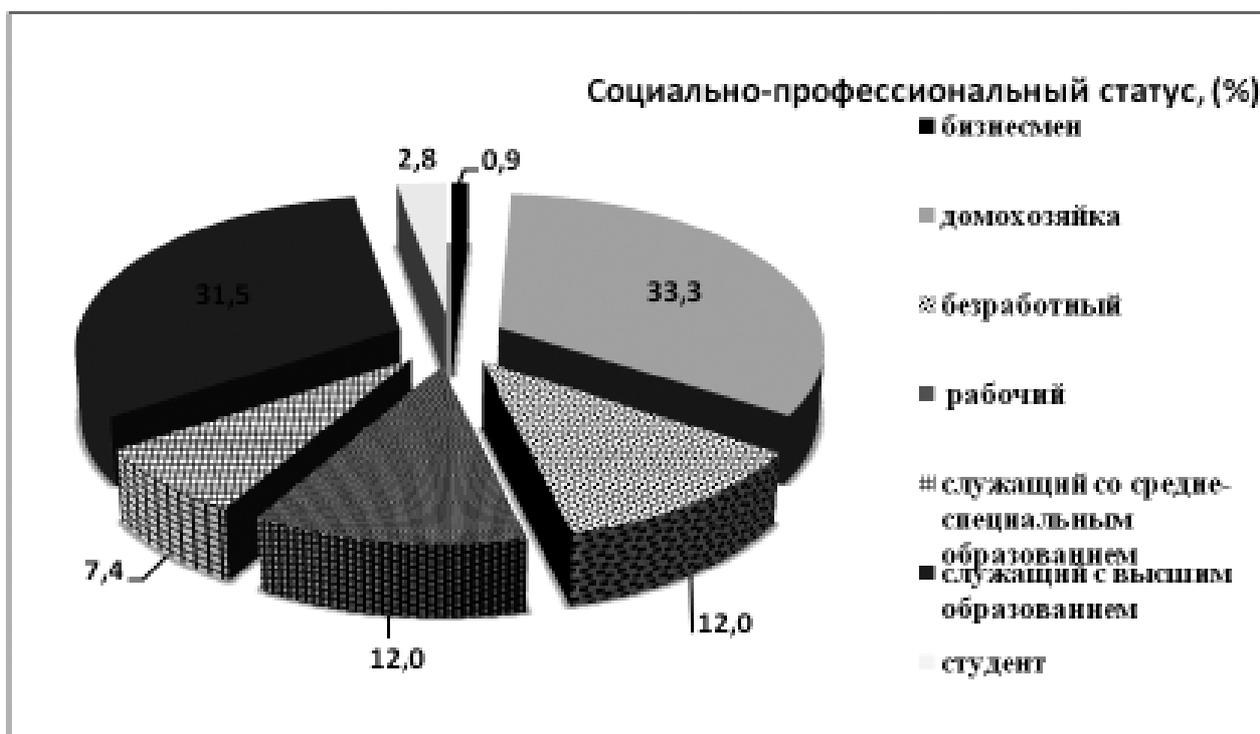


Рис. 1 - Распределение респондентов по социально-профессиональному статусу

Анализ профилактической работы специалистов общей врачебной практики выявил, что только с 61,8% прикрепленного населения к врачебному участку врачи проводят беседы, лекции по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, и 59,4% получают подобную информацию от медицинских сестер (рисунок 2).

При анализе также было выявлено, что подавляющее большинство исследованных в возрастных группах от 30 до 49 лет, регулярно получают информацию по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в виде бесед и лекций от врачей и средних медицинских работников поликлиники (таблицы 1 и 2).

По результатам опроса было выявлено, что практически все медицинские работники ОВП уделяют время на профилактические вопросы не более 5 минут, что крайне недостаточно, для получения исчерпывающей информации по интересующим вопросам.

На вопрос, в каких случаях в поликлинике им измеряют давление крови, рост и вес, проводят тест на сахар в крови и другие диагностические процедуры, 56,6% респондентов ответили во всех случаях обращения, 36,79% - только при наличии жалоб (95%ДИ=27,61-45,97) и 6,6% - никогда (95%ДИ=1,88-11,33).

Каждый третий респондент считает, что измерение холестерина, проводится во всех случаях обращения, каждый второй ответил - только при наличии жалоб и, по мнению 18,56% респондентов - никогда не проводится (95%ДИ=10,82-26,29).

Более половины опрошенных ответили, что измерение роста и веса проводится при любом обращении, 25,53% - только при наличии жалоб и 23,4% - ответили «никогда».

По мнению одной трети опрошенных, тест на сахар в крови проводится во всех случаях обращения в поликлинику, только при наличии жалоб - 55%, никогда - 13%

96%±1,96 опрошенных нами в поликлинике респондентов согласились с утверждением, что успех мероприятий по укреплению здоровья и профилактике заболеваний зависит главным образом от желания пациентов (95%ДИ=92,16-99,84). Следовательно, сами респонденты осознают важность вовлечения населения в программы профилактики и наличие мотивации к изменению поведения в пользу более здорового.

Большинство опрошенных указали на ведущую роль врача в информировании пациента о профилактике заболеваний и наблюдении за ним (73,47%±4,46; 95%ДИ=64,73-82,21). Каждый четвертый респондент считает, что врач не играет важной роли в информировании пациента и наблюдении за ним.

Более половины опрошенных сказали, что не важно как предоставляет информацию врач или медицинская сестра, важным является то, что они ее дают (57,65%±5,36; 95%ДИ=47,14-68,15). Не согласны с данным утверждением 42,35%±5,36 респондентов (95%ДИ=31,85-52,86).

Знание уровня собственного давления крови и уровня нормы выявлено только у 20,9% респондентов [4].

У исследованных респондентов рассчитан индекс массы тела (ИМТ), который выявил, что 60,7% респондентов имеют нормальную массу тела, у остальных 39,3% респондентов выявлена избыточная масса тела, ожирение 1 и 2 степени, что свидетельствует о наличии одного из значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Таблица 1- Информирование населения по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний врачами

Врачи	18-29 лет(%)	30-39 лет (%)	40-49 лет (%)	50 лет и старше (%)
Проводят беседы, лекции по профилактике ССЗ	51,28	71,88	71,43	53,33
Не проводят беседы, лекции по профилактике ССЗ	48,72	28,13	28,57	46,67

Таблица 2 - Информирование населения по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний средними медицинскими работниками

Медицинские сестра	18-29 лет (%)	30-39 лет (%)	40-49 лет (%)	50 лет и старше(%)
Проводят беседы, лекции по профилактике ССЗ	48,72	70,97	71,43	46,67
Не проводят беседы, лекции по профилактике ССЗ	51,28	29,03	28,57	53,33

Только 79,8% респондентов правильно ответили на вопрос о необходимом уровне физической активности. При этом не осведомлены в данном вопросе 20,2% респондентов (95%ДИ=9,73 – 23,91).

При анализе используемых продуктов питания, было установлено, что более половины респондентов ежедневно употребляют молочные продукты. Каждый четвертый респондент отметил, что употребляет молочные продукты 2-4 раза в неделю, 14,42% - 5-6 раз в неделю.

Почти треть респондентов употребляют мясные продукты каждый день, из них один раз в день – 41,67% и несколько раз в день – 26,85%.

Каждый третий опрошенный отметил ежедневное наличие в рационе зерновых продуктов. Почти половина респондентов употребляют зерновые продукты несколько раз в неделю. Не выявлены респонденты совсем не употребляющие молочные, мясные и зерновые продукты (таблица 3).

По рекомендации ВОЗ необходимо ежедневное употребление овощей и фруктов [81]. По результатам опроса около 70% респондентов ежедневно употребляют овощи и 62,27% - ежедневно употребляют фрукты.

Никогда не употребляют в пищу чипсы, кириешки и сладости 21,15% респондентов, сладкие газированные напитки - 40,2%.

Следует отметить, что более 15% респондентов ежедневно употребляет чипсы, кириешки и сладости. Каждый пятый респондент употребляет данные продукты питания 1 раз в неделю (20,19%) и 1 раз в месяц (22,12%).

Сладкие газированные напитки ежедневно употребляют 5,88% респондентов. Процент лиц употребляющих сладкие газированные напитки 1 раз в неделю составил -18,63% и 1 раз в месяц -19,61% (таблица 4).

В ходе исследования нами был изучен вопрос о том, у кого консультируется пациент по вопросам профилактики различных факторов риска.

Подавляющее большинство респондентов получают консультации у медицинских работников, в том числе у врачей - 62,7% по вопросам правильного питания, 56,6% по вопросам физической нагрузки врач, 50,6% - по вопросам профилактики курения, 50,6% - по профилактике ожирения, 47% - по профилактике злоупотребления алкоголем, 21,7% - по социальным вопросам.

У медицинских сестер консультируются 64,2% опрошенных по вопросам правильного питания, 49,3% - вопросам физической нагрузки, 50,8% - по вопросам профилактики курения, 41,8% - по профилактике ожирения, 49,3% - по профилактике злоупотребления алкоголем, 22,4% - по социальным вопросам (рисунок 3).

Таблица 3. Частота употребления основных продуктов питания, (%)

Частота употребления	Молочные продукты	Мясные продукты	Зерновые продукты	Овощи	Фрукты
<i>никогда</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0,93</i>	<i>0,94</i>
<i>1 раз в месяц</i>	<i>2,88</i>	<i>2,78</i>	<i>7,55</i>	<i>4,67</i>	<i>3,77</i>
<i>1 раз в неделю</i>	<i>2,88</i>	<i>2,78</i>	<i>14,15</i>	<i>2,8</i>	<i>10,38</i>
<i>2-4 раза в неделю</i>	<i>24,04</i>	<i>8,33</i>	<i>32,08</i>	<i>8,41</i>	<i>5,66</i>
<i>5-6 раз в неделю</i>	<i>14,42</i>	<i>17,59</i>	<i>14,15</i>	<i>13,08</i>	<i>16,98</i>
<i>1 раз каждый день</i>	<i>36,54</i>	<i>41,67</i>	<i>27,36</i>	<i>40,19</i>	<i>34,91</i>
<i>несколько раз каждый день</i>	<i>19,23</i>	<i>26,85</i>	<i>4,72</i>	<i>29,91</i>	<i>27,36</i>

Таблица 4. Частота употребления чипсов, кириешек и сладких газированных напитков

Частота употребления	Чипсы, кириешки, сладости	Сладкие газированные напитки
	(%)	
<i>никогда</i>	<i>21,15</i>	<i>40,2</i>
<i>1 раз в месяц</i>	<i>22,12</i>	<i>19,61</i>
<i>1 раз в неделю</i>	<i>20,19</i>	<i>18,63</i>
<i>2-4 раза в неделю</i>	<i>17,31</i>	<i>9,8</i>
<i>5-6 раз в неделю</i>	<i>3,85</i>	<i>5,88</i>
<i>1 раз каждый день</i>	<i>10,58</i>	<i>4,9</i>
<i>несколько раз каждый день</i>	<i>4,81</i>	<i>0,98</i>

В числе главных причин, по которым обычно пациенты не следуют советам врачей и медицинских сестер вести здоровый образ жизни, респондентами были названы «отсутствие у пациентов знаний о факторах риска» - 53,7% (95% ДИ – 44,3-63,1), «лень со стороны пациентов» - 44,4% (95% ДИ – 35,1-53,8), «экономический кризис» - 27,8% (95% ДИ – 19,3-36,2), «недоверие пациентов врачам и медсестрам» - 25%, далее следуют такие причины как «здоровье – это личное дело пациента» - 13,9%, «здоровье не на первом месте в списке жизненных приоритетов» - 11,1%, «отсутствие навыков консультирования у медицинских работников» - 8,3%, «недостаточные знания медицинских работников» - 7,4%, 5,6% респондентов «не задумывались над этим вопросом» (рисунок 4).

Анализ данных показателей в разрезе различных групп, показал, что переменную «отсутствие у пациентов знаний о факторах риска» чаще выбирали респонденты 30-49 лет, «лень», «недоверие пациентов врачам и медсестрам», «здоровье – это личное дело пациента» - чаще отмечали

молодежь 18-29 лет. «Недостаточные знания медицинских работников» как причину, по которой пациенты не следуют советам врачей и медсестер больше отмечали респонденты 50 лет и старше (рисунок 5).

В целом, состояние своего здоровья как «отличное» оценили 7,41% (95% ДИ – 44,3-63,1) респондентов, «хорошее» здоровье - 58,3%, «посредственное» - 29,6% и 4,6% респондентов оценили свое здоровье как «плохое».

Более половины опрошенных – 61,3% указали, что часто подвергаются стрессовым ситуациям и испытывают отрицательные эмоции, что чаще встречалось среди лиц 18-29 и 40-49 лет (рисунок 9). С утверждением, что стресс является фактором риска развития какого-либо заболевания, согласны 92,5% (95% ДИ – 87,4-97,4) респондентов.

46,3% (95% ДИ – 36,9-55,7) опрошенных преодолевают стрессовые ситуации, пытаясь отвлечься (слушая музыку, выезжая на природу и т.д.); 43,5% (95% ДИ – 34,2-52,9) ответили, что могут поплакать, треть респондентов - 33,3%

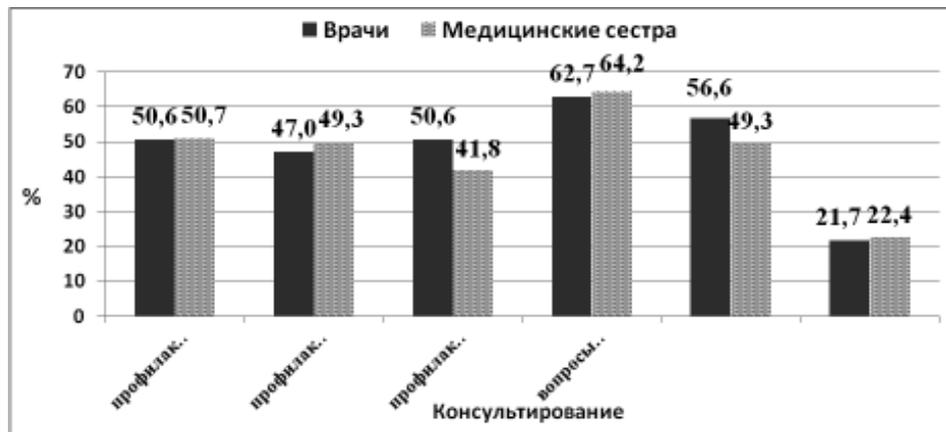


Рис. 3 - Удельный вес респондентов, получающих консультации врачей и медсестер по вопросам профилактики



Рис. 4 – Основные причины, по которым не следуют советам медработников

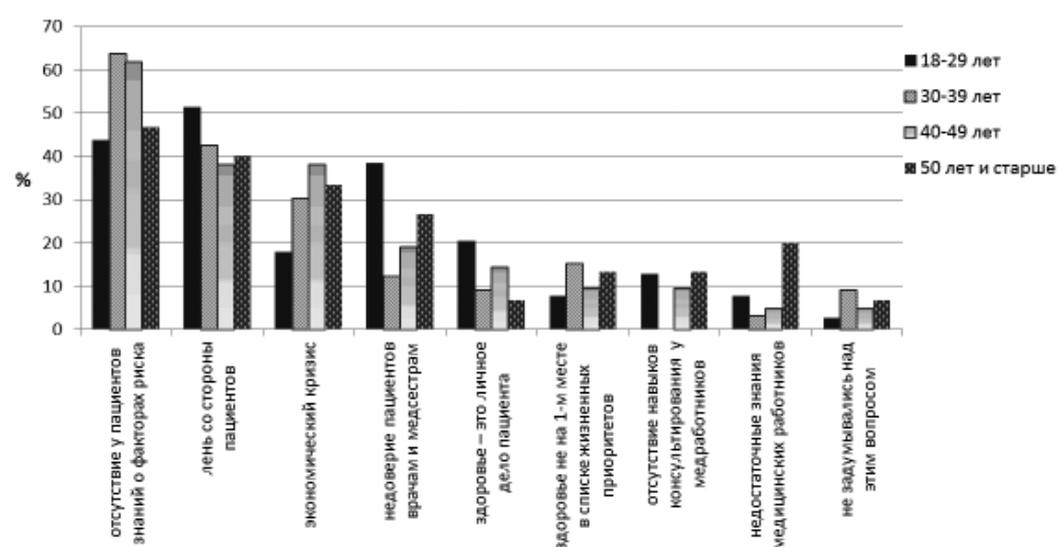


Рис. 5 – Основные причины, по которым пациенты не следуют советам медработников

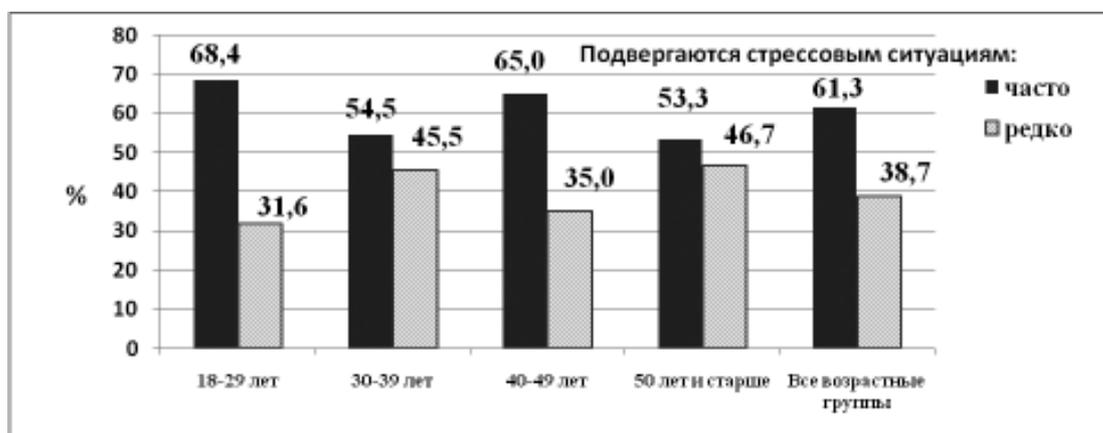


Рис. 6 - Удельный вес респондентов подвергающихся стрессам

(95% ДИ – 24,4-42,2) обсуждают проблему с близкими людьми, каждый десятый – 11,1% ответил, что переживает время, 8,3% – «выплескивают отрицательные эмоции на окружающих», и 3,7% респондентов обращаются к специалистам.

На вопрос о том, кто должен помочь преодолеть стресс или отрицательные эмоции, большинство респондентов (70,8%) ответили – «сам человек», 38,0% – «любимый человек», 19,4% респондентов, считают, что должны помочь друзья, 17,6% – специалист-психолог, 13% – родители, 9,7% – медицинские работники (рисунок 7).

Таким образом, большая часть опрошенных – 64,8% получают информацию по профилактике заболеваний от медицинских работников, каждый третий – 31,5% выделил отдельно врачей общей практики, четверть респондентов (25%) читают брошюры, листовки в медицинских организациях, каждый пятый (21,3%) в качестве ис-

точников информации о профилактике заболеваний указали телевидение и радио.

Около 40% респондентов отрицают проведение врачом и медицинскими сестрами бесед, лекций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Более половины (55,4%) опрошенного населения отрицают наличие школы здоровья при поликлинике по профилактике заболеваний сердца и гипертонии.

Большинство опрошенных указали на ведущую роль врача в информировании пациента о профилактике заболеваний и наблюдении за ним. При этом, более половины респондентов считают не важным как предоставляет информацию врач или медицинская сестра, главным является то, что они ее дают.

Каждый 5-6 опрошенный не знает о наличии информационного материала в поликлинике.

Всего 20,9% респондентов правильно указали

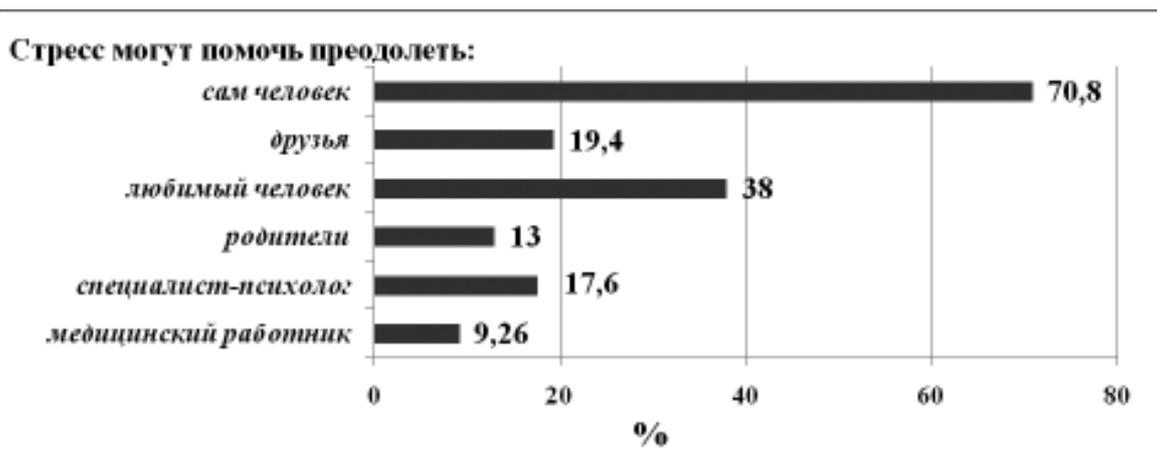


Рис.7 - Мнение респондентов по вопросу о том, кто должен помочь преодолевать стрессы

на уровень повышенного систолического давления и 43,3% - на повышенный уровень диастолического давления.

Около 40% респондентов имеют избыточную массу тела, из них 11,21% респондентов ожирение 2 степени, что связано с умеренными рисками для здоровья.

Окружность талии более 80 см у 40,8% опрошенных женщин, что обуславливает вероятность развития заболеваний, сопутствующих избыточному весу.

Каждый пятый опрошенный не знает норму ежедневной физической нагрузки.

Более 15% респондентов ежедневно употребляет чипсы, кириешки и сладости, что может негативно отразиться на здоровье исследуемых. Каждый пятый респондент употребляет чипсы, кириешки и сладости и сладкие газированные напитки 1 раз в неделю.

В числе основных причин, по которым обычно пациенты не следуют советам врачей и медицинских сестер вести здоровый образ жизни, респондентами были названы «отсутствие у пациентов знаний о факторах риска» (53,7%), «лень со стороны пациентов» (44,4%), «экономический кризис» (27,8%), «недоверие пациентов врачам и медсестрам» (25%).

Более половины опрошенных (61,3%) часто подвергаются стрессовым ситуациям и испытывают отрицательные эмоции, среди них чаще встречались лица 18-29 и 40-49 лет. Значительное большинство респондентов (70,8%) считают, что

преодолевать стрессовые ситуации человек должен сам, около 40% считают, что в этом должен помочь «любимый человек», и к помощи специалистов советуют обратиться 27,4% респондентов.

Выявленные данные, показали о крайне недостаточной работе специалистов общей врачебной практики по вопросам первичной профилактики заболеваний, слабое знание о влиянии поведенческих факторов на здоровье и их влияние на развитие таких социально-значимых заболеваний как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа. Проведенные исследования и полученные результаты, анализ отечественного и зарубежного опыта позволил разработать предложения по совершенствованию профилактической работы специалистов общей врачебной практики, предложить новые технологии первичной профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи //Хроника ВОЗ. - 1979.- Т.33. - №3. - С. 124-131.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СаламаттыКазахстан» на 2011-2015годы.- Астана. 2010- С.2-5.
3. Девятко И. Ф. Модели объяснения и логика социологического исследования. М.: ИСО РЦГО-TEMPUS/TACIS, 1996 – С. 12-14.
4. Профилактика через первичное здравоохранение.- ВОЗ, Копенгаген, 2003 – 168 с.

УДК 618.146-006

РЕАЛИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВОГО ОСМОТРА ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ИНФОРМАЦИОННОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПРОГРАММЫ

Н.А. СУЛЕЙМАНОВА, Т.А. ЮГАЙ

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

Резюме

В статье освещаются профилактические мероприятия скрининговых программ и реализация Национальной скрининговой программы позволяющая спасти тысячи жизней Казахстанских женщин, что в свою очередь внесёт существенный вклад в экономику страны в виде сокращения прямых и косвенных потерь общества от болезней и преждевременной смерти граждан.

Түйіндеме

Мақалада өз кезегінде азаматтардың мезгілінен бұрын қайтыс болудан және аурудан қоғамның тікелей жіне жанама өлімін қысқарту түрінде ел экономикасына мәнді үлес қосатын, Қазақстан әйелдерінің мыңдаған өмірін құтқаруға мүмкіндік беретін Ұлттық скринингілік бағдарламаны жүзеге асыру және скринингілік бағдарламалардың пофилактикалық іс-шаралар жарияланады.

Summary

The paper highlights the preventive measures of screening programs and implementation of the National screening program allows saving the lives of thousands of Kazakh women, which in turn will make a significant contribution to the economy in the form of a reduction of direct and indirect losses to society from disease and premature death of citizens.

Смертность от злокачественных новообразований занимает второе место в структуре общей смертности населения Республики Казахстан. Рак шейки матки - занимает второе место в мире среди видов рака, наиболее распространенных у женщин: ежегодно отмечается около 530 тысяч новых случаев заболевания и 270 тысяч смертей вследствие рака шейки матки. Причиной возникновения рака шейки матки являются определенные типы вируса папилломы человека (ВПЧ). В Казахстане в 2011 году было зарегистрировано 1 452 новых случаев рака шейки матки. Это пятое место в структуре всех онкологических заболеваний. За прошедший год в республике от рака шейки матки умерло 657 женщин. Практически все случаи рака шейки матки (99%) связаны с заражением гениталий ВПЧ, который является наиболее распространенной вирусной инфекцией половых путей. Два генотипа высокой степени риска (ВПЧ типов 16 и 18) являются причиной большинства связанных с ВПЧ видов рака шейки матки (70%). Заражение ВПЧ происходит преимущественно при половом контакте. Вирус может передаваться через непосредственный контакт между наружными покровами зараженного

и незараженного человека. Новорожденные могут заразиться от матери при прохождении через родовые пути. Инфицирование вирусом происходит незаметно и не сопровождается характерными симптомами. Целью обследований на рак шейки матки (цитологический скрининг) является обнаружение подобных изменений. Если они будут обнаружены на достаточно ранней стадии, то развитие рака можно предотвратить.

Распространенность РШМ резко увеличивается после 40 лет, достигая пика в 45-55 лет. Высокий риск возникновения РШМ связан с половым и репродуктивным поведением и чаще встречается у женщин, которые рано начинают жить половой жизнью, имеют многочисленных половых партнеров. Наличие инфекций, передаваемых половым путем, папилломовирусной и герпетической инфекции, воспалительных и фоновых заболеваний способствует повышению риска. Курение и длительное использование пероральных контрацептивов также способствуют повышению риска. Чаще всего первым симптомом, с которым обычно женщины и обращаются к врачу, является кровотечение. Кровянистые выделения появляются после полового акта, меж-

ду менструациями. При прогрессировании заболевания и распространении опухоли на органы малого таза появляются такие симптомы как боль в спине, ногах, отек ног, нарушение мочеиспускания и дефекации. Могут возникать свищи, соединяющие кишечник и влагалище.

Основным подходом к снижению уровней заболеваемости и смертности от РШМ является выявление предопухолевых заболеваний, сопровождающееся цитологическим исследованием мазков.

Одним из направлений Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011- 2015 гг. является усиление профилактических мероприятий скрининговых программ.

Реализация Национальной скрининговой программы позволит спасти тысячи жизней наших Казахстанских женщин, что в свою очередь внесёт существенный вклад в экономику страны в виде сокращения прямых и косвенных потерь общества от болезней и преждевременной смерти граждан.

Скрининговые осмотры по раннему выявлению рака шейки матки внедряются с 2008 года. На протяжении этого времени Министерством здравоохранения РК принимаются меры по совершенствованию программ раннего выявления злокачественных новообразований. Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011- 2015 гг. предусмотрено расширение Национальной скрининговой программы за счёт увеличения возрастной группы подлежащей скрининговому осмотру на раннее выявление предопухолевых заболеваний и онкологических заболеваний. Данную возрастную группу представляют женщины в возрасте 30,35,40,45,50,55,60 лет. Скрининг включает в себя - осмотр акушер - гинеколога, кольпоскопию, осмотр онколога по показаниям. Материальные затраты на организацию скрининга могут оказаться бессмысленными при отсутствии у населения стимула к участию в скрининге. Необходимы предпосылки, которые должны зас-

тавить человека считающего себя практически здоровым, пройти регулярное обследование для исключения (или подтверждения) наличия рака. При построении стратегии информационного обеспечения скрининга необходимо учитывать: доступность СМИ для населения, интеллектуальный уровень потребителей информации, культурные, религиозные и этнические традиции, кратность и объём поступления информации, форму и стиль изложения. Форма подачи информации ни в коем случае не должна провоцировать женщин на необдуманные и опасные действия — отказ от посещения врача или, тем более суицид. Важнейшая мотивация активного и добровольного участия населения в профилактических обследованиях - сохранение собственной жизни и здоровья укрепляется в сознании граждан средствами массовой информации (телевидение, радио, пресса).

Ежегодно Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни разрабатывается информационно-образовательный материал по профилактике онкологических заболеваний в виде буклетов, плакатов, листовок «Позаботьтесь о своём здоровье. Пройдите профилактический медицинский осмотр», адресного приглашения для участия населения в скрининговых осмотрах, буклетов и плакатов для населения по профилактике хронических неинфекционных заболеваний. Для специалистов ПМСП разработаны методические материалы «Брошюра по скринингам», «Брошюра по алгоритмам», организованы телепередачи по профилактике РШМ совместно с НИИ онкологии и радиологии и другими партнёрами.

Таким образом, в основе профилактики рака шейки матки лежит здоровый образ жизни, снижение факторов рискованного сексуального поведения. И самое главное регулярное прохождение скрининга для раннего выявления любой патологии шейки матки, предраковых состояний и исключения возможности развития рака шейки матки в соответствии с приказом МЗ РК, что позволит увеличить продолжительность и повысить качество жизни женщин.

УДК 613. 084(574-21)

**АКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
В РАМКАХ ВСЕМИРНОГО ДНЯ СЕРДЦА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН****Н.А. СУЛЕЙМАНОВА**

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

Основную опасность для здоровья женщин и детей, и первостепенную социально-медицинскую проблему для республики представляют сердечно-сосудистые заболевания, которые являются ведущей причиной болезненности, инвалидности и смертности. Сердечно-сосудистые заболевания являются главной причиной смерти в мире: ежегодно они уносят более 17 миллионов человеческих жизней. В странах Европейского сообщества сердечно-сосудистые заболевания становятся причиной свыше 2 млн. смертей и 4,3 млн. смертей в Европе. Ведущее место среди острых форм сердечно-сосудистых заболеваний занимает острый коронарный синдром. Согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в 2011 году зарегистрировано 2284,3 случаев болезней системы кровообращения на 100 тысяч населения; в 2010 году – 2086,7 случаев на 100 тысяч населения. Стойкую тенденцию к росту имеет и артериальная гипертония, в 2011 году было зарегистрировано впервые в жизни 1035,0 случаев на 100 тысяч населения, в 2010 году 913,8 случаев заболевания артериальной гипертонией.

Ежегодно в мире 8,6 млн. женщин погибают от сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта. Это намного превышает общее число женщин умирающих от всех других заболеваний - рака, туберкулёза, ВИЧ/СПИДа - вместе взятых. Данные статистики свидетельствуют, что если из 20 женщин 1 погибает от рака молочной железы, то от сердечно-сосудистой патологии погибает 1 из 2 женщин. Лидирующими факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин признаны: курение (увеличение числа курящих женщин); избыточная масса тела, гиподинамия; артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, сахарный диабет. Следует отметить, что рост сердечно-сосудистых заболеваний стал превалировать у женщин в связи с тем, что женщины стали занимать более активную социальную позицию, и то, что раньше было прерогативой мужчин, перешло к жен-

щинам. Заболевания, которые ранее были характерны для мужчин, стали чаще наблюдаться у женщин. Имеющиеся половые различия в этиологии патогенеза сердечно-сосудистой недостаточности привели к появлению гендерных особенностей. У женщин, страдающих сахарным диабетом, риск сердечных заболеваний возрастает в 3-4 раза и еще больше увеличивается при избыточной массе тела и артериальной гипертонии. Гормоны, выделяемые железами внутренней секреции, защищают сердце женщины от болезней. Однако при сахарном диабете вследствие нарушения обмена веществ эта защита нарушается.

Наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, избыточная масса тела и ожирение, которыми все чаще страдают современные дети, становятся причиной возникновения болезней сердца. Нездоровый образ жизни и вредные привычки, способствующие их возникновению и прогрессированию, часто формируются в молодом возрасте, нередко еще в детстве. В отличие от взрослого человека, дети редко жалуются на симптомы, характерные для заболеваний сердечно-сосудистой системы, поэтому необходимо более тщательно проводить опрос ребенка и делать упор на физикальное и инструментальное исследование. Несвоевременная диагностика заболевания сердца у детей в дальнейшем может привести к тяжелой сердечной недостаточности, задержке психофизического развития, плохой успеваемости и работоспособности.

В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты-Қазақстан» на 2011-2015 годы в республике с 2011 года проводятся скрининговые обследования населения на выявление болезней системы кровообращения: артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, сахарного диабета и других заболеваний. Проведение профилактического медицинского осмотра здоровых лиц определенного возраста позволяет выявить поведенческие факторы риска (табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, низкая физичес-

кая активность, нездоровое питание и др.), повысить эффективность лечения и предупредить развитие осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

Одним из прогрессивных методов в решении проблем, связанных с профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии, также является организация системы обучения населения противостоянию поведенческим факторам риска в школах здоровья «Артериальной гипертензии», «Сахарного диабета» и др.

«Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин и детей» - главная тема Всемирного Дня сердца 2012, цель республиканского декадника, проводимого с 20 по 30 сентября в рамках Всемирного дня сердца при организационно-методическом руководстве НЦПФЗОЖ: повышение ответственности населения за состояние своего здоровья, активизация профилактических мероприятий в отношении болезней системы кровообращения среди всех групп населения, в том числе среди женщин и детей, мобилизация населения на определение артериального давления и прохождение профилактических осмотров.

Декадник включает проведение обучающих семинаров для медицинских работников, студентов, волонтеров, организацию определения уров-

ня артериального давления в местах массового пребывания людей (базарах, супермаркетах, вокзалах, парках). А также проведение Дней открытых дверей в лечебно-профилактических организациях с консультациями специалистов – кардиологов, терапевтов, определение уровня холестерина и глюкозы, физических параметров, индекса массы тела для оценки индивидуальных факторов рисков с последующей их коррекцией.

Среди населения предусмотрено распространение информационно-наглядного материала по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и поведенческих факторов риска, разработанного и предоставленного регионам НЦПФЗОЖ. Мероприятия декадника были широко освещены СМИ с акцентом на значимость скрининговых осмотров, ответственное отношение к своему здоровью и предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни и региональными службами ФЗОЖ организовано обеспечение населения информационно-наглядным материалом по профилактике артериальной гипертензии и заболеваний сердечно-сосудистой системы по вопросам сохранения и укрепления здоровья населения, включая рациональное питание, закаливание, ограждение от пассивного курения.

УДК 610.2

О ВНЕДРЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» В ПОЛИКЛИНИКЕ № 4 г. КАРАГАНДЫ

С.Ж. ШАЙДАРОВА, Н.Ж. КЕНЖЕБАЕВ
КГП «Поликлиника №4», г. Караганда

Резюме

В данной статье приводятся данные по внедрению Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» в поликлинике №4 г. Караганды. Разработан и эффективно внедряется комплекс мероприятий: информирование населения по всем вопросам охраны здоровья, расширение социально-психологической помощи; профилактические услуги, повышение роли медицинских сестер в оказании медицинской помощи населению.

Түйіндеме

Осы мақалада «Қарағанды қ. №4 емхана» КМК-нда «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламаны енгізудің нәтижесі жөнінде мәліметтер берілген. Денсаулық сақтаудың барлық мәселелері, әлеуметті-психологиялық көмекті кенейтуі, ауруды алдын алу қызметі, халыққа медициналық жәрдем көрсетудегі медбикелердің рөлін көтеруі бойынша шаралар кешені жасалған және тиімді енгізілген.

Summary

The data on introduction of the State program of development of public health “Salamaty Kazakhstan” at the clinic №4 in Karaganda are presented in this article. Complex of actions is developed and effectively introduced: informing of population in all questions of health protection, expansion of socially-psychological help, prophylactic services and increase of role of medical nurses in the medical help for population.

В Республике Казахстан утверждена и успешно развивается Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы [1]. Целью Программы является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны.

Определены основные направления развития здравоохранения:

- 1) повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья;
- 2) усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм;
- 3) совершенствование санитарно-эпидемиологической службы;
- 4) совершенствование организации, управления и финансирования медицинской помощи в Единой национальной системе здравоохранения;
- 5) совершенствование медицинского, фармацевтического образования; развитие и внедрение инновационных технологий в медицине;
- 6) повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение ос-

нащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

В результате внедрения Программы должен произойти существенный сдвиг по улучшению личного и общественного здоровья, для этого требуется чёткая согласованность усилий всех секторов общества. Как отметил вице - министр здравоохранения Эрик Байжунусов, решать вопросы улучшения здоровья граждан невозможно силами только медицинских работников, для этого нужна слаженная работа на всех уровнях – от центральных госорганов до неправительственных организаций. Связано это, прежде всего, с тем, что вопросы охраны здоровья выходят далеко за рамки системы здравоохранения. Только такая солидарная ответственность за здоровье казахстанцев, по мнению вице - министра, поможет добиться увеличения продолжительности жизни населения и повышения её качества.

В целом Программа направлена на создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком.

В Послании 2010 года Президент Республики Казахстан Назарбаев Н.А. указал, что «Здоровый

образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и повседневной жизни населения» [2].

Существенное отличие Программы «Саламатты Қазақстан» от предыдущих состоит в том, что одним из ее основных приоритетов является преимущественно социальная направленность здравоохранения. В этой связи существенно возрастает роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в решении социальных проблем, т.к. ПМСП является фундаментом системы здравоохранения.

В целях повышения доступности, эффективности, качества и развития ПМСП проводится комплексное совершенствование, разработка и внедрение рациональных форм и методов оказания ПМСП на базе общеврачебной практики. Развивается медико-социальная направленность путем внедрения института социальной работы.

Для развития ПМСП в рамках Программы запланировано:

- пересмотр нормативных документов в части четкого разграничения функций, полномочий и финансирования ПМСП и специализированной помощи;

- внедрение дополнительного компонента к тарифу с учетом оценки результатов деятельности организаций ПМСП и модели частичного фондодержания, включая разработку нормативной базы по регулированию взаимоотношений между амбулаторно-поликлиническими организациями и другими поставщиками медицинских услуг и подготовку специально обученных кадров;

- совершенствование механизмов повышения мотивации медицинского персонала;

- делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам с доведением соотношения врачей и среднего медицинского персонала до оптимального уровня;

- усиление роли и потенциала среднего медицинского персонала в соответствии с международными требованиями в целях создания позитивного профессионального имиджа и улучшения качества медицинских услуг;

- организация и внедрение института социальных работников в систему здравоохранения;

- увеличение количества врачей по специальности «Общая врачебная практика» от общего числа врачей ПМСП, в том числе за счет переподготовки;

- совершенствование протоколов и стандартов оказания ПМСП на основе принципов доказательной медицины;

- внедрение системы управления качеством медицинской помощи (CQI);

- укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинических организаций, оказывающих ПМСП;

- совершенствование механизмов амбулаторного лекарственного обеспечения;

- подготовка врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников первичного звена в соответствии с международными стандартами обучения;

- совершенствование службы активного патронажа, в том числе оснащение необходимым инструментарием и оборудованием;

- разработка целевых индикаторов, отражающих эффективность ПМСП (доля здоровых лиц среди прикрепленного населения, удельный вес заболеваний, выявленных на ранних стадиях, уровень госпитализации, уровень обращений к узким специалистам, уровень обращаемости за скорой медицинской помощью).

В рамках реализации Программы «Саламатты Қазақстан» в целях формирования эффективной системы здравоохранения в КГП «Поликлиника №4 г. Караганды» разработан и эффективно внедряется комплекс мероприятий:

1. Проводится работа по информированности населения:

- выпущен буклет о поликлинике, с указанием объема и перечня оказываемых услуг;

- регулярно обновляется информация на сайте поликлиники;

- посетителям поликлиники ежедневно доводится информация по радиорубке по вопросам охраны здоровья и объему оказываемых услуг, о проводимых медицинских акциях;

2. С целью повышения роли медицинской сестры в оказании медицинской помощи населению:

- осуществляется отбор высококвалифицированных средних медицинских работников для первичного приема пациентов в поликлинике и на дому;

- запланировано обучение средних медицинских работников в ближнем и дальнем зарубежье;

- проводится обучение на рабочих местах с последующим проведением тестирования и аттестации.

3. Согласно программе «Обеспечение безопасной беременности» продолжается самостоятель-

ный приём акушерками беременных женщин с нормальным физиологическим течением беременности.

4. Расширяется сфера деятельности и объём социально - психологической помощи населению, путём:

- внедрения передового опыта психологов и социологов других стран;

- доведения до норматива штатных должностей психологов.

5. Разработана и внедряется система управления рисками для пациентов и медицинских работников по принципу «Работа без риска для пациента и медицинского работника»:

- физиопроцедуры проводятся строго по показаниям, с учётом сопутствующей патологии и возрастных ограничений. Используется как альтернативная замена физиопроцедурам - ЛФК, массаж, работа на тренажёрах, дыхательная гимнастика;

- сокращены до минимума инвазивные процедуры.

6. Предусмотрена подготовка врачей общей практики и медицинских сестёр общей практики в соответствии с новыми требованиями международного опыта. При составлении стратегического плана, не менее 15-20% финансирования на новый год будет запланировано на повышение квалификации медицинского персонала.

7. Создаётся справочно-диспетчерская служба с введением должности заведующего отделением и врачей — консультантов.

8. Согласно Приказа МЗ РК от 05.01.2011г. № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» [3] с целью снижения потребности в стационарной медицинской помощи и профилактики заболеваний в поликлинике № 4 г. Караганды в 2011 году были организованы Центры семейного здоровья, отделение профилактики и социально-психологической помощи.

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

Объём профилактической работы в нашей поликлинике хорошо представлен через кабинеты и клубы:

1. Кабинет безопасной беременности.
2. Кабинет здорового ребенка.
3. Кабинет планирования семьи.
4. Молодежный центр.

5. Антитабачный кабинет.

6. Школы здоровья: «Сахарный диабет», «Бронхиальная астма», «Коронарный клуб»

7. Клуб активного долголетия.

1. В кабинете безопасной беременности врачами-гинекологами, акушерками и психологами проводятся занятия по программе «Обеспечение безопасной беременности». За 2011 год занятия посетили 257 беременных из 609 (42%). Первородящие женщины в 100% случаев получают консультацию психолога. За 3 месяца 2012 года занятия посетили 146 беременных из 634 (23%).

2. В кабинете здорового ребенка занятия ведутся по программе ИВБДВ, проводятся консультации для родителей, ведётся пропаганда исключительно грудного вскармливания. За 2011 год кабинет посетили 630 мам, имеющих детей до 1 года из 1020 детей до года, что в 2 раза больше по сравнению с прошлым годом. За 1 квартал 2012 года кабинет посетили 457 мам, имеющих детей до 5 лет, из них 377 детей до года из 1196. Проведены конкурсы «20 лучших мам», «Супер-мама, супер-папа», «Я, ты, он, она, вместе — дружная семья».

3. В кабинете планирования семьи проводятся консультации женщин и семейных пар по вопросам контрацепции. Выявление, лечение и профилактика инфекций, передающихся половым путем, бесплодия, контрацепция женщин, имеющих экстрагенитальную патологию. За период функционирования кабинета консультацию по вопросам контрацепции получили 417 женщин, контрацептировано 83 женщины с экстрагенитальной патологией. Из 6 обратившихся для лечения бесплодия в 100% получен положительный результат.

4. Молодежный центр предоставляет услуги психолога, подросткового врача, гинеколога, уролога, дерматовенеролога, социального работника для молодежи от 12 до 27 лет. Ведется пропаганда здорового образа жизни, проводятся индивидуальные и групповые беседы, психопрофилактика суицидов и депрессий.

5. В антитабачном кабинете работает психолог, который проводит разъяснительную работу среди прикрепленного населения о влиянии курения на организм человека. Всего кабинет посетили 495 человек. Из них получили индивидуальное психологическое консультирование и навык отвыкания от сигарет 76 пациентов.

6. В школах здоровья для пациентов по профилям: «Сахарный диабет», «Бронхиальная астма», «Коронарный клуб» проводят занятия врачи, согласно программе ЗОЖ.

7. Клуб активного долголетия работает с авгу-

ста 2011 г. За истекший период клуб посетили 1000 человек старше 70 лет. Занятия проходят с участием психолога, инструктора ЛФК, социального работника и участковых врачей. Пенсионеры делятся друг с другом и персоналом своими проблемами, желаниями, восполняют дефицит внимания, который зачастую в этом возрасте является главной проблемой. За каждым долгожителем в поликлинике закреплён ответственный квалифицированный социальный работник, который:

- проводит контроль за состоянием их здоровья на дому;
- осуществляет доставку бесплатных лекарственных средств, медицинский уход;
- по мере необходимости организует госпитализацию нуждающихся в стационар;
- приглашает на дом для консультации профильных специалистов и психологов;
- обучает родственников правилам ухода за больными;

- помогает в решении вопросов социального характера и многое другое.

Результатом работы клуба стало снижение плановой госпитализации в круглосуточные стационары за 1 квартал 2012 года в 2 раза по сравнению с аналогичным периодом 2011 г.

Таким образом, в поликлинике проводится эффективная работа по внедрению Государственной Программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан», что отражается в улучшении основных социально-демографических и медицинских показателей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
2. Приказ МЗ РК «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».
3. Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана от 29.01.2010 г.

УДК 616-08-039.71 -07

О ПРОВЕДЕНИИ СКРИНИНГОВЫХ ОСМОТРОВ НАСЕЛЕНИЯ

С.Ж. ШАЙДАРОВА, М.Г. ЗАСУХИНА

КГП «Поликлиника №4», г. Караганда

Резюме

В статье отражены результаты проведения скрининговых осмотров населения в поликлинике №4 г. Караганды. За 6 месяцев 2012 г. охват населения осмотрами составил 40% от запланированного на год количества. В ходе осмотров впервые были выявлены следующие заболевания: болезни системы кровообращения у 2,1%; рак молочной железы у 21% женщин, вирусный гепатит В и С – у 1,8 % осмотренных.

Түйіндеме

«Қарағанды қ. № 4 емхана» КМК-нда халықты скринингтік тексеруден өткізудің нәтижесі көрсетілген. 2012 ж. 6 ай бойынша халықты тексеруден өткізуі жоспарланған санынан 40% құрастырады. Тексеру кезінде алғашқы рет: тексерілгендердің 21% канайналым жүйесінің аурулары, әйелдердің 21% сүт безінің обыры, тексерілгендердің 1,8% В және С вирустық гепатиттің түрлері анықталған.

Summary

Results of screening examinations of population at the clinic № 4 in Karaganda are presented in this article. For 6 months of 2012, the examinations of population made 40 % from planned quantity. During examinations the following diseases were determined for the first time: diseases of circulatory system in 2.1 % patients; breast cancer in 21 % of female, virus hepatitis B and C in 1.8 % of patients.

Система здравоохранения в Республике Казахстан до недавнего времени была ориентирована на лечение болезней, а не на их профилактику. 90% расходов ГОБМП тратилось на оказание специализированной и скорой медицинской помощи и только 10% - на первичную помощь.

Новая Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. [1] предполагает значительное смещение акцента со специализированной медицинской помощи на профилактические мероприятия, оказываемые на уровне ПМСП.

В рамках данной Программы усовершенствованы методы диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм: сердечно-сосудистые заболевания, онкопатологии, туберкулез, ВИЧ, психические болезни, эндокринные заболевания (диабет), а также травмы (дорожные и производственные травмы, ожоги). Указанные заболевания были выбраны ввиду того, что они характеризуются:

- высокой и быстро увеличивающейся распространенностью, занимают первые места по обрабатываемости в структуре заболеваемости;
- существенной долей в структуре причин смерти и выхода на инвалидность;
- тяжестью течения (снижают качество жизни больных, ограничивают функциональную активность) и высокой вероятностью неблагоприятного исхода;
- значительным влиянием на глобальный индекс конкурентоспособности.

Целью данной Программы является дальнейшее укрепление здоровья населения и снижение уровня основных социально значимых заболеваний и травм.

Определены основные задачи:

- 1) укрепление репродуктивного здоровья граждан и охраны здоровья матери и ребенка;
- 2) совершенствование подходов к профилактике заболеваний, в том числе инвалидности, развитие скрининговых исследований и стимулирование ЗОЖ;
- 3) совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний и травм;
- 4) совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста (геронтологической и гериатрической помощи).

Одной из приоритетных задач Программы является проведение профилактических скрининговых осмотров. В переводе с английского языка слово «Скрининг - screening» обозначает «отбор, фильтрация».

Доказано, что скрининг-исследования являются одним из основополагающих принципов раннего выявления заболеваний. Так, метод скринингового обследования в ряде стран использован в качестве одного из основных методов оценки распространенности артериальной гипертонии в избранной популяции, мониторинга и оценки эффективности внедрения профилактических мероприятий.

Широкомасштабные скрининговые обследования, охватывающие большие группы населе-

ния, в Казахстане внедряются с 2002 года. В 2002 году скрининговым обследованием было охвачено все взрослое сельское население, дети старше 12 лет.

В 2008 году внедрены скрининги на раннее выявление болезней системы кровообращения (артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца), составляющие в структуре смертности населения Казахстана около 52%, предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы, шейки матки (рак молочной железы и рак шейки матки (РШМ) в структуре злокачественных новообразований среди женского населения занимают 2 и 3 ранговые места), сахарного диабета (СД) второго типа.

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

Согласно Национальной скрининговой программе проводятся:

- скрининг на раннее выявление основных болезней системы кровообращения (артериальная гипертония и ишемическая болезнь сердца) и факторов риска их развития;
- скрининг сахарного диабета;
- скрининг на раннее выявление глаукомы;
- скрининг на раннее выявление предопухолевых, злокачественных новообразований молочной железы;
- скрининг на раннее выявление предопухолевых, злокачественных новообразований шейки матки;
- скрининг на раннее выявление предопухолевых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки.

С 2011 года увеличена целевая группа в скринингах по болезням системы кровообращения, СД, РШМ за счет увеличения возрастных групп, подлежащих скрининговым осмотрам [2].

Введены скрининги на раннее выявление глаукомы, раннее выявление предопухолевых, злокачественных новообразований толстой и прямой кишки, на вирусные гепатиты В и С для лиц с заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, находящихся на гемодиализе, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов.

Таблица 1. Данные скринингового осмотра, план на 2012 г.

Вид скрининга	План на 2012	Осмотрено	%	Выявлено патологии	%
БСК (болезни системы кровообращения)	10775	5519	51,22	118	2,14
Сахарный диабет	10775	5519	51,22	6	0,11
Глаукома	7233	3628	50,16	3	0,08
Рак молочной железы	2675	920	34,39	200	21,7
Рак шейки матки	2850	1115	39,12	2	0,18
Рак толстой кишки	5548	2008	36,19	0	0
ВГВ и ВГС	2869	898	31,3	16	1,8

Скрининговые осмотры проводятся медицинскими работниками бесплатно. Для этого составляются списки лиц из населения, подлежащих скрининговым осмотрам, в разрезе обслуживаемых территориальных участков. Далее эту категорию граждан ставят в известность о необходимости прохождения профилактических осмотров с указанием необходимого объема, времени и графика осмотра, а при выявлении патологии после проведения профилактического осмотра пациенты направляются на дообследование в специализированные медицинские организации. Кроме того, для лиц, попадающих в группу риска возникновения заражения и с хроническими формами болезней, организуются школы здоровья и диспансерное наблюдение [3].

Целью исследования является анализ результатов внедрения Государственной Программы «Саламатты Казакстан» в КГП «Поликлиника №4» г. Караганды по скрининговым исследованиям.

За 6 месяцев 2012 года по КГП «Поликлиника № 4 г. Караганда» выполнение скрининговых осмотров составило:

Как видно из таблицы, за 6 месяцев 2012 года план выполнения скрининговых осмотров на выявление болезней системы кровообращения (БСК) составил 51,2%. При этом выявлено 118 случаев патологии (2,14%). По выявлению сахарного диабета: было осмотрено 5519 человек (51,2% от запланированного на год количества). Выявлено 6 случаев заболевания. На глаукому осмотрено 3628 (50,1%) человек. Скрининг на рак молочной железы: осмотрено 920 женщин (35%), выявлено 200 случаев патологии. Скрининг на рак шейки матки: осмотрено 1115 женщин

(39,1%) при годовом плане 2850. Выявлено 2 случая заболевания. Скрининг на рак толстого кишечника: осмотрено 898 пациентов (31,3%). Выявлено 16 случаев заболевания.

Таким образом, проведенные мероприятия показали высокую эффективность скрининговых осмотров с целью раннего выявления социально значимых заболеваний.

Для дальнейшего повышения результативности скрининговых программ поликлиника осуществляет ряд мероприятий:

- учет прикрепленного к обслуживаемой территории населения, формирование целевых групп;
- связь и преемственность с заинтересованными организациями здравоохранения;
- информирование населения;
- заполнение учетных форм;
- проведение ежемесячного анализа проведенных скринингов с разработкой мероприятий по укреплению здоровья прикрепленного населения;
- формирование электронной базы скрининговых осмотров и ежемесячное направление в территориальный медицинский информационно-аналитический центр.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

4. Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Казакстан» на 2011-2015 годы.
5. Приказ МЗ РК №145 от 17.03.2011 г. «О внесении изменений в Приказ и.о. МЗ РК от 10.11. 2009 г. «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп».
6. Приказ МЗ РК №571 от 14.11. 2005 г. «Об утверждении протоколов (стандартов) диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний».

УДК 616.12-008.331.1

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**Р.Т. МЕИРМАНОВА**

Поликлиника КНБ, г. Алматы

Резюме

Знание основных факторов риска развития сердечно - сосудистых заболеваний позволит применить более эффективные стратегии по предотвращению данных заболеваний, что в конечном счете будет способствовать снижению заболеваемости и смертности.

Түйіндеме

Жүрек-кантамыр ауруларының дамуына әкелетін негізгі қауіп факторларын білу аталған аурулардың алдын алу бойынша тиімді стратегияларды қолдануға және осының негізінде аурушандылық пен өлімді төмендетуге ықпалын тигізеді.

Summary

Knowledge of the main risk factors for cardio - vascular diseases will apply more effective strategies for the prevention of these diseases, which ultimately will reduce morbidity and mortality.

Многочисленные медицинские исследования, проведенные за последние десятилетия, посвящены изучению причин и механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Эпидемиологические исследования в различных группах популяций, биохимические исследования на животных, клинические испытания и широкомасштабные популяционные исследования доказали, что основой для развития ССЗ являются нездоровый образ жизни, или негативные физическая и социальная среды. То есть это позволило выявить ключевые факторы риска, вызывающие возникновение и прогрессирование ССЗ [1].

Показатели до 60% общего бремени заболеваний обусловлено семью основными факторами риска: повышенное артериальное давление – 12,8 %, курение – 12,3 %, употребление алкоголя – 10,1%, повышенный уровень холестерина в крови 8,7 %, избыточная масса тела -7,8%, недостаточное потребление овощей и фруктов в пищу – 4,4%, малоподвижный образ жизни-3,5%. Диабет также признан одним из главных факторов риска развития ССЗ. Другие факторы риска - это бедность, низкий уровень образования, психоэмоциональный стресс, воспаление, нарушения свертываемости крови [2].

Около 75% случаев развития ССЗ в среднем связаны с основными факторами риска: повы-

шенный уровень холестерина, высокое артериальное давление, низкое потребление овощей и фруктов, малоподвижный образ жизни и курение. Так, например, увеличение приема овощей и фруктов в день снижает на 30% риск ССЗ.

Основными изменяемыми факторами риска высокого кровяного давления являются диета, богатая солью, низкий уровень физической активности, ожирение, употребление алкоголя. В результате кумулятивного действия этих факторов артериальное давление (АД) увеличивается с возрастом. В то же время АГ является фактором риска развития ишемической болезни сердца. Около 62% цереброваскулярные заболевания и 49% ишемическая болезнь сердца вызвано субоптимальными уровнями АД (систолическое АД >115 mmHg). Высокое АД вносит вклад в 7,1 миллионов смертей, что составляет около 13% всех смертных случаев в мире.

В XX веке заболевания, связанные с курением: ССЗ, рак, диабет, хронические заболевания легких, унесли жизни около 100 миллионов людей. Уровень курения постепенно снижается в развитых странах, в то время как в развивающихся странах этот показатель растет на 3,4% ежегодно.

Более 1 миллиарда взрослого населения планеты имеют избыточный вес, из них около 300 миллионов имеют клиническую стадию ожирения. Ожирение является самостоятельным фак-

тором риска ССЗ и звеном других факторов риска, например АГ. Во Фрэммингемском исследовании было доказано, что заболеваемость сердечно - сосудистой патологией непрерывно растет в зависимости от избыточной массы тела у обоих полов. Та же тенденция обнаружена относительно частоты ИБС, инфаркта миокарда, внезапной смерти и инсульта. Достоверно установлено, что ожирение является независимым прогностическим фактором риска развития ССЗ у мужчин и женщин.

Избыточный вес и ожирение, главным образом, связаны с низким уровнем физической активности и высококалорийным питанием с недостаточным потреблением овощей и фруктов. Риск ИБС, ишемического инсульта и диабета 2 типа устойчиво возрастает при увеличении индекса массы тела. Около 21% ИБС относят за счет избыточной массы тела при ИМТ (индекс массы тела) выше 21 кг/м².

Четыре из десяти лидирующих причин смертности: ИБС, некоторые злокачественные новообразования, инсульт и диабет связывают с неправильным питанием. Потребление овощей и фруктов является важной частью здорового питания. Накопленные данные свидетельствуют о том, что они могут помочь предотвратить основные заболевания, такие как ССЗ, рак и другие за счет различных механизмов, включая действие антиоксидантов и других микронутриентов - флавоноидов, каротиноидов, витамина С, фолиевой кислоты и других. Низкое потребление фруктов и овощей вызывают около 31% ИБС и 11% инсультов в мире.

Холестерин является главным компонентом в развитии атеросклероза, и как результат этого, холестерин повышает риск ИБС, ишемического инсульта и других болезней сосудов. Высокий уровень холестерина является причиной 18% ЦВЗ и 56% ИБС в мире, что приводит к 4,4 миллионам смертей.

Около 1,9 млн. смертей и около 15-20% случаев ИБС, диабета и некоторых видов злокаче-

ственных новообразований обусловлено низкой физической активностью. Глобальные оценки по распространенности низкой физической активности среди взрослых показали, что этот показатель в среднем составляет 17%, в пределах от 11% до 24% по различным регионам. Доказано, что риск развития ССЗ увеличивается в 1,5 раза у лиц, не выполняющих минимальный уровень физической активности. Примерно 22% случаев ИБС обусловлено низкой физической активностью.

В то же время показано, что физическая активность снижает риск ССЗ путем улучшения метаболизма глюкозы, уменьшения массы жира и снижения кровяного давления. Повышение физической активности населения по имеющимся данным может сократить частоту ИБС на 15-39%, инсульта на 33%, гипертензии на 12% [3].

Таким образом, ССЗ и другие классы хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), а также факторы риска их возникновения являются актуальной проблемой для здравоохранения в силу широкого распространения среди населения, приводящего к инвалидизации, снижению трудоспособности, преждевременной смертности населения. ССЗ и ряд других ХНЗ ухудшают физические, психологические и социальные возможности пациента, то есть в значительной степени нарушают его качество жизни, понятие, отражающее благополучие человека, которое в современной медицине возможно измерить и анализировать.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каусова Г.К., Жаликенова Б.А. Первичная инвалидность вследствие основных сердечно – сосудистых заболеваний// Тезисы доклада: I съезда врачей Казахстана 22-23 ноября 1997 года,- Алматы, 1997.-С.138-139.
2. Оганов Р.Г. Первичная профилактика ИБС.-М., 1990.- 245с.
3. Д.А.Гнедов Клинико-психологические особенности больных стенокардией напряжения и избыточное отложение жира//Терапевтический архив.-2000.-№1.- С.22-25.

УДК 614.2/4-036.22

К ВОПРОСУ О РОЖДАЕМОСТИ В ИЛИЙСКОМ РАЙОНЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Л.А. СОКОЛОВА

ГКП на ПХВ Илийская центральная районная больница, Алматинская область

Резюме

В Илийском районе Алматинской области следует отметить, что отмечаются стабильно высокие показатели рождаемости детей, естественного прироста.

Түйіндеме

Алматы облысы Іле ауданында сәбилердің туушылығының және табиғи өсімінің тұрақты жоғары көрсеткіштері белгіленген.

Summary

In the Ili district of Almaty region should be noted that the stable high fertility, natural increase.

Социально-экономические перемены в обществе вызывают значительные изменения в качестве здоровья, заболеваемости, смертности и воспроизводства населения. Обычно такие вполне закономерные явления принято называть демографическим переходом.

Наиболее объективными критериями, несущими емкую информацию о состоянии общественного здоровья, являются показатели рождаемости, смертности и средней продолжительности жизни [1].

Изучение динамики рождаемости в Илийском районе показало, что в целом по району в 2008 году она составила 27,7 на 1000 живорожденных, а по Алматинской области 23,6. По району рождаемость оказалось на 4,1 выше, чем областной показатель. При этом установлено, что выше районного показателя рождаемости во врачебной амбулатории с. Байсерке 28,6.

В 2009 году областной показатель рождаемости составил 21,3 на 1000 живорожденных, а рай-

онный 26,7, что было на 5,4 выше областного показателя. При этом установлено, что выше районного показателя рождаемости зарегистрирован во врачебной амбулатории с. Байсерке 33,4, во врачебной амбулатории с. Жапек батыр 27,0.

В 2010 году районный показатель рождаемости на 1000 живорожденных составил 28,6, а областной 19,9, что на 4,1 ниже показателя рождаемости по Илийскому району. Выше районного показателя рождаемости во врачебной амбулатории с. Байсерке 33,2, ВА с. Жана-Даур 38,5. Наименьший показатель зарегистрирован во врачебной амбулатории врачебной амбулатории п. Первомайский 13,5, сельской больнице с. Боралдай 15,7 (таблица 1).

Естественный прирост в районе находится в пределах от 15,9 до 21,1, превышает областной показатель, уровень которого составляет от 11,8 до 16,3 (таблица 2).

Помимо естественного прироста, за счет миграционных процессов в районе регистрируется

Таблица 1- Показатель рождаемости Илийского района

Наименование	2008	2009	2010	2011
Илийский район	27,7	26,7	28,6	28,9
Алматинская область	23,6	21,3	24,5	24,2

Таблица 2- Показатель естественного прироста

Наименование	2008	2009	2010	2011
Илийский район	18,3	17,4	20,6	21,1
Алматинская область	14,3	13,5	16,4	16,3

приток населения. Так на 01.01.2010 года в районе было зарегистрировано 154100 жителей, на 01.01.2011 года зарегистрировано 179400 жителей (по данным переписи населения 2009 года). Удельный вес населения от 15 до 49 лет составляет 51,6, от 50 лет и старше 20,6. Тип населения прогрессивный.

Таким образом, в Илийском районе Алматинской области следует отметить, что отмечаются стабильно высокие показатели рождаемости, естественного прироста.

УДК 616.2-053-039.41:613.482

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ОРВИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗАКАЛИВАНИЯ «ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ»

Г.А. БАИМБЕТОВА, А.К. КАРАЖАНОВА

Национальный научно-практический, образовательный и оздоровительный центр «Бөбек»,
ОСГН ДОО УГСЭН, г. Алматы

Резюме

Проблема часто болеющих детей (ЧБД) не новая, но остается актуальной и на сегодняшний день. Доля часто и длительно болеющих детей достигает 50-75% и приходится на возраст от 1 года до 6 лет. Важным моментом по-прежнему остается профилактика, в том числе и закаливание детей.

Түйіндеме

Жиі ауыратын балалардың (ЖАБ) проблемасы жаңа емес, алайда қазіргі таңда да өзекті болып калуда. Жиі және ұзақ ауыратын балалардың үлесі 50-75% жетеді және 1 жастан 6 дейінгі жасқа келеді. Бұрынғысынша маңызды сәті профилактика болып қалады, соның ішінде балаларды шынықтыру.

Summary

The problem is often sickly children (FIC) is not new, but it remains relevant today. Share of parts and long sickly children reaches 50-75%, and between the ages of 1 year to 6 years. The important point is still prevention, including hardening of the children.

Каждый человек должен быть ответственным за свое здоровье. Медицина интенсивно развивается, но если человек не бережет себя, не соблюдает принципы здорового питания, не заботится о чистоте своего жилья, не занимается посильными физическими нагрузками, никакие современные технологии не помогут быть здоровым.

Под термином «часто болеющие дети» принято подразумевать детей, у которых частота острых заболеваний составляет 4 и более раз в год (Хроника ВОЗ, 1980). Известно, что на долю острых респираторных инфекций приходится до 90% всей инфекционной патологии; в свою очередь, до 85% от всех ОРЗ регистрируется именно

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айтжанова Г.Б. Состояние здоровья населения сельского района (на примере Илийского района Алматинской области): Сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 70-летию Петра П.П. -Алматы, 1998.-С.28-34.

у ЧБД. С одной стороны, респираторные инфекции, которые ребенок переносит в раннем возрасте, способствуют формированию иммунитета, с другой, при их частоте более 6 раз на протяжении года не происходит полного восстановления иммунитета. Часто болеющий ребенок нередко отстает от сверстников в физическом и общем развитии, что ведет к снижению его социальной адаптации в обществе. Помимо собственного негативного влияния на организм, ОРВИ способствуют формированию хронической патологии. Максимальная заболеваемость ОРЗ среди детей отмечается в возрасте от 6 месяцев до 6 лет и составляет от 4 до 6 заболеваний в год. Среди

школьников заболеваемость снижается до 2-5 случаев в год, а среди подростков - не превышает 2-4 заболеваний на протяжении года. Это всеобщая закономерность, обусловленная особенностями локальных и общих механизмов защиты в раннем и дошкольном возрасте, и она прослеживается у детей во всех странах мира независимо от экономического уровня их развития.

Отмечено, что среди ЧБД значительно чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречается и тяжелее протекает бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний. Было также отмечено, что ЧБД в подростковом возрасте склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже учатся.

Таким образом, ЧБД являются проблемой, имеющей не только медицинский, но и социально-экономический аспект, что требует комплексного подхода к ее решению в реализации лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий для ЧБД.

«Если хочешь быть здоров — закаляйся!» - это фраза знакома практически каждому из нас с самого раннего детства. К сожалению, очень немногие родители приобщают своих детей к закаливанию, хотя и заявляют, что хотят этого. Главное — внести процедуру закаливания в обязательный список ежедневных дел и проявить силу воли в выполнении взятых на себя обязательств, ведь начать закаливание для любого из нас нетрудно, сложно сделать этот процесс постоянным. Как же правильно начать закаливание? Что делать, чтобы закаливание было эффективным?

Начинаем закаливание с воздушных ванн. Начинать закаливание лучше летом. Летним утром легко встать пораньше и выйти на балкон или крылечко в купальнике (воздух будет свежим, но не холодным). Для начала достаточно постоять минуту-другую, после чего вернуться в теплое помещение. Обязательно практикуйте воздушные ванны каждый день, независимо от погоды. Постепенно время пребывания на свежем воздухе можно увеличивать, а к осени вы уже

привыкнете к утренней прохладе, и сезонное снижение температуры пройдет для ребенка не так заметно.

Вернувшись в помещение, сделайте хотя бы несколько физических упражнений для разогрева мышц (или полноценную утреннюю гимнастику), но если время ограничено, хватит и минимального набора упражнений.

Холодные обливания - основа закаливания. Холодные обливания — самый простой и при этом самый эффективный способ закаливания. Решив закалять ребенка, вы должны прийти к твердому мнению, что будете обливаться водой постоянно. Набрать ведро прохладной воды и смело окатить свое чадо в ванне или во дворе, потом сильно растереть полотенцем. Дело двух минут, а пользы на миллион.

Важный момент — начиная закаливание, не нужно устраивать шоковую терапию, используя самую холодную воду: летом берите воду из крана, а осенью и зимой набрать воды в ведро вечером, чтобы немного подогрелась. Можно начать частичные обливания, например ног по колено.

Закалять ребенка необходимо, но правильно. *И понимать под закаливанием следует не кратковременные дозированные воздействия солнцем, воздухом и водой, а принципиальную коррекцию образа жизни.* Начинать с решения глобальных вопросов: распорядок дня, интенсивность обучения, еда, сон, детская комната, одежда, спорт. Раз и навсегда определить некие правила, обязательные к исполнению - гулять в любую погоду и всячески поощрять двигательную активность, никогда не заставлять есть, свести до минимума контакты с бытовой химией, предоставить возможность одеваться самому (самому определять количество вещей). Если ребенок не вылезает из болезней, определиться с дополнительными учебными нагрузками (музыка, иностранные языки). *Лишние знания при дефиците здоровья не делают человека счастливым.* Привести в порядок детскую комнату, выкинуть накопители пыли, каждый день - влажная уборка. Не свежий воздух дозировать, а дозировать телевизор, дозировать уроки, дозировать шашки-шахматы и крестики-нолики. Дарить не игрушки и шоколадки, дарить свежий воздух - не из окна, а в лесу, цветы - не в вазе, а в поле, воду - в реке, а не из водопровода.

УДК 618.71:616.62-008.222

**ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ
АНАТОМИИ И ПАТОЛОГИЙ ТАЗОВОГО ДНА****Е.Р. ДАБЕРОВА**

ГККП «Родильный дом», г. Есик

Резюме

В статье рассматривается ультра звуковое исследование как средство оказывания существенной помощи в оценке состояния тазового дна и в определении тяжести анатомических нарушений и патологий тазового дна.

Түйіндеме

Мақалада ультра дыбыстық зерттеу шылыпшын түптің жай-күйін сараптауда және анатомиялық бұзылушылық пен патологияның анықталуында байыпты көмек көрсетіп, жәрдем беретін құрал ретінде қарастырылады.

Summary

In the article an of ultrasonic research considered as means of providing of substantial help in the estimation of state of pelvic bottom and in determination of weight of anatomic violations and pathologies of pelvic bottom.

Нарушения функции тазовых органов у женщин в современном мире имеют очень широкое распространение. M.D. Walters приводит сведения, согласно которым недержанием мочи страдают от 10 до 58% женщин в развитых экономически странах. По другим данным, в настоящее время 10-11% женского населения нуждаются в оперативной коррекции нарушений тазового дна. Одним из основных повреждающих факторов всеми исследователями считается родовой акт. Ассоциация между беременностью, родами и повреждением тазового дна хорошо известна также называют повреждение тазового дна в процессе родов как основную причину последующих урогинекологических нарушений.

Разные авторы утверждают, что роды через естественные родовые пути могут, кроме прямого повреждения мышц и соединительной ткани, вызвать денервацию тазового дна. По данным J.I. Schaffer и соавт., денервация приводила к нарушению сократительной способности мышц, ответа на электрическую стимуляцию, хлористый калий, карбахолин. Способность мускулатуры к адекватным сокращениям восстанавливалась к 21-му дню после родов. C.Y. Wai и соавт. считают, что повреждение парауретральной иннервации приводит не столько к нарушению функции поперечнополосатой мускулатуры и осязатому дефекту сокращаемости, сколько к заторможенности нервной релаксации гладкой мускулатуры

уретры и, следовательно, к формированию гиперактивного мочевого пузыря, ургентной инконтиненции.

J.P. Sartori и M. Sartori, а также P.K. Sand, сравнивая влияние способа родоразрешения на состояние мочевыводящих путей, показали, что пациентки, перенесшие кесарево сечение, имели лучшие функциональные показатели состояния промежности и тазового дна, чем женщины после применения акушерских щипцов и самопроизвольных родов. D.L. Meyers и соавт. считают, что недержание мочи у пациенток после наложения акушерских щипцов более вероятно по сравнению с женщинами, у которых имели место самопроизвольные роды или вакуум-экстракция плода. Мобильность шейки мочевого пузыря относительно симфиза, по данным P.J. Culligan, в группе самопроизвольных родов была наиболее высокой, а наименьшая - в группе пациенток после кесарева сечения. J.I. Schaffer и S.L. Bloom обнаружили, что длительные потуги во втором периоде родов вызывают повреждения тазового дна и детрузора, выражающиеся в снижении емкости мочевого пузыря, проявлениях стрессового недержания мочи и гиперактивного мочевого пузыря. E. Hadi и соавт., S. Meyer и соавт. считают, что самопроизвольные роды нарушают в основном функции анального сфинктера, тогда как функция уретрального сфинктера восстанавливается через 2 месяца послеродового периода. P.J.

Culligan и соавт. приводят данные о большей травматизации родовых путей матери при макросомии плод [1].

Существенную помощь в оценке состояния тазового дна, определении степени тяжести анатомических нарушений может оказать ультразвуковое исследование. Неинвазивность исследования позволяет проводить контроль в любые сроки послеродового периода [2].

Цель исследования - сравнение состояния тазового дна и течения репаративных процессов после различных способов родоразрешения.

В раннем послеродовом периоде тазовое дно не имеет четких анатомических ориентиров, за исключением анальных сфинктеров. Сухожильный центр промежности и медиальные края леваторов отчетливы, в случаях эпизио- или перинеоррафии визуализируются лигатуры независимо от примененного шовного материала. Это позволяет проследить ход лигатур относительно кишечной стенки и анальных сфинктеров. В 2 наблюдениях были выявлены гематомы в области швов размером от 0,5 см, в 2 - гематомы стенки влагалища, потребовавшие хирургической коррекции.

Отечность медиальных краев леваторов исчезает к 3-5-м суткам послеродового периода, повышенная гидрофильность тканей в области швов в виде гипоехогенности сохраняется при несложном течении до 3 нед послеоперационного периода. Гематомы небольшого размера (от 0,5 до 2 см) подвергаются организации и обратному развитию в течение 3 нед. Ни в одном случае при визуализации гематом до 2 см не было клинических проявлений нарушения репаративного процесса, признаков воспалительных осложнений, не отмечалось и несостоятельности швов.

В отдаленном послеродовом периоде из 25 пациенток после самопроизвольных родов 10 (40%) женщин были родоразрешены без рассечения промежности, 15 (60%) - с рассечением. Среди пациенток, перенесших эпизиотомию, рубец на промежности не удалось визуализировать в 6 (40%) случаях, рубец определялся в виде единичных гиперэхогенных включений, не нарушая анатомических взаимоотношений структур тазового дна, также в 6 (40%) наблюдениях, у 3 (20%) женщин определялась рубцовая деформация леваторов.

Рубцовые изменения промежности выявляются в виде асимметрии сухожильного центра промежности, асимметрии и нарушения контуров мышечных пучков, наличия гиперэхогенных (со-

единительнотканых) включений в структуре мышечной ткани. В 40% наблюдений наличие рубцов в области промежности не выявляется при клиническом осмотре, не приводит к нарушению анатомии и функции тазового дна. В 20% исследований деформация и соединительнотканые включения приводят к асимметрии мышечных пучков, к деформации и истончению леваторов, сопровождаются диастазом леваторов в области сухожильного центра, следовательно, являются основной причиной несостоятельности тазового дна. Следует отметить, что давность рубцовых нарушений не уменьшает диагностических возможностей эхографии [3,4].

21 пациентка была обследована после вакуум-экстракции плода, из них 6 (28,6%) женщин были родоразрешены без рассечения промежности, 15 (71,4%) - с рассечением. Среди пациенток, перенесших эпизиотомию, рубец на промежности не удалось визуализировать в 3 (20%) случаях, рубец определялся в виде единичных гиперэхогенных включений, не нарушая анатомических взаимоотношений структур тазового дна в 8 (53,3%) наблюдениях, у 4 (26,6%) женщин определялась рубцовая деформация леваторов.

В силу неинвазивности и нетравматичности проведение УЗИ возможно при любой степени повреждения структур промежности. Чем более выражены повреждения, тем сложнее для хирурга восстановление нормальных анатомических взаимоотношений и функциональной полноценности тазового дна. Клинический осмотр не во всех случаях позволяет оценить степень сохранности анальных сфинктеров, уровень их повреждения, наличие рубцовых изменений. Возможность обозначить степень нарушений и топографические взаимоотношения поврежденных структур позволяет дать четкие представления для дальнейшей хирургической коррекции. Отмечается прямая корреляция между степенью повреждений промежности и демонстративностью эхографической картины [3]. Из обследованных 14 пациенток после наложения акушерских щипцов, из них 9 с разрывом промежности 3-й степени. В 7 случаях рубцовая деформация промежности в виде асимметрии леваторов, гиперэхогенных включений в проекции анальных сфинктеров не приводила к функциональным нарушениям тазовых органов. В 2 случаях выявлены минимальные рубцовые изменения в области леваторов и анальных сфинктеров без клинических и функциональных нарушений. Особенностью глубоких

травм промежности является повреждение наружного (во всех случаях), частично внутреннего анальных сфинктеров, слизистой оболочки прямой кишки. Ультразвуковая картина в этих случаях индивидуальная, зависит от степени повреждения структур тазового дна и характеризуется отсутствием нормальных анатомических взаимоотношений, отсутствием сухожильного центра промежности, расхождением медиальных краев *m. bulbosavernosus* с нарушением геометрии контура (неровные, деформированные края, нечеткий контур), нарушением контура наружного и внутреннего анального сфинктера в верхней полуокружности, деформацией и нарушением целостности контура слизистой оболочки прямой кишки. Возможно определение размеров дефектов сфинктеров - наружного и внутреннего, положения волокон наружного сфинктера относительно *introitus vaginae*, наличия и величины дефектов слизистой оболочки кишки, наличия параректальных образований (гематом) травматического генеза [5,6].

Исследование в послеоперационном периоде не проводили ранее 5-7-х суток. При эхографии отмечались выраженная отечность тканей, отсутствие четких анатомических ориентиров, в том числе анальных сфинктеров, до 10-12-х суток после операции. В отдаленном послеоперационном периоде картина была различной и зависела от благоприятности клинического течения. При отсутствии осложнений эхограмма промежности соответствовала нормальным показателям с нечетко визуализируемыми рубцовыми изменениями, в том числе и сфинктеров. При осложненном течении в отдаленном периоде на промежности и сфинктерах отмечались грубые соединительнотканые включения, асимметрия мышечных пучков, уменьшение высоты сухожильного центра, деформация области интроитуса, диастаз леваторов, т.е. картина соответствовала несостоятельности тазового дна [7].

Таким образом, УЗИ расширяет возможности обследования пациенток с изменениями тазового дна различного генеза, дает возможность их документирования, позволяет объективизировать процесс обследования и лечения. Эхографическая картина тазового дна в разные сроки пуэрперия подтверждает высокую, но обратимую травматичность процесса родов для женской промежности. Благоприятное течение репаративных процессов во многом обусловлено анатомичностью восстановления поврежденных структур тазового дна.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Walters M.D. Pelvic floor disorders in women: an overview // *Rev Med Univ Navarra*. 2004, P. 178-189.
2. Barranger E., Fritel X., Pigne A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: long-term follow-up // *Am J Obstet Gynecol*. 2003, P. 311-324.
3. Moen M.D. Surgery for urogenital prolapse // *Rev Med Univ Navarra*. 2004, 145 p.
4. Hadi E., Groutz A., Gold R. Pregnancy, labor and delivery: the pelvic floor injury. 2004, P. 167-175.
5. Meyer S., Hohlfeld P., Achartari C., De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery // *Obstet Gynecol*. 2001, P. 213-217.
6. Roberts M. Clinical neuroanatomy of the abdomen and pelvis: implications for surgical treatment of prolapse // *Clin Obstet Gynecol*. 2005, P. 256-58.
7. Smith D.B. Female pelvic floor health: a developmental review // *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2004, P.137-140.

УДК 618.2:616.1-073.43

ОСМОТР СЕРДЦА ПЛОДА В ХОДЕ РУТИННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Р. ДАБЕРОВА

ГККП «Родильный дом», г. Есик

Резюме

В статье рассматриваются наиболее эффективные методы и распространенные ошибки при осмотре сердца плода в ходе рутинного ультразвукового исследования во втором триместре беременности. Автором предложены рекомендации для успешного осмотра сердца плода.

Түйіндеме

Мақалада жүктіліктің екінші триместрінде жасалатын дағдылы ультра-дыбыстық зерттеу кезіндегі ұрық жүрегін тексерудегі ең тиімді әдістер мен кенінен таралған қателіктер қарастырылған. Автор ұрық жүрегін сәтті тексеру жасауға біршама ұсыныстар беріп отыр.

Summary

In article are considered the most effective methods and widespread mistakes at survey of heart of a fetus during routine ultrasonic research in the second trimester of pregnancy. The author offered references for successful survey of heart of a fetus.

За последние 20 лет прогресс новых медицинских технологий привел к появлению и бурному развитию такой области медицины, как ультразвуковая пренатальная диагностика. Разработаны и постоянно совершенствуются алгоритмы осмотра различных органов и систем плода, определены оптимальные сроки беременности для проведения скрининговых ультразвуковых осмотров. Достигнуты значительные успехи в диагностике некоторых врожденных заболеваний (например, болезни Дауна), а эффективность пренатального выявления отдельных пороков развития (например, анэнцефалии, кистозной гигромы шеи) достигает 100%. Тем не менее эффективность выявления такой важной группы заболеваний, как врожденные пороки сердца, все еще оставляет желать лучшего.

Пороки сердца являются наиболее распространенным врожденным заболеванием плода и занимают более 50% в структуре детской смертности, связанной с врожденной и наследственной патологией. Несмотря на высокую разрешающую способность современной ультразвуковой аппаратуры, наличие цветового доплеровского картирования во всех современных аппаратах, частота выявления пороков сердца плода не превышает 40-45%. В определенной степени такие скромные показатели связаны с небольшими размерами и сложной анатомией исследуемого

объекта, а также с наличием динамических изменений, характерных для определенных пороков сердца плода, в связи с чем клиническая картина становится очевидной уже после 24 недели беременности. Однако в гораздо большем проценте случаев «пропуск» пороков сердца связан с нарушением методологии рутинного осмотра этого органа.

Основным сечением, рекомендованным для проведения рутинного осмотра сердца плода, является четырехкамерный срез. Получение данного сечения не представляет сложностей и возможно при любом положении плода в более чем 95% случаев при проведении исследования после 19 недели беременности. Однако существует ряд пороков, при которых четырехкамерный срез сердца остается неизменным, что делает недостаточным использование только этого среза для оценки сердца в ходе рутинного скринингового исследования плода. К порокам, при которых четырехкамерный срез сердца остается неизменным, относятся: тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий, общий артериальный ствол, двойной выход из правого желудочка, умеренный стеноз полулунных клапанов, аномалия дуги аорты, мелкие дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП). В связи с низкой информативностью использования только четырехкамерного среза в настоящее время рекомендуется

оценивать также срез через три сосуда и трахею, срез через выходные отделы левого желудочка («пятикамерный срез») и срез через выходные отделы правого желудочка.

При оценке любого из перечисленных сечений необходимо установить оптимальные настройки ультразвукового аппарата, чтобы добиться наилучшей визуализации исследуемого объекта.

Наиболее распространенной и грубой ошибкой является оценка сердца плода в общем акушерском режиме. Необходимо помнить, что сердце плода - это орган, который находится в постоянном движении, причем систола, диастола, движения клапанов происходят в 2 раза быстрее, чем в сердце взрослого человека. Чтобы получить более четкое ультразвуковое изображение движущегося органа, необходима высокая частота смены кадров. Частота смены кадров зависит от частоты датчика, которым производится осмотр, а также от угла развертки ультразвукового изображения. При использовании общего акушерского режима угол развертки изображения по умолчанию установлен на 60-65°, достигаемая при этом частота смены кадров является вполне достаточной для получения четкого изображения при осмотре большинства органов плода. Грудная клетка и сердце плода во II триместре беременности имеют небольшие размеры, для их визуализации вполне достаточно проводить сканирование при угле развертки изображения, равном 30°. При этом частота смены кадров увеличивается более чем в 2 раза

Достаточно часто врачи проводят осмотр сердца при субоптимальном его расположении, при этом часть исследуемого объекта не визуализируется в связи с наличием акустической тени от позвоночника, ребер или конечностей плода. Если осмотр сердца производится при наличии акустических теней от позвоночника, ребер или конечностей, то адекватная оценка предсердно-желудочкового соединения, межжелудочковой перегородки и кровотока в камерах сердца и магистральных сосудах значительно затруднена, что может приводить к «пропуску» порока сердца. Рекомендовано осуществлять осмотр сердца плода в таком его положении, чтобы верхушка сердца была направлена к датчику (на 11 и 13 ч). При исследовании сердца в положении верхушкой вниз осмотр области межжелудочковой перегородки, особенно ее мышечной части, затруднен, что увеличивает вероятность «пропуска» ее дефекта. Однако не обязательно дожидаться, чтобы плод

сам принял положение «лицом к пупку матери»; смещение датчика по животу пациентки без изменения плоскости сканирования приведет к получению искомого изображения. При этом движения не должны носить хаотический характер, а осуществляться строго в ту сторону, куда направлена верхушка сердца плода (т.е. если верхушка сердца плода направлена к правому боку пациентки, то датчик смещается туда же и наоборот).

После получения изображения сердца плода верхушкой к датчику необходимо увеличить изображение таким образом, чтобы поперечное сечение грудной клетки плода занимало большую часть экрана. Строгое следование этому требованию связано с тем, что размеры сердца плода во II триместре составляют около 2 см и исследование такого маленького объекта требует максимального увеличения. Недопустимо проводить осмотр сердца без увеличения, так как при этом невозможно четко оценить межжелудочковую перегородку и область предсердно-желудочкового соединения. Многие современные ультразвуковые аппараты имеют возможность увеличения изображения уже после нажатия кнопки «freeze» (функция «post-freeze zoom»). Использование этой функции при проведении осмотра сердца недопустимо, так как в основе получения такого изображения лежит использование эффекта цифрового увеличения, т.е. изображение создается путем анализа информации от соседних пикселей (точек) и генерации новых пикселей, несущих усредненную информацию. Таким образом, полученное изображение сердца, несмотря на достаточные размеры, не будет нести никакой дополнительной диагностической информации; более того, контуры сердца будут более размытыми и нечеткими по сравнению с тем же изображением сердца без его увеличения.

В связи с этим единственным правильным способом увеличения изображения сердца является использование функции аппаратного увеличения («high definition zoom»). Выбор зоны для увеличения производится в режиме реального времени, все дальнейшее исследование происходит в реальном времени. На экране монитора ультразвукового аппарата появляется увеличенное изображение исследуемого органа, а в нижней части экрана возникает дополнительное изображение всей области сканирования с выделением той ее части, которая подверглась увеличению.

Сердце плода - это орган, совершающий движения с частотой около 140-150 ударов в минуту. Таким образом, открытие и закрытие створок клапанов, сокращение и расслабление камер сердца происходят в интервал времени менее 1 с. Зрительный анализатор человека не способен адекватно оценить информацию, которая поступает к нему с такой быстротой. Именно поэтому оценка основных диагностических срезов должна проводиться не в одиночном изображении, а в нескольких сердечных циклах, полученных в одной кинопетле. При этом каждый кадр полученной кинопетли рассматривается с применением всех критериев оценки данного диагностического среза.

Рутинное скрининговое исследование сердца плода во II триместре беременности выполняется с использованием только В-режима. Однако следует отметить, что использование режима цветового доплеровского картирования существенно увеличивает информативность исследования сердца плода, во многих странах Западной Европы и США в настоящее время рекомендуется использовать цветовой Доплер при каждом осмотре сердца плода.

Для успешного осмотра сердца необходимо глубокое знание нормальной и патологической анатомии сердца плода и тех динамических изменений, которые имеют место при беременности. Тем не менее, строгое следование всем правилам настройки аппарата при каждом осмотре сердца плода существенно улучшает условия визуализации и способствует выявлению даже небольших отклонений от нормальной ультразвуковой картины этого органа.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Hoffman J.I.E., Christianson R. Congenital heart disease in a cohort of 19502 births with long-term follow-up // Am. J. Cardiol. 1978.
2. Tegnander E., Williams W., Johanses O.J. et al. Prenatal detection of heart defect in a non-selected population of 30, 149 fetuses - detection rates and outcome // Ultrasound Obstet. Gynecol. 2006.
3. Shultz S.M., Pretorius D.H., Budorick N.E. Fourchamber view of the fetal heart: demonstration related to menstrual age // J. Ultrasound Med. 1994.
4. Основные плоскости сканирования и дифференциально-диагностические критерии // Врожденные пороки сердца и главных артерий // Пренатальная эхография / Под ред. Медведева М.В. М.: Реал Тайм, 2009.

УДК 618.14:612.13:616.15-005:616-073.43

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Е.Р. ДАБЕРОВА

ГККП «Родильный дом», г. Есик

Резюме

В данной статье выявляются и рассматриваются физиологические изменения гемодинамики матки женщин репродуктивного возраста посредством проведения ультразвукового исследования органов малого таза.

Түйіндеме

Айтылмыш мақалада балиғаттық жастағы әйелдердің кіші жамбас мүшелеріне ультра-дыбыстық зерттеу жасау арқылы жатыр гемодинамикасының физиологиялық өзгерістері қарастырылған.

Summary

In this article the physiological changes of hemodynamics of uterus of women of reproductive age come to light and examined by means of realization of ultrasonic research of organs of small pelvis.

Цветовое картирование и спектральная доплерография в настоящее время стали рутинными методиками. Для оценки кровоснабжения матки и придатков используются такие показатели, как максимальная систолическая скорость, конечно-диастолическая скорость и угол независимые индексы периферического сопротивления (резистентности, пульсационный и систоло-диастолическое отношение). Современная ультразвуковая аппаратура позволяет полнее оценить гемодинамику внутренних половых органов женщины [1].

Обследовано 339 женщин, пациенток репродуктивного периода было 177 (52,2%), возраст их колебался от 20 до 43 лет (в среднем $30,3 \pm 5,6$ года). У всех обследованных отсутствовали в анамнезе хирургические вмешательства на внутренних половых органах и жалобы гинекологического характера.

Женщины репродуктивного возраста имели продолжительность менструального цикла 25-30 дней, длительность менструаций 3-5 дней, они были умеренными и безболезненными. Среди них I фаза цикла была у 102 (57,5%) человек: в ран-

ней пролиферативной - 49 (48,1%) пациенток, в поздней пролиферативной - 53 (51,9%). II фаза цикла отмечена у 75 (42,5%) человек: овуляторный цикл - у 54 (72,0%), ановуляторный - у 21 (28,0%). Средний возраст обследованных пациенток в различные дни менструального цикла представлен в табл. 1.

Ультразвуковое исследование проводили в комплекте мультисигнальных трансабдоминальных и трансвагинальных датчиков по общепринятой методике обследования органов малого таза у женщин. Исследование кровотока в матке начинали с обеих маточных артерий на уровне перешейка или в области трубных углов с соблюдением угла инсонации. После нахождения интересующего сосуда измеряли его внутренний диаметр.

Диаметр маточных артерий у женщин репродуктивного возраста до 10-го дня менструального цикла колебался с обеих сторон от 2 до 3 мм со средними значениями справа $2,5 \pm 0,5$ мм, слева $2,4 \pm 0,5$. После 10-го дня и до овуляции максимальный диаметр достигал 4 мм со средним значением справа $3,2 \pm 0,6$ мм, слева $3,1 \pm 0,6$ мм.

Таблица 1. Распределение пациенток репродуктивного возраста в зависимости от фазы менструального цикла

Фаза цикла	День цикла	Возраст пациенток, годы
Ранняя пролиферативная	$6,6 \pm 1,5$	30,3
Поздняя пролиферативная	$11,5 \pm 1,1$	28,3
II фаза овуляторного цикла	$21,0 \pm 4,6$	31,3
II фаза ановуляторного цикла	$20,1 \pm 4,2$	29,3

Таблица 2. Показатели средней скорости кровотока (V_{mean}) в маточных артериях (50-й процентиль, min и max)

Фаза цикла или длительность менопаузы	Маточная артерия	
	правая	левая
Ранняя пролиферативная	5,4 (1,5-23,0)	4,6 (0,6-17,5)
Ранняя пролиферативная	5,4 (1,5-23,0)	4,6 (0,6-17,5)
Поздняя пролиферативная	5,5 (1,6-13,0)	5,4 (2,2-14,0)
Овуляторный цикл	6,2 (1,5-18,7)	6,0 (1,8-17,8)
Ановуляторный цикл	6,5 (1,8-8,8)	6,1 (2,4-13,2)

В тех же пределах был диаметр во II фазу овуляторного цикла: справа $3,3 \pm 0,5$ мм и слева $3,2 \pm 0,4$ мм, а также ановуляторного цикла: справа $3,1 \pm 0,4$ мм и слева $3,0 \pm 0,4$ мм.

Максимальная и минимальная артериальная скорости в маточных артериях у женщин репродуктивного возраста зависели от дня менструального цикла. Минимальные значения отмечались в раннюю пролиферативную фазу цикла, максимально повышаясь к 17-19-му дню, после которых скорость снижалась. При сравнении скоростей во II фазе цикла со стороны овулирующего и неовулирующего яичника не выявлено достоверной разницы изменений как максимальной, так и минимальной скорости.

Наибольшие колебания значений IR и PI маточных артерий отмечались у женщин от 25 до 30 лет, а у пациенток старше 35 лет наблюдались монотонные показатели сосудистой резистентности в разные фазы цикла.

У женщин репродуктивного возраста процентное отношение сосудистых элементов крови в теле матки (VI) колебалось от 1,8 до 36,9%, значение индекса потока (FI) - от 26,4 до 39,4 и васкуляризации-поток-индекс (VFI) - от 0,2 до 17,3. Достоверное повышение ($p < 0,05$) VI отмечено от поздней пролиферативной к секреторной фазе овуляторного цикла, а VFI - в секреторной фазе, но по сравнению с ранней пролиферативной. Значения FI были монотонными и колебались в среднем от 30,0 до 33,2 (табл. 6, диаграмма 15). Отмечена следующая закономерность: чем выше значения VI и VFI, тем ниже у этих пациенток индекс резистентности в аркуатных и радиальных артериях.

Более выраженная динамика увеличения объемного кровотока отмечалась у женщин в возрасте 25-30 лет, у женщин старше 35 лет существенной разницы между фазами цикла не наблюдалось.

Индекс артериальной перфузии (ИАП) отражает количество поступающей в матку крови по обеим маточным артериям за 1 с на 1 см^3 миомет-

рия. Кровоснабжение матки зависело также от возраста женщины. Наибольшие показатели ИАП во все фазы менструального цикла отмечались в возрасте 26-30 лет, после 35-летнего возраста они резко снижались.

Менструальный цикл представляет собой сложную единую функционирующую систему циклической продукции гонадотропинов, эстрогенов, андрогенов и прогестиннов, индуцирующую активность аутокринных и паракринных медиаторов, других биологически активных веществ. Большое значение имеет состояние рецепторного аппарата яичников и эндометрия. Формирование пятиступенчатой кольцевой системы, состоящей из коры головного мозга, гипоталамуса, гипофиза, яичников (и других эндокринных желез), органов-мишеней, взаимозависимо определяет циклическую выработку определенных гормонов. Импульсная секреция гонадотропинов, имеющая различный характер в разные фазы цикла, обусловлена воздействием стероидов яичников посредством опиоидных пептидов. Столь сложная, многокомпонентная, взаимообусловленная система обратной связи осуществляется нейрогуморальным путем. В свою очередь гормоны, регулирующие репродуктивную функцию, влияют на тонус сосудистой стенки, вязкость крови, что отражается на гемодинамике внутренних половых органов. Параметры кровотока у здоровых пациенток в разные фазы менструального цикла непосредственно связаны не только с выработкой в определенном соотношении центральных и периферических половых гормонов, но и со всем нейроэндокринно-биохимическим комплексом женского организма [2].

Регулярный 28-дневный менструальный цикл имеют менее 50% здоровых женщин, у большинства он колеблется от 25 до 31 дня. Некоторая подвижность длительности регулярного менструального цикла в связи с циклическими изменениями абсолютного и относительного уровня гормонов предопределяет достаточно широкий диапазон показателей кровотока матки и придатков.

Технический уровень ультразвукового аппарата влияет на частоту регистрации терминальных ветвей маточных артерий. Так, на приборах среднего класса у здоровых женщин частота обнаружения аркуатных артерий составляет 100%, радиальных - 80%, базальных - 60%, при этом не определяются спиральные артерии [3]. Следует отметить, что при работе на приборах экспертного класса интраэндометриальные сосуды в раннюю пролиферативную фазу отсутствуют, но после 8-10-го дня цикла базальные артерии регистрируются в 65,7%, спиральные - в 29,4% случаев. Во II фазу цикла частота обнаружения мелких сосудов матки повышается: базальные - в 84,0%, спиральные - в 46,7%. Минимальные значения, составляющие 12-14 см/с, отмечены не только в раннюю пролиферативную фазу, но и во II фазу овуляторного цикла. Превышение скорости 50 см/с зафиксировано не только в период расцвета желтого тела, но и в I фазе цикла. Возможно, это связано с циркадными ритмами, влияние которых приводит к максимальным значениям скорости кровотока ранним утром с максимальным снижением в полдень и поздно вечером. Следует отметить, что на скорость кровотока существенное влияние оказывает угол инсонации, который не всегда удается соблюдать в связи с извитым ходом маточных артерий и их индивидуальным расположением, что приводит к погрешности скоростных показателей до 40%.

От ранней пролиферативной фазы к овуляции объемный кровоток в совокупности по двум артериям повышается более чем в 2 раза, в среднем с 22,2 до 47,5 мл/с. Весь период функционирования желтого тела этот показатель сохраняется на уровне около 50 мл/с и резко снижается к менструации. Абсолютное количество притекающей крови не полностью соответствует уровню перфузии, так как зависит от массы органа [4].

Гемодинамика матки у здоровых пациенток связана с их возрастом. Между 25 и 30 годами происходит максимальное кровенаполнение во все фазы цикла, и соответственно являются максимальными показатели ИАП. Более молодые женщины, а также в возрастной группе от 30 до 35 лет имели объемный кровоток и ИАП значительно меньше, чем 25-30-летние [5]. Выявленные закономерности могут быть причиной мень-

шего количества благополучного наступления и течения беременности у юных пациенток, а также у женщин старше 30 лет. После 35 лет перфузия матки существенно снижается, приближаясь по своим показателям к перименопаузальному периоду, что существенно осложняет реализацию генеративной функции и может явиться фоном для возникновения миомы матки [6,7].

Кроме количественных характеристик кровоснабжения, дают качественное описание васкуляризации внутренних половых органов и патологических образований в них. Используют такие понятия, как гипо-, гипер- и умеренная васкуляризация. Эти характеристики являются субъективными, зависящими в первую очередь от собственного опыта исследователя, а также от возраста пациентки, дня менструального цикла, качества и настроек прибора, глубины сканирования и т.д. [8].

Существенно облегчить применение показателей объемного кровотока и индекса артериальной перфузии при гинекологических исследованиях в повседневной практике могла бы разработка программного обеспечения в ультразвуковых аппаратах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Федорова Е.В., Липман А.Д. Применение цветового доплеровского картирования и доплерометрии в гинекологии. М.: Видар. 2002, С. 121-125.
2. Зыкин Б.И., Проскуракова О.В., Буланов М.Н. и др. Стандартизация ультразвукового исследования в гинекологии. II. Допплерографические нормативы артериального кровотока // Эхография. 2001 С. 56-58.
3. Буланов М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологической практике. CD. М.: Искра Медикал Корпорейшн, 2002, С. 367-372.
4. Ультразвуковая доплеровская диагностика сосудистых заболеваний. / Под ред. Никитина Ю.М., Труханова А.И. М.: Видар. 1998, С. 398-399.
5. Репродуктивная гинекология. В 2 томах. Том 1. Пер. с англ. / Под ред. Йена С.С.К., Джаффе Р.Б. М.: Медицина. 1998, С. 89-93.
6. Руководство по эндокринной гинекологии. 3-е изд., стер. / Под ред. Вихляевой Е.М. М.: Медицинское информационное агентство. 2002, 43 стр.
7. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. Гинекологическая эндокринология. М.: МЕД прессинформ. 2006, С. 255-257.
8. Кондриков Н.И. Патология матки. М.: Практическая медицина. 2008, 67 стр.

УДК 618.17:613.88-054.73

ПРОФИЛАКТИКА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-БЕЖЕНОК В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.А. КАДЫРАЛИЕВА

Национальное общество красного полумесяца РК, г. Алматы

Резюме

В статье дан анализ гинекологической работы среди беженцев и лиц, приравненных к беженцам Медицинского центра Общества Красного Полумесяца РК за 2009-2011 год, особенности гинекологических заболеваний, применение контрацептивов у беженок. Проведение санитарно-просветительской, консультационно-методической работы среди беженцев и формирование здорового образа жизни.

Түйіндеме

Мақалада 2009-2011 жылдарға ҚР Қызыл Жарты Ай қоғамының Медициналық орталықтың босқындарына жатын босқындар мен тұлғалар арасында гинекологиялық жұмысқа, гинекологиялық аурулар ерекшеліктерге, босқындарда контрацепцияны қолдануға талдау жасалған. босқындар арасында санитрайлық-ағартушылық, консультативтік-әдістемелік жұмыстар және салауатты өмір салтын қалыптастыру жүргізу.

Summary

The paper analyzes the gynecological work among refugees and persons treated as refugees Medical Center, the Red Crescent Society of Kazakhstan for 2009-2011 year, particularly gynecological diseases, the use of contraceptives in women refugees. Conducting health education, consulting and methodical work among refugees and the promotion of healthy lifestyles.

В соответствии с положениями Женевских конвенций от 1949 года и Указом Президента Республики Казахстан №720 Общество Красного Полумесяца Республики Казахстан является единственной в стране общественной гуманитарной организацией, оказывающей содействие правительству при вооруженных конфликтах и чрезвычайных ситуациях. Помимо этой основной мандатной функции Общество Красного Полумесяца Республики Казахстан осуществляет деятельность по поддержке государственного здравоохранения в сферах охраны материнства и детства, борьбы с туберкулезом, профилактики ВИЧ/СПИДа, обучения населения методам оказания первой помощи, распространяет знания о международном гуманитарном праве, обеспечивает розыск и воссоединение семей, оказывает медико-социальные услуги наиболее уязвимым слоям населения и другие.

Общество является составной частью Международного Движения Красного Креста и Красного Полумесяца, которое объединяет Международный Комитет Красного Креста, Международную Федерацию Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца и Национальные Общества Красного Креста и Красного Полумесяца 186 государств мира.

Ежедневно в мире множество людей по разным причинам меняет место жительства. Около ста миллионов человек проживают вне своей этнической родины — это иностранные студенты и рабочие, служащие международных компаний, экономические мигранты, жертвы экологических катастроф, беженцы, вынужденные переселенцы [1]. Эта цифра постоянно растет, и значительную ее часть составляют беженцы и вынужденные переселенцы, покинувшие родину в результате этнических, религиозных и военных конфликтов. В отличие от добровольной миграции в поисках улучшения жизненных условий, вынужденная миграция — один из видов перемещения людей, когда они, «спасаясь от угрозы для жизни и иных преследований, вынужденно покидают места своего постоянного жительства и ищут убежища на других территориях [1]. По последним данным УВКБ ООН в настоящее время в мире насчитывается около 10 миллионов беженцев.

В Центральной Азии распад СССР вызвал крупнейшие перемещения населения. Только в этом регионе около 4,2 миллиона человек перемещались с 1989 года внутри, или между пятью центрально-азиатскими республиками [2]. В нашем регионе Казахстан, благодаря своей уникаль-

ной политике национальной, религиозной терпимости, все чаще становится страной-убежищем для множества беженцев из соседних государств. В настоящее время помощь беженцам в центрально-азиатском регионе оказывается только в нашей республике.

Таким образом, миграционные проблемы в последние десятилетия становятся очень актуальными. Пациентами врачей разных специальностей все чаще становятся беженцы, оралманы или возвращенцы, «трудовые» мигранты из соседних республик, «экономические» мигранты из села в город и т.д.

Медицинский пункт ОКП РК был создан в 1996г. для оказания медицинской и медикаментозной помощи беженцам, официально прошедшим процедуру подтверждения статуса беженцев в государственных миграционных органах, и лицам, находящимся в ситуации сходной с ситуацией беженцев, имеющих соответствующие мандаты УВКБ ООН.

В настоящее время медпункт ОКП РК свернул свою деятельность, в связи с прекращением финансирования со стороны доноров- Управления Верховного Комиссара ООН по делам беженцев. Прием узких специалистов, лабораторно-диагностические обследования и необходимое лечение в амбулаторных условиях проводится в городской территориальной поликлинике «Городская поликлиника №6».с которыми мы заключили договор. Ежемесячно сдаются отчеты по движению больных, а также по расходованию медикаментов в НК ОКП РК и ежегодно- сводные статистические данные в Департамент здравоохранения г.Алматы и финансовым «донорам» данной программы.

1.3. Особенности гинекологических заболеваний у беженок

Главная особенность заболеваний у беженок – устойчивость к медикаментам и хронический характер - за выздоровлением следует новый рецидив.

Опыт пятилетней работы с данной категорией населения позволяет провести анализ по заболеваемости беженцев.

При анализе заболеваемости использованы данные об общем количестве зарегистрированных беженцев в департаменте по миграции и народонаселению г.Алматы, статистические материалы УВКБ ООН в г. Алматы и сведения, полученные в процессе работы с беженцами и зафиксированные в медицинской картотеке ОКП. Основные показатели заболеваемости беженцев, обратившихся в медпункт Общества Красного Полумесяца РК, высокие по сравнению с заболеваемостью местных жителей (по данным статистических материалов департамента здравоохранения г.Алматы) (таблица 2) [12, 13].

Как видно из таблицы 2 общая заболеваемость взрослого населения в г.Алматы выше в 1,7 раза, чем в целом по республике. Показатели общей заболеваемости среди беженцев в свою очередь превосходят городские данные в среднем на 15%.

Практически каждая беженка, обратившаяся в медпункт, имеет хронические заболевания. У больных беженок множество сопутствующих заболеваний, сочетание двух-трех патологий, у отдельных больных до шести-семи хронических заболеваний одновременно. Трудности с которыми мы сталкивались в каждодневной работе – это языковой барьер. При консультировании таких пациентов учитываются различные религиозные и этнические ценности, их культурное наследие. Проводится активная работа с лидерами общин.

За отчетный период было всего посещений- 3015, из них:

2009 г. – 1635, 2010 г. – 849, 2011 г. -531

Число впервые, обратившихся составляет:

2009г.-697, что составляет к общему числу посещений 43%

2010г.-580 (20%)

2011г.-412 (33.4%)

Таблица 2. Заболеваемость взрослых по классам болезней (на 10000 населения) по РК, г. Алматы и среди беженцев за 2010 г.

Классы болезней	РК	г. Алматы	Беженцы в г. Алматы
Болезни органов дыхания	157,9	316,1	443,4
Болезни системы кровообращения	112,4	242,2	387,3
Болезни органов пищеварения	81,2	151,0	351,8
Болезни мочеполовой системы	99,3	183,2	221,7
Эндокринные болезни	30,2	49,3	110,9
Другие болезни	454,9	673,7	332,5
Всего	926,1	1615,5	1847,6

Таблица 3. Структура заболеваемости беженок, обратившихся за 2009-2011 года

По заболеваниям	2009 год	2010 год	2011 год
Сальпингофориты	803	751	542
Эндометриты	15	37	23
Эндометриоз	29	53	30
Миома матки	34	25	65
Кисты яичников	42	29	43
ДМК	16	8	10
Эрозия шейки матки	89	112	327
Тубоовариальное образование	14	36	39
Бесплодие	18	29	24

Возрастной состав пациенток распределен следующим образом:

18-25 лет- 28%

26-35 лет- 54%

35-40 лет- 16%

Старше 40 лет-2%

Таким образом, большой процент обращений приходится на женщин репродуктивного возраста 26-35 лет, отмечается рост первичных посещений.

За отчетный период в медпункт обратились за помощью и лечением 3015 женщин.

Были оказаны следующий перечень услуг:

- обучение, информирование, консультации и услуги по вопросам планирования семьи,

- обучение и услуги по дородовому уходу, безопасным родам и послеродовому уходу, по грудному вскармливанию,

- обучение технике самообследования молочных желез,

- по охране здоровья матери и ребенка, профилактика и лечение бесплодия,

- профилактика абортот и борьба с их последствиями,

- лечение инфекций передающихся половым путем, а также другие заболевания репродуктивной системы,

- индивидуальный подбор контрацептивных средств и правильное его использование,

- неотложная контрацепция.

Среди основных причин гинекологических за-

болеваний у беженок ведущее место принадлежит инфекциям, передающимся половым путем. Идет тенденция роста этих инфекций: за последние 3 года в структуре инфекций доминируют хламидии, кандиды, гарднереллез, что связано со снижением иммунитета, частым бесконтрольным применением антибиотиков и изменением репродуктивного поведения беженцев-мужчин.

Быстрее всего инфекции, передающиеся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, распространяются там, где царят нищета, беспомощность и социальная нестабильность. Возникающий в ситуации с беженцами распад общественной и семейной жизни ведет к распаду устойчивых отношений и разрушению социальных норм, определяющих сексуальное поведение. В связи с этими положениями нами проводится огромная работа по гендерному насилию. Масштабы данной проблемы трудно оценить. О случаях сексуального насилия зачастую замалчивается. Причины, по которым женщины не обращаются за помощью, а именно: страх мести, стыд, бессилие, недостаток поддержки со стороны близких – становятся еще более ярко выраженными в ситуациях с беженцами. Сексуальное насилие, половая дискриминация, домашнее насилие влекут за собой острые физические, психологические и социальные последствия. Потерпевшим наносится психологическая травма: они испытывают деп-

Таблица 4. Оказание медицинской и психосоциальной помощи при гендерном насилии

Нозология	2009 г.	2010 г.	2011 г.
Хламидиоз	43	73	53
Кандидоз	79	56	86
Гарднереллез	32	40	55
Микоплазмоз	17	56	11
ВПГ	43	68	47
ЦМВ	4	32	43
Трихомониаз	125	87	61
Сифилис	3	8	
Гонорея	17	21	

рессию, страх, чувство вины, стыд, потерю самоуважения и т.д. В последствии они сталкиваются с проблемами нежелательной беременности, небезопасного аборта, инфекций, передающихся половым путем (включая ВИЧ), сексуальных расстройств, травмами половых путей, хронических инфекций, ведущих к воспалительным заболеваниям малого таза и бесплодию.

Применение контрацепции. Программы репродуктивного здоровья затрагивают очень личные стороны жизни, особенно беженцев, поэтому мы весьма осторожно подходили к вопросам религиозных, этнических ценностей и культурные основы общины беженцев. В данной ситуации важным фактором, влияющим на ожидания, осознание необходимости и потребности в планировании семьи, является ситуация в родной стране беженцев. Методы планирования семьи в стране, откуда пришли беженцы, отличаются от методов, используемых в стране, предоставившей убежище.

Большинство из методов планирования семьи используется женщинами. Женщины имеют право на конфиденциальность и сохранение тайны в отношении выбираемого метода. Однако в семьях решающее слово часто остается за мужчиной. Там, где это возможно, предоставляем мужчинам необходимую информацию, тем самым побуждаем их к занятию активной позиции в решении вопросов, связанных с планированием семьи.

Контрацептивные средства закупались при финансовой поддержке УВКБ ООН по программе «Медицинская помощь беженцам», и федеральная поддержка Департамента США.

Санитарно-просветительная работа среди беженцев. Формирование здорового образа жизни. Важное место в нашей работе занимает санитарно-просветительные мероприятия среди беженцев, пропаганда здорового образа жизни. Нами практикуется проведение лекции, бесед и семинаров для мигрантов. Тематика лекций направлена на актуальные проблемы, охватывающие широкий круг вопросов: анатомия человека, личная гигиена, методы контрацепции, ИППП, материнство, грудное вскармливание и уход за новорожденными, правильное питание при различных заболеваниях и др. Лекции проводятся с периодичностью 3 лекции в квартал. Беседа также охватывает широкий круг вопросов здорового образа жизни.

Общество КП РК, Общество Красного Полумесяца ОАЭ и Международная Федерация КК и КП предоставляют нам достаточное количество печатной продукции по вопросам СПИД и ВИЧ-

инфекции, полового воспитания, гендерного равноправия, профилактики туберкулеза, кишечных инфекций и т.д. Кроме того, фонд поддержки афганской диаспоры в Казахстане, центр правовой помощи этническим меньшинствам, выпускают газеты и журналы на родном языке беженцев (дари, чеченский, уйгурский), где мы обязательно помещаем статьи о медицинских проблемах беженцев и пропагандируем здоровый образ жизни.

Консультационно-методическая работа. Нами проводится консультационно-методическая работа и на международном уровне оказания помощи беженцам. Ежегодно проводятся сборы, съезды и семинары по различным аспектам оказания помощи вынужденным мигрантам в регионе Центральной Азии, Европы. Большой интерес вызывает наш опыт работы в данной области. Мы сотрудничаем с рядом международных организаций: Международный комитет по планированию семьи, Международное бюро по правам человека и др., активно участвуем в различных семинарах-тренингах в качестве докладчиков и консультантов.

Ежегодно на расширенном совещании УВКБ ООН нами предоставляются подробные отчеты о проделанной работе с ретроспективным анализом ситуации, и проводится обоснование планов на следующий год.

Выводы и рекомендации по организации и усовершенствованию модели лечебной работы с беженцами. Согласно «Правилам оказания медико-санитарной помощи иностранцам и лицам без гражданства, беженцам, постоянно проживающим или временно пребывающим на территории Республики Казахстан», утвержденным приказом №807 Агентства РК по делам здравоохранения от 15 января 2000 года, беженцы имеют право на получение гарантированного объема медицинской помощи. Прием мигрантов для оказания медицинских услуг сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется в ЛПУ на договорной основе. В нашем государстве до сих пор не разработан порядок социальной защиты беженцев со стороны государства ввиду отсутствия закона о беженцах. На фоне общего удорожания жизни в Казахстане становится все труднее решать острые социальные и медицинские проблемы беженцев. В то же время в нашу республику продолжают прибывать новые лица, ищущие убежища. Вновь прибывшие беженцы — это люди, длительно обходившиеся без медицинской помощи и требующие расширенного медицинского обследования и лечения.

Все это обуславливает актуальность программы материальной и медицинской поддержки беженцев. Необходимо продолжать работу по улучшению качества медицинского обслуживания беженцев на базе медицинского центра ОКП. Так проведенное выделение диспансерных групп больных по нозологиям, превентивное сезонное лечение пациентов, контроль правильного питания и режима дня позволило снизить процент госпитализации и осложнений основных заболеваний, а также снизило летальность в наблюдаемых группах больных.

Дальнейшее направление работы, предлагаемое нами – выделение групп риска среди подростков и молодых людей, проведение с ними санитарно-просветительской работы и мероприятий по первичной профилактике ряда заболеваний и состояний.

Выводы: Анализ гинекологической работы медицинского центра Общества Красного Полумесяца РК за 2009-2011 годов показывает неуклонный рост качества врачебной и медикаментозной помощи беженцам и лицам, приравненным к беженцам, и позволяет сделать следующие:

1. Активизировалась санитарно-просветительная работа среди отдельных возрастных групп вынужденных мигрантов.

2. Бесплатное обеспечение медикаментами беженцев приобрело плановый и адресный характер.

3. Проводится координирующая работа по оказанию медицинской и медикаментозной помощи беженцам по Республике Казахстан.

Для дальнейшего улучшения качества медицинской помощи беженцам в Казахстане рекомендуется:

1. Усиление санитарно-просветительной работы и пропаганды здорового образа жизни среди групп риска вынужденных мигрантов, молодых беженцев.

2. Проведение диспансерной работы с подростками, полная диспансеризация данной группы.

3. Задействовать другие программы по охране здоровья, действующие в Казахстане в работе с

беженцами – профилактика туберкулеза, ВИЧ-настороженность и др.

4. Установление рабочих отношений с местными территориальными органами здравоохранения.

5. Отслеживание соблюдения права на медицинскую помощь по всему Казахстану через областные/районные филиалы НОКП.

6. Оказание всей помощи, которая может потребоваться жертвам гендерного насилия (с партнерами УВКБ ООН или с др. организациями).

7. Регулярное отслеживание принимаемых постановлений Правительства РК и приказов МЗ РК

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Вынужденная миграция и права человека. М.: ИЭА РАН, 1998. -368 с.

2 Сборник документов касающихся беженцев и лиц, находящихся в ситуации, сходной с ситуацией беженцев в Республике Казахстан с анализом и сравнительным исследованием по странам Центральной Азии и СНГ, Алматы, 1998. – 478 с.

3. Здоровье населения города Алматы и итоги деятельности медицинских организаций за 2001-2003 гг. (статистические материалы). Алматы, 2004 – 84 с.

4. Конвенция и Протокол, касающиеся статуса беженцев.

5. Женевская конвенция от 12 августа 1949 года и дополнительные протоколы к ним. МККК 1997 г.

6. Сборник документов, касающихся беженцев и лиц, находящихся в ситуации, сходной с ситуацией беженцев в Республике Казахстан. Алматы 1998 г.

7. Некоторые вопросы гинекологической эндокринологии. А.М. Дошанова. Алматы, 1999 г.

8. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья. МЗ РК Республиканский научно - исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка.

9. И.С.Сидорова, И.Н.Черниенко « Внутриутробные инфекции; хламидиоз, микоплазмоз, герпес, цитомегаловирус», Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1998 г. -№ 3.

10. Я.В.Бохман «Руководство по онкогинекологии» Санкт-Петербург.2002 г.

11. В.П.Сметник, Л.Г.Тумилович «Руководство по неоперативной гинекологии» Санкт-Петербург.1995 г

12. Репродуктивное здоровье беженцев. Межведомственное практическое руководство. 1999 г.

УДК 616-053.2-08

**ВЛИЯНИЕ ИНТЕГРИРОВАННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА
НА КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОТ 0 ДО 5 ЛЕТ****А.К. КУРМАНОВА**

Городская поликлиника № 6, г. Тараз

Резюме

В статье говорится о роли ИВБДВ в повышении качества оказания медицинской помощи от 0 до 5 лет в условиях ПМСП.

Түйіндеме

Мақалада балалық шақта болатын аурулардың біріктіріп жүргізуі және 0 мен 5 жас аралығындағы балаларға дәрігерлік жәрдем көрсетудің сапасын жоғарлату рөлі туралы айтылған.

Summary

The article talks about the role of «Integrated Management of Childhood Illness» to improve the quality of medical care from 0 to 5 years in a policlinic.

В середине 1990-х годов Всемирной организацией здравоохранения в сотрудничестве с Детским фондом ООН ЮНИСЕФ и многими другими организациями, была разработана стратегия, названная «Integrated Management of Childhood Illness» — «Интегрированное ведение болезней детского возраста» (ИВБДВ), ее приоритетное направление — ведение болезней детского возраста как современная стратегия первичной медико-санитарной помощи детям.

Клинические руководства ИВБДВ разработаны для детей в возрасте младше 5 лет — это возрастная группа, подверженная наибольшему риску смертельного исхода вследствие наиболее распространенных детских болезней. Ежегодно в мире умирает около 11 миллионов детей в возрасте до 5 лет, или 1200 детей каждый час. Статистические данные показывают: в странах с ограниченными ресурсами семь из десяти детей умирают от острых респираторных инфекций (в основном от пневмонии), диареи, кори, малярии или нарушений питания. Большинство из этих миллионов смертей можно достаточно просто избежать путем вакцинации, использованием антибиотиков, обеспечением населения безопасной водой и соблюдением других санитарно-гигиенических норм.

Несмотря на то, что основной причиной для разработки стратегии ИВБДВ была необходимость оказания больным клинической помощи, стратегия также уделяет внимание таким аспектам, как питание, иммунизация и другие важные

элементы профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни.

Целью стратегии ИВБДВ является снижение частоты и тяжести заболеваний, инвалидности и смертности, а также вклад в улучшение роста и развития детей.

Средством достижения поставленной цели является, в частности, основанный на фактах синдромный подход ИВБДВ. Ядром стратегии является интегрированное ведение болезней детского возраста с акцентом на наиболее распространенные причины смертельного исхода.

В целях снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста и исполнения приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 19 декабря 2008 г. № 656 «О внедрении метода интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста в Республике Казахстан» и приказа МЗ РК от 31.03.2011 г. № 164, согласно инструкции по оказанию медицинской помощи матерям и детям до 5 лет ПМСП -6 г. Тараз, проводить обучение медработников (врачей, средних медработников) в учебном центре ИВБДВ созданный на базе инфекционной больницы. В настоящее время удельный вес обученных медработников в нашей поликлинике по программе ИВБДВ составляет 92%.

Согласно ИВБДВ в нашей поликлинике анализ клинического состояния ребенка от 0 до 5 лет начинается с целевой оценки, включающей определение признаков опасности, затем проводит-

ся оценка основных клинических симптомов, обязательный анализ статуса питания, прививочного статуса и др. Таким образом, интегрированный подход к ведению больных детей позволяет правильно классифицировать и определить тактику ведения: нужна ли немедленная госпитализация, необходимо ли срочное оказание неотложной помощи или же возможна организация лечения на дому.

Как показывает опыт для достижения успешных результатов в снижении детской смертности недостаточно одного только обеспечения населения медицинской помощью, которую оказывает хорошо обученный персонал. Поскольку семьи несут ответственность за уход за своими детьми, эффективное внедрение ИВБДВ требует установления взаимоотношений сотрудничества между семьями и медицинскими работниками. С этой целью мед. работниками нашей поликлиники особое внимание уделяется консультированию по поддержке физического и психического здоровья и развития детей; профилактика заболеваний; правильное лечение на дому; обращение за адекватной помощью и др. При обучении лиц, ухаживающих за детьми, по вопросам ведения больных на дому, включая кормления, приема жидкостей, а также то, когда следует вернуться в медицинское учреждение медицинскими работниками нашей поликлиники используются три основных этапа обучения и эффективного консультирования: предоставление информации; наглядный пример; предоставление матери возможности попрактиковаться. Согласно ежеквартальному анкетированию прикрепленного населения ПМСП №6 знают о признаках опасности у детей от 0 до 5 лет от 92 до 96% обученных родителей.

Консультирование по проблемам кормления с исключительным грудным вскармливанием до 6 мес. значительно увеличило количество детей на грудном вскармливании по сравнению с прошлым годом от 88% до 92%.

Рутинное проведение оценки прививочного статуса ребенка с любым поводом обращения в поликлинику обеспечило эффективную вакцинацию от 96% до 98% по сравнению с 2011г.

Функционирование в часы работы поликлиники пункта оральной регидратации с консультированием по даче дополнительной жидкости и проведением оральной регидратации значительно снизило случаи госпитализации с ОКИ до

5 лет от 3,2 до 2,2% по сравнению с 2011г. Профилактика заболеваний, правильное лечение на дому, обращение за адекватной медицинской помощью (когда вернуться немедленно) и др. также снизило случаи госпитализации по ОРИ от 0,88% до 0,5%.

Эффективность внедрения ИВБДВ в ПМСП № 6 расценивалась следующими индикаторами:

1) Детская смертность до 5 лет, предотвратимая на уровне ПМСП (ОКИ, ОРИ) снижение от 1,8% (2011г) до 0% (2012 г).

2) Удельный вес обученных работников (врачей, средних медицинских работников) ПМСП по программе ИВБДВ увеличилось от 89% (2011 г) до 92% (2012 г).

3) Удельный вес из числа родителей детей до 5 лет, обученных признакам опасности в соответствии с принципами ИВБДВ - 87% (2011 г) - 96% (2012 г).

4) Удельный вес детей в возрасте 6 месяцев, получающих исключительно грудное вскармливание, за исключением детей отказных и детей, родившихся от ВИЧ – инфицированных матерей, матерей принимающих цитостатики - 89% (2011 г) - 92% (2012 г).

5) Удельный вес детей в возрасте 1 год, у которых закончена вакцинация в соответствии с Национальным календарем – 96% (2011 г) - 98% (2012 г).

Результаты анализа и мониторинга ИВБДВ ПМСП №6 доказывает, стратегия ИВБДВ способствует точному определению детских болезней в поликлиниках, обеспечивает надлежащее комбинированное лечение всех основных болезней, улучшает консультирование лиц, осуществляющих уход за детьми, и ускоряет направление тяжело больных детей к надлежащим специалистам. В домашних условиях она стимулирует обращение за надлежащей помощью, способствует улучшенному питанию и профилактике, а также правильному выполнению врачебных предписаний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Учебно-методическое пособие, клинические руководства ИВБДВ;
2. Приказ МЗ РК от 19 декабря 2008 г. № 656 «О внедрении метода интегрированного ведения болезней детского возраста и развития детей раннего возраста в Республике Казахстан» и приказ МЗ РК от 31.03.2011 г. № 164 «Инструкции по оказанию медицинской помощи матерям и детям до 5 лет».

УДК 615.349/35-089-059

АНТИБИОТИКИ, КАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ

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

Резюме

Лекарственная и медикаментозная аллергия — это вторичная повышенная специфическая иммунная реакция на лекарственные препараты и медикаменты.

Түйіндеме

Дәрілік және медикаментозды аллергия — бұл дәрілік препараттарға және медикаменттерге екіншілік жоғары спецификалық иммундық реакция.

Summary

The medicinal and Medication allergy is the secondary increased specific immune reaction to medicines and medicines.

Лекарственная и медикаментозная аллергия (МА, ЛА) — это вторичная повышенная специфическая иммунная реакция на лекарственные препараты и медикаменты, сопровождающаяся общими или местными клиническими проявлениями. Согласно научным исследованиям у госпитализированных больных в 15-30% случаев развиваются побочные реакции на лекарства. Летальные исходы встречаются в 1 из 10.000 аллергических реакций. Лекарства служат причиной смерти у 0,01% хирургических и у 0,1% терапевтических стационарных больных [1].

Псевдоаллергические реакции на лекарства клинически идентичны аллергическим — это неспецифические (без антител) повышенные реакции на препараты, т.е. в основе медикаментозной аллергии лежат только те реакции на лекарства, которые обусловлены реакциями антиген-антитело или антиген - сенсibilизированный лимфоцит.

Как показали многочисленные исследования основными причинами развития аллергии к лекарствам являются: наследственная, генетически обусловленная предрасположенность; наличие других видов аллергии (бактериальной, поллиноза, пищевой и др.); длительное применение больными (контакт у здоровых) лекарственных препаратов, особенно повторными курсами; применение депо-препаратов (например, бициллин); одновременное назначение большого числа лекар-

ственных препаратов из разных групп (полипрогмазия), продукты метаболизма которых могут усиливать аллергическое действия друг друга. Также в этиологии развития МА лежит физико-химическая структура и высокая сенсibilизирующая активность препарата. Факторами риска развития лекарственной аллергии являются: особенности структуры лекарства; повышенная или подавленная иммунологическая реактивность; аллергия на другие вещества; возраст до 50 лет, пол - женский; генетические факторы; HLA-фенотип; путь введения - парентеральный; конкурирующие медикаменты и отягощенный семейный и личностный анамнез по аллергии [2,3].

Среди ЛС, которые являются причинной аллергических реакций, чаще встречаются антибиотики (особенно пенициллинового ряда) — до 55%, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) — до 25%, сульфаниламиды — до 10%, местные анестетики — до 6%, йод и бромсодержащие препараты — до 4%, вакцины и сыворотки — до 1,5%, препараты, что влияют преимущественно на тканевые процессы (витамины, ферменты и другие средства, которые влияют на метаболизм), - до 8%, другие группы медикаментов — до 18%.

Наиболее часто аллергические реакции вызывают антибиотики. Вместе с тем любой лекарственный препарат, в том числе витамины, адаптогены, может стать причиной таких осложнений.

Известно, что антибиотики и другие ЛС не являются полноценными антигенами. Это гаптены, способные, соединяясь с белками организма, приобретать антигенные свойства. Причем гаптенами могут быть и продукты метаболизма лекарственных препаратов в организме. В сочетании с белками сыворотки крови, плазмы они приобретают антигенные свойства и воздействуют на иммунную систему, вызывая развитие сенсibilизации. Это выражается в продукции антител либо сенсibilизированных лимфоцитов, что зависит от характера регуляции иммунного ответа, т.е. от реакции иммунокомпетентных клеток на антиген (Т-лимфоциты отвечают на носитель (белок), В-лимфоциты - на гаптен), а так же от состояния регуляторных субпопуляций (Т-хелперов, Т-супрессоров). Основную же роль в регуляции ответа на антиген играют Т-хелперы (Th) 2 типов: Th 1-го типа (Th 1) ответственны за клеточные реакции, 2-го типа (Th 2)- за гуморальные. У Th 1 и Th 2 — антагонистический эффект; преобладание действия того или другого типа определяет направленность и интенсивность клеточного или гуморального характера сенсibilизации.

Состояние сенсibilизации может быть скрытым и проявляться лишь наличием сенсibilизированных клеток либо специфических антител. Сенсibilизация - это не болезнь, а состояние повышенной готовности ответить аллергической реакцией на повторное введение препарата (аллергена). Характер и интенсивность реакции определяют клиническими проявлениями аллергоза. Патогенетическая роль аллергических реакций неоднозначна и зависит от степени их выраженности и локализации. По своей сути эти реакции направлены на связывание, нейтрализацию аллергенов и выведение их из организма. Умеренно выраженные реакции вызывают незначительные изменения в тканях, интенсивные же могут привести к серьезным тканевым повреждениям, обуславливающим клиническую симптоматику аллергозов. В основе аллергической реакции лежат иммунологические механизмы. Кроме того, любое лекарственное средство проходит ряд многочисленных превращений, метаболизируются и только определенный метаболит является конечным. Это определенной мерой поясняет сложность идентификации медикаментозных аллергенов.

По мнению Р. М. Хаитова (2003), если вследствие биотрансформации ЛС образуется вещество, которое способно соединиться с белками плазмы или другой молекулой - носителем, то при

этом образуется предпосылка для сенсibilизации. Такие метаболические изменения являются более значимыми для развития МА, чем первичная структура ЛС. Сенсibilизирующие свойства могут иметь те препараты или их метаболиты, что своими боковыми цепями способны вступать в химическую реакцию с белками. С макромолекулой может связываться большое количество гаптенных групп. В таких случаях иммунная система реагирует на комплекс, что образовался и стал чужеродным развитием аллергической реакции. В случаях, когда лекарство образует слабые связи с белками, а иммунные комплексы, что образовались, разрушаются при обработке аллергена в макрофаге — сенсibilизация не возникает.

В образовании полноценного антигена важную роль играют как сами лекарственные, так и белковые молекулы. Для первых особенно существенно наличие amino-, нитро-, азо- и карбаминогрупп, способных взаимодействовать с карбоксильными, сульфгидрильными радикалами белков, для вторых — присутствие аминокгрупп и остатков имидазола, реагирующих с гидроксиминовыми, карбоксильными и гидроксильными группировками гаптенных.

Наравне с реакционностью гаптена имеет значение и способность белков организма к конъюгации. Такая способность наиболее характерна белкам-экссудатам при воспалительных реакциях [4,5].

Таким образом, природа МА сложна и многогранна. Для профилактики МА следует помнить о важности проведения оценки возможного соотношения пользы и риска от приема того или иного препарата, учитывать все критерии эффективности и безопасности их применения, сокращать до рационального минимума число медикаментов применяемых больным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клиническая аллергология: Руковод. для практ. врачей // Под ред. Р.М. Хаитова. — М.: Медпресс-информ, 2002.- 623 с.
2. Викторов А.П.// Контроль за безопасностью лекарств при их медицинском применении //Провизор - 2007,-№24.- с. 134-139.
3. Новиков Д.К., Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Лекарственная аллергия. - М.: Национальная академия микологии, 2001.- 330с.
4. Кочергин Н. Г., Иванов О.Л. Кожный синдром лекарственной болезни// Терапевтический архив. — 2005 - №1 — с. 80-81.
5. Кузык Р. В., Зузук Б. М., Куровец Л. М. Лекарственные растения и перспективы антиаллергической терапии // Провизор.— 1998 — № 8.— С. 37—43.

УДК 616–056.3

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИЧИН РАСПРОСТРАНЕННОСТИ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ В КАЗАХСТАНЕ****С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ, Л.А. СОКОЛОВА**Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
ГКП на ПХВ Илиийская центральная районная больница, Алматинская область**Резюме**

В настоящее время высокая распространенность аллергических заболеваний, как среди детского, так и взрослого населения республики позволила отнести данную патологию к «глобальной проблеме современности».

Түйіндеме

Бүгінгі таңда республикада аллергиялық аурулардың балалар мен ересектер арасында жоғары таралуы осы ақаудың заманауи жаһандық мәселеге жатқызылатындығын дәйектейді.

Summary

Now high prevalence of allergic diseases as among children's, and adult population of the republic allowed to carry this pathology to «a global problem of the present».

В настоящее время высокая распространенность аллергических заболеваний, как среди детского, так и взрослого населения республики позволила отнести данную патологию к «глобальной проблеме современности». Это связано с высоким уровнем их распространенности, непрекращающимся ростом, учащением тяжелых клинических проявлений, которые нередко становятся причиной ухудшения качества жизни, инвалидизации, а в ряде случаев и смертельных исходов у детей.

Бронхиальная астма (БА) занимает ведущие позиции в ряду аллергических заболеваний по значимости и распространенности в детском возрасте. Социальная значимость болезни, а также влияние характера её течения на состояние здоровья населения обусловили актуальность научного исследования. Согласно данным эпидемиологического исследования 5-10% детского населения и 5% взрослого страдают бронхиальной астмой [1].

Однако, официальные данные статистики, как правило, ниже реальных, также отмечается несоответствие между распределением больных по степени тяжести бронхиальной астмы. По данным официальной статистики среднетяжелая и тяжелая формы заболевания встречаются у детей значительно чаще, чем легкая, что существенно отличается от структуры распространенности, выявленной эпидемиологическими методами, где преобладает легкая форма бронхиальной астмы.

Как результат сложившейся ситуации, у значительной части детей с легким течением заболевания диагноз «бронхиальная астма» практически не устанавливается либо устанавливается с опозданием на несколько лет.

Недостаточно четко определены критерии ранней диагностики бронхиальной астмы, в случае ее дебюта в виде повторных обструктивных бронхитов и возникает необходимость её дифференцировки с рядом респираторных заболеваний, также протекающих с симптомами бронхиальной обструкции. Поэтому, именно ранняя диагностика БА у детей часто вызывает у практических врачей трудности и приводит к ошибкам: эпизоды свистящих хрипов и кашель - наиболее частые симптомы при различных заболеваниях органов дыхания у детей первых лет жизни. Частота ошибочных диагнозов при бронхиальной астме у детей колеблется от 5 до 20%. Практика показывает, что БА чаще диагностируется врачами-специалистами (аллергологи, пульмонологи), или врачами стационаров, прошедшими специализацию в области лечения и диагностики именно данной патологии у детей, а не педиатрами первичного звена. Поздняя диагностика БА сопряжена с нарастанием степени тяжести заболевания и расширением спектра сенсibilизации. Подобная ситуация ведет к поздней первичной диагностике заболевания, а значит, к несвоевременной начатой базисной терапии, прогрессированию болезни и инвалидизации пациентов.

В послании Президента Республики Казахстан «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г. указано, что главным в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по улучшению здоровья населения. В современной концепции развития здравоохранения приоритетным должно стать поэтапное выполнение комплекса мероприятий по раннему выявлению и лечению бронхиальной астмы, профилактики осложнений и развитию инвалидности [2,3].

В нашей республике распространенность аллергическими заболеваниями в детском возрасте составляет от 35% до 17% в зависимости от уровня загрязненности атмосферного воздуха.

Распространенность аллергических заболеваний детского возраста представлена на рисунке ниже.

Анализ официальных данных Агентства по статистике за последние три года показал рост случаев бронхиальной астмы у детей по республике, в Павлодарской области данный показатель характеризуется некоторым снижением, что подтверждает актуальность данной проблемы.

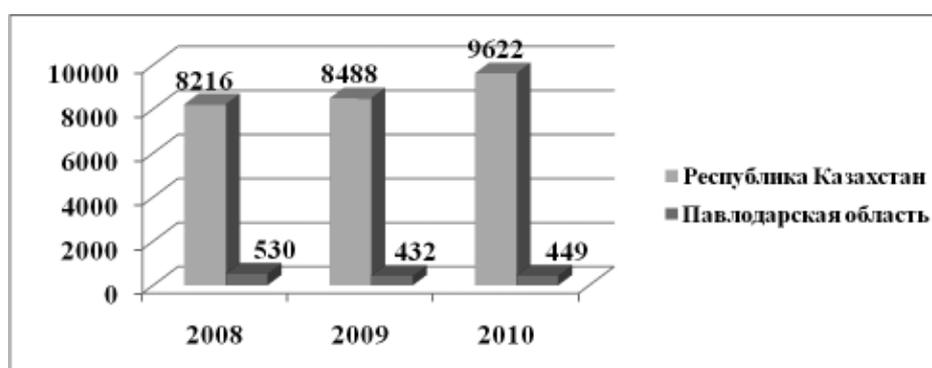


Рисунок 1. Численность всех детей в возрасте 0–14 лет с бронхиальной астмой за 2008–2010 гг.

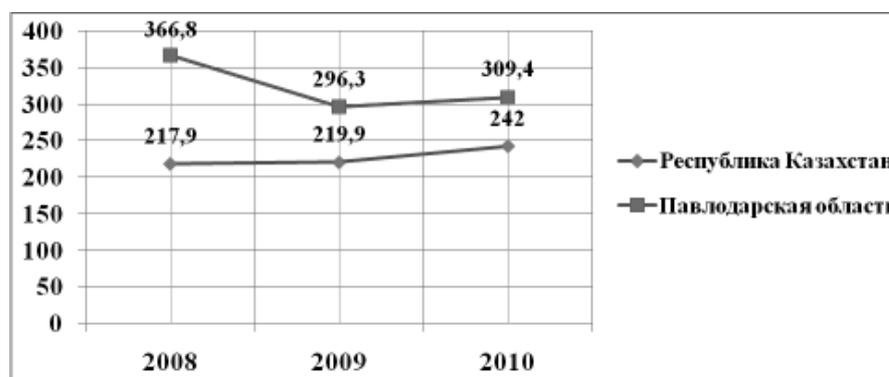


Рисунок 2. Распространенность бронхиальной астмы у детей в возрасте (0-14 лет) на 100 000 детей

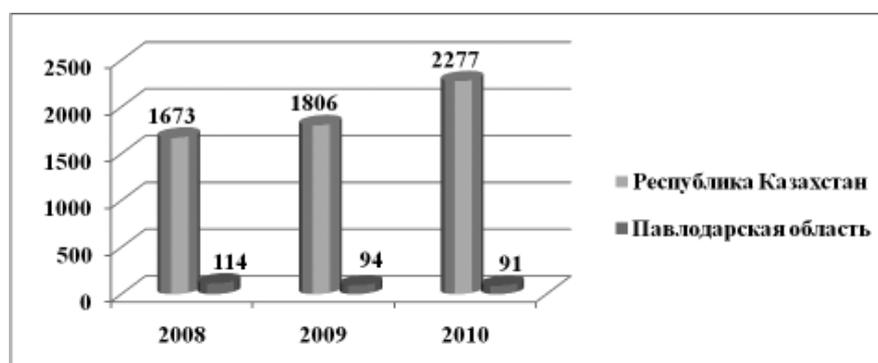


Рисунок 3. Число новых случаев бронхиальной астмы у детей в возрасте 0-14 лет, зарегистрированных в данном году.

Особенности Казахстана в большой протяженности территории, и как следствие, население проживает в разных климатогеографических, экологических и социально-экономических условиях, что и определяет в значительной степени уровень заболеваемости.

Следовательно, проблема ранней диагностики БА у детей остается весьма актуальной на сегодняшний день и требует как научного исследования, так и практических рекомендаций по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи.

Таким образом, основными причинами поздней диагностики БА у детей в амбулаторно-поликлиническом звене здравоохранения являются: недостаточная теоретическая подготовка участковых педиатров по современным лечебно-диагностическим подходам при этом заболевании,

объективные сложности постановки диагноза в периоде формирования болезни и недостаточная преемственность между участковой педиатрической службой и специалистами-пульмонологами и аллергологами. Улучшение качества медицинской помощи детям с БА может быть обеспечено при оптимизации своевременной первичной диагностики заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Геппе, Н.А. Антибиотикотерапия острых респираторных заболеваний у детей / Н.А. Геппе, Н.Г. Колосова // Педиатрия. Consilium medicum. 2005.-№2- С. 4-8.
3. Послание Президента народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г.
6. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная от 29 ноября 2010, № 1113.

УДК 616-056.3.1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ, Л.А. СОКОЛОВА

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
ГКП на ПХВ Илиийская центральная районная больница, Алматинская область

Резюме

Аллергический ринит представляет собой актуальную проблему современного здравоохранения.

Түйіндеме

Заманауи денсаулық сақтау жүйесінде аллергиялық ринит өзекті мәселелердің бірі болып отыр.

Summary

Allergic rhinitis represents an actual problem of modern health care.

Аллергический ринит - это заболевание слизистой оболочки полости носа, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением слизистых оболочек носовой полости и наличием ежедневно проявляющихся в течение часа и более хотя бы двух из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в носу.

В возникновении аллергического ринита лежат отягощенная наследственность; сенсibilизация; способствующие факторы (курение, ка-

чество воздуха в жилище, загрязнение воздуха, климатические факторы).

Основными этиологическими факторами аллергического ринита являются: пыльца растений, аллергены клещей домашней пыли (видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Dermatophagoides farinae*), эпидермальные аллергены (кошки, собаки, лошади и т.д.), реже - библиотечной пыли, плесневых грибов, тараканов; и профессиональный аллергический ринит, возникающий при постоянном контакте с разными

группами аллергенов, например с мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латексом и другими аллергенами (встречается у зоотехников, работников хлебозаводов, фармацевтов, медицинских работников и др.).

Для лечения рекомендуется применять ступенчатый подход с учетом формы и тяжести аллергического ринита: устранение контакта с аллергеном (если возможно); аллерген-специфическую иммунотерапию; фармакотерапию; обучение пациента [1].

В мире аллергическим ринитом страдают по крайней мере 10-25% населения. В США число больных аллергией превышает 40 млн. человек, из них 25-30 млн. страдают аллергическим ринитом. В Англии распространенность аллергического ринита составила 16%, в Дании - 19%, в Германии - от 13 до 17%.

Многочисленные эпидемиологические исследования показывают значительное увеличение числа лиц, страдающих аллергическим ринитом. При оценке социально-экономического значения болезни необходимо учитывать ассоциации ал-

лергического ринита с другими заболеваниями, в том числе бронхиальной астмой, синуситами, средним отитом, полипозом носа, инфекциями дыхательных путей. Следовательно, знание алгоритмов диагностики и лечения аллергического ринита является необходимым как для специалистов, так и для врачей общей практики.

Анализ официальных данных по статистике заболеваемости аллергическим ринитом в Казахстане за последние три года также свидетельствует о распространенности данной патологии.

Данные Агентства по статистике РК показали распространенность данной патологии как в целом по республике, так и по отдельным ее областям, что свидетельствует об актуальности данной проблемы для современного здравоохранения.

Особенностями современного распространения и клинического течения аллергического ринита являются ежегодный рост заболеваемости; пик заболеваемости приходится на возраст от 18 до 24 лет; наиболее высокая распространенность аллергического ринита в экологически неблагоп-

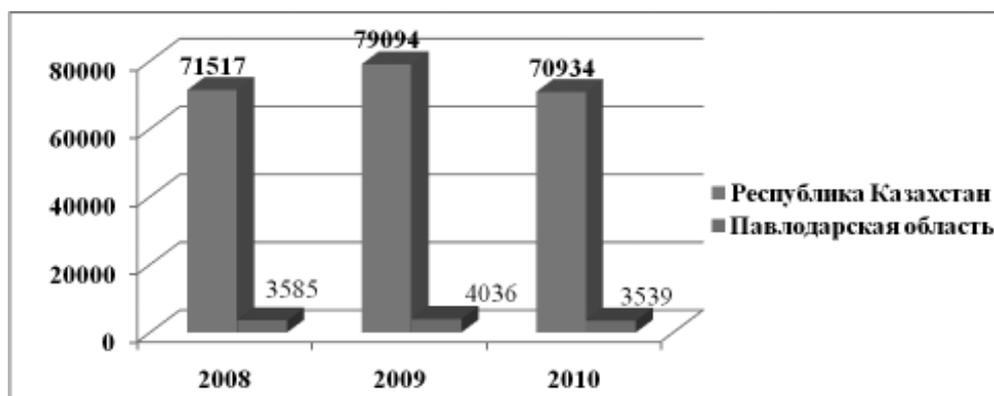


Рисунок 1. Численность всех случаев аллергических ринитов за 2008-2010гг.

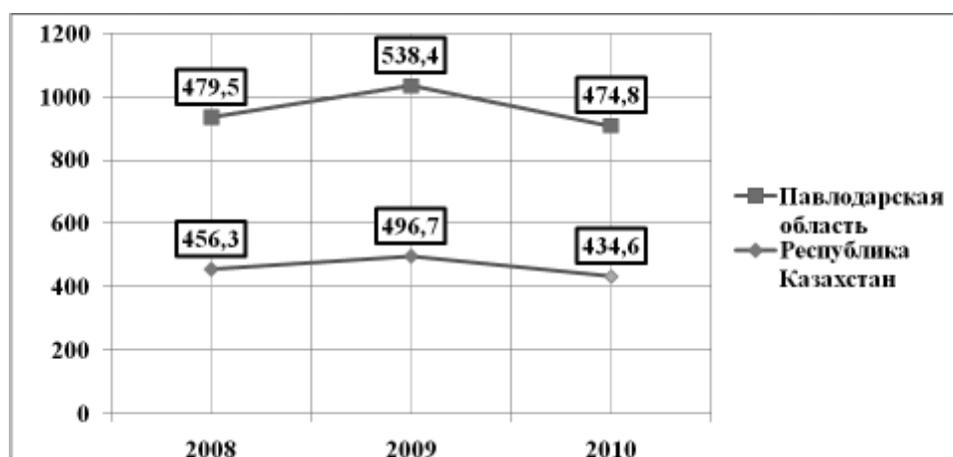


Рисунок 2. Распространенность аллергических ринитов на 100 000 населения

риятных регионах с воздействием факторов химической и радиационной природы.

Таким образом, аллергический ринит составляет в структуре аллергопатологии более 50%. Постоянная заложенность носа и другие симптомы ринита, ежедневно беспокоящие пациентов, способствуют их невротизации, снижению физической, профессиональной и социальной активности, вызывают нарушение сна, значительно ухудшая качество жизни пациентов.

Зачастую для устранения симптомов ринита пациенты ежедневно принимают лекарственные препараты, дающие ряд побочных эффектов.

В борьбе с аллергическим ринитом выделяют первичную и вторичную профилактику. Первичная профилактика включает в себя: соблюдение будущей матерью рациональной диеты; устранение профессиональных вредностей с первого месяца беременности; прием лекарственных средств только по строгим показаниям; прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего ранней сенсибилизации ребенка, повышение восприимчивости ребенка к вирусным инфекциям; профилактику и лечение персистирующей инфекции у матери как фактора, влияющего на процесс активации Th2-лим-

фоцитов плода.

Кроме того, одним из важнейших направлений профилактики являются образовательные программы, которые могут проводиться среди подростков-школьников, студентов, беременных женщин из семей с повышенным риском развития аллергических заболеваний. Вторичная профилактика включает в себя: устранение контакта с аллергенами (элиминацию); борьбу с неблагоприятными факторами внешней среды; медикаментозное лечение; специфическую иммунотерапию; образовательные программы.

Таким образом, по степени распространенности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема аллергического ринита может считаться одной из самых актуальных. Данная проблема требует не только активизации деятельности медицинских организаций, но и проведения санпросвет работы с населением.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Курбачева О.М., Ильина Н.И. Лечение аллергического ринита: когда, как и зачем? Росс. Аллергологический Журнал, 2006, № 2, С. 71-80.

УДК 616-056.3

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРИЧИН РАСПРОСТРАНЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ АЛЛЕРГИИ

С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ

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

Резюме

Актуальность проблемы возникновения медикаментозной аллергии для здравоохранения, и ее опасность для общества и требует радикального изменения во взглядах медицинских работников на эту проблему.

Түйіндеме

Денсаулық сақтау үшін медикаментозды аллергияның пайда болу мәселесінің өзектілігі және қоғам үшін қауіптілігі, осы мәселеге қатысты медициналық қызметкерлердің көзқарастарының түбегейлі өзгеруін талап етеді.

Summary

The urgency of a problem of emergence of a medicamentous allergy for health care, and its danger to society also demands radical change in views of medical workers on this problem.

На современном этапе проблема побочного действия медикаментов приобретает все большее актуальное медико-социальное значение в связи с растущим потоком новых лекарственных средств (ЛС) и увеличением количества осложнений в процессе лечения. По материалам ВОЗ, из 1000 больных, госпитализированных в стационар, 50 направляются на лечение в связи с медикаментозными осложнениями. У лиц, которые лечатся амбулаторно, число осложнений от фармакотерапии составляет 2-3%, а у тяжелобольных - от 25 до 35%. При этом летальность от побочных реакций занимает 5 место в мире после сердечнососудистых заболеваний, заболеваний легких, онкологических болезней, травм [1,2].

Среди всех побочных эффектов медикаментозной терапии около 25% составляют аллергические реакции. Развитию повышенной чувствительности к медикаментам способствуют: увеличение производства и потребления ЛС; бесконтрольное, «на всякий случай», назначение антибиотиков, химиопрепаратов, витаминов, адаптогенов, пищевых добавок и др.; самолечение - чему способствует не всегда обоснованная реклама лекарственных средств и применение полихимиотерапии.

В возникновении осложнений медикаментозного лечения значимым являются и такие факторы, как хроническое течение заболевания, частые рецидивы; состояние организма больного (возраст, сопутствующая патология, особенно аллергическая, вегетоэндокринные расстройства

и т.д.); отягощенная наследственность; характер терапии (интенсивный, прерывистый), ее длительность, режим приема препаратов, их сочетание, форма введения, дозировка.

Медикаментозная аллергия может встречаться в любом возрасте, но наиболее часто у пациентов от 20 до 50 лет и у женщин (65-75% случаев), чаще при наличии хронической патологии.

Среди ЛС, которые являются причинной аллергических реакций, чаще встречаются антибиотики - до 55%, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) - до 25%, сульфаниламиды - до 10%, местные анестетики - до 6%, йод и бромсодержащие препараты - до 4%, вакцины и сыворотки - до 1,5%, препараты, что влияют преимущественно на тканевые процессы (витамины, ферменты и другие средства, которые влияют на метаболизм), - до 8%, другие группы медикаментов - до 18%.

Все это указывает на актуальность проблемы возникновения МА для здравоохранения, и ее опасность для общества и требует радикального изменения во взглядах медицинских работников Казахстана на эту проблему. Необходимо, с одной стороны, максимально обезопасить население от МА, с другой стороны основываясь на том, что значительная часть случаев МА является непредвиденной, защитить медицинских работников от необоснованных обвинений.

Чаще всего наблюдаются реакции иммуноаллергической природы (например, анафилактический шок, синдром Стивенса-Джонсона), реже

встречаются М.А., не связанная с дозой ЛС, для которых характерна высокая летальность (составляют около 25 % от числа всех зарегистрированных). Встречаются при всех путях введения ЛС, при наличии чувствительности организма, возникают даже на очень малые дозы ЛС, после длительной терапии.

Случаи МА трудны для изучения и выявления, т. к. всегда четко определяется временной интервал между началом лечения и их развитием (синдром отмены, лекарственная зависимость, кумулятивные эффекты и эффекты подавления выработки гормонов, толерантность). Различают канцерогенные, мутагенные, тератогенные эффекты, дефекты репродуктивной системы и другие, которые могут возникать через месяцы или годы после лечения.

Различают 3 степени тяжести течения МА: легкая (зуд, крапивница) — симптомы исчезают через 3 дня после назначения антигистаминных ЛС; средняя (крапивница, отек Квинке, экзематозный дерматит, многоморфная эритема, лихорадка до 39 0С, поли- или моноартрит, токсико-аллергический миокардит) — симптомы исчезают через 4–5 дней, но требуют назначения противогистаминных препаратов, глюкокортикоидов в средних дозах 20–40 мг; тяжелая (анафилактический шок, эксфолиативный дерматит, синдром Лайела, присоединяются поражения внутренних органов, например, миокардит с расстройствами ритма, нефротический синдром) — все симптомы исчезают через 7–10 дней после сочетанного назначения антигистаминных препаратов, глюкокортикоидов, адреномиметических и других ЛС.

Кроме того, по течению различают острое, подострое, затяжное, хроническое. По исходам — выздоровление, возникновение осложнений, смерть [3,4].

В современном здравоохранении данная проблема имеет особую актуальность. Таким образом, определяя стратегию медикаментозного лечения необходимо в каждом конкретном случае оценить возможное соотношение пользы и риска от приема того или иного препарата, учитывая все критерии эффективности и безопасности их применения, сокращать до рационального минимума число медикаментов применяемых больным. Можно предвидеть значительную часть случаев МА и предотвратить ее. Тщательная оценка и подбор переносимого препарата — основа профилактики возможных осложнений МА. В каждом конкретном случае необходимо предварительная диагностика переносимости на основе лабораторных и провокационных тестов, а исходный подбор переносимых препаратов нужно проводить, учитывая их химическую структуру и наличие аналогичных функциональных группировок.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Викторов А.П.// Контроль за безопасностью лекарств при их медицинском применении //Провизор - 2007,-№ 24.- с. 134-139.
2. Догоспитальная помощь при острых аллергических заболеваниях: Метод. рекоменд. для врачей скорой мед. помощи, терапевтов, педиатров и аллергологов.// Неотложная терапия. — 2001.- № 2.- с. 17-33.
3. Новиков Д.К., Сергеев Ю.В., Новиков П.Д. Лекарственная аллергия. - М.: Национальная академия микологии, 2001.- 330 с.
4. Saczonek A., Zdrodowska-Stefanow E. // Wiadomosci lekarskie.-2005.- Т. LVIII, №5-6.- S. 324-330.

УДК 616.831-005.4-036.12-08:615.03

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Х.Т. КОСМУРАТОВА

Центральная городская больница, г. Туркестан

Резюме

В данной статье говорится об актуализации хронической цереброваскулярной недостаточности, об исследовании терапевтической эффективности и переносимости препарата «Танакан» в лечении больных с ХЦВН.

Түйіндеме

Осы мақалада созылмалы цереброваскулярлық жетіспеушіліктің өзектілігі, СЦВЖ бар ауруларды емдеуде «Танакан» дәрісіне төзімділігі және терапиялық тиімділігін зерттеу туралы айтылады.

Summary

This article talks about the actualization of chronic cerebrovascular disease, a study of therapeutic efficiency and tolerability of preparation «Tanakan» in the treatment of patients with

Chronic cerebrovascular insufficiency.

Наиболее актуальной проблемой здравоохранения на современном этапе является разработка мероприятий по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, занимающими одно из первых мест по распространенности и неблагоприятному исходу. Увеличение актуальности проблемы хронической цереброваскулярной патологии в последние годы связано с тем, что средний возраст населения в мире увеличивается. Наряду со «старением населения» росту заболеваемости цереброваскулярными заболеваниями и смертности от них способствует распространенность основных факторов риска этой патологии [1,2,3].

Хроническая цереброваскулярная недостаточность (ХЦВН), называемая еще и дисциркуляторной энцефалопатией, - это медленно прогрессирующая недостаточность кровоснабжения мозга, которая приводит к развитию множественных мелкоочаговых некрозов мозговой ткани и обуславливает постепенное нарастание нарушений функций головного мозга. Являясь, пожалуй, наиболее частым проявлением хронического заболевания нервной системы, дебютирует в основном на 5-6-м десятилетии жизни. На современном этапе отмечается омоложение данной патологии [4,5].

Терапевтические мероприятия у больных ХЦВН должны быть направлены на основной патологический процесс, улучшение церебральной гемодинамики и повышение функциональных возможностей мозга. Очень важно, в первую оче-

редь, адекватное лечение артериальной гипертензии и атеросклероза. Учитывая, что ключевая роль в ишемических нарушениях принадлежит активации тромبوцитарно-сосудистого звена гемостаза немаловажная роль в лечении ХЦВН и профилактике инсультов отводится антиагрегантным средствам. Улучшение перфузии мозга достигается, в первую очередь, восстановлением системной и церебральной гемодинамики (медикаментозным, хирургическим путями); улучшением реологических свойств крови, микроциркуляции; нормализацией венозного оттока. При лечении хронической цереброваскулярной патологии чрезвычайно важно не только улучшать кровоток в макрососудах, но и оптимизировать микроциркуляцию и улучшать метаболизм в мозговой ткани. Следует помнить, что активная антигипертензивная терапия у людей старческого возраста на фоне церебрального атеросклероза может привести не к улучшению, а к ухудшению симптоматики. Учитывая разнообразие патогенетических механизмов, лежащих в основе ХЦВН, предпочтение в лечении отдается препаратам комбинированного действия, что позволяет избежать полипрагмазии - явления, к сожалению, часто встречающегося в клинической практике [6,7].

Целью настоящего исследования явилось изучение терапевтической эффективности и переносимости препарата «Танакан» в лечении больных с ХЦВН. Обоснованием выбора данного препарата явилось то, что препарат «Танакан», обла-

дая суммарным полифункциональным действием, является стандартизированным и титрованным растительным препаратом европейского качества, обладающий уникальным органоспецифическим мультимодальным воздействием на головной мозг. Среди многих ценных качеств «Танакана» особо следует выделить повышение аэробного энергетического метаболизма мозга, улучшение усвоения кислорода и глюкозы, повышение синтеза АТФ и ускорение элиминации лактата. Препарат улучшает тонус церебральных сосудов, как артерий, вен, так и капилляров. Не менее важно и то, что препарат обладает способностью к нейропротекции. Это выражается в защите нейронов от повреждающего действия лактат-ацидоза, свободных радикалов и продуктов перекисного окисления липидов, в повышении выживаемости и предотвращении гибели нейронов, подвергшихся гипоксическому или ишемическому воздействию. Очень важной особенностью «Танакана», и это следует подчеркнуть, является его способность активации компенсаторно-восстановительных процессов в центральной нервной системе, путем повышения функциональной активности Н непораженных синапсов, активизация «дремлющих» нейронов и их соединений, образование новых синаптических связей, оптимизация обмена нейромедиаторов, путем регуляции высвобождения, поглощения и катаболизма норадреналина, допамина, серотонина, ацетилхолина и их способности связываться с мембранными рецепторами. Еще хочется отметить, что препарат препятствует агрегации эритроцитов, оказывая тормозящее влияние на фактор активации тромбоцитов, а также обладает противовоспалительным действием на церебральном и на периферическом уровне, что необходимо для реализации патогенетической терапии при ХЦВН [8].

Материал и методы исследования. В исследовании участвовало 50 пациентов (27 женщин и 23 мужчин), имеющих клинические и параклинические проявления ХЦВН. Возраст больных варьировал от 51 до 72 лет (в среднем $61,2 \pm 2,9$ года).

Критерии исключения: наличие установленных психических заболеваний; сопутствующая соматическая патология в стадии декомпенсации; наличие установленного онкологического заболевания.

Включенные в исследование пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией I и II степени, которые были разделены на две группы: основную (25 пациентов) и контрольную (25 больных).

Больные основной подгруппы получали «Танакан» в дозе 40-80 мг трехкратно, в течение 2-х месяцев. Пациентам, вошедшим в контрольную подгруппу, проводилось лечение парацетамом в соответствующих дозировках.

Всем пациентам в динамике проводилось неврологическое обследование, биохимические и коагулометрические показатели крови. Протокол обследования также включал электрокардиографию, электроэнцефалографию, компьютерную или магниторезонансную томографию головного мозга, нейропсихологическое обследование. Больные осматривались терапевтом, офтальмологом.

При проведении исследования пациенты продолжали получать гипотензивные, антиагрегантные препараты в индивидуально подобранных дозировках. Эффективность лечения оценивалась по данным неврологического осмотра, субъективной оценки пациентом своего самочувствия, нейропсихологических и нейрофизиологических методов исследования.

Клинический эффект оценивался по 5-балльной шкале: 0 - ухудшение, 1 - отсутствие улучшений, 2 - минимальное улучшение, 3 - умеренное улучшение, 4 - значительное улучшение, 5 - регресс большинства симптомов.

Субъективная оценка эффективности лечения проводилась с помощью шкалы общего клинического впечатления (-3 - значительное ухудшение, -2 - умеренное ухудшение, -1 - минимальное ухудшение, 0 - отсутствие изменений, 1 - минимальное улучшение, 2 - умеренное улучшение, 3 - значительное улучшение).

Результаты. Оценка динамики неврологических симптомов: значительный положительный эффект выявлен у 23 (92%) пациентов основной группы. Умеренный регресс неврологических симптомов отмечен у 16 (64%) пациентов контрольной группы. Существенная динамика отсутствовала у 8 (32%) пациентов контрольной группы. Среди неврологических нарушений, уменьшавшихся на фоне лечения, в первую очередь отмечался регресс выраженности статической и динамической атаксии, глазодвигательных нарушений, расстройств чувствительности.

Пациенты, использующие в комплексной терапии препарат «Танакан», отметили более значительное улучшение самочувствия по сравнению с контрольной группой. Данная тенденция наблюдалась уже на 14-й день терапии и сохранялась при обследовании по окончании курса лечения.

Как следует из представленных данных, на фоне курсового приема «Танакана» отмечалось улучшение когнитивных функций. Анализ динамики выполнения нейропсихологических тестов свидетельствует о значительном улучшении памяти и внимания у пациентов с ХЦВН основной группы.

За время исследования у пациентов, принимавших «Танакан», не было выявлено побочных реакций или осложнений.

Выводы. Актуальность проблемы хронической цереброваскулярной недостаточности не вызывает сомнений. Десятки миллионов лиц пожилого возраста имеют ХЦВН и требуют постоянного, не только внимания, но и лечения. «Танакан», обладая суммарным полифункциональным действием, является стандартизированным и титрованным растительным препаратом европейского качества, обладающим уникальным органоспецифическим мультимодальным воздействием на головной мозг и позволяет избежать полипрагмазии в терапии пациентов с ХЦВН.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. /Сосудистые заболевания головного мозга.- СПб.: Гиппократ, 1998.-160 с.
2. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения (дисциркуляторная энцефалопатия)/ А.С. Кадыков, Л.С. Манвелов Н.В. Шапаронова.- СПб: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 236 с.)
3. Ишемия головного мозга. /Е.И.Гусев, В.И. Скворцова.- М.: Медицина; 2002.- 400 с.
4. Весельский И.Ш., Саник А.В. (1991) Микроциркуляция, реологические свойства крови и их коррекция при ишемических нарушениях мозгового кровообращения. Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова, 91(11): С. 67-70.
5. Весельский И.Ш., Плюшко А.Д. (1995) Изменения микроциркуляторно-реологических свойств крови и их коррекция у больных атеросклеротической и инволюционной депрессией. Журн. невропатол. и психиатр, им. С.С. Корсакова, 95(5): С. 69-74.
6. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга /П.В. Волошин, В.И. Тайцлин.- 3-е изд., доп.- М.:МЕ Дпресс-информ, 2005.- 688 с.
7. Гусев Е.И. Лекарственные средства в неврологии. Практическое руководство /.- М.: «Нолидж», 1998.- 304 с.
8. Tailandier I., Ammar A. et al. Traitment des troubles du vieillissement cerebral par Г extrait de Ginkgo biloba. PresseMed., 1986, 15: 1583-7.

УДК 616.28.-08.002

ЦИПРОМЕД УШНЫЕ КАПЛИ В ТЕРАПИИ ОТИТОВ**К.К. БЕКМУХАМБЕТОВ**

Городская поликлиника № 19, г. Алматы

Резюме

В статье показана практика использования антибактериальных средств в распространении заболеваний среднего уха среди населения и эффективность применяемой терапии, а также внедрения в практику новых лекарственных препаратов, содержащие антибиотиков широкого спектра действия.

Түйіндеме

Мақалада халық арасында орта құлақ ауруының таралуында бактерияға қарсы дәрілерді қолдану тәжірибіесі және қолданылатын терапияның тиімділігі, сондай-ақ тәжірибеге әсердің кең әдісіндегі антибиотиктері бар жана дәрілік құралдарды енгізу көрсетілген.

Summary

The article describes the practice of using antibiotics in the spread of middle ear disease in the population and the effectiveness of the applied therapy, and introduction of new drugs that contain broad-spectrum antibiotics.

Несмотря на значительные успехи современной медицины, средний отит остается еще довольно распространенной патологией и представляет одну из основных причин развития нейросенсорной тугоухости и тяжелых внутричерепных осложнений, возникновения хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, внутричерепных осложнений с высокой летальностью. Распространенность его до настоящего времени остается высокой - 13,7-20,9 на 1000 населения [1].

Широкое распространение заболеваний среднего уха среди населения, тенденция к увеличению числа таких больных, недостаточная эффективность применяемой терапии обуславливает необходимость разработки и внедрения в практику новых лекарственных препаратов, имеющих широкий диапазон антимикробного действия.

Однако, как показывает практика, используемые сейчас в ЛОР практике антибактериальные средства не всегда оказываются эффективными по причине нечувствительности к микрофлоре, высеваемой из наружного и среднего уха, или резистентности данной микрофлоры к антибиотикам [2]. Вместе с тем, требования, предъявляемые к антимикробным средствам, являются их бактерицидное действие, широкий спектр действия, минимальная резистентность к ним микроорганизмов, низкая токсичность, хорошая переносимость, удобство использования и дозировки.

На фармакологическом рынке на сегодня имеется ряд антибактериальных средств в виде уш-

ных капель. Предлагаемые ушные капли предназначены для лечения совершенно разных патологических форм отитов. Согласно проведенным многочисленным исследованиям, местная антимикробная терапия обладает высокой клинической эффективностью при остром наружном отите (65-80% при 10-дневном курсе лечения) [1, 3]. Их эффективность связывается с возможностью воздействия непосредственно на очаг воспаления и оптимальной концентрацией лекарственного препарата. Кроме того, по данным отдельных исследований комбинация местного и системного антибиотика не более эффективна по сравнению только с местной терапией. Наиболее часто в данных каплях имеется комбинация аминогликозидного антибиотика с местным кортикостероидным препаратом [2,4]. Однако следует всегда помнить, что при назначении капель, содержащих аминогликозидные антибиотики, которые действуют ототоксически, вызывая гибель рецепторов слухового нерва, может развиваться антибиотиковая тугоухость. В настоящее время все больше в практике используются препараты, содержащие фторхинолоны, так как широкий спектр антимикробного действия и низкая резистентность к ним микроорганизмов обеспечивают их высокую клиническую эффективность.

Целью нашего исследования было изучение эффективности препарата Ципромед ушные капли при терапии наружных и средних отитов.

Материалы и методы.

Нами обследовано 30 пациентов с отитом. Из них 12 с острым наружным отитом, 11 с острым гнойным отитом, 7 с хроническим средним отитом.

Оценена тяжесть состояния пациентов по клинической картине и состоянию наружного слухового прохода, барабанной перепонки и слуховой трубы. Средний возраст пациентов составил $28 \pm 2,1$ лет.

10 пациентам было проведено бактериологическое исследование и анализ на чувствительность к высеянной микрофлоре различных антибиотиков.

Проводилось лечение ушными каплями Ципромед («Промед экспортс», Индия), которые вводили в наружный слуховой проход на турунде, вливали в ухо по 5 капель 3 раза в день, предварительно согрев флакон с медикаментом до температуры тела.

Ципромед – антибактериальный препарат из группы фторхинолонов, обладает широким спектром антибактериального действия, оказывает бактерицидный эффект. Препарат ингибирует фермент ДНК-гиразу бактерий, вследствие чего нарушается репликация ДНК и синтез клеточных белков бактерий. Ципрофлоксацин действует как на размножающиеся микроорганизмы, так и на находящиеся в стадии покоя.

Результаты и обсуждения.

Из 12 пациентов с наружным отитом у 4 пациентов наблюдалась ограниченная форма в виде фурункула наружного слухового прохода и у 8 пациентов отмечались катаральные воспалительные изменения наружного слухового прохода и барабанной перепонки, что расценивалось как диффузная форма наружного отита.

Ципромед ушные капли назначался в виде монотерапии. На фоне терапии улучшение состояния (купирование болевого синдрома, улучшение самочувствия пациента) отмечалось на второй день. Катаральные изменения (отечность и гиперемия слизистых) исчезли в среднем на 3 сутки. Высокая терапевтическая эффективность Ципромед при данной форме отитов была свя-

зана с широким антибактериальным спектром ципрофлоксацина, входящего в состав препарата, а также наличием безводной вязкой основы пропиленгликоля, который обладает дегидратирующим и согревающим эффектом, а также способствует длительному удержанию препарата в наружном слуховом проходе.

Из 11 пациентов со средним отитом 6 пациентов требовали проведения процедуры парацентеза, у двоих наблюдалась самостоятельная перфорация барабанной перепонки с отореей. Этим пациентам Ципромед вливался на турунде после предварительного туалета наружного слухового прохода. 7 пациентам дополнительно назначался парентерально антибиотик. Препарат Ципромед переносился в целом хорошо. Лишь двое пациентов отмечали некоторое жжение при действии препарата.

На фоне терапии оторрея купировалась в среднем на четвертые сутки и у пациентов, получавших местную монотерапию Ципромедом и у пациентов, получавших дополнительно антибактериальный препарат парентерально. Купирование воспалительных изменений и восстановление барабанной перепонки отмечалось на 6-7 сутки от начала терапии в обеих группах. Как и следовало ожидать, лучше и эффективнее препарат был у пациентов без перфорации барабанной перепонки.

Несколько менее эффективным препарат был в группе пациентов с хроническим мезотимпанитом. Ципромед ушные капли назначался этим пациентам в период рецидивов заболевания. Проводилась комбинированная терапия парентеральным антибиотиком, противогрибковым средством. У 5 из 7 пациентов на фоне терапии прекращение оторреи и улучшение состояния слизистой оболочки отмечалось на 6-7 сутки, у двоих больных купирования симптомов болезни не наблюдалось. Эти пациенты требовали стационарного лечения.

Бактериологический посев из наружного слухового прохода назначался пациентам с хроническим мезотимпанитом и острым гнойным отитом. Данные исследования приведены в таблице.

Однако бактериологические исследования требуют определенного времени, ждать 5-7 суток без

Таблица 1. Данные по бактериологическому посеву

Высеваемая микрофлора	Количество пациентов
<i>S. epidermidis</i>	3 (30%)
<i>S. aureus</i>	1 (10%)
<i>E. coli</i>	2 (20%)
<i>P. aeruginosae</i>	1 (10%)
<i>S. epidermidis</i> + <i>Candida albicans</i>	2 (20%)
<i>Candida albicans</i>	1 (10%)

назначения адекватной антибактериальной терапии не представляется возможным. Поэтому терапия назначалась, как правило, эмпирически. Так как ципрофлоксацин является антибиотиком широкого спектра действия, назначение его без результатов высевов оказалось оправданным. Это подтверждено нашими исследованиями. Вся высеваемая бактериальная микрофлора (исключая *Candida albicans*) оказалась чувствительной к ципрофлоксацину.

Выводы. Ципромед ушные капли, содержащий антибиотик широкого спектра действия ципрофлоксацин и безводную основу пропиленгликоль, показал высокую эффективность при всех формах отитов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 С.Я. Косяков, А.М. Ткачев. Место ципрофлоксацина в топической фармакотерапии отитов. // 2009 г.
- 2 Л. С. Страчунский. Спорные вопросы антибактериальной терапии среднего отита. / Мат. междунар. конф. «Антибактериальная терапия в педиатрической практике». М., 1999.- С. 32–35.
- 3 С.Т. Бестембеков, Д.А. Имяров. Применение ципромед при заболеваниях уха. Вестник АГИУВ, №3-4(11-12), 2010, с.61-62.
- 4 Г.Д. Тарасова, В.М. Зайцев. Ципромед в рациональной терапии среднего отита. // Рос. оторинолар., 2006.- № 2 (21).- С. 82-85.

УДК 616.927-08

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА

Г.У. АБДИРАИМОВА

ГККП Детская поликлиника № 3, г. Алматы

Резюме

В статье приводятся принципы лечения ОКИ в амбулаторных условиях в свете современных представлений патогенеза заболевания.

Түйіндеме

Мақалада ауру патогенезінің қазіргі заманғы берілу аясында амбулаториялық жағдайда ЖИИ емдеудің қағидаттары келтірілген.

Summary

The paper presents the principles of treatment of acute intestinal infections in the outpatient setting, in the light of modern concepts of the pathogenesis of the disease.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) в настоящее время занимают второе место в структуре инфекционной заболеваемости детей после острых респираторных инфекций. Уровень заболеваемости ОКИ у детей в 2,5-3 раза выше, чем у взрослых, при этом половина регистрируемых случаев ОКИ приходится на долю детей раннего возраста (до 3 лет).

В последние годы произошел пересмотр показаний к назначению антибиотиков и других антибактериальных препаратов при ОКИ-у детей. Причина этого состоит в том, что диарейный синдром могут вызвать около 40 анаэробными возбудителей, 5 видов

вирусов, при которых антибактериальная терапия неэффективна. Более того, в последние годы увеличилось количество антибиотико-резистентных бактерий, особенно к бета-лактамам — антибиотикам, которые наиболее широко используются при лечении кишечных инфекций.

Антибиотики угнетают рост нормальной микрофлоры кишечника, что обуславливает размножение бактерий, которые уже приобрели устойчивость к антибиотикам.

По рекомендации ВОЗ антибиотики назначаются при ОКИ лишь в случаях брюшного тифа, дизентерии, сальмонеллеза и пр.

Диарея и рвота при ОКИ — защитная реакция организма, направленная на ускорение выведения из него патогенных микроорганизмов и их токсинов, поэтому основной задачей является не устранение данных симптомов, а этиотропная и патогенетическая терапия. Снижение перистальтики кишечника при ОКИ может привести к ухудшению состояния больного, усилению токсикоза.

Профилактика обезвоживания, как одного из основных патогенетических факторов при ОКИ у детей, проводится с первых часов заболевания. Преимущество необходимо отдать оральной регидратации, которая не имеет противопоказаний. Даже многократная рвота не является препятствием для орального введения лекарств. Сейчас известны три поколения препаратов, предназначенных для оральной регидратации. Первое поколение содержит 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г соды, 1,5 г калия хлорида и 20 г глюкозы.

Представитель второго поколения препаратов — регидрон. Эта группа по своему составу находится ближе к электролитному составу испражнений, к тому же растворы хорошо сохраняются. В растворах, которые применяются для оральной регидратации концентрация глюкозы не должна превышать 2%, в противном случае возрастает осмолярность содержимого кишечника, которая будет больше, чем в крови, в результате чего увеличивается поступление жидкости из крови в кишечник.

Третьим поколением препаратов для оральной регидратации является ОРС, который содержит рисовую пудру, 8 витаминов, электролиты. Эффект препаратов для оральной регидратации первого и второго поколений можно усилить добавлением в каждые 100 мл раствора 20 мл рисового отвара. При проведении регидратационной терапии может развиться пастозность тканей, олигурия, сильное возбуждение ребенка, если в организм поступает излишнее количество натрия. С целью предотвращения указанных осложнений, особенно у детей при выраженном колите, целесообразно половину вводимой жидкости заменять фруктовым отваром (яблочным, изюмным, из кураги).

При лечении ОКИ у детей хороший эффект дают энтеросорбенты. Эти препараты характеризуются выраженным дезинтоксикационным действием. Они сорбируют на себе токсины, которые поступили в желудочно-кишечный тракт извне из крови. При легких и среднетяжелых формах ОКИ энтеросорбция может рассматриваться как альтернатива антибактериальной терапии. Последние 2 года в нашей практике мы

применяем микронизированный активированный уголь — Адсорбикс, который имеет более высокую, по сравнению с обычным углем адсорбционную способность и за счет микрочастиц обладает меньшим травмирующим действием на воспаленную слизистую кишечника.

Отдельно следует остановиться на препаратах, которые относятся к пробиотикам. Спектр действия указанных препаратов очень широкий. Они могут проявиться как антагонисты патогенных бактерий, которые вызывают ОКИ у детей, то есть использоваться, как способ этиотропной терапии, характеризуются мягко выраженным иммунокорригирующим эффектом, цитопротективным действием, восстановлением нормального биоценоза в кишечнике. Появление новых синбиотических препаратов позволяет справиться с этой задачей намного быстрее и эффективнее. Собственный опыт применения синбиотического препарата Ферталь показал его высокую эффективность у пациентов с ОКИ. Наличие в нем 5 видов пробиотических штаммов в сочетании с пребиотиком — экстрактом Алоэ Вера, который способствует более активному приживлению и размножению бактерий, характерных для биоценоза кишечника, а также витаминов группы В отличают его от препаратов подобного действия, повышая эффективность проводимой терапии. Немаловажно наличие 2 форм данного препарата, это позволяет применять его в различных возрастных группах, начиная с 2 месяцев и старше. Однократный прием препарата также удобен для наших пациентов.

Наряду с лечебными мероприятиями рациональное питание или диетотерапия является важнейшей частью лечения детей, переносящих ОКИ, так как при неадекватном питании возможно формирование длительной диареи, развитие гипотрофии, лактазной недостаточности и т.п. Основой диетотерапии является рациональный режим питания и коррекция диеты в зависимости от фазы заболевания. Доказано, что даже при тяжелых формах кишечных инфекций переваривающая и всасывающая функция кишечника сохраняется, а длительное нахождение ребенка без пищи (так называемые водно-чайные паузы, которые раньше широко практиковали в лечении кишечных инфекций), наоборот приводит к задержке восстановительных процессов в слизистой оболочке ЖКТ, способствуют развитию белково-калорийной недостаточности, снижению массы тела. Адекватный подбор питания способствует повышению общей сопротивляемости организма и благоприятному исходу ОКИ-у детей.

УДК 616.74-009:616.81-007.2

МИАСТЕНИЯ

Ж. ШАЙЗОДА КГП Поликлиника № 4,
М.Г. ЗИНКОВА, Э.В. КОТЕНЕВА Медицинский центр клиника «ASK MED,
С.С. КОЖАБЕКОВА ТОО «Медицинский центр Евразия», г. Павлодар

Резюме

В данной статье показаны результаты десяти больных наблюдавшихся в течение двух лет с диагнозом: миастения, генерализованная форма.

Түйіндеме

Осы мақалада екі жыл бойы миастения, басты түрі диагнозымен тексеріліп-қаралған ондаған аурудың қорытындылары көрсетілген.

Summary

This article shows the results of ten patients were followed for two years with a diagnosis of myasthenia gravis, generalizovanaya form.

МИАСТЕНИЯ — аутоиммунное заболевание, вызывающее нарушение нервно-мышечной передачи и проявляющееся слабостью и патологической утомляемостью скелетных (поперечнополосатых) мышц. Заболевание связано с образованием антител против ацетилхолиновых рецепторов, расположенных на постсинаптической мембране нервно-мышечного синапса. Частота заболевания миастенией составляет 0,5-6 на 100000 населения. Генерализованная миастения поражает в основном лиц молодого трудоспособного возраста (средний возраст больных у женщин-26 лет, у мужчин — 31 год), характеризуются прогрессирующим течением и часто завершается инвалидизацией. Актуальность данной проблемы обусловлена значительным увеличением частоты выявления больных с миастенией и объективным трудностей диагностики этого заболевания.

Миастения может возникнуть в любом возрасте, но пик заболеваемости приходится на 20—40 и 65 — 75 лет.

В течение двух лет наблюдались десять больных с диагнозом: Миастения, генерализованная форма. Средний возраст 30-70 лет. Из них 4 мужчин, 6 женщин. Инвалиды 1 группы- 2, 2 группы - 5, 3 группы - 2, умерших больных - 1. На фоне проводимых противорецидивных стационарных и амбулаторных лечений без стойких ремиссий, заболевание постепенно прогрессирующего характера инвалидизация нарастает.

В подавляющем большинстве случаев заболевание первично вовлекает глазные мышцы, по-

этому, вначале больные жалуются на опущение века и двоение. В течение последующих 1—2 лет у большинства больных происходит генерализация процесса с присоединением слабости мимических и бульбарных мышц, мышц шеи, конечностей и туловища. Феномен патологической мышечной утомляемости проявляется нарастанием симптоматики на фоне физической нагрузки (например, усилением дисфагии во время еды, а дисфонии — во время беседы). При неврологическом осмотре выявляется снижение силы, нарастающее при повторении движений. Для усиления птоза больному предлагается фиксировать взор, отведя вверх или попросить поднять руки вверх на 30 — 60 с. Для выявления слабости мышц гортани больного просят посчитать вслух до 100. Рефлексы обычно нормальные.

У больных с генерализованной миастенией иногда возникает быстрое ухудшение состояния с развитием дыхательной недостаточности, связанной со слабостью дыхательных мышц или бульбарной мускулатуры (миастенический криз). Криз может возникнуть на фоне инфекции или приема препаратов, нарушающих нервно-мышечную передачу. Развитию криза могут предшествовать выраженные колебания мышечной слабости, снижение массы тела, ограничение двигательной активности, нарастающая дизартрия, *одышка*.

Диагноз. Для подтверждения диагноза проводят прозериновую пробу с 2 мл 0,5% раствора прозерина, который вводят подкожно и наблюдают за эффектом в течение 40 мин. Пробу сле-

дует проводить лишь в том случае, когда выявляется слабость определенных мышц. Диагноз подтверждают также с помощью определения содержания антител к ацетилхолиновым рецепторам. У взрослых с подтвержденным диагнозом миастении показана компьютерная томография грудной клетки для исключения тимомы.

Лечение. Антихолинэстеразные средства тормозят распад ацетилхолина в синапсе и увеличивают мышечную силу. Чаще применяют пиридостигмин (калимин). При приеме внутрь его действие начинается через 10 — 30 мин, достигает пика через 2 ч, а затем в течение 2 ч постепенно ослабевает. Лечение начинают с 30 мг 3 раза в сутки, затем дозу повышают до 60-120 мг каждые 4 — 6 ч. Хотя пиридостигмин эффективен у большинства больных, но лишь у небольшой части из них симптомы регрессируют полностью.

Кортикостероиды назначают при недостаточной эффективности антихолинэстеразных средств. Они вызывают улучшение у 70 — 90% больных, но в первые 3 нед, особенно если лечение начато с высокой дозы, слабость мышц (в том числе бульбарных и дыхательных) может нарастать. При достижении стойкого эффекта приступают к медленному снижению дозы. В значительной части случаев больные вынуждены принимать поддерживающую дозу препарата на протяжении многих лет.

Таким образом, тимэктомия показана у молодых больных (до 60 лет) с генерализованной формой заболевания. При появлении признаков миастенического криза больной должен быть экстренно госпитализирован в отделение интенсивной терапии и находится под наблюдением лечащего врача.

УДК 616.831-005.1-08-039

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Ж. ШАЙЗОДА

Поликлиника № 4, г. Павлодар

Резюме

В статье показан анализ заболеваемости инсультом и проведение реабилитации больных после инсульта значительно помогающее ускорить выздоровление.

Түйіндеме

Мақалада инсульт ауруының анализі және инсульттан кейін аурудың барынша сауығыуына жылдамдатып көмектесетін налтууды жүргізу айтылған.

Summary

The paper shows the analysis of the incidence of stroke and rehabilitation of the patients after stroke significantly help speed up recovery.

Заболеваемость населения в Казахстане от болезней системы кровообращения за последние 10 лет выросла в 1,7 раза. Заболеваемость инсультом в структуре общей заболеваемости нервными болезнями составляет 52%, из них 29% трудоспособного возраста. Заболеваемость инсультом в различных регионах нашей страны составляет от 2,5 до 3,7 случаев на 1000 человек. Смертность взрослого населения по болезням системы кровообращения составляет 29,7%, из них от церебральных

инсультов 21,5%. Смертность от инсульта в различных регионах Казахстана составляет 1,08 случаев на 1000 человек в год. Среди умерших, доля цереброваскулярных заболеваний составила 26%, из них 47,3% лица трудоспособного возраста. В структуре цереброваскулярной патологии инсульт занимает ведущее место как причина смертности и первичной инвалидизации, что позволяет рассматривать данную проблему как имеющую важное медико-социальное значение.

Инсульт представляет собой острое нарушение мозгового кровообращения вследствие инфаркта мозга, кровоизлияния в мозг, разрыва артериальной аневризмы или черепно-мозговой травмы (субарахноидальное кровоизлияние). Различают два вида инсульта:

- ишемический;
- геморрагический.

Последствия инсульта

Основные последствия инсульта - это двигательные расстройства (параличи, парезы). Как правило, односторонние (гемиплегия), нарушение речи, ухудшение памяти, одностороннее или двустороннее снижение зрения, снижение умственной активности, личностные изменения.

В результате лечения последствий инсульта

1. Улучшается двигательная активность.
2. Улучшается речь, память.
3. Повышается умственная активность.
4. Риск повторного инсульта снижается в несколько раз.

Причины инсульта:

В 75-80% случаев инсульт по ишемическому типу возникает как осложнение атеросклероза. При атеросклерозе избыточный холестерин крови выпадает в сосудистые стенки, сужая просвет сосудов, препятствуя нормальной циркуляции крови и создавая тем самым условия для тромбообразования и развития инсульта.

Реабилитация после инсульта при ишемическом виде инсульта. Лечение при ишемическом виде инсульта и профилактика его рецидивов будут в первую очередь направлены на снижение уровня холестерина в крови, очищение сосудов и снижение вязкости крови.

Реабилитация после инсульта при геморрагическом виде инсульте. При этом виде инсульте (10% случаев) происходит разрыв кровеносного сосуда мозга с последующим кровоизлиянием в мозг.

Провоцирующими факторами заболевания являются стойкое повышение артериального давления (гипертоническая болезнь, гипертензия), сахарный диабет, заболевания сердца, злоупотребление алкоголем и курение, стрессы, избыточный вес. К главным признакам инсульта относятся следующие: неожиданное затруднение или нарушение речи, походки, резкое головокружение, потеря координации, нарушение зрения (одного глаза или обоих глаз), острая, внезапная головная боль, одностороннее онемение или пара-

лич лица, неожиданная слабость с одной стороны тела. В лечении инсульта участвуют врач-невропатологи, в тяжелых случаях — нейрохирурги и реаниматологи. Главный фактор успешного лечения: быстрота принятия решений. Вовремя госпитализированный пациент, точно поставленный диагноз и оперативно начатые лечебные мероприятия порой становятся просто спасительными, ценой промедления может стать жизнь больного.

Восстановление функций организма может произойти относительно быстро, в течение нескольких месяцев. Но нередко этот процесс становится затяжным. Заново приходится учиться координации движений, постепенно накапливая умения: поворачиваться и приподниматься на постели, затем садиться, и приступать к овладению ходьбой.

Как в раннем детском возрасте, нужно овладевать приемами самообслуживания: еда, умывание, пользование бытовыми приборами, сложнее всего происходит возврат речевых способностей. И здесь многое зависит от окружающих, их внимания, поддержки, качественного ухода и благоприятной психологической обстановки. Степень поражения зон мозга, отвечающих за движение и речь, во многом определяет и скорость восстановительных реакций. Параличи и парезы, трофические язвы могут надолго осложнить жизнь больного и его близких. Значительно облегчить состояние человека и помочь ускорить выздоровление может санаторно-реабилитационный центр с полным комплексом восстановительных мероприятий. Это лекарственные средства, физиотерапевтические и водные процедуры, массаж и лечебную физкультуру, другие коррекционные мероприятия. Все это в совокупности с прогулками на свежем воздухе творит чудеса, значительно снижая болезненную симптоматику и улучшая качество жизни отдыхающего. Индивидуальная дозировка и постоянный врачебный контроль способствуют эффективности лечения. Спектр используемых средств включает лечебную гимнастику, плавание, разные виды массажа и ванн, магнитотерапию, озонотерапию, барокамеру, электрофорез, иглорефлексотерапию и многое другое.

Таким образом, вовремя начатая реабилитация больных после инсульта значительно облегчает состояние человека и помогает ускорить выздоровление.

УДК 616.711.6-002.27+616.721.6-018.3-009.7

ОСТЕОХОНДРОЗ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ж. ШАЙЗОДА КГП Поликлиника №4,
С.С. КОЖАБЕКОВА ТОО Медицинский центр «Евразия»,
М. Г. ЗИНКОВА МЦ Клиника «ASK MED», г.Павлодар

Резюме

В статье говорится о медикаментозных препаратах и различных методах лечения остеохондроза, которые могут применяться в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Түйіндеме

Мақалада нақты клиникалық ахуалға карамастан, остеохондрозды емдеудің әртүрлі тәсілдері және дәрі - дәрмек құралдары туралы айтылған.

Summary

The article says of drugs and different treatment of degenerative disc disease, which can be used depending on the clinical situation.

Актуальность. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника является одним из наиболее широко распространенных заболеваний и по-прежнему занимает одно из первых мест среди причин ограничения физической активности, трудоспособности, инвалидности и снижения качества жизни многих людей, что делает данную проблему социально значимой. Проблема восстановительного лечения таких пациентов является актуальной. Были обследованы 20 пациентов, страдающих полисегментарного остеохондроза, подтвержденного рентгенологическими исследованиями, в стадии обострения; 12 мужчин и 8 женщины в возрасте от 21 до 73 лет, в 5 случаях была диагностирована люмбоишиалгия; в 7 — протрузии L3-L4, L4-L5, L5-S1 дисков; в 4 — корешковые синдромы поясничного, в 4 — было сочетание остеохондроза шейного и поясничного уровней, из них 4 были с грыжи дисков на уровне L1-L2.L3-L4. Оперированных 3. Инвалидов 3 группы - 3. Во всех случаях болевой синдром расценивался как выраженный, с нарушением двигательных функций.

Боль в пояснице — это своего рода плата людей за ходьбу на двух ногах, когда наибольшая нагрузка приходится на поясничный отдел позвоночника. Он несет основное бремя массы человеческого тел, выполняя роль амортизатора. Пагубное влияние на позвоночник оказывают гиподинамия, неправильное питание, ожирение, стрессы. Для многих боль в пояснице уже настолько привычна, что становится частью повседневной жизни.

Боль в спине можно разделить на первичную и вторичную. Причины первичной боли связаны с различными изменениями в суставах позвонков, межпозвонковых дисках, мышцах, сухожилиях, связках. Болевые ощущения во втором случае — это травматические поражения позвоночника, опухолевые и инфекционные процессы, болезни внутренних органов и т.д. Например, распространены доброкачественные и злокачественные заболевания тазовых органов (эндометриоз, миома матки, хронический простатит, воспалительные заболевания яичников, поражения крупных сосудов, почек и т.д.).

И все-таки самой частой причиной возникновения боли в пояснице является остеохондроз позвоночника, который проявляется в результате защемления нервных корешков спинного мозга.

Остеохондроз поясничного отдела позвоночника (поясничный остеохондроз) в большинстве случаев приводит к сколиозу. Чаще всего он может осложниться межпозвоночной грыжей поясничного отдела.

Признаки поясничного остеохондроза.

К основным симптомам поясничного остеохондроза относятся:

- Боль в пояснице. Она усиливается при движениях. Как правило, болевые ощущения в пояснице при поясничном остеохондрозе ноющие, редко острые.

- Ограничение подвижности. В большинстве случаев при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника из-за боли пациент не может сидеть, поворачиваться, наклоняться.

· Боль в ногах. Как правило, наблюдается острая или ноющая боль в ногах, которая захватывает часть ноги (например, сзади или сбоку бедра). Кроме этого, иногда отмечается повышение или понижение чувствительности кожи ног (на бедре или на голени) к прикосновениям или к боли. Такие симптомы остеохондроза объясняются защемлением корешков спинного мозга.

Радикулит. Очень часто пояснично-крестцовый остеохондроз проявляется радикулярными болями, то есть развивающимися в результате защемления нервных корешков, отходящих от спинного мозга. Так, один из широко известных поясничных синдромов - люмбаго. Возникает он в момент физического напряжения или в неловком положении тела, а иногда и без видимой причины. Внезапно в течение нескольких минут или часов появляется резкая боль («прострел»), часто она жгучая и распирающая. Больной застывает в неудобном положении, не может разогнуться, если приступ возник в момент поднятия тяжести. Попытки спуститься с кровати, кашлянуть или согнуть ногу сопровождаются резким усилением боли в пояснице и крестце.

Лечение поясничного остеохондроза.

В зависимости от тяжести проявлений и причин возникновения боли на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника возможны следующие лечебные действия:

- медикаментозная терапия (НПВС, гормоны, анальгетики);
- блокады - инъекции препаратов в полость межпозвонкового сустава, позвоночного канала, в триггерные точки в мышцах;
- мануальная терапия (мышечная, суставная и корешковая техники);
- физиотерапия (СМТ, УВЧ и т.д.);
- оперативное лечение;
- лечебная гимнастика;
- иглоукалывание.

Лечебная гимнастика. Основной задачей при лечении поясничного остеохондроза является создание крепкого мышечного корсета. Тренируемые мышцы разгружают позвоночник и уменьшают нагрузку на позвоночные диски. Упражнения лечебной гимнастики выполняются только в период отсутствия острых болей. Вот некоторые из них:

1. Исходное положение — лежа на спине. Ноги согнуты в коленях, ступни на полу, руки вдоль туловища. Необходимо прижать поясницу к полу, а затем медленно поднять бедра и при этом

опираться на грудной отдел позвоночника — выдох. Затем также медленно опустить тело - вдох. Упражнение повторить 7-10 раз.

2. Исходное положение — лежа на спине. Согнутые в коленях ноги поднять вверх так, чтобы колено находилось над тазобедренным суставом, живот подтянут. Необходимо попеременно выпрямлять ноги — выдох, а затем сгибать — вдох. Упражнение повторить 7-10 раз для каждой ноги.

3. Исходное положение — стоя на четвереньках. Следует сохранять ровное положение спины и одновременно поднять левую руку и правую ногу вверх — выдох, опустить — вдох. Затем надо сделать это же упражнение для правой руки и левой ноги. Повторить 7-10 раз.

4. Исходное положение — лежа на спине. Ноги согнуть в коленях, руки сомкнуть в замок на затылке. Необходимо приподнять голову и плечи от пола до основания лопаток — выдох, а затем опустить — вдох. Повторить 10-12 раз.

5. Исходное положение — лежа на животе. Руки согнуть в локтях, локти — на уровне плеч, упор на предплечья. Грудную клетку следует поднять, а шею вытянуть. Необходимо поднять бедра до уровня плеч и при этом сгибать ноги в коленях. Задержаться в этом положении от 30 до 60 секунд. Затем медленно вернуться в исходное положение. Повторить 5-6 раз в день.

Таким образом, медикаментозные препараты и различные методы лечения могут применяться в зависимости от конкретной клинической ситуации. Имеющийся на сегодня опыт доказал необходимость обследования и лечения больных с острыми (и особенно хроническими) болями в специализированных центрах стационарного или амбулаторного типа с участием в их диагностике и лечении различных специалистов-неврологов, терапевтов, анестезиологов, психологов, клинических электрофизиологов, физиотерапевтов и др.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Богачева Л.А., Снеткова Е.П. Боль в спине: клиника, патогенез, принципы ведения, принципы ведения (опыт работы амбулаторного отделения боли в спине). Боль. 2005; 4: С.26–30.
2. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боли в спине и конечностях. В кн.: Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Под редакцией Н.Н.Яхно. М., 2005; 2: С. 306–310.
3. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute at chronic low back pain. Amsterdam: Elsevier, 2010.
4. Waddell G. The back pain revolution. Churchill Livingstone. 2008.

УДК 616.831.9-002.1-053.2

ХАРАКТЕРИСТИКА МОЛНИЕНОСНОЙ ФОРМЫ МЕНИНГОКОКЦЕМИИ У ДЕТЕЙ

**Р.А. МУСИЛИМОВА, В.А. ШРЕЙН, Б.У. СЫДЫКОВ,
О.Ж. УЗАКБАЕВ, С.С. МУТИЕВ**

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

Резюме

«Характеристика молниеносной формы менингококцемии у детей» Менингококковая инфекция одна из опасных для жизни с высоким процентом летальности у детей. Данная статья отражает основы патогенеза и клиническую симптоматику для раннего распознавания и оказания экстренной помощи.

Түйіндеме

Менингококты жұқа — өмірге өте қауіпті балаларды өлімге алып келетін жоғарғы пайызды аса қауіпті жұқпалардың бірі. Аталған мақала ерте танып білу және шұғыл көмек көрсету үшін патогенез бен клиникалық белгілердің негізін көрсетеді.

Summary

«Characteristic of hypertoxic generalized form of meningococcal disease in children» Meningococcal disease is one of life-threatening infections with high rates of mortality in children. This article reflects the basics of the pathogenesis and clinical symptoms for early diagnosis and emergency aid to patients.

Среди инфекционных болезней одной из опасных для жизни и непредсказуемых по молниеносности течения является менингококковая инфекция (МИ).

Актуальность проблемы заключается в том, что при возникновении МИ требуется особый подход к организации диагностики и оказания скорой и неотложной медицинской помощи, ввиду того, что генерализованные формы МИ (наиболее часто встречающиеся в детском возрасте) при поздно начатом лечении могут приводить к смертельным исходам.

Для педиатров проблема МИ имеет особо значение, так как уровень заболеваемости среди детей всегда превышает таковую у взрослых в несколько раз, достигая 8–11 случаев на 100 тыс. населения. Более 50% от общего числа заболевших составляют дети до 5 лет. Именно у детей высока частота развития генерализованных форм МИ. В значительной степени риск летального исхода при МИ зависит от возраста ребенка: чем он младше, тем выше вероятность неблагоприятного исхода. До 75% от числа умерших при МИ составляют дети до 2 лет, при этом доля детей первого года жизни достигает 40% [1].

Эпидемиология. МИ-типичный антропоноз. Источник инфекции-больной или бактерионоситель. Механизм передачи - воздушно-капельный. Индекс контагиозности -10-15%. Наиболее восприимчивы к заболеванию дети первых 5 лет жизни. Распространению инфекции способствует скученность детей в помещении, перенесенное накануне ОРВИ. Для МИ характерны подъемы заболеваемости от 4 до 12-15 лет, зимнее-весенняя сезонность. Летальность при МИ составляет 6-10% [2].

Этиология. Возбудитель — *Neisseria meningitidis*, грам-отрицательный диплококк, вырабатывающий экзо-и эндотоксин, который очень неустойчив во внешней среде. **П а т о г е н е з.** В развитии МИ ведущую роль играют три фактора: возбудитель, его эндотоксин и аллергия-субстанция. В месте входных ворот чаще всего не возникают воспалительные изменения, но при этом менингококк вегетирует, возникает менингококконосительство. Лишь в 10–15% случаев при снижении резистентности организма возможно развитие воспалительного процесса в носоглотке в виде менингококкового

назофарингита. Если менингококки преодолевают местные защитные барьеры, распространение их происходит по лимфатическим путям в кровь. Менингококки в виде бактериальных эмболов заносятся в различные органы и ткани. В тех случаях, когда преодолевается гематоэнцефалический барьер, развивается гнойный менингит или менингоэнцефалит. Менингококковый сепсис развивается в результате массовой бактериемии и эндотоксинемии. При массовом распаде менингококков высвобождаемый эндотоксин воздействует на эндотелий сосудов и мембраны клеток крови, приводя к расстройству микроциркуляции. В результате генерализованного повреждения эндотелия сосудов происходит закрытие дефектов тромбоцитами, агрегация которых провоцирует высвобождение тромбосана и угнетение синтеза простаглицина. Нарушаются реологические свойства крови. В развитии септического шока колоссальную роль играют оксид азота, простаглицидины, факторы комплемента, гистамин, лейкотриены, фактор активации тромбоцитов и ИЛ-1, 2, 6, 8. Высвобождается избыточное количество биологически активных веществ (катехоламины, серотонин, гистамин), активизируются системы фактора Хагемана, калликреин-кининовая, свертывающая и в последующем фибринолитическая. Из печени мощно выбрасываются протромбин, калликреин и др., что в конечном счете приводит к гиперкоагуляции с образованием большого количества бактериальных тромбов в мелких сосудах. Утилизация факторов свертывающей системы приводит к коагулопатии потребления — гипокоагуляции, в результате которой возникают массивные кровоизлияния в ткани и различные органы. Чрезмерная активация плазминовой системы калликреином приводит к неуправляемой кровоточивости (симптом «кровавых слез»). Смена гипер- на гипокоагуляцию при сверхостром менингококковом сепсисе может происходить в считанные часы. Под воздействием калликреина чрезмерно образуются брадикинин, при этом системно расширяются сосуды, и падает АД. Помимо прямого действия эндотоксина, цитокинов, метаболического ацидоза и уменьшения коронарного кровотока, одной из причин нарушения функции миокарда при токсическом шоке является миокардиоугнетающий фактор (МУФ), при достижении критического уровня которого возникает дилатация левого желудочка и максимальное снижение фракции изгнания. Таким образом, септи-

ческий шок при МИ имеет одновременно признаки гиповолемического (недостаток объема крови), распределительного (нарушение сосудистого тонуса) и кардиогенного (недостаточность сердечного выброса) шока [2].

Клинические проявления. МИ представлена разнообразными клиническими формами — от локализованных (назофарингита и менингококконосительства) до генерализованных, среди которых — молниеносные, крайне тяжелые, чаще приводящие к летальному исходу в течение нескольких часов. Для менингококцемии характерно острое, внезапное начало, критериями тяжести являются степень выраженности интоксикации, характер, величина, распространенность, наличие некрозов и продолжительность элементов сыпи, из которых может высеиваться менингококк. Для тяжелых и септических молниеносных форм характерны обширные кровоизлияния на коже с глубокими некрозами и их отторжением, при которых могут формироваться косметические дефекты на теле. Эти формы часто сопровождаются маточными, носовыми, желудочно-кишечными кровотечениями, в том числе и на глазном дне. Отмечаются поражения сердца (эндокардит, миокардит, панкардит), суставов, легких, печени, почек, надпочечников. Современными клиническими особенностями менингококкового менингита являются сомнительность (до 40%) или отсутствие (в 15%) менингеальных симптомов. При этом следует помнить об эквивалентной симптоматике, указывающей на вероятность менингита: спутанность сознания, бред, гиперестезию, упорство рвоты, не приносящей облегчения, «распирающего характера» головной боли, корешковые симптомы, провоцирующие картину «острого живота». У детей раннего возраста — вздутие большого родничка, срыгивания, рвота, диарейный синдром, судороги, положительный симптом Лессажа («подвешивания»). Среди больных МИ отмечено, что менингит развивался у лиц с дефектным преморбидным фоном со стороны ЦНС перинатального генеза. При менингоэнцефалите с первых дней болезни появляются очаговые симптомы на фоне нарушенного сознания, в виде поражения отдельных черепно-мозговых нервов, корковых и подкорковых парезов или параличей. Могут быть общие или локальные судороги. Характерны очень тяжелое течение, неблагоприятный прогноз — в исходе эпилепсия, гидроцефалия, грубая задержка психомоторного развития. Летальность высокая [2].

Цель работы: изучить особенности течения и исходы менингококковой инфекции у детей.

Материалы обсуждения: В условиях ДГКИБ г. Алматы за прошедшие 3 года (2009-2011 годы) пролечено 64 больных менингококцемией, из них 10 случаев закончились летальным исходом [3]. Приведем клинические случаи некоторых из них:

Клинический случай №1. Ребенок А. 5 лет (07.07.2003г) поступил в ДГКИБ ОРИТ 07.02.09 в 06:20, умер 07.02.09 в 15:20.

Жалобы при поступлении на высокую температуру тела до 42 градусов, нарушение сознания, геморрагическая сыпь на теле. **Из анамнеза жизни:** ребенок от 2 беременности и 2 срочных родов, в период беременности у матери была анемия 1 степени. Родился с весом 4600 г. длиной 52 см. Прививки получал по календарю. Рос и развивался нормально. Ничем не болел. **Из анамнеза болезни:** началось остро 07.02.09 в 18:00 с повышения температуры тела, появления вялости, слабости. Ночью вел себя очень беспокойно, не спал, отмечалось повышение температуры. В 23.50 появилась рвота на фоне сильной головной боли, затем появились судороги. Доставлены скорой помощью в стационар. **Состояние при поступлении:** тяжелое, критическое. Сознание коматозное, реакция на внешние раздражители полностью отсутствует. Температура тела — 39,5*С. Разлитой цианоз кожи и слизистых. Полиморфная геморрагическая сыпь с элементами некроза, быстро нарастающая в динамике по всему телу, конечностям и на голове. Артериальное давление первоначально повышенное, стало резко снижаться до 60/30 мм рт. ст. По всему телу и конечностям отмечаются геморрагические высыпания с некротическими элементами. Дыхание над легкими бронховезикулярное, хрипы проводные единичные. Зев гиперемирован, зернистость задней стенки глотки. Тоны сердца глухие, тахикардия резко выраженная. Артериальная гипотония, венозная гипотония. Живот мягкий. Печень и селезенка пальпируются у края реберной дуги. Кисти и стопы цианотичные и холодные. Проведенные противошоковые мероприятия эффекта не дали. Интубирован и переведен на аппаратное ИВЛ. Через 9 часов наступила смерть при картине острой надпочечниковой недостаточности.

Проведено обследование: Натрий плазмы — 138,5 ммоль/л; калий — 3,8 ммоль/л; белок 63,5 г/л; сахар — 4,8 ммоль/л; АлТ- 1,8 АсТ- 2,0 тимоловая проба 1,8 ЕД; мочевины — 8,4 ммоль/л;

остаточный азот — 26,8 ммоль/л; **ОАК** — эритроциты — 5,1 млн. Нв- 158 г/л; гематокрит — 0,48; ц.п. — 0,92; Тромбоциты — 190 тысяч; Лейкопения 4,0 тысячи; П-12; С-58; Л-26; М-4; СОЭ 2 мм в час. **Ликвор** — цитоз 30 клеток, нейтрофилы 65%, белок 0,171 г/л; Время свертывания крови по Ли-Уайту — более 30 минут. **Коагулограмма** — выраженная гипокоагуляция.

Проведенная терапия: Интубация с переводом на ИВЛ, катетеризация центральной вены. Аппаратная ИВЛ. Инфузионная терапия (реополиглюкин, СЗП, 10% глюкоза), дофамин до 20 мкг/кг/мин, левомицетин сукцинат натрия в/в, преднизолон до 30 мг/кг в сутки, контрикал, трентал, строфантин и др.

Основной диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, молниеносное течение, менингококцемия + менингит, ИТШ 3 степени. **Осложнения:** Полиорганная недостаточность. Острая надпочечниковая недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: Менингококковая инфекция, острая надпочечниковая недостаточность — синдром Уоттерхауса — Фридрихсена. ИТШ, ДВС [4].

Клинический случай №2 . Больной Ш. 3 года 2мес. (28.11.070) поступил в ДГКИБ ОРИТ 26.01.2011г 00.35, умер 26.01.2011 время — 03.00

Жалобы при поступлении: на высокую температуру тела, резкую вялость, геморрагическую сыпь по всему телу. **Данное заболевание:** началось остро 25.01.11 в 13:00 с повышения температуры тела до 39,0*С, головной боли, 4-кратной рвоты, появления мелкой сыпи на руках. В 18:00 родители вызвали СМП. После приема ибупрофена состояние несколько улучшилось, что послужило поводом для отказа от госпитализации. Но в дальнейшем резко стала нарастать геморрагическая сыпь, ребенок стал очень вялым, сонливым. В экстренном порядке ребенок доставлен в ДГКИБ бригадой 03. **Эпид анамнез:** Данное заболевание связывают с контактом больным ОРВИ (дома болела тетя). **Состояние в ОРИТ:** тяжелое, терминальное. Сознание сопор. Зрачки одинаковой формы, D=S, реакция на свет сохранена, вялая, зрачки равномерно расширены. Гипотермия -35*С. На болевые раздражители реагирует вяло. Менингеальные симптомы — ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского — сомнительные. Кожа и видимые слизистые фиолетово-багрового цвета, по всему телу геморрагическая полиморфная сыпь, местами с элементами некроза, гипостатические пятна по все-

му телу. Проба Гведела до 10 секунд. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тургор и эластичность кожи — сохранены. Туловище теплое, конечности очень холодные. Гипотермия. Цианоз губ. Язык — влажный, цианотичный. Носогубный треугольник — цианотичный. Агональный тип дыхания — нерегулярный, поверхностный. При перкуссии звук над легкими не изменен. Дыхание над легкими — бронховезикулярное, хрипов нет. Тоны сердца — глухие. Тахикардия — выраженная. Артериальное давление не определяется, пульса на периферических сосудах нет. Кисти и стопы холодные, цианотичные. Живот мягкий. Печень пальпируется ниже края реберной дуги на 2,0-2,0-3,0 см. Селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Стула не было. **Лабораторно:** ОАК - Эритроциты 4.3. Гемоглобин 140г/л, Ц.П.0.9, тромбоциты 13.1 (тромбоцитопения), лейкоцитоз 13.1. с-56%. л-42%. м-2%. СОЭ 2 мм/ час. **В биохимии крови:** Натрий- 140, калий — 5.3, кальций 1.3, белок 69.8, сахар 17 ммоль/л., мочевины — 8.25, остаточный азот- 26.5. Коагулограмма: ПИ не определяется, ВСК более 30 минут.

Ребенок сразу же взят на аппаратную вентиляцию в принудительном режиме. Катетеризированы 2 центральные вены. Начата интенсивная терапия: в/в инфузия (рефортан, физиологический раствор, 10% глюкоза, СЗП), антибактериальная терапия - левомицетин сукцинат натрия вв, дексаметазон, контрикал, гепарин, дофамин, кетамин и др. Несмотря на проводимую терапию на фоне ИВЛ состояние прогрессивно ухудшалось, нарастали проявления тяжелого ДВС, сердечной недостаточности, проявления шока нарастали, что привело к остановке сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия не дали эффекта и у ребенка в **03:00**

26.01.11 констатирована биологическая смерть, через 15 часов от момента заболевания.

Основной клинический диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, молниеносное течение. Менингококцемия. **Осложнения:** Инфекционно-токсический шок 3 степени, полиорганная недостаточность — ОДН 3 степени, ОССН, ДВС 3 ст., ОПН, ОПеН. Синдром Уоттерхауса-Фридрихсена (острая надпочечниковая недостаточность). **Непосредственная причина смерти:** ИТШ 3 ст, полиорганная недостаточность.

Патолого-анатомический диагноз: Менингококковая инфекция, генерализованная форма Менингококцемия. Молниеносное течение. Двустороннее массивное кровоизлияние в надпочечники — синдром Уоттерхауса-Фридрихсена. Полиорганная недостаточность. Отек-набухание головного мозга. Множественные кровоизлияния во внутренние органы. ДВС синдром [4].

Выводы: Таким образом, для фульминантной формы менингококковой инфекции характерно быстро прогрессирующее нарастание ИТШ с развитием полиорганной недостаточности. Трудности распознавания в первые часы заболевания, поздняя диагностика и госпитализация в стационар ведут к высокому уровню летальности, по сравнению с другими инфекционными нозологиями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Э.Н. Симованьян «Инфекционные болезни у детей» Ростов-на Дону, 2007; С.233-235
2. Ф.С. Харламова, профессор кафедры инфекционных болезней у детей ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет» Росздрава, д-р мед. Наук. «Менингококковая инфекция у детей» 2010; С. 1-3
3. Отчеты по ОРИТ 2009-2011 гг.; 2 стр.
4. Протоколы ЛКК ДГКИБ от 2009-2011 гг.; С. 1-5

УДК 614.449.932.34 (09)

КЕМІРГІШТЕРМЕН КҮРЕСУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ТАРИХЫ**Қ.Н. НАБЕНОВ, С.Ә. ӘМІРЕЕВ, А.М. КУРБАНОВ, Б.Б. УТЕГЕНОВ**С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
РҚКМ «Қалалық дезинфекция станциясы», Алматы қаласы**Резюме**

В статье дана информация об истории борьбы с грызунами.

Түйіндеме

Мақалада кеміргіштермен күресу және оның тарихы туралы баяндалған.

Summary

The article provides information about the history of rodent control.

Дератизация – кеміргіштерге қарсы кешенді күрес, жұқпалы (паразитті) аурулардың қоздырғыштарын тасымалдаушы және үлкен экономикалық шығын келтіреді, кеміргіштерді жоюға арналған уларды ратицидтар немесе родентицидтар деп атайды.

Кеміргіштермен күресу тарихи бұрынғы заманнан б.э.д. 1500 ж. Аристотель, Плиний заманынан бері белгілі. Көне Египет, Греция, Рим халқының тарихын зерттегенде, кеміргіштер экономикаға және азық-түліктерге үлкен шығын келтірген. Кеміргіштермен күресуге адамдардың көмекшісі мысықтар болған. Сондықтан Египетте мысықтарды қастерлеп, заңмен қорғаған. Өлтіретіндерді жазалаған кезде өлім жазасына кескен. Көне Греция мен Римде мысықтан басқа атжалмандарды пайдаланған. Одан басқа, улы жемтіктерді пайдаланған: миндаль, мендуана және т.б. ұнға араластырып шашқан. Жазбаларды қорғау үшін сияларға жусан қосып қолданған. Аристотель кезінде індерді ыстаған. Орта ғасырда шелек, бөтелкелерді кеміргіштерді ұстау үшін пайдаланған.

XIX ғасырдың соңында кеміргіштерді жұқпалы ауру көзі және жұқпалы аурудың тасымалдаушы, соның ішінде обаның тасымалдаушысы екенін анықтаған.

1900 ж. обаның бұрқ етпесі болған кезде көп қалаларда медицина қызметкерлері дератизация жүргізе бастады. Обаның басқа елдерге таралуына байланысты, 1911 ж. Халықаралық конференция кемелерде міндетті түрде дератизация жүргізу туралы заң қабылдады. Осы жылы Мәскеу

және Петерборда жұқпалы ауруларды жою үшін, дезинфекциялық-дератизациялық лаборатория құрылды. Кеміргіштермен күресу Одесса, Томск, Харьков қалаларында да жүргізілді [1,2].

1924ж. П.М. Окуневский дезинфекционист кадрларын дайындай бастады, 1933 ж. Мәскеу қаласында дезинфекциялық, дезинсекциялық және дератизациялық әдістемелік орталық ашылды. (Қазір дезинфектология ғылыми зерттеу институты). 1925ж. Ленинградта бүкілресейлік VIII съезінде санитарлық дәрігер, эпидемиолог, бактериологтар кеміргіштерге қарсы күресу шараларын талқылап, алдын алу жұмыстарына көп көңіл аударылды.

1928ж. Франция мемлекетінің астанасы Парижде мемлекет бастамасымен бірінші рет санитарлық дәрігерлердің кеміргіштермен күресу туралы Халықаралық конференциясы өткізілді. Бұл конференцияда 58 мемлекеттің өкілдері қатысып, кеміргіштермен күрес жүргізудің жүйесі бекітіліп, кеміргіштермен күресте химиялық әдістің аса ерекшелігін атап өтті. 1931ж. Парижде II конгресс ұйымдастырылып, кеміргіштермен күресудің халықаралық лигасы құрылды [1,2,3].

1940 ж. ауылдық және қалалық жерлердегі дератизация жұмыстары Осавиахимия жүйесінен (Қорғаныс министрлігі жүйесінен) денсаулық сақтау мекемелеріне берілді. Қалалық және ауылдық жерлердегі дератизациялық жұмыстарды санитарлық-эпидемиологиялық, дезинфекциялық станцияның қалалық және аудандық дезинфекциялық алдын-алу бөлімдері мекемелермен шарт жасасу арқылы ақылы қызмет жасады.

Қазіргі уақытқа дейін кеміргіштер, тұрғын жерлердегі (синантропты кеміргіштер) эпидемиологиялық жағынын аса қауіпті және экономикаға үлкен зиян кетіреді. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша, кеміргіштер жыл сайын 130 миллион адамды тағаммен қамтамасыз етуге жететін 33 миллион тонна тағамды құртады. Тышқан мен егеуқұйрықтың саны көбейген жылдары («кеміргіштер шабуылы») фермаларда, қоймаларда, көкөніс сақтайтын орындарда азық-түліктерге көп зиян келтіреді. Кейбір құс фабрикаларында егеуқұйрықтардан зиян шеккен жұмыртқалар саны бір күнде 20 мыңға жетеді. Шошқа фермаларында сүр егеуқұйрықтардан шеккен зардап 700 миллион рубльге дейін жетеді. ТМД бойынша қоймаларда синантропты кеміргіштер 200 мың тоннадан астам калориялы азық-түліктерді құртады және одан екі есе дейін нәжістері мен несепімен ластайды. Электр қуатымен қамтамасыз ететін кіші станциялардың ғимаратына кіретін болса, электр сымдарын кеміріп зақым келтіріп, авариялық жағдай, өрт шығарып, темір жол көліктерінің жүруін қиындатып, кейде адамдардың өліміне себеп болады. Кеміргіштер музейдегі аса бағалы экспонаттарды да бүлдіреді.

Сүтқоректілердің ішінде кеміргіштер эпидемиология жағынан қауіпті болып келеді. Бізге белгілі 30-дан астам зоонозды жұқпалы аурудың 28-нің қоздырғышын тасымалдаушы - кеміргіштер. Оған мынадай қауіпті аурулар: оба, туляремия, бүйрек синдромды геморрогиялық қызба, лептоспироз, псевдотуберкулез, иерсиниоз, листериоз, мелоидоз т.б. жатады. Аурулар күзгі уақытта, күн салқын түсіп, кеміргіштердің елді мекенге, үйлерге оралған уақытында болады. Қауіпті жағдайларды жабайы кеміргіштердің қалалық жерлерге келгенде болады, олар бүйрек синдромды геморрагиялық қызбаның бұрқетпесін туғызады. Көп жағдайлар белгілі қоймадағы көкөністерді пайдаланғанда псевдотуберку-

лез ауруы байқалған. Қазіргі кезде қауіпті тұрғын жерге кеміргіштермен тасымалданатын зоонозды оба ауруы таралуы мүмкін. Сүр және қара егеуқұйрық, үй тышқаны және кейбір кеміргіштер (құм, дала тышқандары т.б.) адамдардың көп шоғырланған жерлерінде, тұрғын үйлерге жақын жерлерде қоздырғыштың тұрақты айналыста болуын қамтамасыз етуі мүмкін.

Қалалық және ауылдық жерлерде санитарлық және эпидемиологиялық салауаттылықты сақтау және экономикалық шығындарды болдырмау үшін алдын ала және қырып-жою дератизациялық шараларын үнемі жүргізілуі керек.

Қазіргі кезде шаруашылық жағдайда экологиялық жағдайға көп көңіл бөлінеді. Жүргізілген алдын алу, қырып-жою шаралары сыртқы ортаны ластамауы, жан-жануарлар мен өсімдіктерге зиянын тигізбеуі керек. Осыған байланысты қазіргі уақытта кеміргіштерге қарсы дератизация жүргізуге арнайы нұсқаулар, нысандарда қалай жүргізу туралы ұсыныстар бар. Биология, химия және экология ғылымдарының дамуына байланысты эпидемиология тұрғысында аса қауіпті кеміргіш түрлерін жою стратегиясы мен тактикасын, дератизациялық улардың түрлерін көбейтіп, олардың тиімділігін, әсер ету ұзақтығын аттырып, қоршаған ортаның салауаттылығын қамтамасыз етуді жетілдіруде [2,3,4].

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Управление численностью проблемных биологических видов: Учебное пособие / под ред. В.А.Рыльникова. —М.:Институт пест-менеджмента, 2011. — В 3-х томах. Т.3. Дератизация.
2. В.А.Рыльников. Серая крыса. М., НЧНОУ «Институт пест-менджмент», 2010.
3. В.П.Сиденко и др. Практическое руководство по дезинфекции, дезинсекции, дератизации на транспорте. Одесса, Феникс, 2009.
4. К.Н.Набенков. Дератизация в населенных пунктах. Учебное пособие. Алматы, 2006.

УДК 614.449.932.34:613.6:615.9

РАТИЦИДТЕРМЕН ЖҰМЫС ІСТЕГЕНДЕ ҚАУІПСІЗДІК ТЕХНИКАСЫ

Қ.Н.НАБЕНОВ, С.Ә. ӘМІРЕЕВ, А.М.КУРБАНОВ, Б.Б.УТЕГЕНОВ
 С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
 РҚКМ «Қалалық дезинфекция станциясы», Алматы қаласы

Резюме

В статье описаны о технике безопасности при работе с ратицидами.

Түйіндеме

Мақалада ратицидтермен жұмыс жасаған кездегі қауіпсіздік техникасы туралы жазылған.

Summary

The article describes about safety when working with ratitsidi.

Кеміргіштерді жоюға арналған химиялық заттар адамдарға да жоғары улы. Осыған байланысты ратицидтермен жұмыс істеу барысында жеке және қоғамдық қауіпсіздік шараларын қатаң түрде сақтау қажет. Сонымен қоса, зоонозды инфекциялық ошақтағы кеміргіштерді улаған кезде дезинфекторлардың өздерінің улану қаупін туғызады. Осыған байланысты, кеміргіштермен және олардың өліктерімен жанасу кезінде қауіпсіздік шаралардың сақталуына ерекше назар аударуы керек.

1. Препараттарды тасымалдау

Қатты картонды, ағаш немесе шыны ыдысқа «у» деген белгіні жапсырады. Улы заттарды тағамдармен, фуражбен не басқа материалдармен тасымалдауға тыйым салынады. Препараттарды вагондардан түсіру барысында ашпай тұрып сынамалардың бүтіндігін тексеру қажет. Түсіріп болғаннан соң төгілген препараттарды жинап алады.

2. Препараттарды сақтау және беру.

Ратицидтерді арнайыландырылған құлыптанатын бөлмеде сақтайды, у тұрған бөлмеде тағамдық заттарды және фуражды сақтауға тыйым салынады.

Қойма бөлмелерінде сабынмен және орамалмен қолжуғыштар орнатылады. Умен жұмыс істейтін адамдарды халатпен, мақта төселген дәке байлағышымен, қорғаныс көзілдірігімен, рәзіңке қолғаппен және респиратормен қамтамасыз етеді. Уды дезинфекторларға үлестіріп беру және қабылдауды мекеме басқарушысының жазбаша үкімі бойынша жүргізіледі. Препараттарды таразыға тартылусыз және есепсіз берілуіне қатаң тыйым салынады. Қоймада міндетті түрде тара-

зы өртүрлі келілерімен, өлшеуіш ыдыс, қалақ, препараттардың кіріс және шығысын тіркеу журналы болуы қажет. Қораптау барысында препараттардың шашылмауы үшін тығыз ыдыстарды қолданады.

Ыдыста препараттың атын және көлемін анық белгілеп көрсетеді.

3. Улы заттармен жұмыс істеу ережесі.

Талаптарға қосымша ретінде уланған жемтіктермен жұмыс істеу кезінде келесі міндетті ережелерді орындау қажет: уланған жемтіктерді дайындау жасанды вентиляциямен қамтамасызданған, арнайы — аспапты бөлмеде жасалады. Паспортсыз, құрамындағы препараттары көрсетілмеген және жасалған күні көрсетілмеген дератизациялық уларды қолдануға рұқсат етілмейді [1, 2, 4].

Жемтіктерді дайындауға арналған столды жуып алуға ыңғайлы болу үшін мырышталған темірмен қаптайды. Жемтіктерді дайындауға таразы және бөлек ыдыс бөлінеді, уланған жемтіктерді дайындаған ыдыстарды мұқият сабынмен ыстық суда немесе 2% сода ерітіндісімен жуады. Осындай ыдыстарды басқа шаруашылық мақсаттарға (тамақ дайындау, жануарлар жеміне және т.б.) қолдануға болмайды.

Дератизациялық препараттарды жемтікпен араластыратын адамдарда халат пен рәзіңке қолғаптан басқа, ауа жолдарын сақтау үшін респиратор, мақта төселген дәке байлағыш немесе ауыз және мұрынды жабатын противогаз, көзді қорғау үшін консерв-көзілдірігін қолдану керек. Ашық препаратпен жұмыс барысында техникалық қауіпсіздікке сәйкес қауіпсіздік заттарын қолданады.

Уланған дәнді уланбаған дәннен бөлек сақтайды.

Жемтіктерді ашық ауада дайындау кезінде жерді адамдарға және жануарларға қауіпсіз, жел бағытын есепке ала отырып таңдау керек. Апаттық жағдайларға ұшырап қалмау үшін кеміргіштерге арналған улы жемтіктерді эозинмен ашық түске бояйды. Ратицидтер қосылған жемтіктерді дезинфекторларға қорапталған түрінде және бір жұмыс күніне арналған белгілі көлемде беріледі.

Темекі тартуға және тағамдарды умен жұмыс істеу орнына жақын жерде сақтауға қатаң тыйым салынады. Тамақ, су ішу алдында не темекі тарту алдында қолды мұқият сабындап жуады, бетін жуады, аузын шаяды. Арнайы киімдерді және респираторды үйге алып кетуге немесе тұрғын мекенде сақтауға тыйым салынады.

4. Кеміргіштерді қырып-жою жұмыстарын бастар алдында жауапты адамдарға алдағы жұмыстары жайлы және уларды қою формалары туралы ескерту жасалады. Қажетті нұсқаулық жүргізіледі. Улы жемтік ретінде шемішкені қолдануға қатаң тыйым салынады. Улы жемтіктерді балалардың көзінше қоюға жол берілмейді. Пайдаланбаған уланған жемтіктерді есепке алып, арнайы пештерде өртеледі.

5. Ратицидтермен улану кезінде алғашқы көмек көрсету.

Ратицидтермен жұмыс істегенде адам ағзасында улардың тыныс жолдары арқылы, көз және ауыз арқылы түспеуі қажет. Егер оқыстан адам уланып қалса, онда тез арада медициналық көмек көрсету қажет.

5.1. Цинк фосфиді.

Симптомдары: шөлдеу, жүрек айну, қыжылдау, құсу, іш өту, бастың ауырсынуы, арқада және желке аумағында ауру сезімі, қалтырау, құлақта шуыл, қорқыныш сезімі, еңтігу, талып қалу.

Беруге болмайтындар: сүт, жұмыртқа, май, кастор майы.

Дәрігер келгенге дейінгі алғашқы көмек: 6-10 стакан су ішу не калий марганец қышқылының әлсіз (1 : 3000) ерітіндісін (ақшыл-қызғылт түсті) ішу және құсық шақырту. Осыны бірнеше рет қайталау керек. Сосын 2-3 ас қасық активті көмірді ішу немесе карболен таблеткаларын сумен ішу қажет. Артынан тұзды іш айдағыш (глаубер тұзының 1 ас қасығын 2 стакан сумен) беру керек.

Ішуге: тәтті қою шәй, кофе .

Арнайы уға қарсы зат болып мыс купоросы-

ның ерітіндісі болып табылады, оны дәрігер жауап беруімен қабылдайды.

5.2. Антикоагулянттар (зоокумарин, ратиндан, бродифакум және т.б.).

Симптомдары: бас ауруы, жүрек айнуы, құсу, іш өту, жалпы әлсіздік. Әріректе қан ұю процесстері бұзылуы мүмкін, сондықтан қан кетулер мен қан құйылулар болады.

Алғашқы көмек: 6-8 стакан жылы су ішу, сосын жасанды құсық шақырту, процедураны қайталау. Артынан тұзды іш айдағыш (1 ас қасық глаубер тұзын 2 стакан суда) беру. Қою шай ішу және С дәрумені.

Хлорлы калий, К витамині (викасол), Р витамині улану кезінде негізгі у қайтаратындар болып табылады және олар дәрігер тағайындауымен беріледі.

5.3. Глифтор

Симптомдары: жүрек айну, құсу, бас айналу, мастық сезімі, тыныс алудың қиындауы, дене температурасының төмендеуі.

Бірінші көмек: егер глифтар теріге байқаусызда тамып кетсе, оны дөкемен сүртіп тастау керек. Содан кейін ас содасының ерітіндісімен немесе сабынды жылы сумен жуу керек.

Егер препарат көзге тисе, онда көзді сумен немесе 2% сода ерітіндісімен жуу керек.

Асқазанға түскен жағдайда тез арада асқазанды алдын-ала адсорбциялайтын заттар (күйдірілген магнезия, активтелген көмір) қосылған көп көлемді сумен жуады немесе 0,02% марганец қышқылы калий ерітіндісін 1 ас қасықпен әрбір 15 минут сайын құсу басталғанда қабылдайды.

Тыныс алу әлсіреген кезде мүсәтір спиртін иіскету керек.

Сүт, кілегей, жұмыртқа, кастор майын және басқа майларды беруге тыйым салынады [2,3].

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Управление численностью проблемных биологических видов: Учебное пособие/ под ред. В.А.Рыльникова. —М.:Институт пест-менеджмента, 2011. — В 3-х томах. Т.3. Дератизация.

2. В.А.Рыльников. Серая крыса. М., НЧНОУ «Институт пест-менджемт», 2010.

3. В.П.Сиденко и др. Практическое руководство по дезинфекции, дезинсекции, дератизации на транспорте. Одесса, Феникс, 2009.

4. К.Н.Набенков. Дератизация в населенных пунктах. Учебное пособие. Алматы, 2006.

УДК 616.995.1-084

ТРОПИКАЛЫҚ ИНВАЗИЯЛЫҚ АУРУЛАР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

**Қ.Н.НАБЕНОВ, С.Ә. ӘМІРЕЕВ, Л.Б.СЕЙДУЛАЕВА, А.К.ДҮЙСЕНОВА,
Р.А.ЕГЕМБЕРДИЕВА, А.М.КУРБАНОВ, Б.Б.УТЕГЕНОВ**
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті,
РҚКМ «Қалалық дезинфекция станциясы», Алматы қаласы

Резюме

В статье описаны о тропических инвазивных заболеваниях и меры профилактики.

Түйіндеме

Мақалада тропикалық инвазиялық аурулар және оларды алдын алу туралы жазылған.

Summary

The article describes the tropical invasive diseases and preventive measures.

Гельминттер дегеніміз паразитті өмір сүретін төменгі сатыдағы құрттар. Қазіргі кезде паразитті өмір сүретін құрттардың 250 түрі белгілі.

Гельминттер көп түрлілігіне карамастан, олардың ортақ қасиеттері бар: олардың көп клеткалы организмдер, қан, лимфа, тыныс алу жүйелері жок, оларға құрт тәрізді қозғалуға мүмкіндік туғызатын сүйек-бұлшық ет жүйелері жақсы дамыған. Паразиттік өмір сүретін гельминттер өзінің даму барысында адам немесе жануарлар организммен тығыз байланыста болады.

Гельминттер даму барысында: жұмыртқадан бастап, личинка (кішкене құрт), жетілген формаға (имаго) дейін бірнеше сатыдан өтеді. Гельминттерді жетілген формаға дейін жеткізетін организмдерді түпкілікті иесі (дефинитивті) деп атайды. Көптеген гельминттер үшін түпкілікті ие – адам болып саналады. Бұндай гельминттерді – антропоноздар деп атайды. (Мысалы: аскаридоз, анкилостомидоз, тениаринхоз, тениоз, энтеробиоз, гимнолепидоз)

Тропикалық антропонозды гельминттерге некатороз, стронгилоидоз, ішек және зәр – жыныс шистосомозы, вухерериоз, түнгі жиіліктегі бругиоз, лоаоз, онхоцеркоздар жатады.

Антропонозды гельминттерден басқа түпкілікті иесі әр түрлі жануарлар болып келетін гельминттер де өте көп. Ондай гельминттерге: эхинококктер, альвиококктер, трихинеллалар, трихостронгилоидтар, токсакарлар жатады.

Ал зоонозды тропикалық гельминттер өте көп

және сан алуан болып келеді: фасциолездер, фасциолездер, фасциолопсидоздар, опистархоз, клонорхоз, парагонимоз, метагонимоз, гетерофиоз, дифиллоботриоз, дракункулез, жапондық шистосомоз, мансонеллез, дипеталонематоз, жәй жиілікте дамытын бругиоз.

Құрттардың личинкаға дейін дамытын организмді аралық иесі деп атайды. (тениоздар үшін аралық иесі – шошқалар, ірі қара мал, шистосомоздар үшін – моллюскалар, филяриидоздар үшін – қос қанатты жәндіктер). Кейбір құрттардың личинкалары өздерінің дамып жетілуі үшін бірнеше – қосымша организмдерді қажет етеді (описторхоз, клонорхоз, дифиллоботриоз, парагонимоз, метагонимоз, гетерофиоз). Ал, кей жағдайда құрттар үшін бір организм түпкілікті және аралық ие болып қала береді. (гимнолепидоздар үшін – адам). Құрттардың дамуына аса қажет организмдерді – «облигатты» иелер деп атайды. (мысалы: аскаридалар үшін облигатты иелері ретінде – адам организмді қызмет етеді, иттер – токсокарлар үшін, шошқа – қарулы таспа құрттары үшін). Құрттардың дамып, бірақ одан әрі өмір сүруіне қажетсіз организмдерді – «факультативті» организмдер деп атайды. Мысалы: адам организмді – эхинококктер, альвеококктер, таспа құрттар, фасциолалар, токсакарлар үшін факультативті ие.

Құрттардың жұмыртқалары мен личинкаларының ерекшеліктері мен адам организммен тыс дамуына қарай құрттарды 3 топқа бөледі (4-кесте):

- А – контагиозды
- Б – геогельминтоздар
- В – биогельминтоздар

Контагиозды гельминтоздардың қарапайым тіршілік ететін циклі (энтеробиоздар, гименолепидоздар). Құрттар жетілген немесе жетілуі жақын жұмыртқаларды туады да, тікелей контактіден жұғады.

Геогельминттер жетілмеген жұмытқалар шығарады, олар белгілі бір уақытта топырақта қалыпты жағдай туындағаннан кейін (температура, ылғалдылық) ғана инвазиялық деңгейіне жетеді. Мысалы: аскаридалар, анкилостомоздар, стронгилоидоздар, трихийефалдар – власоглавтар).

Биогельминттердің даму циклі өте күрделілеу. Олардың личинкалары инвазиялық деңгейге дейін жету үшін бірнеше : аралық және қосымша иелерін өзгертеді (жалпақ лента тәрізді құрттар, тениоздар).

Құрттардың личинка кезеңіндегі адам организміне өтуін пероральды және перкутандық (тері арқылы немесе жәндіктердің шағуынан) деп бөледі. Құрттардың личинкалары мен ересектерінің организм иелеріне орналасқан жеріне және оны зақымдауына қарай: қан тамырларын зақымдаушы (шистосомоз, филяридоздар), лимфа тамырларын зақымдаушы (филярилардың имаго сатысы), өкпені зақымдаушы (аскарида личинкалары, анкилостоматидтер, стронгилоидтар, парагонимустардың имаго сатысы), билиарлы жүйені зақымдаушы (эхинококкоздың, альвеококкоздың личинка сатысы, трематодтардың: описторхоз, клонорхоз, фасциолез – имаго сатысы), ішекті зақымдаушы (цестодоздар, көптеген нематодоздар, кейбір трематодоздар: фасциолопсидоз, метагонимоз) деп бөледі. Гельминттердің инвазиялық дамуы белгілі бір симптоматикамен сипатталатын сатылы кезеңдерден өтеді. Жедел кезеңдер нематодоздарда, трематодоздарда айқын білінеді.

Клиникалық жедел сатылар әр түрлі ұзақтықтағы және типтегі қызба арқылы білінеді: аллергиялық экзантема, Квинке ісігі, есекжем (крапивница), жоғарғы тыныс жолдарының катары, өкпеде эозинофильді инфильтраттың дамуы, өкпенің қабынуы, зақымдану денеге өте көп тараған кезінде аллергиялық менингоэнцефалит дамиды. Кейде зоогельминттермен зақымдану кезінде, организмде личинкалық кезеңі ұзақ уақыт бойы, имаго кезеңіне жетпей тіршілік етсе, «larva migrans» деп аталатын симптомдар жинағы дамиды. Жедел

кезең 2-ден 8 аптаға дейін созылады, одан кейін созылмалы кезеңге өтеді. Бұл кезде аллергиялық сипат бәсеңдеп, алдыңғы орынға паразиттердің жетілген түрлері орналасқан органдардың зақымдануының клиникалық көрінісі айқындала бастайды. Мысалы, билиарлық жүйені зақымдаушы көптеген трематодоздарда холецистит, холангит, панкреатит, ал нематодоздар мен цестодоздарда ішек бұзылулары даиды, себебі паразиттер ащы ішек қуысында тіршілік етеді.

Гельминтоздардан кейінгі иммунитет тұрақсыз, яғни қайтадан жұғып ауырған кезде төмен немесе мүлдем болмайды.

Қазіргі кезде паразитті түрде тіршілік ететін құрттардың 250 түрі белгілі. Гельминттерді төмендегідей екі типке бөледі:

Жалпақ құрттар (Plathelminthes)

Жұмыр құрттар (Nemathelminthes)

Жалпақ құрттардың өзін лента тәрізді (Cestoidea) және сорғыш класына- (Trematoda) бөледі. Әрбір класс ең ұсақ жүйелі топтарға, түрлерге бірігеді. [1,2,3]

Алдын алу және күресу шаралары кешенді медициналық, ветеринарлық қызметті коммуналды шаруашылықты біріктіреді.

I. Науқастардан белсенді түрде анықтап, құрттардан арылту- жұкпа көзіне арналған шаралар.

Міндетті түрде тексеруге және емдеуге жататындар:

1. Мектепке дейінгі жастағы және мектептің төменгі сыныбында оқитын балалар.

2. Ауруханадағы науқастар.

3. Тамақ өнеркәсібінде және тамақ дайындау, тарату мекемелеріне жұмысқа орналасатын адамдар.

4. Арнайы мамандықтағы және осындай құрттың эпидемиялық ошағында тұратын адамдар, балықшылар описторхоз, дифиллоботриоз, парагонимоз, клонорхозға, малшы, сауыншы т.б мал шаруашылығында істейтін адамдар тениоз, тениаринхоз, фасциолез, фасциолопсидозға шахтерлар, шахтада жұмыс жасайтын адамдарды анкилостомидозға, аңшылар, малшылар, қойшылар, иттің қожайындарын эхинококкоз, альвеококкозға тексеріледі.

II. Қоршаған ортаны құрттардың личинкаларымен, жұмыртқаларымен ластануларынан қорғау, залалсыздандыру- берілу факторларына қарсы эпидемиологиялық шаралар.

1. Тұрғындардың тұрғылықты жерлеріне канализация жүйесін, коқыс төгетін жерлерді

қазу, қоқыс төгетін құрылыстар тұрғызуды дұрыс ұйымдастыру.

2. Ауылшаруашылық малдарын жаятын, суаратын жерлерді дұрыс тандап, сақтау.

3. Су қоймаларын артық моллюск, су шөптерінен тазарту.

4. Дератизация, дезинфекция.

5. Кір суларды, ағынды суларды залалсыздандыру.

III. Биогельминтоздан (тениоз, трихинеллез) сақтандыру мақсатында ветеринарлық-санитарлық бақылауды күшейту. Базар, ет комбинаттарында еттерді трихинелла, тениид финндеріне тексеруден өткізу.

IV. Санитарлық-ағарту жұмыстары.

1. Жеке бастың тазалығын сақтау.

2. Тағамдарды дұрыс өндеуден өткізу, сақтау (ет, балық т.б)

3. Үй жануарларын дұрыс күтімге алу (ит, мысық).

4. Құрттардың биологиясы, олардың берілу жолдары туралы үгіт жүргізу. [1,2,3,]

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Л.Б.Сейдулаева и др. Тропические болезни. Учебное пособие. Алматы, 2010.

2. В.П.Сергеев. Паразитарные болезни человека. Руководство для врачей. СПб. 2008.

3. Д.Б.Виноградов-Волжинский. Практическая паразитология. М.1974.

УДК 616-002.5.2:615.217

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНЕЛЕГОЧНЫХ ФОРМ У ДЕТЕЙ

Ж.С. АСКАРОВА

Областной противотуберкулезной детской больницы, г. Тараз

Резюме

Внелегочными формами туберкулеза чаще болеют взрослые (79 %) и реже — дети и подростки (соответственно 16 % и 5 %).

Туберкулезный процесс развивается в любом участке скелета ребенка. Данная форма туберкулеза занимает одно из первых мест в ряду всех прочих внелегочных проявлений заболевания. Наиболее часто наблюдаются поражения позвоночника, тазобедренного и коленного суставов. При отсутствии лечения данная форма очень рано приводит к инвалидизации ребенка. Врач может заподозрить внелегочный туберкулез при длительных, не поддающихся лечению заболеваниях различных органов.

Түйіндеме

Туберкулездің өкпеден тыс түрімен жиі ересектер (79 %) және сирек — балалар мен жасөспірімдер (16 % және 5 % сәйкес) ауырады.

Туберкулезді үрдіс бала қаңқасының кез келген бөлігінде дамиды. Туберкулездің бұл түрі өкпеден тыс аурудың басқа түрлерімен қатар алғашқы орындарды алады. Жиі омыртқа бағанасы, жамбас және тізе буындарының зақымдалуы байқалады. Бұны емдемесе баланың мүгедектігіне әкеледі. Әртүрлі органдардың аурулары емделуге берілмейтін, ұзақ өтетін жағдайда өкпеден тыс туберкулез деп болжамдауы мүмкін

Summary

Extrapulmonary tuberculosis is more common in adults (79%) and less often - children and adolescents (16% and 5%).

Tubercular process develops in any part of the skeleton of the child. This form of tuberculosis is one of the first in a number of other extrapulmonary manifestations of the disease. The most frequently observed the spine, hip and knee joints tuberculosis. Without treatment this form of early leads to disability of the child. A doctor may suspect the extrapulmonary tuberculosis during long, untreatable diseases of different organs.

В соответствии со статистическими данными ВОЗ, около 2 миллиардов людей, треть общего населения Земли, инфицировано туберкулезом. В настоящее время туберкулезом ежегодно заболевает 9 миллионов человек во всём мире, из них 3 миллиона умирают от его осложнений.

Туберкулезная инфекция чаще всего повреж-

дает легкие, но туберкулез затрагивает и другие органы и ткани человека: глаза, кости, кожу, мочеполовую систему, кишечник и т. д. Каких-либо различий по возрастам в показателях заболеваемости легочными и нелегочными формами туберкулеза нет, внелегочными формами туберкулеза болеют не только взрослые, но и дети. Наиболее

распространенные внелегочные формы туберкулеза у детей: поражение нервной системы (туберкулезный менингит), костей и суставов, мочеполового аппарата, периферических лимфатических узлов, кожи, глаз.

Туберкулез поражает практически любой орган. По локализации различают:

- костно-суставный (встречается у 47 % всех больных внелегочным туберкулезом);
- мочеполовых органов (37 %);
- глаз (5,5 %);
- мозговых оболочек (менингит — 4 %);
- лимфатических узлов (2,5 %);
- брюшины (1,5 %);
- кожи (1,5 %).

Совсем редко встречается туберкулез других органов: перикарда, надпочечников, кишечника и т. д. Внелегочными формами туберкулеза чаще болеют взрослые (79 %) и реже — дети и подростки (соответственно 16 % и 5 %).

Туберкулезный процесс развивается в любом участке скелета ребенка. Данная форма туберкулеза занимает одно из первых мест в ряду всех прочих внелегочных проявлений заболевания. Наиболее часто наблюдаются поражения позвоночника, тазобедренного и коленного суставов. При отсутствии лечения данная форма очень рано приводит к инвалидизации ребенка. Врач может заподозрить внелегочный туберкулез при длительных, не поддающихся лечению заболеваниях различных органов.

Первой жалобой, на основании которой обычно возникает подозрение на патологию, является деформация суставов, позвоночника. Характерны такие симптомы, как слабость, утомляемость при ходьбе, ограничение движений, легкая хромота. В дальнейшем появляются боли в пораженном отделе позвоночника или суставе, припухлость, сглаживание контуров сустава.

Туберкулез позвоночника, костей и суставов: сопровождается ограничением подвижности, патологическими переломами, нестабильностью, а также болевыми ощущениями в районе пораженных участков тела. Очень важно отличить данную патологию от множества других заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Диагноз ставится фтизиатром после осмотра и проведения анализов, подтверждающих наличие туберкулеза. Рентгеновское исследование костей в этом случае обязательно.

Выявить внелегочный туберкулез, как правило, удастся только после исключения всех дру-

гих заболеваний с такими же признаками. Выявить его намного быстрее удается в том случае, если у больного ранее была отмечена легочная форма туберкулеза. Симптомы внелегочной формы туберкулеза напрямую зависят от локализации инфекционного процесса.

Независимо от места поражения цикл воспаления везде одинаков: очаг (гранулема) - расплавление его (казеоз) - образование полости распада (каверна) - возникновение при санировании фиброза (склерозирование). Начальные проявления заболевания при минимальных поражениях дают картину интоксикации организма. По мере распространения процесса его симптоматика зависит от нарушений, присущих пораженному органу.

Распознавание внелегочного туберкулеза невозможно без рентгенологического исследования и туберкулиновых проб. Диагностика ведется с учетом трех этапов развития заболевания. Первый этап - появление первичного очага туберкулезного воспаления в пределах мельчайшей анатомической единицы, постепенно распространяющегося контактным путем. Второй этап - вовлечение в патологический (болезненный) процесс окружающих тканей и органов, функционально тесно связанных с пораженным органом (например, распространение туберкулеза на мочевыводящие пути при туберкулезе почек и др.). Третий этап - полное поражение туберкулезом органа, системы и окружающих тканей с возникновением осложнений.

Костно-суставный туберкулез наблюдается главным образом в детском и юношеском возрасте и протекает в большинстве случаев как моноартрит (поражение одного сустава) или как изолированное поражение позвоночника.

Является следствием заноса инфекции в кости гематогенным путем из первичного очага (легкие, лимфатические узлы). Возникает воспаление кости - остит, откуда процесс распространяется на близлежащий сустав. Кроме того, может возникнуть полиартрит токсикоаллергического характера. Чаще всего начинается в костях с густо развитой сосудистой системой: это позвонки, кости запястья, стоп, а также другие кости конечностей в их околосуставной части. Частота поражения суставов имеет следующую последовательность: коленный, тазобедренный, голеностопный, локтевой, плечевой, что обусловлено различной степенью их нагрузки. Как правило, наблюдается множественное поражение мелких суставов и одиночное - крупных.

Процесс развивается по фазам. 1 фаза: развитие первичного остита с последующим творожистым распадом кости. 2 фаза: разрушение суставного хряща и вскрытие туберкулезного очага в сустав с его обсеменением и накоплением в полости обильного выпота. В дальнейшем сустав прорастает грибовидными массами с их последующим распадом и образованием абсцесса. При прорыве гнойника через кожу образуются свищи с гнойным отделяемым, в которых обнаруживаются микобактерии туберкулеза. 3 фаза: постартритическая. Вследствие разрушения хряща и суставных поверхностей происходит деформация сустава и его анкилоз (обездвиженность). При поражении позвоночника из-за творожистого распада костного очага наступает клиновидная деформация позвонков и развитие горба. Одновременно образуются натечные абсцессы.

Ранняя диагностика туберкулеза костей и суставов затруднена, так как больной обращается к врачу только при резком нарушении функций пораженного органа.

Симптомы и течение характерны для туберкулезной интоксикации: быстрая утомляемость, вялость, потливость, снижение аппетита, постепенное похудание, периодически небольшое повышение температуры тела по вечерам до субфебрильной (37, 37,5°C). Ранние признаки костно-суставного туберкулеза - это боли, ограничение подвижности, атрофия и напряжение мышц около зоны поражения. К более поздним симптомам относится образование свищей, из которых выделяется жидкий гной с примесью казеоза, имеющего творожистый вид. При исследовании этих выделений находят микобактерии туберкулеза, меняется соответственно картина крови, характерны также рентгенологические данные.

Если нет неврологических нарушений, эффективно специфическое лечение, хотя нередко нужна ортопедическая и хирургическая помощь. Согласно общеизвестным данным литературы, внелегочные формы туберкулеза у детей — как правило, проявление лимфогенной или гематогенной диссеминации. Для возникновения тяжелого диссеминированного процесса в детском возрасте необходимы определенные условия, ослабляющие организм ребенка. Это, прежде всего, массивность инфекции на фоне некачественной вакцинации БЦЖ или ее отсутствия, неблагоприятные социально-экономические условия и различные сопутствующие заболевания.

Показатели заболеваемости по возрастным

группам наиболее высокие у малышей до 6 лет жизни. Очевидно, это обусловлено началом контакта детей данного возраста с большим числом людей. Все это свидетельствует о необходимости принятия срочных мер по контролю за туберкулезной инфекцией.

Причиной развития осложненных форм является отсутствие своевременной правильной диагностики туберкулеза в поликлиниках и стационарах врачами общей лечебной сети, особенно у детей и подростков с хроническими неспецифическими заболеваниями. Туберкулез костно-суставной системы в научном аспекте вызывает наибольшие дискуссии.

Можно заключить, что имеется четкая тенденция к недо выявлению внелегочных форм туберкулеза у детей - они диагностируются только при появлении клинической симптоматики и обращении к врачу. Вышеизложенное обосновывает необходимость углубленного дополнительного обследования детей из групп риска по туберкулезу у различных специалистов в случаях инфицирования и наличия признаков заболевания, подозрительных на внелегочную локализацию процесса. Только при целенаправленном и быстром обследовании у специалистов возможно своевременное выявление патологии.

Поэтому мероприятия, направленные на повышение неспецифической резистентности детей указанной группы значительно снижают риск заболевания туберкулезом. В этой связи совершенствование и активизация всех профилактических мероприятий в наиболее угрожаемых группах детского населения является особенно важной задачей фтизиатрии. Только совместное наблюдение и лечение детей с латентной туберкулезной инфекцией педиатрами и фтизиатрами позволит предотвратить прогрессирование процесса.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Внелегочный туберкулез. Под ред. А.В. Васильева. Ст-Петербург 2000; 357.
2. Беллиндир, Э.Н. Современное представление о патогенезе внелегочного туберкулеза / Э.Н. Беллиндир // Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза: научные труды Всерос. науч.-практ. конф.- СПб., 2006,- С.225-226.
3. Васильев, А.В. Актуальные проблемы помощи больным внелегочным туберкулезом / А.В. Васильев // Внелегочный туберкулез актуальная проблема здравоохранения: Сб. тр.
4. О некоторых микстových формах костно-суставного туберкулеза / Н.И. Соколов, Д.В. Евлашкин, И.В.

Подкосов и др. // Туберкулез в России: материалы 8-го Рос. съезда фтизиатров.- М., 2007.- С. 308-309.

5. Особенности выявления туберкулеза внелегочной локализации / Т.И. Морозова, Л.Е. Паролина, Н.Е. Казиминова, О.А. Дьячкова и др. // Актуальные вопросы диагностики и лечения туберкулеза: научные труды Всерос. науч.-практ. конф.- СПб., 2006.- С. 32-36.

6. Туберкулез глобальная проблема. Доклад ВОЗ об эпидемии туберкулеза. // Бюл. ВОЗ. - 1992. - Т. 70.- № 1.

7. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362).

8. Nahmias A., De Sousa A., Freiji R., Lee F. Old and newer challenges of tuberculosis in children. *Pediatr Pulmonol* 1995; 19: Suppl 11: 28-29.

УДК 616.1-002.5.2:615

ФАКТОРЫ РИСКА, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ

С.Р. УМИРЗАКОВА

Областной противотуберкулезной детской больницы, г. Тараз

Резюме

Туберкулез - инфекционное заболевание, которое вызывается микобактериями туберкулёза и характеризуется развитием клеточной аллергии, полиморфной клинической картиной и образованием специфических гранулём в различных тканях и органах, но, чаще всего, поражающее органы легких. Туберкулёзом болеют все возрастные группы - от новорождённых до людей старческого возраста.

Особенностью туберкулёзной инфекции является длительное (на протяжении многих лет, а в некоторых случаях и пожизненно) сохранение жизнеспособного возбудителя в лимфатических узлах, очагах диссеминации и в первичном очаге. Ослабление организма и снижение иммунитета при инфекционных (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, корь) и других заболеваниях приводят к активизации казалось бы полностью «заживших» очагов.

Түйіндеме

Туберкулез – туберкулездің микобактериясымен шақырылатын жұқпалы ауру және тіндік аллергиямен, полиморфты клиникалық суретпен және әртүрлі органдар мен ұлпаларда арнайы гранулемалардың түзілуімен, жиі өкпені зақымдаумен сипатталады. Туберкулёзбен барлық жас топтары ауырады – нәрестелерден бастап қарт жастағы адамдарға дейін.

Туберкулезді инфекцияның ерекшелігі қоздырғыштардың лимфа бездерінде, диссеминация ошақтарында және біріншілік ошақтарда өмір сүруі ұзақ (бірнеше жыл, кей кезде өмір бойы). Организмның әлсіреуі және жұқпалы және басқа да ауруларда иммунитеттің төмендеуі (ВИЧ-инфекциясы, вирусты гепатит, корь) толық «жазылғын» сияқты ошақтардың белсенділігіне әкеледі.

Summary

Tuberculosis - an infectious disease that is caused by *Mycobacterium tuberculosis* and characterized by the development of cellular allergy polymorphic clinical picture and the formation of specific granulomas in various tissues and organs, but most often affects the agencies of the lungs. With tuberculosis get sick all ages - from newborns to elderly people.

Feature of tuberculosis infection is a long-term (over the years, and in some cases for life) the continued viability of the pathogen in the lymph nodes, foci of dissemination and the primary focus. The weakening of the body and decreased immunity in infectious (HIV, hepatitis, measles) and other diseases lead to increased seemingly completely «healed» lesions.

Туберкулез - инфекционное заболевание, которое вызывается микобактериями туберкулёза и характеризуется развитием клеточной аллергии, полиморфной клинической картиной и образованием специфических гранулём в различных тканях и органах, но, чаще всего, поражающее органы легких. Туберкулёз, как заболевание, известно с давних времен, но, несмотря на ус-

пешные виды лечения и профилактики туберкулеза, до сих пор представляет собой важную социальную и медицинскую проблему. В мире ежегодно заболевают 8 млн. человек, а умирают от туберкулёза 3 млн. Величина пандемии настолько широка, что ВОЗ в 1993 г. объявила туберкулёз проблемой «большой опасности». Основные причины повышения заболеваемости: глобальное

снижение уровня жизни населения, которое повлекло за собой ухудшение качества питания; повышенная миграция населения из эпидемических неблагоприятных районов, появление устойчивых к специфической терапии штаммов и уменьшение качества и масштабов проведения комплекса противотуберкулёзных мероприятий. Чтобы снизить остроту проблемы, в качестве главных компонентов программы по борьбе с этой болезнью, ВОЗ определила активное выявление больных туберкулезом и проведение противотуберкулёзной иммунизации. Туберкулёзом болеют все возрастные группы - от новорождённых до людей старческого возраста. Основные источники инфекции: больной человек, молочные и мясные продукты от больных туберкулёзом животных.

Путь передачи туберкулеза воздушно-капельный, особенно велика вероятность заражения при частом контакте с больным. К туберкулезу восприимчивы люди с ослабленными защитными силами организма (например, дети раннего возраста, пожилые люди, больные СПИД или ВИЧ-инфицированные). При отсутствии лечения туберкулез может привести к серьезным последствиям. У детей заболевание чаще всего протекает в виде первичного комплекса (форма заболевания с умеренной степенью тяжести).

Особенностью туберкулёзной инфекции является длительное (на протяжении многих лет, а в некоторых случаях и пожизненно) сохранение жизнеспособного возбудителя в лимфатических узлах, очагах диссеминации и в первичном очаге. Ослабление организма и снижение иммунитета при инфекционных (ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит, корь) и других заболеваниях приводят к активизации казалось бы полностью «заживших» очагов.

Источник инфицирования не удаётся установить почти в 90% случаев. Риск развития заболевания повышается, с уменьшением возраста ребенка в период инфицирования.

Двумя основными факторами определяется риск заражения детей туберкулезом: повышенная восприимчивость к инфекции и контакт с больным открытой формой туберкулеза

Риск развития туберкулеза определяется, в первую очередь, наличием эпизода инфицирования, во-вторых, понижением защитных сил организма. Все группы людей с риском заражения туберкулезом входят автоматически в категорию людей с повышенным риском развития заболевания, однако необходимо еще одно условие для

возникновения болезни: снижение иммунитета.

Под нашим наблюдением и лечением в областной противотуберкулёзной детской больнице в течение 2010-2011 гг. находилось 380 больных, в том числе с активными формами составили 319 пациентов, из них впервые выявленных 239 больных.

На сегодняшний день симптомы и признаки туберкулеза весьма разнообразны. В принципе, все симптомы этой патологии определяются ее формой, индивидуальными особенностями человеческого организма, типом развития, а также локализацией инфекционного процесса. Разнообразная симптоматика приводит к затруднению диагностики инфекционного процесса на ранних стадиях. В большинстве случаев на консультацию к врачам-специалистам больные приходят уже на поздних стадиях туберкулеза, то есть, имея в наличии разного рода осложнения. Очень тяжелое состояние пациента отмечается в случае массивных форм заболевания. С целью обнаружения туберкулеза на ранних стадиях, необходимо проходить флюорографическое обследование не реже одного раза в год (в зависимости от состояния здоровья, профессии и принадлежности к разным «группам риска»). Также обследоваться нужно при резком (по сравнению с предыдущей) изменении реакции Манту, фтизиатром может быть предложено проведение профилактической химиотерапии несколькими препаратами, в комплексе с витаминами и гепатопротекторами.

Лечение туберкулёза, особенно у детей, является сложным процессом, которое требует много терпения и времени, а также комплексного подхода. Нами проведено лечение по ДОТС стратегии у 310 больных, из них у впервые выявленных у 239 больных. Дети подростки получали в больнице интенсивную и поддерживающую фазы лечения, выполнение принципов контролируемого лечения, что обусловило довольно высокую эффективность лечения. Исходом наблюдения было завершение лечения у 177 больных (95-58,3% в 2010 году, и соответственно, 77-49,4% в 2011 году). Выздоровление наблюдалось у 59 больных (15-9,2% в 2010 году, и 44-28,2% в 2011 году). Умерло 2 детей подростков (в 2010 году 15 лет.

При правильном, полностью проведенном лечении ребенок может полностью выздороветь от инфекции. Однако возможен и рецидив заболевания спустя несколько лет, особенно если за это время ухудшилось общее состояние здоровья и иммунитета. Пути передачи: воздушно-капель-

ный - чаще, алиментарный - реже; возможен также трансплацентарный путь инфицирования (при беременности от матери к плоду). Основные факторы передачи инфекции - контакт с бактериовыделителем длительного характера, иммунодепрессия, голодание, плохие социально-бытовые условия. Контагиозность невысока и зависит во многом от состояния защитных сил макроорганизма, и для этого заболевания не характерны периодичность и сезонность заболеваемости.

Но, хотя туберкулёз к высококонтагиозным заболеваниям не относят, 25-50% людей, которые тесно контактируют с бактериовыделителями, инфицируются. Заразить 10-15 человек способен каждый больной-бацилловыделитель, но необходимо отметить, что только в 5-15% случаев развивается манифестная форма туберкулёза, у остальных заражённых формируется нестерильный иммунитет. Кроме химиотерапии, большое внимание нужно уделять интенсивному, разнообразному и качественному питанию больных туберкулёзом, при пониженной массе тела - набору массы, коррекции анемии, гиповитаминозов, лейкопении. Также санаторно-курортное лечение играет очень важную роль в лечении этого заболевания. Торможению размножения и роста микобактерий способствует улучшение оксигенации лёгких, которое наблюдается при интенсификации дыхания разрежённым воздухом горных курортов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аксенова В.А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей, как, показатель, общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу в России // Пробл. туберкулеза. 2002 - № 1 - С. 6-9.
2. Аксютин Л.П. Факторный анализ состояния эпидемического и инфекционного процессов туберкулеза у детей // Пробл. туб. 2006. - № 1. -С. 19-21.
3. Алексеев Е.Н. Характеристика туберкулезного процесса у больных туберкулезом легких в сочетании с хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания // Медицинская панорама. — Минск, 2005. -№ 10.-. 49 с.
4. Биологические особенности *M. tuberculosis* и трудности микробиологической диагностики туберкулеза / В.И. Голышевская // Пробл. туб. 1995. - № 2. - С. 30-32.
5. Борисова Н.К. Современные взгляды на туберкулез органов дыхания у детей и подростков // Рос. педиатрический журнал. 1998. - № 6. - С.44-46.
6. Васильев А.В. Детский туберкулез отражение проблем современности // Пробл. туб. - 1995. - № 5. - С.3-5.
7. Гергерт В.Я., Русакова Л.И. Индивидуальные подходы к комплексному лечению распространенных туберкулезных процессов у подростков // Пробл. туб. и бн. легк.
8. Anti-tuberculosis drug resistance in the world: third global report. The WHO/IUATLD global project on anti-tuberculosis drug resistance surveillance 1999-2002 (WHO/HTM/TB/204.343). Geneva, World Health Organization, 2004.
9. Faustini A. Risk factors for multidrug resistant tuberculosis in Europe: a systematic review / A. Faustini, A.J. Hall, C.A. Perucci // Thorax. 2006. -Vol. 61.-P. 158-163.

УДК 616.36-002.2-053.2-071

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Ю. Ч. ЕМ

КГКП «Городская поликлиника» № 2, г. Тараз

Резюме

В данной работе прослежена динамика клинического течения и исходы ХВГ В и С у 38 детей в течении 10 лет. Основное заражение детей вирусами гепатитов В и С произошло до 3-х летнего возраста. Чаще всего ХВГ протекал малосимптомно, редко с ферментативными обострениями.

Түйіндеме

Бұл жұмыста 10 жыл барысындағы 38 баладағы созылмалы В и С гепатитімен ауыратын ауруының клиникалық жағдайының динамикасы зерттелген. 3 - жасқа дейінгі баланың гепатит В және С вирусын жұқтыруының басты себебі. Көп жағдайда созылмалы В және С гепатит ауруының нышаны байқалмай өтіп кетеді, кейде ферментативті асқынуы мүмкін.

Summary

This article is devoted to the peculiarities of the clinical course and the results of chronic hepatitis B and C of 38 children during 10 years. The main infection of the children took place within the first three years of life. The chronic hepatitis B and C ran without the acute icteric forms and fermentative aggravations.

Проблемы вирусных гепатитов в детском возрасте остаётся актуальной и в настоящее время. Это обусловлено достаточно высоким уровнем заболеваемости и неблагоприятными последствиями вирусных гепатитов.

Особенности течения вирусного гепатита «В» у детей в значительной степени зависит от возраста, в котором произошло инфицирование [1,3]. Естественное течение ВГВ у детей несколько отличается то такового у взрослых, особенно у детей раннего возраста. Заболевание чаще всего протекает ассимптомно [1,3]. Однако клиренс HBeAg может продолжаться до 40 летнего возраста [1].

При ВГС хронизации заболевания происходит у 70-90% больных с острой формой заболевания (1). Большинство авторов [1,2] указывают на низкий спонтанный клиренс РНК HCV взрослых (от 8 до 20%) и возможность исходов в цирроз печени в 8-24% случаев и гепатокарциному в 0,7-1,3% случаев.

На сегодня считается, что естественное течение ВГС у большинства детей является более длительным по сравнению с инфекцией приобретенной в более зрелом возрасте [1]. Инфицирование детей произошедшее в результате переливания крови или парентеральных вмешательств, устраняется спонтанно в 20-45% случа-

ев, однако вероятность формирования цирроза у детей остаётся относительно высокой [1,2].

В данной работе я хотела проследить особенности клинического течения и динамику диспансерного наблюдения за детьми с хроническими вирусными гепатитами «В» и «С» за период с 2001года по 2011год по городской поликлинике №2. Учитывая важность проблемы я сочла полезным предоставить собственные наблюдения.

Материалы и методы. Городская поликлиника № 2 обслуживает детское население численностью 19693 по данным 2011года. Заболеваемость хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) в этом же году составила 47,4 на 100тысяч по ХВГВ и 17,7 по ХВГС. Диспансерному наблюдению за период с 2001года до 2011 года подлежало от 15 до 20 детей. Всего мною наблюдалось за этот период 38 детей. Динамическое наблюдение включало ежегодный осмотр врача инфекциониста не менее 2 х раз в год, этиологическую диагностику с определением в сыворотке крови HbsAg и a-HCV методом иммуноферментного анализа (ИФА), обнаружением в крови ДНК HBV и РНК HCV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), ультразвуковое исследование печени, биохимические показатели крови: общий и прямой билирубин, АЛТ, АсАТ, тимоловая проба, эластография печени (у одного ребёнка).

Таблица 1. Возрастная структура детей с ХВГ, состоявшихся на Д-учёте в КИЗ за период с 2001года по 2011 год

Возраст	2г	3г	4г	5л	6л	7л	8л	9л	11л	12л	13л	14л	Всего
Кол-во Абс.	3	4	4	2	1	2	5	1	4	2	2	8	38

Результаты и обсуждение. Мною наблюдались дети с хроническим вирусным гепатитом «В» 28 детей и с хроническим вирусным гепатитом «С» - 10 детей

Установлено, что из 38 детей наблюдающихся с хроническими вирусными гепатитами «В» и «С» впервые диагноз ХВГ был выставлен у 3х детей до 2-х годовалого возраста, 10детям до 5 летнего возраста у 9 детей от 6 до 9 летнего возраста и 16 детям старше 10летнего возраста.

По этой таблице мы видим, что в основном болеют дети старше 7 лет, то есть школьного возраста. Чаще болели дети ХВГВ рождённые до 1999 года, которым не проводилась вакцинация против ВГВ при рождении что составило 82% (23 ребёнка).

Из эпидемиологического анамнеза мною выявлено, что переливание крови и её компонентов получали 8-детей, оперативные вмешательства-4, стоматологическую помощь-3, частые парентеральные вмешательства (внутримышечные и внутривенные инъекции)-16, контакт в семье с больным ХВГ-2 и у 5 детей анамнез не ясен. По половому признаку мальчики болеют чаще ХВГ. Из 38 детей наблюдающихся с ХВГ «В» и«С» 27 детей составили мальчики (71%). По моим наблюдениям основное заражение произошло до 3-х летнего возраста-63,2%. О малосимптомности проявлений хронического вирусного гепатита у детей свидетельствует тот факт, что данное заболевание выявлялось; как правило, «случайно», при обследовании больных перед плановой госпитализацией; при лечении в соматических отделениях, а также при скрининг обследовании. Чаще всего дети жаловались на слабость, головную боль и быструю утомляемость 8 детей, боли в эпигастрии 7 детей, боли и тяжесть в правом боку 5 детей, на тошноту-5, периодически рвота у 4 детей. Если впервые годы наблюдения ведущим симптомом для диагностики ХВГ являлась гепатомегалия, нередко со спленомегалией, то ближе к подростковому периоду гепатомегалия уменьшалась, и очень часто я находила нормальные размеры при очень плотной консистенции по данным УЗИ у 9 детей. Такие признаки как появление пальмарной эритемы, капиллярита на

нижней части щек и верхней части туловища я наблюдала у 5 детей с ХВГ «В» и «С». Геморрагический синдром мною не наблюдался. В связи с тем, что при ХВГ страдает дезинтоксикационная функция печени, то у детей часто страдает центральна нервная система. Из 28 детей наблюдаемых мною с ХВГ, 8 страдали резидуальным органическим поражением ЦНС. На электроэнцефалограммах у них отмечались выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга. У 5 детей выявлена ангиопатия сосудов сетчатки, миопия. Часто таких детей беспокоят головные боли, быстрая утомляемость, раздражительность. У большей части детей сопутствующей патологией при хроническом гепатите являлись заболевания желудочно-кишечного тракта как гастродуоденит, холецистит, панкреатит, как показывают и др. авторы. В моих исследованиях такая патология найдена у 43% детей. Из 28 детей с ХВГВ наблюдаемые мною в течении 2001 по 2011 годы ферментативное обострение процесса отмечалось у 5х детей. Им в амбулаторных условиях назначались свечи виферон в возрастных дозах два раза в день в течение 2х месяцев, гепатопротекторы. Противовирусный препарат зеффикс получали 5 детей, после консультации врачами в РКДБ «Аксай» и врачом гепатологом ОДИБ. Эффективность противовирусного лечения зеффиксом составило 40%, то есть у двоих детей через 6 месяцев после лечения не был обнаружен при исследовании в крови HbsAg методом ИФА и ДНК HBV методом ПЦР. У трёх детей лечение не дало эффекта в связи с тем, что дети не регулярно получали зеффикс и длительность лечения составило от 3х до 6 месяцев.

Самопроизвольное избавление от HbsAg в результате динамического наблюдения установлено у 3х детей, что составило 10,7%. Прогрессирование хронического вирусного гепатита В с формированием цирроза печени мною не наблюдалось. Формирование начальной стадии цирроза печени наблюдалось у одного ребёнка с ХВГС, у которого выставлен впервые этот диагноз в возрасте двух лет и мною наблюдался в течении 12 лет.

К. Влад 05.05.97 года рождения находился на диспансерном учёте по ХВГС с 1999г. Ферментативные обострения отмечались ежегодно вплоть

до 2009 года. Активность АЛТ составляло от 1,65 до 3,86 ммоль/л. Обследован в лаборатории иммуноферментного анализа ТОО «Жәрдем» г. Алматы от 25.06.2001 г.: HbsAg-пол., анти-Hbcore IgM-отр., анти-Hbcore Ig G-пол., анти-Hbs-отр., анти-HCV total-пол., анти-HCVcore-пол., анти-HCVNS-пол. При последующих обследованиях HbsAg не определялся. Качественный анализ на РНК HCV методом ПЦР впервые проведен 24.08.2006 г. компанией Хоффман Ля Рош результат положительный. Получал лечение у врача гепатолога: свечи виферон в течение 3х месяцев, амиксин, урсофальк, гепадиф в возрастных дозировках, но без эффекта. Ребёнок часто болел простудными заболеваниями. В мае 2007 года перенёс очагово-сливную пневмонию лечился стационарно. В этот же год отмечалось и ферментативное обострение печени. 23.06.08г. ребёнок обследовался в Москве в ГУ научно-исследовательском институте РАМН методом эластографии печени. Данных за выраженный фиброз печени не получено. Результат измерений может соответствовать стадии фиброза печени F0 METAVIR. Обследован в центре молекулярной диагностики г. Москвы ФГУНЦНИИ Роспотребнадзора от 26.06.08г РНК HCV пол. Вирусная нагрузка $7,2 \cdot 10^6$ МЕ/мл: $2,9 \cdot 10^7$ копий/мл, генотип 3а, АЛТ-172 при норме от 0-40. При повторном обследовании в г. Бишкеке от 16.07.2009г. методом непрямой эластометрии определена эластичность печени, которая составляет 6,3 КПа, что с достоверностью более 90% соответствует стадии фиброза F1 METAVIR. Был консультирован врачом гепатологом; назначено противовирусное лечение от 29.08.2009г.: пегасис 135мкг*1 раз в неделю подкожно, копегус 200мг*2 раза в день после еды в течение 24 недель. После 12 недель противовирусного лечения был проведено исследование крови на количественное определение вируса гепатита С методом ПЦР - результат на РНК HCV отрицательный от 02.12.2009г. В связи с тем, что у ребёнка присоединилась бактериальная инфекция с 11.12.2009г. противовирусное лечение было отменено. В ходе дальнейшего наблюдения у ребенка не отмечалось повышение печёночных ферментов, а также не было обнаружено РНК вируса гепатита «С» методом ПЦР от 26.01.2011г и 25.08.11г. В мае 2012 года переведен в студенческую поликлинику с выздоровлением.

За 10 летний период наблюдения за больными с ХВГ зарегистрирован один летальный ис-

ход у 3-х летнего ребёнка с хроническим вирусным гепатитом «С» причиной смерти которого послужило его основное заболевание: лимфобластный лейкоз.

В результате динамического наблюдения за детьми с ХВГ установлено, что заболевание у детей протекает чаще бессимптомно. Самопроизвольное избавление от HbsAg было у 3 детей, что составило 10,7%. Чаще ХВГ выявлялся у детей школьного возраста, при чём ХВГВ регистрировался у тех детей, которые не получали прививку против ВГВ с периода рождения. Бессимптомное носительство HbsAg возникает чаще всего после инфицирования в перинатальном периоде или раннем детстве.

Естественное течение инфекции у таких пациентов обычно благоприятное. Прогрессирование ХВГ в детском возрасте происходит медленно, поэтому цирроз печени в подростковом возрасте развивается очень редко [2], хотя в моём наблюдении имело место у одного ребёнка с ХВГС в возрасте 12 лет.

Выводы:

1 Хронический вирусный гепатит «В» чаще регистрировался у детей школьного возраста, которые при рождении не получали вакцинацию против ВГВ.

2 Основное заражение детей произошло до 3х летнего возраста.

3 Хронические вирусные гепатиты у детей протекают малосимптомно, редко с ферментативными обострениями.

4 Часто сопутствующей патологией были заболевания ЦНС и ЖКТ.

5 Самопроизвольное избавление от HbsAg мною наблюдалось в 10,7% случаев.

6 Прогрессирование хронического вирусного гепатита «С» с формированием цирроза печени наблюдалось в одном случае.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Михаэль Фукс «Гепатиты рациональная диагностика и терапия» перевод с немецкого под редакцией А. О. Буверова Москва изд. Группа «ГЭОТАР-Медиа» 2010 г.

2. И. А. Московская, Е. А. Григорьева, Т. Е. Холодная, И. К. Алёшин, «Вирусные гепатиты у детей первого года жизни», Эпидемиология и инфекционные болезни № 1, 32 стр.

3. Т. Т. Куттыжанова «Проблемные вопросы диагностики и лечения хронических вирусных гепатитов у детей» Лекции по педиатрии. Алматы, 2002 г., С.106-108.

УДК 616.921.5/.6-085

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ И ГРИППА, ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

М.А. ИЗБАСАРОВ

Центральная городская клиническая больница г. Алматы

Резюме

В статье дан обзор проведенных экспериментальных и клинических исследований в которых показано, что препарат мелкодисперсного порошка целлюлозы с добавлением экстракта чеснока (Виролиз) оказывает достоверно значимый профилактический и лечебный эффект при вирусных респираторных инфекциях.

Түйіндеме

Мақалада сарымсақ сығындысы қосылған (Виролиз) целлюлозаның ұсақ дисперсті ұнтағы дәрісіндегі вирусты респираторлық инфекция кезінде маңызды профилактикалық және расталған емдік тиімділігіне өткізілген сынақ және клиникалық зерттеулердің шолуы берілген.

Summary

The article provides an overview of experimental and clinical studies that show that the drug is fine cellulose powder with the addition of garlic extract (Viroliz) a significantly significant prophylactic and therapeutic effect of viral respiratory infections.

Доля гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) в общей структуре инфекционной заболеваемости превышает 90%, с ними связан целый ряд медицинских и социально-экономических проблем.

Несмотря на многолетние исследования по гриппу и ОРВИ, профилактика и лечение этих инфекций по-прежнему остается крайне сложной задачей. Среди основных причин следует отметить полиэтиологичность самих ОРВИ, высокую контагиозность возбудителей, уникально высокую изменчивость антигенных свойств вирусов (особенно гриппа), что затрудняет создание средств эффективной профилактики. В распоряжении врачей имеется широкий арсенал средств, используемых в этих целях. Он включает иммунопрофилактику с помощью противогриппозных вакцин, противовирусные химиопрепараты этиотропного действия, а также иммунотропные средства для проведения неспецифической профилактики.

Тем не менее, результаты борьбы с острыми респираторными инфекционными заболеваниями оставляют желать лучшего, так как названные средства не способны обеспечить радикальный эффект, и данные заболевания продолжают оставаться актуальной проблемой здравоохранения.

Новое направление в лечении и профилактике гриппоподобных заболеваний дает использование препарата Виролиз. Виролизизготовлен на основе мелкодисперсного порошка целлюлозы, который при попадании на слизистую носа образует гелеобразную пленочку, способную предотвратить контакт возбудителей респираторных инфекций со слизистой носа и тем самым предупредить развитие заболевания. Проведенные исследования по этому продукту показали, что препараты мелкодисперсного порошка целлюлозы с добавлением экстракта чеснока оказывают профилактический и лечебный эффект при ОРВИ, достоверно значимый по сравнению с контрольными группами. Экстракт дикого чеснока обладает доказанным антибактериальным, фунгицидным и противовирусным действием [1,2]. В отличие от антибиотиков и противовирусных средств к фитонцидам не развивается резистентность микроорганизмов. Большим преимуществом данного метода является также охват всех возбудителей респираторных инфекций, поскольку известно множество видов, поражающих дыхательную систему и передающихся аэрогенным путем.

Институт Вирусологии им. Д. И. Ивановского Российской Академии Медицинских наук, провел исследование по изучению воздействия

препарата Виролиз на высоко патогенный штамм вируса гриппа А/Н5N1 в клеточных культурах [3]. Во время испытаний использовали одну дозу Виролиза, эквивалентную 1 впрыску, равную 2.5 мг продукта. В результате исследования выявлено, что полупрозрачный налет целлюлозы покрывающий монослой культуры клеток сохраняется до 2-ого дня наблюдения и не имеет какого либо отрицательного эффекта на морфологию и жизнеспособность клеток в течение всего периода наблюдения.

При профилактическом применении (до заражения культуры клеток вирусом) исследуемый препарат защищал большую часть монослоя клеток против цитопатогенного эффекта вируса гриппа А в течение 72 часов; в то время как в контроле, в общей сложности, выживали только 30 % клеток после инфицирования.

При лечебном применении исследуемый препарат уменьшал репродукцию вируса клетками на 10. 000 по сравнению с клетками, не обработанными Виролизом.

Для изучения клинического эффекта порошка целлюлозы с добавлением экстракта чеснока (Виролиз) было проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование в качестве профилактики респираторных вирусных инфекций у детей длительностью 6 недель в сезон с декабря 2009 года по январь 2010 года [5].

Исследование проводилось на базе амбулаторно-поликлинического отделения клиники детских болезней ММА им. И.М. Сеченова. Было выбрано 63 пациента в возрасте от 3-х до 14 лет, которые болели острыми респираторными инфекциями более 6 раз в год. 43 детям назначали Виролиз. 20 детей группы сравнения получали симптоматическую терапию. Среди детей было 28 (44%) девочек и 35 (56%) мальчиков, средний возраст составил $6,8 \pm 2,5$ лет.

В течение всего периода наблюдения ежедневно оценивалось состояние носового дыхания в ночное и дневное время, выделения из полости носа и их характер, чихание, кашель по 5-балльной шкале. Также оценивались температура тела, симптомы интоксикации (головная боль, слабость, вялость, беспокойный сон), оценка переносимости препарата по наличию/отсутствию аллергических реакций и др. побочных эффектов.

Контроль параметров проводился на 2-й и на 6-й неделе после начала применения препарата. Препарат применялся: по одному впрыску в каждый носовой ход 2 раза в день. Пациентам было

рекомендовано повторять впрыскивание после каждой очистки носовой полости и при ожидаемом контакте с больным ОРВИ для возобновления образования защитного слоя.

К началу исследования частота ОРВИ за последние 3 месяца в обеих группах составила $2,92 \pm 1,3$ и $2,84 \pm 1,78$. В обеих группах отмечалось около трети детей с аллергическими заболеваниями, нередко в сочетании аллергического ринита, бронхиальной астмой и атопического дерматита. Также отмечался высокий процент детей с хроническими заболеваниями ЛОР-органов.

В период наблюдения дети не получали другие препараты для профилактики ОРВИ. Пациенты посещали врача 4 раза. Оценка переменных эффективности и безопасности проводилась в соответствии с графиком наблюдения.

Через 1 неделю от начала применения препарата порошка целлюлозы с экстрактом чеснока в основной группе заболели 5 детей (12,5%) ($p < 0,0016$, $\chi^2 = 10$), в то время как в контрольной группе заболели 10 детей (50%). Через 3 недели использования препарата в основной группе заболели 3 детей – 7,5% ($p < 0,0002$, $\chi^2 = 14,2$), а в контрольной группе заболели 10 человек – 50%. ($p < 0,0168$, $\chi^2 = 5,71$).

При сравнительном анализе по заболеваемости детей основной группы за 2008/2009г и 2009/2010г частота ОРВИ снизилась с $2,72 \pm 1,11$ до $0,25 \pm 0,54$, т.е. уменьшилась в 10 раз на фоне приема препарата. Продолжительность течения ОРВИ (в днях) снизилась с $7,65 \pm 3,54$ до $3,24 \pm 2,17$, т.е. уменьшилась в 2,5 раза на фоне приема препарата.

Таким образом, число не заболевших детей в основной группе составило 80% (32 ребенка). У 17,5% детей, болевших ОРВИ, уменьшилась тяжесть и продолжительность заболеваний. В контрольной группе не болевших детей не было, 11 детей (55%) заболели один раз, дважды болели 9 детей (45%). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года прием препарата Виролиз снизил заболеваемость у 90% пациентов.

Большинство родителей (82,5%) и врачей (90%) оценивали интраназальный спрей порошка целлюлозы с включением экстракта чеснока (Виролиз) как высокоэффективное средство для профилактики ОРВИ, удобное для практического применения.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать вывод о том что:

1. Виролиз оказывает как профилактический, так и лечебный эффект при экспериментальной

вирусной инфекции (H5N1) на культуре клеток (достоверно значимый по сравнению с контролем).

2. Виролиз не оказывает отрицательного эффекта в эксперименте на рост, развитие и морфологию культуры клеток.

3. Открытое сравнительное рандомизированное исследование проведенное у детей показало достоверно значимый эффект применения Виролиза как для профилактики, так и для лечения ОРВИ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Противовирусные эффекты экстракта и соединения Чеснока Посевного (*Allium sativum*) invitro. Norbert D. Weber et al. *Planta Med.* 58 (1992).

2. Preventing the common cold with a garlic supplement: a double-blind, placebo-controlled survey. Josling P. *Garlic Centre, Battle, East Sussex, United Kingdom. Adv Ther.* 2001 Jul-Aug; 18(4):189-9

3. Исследование противовирусного действия препарата «Nasavalplus» (Виролиз) в клеточных культурах, зараженных патогенным вирусом птичьего гриппа (H5N1) / Доклад, Лаборатории Государственной коллекции вирусов, Института вирусологии им. Ивановского, научный руководитель профессор Дерябин П.Г.

4. Профилактика воздушно-капельных инфекций с помощью назального порошка целлюлозы. R. Hiltunen, P.D. Josling, M.H.

5. Использование спрея Назаваль ПЛЮС (Виролиз) с целью профилактики острых респираторных заболеваний в педиатрической практике. Геппе Н.А., Фарбер И.М., Кожевникова Т.Н., Андриянова Е.В. ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова.

УДК 616.839-008.6-053.2:615.217

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНАКАНА В ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫХ ДИСТОНИЙ В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.М. ОМАРОВА

Поликлиника №1, г. Караганды

Резюме

В статье показаны результаты наблюдений применения Танакана в лечении вегето-сосудистых дистоний у детей. Этот препарат улучшает мозговой кровоток на уровне артерий, капилляров и вен.

Түйіндемe

Мақалада балалардағы вегеталық-тамырлық дистонияны емдеуде Танаканды қолдануды байқаудың нәтижелері көрсетілген. Бұл дәрі артерия, капилляр және тамыр деңгейінде ми қанағамын жақсартады.

Summary

The paper shows the results of observations in the treatment of Tanakan vascular dystonia in children. This medication improves cerebral blood flow at the level of the arteries, capillaries and veins.

Вегето-сосудистая дистония относится к разряду заболеваний – призраков: ее легко принять за каприз. Она обнаруживается все у большего количества людей, может быть признана болезнью 21 века. По официальным статистическим данным, ВСД встречается у 12-25% детей. На самом деле больных гораздо больше, просто эту ускользающую болезнь не всегда удается диагностировать. Тем более поначалу симптомы ВСД не вызывают большого беспокойства. Когда у внешне здорового ребенка вдруг «ни с того ни с

чего» поднимается температура, но при этом по всем другим показателям он совершенно здоров - в пору поверить в мистику. Но причина есть всегда. За наши неосознанные реакции - терморегуляцию, дыхание, сердцебиение - отвечает сложный механизм: вегетативная нервная система. Этот механизм должен считывать одновременно сотни показателей окружающей среды, чтобы немедленно выдавать реакции: углубить дыхание, увеличить ритм работы сердца, активизировать тот или иной орган. К этому еще и до-

бавляется сложная психологическая жизнь человека, которая заставляет вегетативную нервную систему организовывать и контролировать буквально каждый вздох и каждую слезу; именно благодаря работе вегетативной нервной системы мы потеем от волнения, зеваем от скуки, испытываем выброс адреналина и эндорфинов. И если по каким-то причинам вегетативная нервная система дает сбой, то соответствующие реакции организма на внешние воздействия становятся неадекватными и непредсказуемыми. Вместо порядка наступает хаос.

ВСД не представляет опасности для жизни, но известно своим коварством и трудной излечимостью. Ее симптомы затрагивают сразу несколько систем организма, поэтому перед тем, как приступить к лечению, нужно выявить все ее признаки. В основе этого заболевания могут лежать следующие расстройства: неврологические, сосудистые, кардиологические, психологические.

Лечение ВСД должно быть комплексным, длительным, индивидуальным, учитывающим особенности вегетативных нарушений. Предпочтение отдается немедикаментозным методам лечения: нормализация режима дня, устранение гиподинамии, дозированные физические нагрузки, ограничение телепередач и компьютерных игр, индивидуальную и семейную психологическую коррекцию, регулярное и рациональное питание.

При недостаточной эффективности немедикаментозных методов лечения назначается индивидуально подобранная медикаментозная терапия ограниченным количеством препарата, в минимальных дозах, с минимальными побочными эффектами и максимальной эффективностью.

Этим требованиям отвечает оригинальный стандартизированный препарат Танакан (производитель Beaufour Ipsen, Франция). Он представляет собой экстракт из листьев дерева Гинкго, богатых активными веществами – гинкголидами А, В, С, билобалидами, проантоцианидами. Он улучшает обменные процессы в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию. Танакан улучшает мозговой кровоток на уровне артерий, капилляров и вен. Мощные антиоксидантные свойства направлены на максимальную защиту нервных клеток. Обладает антигипоксическим, противоотечным действием, способствует обратному захвату нейромедиаторов (норадреналин, адреналин, допамин). Так же практически отсутствуют противопоказания, минимум побочных эффектов и аллергических реакций, хо-

рошая совместимость с другими препаратами являются для невролога весомыми аргументами.

Материалы и методы исследований.

Нами проведено динамическое наблюдение за детьми с 8- 18 лет с проявлениями ВСД. Пациенты были разделены на три группы.

1 группа - пациенты с ваготонией.

2 группа - пациенты с симпатикотонией.

3 группа - смешанная форма.

Всем детям проводились исследования как ЭЭГ, РЭГ, ЭхоЭГ, ЭКГ.

Формы	количество	мальчики	девочки
ваготония	30	10	20
симпатикотония	28	7	21
смешанные	40	18	22

Девочек в структуре заболевания больше, чем мальчиков. Практически у всех детей отмечались сопутствующие дисфункции щитовидной железы, кардиопатии, дискинезии желчевыводящих путей.

Кроме Танакана пациенты получали физиолечение, курсы массажа, витаминотерапию.

Танакан назначался в стандартной дозировке 40 мг 3 раза в день в течении 2-3х месяцев.

До лечения в первой группе детей больше всего были жалобы на головные боли, головокружение, низкое АД, брадикардию, сонливость, ощущение « кома в горле», повышенное потоотделение, гиперсаливацию, спастические запоры. На РЭГ сосудистая дистония, на ЭЭГ - чаще встречается дезорганизация срединно-стволовых структур головного мозга, на ЭКГ - синусовая брадикардия, удлинение интервала Р-Q, увеличение амплитуды зубца Т.

Детям с симпатикотонией больше присуще вспыльчивость, изменения настроения, невротические состояния, ощущение сердцебиения. Часто жалобы на похолодание конечностей, онемение, парестезии по утрам, беспричинное повышение температуры тела, тахикардия, повышение АД. На РЭГ также определяется сосудистая дистония, на ЭЭГ отмечается раздражение мезодienceфальных структур головного мозга со снижением порога судорожной готовности. На ЭКГ синусовая тахикардия, укорочение интервала Р-Q, уплощение зубца Т.

У детей со смешанной формой ВСД чаще были жалобы на головные боли, потливость с похолоданием конечностей, при невротических измене-

ниях отмечалось сонливость и перепады АД от низких до высоких цифр. При обследовании выявленные изменения были различными характерными как для ваготонии, так и для симпатикотонии.

Уже после первого курса лечения танаканом положительная динамика наблюдалась у большинства больных из всех трех групп.

В первой группе пациентов с ваготонией значительное улучшения состояния в виде нивелирования жалоб, улучшение сосудистого тонуса, нормализации сна, АД наблюдалось у 17 больных(56%).

Умеренное уменьшение симптомов ВСД таких как, улучшения самочувствия, нормализации АД, уменьшения головных болей, головокружения отмечалось у 10 больных(33%).

Отсутствие эффекта было зарегистрировано у 3 больных(10%), что связано с более тяжелой сопутствующей патологией щитовидной железы.

Во второй группе также большая часть детей хорошо отреагировала на лечение танаканом. Практически исчезли жалобы, восстановился сосудистый тонус у 16 больных(57,8%). У 9 больных(32%) уменьшились головные боли, улучшилось настроение, эмоции. У 2 больных(7,1%) положительной динамики не отмечалось.

В третьей группе со смешанной формой ВСД снова эффективность танакана подтвердилась.

Со значительным улучшением состояния в виде отсутствия жалоб, нормализации АД, температуры тела, улучшения эмоции отмечалось у 23 больных (57,5%) .

Умеренное улучшения самочувствия, уменьшения головных болей, головокружения, уменьшения потливости, нормализации АД обнаруживается у 15 больных (37,5%).

И у 2х больных(5%) изменения в статусе не произошло, где течение ВСД было более тяжелым с вегетативными кризами. Дети были госпитализированы в кардиологическое отделение 3 ГДБ.

Таким образом, результаты наших наблюдений доказывают эффективность применения Танакана в лечении вегето-сосудистых дистонии у детей.

Показания к назначению этого препарата (в качестве монотерапии, или совместно с другими лекарственными препаратами) имеются у всех детей с ВСД. С учетом высокой аллергизации населения очень важным является очень редкие аллергические реакции на танакан. Этот препарат однозначно уменьшает выраженность вегетовисцеральных и ангиовегетативных нарушений, улучшает когнитивные функции у детей.

К счастью, ВСД, хоть весьма неприятная, зато не опасная для жизни. Но главное: вовремя принять меры, и как можно раньше начать лечение, и ВСД не усложнит жизнь вашему ребенку.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. А.М. Вейн « Заболевания вегетативной нервной системы».
2. А.С. Петрухин. «Неврология детского возраста».
3. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульман « Болезни нервной системы».
4. Барашнев « Детские болезни».
5. Комаровский « Профилактика ВСД у детей, подростков и взрослых».

УДК 616.839-008.6:616.1

ВЕГЕТО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ**А.К. ТАСПОЛАТОВА**

КГКП «Поликлиника №4», г. Павлодар

Резюме

В статье говорится о вегето-сосудистой дистонии, совокупности симптомов, возникающих на почве нервного перенапряжения, острых и хронических инфекционных заболеваниях, недостаточности, типах ВСД и лечении.

Түйіндеме

Мақалада вегеталық-тамырлық дистония туралы, жүйкелік артық күш жұмсау, жіті және созылмалы инфекциялық аурулар, жетіспеушілі, ВТД типтерінде және емделу негіздерінде туындайтын белгілер жиынтығы туралы.

Summary

The article refers to vascular dystonia, a collection of symptoms that occur on the basis of nervous strain, acute and chronic infectious diseases, disease, type of treatment and the irr.

Вегето-сосудистая дистония - синдром, включающий разнообразные по происхождению и проявлениям нарушения соматических (вегетативных) функций, обусловленные расстройством их нейрогенной регуляции.

Как правило, вегето-сосудистая дистония дает о себе знать еще в детстве. Страдающие ею дети капризны, конфликтны, часто болеют, плохо переносят физическую и интеллектуальную нагрузку. Слабенькие, бледные, склонные к обморокам и эмоциональным перепадам дети.

С годами «слабость» лишь усугубляется. Частые перепады давления, эмоциональная неустойчивость, приливы жара и обильной потливости «переходного» возраста - не что иное, как проявление вегетативной дистонии. Помимо гормонального сдвига, выбить из колеи предрасположенного к подобным срывам человека может хронический стресс, а также серьезная болезнь, чрезмерная физическая нагрузка, сильное эмоциональное потрясение (потеря близкого, работы, развод).

Нейроциркуляторная дистония (НЦД, вегето-сосудистая дистония) имеет функциональную природу, для нее характерны расстройства нейроэндокринной регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы.

Изменения, обусловленные сбоями в управлении тонусом симпатической и парасимпатической систем (относятся к вегетативной нервной системе) со стороны высших вегетативных центров, могут привести к развитию так называемой

вегетативной дистонии. Чаще всего она проявляется расстройством сердечно-сосудистой деятельности с развитием сосудистой дистонии. У некоторых людей вегетативная дистония наблюдается с рождения: они плохо переносят жару или холод, при волнении краснеют или бледнеют, покрываются потом. У детей вегетативная дистония может проявляться ночным недержанием мочи. У взрослых (чаще у женщин) нарушение регуляторных функций вегетативной нервной системы иногда протекает в виде приступов - вегетативных кризов.

Сосудистая дистония возникает на почве нервного перенапряжения или после острых и хронических инфекционных заболеваний, отравлений, витаминной недостаточности, нервных срывов. Симптомы сосудистой дистонии могут быть постоянными или проявляться приступами - вегетативно-сосудистыми пароксизмами. Постоянные симптомы чаще бывают при врожденной неустойчивости нервной системы. Такие люди плохо переносят перемену погоды, при физической работе и эмоциональных переживаниях легко бледнеют, краснеют, испытывают сердцебиение, повышенную потливость. Вегетативно-сосудистые пароксизмы начинаются либо с головной боли, либо с боли в области сердца и сердцебиения, покраснения или побледнения лица. Поднимается кровяное давление, учащается пульс, повышается температура тела, начинается озноб. Иногда возникает беспричинный страх. В других случаях наступает общая слабость, появля-

ются головокружение, потемнение в глазах, потливость, тошнота, снижается кровяное давление, урывается пульс. Приступы длятся от нескольких минут до 2 - 3 часов, и у многих больных проходят без лечения. При обострении сосудистой дистонии кисти и стопы становятся багрово-синюшными, влажными, холодными. Участки побледнения на этом фоне придают коже мраморный вид. В пальцах появляются онемение, ощущение ползания мурашек, покалывание, а иногда боли. Повышается чувствительность к холоду, руки и ноги сильно бледнеют, иногда пальцы становятся одутловатыми, особенно при длительном переохлаждении кистей или стоп. Переутомление и волнение вызывают учащение приступов. После приступа на несколько дней может остаться чувство разбитости и общего недомогания.

Одной из форм вегетативно-сосудистых пароксизмов является обморок. При обмороке внезапно темнеет в глазах, бледнеет лицо, наступает сильная слабость. Человек теряет сознание и падает. Судорог обычно не бывает. В положении лежа обморок проходит быстрее.

Предупреждение сосудистой дистонии должно начинаться с закаливания в детском и юношеском возрасте, организации рационального режима труда и отдыха. Необходимо избегать нервных перенапряжений, при заболевании тщательно соблюдать режим и другие назначения.

В зависимости от реакции сердечно-сосудистой системы выделяют 3 типа нейроциркуляторной дистонии: кардиальный, гипотензивный и гипертензивный.

Кардиальный тип - жалобы на сердцебиение, перебои в области сердца, иногда ощущение нехватки воздуха. Могут отмечаться изменения сердечного ритма (синусовая тахикардия, выраженная дыхательная аритмия, наджелудочковая экстрасистолия). На электрокардиограмме изменений нет или же иногда отмечаются изменения зубца.

Гипотензивный тип - утомляемость, мышечная слабость, головная боль (нередко провоцируется голодом), зябкость кистей и стоп, склонность к обморочным состояниям. Кожа обычно бледная, кисти рук холодные, ладони влажные, отмечается снижение систолического артериального давления ниже 100 мм рт. ст.

Гипертензивный тип - характерно преходящее повышение артериального давления, которое почти у половины больных не сочетается с измене-

нием самочувствия и впервые обнаруживается во время медицинского осмотра. На глазном дне в отличие от гипертонической болезни изменений нет. В некоторых случаях возможны жалобы на головную боль, сердцебиение, утомляемость

Лечение. Как уже говорилось, ВСД — это синдром, т. е. совокупность симптомов. Поэтому и лечение может быть только комплексное.

1. Сбалансированный режим дня, продолжительность сна 8-9 часов.

2. Адекватная физическая активность. Хороший эффект оказывают занятия в бассейне, бег, лыжи, аэробика, танцы, лыжи. Лица с АД 140/90 и выше должны заниматься в щадящем режиме. Можно использовать велотренинг 10-20 мин курс 30 дней.

3. Диета содержащая все необходимые ингредиенты, богатая витаминами, показаны продукты, содержащие соли калия - картофель, баклажаны, капуста, чернослив, абрикосы, изюм, инжир, зеленый горошек, петрушка, помидоры, ревень, свекла, укроп, фасоль, шавель. Часть животных жиров следует заменить растительными (масла подсолнечное, кукурузное, оливковое). Пациентам с повышенным АД необходимы продукты, содержащие соли магния гречневая, овсяная, пшеничные крупы, орехи, соя, фасоль, морковь, шиповник. Следует исключить из рациона соленья, маринады, ограничить соль до 4-5г. Противопоказаны крепкий чай, кофе, шоколад.

4. Психотерапия: методы релаксации, сочетание аутогенной тренировки и прямого внушения, разрешение психологической проблемы. Семейная психотерапия.

5. Массаж головы, воротниковой зоны С1-С4, спины. Длительность сеансов 8-10-15 мин., курс-18-20 процедур. С пониженным АД массаж туловища и конечностей.

6. Физиолечение: хвойные, кислородные, хлоридные натриевые душистые ванны. Электрофорез 4% р-ра сульфата магния, 5% р-р бромида натрия электросон. При пониженном АД - 5% р-р хлорида кальция, кофеина, мезатона, УФО в субэритемных дозах 15-20 процедур.

7. Фитотерапия: валериана, калина красная, пион, пустырник - это успокоительные средства, этим же действием и мягким мочегонным обладают айва, березовый гриб, мак, миндаль, морковь, мята, пастернак, солодка. При отсутствии нормализации АД добавляют средства с резерниноподобным и бета-ад реноблолирующим действием: барвинок малый, белокопытник, вербе-

на, змееголовник, магнолия, раувольфия, черная рябина, арника, багульник, пастушья сумка.

8. При отсутствии эффекта от описанных мероприятий необходимо переходить к медикаментозной терапии.

Таким образом, хотелось бы отметить, что прогноз вегетососудистой дистонии благоприятен и при правильном и своевременном лечении симптоматика и проявления болезни, как правило, проходят. При вегето-сосудистой дистонии

необходимо проводить регулярные курсы профилактики обострений, поддержание здорового образа жизни, рациональное «витаминизированное» питание, активные и регулярные занятия спортом, отказ от курения и злоупотребления алкоголем, создание психологически благоприятной обстановки дома и на работе, эти и другие известные всем нехитрые правила позволят избежать появления вышеописанных симптомов состояния с названием - вегетативно-сосудистая дистония.

УДК 616.831 - 008.918

ВНУТРИЧЕРЕПНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

А.А. ДЖАКСЫБАЕВА

ТОО «Медицина», Мангистауская область, г. Жанаозен

Резюме

Внутричерепная гипертензия (ВЧГ) — повышение давления в полости черепа. Может быть обусловлено патологией головного мозга (черепно-мозговая травма, опухоли, внутричерепным кровоизлиянием, энцефаломенингитом и др.). Возникает в результате увеличения объёма внутричерепного содержимого: спинномозговой жидкости (ликвора), тканевой жидкости (отёк мозга), крови (венозный застой) или появления инородной ткани.

Түйіндеме

Бассүйекішілік гипертензия (БСГ) — бассүйек қуысында қысымның көтерілуі. Бас миының (бассүйек-ми жаракатымен, ісіктермен, бассүйекішілік қан құйылуымен, энцефаломенингитпен және т.б.) патологиясымен шарттасуы мүмкін. Нәтижесінде бассүйекішілік ішіндегісі: жұлын-ми сұйықтығы (ликвор), тін сұйықтығы (ми ісігі), қан (тамырда тұрып қалу) немесе бөгде тіннің пайда болуы көлемінің ұлғаюы туындайды.

Summary

Intracranial hypertension (ICH) - increase in pressure within the skull. May be due to disorders of the brain (brain injury, tumor, intracranial hemorrhage, entsefalomeningitom etc.). Is the result of increased intracranial contents: cerebrospinal fluid (CSF), tissue fluid (cerebral edema), blood (venous stasis) or the appearance of a foreign tissue.

Внутричерепная гипертензия — повышение внутричерепного давления. Проявляется головной болью, тошнотой, рвотой, стойкой икотой, сонливостью, угнетением сознания, двоением (за счет одностороннего или двустороннего сдавления отводящего нерва), преходящими эпизодами нарушения зрения, появлением застойных дисков зрительных нервов (при исследовании глазного дна). В случаях выраженного повышения внутричерепного давления (ВЧД) увеличивается систолическое АД, появляется брадикардия (50 — 60 уд/мин).

Основные причины внутричерепной гипертензии — объемные поражения (опухоль, гематома), гидроцефалия, а также инсульт, менингит, энцефалит, нарушение водно-электролитного баланса (гипонатриемия), черепно-мозговая травма, эклампсия, острая гипертоническая энцефалопатия и другие заболевания, вызывающие отек мозга. Повышение ВЧД может быть также следствием застойной сердечной недостаточности, хронических обструктивных заболеваний легких, гиперкапнии, нарушения оттока по яремным венам, перикардального выпота. В норме дав-

ление цереброспинальной жидкости (ликвора) у человека, находящегося в положении лежа на боку, составляет 100—180 мм водного столба.

Опасность внутричерепной гипертензии состоит в возможности сдавления вещества мозга в ограниченном пространстве черепа, что ведет к диффузной ишемии мозга, а также вклинения — смещения мозговой ткани из одного черепного отсека в другой вследствие фокального повышения ВЧД. Вклинение чаще происходит в вырезку намета (тенториума) мозжечка (транстенториальное вклинение) или большое затылочное отверстие. Вклинение быстро приводит к летальному исходу вследствие сдавления ствола мозга и находящихся в нем жизненно важных центров.

Вклинение крючка височной доли наступает при наличии объемного образования в средней черепной ямке. Ранний признак — расширение зрачка на стороне поражения с утратой его реакции на свет. Позднее на стороне поражения или противоположной стороне развивается гемипарез. По мере нарастания ВЧД появляются признаки двусторонней дисфункции ствола мозга — сопор, затем кома, расширение другого зрачка, нарушения ритма дыхания, децеребрационная поза (руки разогнуты и ротированы внутрь, ноги вытянуты).

Центральное транстенториальное вклинение обусловлено диффузным отеком мозга, острой гидроцефалией или срединными объемными образованиями. Ранние признаки — сонливость и оглушение, частые глубокие вдохи, зевота, сужение зрачков, оживление сухожильных рефлексов, двусторонний рефлекс Бабинского. Затем зрачки расширяются, при болевом, раздражении в непарализованных конечностях появляется декортикационная поза (руки согнуты в локтевых суставах, ноги — вытянуты), которая затем сменяется децеребрационной, нарушается ритм дыхания.

При объемных образованиях, располагающихся в задней черепной ямке, может происходить вклинение ее структур в вырезку намета мозжечка (снизу вверх) или в большое затылочное отверстие (сверху вниз).

Для предупреждения повышения ВЧД при острых повреждениях головного мозга необходимо: 1) восстановить проходимость дыхательных путей, обеспечить достаточную оксигенацию, предупреждать и своевременно лечить легочные осложнения; 2) приподнять изголовье кровати на 15—30° для облегчения венозного оттока из полости черепа; 3) ограничить потребление жидко-

сти до 1,5 л/сут; 4) не вводить растворы, содержащие много «свободной воды» (например, 5% раствор глюкозы); 5) поддерживать водно-электролитный баланс и кислотно-щелочное равновесие; 6) своевременно купировать артериальную гипертензию, гипертермию, эпилептические припадки, психомоторное возбуждение; 7) по возможности избегать применения сосудорасширяющих средств.

Для быстрого снижения ВЧД показаны:

1) осмотические диуретики (маннитол по 0,25—1 г/кг внутривенно кацельно в течение 10—15 мин, затем в той же дозе каждые 6 ч, или глицерол по 30 мл внутрь в смеси с фруктовым соком или 250 мл 10% раствора внутривенно в течение 1—2 ч, затем повторно каждые 6 ч на протяжении 24-48 ч). Действие маннитола начинается через 10—20 мин и продолжается 4—6 ч. Вследствие увеличения объема циркулирующей крови возможны усиление сердечной недостаточности и отек легких, а после стимуляции диуреза — дегидратация и гипокалиемия. Вследствие нарушения гематоэнцефалического барьера препарат может накапливаться в ткани головного мозга, что обуславливает быстрое нарастание отека мозга после его отмены. Эффективность глицерола ниже, он действует медленнее, но эффект сохраняется более длительно;

2) петлевые диуретики — *фуросемид* (лазикс) по 20—40 мг внутривенно или внутримышечно 3 раза в день; возможно применение в комбинации с осмотическими диуретиками;

3) кортикостероиды показаны главным образом при опухолях мозга, но малоэффективны в случаях черепно-мозговой травмы, инсульта. Обычно назначают *дексаметазон* в дозе 8—12 мг внутривенно, затем по 4 мг внутривенно или внутримышечно 3—4 раза в день. Действие проявляется примерно через 12—24 ч. Одновременно для защиты слизистой оболочки желудка следует использовать антацидные средства или блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин);

4) в критических ситуациях при угрозе вклинения в условиях отделения интенсивной терапии прибегают к ИВЛ в режиме гипервентиляции, применению барбитуратов, пункции желудочков. Разработан метод длительного мониторинга ВЧД, который позволяет более эффективно лечить больных с тяжелой черепно-мозговой травмой и инсультом.

Доброкачественная внутричерепная гипертензия (псевдоопухоль мозга) - возникает главным

образом у тучных женщин в возрасте от 20 до 45 лет. У многих из них значительное увеличение массы тела наступило незадолго до начала заболевания. Провоцирующими факторами могут быть также лекарственные средства (оральные контрацептивы, эстрогены и прогестероны, тироксин, тетрациклины, налидиксовая кислота, нитрофураны, ампициллин, кетамин, амиодарон, фенотиазины), беременность, гиперпаратиреоз, гипервитаминоз или гиповитаминоз А, а также отмена кортикостероидов и др. Основная жалоба — головная боль, которая может быть диффузной, распирающей или более локальной (обычно ретроорбитальной). Боль усиливается при наклонах, кашле, чиханье. Нередко отмечаются двоение и эпизоды преходящего затуманивания зрения, обычно при изменении позы. Выявляется ограни-

чение движения одного или обоих глазных яблок кнаружи вследствие дисфункции отводящего нерва, обнаруживаются застойные диски зрительных нервов. В результате сдавления зрительных нервов возможна необратимая потеря зрения.

Основная цель лечения — предупредить необратимое повреждение зрительного нерва. Оно включает снижение массы тела, прием диакарба или других диуретиков, повторные люмбальные пункции. Иногда прибегают к курсовому лечению кортикостероидами в малых дозах. Важно регулярно контролировать остроту и поля зрения. При быстром снижении зрения вводят метилпреднизолон (500—1000 мг внутривенно капельно на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия) и направляют больного к офтальмологу для рассмотрения вопроса об оперативном вмешательстве (декомпрессии зрительного нерва).

УДК 616.98-056.8:613

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДА – ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА!

Т.А. ЕСЕНБЕКОВ

Областной Центр СПИД, Южно-Казахстанская область

Резюме

Признаем, что ВИЧ/СПИД представляет собой глобальное бедствие и требует исключительного и всеобъемлющего глобального ответа. Статья посвящена проблемам ВИЧ позитивных людей. Необходимо продолжать работу по обучению различных сторон проблемы ВИЧ/СПИД и предотвращения стигматизации и дискриминации людей живущих ВИЧ/СПИД.

Түйіндеме

АИТВ/ЖИТС глобалды мәселе және ол соның ақырғы жауабын талап етеді. Бұл мақала АИТВ-мен өмір сүріп отырған адамдардың мәселесіне арналған. Бізге әлі де АИТВ/ЖИТС-пен өмір сүретін адамдарды кемсіту мен қоғамнан алшақтатуға және АИТВ/ЖИТС-тің жан-жақты мәселелерінің алдын алу бағытында жұмыстар жасауымыз қажет.

Summary

Recognize that HIV / AIDS is a global emergency and requires an exceptional and comprehensive global response. The article is devoted to the problems of HIV positive people. Further work is required to teach various aspects of HIV / AIDS and prevention of stigma and discrimination against people living with HIV / AIDS.

Среди слухов о СПИДе, одним из главных является слух о бытовом заражении и фатальности этого заболевания. Такие сообщения пугают людей и уводят от реальной информации. Многие люди проявляют неуверенность в вопросах ВИЧ/СПИД, говорят о своих страхах за других детей и домашних. Нужно разработать специальную стратегию борьбы с этими страхами. А ведь

тот же туберкулез, который в наши дни стал бичом для многих, который более опасен в бытовом отношении, т.к., передается воздушно-капельным путем. Бациллы туберкулеза более устойчивы, чем ВИЧ, который разрушается под воздействием солнечных лучей, температуре выше 56 градусов и различных дезинфицирующих средств. Общаясь с больным туберкулезом, мы

не думаем о возможном легком заражении этой инфекцией, но боимся бытового общения с ВИЧ инфицированным, который не представляет такой опасности.

Половое воспитание среди населения разных стран, в том числе и у нас почти отсутствует. Всю информацию подростки получают от своих сверстников, из порнофильмов, интернет и т.д. что очень опасно. Не исключено, что эта безграмотность взаимоотношения полов сыграла, да и продолжает играть определенную роль в распространении ВИЧ и других заболеваний, передаваемых половым путем. ВИЧ/СПИД связан двумя жизненно важными жидкостями; кровью и спермой, являющиеся источниками жизни.

С нарастающим итогом в РК на 01.01.2012 года зарегистрировано 17 763 ВИЧ инфицированных в т.ч. дети до 14 лет - 369. В ЮКО зарегистрировано 2024 ВИЧ инфицированных в т.ч. дети - 211.

В Южно-Казахстанской области за 6 месяцев 2012 года зарегистрировано 99 ВИЧ инфицированных, на 100 тысяч населения составил 4,2%, в сравнении с аналогичным периодом прошлого года отмечается повышение на 4 случая. (2011 г. - 95 случаев, составил - 4,0%).

Среди ВИЧ инфицированных 73,6% - безработные, 15,4% рабочие, среди безработных 100% - иностранцы.

За 6 месяцев 2012 года 29,4% инфицированных составили потребители инъекционных нар-

котиков, доля полового пути - 6,6%, неустановленный путь передачи - 4,0%, от беременной женщины к плоду - 4,0 %.

Среди иностранцев в ЮКО ВИЧ инфицированные составили:

с Узбекистана - 74,8 %, с России - 14,2%.

Выводы: до тех пор пока не будут разработаны вакцина или методы эффективного лечения СПИДа, единственным способом защиты является избегание обстоятельств, при которых может произойти заражение ВИЧ: контроль крови, и ее препаратов, гарантированная стерильность всех инструментов и оборудования, игл, шприцев в медицинских учреждениях, а в первую очередь, более безопасный секс, который существенно снижает риск передачи ВИЧ.

Профилактика ВИЧ - долг не только медиков, но и всех людей, т.к., предупредить легче заболевание, чем лечить.

Страх, стыд депрессия ВИЧ-инфицированных, дискриминация их здоровыми людьми - страшнее вируса и самой болезни. Люди, пораженные ВИЧ, такие же граждане своей страны, как и все остальные. Даже если проблема ВИЧ/СПИДа вас не коснется, она может затронуть ваших родных, друзей, знакомых, сослуживцев. ВИЧ/СПИД - факт современной жизни, как и другие заболевания, и не стоит от него отмахиваться.

Поэтому информацию о ВИЧ/СПИДе должен знать каждый.

Таблица 1. Сравнительные данные регистрации ВИЧ-инфекции в разрезе районов, городов ЮКО за 6 месяцев 2011-2012 гг.

Районы, города	2011г. 6 мес				2012г. 6 мес				эпид. ситуация	
	абсолютное число		на 100 тысяч населения		абсолютное число		на 100 тысяч населения			
	Всего	из них дети до 14 лет	Всего	из них дети до 14 лет	Всего	из них дети до 14 лет	Всего	из них дети до 14 лет	Всего	из них дети до 14 лет
Арыс					1		1,5		+1	
Байдибек	1		1,8						-1	
Казыгурт	1		1,0						-1	
Махтарал	4		1,4		4		1,4			
Ордабасы	3		3,0						-3	
Отырар	1		1,7						-1	
Сайрам	4		1,6		4		1,6			
Сарыагаш	7		2,7		7		2,7			
Сузак					2		3,7		+2	
Шардара	2		2,6		5	1	6,5	3,7	+3	+1
Төлеби	4		3,4		4		3,4			
Түлкібас					1		1,0		+1	
Кентау	8	1	9,2	4,3	6		6,9		-2	-1
Түркестан	5		2,5		6	1	3,0	1,4	+1	+1
Шымкент	45		7,9		42	1	7,4	0,6	-3	+1
Иностранцы	10	1			17	1			+7	
Всего	95	2	4,0	0,1	99	4	4,2	0,5	+4	+2

3 октября 2012 года на базе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ) состоялось заседание круглого стола: **«Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин и детей»**, посвященного Всемирному дню сердца, который отмечается ежегодно в последнее воскресенье сентября по инициативе Всемирной организации здравоохранения.

Сегодня основную опасность для здоровья населения, в том числе женщин и детей, и первостепенную социально-медицинскую проблему для республики представляют сердечно-сосудистые заболевания, которые являются ведущей причиной болезненности, инвалидности и смертности. Ежегодно в мире 8,6 млн. женщин погибают от сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта. Это намного превышает общее число женщин умирающих от всех других заболеваний - рака, туберкулеза, ВИЧ/СПИДа - вместе взятых. Данные статистики свидетельствуют, что если из 20 женщин 1 погибает от рака молочной железы, то от сердечно-сосудистой патологии погибает 1 из 2 женщин. Согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в 2011 году зарегистрировано 2284,3 случаев болезней системы кровообращения на 100 тысяч населения; в 2010 году – 2086,7 случаев на 100 тысяч населения. Стойкую тенденцию к росту имеет и артериальная гипертензия, в 2011 году было зарегистрировано впервые в жизни 1035,0 случаев на 100 тысяч населения, в 2010 году 913,8 случаев заболевания артериальной гипертензией.

Лидирующими факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин признаны: курение (увеличение числа курящих женщин); избыточная масса тела, гиподинамия; артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет. Следует отметить, что рост сердечно-сосудистых заболеваний стал превалировать у женщин в связи с тем, что женщины стали занимать более активную социальную позицию, и то, что раньше было прерогативой мужчин, перешло к женщинам. Заболевания, которые ранее были характерны для мужчин, стали чаще наблюдаться у женщин. Имеющиеся половые различия в этиологии патогенеза сердечно-сосудистой недостаточности привели к появлению гендерных особенностей. У женщин, страдающих сахарным диабетом, риск сердечных заболеваний возрастает в 3-4 раза и еще больше увеличивается при избыточной массе тела и ар-

териальной гипертензии. Гормоны, выделяемые железами внутренней секреции, защищают сердце женщины от болезней. Однако при сахарном диабете вследствие нарушения обмена веществ эта защита нарушается.

Наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, избыточная масса тела и ожирение, которыми все чаще страдают современные дети, становятся причиной возникновения болезней сердца. Нездоровый образ жизни и вредные привычки, способствующие их возникновению и прогрессированию, часто формируются в молодом возрасте, нередко еще в детстве. В отличие от взрослого человека, дети редко жалуются на симптомы, характерные для заболеваний сердечно-сосудистой системы, поэтому необходимо более тщательно проводить опрос ребенка и делать упор на физикальное и инструментальное исследование. Несвоевременная диагностика заболевания сердца у детей в дальнейшем может привести к тяжелой сердечной недостаточности, задержке психофизического развития, плохой успеваемости и работоспособности.

В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы в республике с 2011 года проводятся скрининговые обследования населения на выявление болезней системы кровообращения: артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, сахарного диабета и других заболеваний. Проведение профилактического медицинского осмотра здоровых лиц определенного возраста позволяет выявить поведенческие факторы риска (табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, низкая физическая активность, нездоровое питание и др.), повысить эффективность лечения и предупредить развитие осложнений сердечно-сосудистых заболеваний.

Одним из прогрессивных методов в решении проблем, связанных с профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертонии, также является организация системы обучения населения противостоянию поведенческим факторам риска в школах здоровья «Артериальной гипертонии», «Сахарного диабета» и др..

«Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин и детей» - главная тема Всемирного Дня сердца-2012, который в этом году отмечается 30 сентября. Цель республиканского декадника, проводимого с 20 по 30 сентября в рамках Всемирного дня сердца при организаци-

онно-методическом руководстве НЦПФЗОЖ: повышение ответственности населения за состояние своего здоровья, активизация профилактических мероприятий в отношении болезненной системы кровообращения среди всех групп населения, в том числе среди женщин и детей, мобилизация населения на определение артериального давления и прохождение профилактических осмотров.

Декадник предусматривает проведение обучающих семинаров для медицинских работников, студентов, волонтеров, организацию определения уровня артериального давления в местах массового пребывания людей (базарах, супермаркетах, вокзалах, парках). Проведение Дней открытых дверей в лечебно-профилактических организациях с консультациями специалистов – кардиологов, терапевтов, определение уровня холестерина и глюкозы, физических параметров, индекса массы тела для оценки индивидуальных факторов рисков с последующей их коррекцией.

Среди населения предусмотрено распространение информационно-наглядного материала по профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы и поведенческих факторов риска, разработанного и предоставленного регионам НЦПФЗОЖ. Мероприятия декадника будут широко освещаться СМИ с акцентом на значимость скрининговых осмотров, ответственное отношение к своему здоровью и предупреждению развития сердечно-сосудистых заболеваний.

В связи со сложившейся ситуацией по уровню сердечно-сосудистых заболеваний и распространенности вредных привычек среди женщин, детей и подростков республики, участники круглого стола приняли решение о мерах по их устранению и призвали всех казахстанцев: ответственно относиться к своему здоровью, вести здоровый образ жизни, проходить профилактические осмотры, знать свое артериальное давление, уровень холестерина и сахара крови, контролировать их для того, чтобы избежать серьезных осложнений.