



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ  
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ,  
АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ  
НЫҒАЙТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

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

**№3**

Алматы, 2014



**Семинар-тренинг «Менеджмент научных исследований», 19-23 августа 2014г. Тренеры семинара PhD Жоа Бреда (менеджер программы по питанию, физической активности и ожирению, Европейское региональное бюро ВОЗ) и PhD Ивета Пудуле (старший аналитик по здравоохранению Центра по профилактике заболеваний и контролю, Латвия).**



**«Зимняя школа» для региональных представителей Управлений здравоохранения, Службы формирования здорового образа жизни областей и г.Астана, Алматы, координирующих деятельность профильных Школ здоровья в лечебных организациях страны, 12-14 ноября 2014 г.**

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

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ISSN 2223-2931**

**Издается с 2002 г.**

**№ 3. 2014 г. (УДК 614.2.574)**

**Подписной индекс 75978**

**Учредитель:**

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

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

Ответственность за содержание публикуемых  
материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦПФЗОЖ.

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

**Главный редактор:**

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е.

**Зам. главного редактора:**

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

**Ответственный редактор:**

к.м.н. Игликова А.Э.

**Редакционная коллегия:**

д.м.н., профессор Аканов А.А.,

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),

к.м.н. Азимов Г.Д. (Душанбе),

PhD Breda J. (Копенгаген),

PhD T.L.Hunt (Нью-Йорк),

к.м.н. Жандосов Ш.У.,

MD Ивета Пудуле (Рига),

Касымжанова Ж.К.,

Муталова З.Д. (Ташкент),

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.,

д.м.н. профессор Тулебаев К.А.,

академик Шарманов Т.Ш.

**Научный совет:**

д.м.н., профессор Ахметов В.И.,

д.м.н., профессор Алчинбаев М.К.,

д.м.н., профессор Арзыкулов Ж.А.,

д.м.н., профессор Абилдаев Т.Ш.,

д.м.н., профессор Беркимбаев С.Ф.,

д.м.н. Калматаева Ж.А.,

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

**Редакционный совет:**

Баймаханов Т.Б. (Павлодар),

Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау),

Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск),

Иманбекова Г.М. (Тараз),

Кайдарова Д.К. (Актобе),

Курманов М.К. (Астана),

Мамбетова Г.К. (Атырау),

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда),

Мулдагалиева З.Н. (Уральск),

Садвакасова А.К. (Костанай),

Сулейменова Г.Р. (Алматы),

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент),

Хамитов Т.Н. (Караганда),

Шахабаев М.С. (Петропавловск).

## МАЗМҰНЫ

### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

<b>Ж.Е. Баттақова, С.Б. Мұқашева, К.К. Медеубаева, Г.А. Қошаметова</b> Мектеп жасындағы балалардың денсаулығын сақтау және нығайту аспектілері.....	5
<b>Ж.Баттақова, С.Мұқашева, Т.Ермухамбетова</b> Жұмысшылардың денсаулығын қорғау және нығайтуда жұмыс орнының ролі.....	11
<b>Ж.Е. Баттақова С.Б. Мұқашева, Б.С. Сағындықова</b> Тағы да жіті ішек аурулары туралы.....	16
<b>Н. В. Гасюк</b> Пародонтит кезінде қызылиек өзіндік пластинкасы жасушалық инфилтраттарының иммуногистотелімділігі.....	20
<b>П. А. Гасюк, А. Б. Воробец</b> Одонтоглифика көзқарасы тұрғысынан үлкен азутістің жегілі үрдісінің даму ерекшеліктері.....	23
<b>Д.К. Қайдарова, Г.Т. Сидашева, Г.К. Карастекова, А.М. Шарбакова</b> Шылым шеғуға қарсы күреске бағытталған шараларды өткізудің заманауи әдістерін жетілдіру.....	26
<b>Р.К. Кипшакбаев, Ибрагимова И.В.</b> Нәрестелердегі респираторлық дистресс-синдром профилактикасы үшін сурфактантты қолданудың дәлелді мәліметтері мен фармакоэкономикалық мақсаттылығына шолу.....	30
<b>М. К. Құрманов, Е. А. Наконечникова</b> Астана қаласындағы жастар денсаулық орталығының жұмысына «Ақ сұңқар» әпк (әмбебап психодиагностикалық кешенін) енгізу туралы.....	41
<b>М. К. Құрманов, Г. С. Тоқбаева</b> Жоғары оқу орындарындағы жастар денсаулық орталықтарының психологиялық көмек қызметі дамуының өзектілігі.....	44
<b>А.М. Маймақова, С.Б.Байқошқарова, Мұрзағалиева Ғ.Ж.</b> Еркек бедеулігі кезіндегі диагностикалық алгоритм.....	49
<b>В. Е. Пудяк</b> Пародонттың қабынған ауруларын кешенді емдеу ерекшеліктері.....	52

## СОДЕРЖАНИЕ

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

<b>Ж.Е. Баттакова, Мукашева С.Б., К.К. Медеубаева Г.А., Кошаметова</b> Аспекты сохранения и укрепления здоровья детей школьного возраста.....	5
<b>Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Т.Ермухамбетова</b> Роль рабочего места в охране и укреплении здоровья работающих.....	11
<b>Ж.Е. Баттакова, С.Б. Мукашева, Б.С. Сагындыкова</b> Еще раз об острых кишечных заболеваниях.....	16
<b>Н. В. Гасюк</b> Иммуногистоспецифичность клеточных инфильтратов собственной пластинки десны при пародонтите.....	20
<b>П. А. Гасюк, А. Б. Воробец</b> Особенности развития кариозного процесса больших коренных зубов с позиции одонтоглифики.....	23
<b>Д.К. Кайдарова, Г.Т. Сидашева, Г.К. Карастекова, А.М. Шарбакова</b> Усовершенствование современных методов подхода к мероприятиям, направленным на борьбу с табакокурением.....	26
<b>Кипшакбаев Р.К., Ибрагимова И.В.</b> Обзор доказательных данных и фармакоэкономической целесообразности применения сурфактанта для профилактики респираторного дистресс-синдрома у новорожденных.....	30
<b>М. К. Курманов, Е. А. Наконечникова</b> О внедрении упдк (универсального психодиагностического комплекса) «Ак сункар» в работу молодежных центров здоровья в городе Астана.....	41
<b>М. К. Курманов, Г. С. Токбаева</b> Актуальность развития службы психологической помощи молодежных центров здоровья в высших учебных заведениях.....	44
<b>Маймакова А.М., Байкошкарлова С.Б., Мурзагалиева Г.Ж.</b> Диагностический алгоритм обследования при мужском бесплодии.....	49
<b>В. Е. Пудяк</b> Особенности комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта.....	52

## CONTENTS

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

<b>Z. Battakova, S. Mukasheva, K.K. Medeubaeva, G.A. Koshametova</b> Aspects of preservation of health and health promotion of school age children.....	5
<b>Z. Battakova, S. Mukasheva, T. Ermuhambetova</b> The role of the workplace in the protection and promotion of employees' health.....	11
<b>Z.E. Battakova, S.B. Mukasheva, B.S. Sagyndykova</b> Once more about ACUTE intestinal diseases.....	16
<b>N.V. Gasyuk</b> Immunohistocpecificity cell infiltration of the lamina propria healing with periodontitis.....	20
<b>P.A. Gasyuk, A.B. Vorobets</b> Features of caries molars from the position of odontoglyphics.....	23
<b>D.K. Kaydarova, G.T. Sidasheva, G.K. Karastekova, A.M. Sharbakova</b> Improvement of new methods against smoking.....	26
<b>R.K. Kipshakbayev, I.V. Ibragimova</b> Survey of evidence and pharmaco-economic reasonability of surfactant for prevention of respiratory distress syndrome in newborns.....	30
<b>M.K. Kurmanov, E.A. Nakonechnikova</b> Introduction of universal psychodiagnostic complex «Ak sunkar» in the work of youth health centers in Astana.....	41
<b>M.K. Kurmanov, G.S. Tokbaeva</b> Relevance of psychological services in youth health centers of higher education institutions.....	44
<b>Maimakova A.M., Baikoshkarova S.B., Murzagaliyeva G.ZH.</b> Algorithm of diagnostic the male infertility.....	49
<b>V.E. Pudyak</b> Features complex treatment of inflammatory periodontal disease.....	52

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

---

УДК: 613.955:371.71:614.2:001(574)

**Ж.Е. БАТТАКОВА д.м.н., профессор, С.Б. МУКАШЕВА к.м.н.,  
К.К. МЕДЕУБАЕВА, Г.А. КОШАМЕТОВА**

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

**АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ  
ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**АННОТАЦИЯ**

В статье дана информация о деятельности проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья» в Республике Казахстан.

**Ключевые слова:** Европейская сеть школ, содействующих здоровью, «Школы, способствующие укреплению здоровья» (далее ШСУЗ), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ).

На сегодняшний день актуальной проблемой среди детей школьного возраста является избыточная масса тела и ожирение, малоподвижный образ жизни, дорожно - транспортный травматизм и др.

В Послании Президента Республики Казахстан Н. А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2050» отмечено, что «Здоровье нации - основа нашего успешного будущего».

Всегда считалось, что главная задача школы – обучение и преподавание. При этом школы обладают огромным потенциалом, которые позволяют обеспечить здоровье и детям, и всему школьному сообществу, включая работников школы.

Сегодня школы играют все большую роль в формировании здорового образа жизни, сохранении здоровья детей. Проблемы, которые волнуют специалистов всех стран в области школьной медицины (до четверти подростков Европы имеют избыточную массу тела); прививки, которые они получают в школе; состояние здоровья, а именно зрения, осанки, пищеварения, полости рта и состояние зубов, а также

соответствие школьной мебели, уровень школьных нагрузок и др.

Европейская сеть школ здоровья была соз-

дана по инициативе трех международных организаций: Совета Европы, Европейского комитета и Европейского регионального бюро ВОЗ. Сейчас Европейская сеть школ укрепления здоровья (ENHPS) является одной из наиболее продвинутых международных программ по содействию сохранению здоровья школьников в мире. В проекте участвуют 43 европейские страны.

За последние 15 лет Европейская сеть школ, содействующих здоровью, на примере многих государств показала, что обеспечение здоровья – неотъемлемая часть основной деятельности школы.

Казахстан, как и другие страны, осознавая значимость сохранения и укрепления здоровья граждан со школьного возраста начал реализацию проекта «Школы, способствующие укреплению здоровья». В мае 1999 г. Республике Казахстан был вручен сертификат подписанный Международным Комитетом по планированию (ЕРБ ВОЗ, Европейское сообщество, Совет Европы), свидетельствующий о том, что Казахстан является официальным членом Европейской сети школ, способствующих укреплению здоровья.

Казахстанская сеть школ укрепления здоровья была организована для создания «образцовых», показывающих результаты пре-

творения в жизнь принципов укрепления здоровья в школьных условиях. Участвующие в проекте школы распространяют свой опыт и информацию в секторах здравоохранения и образования.

Основная цель – достижение формирования здорового образа жизни всего школьного контингента путем создания среды, способствующей укреплению здоровья.

В проект «Школы, способствующие укреплению здоровья» (далее - проект) в Республике Казахстан вовлечено 944 общеобразовательные школы. За 6 месяцев 2014 года отмечено увеличение количества школ, участвующих в реализации с 912 до 944. В каждой школе, входящей в данный проект, есть свои приоритетные направления в деятельности укрепления здоровья, например: уклон на физическую активность, здоровьесберегающее сопровождение, психологический аспект, рациональное питание.

На рисунке 1 представлена динамика количества мероприятий и охват целевой группы. Так, количество проведенных мероприятий за 6 месяцев 2014 года, составило 40 812, что несколько ниже, чем в 2013 г. Вместе с тем, необходимо отметить увеличение числа школьников, участвовавших в мероприятиях, организованных в текущем году в 1,3 раза в сравнении с 2013 годом.

Наибольшее количество школ, участвующих в проекте наблюдается в Западно – Казахстанской (156), Южно – Казахстанской (110), Мангистауской областях (108), наименьшее в Северно-Казахстанской области (6).

Для более широкого освещения всех проводимых мероприятий в СМИ регионального уровня были организованы 183 телерадиопередачи, 310 публикаций в печатных изданиях.

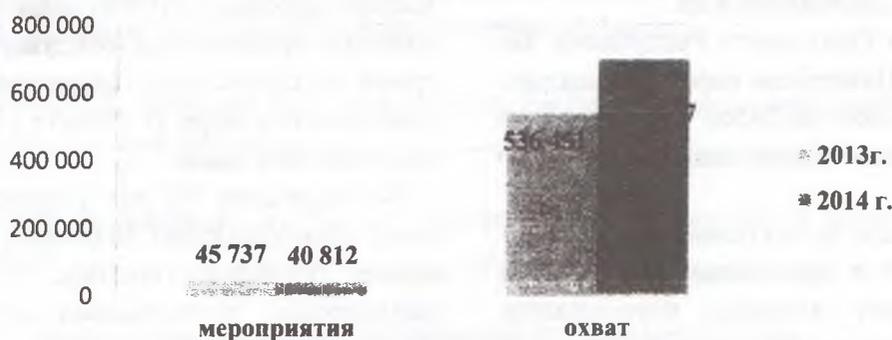


Рисунок 1. Количество проведенных мероприятий и охват целевой группы за 6 месяцев 2013-2014 гг.

Структура и количество мероприятий, организованных в 2014 году представлена следующим образом: тренинги – 1 584, семинары – 1 219, круглые столы – 771, акции – 582, конкурсы – 401, конференции – 160 и др.

Анализируя количество проведенных мероприятий в 2013-2014 годах, было выявлено, что возросло количество акций в 1,6 раза; спортивных мероприятий в 2 раза; тренингов в 1,3 раза, вместе с тем, наблюдается уменьшение числа круглых столов

– в 0,9 раза; семинаров – в 0,7 раза; конкурсов – в 0,8 раза; конференции – в 0,5 раза (рисунок 2). Вероятно это обусловлено популярностью среди целевой группы широкомасштабных акции, флеш-мобов, спортивных мероприятий, способных объединить большое количество детей и подростков, заинтересовать зрелищностью, а тренинги – возможностью участвовать в интерактивном режиме, приобретая новые знания и вырабатывая здоровьесберегающие навыки.

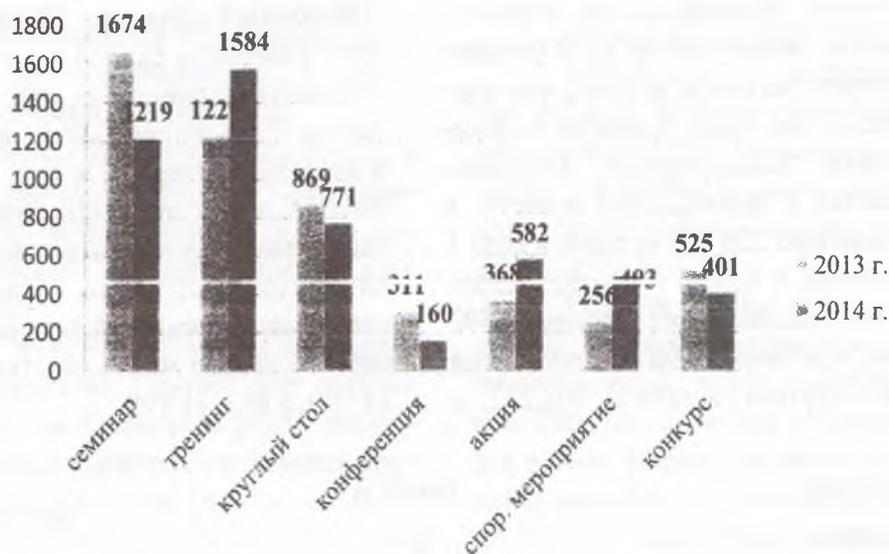


Рисунок 2. Количество проведенных мероприятий за 6 месяцев 2013-2014 гг.

Как видно из рисунка 3, общее количество проведенных мероприятий за 6 месяцев 2014 г. в разрезе регионов значительно отличается. Лидером по организации мероприятия является Актюбинская область, так в 64 школах было организовано 16 662 мероприятия. В Западно – Казахстанской области в 156 школах количество проведенных мероприятий составило только 8 605, в Жамбылской области в 78 школах количество проведенных мероприятий состави-

ло 4 545; в Южно – Казахстанской области проект реализует 110 школ, однако количество проведенных мероприятий всего 3 592. Минимальное количество проведенных мероприятий в Атырауской области - 59 при количестве 49 школ. Необходимо отметить, что в Павлодарской области наибольшее количество школ, вовлеченных в проект, однако количество мероприятий значительно ниже соответственно составило 100 и 206.

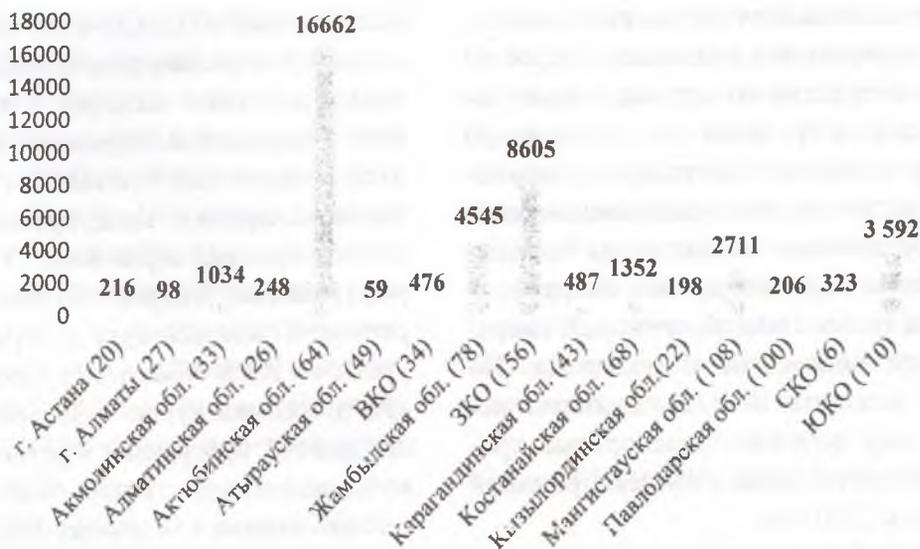


Рисунок 3. Количество проведенных мероприятий за 6 месяцев 2014 года в разрезе регионов

Анализ числа охваченных лиц в рамках организованных мероприятий за 6 месяцев 2014 г. в разрезе регионов выявил, что наибольшее число лиц было охвачено в Жамбылской, Южно – Казахстанской, Актюбинской областях. В Жамбылской области в 78 школах охвачено 226 052 человек в ходе 4 747 мероприятий, в Южно – Казахстанской области в 110 школах организовано 3592 мероприятия, при этом именно наибольший охват целевой группы составил – 202 232, в

Актюбинкой области - 73 358 человек приняли участие на базе 64 школ. Минимальное количество охваченных лиц также наблюдается в Атырауской области 4 908 человек в ходе 59 мероприятий при количестве 49 школ. Следует отметить низкое число лиц, охваченных в регионах с максимальным количеством ШСУЗ, это Западно-Казахстанская, Павлодарская, Мангистауская области, соответственно число участников составило 13 999, 5 613, 11 798.

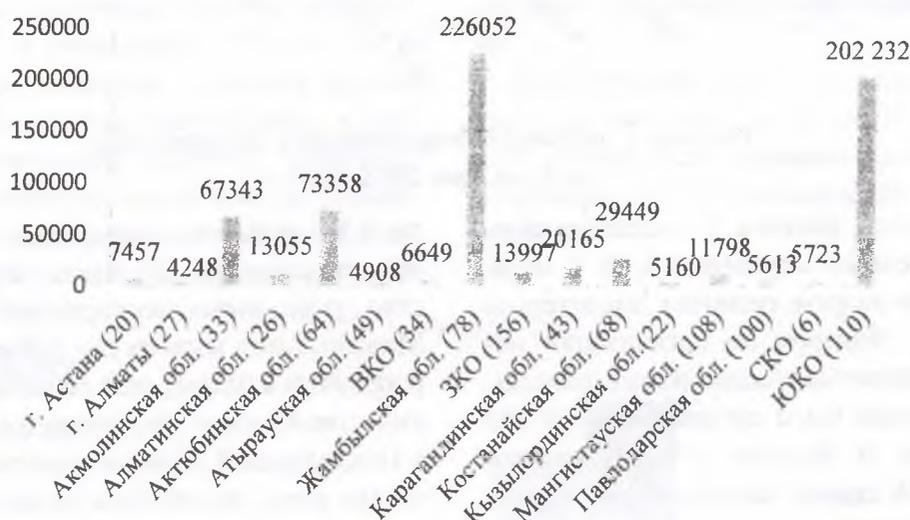


Рисунок 4. Число лиц, охваченных мероприятиями за 6 месяцев 2014 году

С целью повышения потенциала координаторов, курирующих реализацию проекта ШСУЗ во всех регионах страны в июле текущего года был проведен республиканский семинар по профилактике травматизма учитывая, что в настоящее время дорожно-транспортный травматизм находится на восьмом месте в списке ведущих причин смертности в мире и является главной причиной смертности среди подростков и молодежи. По прогнозам экспертов ВОЗ, без принятия неотложных мер дорожно-транспортные происшествия станут пятой ведущей причиной смертности к 2030 году.

Вниманию участников была представлена программа Всемирной организации здра-

воохранения «TEACH-VIP: обучение, просвещение и расширение сотрудничества для предупреждения насилия и травматизма в целях сохранения здоровья», разработанная путем совместных усилий ВОЗ и огромного числа экспертов по предупреждению травматизма из разных стран мира. Учебный материал включает 2 курса: «Базовый» и «Расширенный», каждый курс содержит модули с уроками, так в «Базовом курсе» - 21 урок, в «Расширенном курсе» - 39 уроков. Реализация данной программы в регионах позволит консолидировать усилия всех заинтересованных сторон в вопросах предупреждения травматизма среди населения и в первую очередь детей, подростков и молодежи.

По данным Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день хронические неинфекционные заболевания (далее - ХНИЗ) являются основной причиной смерти в мире — на них приходится 63% всех ежегодных случаев смерти, что составляет порядка 36 миллионов случаев летальных случаев ежегодно.

Проблема избыточной массы и ожирения стала серьёзной угрозой для многих людей в мире и в Казахстане [4, 5], приобретая социальный характер, укорачивая продолжительность жизни на 10—15 лет. Дети с избыточным весом и ожирением склонны к ожирению и развитию ХНИЗ в зрелом возрасте, что соответственно увеличивает риск преждевременной смерти и потери трудоспособности [6, 7].

Принимая во внимание значимость нерационального питания, рост числа лиц с избыточной массой тела и ожирением [8] Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни с 19 по 23 августа 2014 г. провел семинар-тренинг по изучению распространенности ожирения и поведения детей школьного возраста в отношении здоровья с привлечением экспертов Европейского регионального бюро ВОЗ, Центра по профилактике заболеваний и контролю (Латвия), для дальнейшего осуществления эпидемиологической оценки влияния ведущих факторов риска образа и качества жизни детей на здоровье, избыточную массу тела и ожирение у детей в пилотном регионе - Актюбинской области. Результаты данного исследования в дальнейшем планируется экстраполировать на страновом уровне. По итогам проведенного эпидемиологического исследования ожидается выявление ведущих факторов риска и распространенности ожирения среди детей младшего школьного возраста, что позволит:

- разработать комплекс межсекторальных мер по улучшению здоровья и благополучия детей 11-15 лет и мер по профилактике ожирения среди детей 6-9 лет, как на регио-

нальном так и на государственном уровнях;

- разработать и внедрить современные организационные технологии на уровне школьного сообщества направленных на развитие устойчивости рискованному поведению, психо-эмоциональным расстройствам среди детей 11-15 лет.

Ребенок требует к себе особого внимания, учитывая возрастные физические, эмоциональные, психологические особенности. Главным аспектом в сохранении здоровья в этом возрасте является своевременное информирование о поведенческих факторах риска, о их негативном влиянии на здоровье, развитие заболеваний, ухудшающих качество жизни в дальнейшем; развитие устойчивой мотивации к отказу употребления психоактивных веществ, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, ответственному безопасному поведению по отношению к своему здоровью и здоровью близких.

Главной задачей педагогов, родителей, сверстников, обученных по принципу «равный равному» и всего общества является обеспечение условий для гармоничного роста и развития здорового ребенка, оказание психологической поддержки, привитие здоровьесберегающих навыков, формирование ответственного отношения к своему здоровью в течение всей своей жизни, развитие приверженности к здоровому сбалансированному питанию - отказу от фастфуда, сладких газированных напитков, к активному образу жизни – занятиям спортом и физической культурой, созданию гармоничной, позитивной психологической атмосферы, а также социально неприемлемого имиджа табакокурения, употребления алкоголя и наркотических веществ.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стратегия «Казахстан-2050».
2. Методическое руководство для координаторов проекта ВОЗ «Школы, способ-

ствующие укреплению здоровья в Казахстане» Алматы, 2011г.

3. В.Кучма «Европейская сеть» <http://zdd.1september.ru/>

4. Ezzati M, Lopez, A. D., Rodgers, A., Murray, C. J. L. (eds). Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organisation; 2004.

5. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research; 2007.

6. Tsiros MD OT, Buckley JD, Grimshaw P, Brennan L, Walkley J, et al. Health-related quality of life in obese children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*. 2009;33:387-400.

7. Williams J WM, Hesketh K, Maher E, Waters E. Health-related quality of life of overweight and obese children. *JAMA*. 2005;293:70-6.

8. Всемирная организация здравоохранения.

Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2002.

## ТҮЙІН

Бұл мақалада Республикамыздағы ДДҰ-ның «Денсаулық сақтауға ықпал ететін мектептер» жобаның жұмысы баяндалған.

Түйін сөздер: Денсаулыққа ықпал ететін Еуропалық мектептер желісі, «Денсаулық сақтауға ықпал ететін мектептер» (бұдан әрі ДСЫЕМ), Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ).

## SUMMARY

This article contains information about the activity of «Schools assisting strengthening of health» WHO project in Republic of Kazakhstan.

Key words: European network of schools that promote health, «Schools of health promotion» (SHP), the World Health Organization (WHO).

УДК: 613.6:331.47:614.2:001(574)

**Ж.Е. БАТТАКОВА** д.м.н., профессор, **С.Б. МУКАШЕВА** к.м.н.,  
**Т. ЕРМУХАМБЕТОВА** магистр м.н.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

## РОЛЬ РАБОЧЕГО МЕСТА В ОХРАНЕ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ

### АННОТАЦИЯ

В данной статье описывается необходимость охраны здоровья и усиления контроля в обеспечении безопасности труда на производстве и профилактики профессиональных заболеваний.

**Ключевые слова:** здоровые рабочие места, гигиена труда, профессиональные заболевания.

“Благополучие бизнеса зависит от здоровья рабочих” - доктор М.Нейра, Директор отдела общественного здравоохранения и окружающей среды ВОЗ.

Работающие составляют половину мирового населения и вносят основной вклад в экономическое и социальное развитие. Активные в экономическом отношении люди проводят на работе в среднем приблизительно треть времени. Хорошие условия работы могут создавать социальную защиту и статус, возможности для личного развития и защиту от физических и психосоциальных факторов, а также позволяют улучшать социальные отношения работающих и положительно воздействуют на здоровье.

Здоровье и благополучие являются ключевым фактором экономического и социального развития и имеют важнейшее значение в жизни каждого человека, для каждой семьи и всех сообществ. Нездоровье, напротив, ведет к утрате жизненного потенциала, вызывает страдания людей и истощение жизненных ресурсов во всех секторах.

Значительная часть преждевременной смертности устранима: расчеты показывают, что можно предотвратить не менее 80% случаев ишемической болезни сердца, инсультов и диабета типа 2 и, по крайней мере, - одну треть злокачественных новообразований. К примеру, опыт Польши показывает,

что более здоровое питание и снижение распространенности курения позволяют снизить частоту случаев хронических болезней сердца и уровни общей преждевременной смертности.

Профилактика эффективна. Но для этого необходимо соблюдать принцип «Учет интересов здоровья во всех стратегиях», направленный на то, чтобы стратегическое руководство в интересах охраны здоровья и благополучия стало приоритетом не только для сектора здравоохранения, но и для других секторов. Данный принцип работает в обоих направлениях, обеспечивая, с одной стороны, чтобы все секторы осознавали свою роль в охране здоровья и действовали сообразно этой роли, а с другой - учет влияния здоровья людей на деятельность соответствующих секторов. Такой подход, благодаря привлечению частного сектора, гражданского общества, профсоюзов и отдельных граждан, повышает способность сообществ преодолевать угрозы здоровью, безопасности и благополучию.

Предоставление людям возможностей контролировать свое здоровье и его детерминанты способствует развитию сообществ и повышению качества жизни. Без активного участия самих людей многие возможности для укрепления и защиты их здоровья и повышения уровня благополучия утрачиваются.

Риски для здоровья, такие как повышенная температура, шум, пыль, опасные химические вещества, небезопасное машинное оборудование и психологический стресс, вызывают профессиональные заболевания, также могут усугубить уже имеющиеся проблемы со здоровьем. Условия занятости, вид работы и место в трудовой иерархии также оказывают влияние на здоровье. Люди, работающие в условиях стресса или в обстановке нестабильности, склонны больше курить, делать меньше физических упражнений и придерживаться нездорового питания.

По оценкам Международной организации труда (далее- МОТ) около 2,3 млн. мужчин и женщин ежегодно погибают в результате несчастных случаев на рабочем месте или связанных с работой заболеваний – в среднем 6 000 человек ежедневно. Во всем мире ежегодно регистрируется примерно 340 млн. несчастных случаев на производстве и 160 млн. жертв профессиональных заболеваний. МОТ регулярно обновляет эти данные, изменения которых показывают рост количества несчастных случаев и ухудшений состояния здоровья.

Методологически рассчитанное количество несчастных случаев на производстве для стран СНГ составляет 11 000 случаев. Для сравнения, зарегистрированными считаются 5 850 случаев (информация отсутствует по 2 странам региона). Занижение общего числа несчастных случаев на производстве, включая и данные по несчастным случаям со смертельным исходом, дает неправильное представление об этой проблеме.

Статистические данные о несчастных случаях на производстве, в том числе и со смертельным исходом, и профессиональных заболеваниях, полученные МОТ, показывают, что наибольшую смертность среди работников вызывают связанные с работой заболевания. Одни лишь вредные вещества являются причиной 651 279 смертей в год.

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее- ВОЗ), большинство

стран теряют от 4% до 6% ВВП по причине проблем здоровья, связанных с работой. Ежегодно 12,2 миллиона человек, главным образом в развивающихся странах, умирают от неинфекционных заболеваний еще будучи в активном работоспособном возрасте. На некоторые виды рисков, связанных с профессиональной деятельностью, такие как травмы, шум, воздействие канцерогенных агентов, взвешенные в воздухе частицы и эргономические риски, приходится значительная часть бремени хронических заболеваний: 37% случаев боли в спине, 16% потери слуха, 13% хронических обструктивных легочных заболеваний, 11% астмы, 8% травм, 9% рака легких, 2% лейкемии и 8% депрессий.

В настоящее время специализированными медицинскими услугами в области гигиены труда могут пользоваться лишь 15% работающих людей во всем мире, главным образом в крупных компаниях, которые оплачивают медицинское страхование и выдают пособия в случае травм, связанных с работой. В условиях глобального кризиса в области занятости все большее число людей ищут работу в неофициальном секторе, в котором не предусмотрено никакого страхования и отсутствуют службы гигиены труда.

Согласно данным Национального центра гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, за последние десять лет в Казахстане зарегистрировано - 4351 первично установленных случаев профессиональных заболеваний, которые в большинстве случаев сопровождались развитием ограничения профессиональной трудоспособности.

Однако, регистрируемый уровень профессиональной заболеваемости не адекватен состоянию условий труда в современном Казахстане, который значительно ниже, чем в благополучных странах Европы (в Германии - 2006 г. - 13 365 сл., Франции - 2006 г. - 51142 сл., Финляндии в 2005 г. - 5311 сл.).

По итогам 2010 г. наиболее высокие показатели профессиональной заболеваемости в республике отмечаются на предприятиях:

- горнодобывающей промышленности (64%),
- угольной промышленности (19%),
- металлургической промышленности (10,7%).
- в химической и нефтегазовой промышленности - 2,6 % и 2,1% соответственно.

Самый высокий удельный вес профессиональной заболеваемости зарегистрирован в Восточно-Казахстанской (37,3) и Карагандинской (31,4) областях, поскольку в данных регионах представлена львиная доля горнодобывающей, угольной и металлургической промышленности Республики Казахстан.

Вместе с тем, профессиональная патология практически не выявляется в Алматинской и Атырауской областях, хотя во вредных условиях труда в указанных регионах продолжают работать 40971 и 46454 чел. соответственно.

На сегодняшний день более 600 тысяч работников получают компенсации: дополнительный отпуск, сокращенный рабочий день, доплата за вредные условия труда, молоко, лечебно-профилактическое питание. На эти цели ежегодно выплачивается около 63 млрд. тенге.

Материальные последствия от несчастных случаев составляют - 1.2 млрд. тенге, это выплаты по листку нетрудоспособности, сумма доплат до прежнего заработка при переводе на другую работу и единовременные пособия.

ВОЗ считает, что для защиты и укрепления здоровья работающих приоритетное значение необходимо придавать рабочему месту. Рабочее место может оказывать значительное положительное воздействие на здоровье и благополучие работающих, их семей, отдельных сообществ и общества в целом. Эксперты убеждены, что на рабочем месте необходимо проводить в жизнь практические решения для усиления такого воздействия.

Здоровое место работы- это место, где

работники и менеджеры постоянно сотрудничают в совершенствовании охраны и укрепления здоровья, безопасности и благополучия всех работающих, способствуют совершенствованию рабочего места.

Разработанная ВОЗ модель здоровой обстановки на рабочих местах- это комплексный путь принятия мер, направленных на решение основных проблем:

- здоровье и безопасность в физической производственной среде;
- здоровье, безопасность и благополучие в психосоциальной производственной среде, включая организацию труда и культуру рабочего места;
- личный потенциал здоровья работника на рабочем месте;
- способы участия в совместной работе по улучшению здоровья работающих, их семей и других членов сообщества.

В 2002 году в Республике Казахстан начата реализация проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места». Внедрение данного проекта было признано своевременным и актуальным для развивающейся страны. К 2013 году «Соглашение о сотрудничестве» по внедрению проекта заключили 84 предприятия из 11 регионов республики. Среди них «Казахтелеком», «Казпочта», ГЦТ «Астана-Телеком», Управление дорожно-транспортной полиции ГУВД, Главное управление противопожарной службы ЮКО, ТОО «Кокшетауминводы», ОАО «Васильковский горно-обогатительный комбинат», ОАО ТНК «Казхром», ОАО «Уральский завод «Зенит», ЗАО «Интергаз Центральная Азия», «Усть-Каменогорский трамвайный парк», НЦПФЗОЖ МЗ РК, областные и городские центры формирования здорового образа жизни и другие.

В Послании народу Казахстана 17 января 2014 года Президент РК Н. Назарбаев отметил: «Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания. Занятие спортом, правильное питание, регулярные

профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний».

В соответствии со статьями 154 и 155 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», с разделом 5 Трудового кодекса Республики Казахстан от 15 мая 2007 года, во исполнение пункта 9 главы 5.1 Плана мероприятий по реализации Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 29 января 2011 года № 41, с целью мотивации и ответственности работодателей в вопросах охраны здоровья, в обеспечении условий ведения здорового образа жизни работниками организаций, а также за своевременное прохождение работниками профилактических осмотров, Приказом Министра здравоохранения РК от 23 декабря 2011 года №913 утвержден Межведомственный план мероприятий по вопросам сохранения и укрепления здоровья работников организаций.

Государственная политика в области здравоохранения РК направлена на необходимость обеспечения работодателями прохождения работниками организаций, относящихся к целевым группам, скрининговых осмотров в поликлинике по месту жительства в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, что позволит выявлять заболевания на ранних стадиях и, в свою очередь, способствует более благоприятному исходу болезней.

Как показывает наилучшая международная практика для формирования солидарной ответственности за сохранение здоровья на уровне работодателей, создание работодателями условий для прохождения профосмотров работниками, для поддержания и укрепления здоровья работников и ведения ими здорового образа жизни, необходимо обеспечить:

1. условия по отказу от вредных привычек путем:

- создания зон, свободных от табакокурения;
- стимулирования работников к отказу от потребления психоактивных веществ;
- поощрения работников бросивших курить, употреблять алкоголь, наркотики;

2. раннее выявление факторов риска и социально-значимых заболеваний путем:

- рассмотрения на заседании Координационного совета по охране здоровья при акиматах вопросов по созданию работодателем условий для прохождения работниками скрининговых осмотров по выявлению факторов риска и социально-значимых заболеваний по месту жительства в рамках ГОБМП;
- содействия работодателями обязательному прохождению работниками, относящихся к целевым группам скрининговых осмотров в поликлинике по месту жительства в рамках ГОБМП (с сохранением заработной платы во время прохождения скрининговых осмотров);

3. выполнение достаточной физической активности работниками путем:

- внедрения на постоянной основе производственной гимнастики с учетом характера труда продолжительностью не менее 10 минут;
- предоставления финансовых субсидий работодателям для приобретения спортивных помещений или инвентаря;
- обеспечения доступности спортивных сооружений/комплексов для работников и членов их семей путем внедрения системы льготных абонементов, клубных карт, сертификатов и другие;
- поощрения пешей ходьбы и езды на велосипедах в ходе выполнения трудовых обязанностей путем адаптации производственной нагрузки и процессов;
- финансирования общественного транспорта и велосипедов для доставки работников до работы;

- обеспечения сотрудничества с местными организациями по созданию велодорожек, пешеходных тротуаров и т.д.;

4. соблюдение рационального питания путем:

- субсидирования выбора здоровых продуктов в кафетериях и торговых автоматах;

5. создание здоровой физической и психосоциальной производственной среды, включая соответствие всех рабочих мест минимальным требованиям охраны здоровья и безопасности;

6. разработку системы поощрения работников для создания личного потенциала здоровья путем сокращения количества отпусков по болезни и нетрудоспособности, минимизируя затраты на лечение и т.д.;

7. предоставление дополнительного образования работникам и членам их семей по формированию безопасного ответственного поведения, привитию здоровьесберегающих навыков, профилактике социально-значимых заболеваний;

8. внедрение налоговых стимулов работодателям для создания условий по ведению здорового образа жизни работниками;

9. Акиматам областей проведение конкурсов «Лучший работодатель», победителям которых предоставлять поощрения.

Успешная реализация указанных мероприятий возможна в рамках осуществления проекта «Здоровые рабочие места», соответственнеобходимо вовлечение наибольшего количества предприятий, организаций, работодателей и работников в целом по стране.

Ожидается, что консолидация усилий всех заинтересованных сторон будет способствовать сохранению и укреплению здоровья работающего населения, снижению уровня профессиональной заболеваемости и, как следствие, способствовать снижению социально-экономических потерь, связанных с утратой трудоспособности, снижению травматизма, отравлений и несчастных случаев на производстве, улучшению локальной экологической ситуации вблизи промышленных

предприятий.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Healthy workplaces: A model for action: for employers, workers, policy makers and practitioners.// World Health Organization, 2010- P.7- 24.

2. Здоровье- 2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия.//Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Шестьдесят вторая сессия, Мальта, 10- 13 сентября, 2012- С. 1- 13.

3. Доклад Председателя Комитета по контролю и социальной защите Министерства труда и социальной защиты населения РК Бисакаева С.Г. на тему: «Состояние и меры по профилактике профессионального заболевания»- г. Астана, 2013 г.

4. Global Strategy on Occupational Health for All: The way to health at work.// World Health Organization, Geneva,1995- P. 10- 25.

5. Охрана труда в Республике Казахстан. Национальный обзор.// Международная организация труда, 2008.

6. Взаимосвязь между здоровьем и трудом: Соединение гигиены труда и первичной медико- санитарной помощи для улучшения здоровья работающих. Исполнительное резюме.//Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.

7. Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. 17 января 2014 г.

8. Веб- сайт Международной организации труда. www.ilo.org

9. Приказ Министра здравоохранения РК от 23 декабря 2011 года №913 «О мерах по формированию мотивации и ответственности работодателей в вопросах охраны здоровья, обеспечению условий ведения здорового образа жизни работниками организаций, за своевременное прохождение работниками профилактических мероприятий».

## ТҮЙІН

Осы мақалада өндірісте еңбек қауіпсіздігін қамтамасыз ету және кәсіби аурулардың алдын алуын бақылауды күшейту және денсаулықты сақтау қажеттілігі мазмұндалған.

**Түйін сөздер:** сау жұмыс орны, еңбек гигиенасы, кәсіптік аурулар.

## SUMMARY

This article describes the need for health security and strengthening of control in ensuring the safety at work and the prevention of occupational diseases.

**Keywords:** healthy workplaces, occupational health, occupational diseases.

УДК: 616.9:616.34-002.1-053.2-084

**Ж.Е. БАТТАКОВА д.м.н., профессор, С.Б. МУКАШЕВА к.м.н.,  
Б.С. САГЫНДЫКОВА**

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

## ЕЩЕ РАЗ ОБ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

### АННОТАЦИЯ

В статье дана информация об актуальности острых кишечных заболеваний (далее – ОКЗ), особенно у детей, об основных путях заражения. Проблема острых кишечных инфекций у детей относится к управляемым нозологиям, заслуживает пристального внимания и требует объединения усилий врачей, родителей и всего общества в целом.

**Ключевые слова:** ОКЗ, дети, заразность, профилактика, личная гигиена.

В мире ежегодно умирает более 10 миллионов детей, не достигнув 5-ти летнего возраста. При этом, ОКЗ являются самыми широко распространенными заболеваниями, занимающими второе место после острых респираторных инфекций среди всех инфекционных заболеваний детского возраста.

По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется 1-1,2 млрд. «диарейных» заболеваний, и около 5 млн. детей ежегодно умирает от острых кишечных заболеваний и их осложнений. Практически, каждый человек на земле за свою жизнь болеет этими заболеваниями. На долю детей приходится около

60-65% всех случаев ОКЗ, чаще болеют дети от 1 года до 7 лет. Самые высокие показатели регистрируются в возрастной группе до 2-х лет, в основном заражение происходит при употреблении продуктов питания, зараженных возбудителями ОКЗ, при непосредственном контакте больного человека с ребенком. Заражению ОКЗ способствуют антисанитарные условия жизни и несоблюдение правил личной гигиены родителями или ухаживающими лицами, которые при уходе за ребенком, заражают его через грязные руки, детское белье, игрушки, посуду и другие предметы домашнего обихода. Как

правило, при появлении первых признаков заболевания, родители не обращаются к врачу, а начинают заниматься самолечением, что может привести к временному исчезновению клинических признаков и незначительному улучшению самочувствия, однако в организме остаются и продолжают размножаться возбудители кишечных заболеваний. Вследствие этого, состояние ребенка может ухудшиться, заболевание может перейти в хроническую форму и/или больной ребенок становится носителем возбудителя инфекции (бактерио- или вирусоносителем), тем самым являясь источником инфицирования для других.

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

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

Острые кишечные заболевания - это группа инфекционных заболеваний, которые повреждают в первую очередь, желудочно-кишечный тракт. Причиной являются в основном бактерии и вирусы, выделяющиеся во внешнюю среду с испражнениями человека и проникающие в организм через рот. Причиной ОКЗ являются: возбудители острой дизентерии, сальмонеллезной инфекции, брюшного тифа, эшерихиоза, иерсиниоза, ротавирусной, энтеровирусной и аденовирусной инфекций; вирусного гепатита «А».

Для ОКЗ, обусловленных бактериями, характерна летняя и осенняя сезонность, а для ОКЗ, вызванных вирусами характерна осенняя и зимняя сезонность заболевания. Все ОКЗ обладают большой заразностью и если больной ребенок или носитель заболевания посещает детское учреждение, то существует высокий риск развития группового заболевания.

Восприимчивость к ОКЗ у детей высокая. Риск заражения зависит от дозы попавшего в организм возбудителя, его заразности, а также от состояния организма ребенка. Чаще болеют дети раннего возраста, недоношенные, а также находящиеся на искусственном вскармливании. Иммуитет после ОКЗ нестойкий, высока возможность повторных заражений, в связи с чем, очень важно соблюдение правил личной гигиены.

В целях снижения заболеваемости и смертности детей раннего возраста в республике с учетом рекомендации Всемирной организации здравоохранения и Детского фонда Организации Объединенных Наций был внедрен метод интегрированного ведения болезней детского возраста (далее ИВБДВ) и развития детей раннего возраста.

Стратегия Интегрированного Ведения Болезней Детского Возраста или ИВБДВ - это ключевая стратегия, направленная на улучшение здоровья ребенка, повышение качества оказания медицинской помощи детям от 0 до 5 лет, снижение детской смертности, частоты и тяжести заболеваний и инвалидности, улучшение роста и развития детей.

Данная стратегия повышает эффективность медицинских услуг с помощью четких протоколов клинического ведения и стандартов госпитализации, снабжения и рационального использования лекарственных препаратов, повышения профессиональных навыков и экономии времени медицинского персонала, концентрации внимания на консультировании и общении с ухаживающими за детьми лицами.

Наряду с этим ежегодно со 2 по 12 июня во всех регионах республики проводится декада по профилактике острых кишечных инфекций по вопросам предупреждения, развития ОКЗ и своевременного обращения за медицинской помощью.

Так, в 2014 году в рамках декады по профилактике острых кишечных инфекций проведено 43 140 мероприятий, в том числе: 148 семинаров для медработников, 150 занятий в школах здоровья, 211 дней открытых дверей, 707 семинаров / тренингов, 4314 лекции, 43 анкетирования, 34279 бесед, 112 конференции, 418 круглых столов, 139 совещания, 135 акции, оформлены 1806 выставок, стендов, сануголков, 392 санбюллетня. Всего мероприятиями в рамках декады было охвачено 2157970 человек.

Для повышения осведомленности населения о мерах профилактики ОКЗ, значимости соблюдения личной гигиены на постоянной основе разрабатываются и распространяются во всех регионах информационно-образовательные материалы в виде буклетов «Советы по предупреждению острых кишечных инфекций», плакатов «Советы отдыхающим по профилактике пищевых отравлений!», брошюр «Еще раз об острых кишечных заболеваниях и мерах их профилактики у детей».

Все мероприятия были освещены в СМИ республиканского и регионального уровня, включая: 28 теле и 121 радиопередачи, 9 пресс-конференции, опубликована 81 статья, осуществлена трансляция аудио-видеороликов в местах массового пребывания населения.

Обращаем внимание, что особенностью течения кишечных инфекций является быстрое развитие осложнений, которые могут усугубить ухудшение состояния здоровья.

Таким образом, чтобы снизить риск ОКЗ у детей, важны не только знания, но самое главное - это соблюдение всех правил личной и общественной гигиены, а также при выявлении первых симптомов своевременное об-

ращение за медицинской помощью.

Для того, чтобы предупредить заражение себя и своего ребенка, следует запомнить и соблюдать следующие правила:

- тщательно мойте руки по возвращении с улицы, после посещения туалета, перед приготовлением пищи, после разделки сырого мяса и птицы, перед кормлением ребенка;
- следите за чистотой рук у детей, прививайте им с раннего возраста правила личной гигиены. Чаще мойте игрушки;
- при приготовлении пищи – соблюдайте технологию, не нарушайте сроки хранения сырых и готовых продуктов, в первую очередь, молочных (молоко, творог, йогурт, сырки и др.), которые являются неотъемлемой частью детского питания, и должны храниться в холодильнике и использоваться строго согласно сроку, указанному на этикетке;
- постоянно убирайте остатки пищи после еды, чтобы не привлекать в помещение мух и тараканов. Заботьтесь о чистоте своего жилища;
- открывайте консервированные изделия непосредственно перед употреблением, предварительно убедившись всрока хранения, отсутствии вздутия крышки, после тщательного мытья банки снаружи;
- подвергайте обязательному кипячению разливное молоко, особенно приобретенное у частных лиц;
- тщательно промывайте овощи и фрукты в проточной водопроводной воде и обдавайте крутым кипятком;
- используйте для питья воду гарантированного качества. не пейте и не давайте ребенку сырую воду из колодцев и открытых водоемов, которая может быть загрязнена и содержать возбудителей кишечных заболеваний;
- организуйте купание ребенка в специально отведенных местах, научив его не заплывать воду из водоема;

Выполнение этих несложных советов поможет вам избежать инфицирования остры-

ми кишечными заболеваниями и сохранить здоровье.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний», Постановление Правительства РК от 12 января 2012 года №33.
2. Учебное пособие для врачей и других категорий медработников старшего звена «Лечение диареи» ВОЗ, 2006 г.
3. Лечебное питание при острых кишечных инфекциях у детей Л. Н. Мазанкова, д.м.н., профессор Н. О. Ильина, кандидат В.Бегиашвили, РМАПО, Москва, 2009 г.
4. Интегрированное ведение болезней детского возраста, приказ МЗ РК от(07 апреля 2010года), №239 и внесение дополнения к приказу (от 31 марта 2011 г). Приказ №172.
5. Уход за детьми раннего возраста в семье: питание, физическое и психосоциальное развитие ребенка ЮНИСЕФ, Казахстан 2008 г.

### ТҮЙІН

Мақалада жедел ішек ауруының, әсіресе балалардағы аурудың өзектілігі, оның жұғуының негізгі жолдары туралы мәлімет берілген. Балалардағы жедел ішек ауруының мәселесі басқарылатын нозологияға жатқызылады, жпн назар аудару мен дәрігерлердің, ата-аналардың және толықтай бүкіл қоғамның күшін біріктіруді талап етеді.

**Түйін сөздер:** ЖІА, балалар, жұқпалы, профилактика, жеке гигиена.

### SUMMARY

The article contains information about the relevance of acute intestinal diseases, especially in children, the main ways of infection. The problem of acute intestinal infections in children refers to a manageable nosology, deserves attention and requires the combined efforts of physicians, parents, and society as a whole.

**Keywords:** acute intestinal disease, children, contagious, prevention, personal hygiene.

УДК:616.311.2-018.7-02:616.379-008.64

**Н. В. ГАСЮК** к.м.н., доцент

Тернопольский государственный медицинский университет им. И. Я. Горбачевского МЗ  
Украины, г. Тернополь, Украина

## ИММУНОГИСТОСПЕЦИФИЧНОСТЬ КЛЕТОЧНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ СОБСТВЕННОЙ ПЛАСТИНКИ ДЕСНЫ ПРИ ПАРОДОНТИТЕ

### АННОТАЦИЯ

В статье приведены результаты комплексного иммуногистохимического исследования воспалительных инфильтратов собственной пластинки десны в условиях поражения симптоматическим гингивитом при пародонтите. Полученные результаты дают возможность предложения схемы местного иммунитета собственной пластинки десны и систематики пародонтита в зависимости от гистохимического профиля.

**Ключевые слова:** пародонтит, симптоматический гингивит, обострение, инфильтраты, лимфоциты.

**Введение.** Проблема ранней диагностики генерализованного пародонтита, разработка эффективных и своевременных методов диагностики и прогнозирования, направленных на достижение длительных и стабильных результатов, занимает одно из ведущих мест среди приоритетных направлений развития современной стоматологии [2, 3]. Такое направление научных исследований, является целесообразным в связи с тем, что варианты иммунного ответа в условиях наличия воспалительного процесса в тканях пародонта разные на инфекционные антигены. Характер иммунного ответа является одной из наиболее весомых причин в механизме развития воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта, которые возможно, имеют генетически детерминированный характер [1]. Именно иммунный ответ разной силы обусловлен генетическими факторами, определяет состояние иммунного гомеостаза и, соответственно, динамическое соотношение элементов в системе «здоровье-заболевание» [4].

Таким образом, понимание клеточных систем, как механизмов регуляции иммунного ответа формулирует представление об этих

системах как о субстрате, который является основой развития заболевания.

**Целью исследования** стало, охарактеризовать систему местного иммунитета собственной пластинки десны в условиях поражения симптоматическим катаральным гингивитом при пародонтите с целью прогнозирования течения данной нозологии.

**Материалы и методы исследования.** Иммуногистохимическое исследование проводили с целью определения Т- и В-клеточной цепи иммунитета и оценивали в материале биоптатов тканей десны, взятых у пациентов во время проведения лоскутных реконструктивных операций по восстановлению высоты альвеолярного отростка, которые проводились на базе лечебно-хирургического отделения Полтавской областной клинической стоматологической поликлиники, на основании договора о сотрудничестве.

Оценку проводили путём определения специфичности взаимодействия поликлональных и моноклональных антител из антигенами тканей, на основании наличия метки на светлооптическом уровне с применением маркеров CD3 (клон SP7 (LabVision), CD4 (клон 4B12, LabVision), CD20 (клон L26,

LabVision), (США).

**Результаты исследования и обсуждение.** Специфика иммуногистохимической экспрессии маркеров на плазмолеме клеток дает возможность рандомизации биоптатов на три группы и выделить три иммуногистохимических профиля инфильтратов.

Первый иммуногистохимический профиль характеризуется преобладанием в инфильтратах Т-лимфоцитов, которые экспрессировали на плазмолеме иммуногистохимический маркер CD-3 мультипротеиновый комплекс, который экспрессирует на поверхности Т-лимфоцитов, что является основным корцептором Т-клеточного рецептора. У млекопитающих образованный 4 субъединицами: CD3 $\gamma$ , CD3 $\delta$  и двумя CD-3 $\epsilon$  [5]. К функциям CD-3 комплекса входит передача сигналов к клетке и стабилизация Т-клеточного рецептора на поверхности мембраны. Показано, что в клеточных инфильтратах собственной пластинки определяется высокая степень экспрессии в виде темно-коричневой и светло-коричневой окраски ядер клеток.

Второй иммуногистохимический профиль характеризуется преобладанием в клеточных инфильтратах Т-лимфоцитов, которые экспрессировали на плазмолеме иммуногистохимический маркер CD-4 – один из белков кластера дифференциации, мономерный трансмембранный гликопротеин относящийся к Ig с молекулярной массой 55 кД, имеющий 4 внеклеточных домена, трансмембранный домен и цитоплазматический фрагмент, а также является маркером Т-хелперов. Выполняет роль корцептора  $\alpha\beta$ TCR: связываясь с инвариантным  $\beta 2$ -доменом МНС II класу, принимает участие в идентификации молекул процессированной Ag, репрезентованой АПК. Является рецептором для ВИЧ, связываясь через домен D1 с gp120 вируса. Проявляет экспрессию на зрелых Т-лимфоцитах в 65% Т-хелперах. Определено, что в клеточных инфильтратах собственной пластинки определяется высокая степень экспрессии в

виде темно-коричневой окраски ядер клеток.

Третий иммуногистохимический профиль характеризуется преобладанием в инфильтратах клеток, которые на плазмолеме экспрессировали маркер CD-20 или В-лимфоцитарный антиген – белок, корцептор, располагающийся на поверхности В-лимфоцитов.

Определено, что в клеточных инфильтратах собственной пластинки определяется высокая степень экспрессии в виде темно-коричневой и светло-коричневой окраски ядер клеток.

Таким образом, приведенная нами характеристика клеточных инфильтратов с применением маркеров CD-3, CD-4, CD-20 в сопоставлении с анамнестическими данными и клиническими показателями даёт возможность прогностической систематики генерализованого пародонтита на клинкоморфологические формы в зависимости от преобладания в воспалительных инфильтратах Т или В клеток.

**Заключение.** Характер течения воспалительно-деструктивных процессов в тканях пародонта определяется состоянием местного иммунитета, который характеризуется изменениями иммуногистохимического профиля воспалительных инфильтратов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Kinane D. F. Periodontal manifestations of systemic disease. D. F. Kinane, G. J. Marshall// Aust. Dent. J. – 2001. – № 46(1). – P. 2-12
- 2 Loos B. G. Systemic markers of inflammation in periodontitis. B. G. Loos//J. Periodontal. – 2005. – № 76 (11). – P. 2106-15.
- 3 Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. L. L. Humphrey, R. Fu, D. I. Buckley, M. Freeman//J. Gen. Intern. Med. – 2008. – № 23(12). – P. 2079-86.
- 4 The interleukin-1 genotype as a severity factor in adult periodontal disease. Komman K. S., Giovine F. S., Newman M. G., Pirk F. W. et.

al] / Journal of Clinical Periodontology. – 1997.  
– № 24. – P. 72-77.

5 Wilder R. S. Periodontal-systemic disease education in United States dental hygiene programs. R. S. Wilder, K. M. Thomas, H. Jared // J. Dent. Educ. – 2008. – № 72(6):6. – P. 69-79.

### ТҮЙІН

Мақалада пародонтит кезінде симптоматикалық гингивитпен зақымдануы жағдайында қызылиектің өзіндік пластинкасының қабынған инфильтраттарына жүргізілген кешенді иммуногистохимиялық зерттеу нәтижелері көрсетілген. Алған нәтижелер қызылиектің өзіндік пластинкасының жергілікті иммунитеті және гистохимиялық бөліміне байланысты пародонтит жүйесінің

сұлбасын ұсынуға мүмкіндік береді.

**Түйін сөздер:** пародонтит, симптоматикалық гингивит, шиеленіс, инфильтраттар, лимфоциттер.

### SUMMARY

The paper presents the results of a comprehensive immunohistochemical study of inflammatory infiltrates in the lamina propria of gingival conditions symptomatic lesions gingivitis in periodontitis. The results obtained make it possible to offer the scheme of local immunity of the lamina propria gums and systematics of periodontitis according to histochemical profile.

**Key words:** periodontitis, gingivitis symptomatic exacerbation, infiltrates lymphocytes.

УДК 611.314 : 616 – 018.4

**П. А. ГАСЮК д.м.н., доцент, А. Б. ВОРОБЕЦ**ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени  
И. Я. Горбачевского МЗ Украины», Украина, г. Тернополь**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА БОЛЬШИХ  
КОРЕННЫХ ЗУБОВ С ПОЗИЦИИ ОДОНТОГЛИФИКИ****АННОТАЦИЯ**

В работе приводятся результаты морфологического изучения прекариозных процессов в зависимости от одонтоглифического рисунка. Установлено, что прекариозные процессы ямочно-фиссурной локализации в больших коренных зубах при плюс одонтоглифическом рисунке сопровождаются зубным налётом, меловидным и пигментированными пятнами с разной степенью деструктивных и адаптационных процессов в эмали.

**Ключевые слова:** прекариозный процесс, зубной налёт, меловидное пятно, эмаль.

**Введение.** В отличие от кариеса, при котором наблюдается образование секвестрированных полостей в участках ямок и фиссур прекариозный процесс данной локализации сопровождается деструктивными изменениями эмали без образования кариозного дефекта [1]. Прекариозные процессы сопровождаются сначала образованием зубной бляшки, затем возникает меловидное пятно, с которого в дальнейшем формируется пигментированное коричневое пятно [2]. В современной популяции европеоидной расы наиболее часто встречается плюс одонтоглифический рисунок больших и малых коренных зубов [3]. Данный узор характеризуется наличием центрального стержневого гребня, который соединяет основной бугорок еоконус с эпиконусом [4]. При этом возможны два варианта расположения ямок: 1) с отдалённым расстоянием по отношению к центральному гребню, который сильно выражен и хорошо разделяет  $\alpha$ - и  $\beta$ -ямки, 2) с близким расположением этих ямок, когда центральный гребень слабо выражен, а еоконус и эпиконус нависают над  $\alpha$ -и  $\beta$ -ямками. При этом они образуют вместе с соединяющим их центральной бороздой неглубокий карман, в котором постоянно локализуются

остатки пищи [5].

**Цель исследования.** Изучение прекариозных процессов: зубного налёта, меловидного и пигментированного коричневого пятна больших и малых коренных зубов при их плюс одонтоглифическом рисунке.

**Материалы и методы исследования.** Проведенные клинические наблюдения у 40 студентов 2-3 курса стоматологического факультета (22 девушки и 18 юношей в возрасте 19-20 лет). При этом у 33 из них обнаружены 2 варианта прекариозных процессов ямочной локализации. В 21 с близким и в 12 с удалённым расположением  $\alpha$ - и  $\beta$ -ямок больших коренных зубов. Кроме этого материалом для морфологического исследования послужили 12 удалённых зубов с прекариозным процессом. Из них в 9 в больших и 3 в малых коренных зубах. В каждом случае на специально сконструированном аппарате алмазным диском проводился распил в продольном направлении зуба. Полученные распилы путем полировки алмазной пастой сначала получали толстые шлифы, которые после гистохимической окраски ШИК-альдициановый синим фотографировались на лупе. В дальнейшем из толстых шлифов получали тонкие шлифы толщиной 40-50 мкм, которые после гисто-

химической окраски фотографировались на цифровом фотоаппарате «Олимпус» как в проходящем, так и в поляризованном свете. В качестве контроля послужили три верхних больших коренных зуба с плюс 5 одонтоглифическим рисунком, без выраженных кариозных поражений как ямок, так и фиссур.

Результаты исследования и обсуждение. Установлено, что клинически у лиц в возрасте 19-20 лет независимо от пола при удалённом расположении  $\alpha$ - и  $\beta$ -ямок происходит несинхронное протекание прекариозного процесса. Так, если в  $\beta$ -ямке наблюдается меловидная зубная бляшка, то в  $\alpha$ -ямке в то же время наблюдается зубной налёт. Если в  $\beta$ -ямке находится коричневое пятно, то в  $\alpha$ -ямке прекариозный процесс – в виде меловидного пятна.

При близком расположении наблюдается синхронное поражение их при зубном налёте и при меловидном пятне. В стадии коричневого пятна  $\alpha$ - и  $\beta$ -ямки, бляшки сливаются между собой благодаря распространению патологического процесса по центральной борозде.

Как свидетельствуют результаты гистохимических исследований толстых шлифов зубов непоражённых кариесом, ямки моляров пронизывают всю толщу эмали и достигают дентина. В отличие от предыдущих, борозды находятся в пределах слоя эмали и контактируют с эмалево-дентинной границей с помощью многочисленных ламелл.

В условиях прекариозного процесса сохраняется перпендикулярный к дентину ход ямок, при этом в стадии зубного налёта и меловидного пятна наблюдается некоторое возвышение дна ямок. В то время, как при пигментированном пятне оказывается понижение дна, которое не превышает 2 мм.

Для изучения динамики деструктивных и адаптационных процессов при прекариозных процессах ямочной локализации проведено микроскопическое их изучение на гистохимически окрашенных тонких шлифах в сравнении с физиологическим строением зубной ямки. Последнее характеризуется наличием четырех зон. Первая зона – зона центральной гомогенной ШИК-положительной, вокруг которой локализуется вторая – зона альциан-позитив-

ных волокнистых структур. Третья и четвертая зона, окружающая зубную ямку представляет, соответственно, горизонтальный циркулярный и вертикальный S-образный ход пучков эмалевых призм.

В стадии зубного налёта деструктивные процессы в эмали, окружающей зубную ямку наблюдается частичное или полное разрушение кутикулы с образованием гомогенной коричневой массы. Последняя замещает ШИК-положительные структуры зубной ямки и в виде светло-коричневого треугольника, распространяется до эмалево-дентинной границы. При этом в этой зоне выявляются утолщенные ламеллы, однако, как сетчатый слой эмали, так и подлежащий к нему слой терминальных дентинных канальцев не изменены.

Адаптационные процессы в эмали в стадии зубного налёта характеризуются контрастированием рисунка пара- и диазонов эмалевых призм вблизи эмалево-дентинной границы. Кроме того, в вертикальных S-образных пучках эмалевых призм локализуются многочисленные линии биоминерализации Ретциуса.

В стадии меловидного пятна деструктивные процессы в эмали, окружающие зубную ямку характеризуются наличием в центре гомогенной темно-коричневого цвета массы деструкции, вокруг которой локализуются сначала зона ШИК-положительных, а затем комковато альциан-позитивных пучков эмалевых призм. В отличие от зубного налёта при меловидном пятне деструктивные процессы наблюдаются как в сетчатом слое эмали, так и в терминальных дентинных канальцах с появлением в них так называемых «мёртвых путей».

Адаптационные процессы в стадии меловидного пятна характеризуются сохранением рисунка внутренних пара- и диазонов пучков эмалевых призм вблизи эмалево-дентинной границы, в то время как внешние пара- и диазоны нечётко выражены и в них отсутствуют линии биоминерализации Ретциуса. Обращает на себя внимание, что в эту стадию прекариозного процесса утолщается сетчатый слой на эмалево-дентинные границе и от него в глубину эмали отходят многочисленные эмалевые кустики. Очевидно, что благодаря это-

При прекариозном процессе в стадии коричневого пятна наблюдается глубокое поражение эмали, которое достигает эмалево-дентинной границы. При этом темно-коричневая гомогенная масса зубной ямки исчезает, очевидно, за счет шлифовки. На ее месте возникает светлое секвестрированное пространство. Вокруг него располагаются овоидной формы темно-фиолетового цвета участки деструкции, которые достигают сетчатого слоя, разрушая его на отдельные фрагменты. Участки эмали, окружающие очаги деструкции окрашиваются в светло-голубой цвет. При этом в них отсутствуют контуры как внешних, так и внутренних пара- и диазонов. В отличие от меловидного пятна, при пигментированном пятне процесс деструкции в виде «мёртвых путей» проникает из терминальных в более глубокие дентинные каналцы, при этом в них проявляется фрагментация отростков одонтобластов и их частичная минерализация. Именно благодаря этому обеспечивается изоляция пульпы от проникновения микробов и развития воспалительного процесса.

**Заключение.** Прекариозные процессы ямочно-фисурной локализации в больших коренных зубах при плюс одонтоглифическом рисунке сопровождаются зубным налётом, меловидным и пигментированными пятнами с разной степенью деструктивных и адаптационных процессов в эмали. Первые из них в виде разрушения кутикулы, поэтапной деминерализацией пучков эмалевых призм и поражением дентинных каналцев в большей степени наблюдаются при пигментированном пятне. Вторые – адаптационные – проявляются контрастированием линий Гунтера-Шрегерера и линий Рециуса с гиперплазией сетчатого слоя наблюдаются при зубном налёте частично в стадии меловидного пятна.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боровский Е. В. Биология полости рта / Е. В. Боровский, В. К. Леонтьев. – М.: Медицина, 1991. – 304 с.
2. Зубов А.А. Одонтоглифика / А.А. Зубов // Расогенетические процессы в этнической истории. – М.: Наука, 1974. С.56-60.
3. Быков, В.Л. Функциональная морфология и гистогенез полости рта / В.Л. Быков. СПб.: Гос. мед. ун-т, 1995. - 247 с.
4. Зубов А.А. Зубы // Морфология человека / Под ред. Б.А. Никитюка и В.П. Чтецова. М., 1990. С. 177-191.
5. Valen L. A new order of mammals // Bull Amer Mus/ Natur Hist / - 1996, v.132, p. 79-86.

## ТҮЙІН

Жұмыста одонтоглификалық суретке байланысты прекариозды үдерісті морфологиялық зерделеудің нәтижелері берілген. Плюс одонтоглификалық сурет кезінде үлкен азутістегі шұңқыр-сызаттардың орналасуымен белгіленген прекариозды үрдістер тіс қағымен, эмальдағы әртүрлі дәрежедегі деструктивті және бейімделу үрдісінің меловидті және пигментті дақтарымен ілесе жүреді.

**Түйін сөздер:** прекариозды үдеріс, тіс қағы, меловидтік дақ, эмаль.

## SUMMARY

The paper presents the results of morphological study precaries processes depending on odontoglifical drawing. Established that precaries processes pit-fissural localization in large molars at plus odontoglifical figure accompanied by plaque, chalky and pigmentation spots, with varying degrees of destructive and adaptive processes in the enamel.

**Key words:** precaries process, plaque, chalky stain, enamel.

УДК 613.84:005.591.1-043.865

**Д.К. КАЙДАРОВА, Г.Т. СИДАШЕВА, Г.К. КАРАСТЕКОВА, А.М. ШАРБАКОВА**

Актюбинский областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Актюбе

### **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ПОДХОДА К МЕРОПРИЯТИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА БОРЬБУ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ**

**Актуальность.** В настоящее время ежегодно глобальная табачная эпидемия уносит около 6 миллионов человеческих жизней. Свыше 600 000 человек из числа этих людей не являются курильщиками и умирают в результате вдыхания вторичного табачного дыма. В настоящее время известно более 25 заболеваний, обусловленных курением: в мире 90% смертей от рака легких, 75% - от хронического бронхита и 25% - от ишемической болезни; каждые десять секунд на планете умирает один заядлый курильщик, а к 2020 году этот уровень может повыситься до одного человека за три секунды.

Если не принять действенные меры сегодня, то к 2030 году эпидемия будет ежегодно приводить более чем к 8 миллионам случаев смерти.

Статистика потребления табачных изделий в Республике Казахстан демонстрирует все признаки табачной эпидемии. Так, по данным 5-го Национального исследования, более 26,5 % населения старше 11 лет курят. Жертвами табачной эпидемии становятся люди трудоспособного возраста - мужчины 18-55 лет и женщины репродуктивного возраста 15-49 лет. Особую тревогу вызывает рост приобщения к курению сигарет и кальяна подростков и молодежи.

В 2014 году в Республике Казахстан стартовал Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака в соответствии с международными стандартами -

«GlobalAdultTobaccoSurvey (GATS) 2014»

По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, показатель заболеваемости от болезней системы кровообращения (БСК) за 2000 - 2013гг. вырос почти в 2,0 раза. Случаи смерти от болезней системы кровообращения составляют 27% от общего числа умерших. Растет число новых случаев онкологической заболеваемости, где лидируют рак трахеи, бронхов и легких.

Повсеместный характер потребления табака во всем мире и Казахстане обусловлен низкими акцизами на табак, агрессивной и широко распространенной практикой сбыта, низкой осведомленностью населения о вреде табака, недостаточной законопослушностью граждан.

Цель - усовершенствование современных методов подхода к мероприятиям, направленным на борьбу, мобилизовать население к действиям, направленным на снижение курения, приобщение к здоровому образу жизни, повышение гражданской ответственности за своё здоровье и исполнение законов.

Материалы и методы исследования.

Актюбинским областным центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с газетой «Актюбинский вестник» объявлено о проведении в городе Актюбе беспрецедентного конкурса «Брось курить и выиграй!», условием которого являлось, чтобы исследуемые добровольцы были курильщиками со стажем.

**ГАЗЕТНОЕ ОБЪЯВЛЕНИЕ***Прочти и передай курильщику*

На конкурс «Брось курить и выиграй!», объявленный нашей газетой, уже откликнулись несколько человек. Напомним, «Актюбинский вестник» проводит его совместно с областным центром формирования здорового образа жизни.

К участию в конкурсе допускаются ку-

рильщики, причем со стажем. В ходе конкурса опытные специалисты по борьбе с курением помогут вам покончить с вредной привычкой. Медицинское обследование и лечение — совершенно бесплатны. Результаты мы намерены обнародовать 31 мая — во Всемирный день борьбы с табакокурением. Победителей ждут ценные призы.

В начале конкурса разработана рабочая программа мероприятий с 01 января по 31 мая 2014 года, организован состав рабочей группы, куда вошли высококвалифицированные специалисты: заведующий и ассистенты курса наркологии и психотерапии, врач-валеолог антитабачного кабинета при ОЦПФЗОЖ, психолог молодежного центра здоровья «Шарапат», врач-нарколог областного наркологического диспансера, врач-онколог, журналист газеты «Актюбинский вестник».

Таблица 1.

Рабочая программа по проведению акции совместно с журналистами «Актюбинский вестник» «Брось курить и выиграй!» с 01 января по 30 мая 2014 года

№	Наименование	Ответственные	Примечание
1	Прохождение медицинского осмотра (осмотр, обследование)	ОЦПФЗОЖ	Ежемесячно
2	Определение никотина в организме с помощью аппарата «Смокилайзер»	АТК при ОЦПФЗОЖ	Ежемесячно
3	Проведение анкетирования	ОЦПФЗОЖ	Январь-февраль
4	Проведение консультации врачей (нарколога, онколога и психотерапевта)	Областной наркологический диспансер, кафедра психотерапии	февраль
5	Лечение от табачной зависимости	МЦ психотерапии «Иматон»	март
6	Проведение тренинговых занятий психолога	МЦЗ «Шарапат»	Март-май
7	Проведение тренинговых занятий нарколога	Областной наркологический диспансер	Март-май
8	Проведение лекций, бесед врача-валеолога	ОЦПФЗОЖ	Ежемесячно
9	О публикации материала о результатах работы проекта	Газета «Актюбинский вестник»	ежемесячно

Среди добровольцев проведено анкетирование, бесплатное медицинское обследование с консультацией специалистов, определение содержания никотина в организме с помощью аппарата «Смокилайзер» в начале и в конце исследования, психо-физиологические тесты на аппарате «Аксункар», участие в групповых и индивидуальных тренингах с психологами, психотерапевтами, оздоровительные мероприятия. После опубликования объявления в газете «Актюбинский вестник» о проведении конкурса данное проект имел большой резонанс среди населения и количе-

ство добровольцев увеличилось. Из них были сформированы 2 группы по 13 человек, которые ежемесячно проходили обследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По результатам 1-ой группы конкурса «Брось курить, и выиграй!» из 13 человек все-го бросили курить 7 человек (53,8%) со стажем курения от 5 до 26 лет, во второй группе из 13-ти добровольцев бросили курить 5 (62,5%) диапазон стажа курильщика колеблется в пределах от 4 до 40 лет, добровольно прекратили проект в этой группе - 5 человек. Исследуемые данные представлены в таблице №2.

Таблица 2.

Оценка качества проведения конкурса «Брось курить и выиграй!»

№	ФИО добровольца	Стаж курения (лет)	Уровень никотина по аппарату «Смокилайзер» до начала исследования	Уровень никотина по аппарату «Смокилайзер» после окончания исследования	Результаты исследования
1	Жарасбаев А.	26	34ppm	2ppm	Бросил курить
2	Жантаев К.	5	31 ppm	4 ppm	Бросил курить
3	Жарасбаев К.	20	26 ppm	3 ppm	Бросил курить
4	Жарабаев А.	20	15 ppm	2 ppm	Бросил курить
5	Ткаченко О.	23	12 ppm	2 ppm	Бросил курить
6	Каратаев А.	25	9 ppm	2 ppm	Бросил курить
7	Естемесов А.	13	12 ppm	1 ppm	Бросил курить
8	Васин А.	4	9 ppm	4 ppm	Бросил курить
9	Абренев А.	20	12 ppm	1 ppm	Бросил курить
10	Наурызгалиев	23	12 ppm	2 ppm	Бросил курить
11	Ажнязов А.	40	35ppm	4ppm	Бросил курить
12	Корчуков Д.	30	33ppm	5ppm	Бросил курить

Таким образом, полученные результаты показывают, что основным средством борьбы против курения является стойкое желание самого человека бросить курить, поддержка окружающих его людей (родных и близких, друзей, сослуживцев, соседей) и мероприятия по пропаганде здорового образа жизни для стимуляции этого желания.

Все участники, бросившие курить, 30 маяна широкомасштабной акции, приуроченной ко«Всемирному Дню отказа от курения», были награждены благодарственными

письмами от редакцией газеты «Актюбинский Вестник» и ОЦПФЗОЖ. Розданы абонементы на бесплатное посещение бассейна «Чайка» в течение 6 месяцев и бесплатной подпиской на газету «Актюбинский Вестник» 2014-2015 гг. На ряду с этими подарками ОЦПФЗОЖ награждал спортивным инвентарем.

#### Выводы:

1.Основным средством борьбы против курения являются стойкое желание самого человека бросить курить, поддержка окру-

жающих его людей (родных и близких, друзей, сослуживцев, соседей) и мероприятия по пропаганде здорового образа жизни для стимуляции этого желания.

2. Проведенное мероприятие свидетельствует о том, что население осведомлено о разрушительном воздействии табакокурения на здоровье.

3. Население мобилизовано к действиям, направленным на снижение курения, приобщено к здоровому образу жизни, повышена гражданская ответственность за своё здоровье и исполнение законов.

4. Результаты исследования добровольцев в данном проекте показывают, что даже курильщики со стажем поддаются коррекции и лечению.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Концепция НЦПФЗОЖ по ограничению и профилактике табакокурения 2014 год.

2. Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака 2014 год.

3. Кодекс РК «О здоровье населения и системе здравоохранения» от 18.09.2009 г.

4. Кодекс РК «О налогах и других обязательных платежах» от 10.12.2008 г.

5. Закон РК «О рекламе» от 19.07.2007 г.

6. Постановление Правительства РК от 22.11.2011 г. №1366 «Об утверждении правил размещения на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах и предупреждения о вреде курения».

7. Постановление Правительства РК от 22.11.2011 г. №1367 «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий».

УДК 616-053.32:616.24.2-468.6-084:615.362

**Р.К. КИПШАКБАЕВ, И.В. ИБРАГИМОВА**

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, к.м.н., МВА,<sup>1</sup>  
Ассоциация независимых медицинских экспертов Республики Казахстан<sup>2</sup>

## **ОБЗОР ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ДАННЫХ И ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СУРФАКТАНТА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

### **АННОТАЦИЯ**

Данный обзор является контент-анализом исследований использования сурфактанта для лечения респираторного дистресс-синдрома (РДС) у новорожденных с высоким уровнем доказательности (мета-анализы, рандомизированные контролируемые испытания, клинико-экономических исследований, а также собственных расчетов стоимости лечения одного случая РДС. На основании проведенного обзора следует, что применение сурфактантов является эффективным методом лечения РДС с высоким уровнем доказательности. Среди представленных на рынке Республики Казахстан сурфактантов одним из эффективных с точки зрения фармакоэкономических показателей является легочной сурфактант "Сурванта".

**Ключевые слова:** новорожденный, сурфактант, заболевания легких, респираторный дистресс-синдром, фармакоэкономика.

**Введение.** Респираторный дистресс-синдром (РДС) или болезнь гиалиновых мембран (БГМ) считаются наиболее распространенным осложнением недоношенности. РДС является основной причиной заболеваемости и смертности новорожденных с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении.

Признаки РДС появляются у более половины новорожденных с массой тела от 501 до 1500 граммов (3,4).

Уровни смертности очень высоки в раннем неонатальном периоде, при этом 25-45% детей умирают в первые сутки жизни, а около 75% -- в первую неделю после рождения (1,2). В Республике Казахстан в 2010 г. родилось 1466 детей с массой тела менее 1000 г и 2469 детей с массой тела 1000-1499 г.

Одним из эффективных средств лечения РДС являются сурфактанты. В современных исследованиях продолжается изучение вопросов усовершенствования использования сурфактанта с целью повышения результа-

тивности лечения. Однако его относительно высокая стоимость диктует необходимость клинико-экономического обоснования применения данного препарата.

**Методология исследования.** Данный обзор является контент-анализом исследований использования сурфактанта для лечения РДС с высоким уровнем доказательности (мета-анализы, рандомизированные контролируемые испытания, клинико-экономических исследований, а также собственных расчетов стоимости лечения одного случая РДС.

**Доказательная база.** В настоящее время существует ряд исследований, посвященных лечению РДС, выполненных с учетом требований доказательной медицины. В проведенном Кокрановском обзоре (7) представлены сводные результаты мета-анализа исследований, в которых сравнивали раннее и отсроченное применение сурфактанта у недоношенных новорожденных с диагнозом РДС, нуждающихся в искусственной вентиляции легких.

В окончательный анализ было включено четыре исследования. Всего в четыре исследования было включено 3459 детей (гестационный возраст от 26 до 32 недель и/или масса тела 500 и 1500 грамм). 1726 детям сурфактант ввели рано, в течение первых двух часов жизни, и их сравнивали с 1733 детьми, у которых введение сурфактанта было отложено (ввели через два часа после рождения).

Мета-анализ выявил, что у недоношенных детей, которые были интубированы по причине РДС или БГМ, введение сурфактанта в течение первых двух часов жизни по сравнению с теми, кто его получил по истечении двух часов, привело к снижению: пневмотораксов на 30% [относительный риск (ОР) 0.70; 95% доверительный интервал (ДИ) 0.59–0.82]; легочной интерстициальной эмфиземы на 37% (ОР 0.63; 95% ДИ 0.43–0.93); уровня неонатальной смертности на 13% (ОР 0.87; 95% ДИ 0.77–0.99); хронического заболевания легких на 30% (ОР 0.77; 95% ДИ 0.55–0.88) и сочетанного исхода смерти и хронического заболевания легких на 16% (ОР 0.84; 95% ДИ 0.75–0.93). Раннее введение сурфактанта никак не отразилось на частоте других распространенных состояний, связанных с недоношенностью, а именно легочных кровоизлияниях, персистирующих артериальных протоках, некротических энтероколитов, ретинопатии недоношенных, внутрижелудочковых кровоизлияниях, бронхолегочной дисплазии. Не было данных о том, есть ли отличия в длительности пребывания новорожденных в отделении интенсивной терапии или применении искусственной вентиляции легких в зависимости от раннего или отсроченного введения сурфактанта.

Клинические эффекты берактанта исследовались в 10 рандомизированных, мультицентровых контролируемых клинических исследованиях с участием около 1700 детей. Три открытых исследования, в том числе исследования, проведенные после решения FDA относительно обеспечения доступности берактанта в фазе проведения дорегистраци-

онных клинических исследований, включали свыше 8500 пациентов, которые получали берактант. В клинических исследованиях профилактическое применение берактанта приводило к снижению заболеваемости РДС на 58% (с 63,5% до 26,7%), снижению летальности от РДС – на 87% (с 19,5% до 2,5%). Применение Сурванты для лечения РДС у недоношенных новорожденных приводило к снижению летальности от РДС на 71,3% (с 22,3% до 6,4%) (2).

Результаты 2-х летнего наблюдения за 1228 детьми, которым вводили берактант (Сурванту) для лечения РДС в 4-х рандомизированных плацебо контролируемых исследованиях: в группе детей, получивших Сурванту было достоверно меньше число детей, нуждавшихся в кислородотерапии на момент выписки из стационара и в возрасте 6 месяцев; меньше число больных церебральным параличом при оценке в возрасте 6 месяцев; меньше число детей с приступами свистящего дыхания при оценке в возрасте 12 и 24 месяцев по сравнению с плацебо (3).

В Кохрановском обзоре, включавшем 13 рандомизированных контролируемых исследований, из которых в 3 исследованиях 534 ребенка получили берактант, показано, что введение натуральных сурфактантов для лечения недоношенных новорожденных с РДС улучшает оксигенацию и снижает необходимость в проведении ИВЛ у недоношенных новорожденных с РДС. Применение сурфактанта снижает относительный риск развития синдрома утечки воздуха на 53%, летального исхода в неонатальном периоде – на 32%, риск развития бронхолегочной дисплазии или смерти в возрасте 28 дней – 17% (4).

В Кохрановском обзоре, включавшем 11 рандомизированных контролируемых исследований, из которых в 7 исследованиях 1176 детей получили берактант, показано, что введение натуральных сурфактантов для лечения недоношенных новорожденных с РДС более эффективно снижает летальность, частоту развития синдрома утечки воздуха и

бронхолегочной дисплазии (5).

В Кохрановском обзоре, включавшем 9 рандомизированных контролируемых исследований, из которых в 2 исследованиях назначали берактант, показано, что введение сурфактанта для профилактики развития РДС у недоношенных новорожденных снижает риск развития пневмоторакса на 60%, интерстициальной легочной эмфиземы – на 54%, летального исхода – на 40% (6).

В рандомизированном плацебо контролируемом исследовании оценивали эффективность применения Сурванты (100 мг/кг) для профилактики развития РДС у недоношенных новорожденных, родившихся с массой тела 600-1250 г. В исследовании приняли участие 430 новорожденных, из которых 210 получили Сурванту в первые 15 минут жизни. У детей, которым вводили Сурванту, по сравнению с контрольной группой отмечалось достоверно меньшее число случаев развития РДС (28.0% и 56.9% соответственно,  $p < 0.001$ ), число летальных исходов (11.4% и 18.8% соответственно,  $p = 0.031$ ), меньше летальность от РДС (1.9% и 15.6% соответственно,  $p < 0.001$ ), меньше частота развития интерстициальной легочной эмфиземы (23.3% и 36.9%,  $p = 0.002$ ) и других проявлений синдрома утечки воздуха (9.6% и 20.8%,  $p = 0.002$ ) (7).

В открытых исследованиях, проведенных после обеспечения доступности берактанта на этапе проведения дорегистрационных клинических исследований, берактант назначался для профилактики развития РДС у 2527 недоношенных новорожденных с массой тела 600-1250 г для лечения РДС – у 5498 новорожденных с массой тела 600-1750 г. Выживаемость в возрасте 28 дней составила 85,3% у детей, получавших берактант профилактически, и 83,9% - среди детей, которым берактант вводили с лечебной целью (8).

В рандомизированном контролируемом исследовании берактант вводили 299 новорожденным детям для лечения РДС. Дети были разделены на 3 группы в зависимости

от способа введения: в виде двух фракционных доз, отсоединяя ребенка от аппарата ИВЛ; в виде 2 фракционных доз, не отсоединяя ребенка от аппарата ИВЛ (через клапан для санации) и в виде 4 фракционных доз, отсоединяя ребенка от аппарата ИВЛ. Результаты исследования показали, что все 3 способа введения берактанта эффективны и безопасны (9).

В рандомизированном плацебо контролируемом исследовании оценивали применение Сурванты для лечения РДС у детей с массой тела 600-1750 г. В исследовании принимали участие 798 новорожденных, из которых 402 получили Сурванту (100 мг/кг). В группе детей, получивших Сурванту, отмечалось меньшее число смертельных случаев по сравнению с контрольной группой (18.4% и 27.3%,  $p = 0.002$ ), меньше летальность от РДС (9.0% и 20.3%,  $p < 0.001$ ), меньше частота развития интерстициальной эмфиземы легких (18.6% и 39.3%,  $p < 0.001$ ) и других проявлений синдрома утечки воздуха (11.5% и 25.9%,  $p < 0.001$ ) (10).

Использование как натурального, так и синтетического сурфактанта приводит к улучшению клинической картины и снижению смертности. У натуральных сурфактантов более быстрое действие, что позволяет быстрее снижать параметры искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) и содержания фракции вдыхаемого кислорода ( $FiO_2$ ) по сравнению с синтетическим сурфактантом.

При сравнении с лечением уже развившегося РДС сурфактантом, профилактическое назначение сурфактанта привело к снижению риска пневмоторакса, легочной интерстициальной эмфиземы и неонатальной смертности, а также к снижению комбинированного исхода хронического заболевания лёгких или смертности. Однако вышеуказанная польза от профилактического применения сурфактанта приводит к тому, что лечению подвергается определённая доля новорожденных, которым сурфактант не требуется. Кроме того, новорожденные, которых можно

было не интубировать интубируются и подключаются к ИВЛ. Исходя из доказательных данных, сурфактант в профилактических целях обычно не рекомендуется назначать новорожденным со сроком гестации более 30 недель. Для новорождённых, которым не проводится профилактика, раннее начало лечения (до 2-х часов) приносит больше пользы, чем позднее начало лечения.

Использование многократных доз сурфактанта считается лучшей стратегией, чем лечение однократной дозой. Мета-анализ показал, что назначение многократных доз сурфактанта снижает риска пневмоторакса, а также указывает на изменение тенденций в смертности в сторону её снижения. Лечение сурфактантом редко даёт побочные эффекты, и они, как правило, не являются серьёзными. Могут наблюдаться транзиторная гипоксия и брадикардия по причине сильной обструкции дыхательных путей сразу после введения сурфактанта. Другие побочные эффекты включают отток сурфактанта в глотку, повышение кожного рСО<sub>2</sub>, тахикардию, транзиторное повышение артериального давления (АД), скорости мозгового кровотока и церебральной активности, повышение риска лёгочного кровотечения, рвотные движения и закупорку интубационной трубки слизью.

**Сравнительные исследования терапевтической эффективности: Сурванта (берактант) в сравнении с Куросурфом (практакта альфа).**

В соответствии с утвержденными инструкциями для применения рекомендуемая доза Сурванты составляет 100 мг/кг, Куросурфа: для профилактики РДС – 100 мг/кг для лечения РДС – 200 мг/кг (22, 23).

В рандомизированном исследовании сравнивали эффективность Куросурфа (200 мг/кг) и Сурванты (100 мг/кг) для лечения РДС у 58 новорожденных. Средний гестационный возраст детей в группе Куросурфа был 29.6 недель, в группе Сурванты - 29.3, средняя масса тела - 1394 и 1408 г, соответственно. Результаты исследования показали, что

длительность интубации, частота развития бронхолегочной дисплазии, пневмоторакса, кровоизлияния в легкие, внутрижелудочковых кровоизлияний 3–4 степени, сепсиса, лазерной коагуляции ретинопатии, а также летальность в обеих группах достоверно не отличались. Средняя доза Куросурфа на одного ребенка была достоверно выше по сравнению с Сурвантой (224 мг/кг и 172 мг/кг, соответственно) (11).

В рандомизированном исследовании сравнивали эффективность Куросурфа (200 мг/кг) и Сурванты (100 мг/кг) для лечения РДС у 150 новорожденных. Средний гестационный возраст детей составил 29.4–29.5 недель. В исследовании не было выявлено достоверной разницы между группами Заболеваемость и смертность новорожденных достоверно не отличались между группами. Частота развития кровоизлияния в легкие, внутрижелудочковых кровоизлияний 3–4 степени, открытого артериального протока, сепсиса и бронхолегочной дисплазии не отличались у детей обеих групп (12).

**Сурванта (берактант) в сравнении с ЛС Альвеофакт (бовактант)**

В соответствии с утвержденными инструкциями для применения рекомендуемая доза Сурванты составляет 100 мг/кг, Альвеофакта - 50 мг/кг (23).

При сравнении эффективности Сурванты и Альвеофакта для лечения недоношенных новорожденных с РДС было показано, что в группе детей, получавших Сурванту, процент подаваемого кислорода в возрасте 5 дней был меньше, по сравнению с группой Альвеофакта. Среди детей, которым вводили Сурванту, большее число детей были экстубированы в возрасте 3 дней, меньше детей нуждалось во введении кортикостероидов, реже развивалась бронхолегочная дисплазия и длительность кислородотерапии была меньше, по сравнению с группой детей, которым вводили Альвеофакт. Улучшение оксигенации и снижение потребности в механической вентиляции легких были более

выражены в группе детей, которым вводили Сурванту, по сравнению с Альвеофактом, что в свою очередь было связано с тенденцией к меньшей частоте развития тяжелых легочных осложнений (13).

При сравнении эффективности применения Альвеофакта (n=68) и Сурванты (n=54) для лечения новорожденных с РДС было показано, что общая доза сурфактанта, длительность искусственной вентиляции легких и частота неудачи терапии были достоверно выше у детей, которым вводили Альвеофакт. Процент подачи кислорода во вдыхаемой смеси и среднее давление в дыхательных путях также были выше в группе Альвеофакта через 1, 12, 24, 36 и 48 часов после введения. Частота развития гемодинамически значимого открытого артериального протока, требовавшего лечения, и развития хронического заболевания легких были достоверно выше в группе Альвеофакта (14).

При сравнении эффективности Сурванты и Альвеофакта для лечения 54 новорожденных с РДС, средний гестационный возраст 27,6 недель, средняя масса тела – 1117 г. Улучшение оксигенации после введения Сурванты достигалось при более низкой фракции кислорода во вдыхаемой смеси, чем при введении Альвеофакта. Динамический комплаинс через 1 и через 3 часа после введения сурфактанта заметно улучшился в группе Сурванты, в то время как в группе Альвеофакта не изменился. Раннее введение Сурванты оказывало более выраженный эффект на функцию легких и оксигенацию у недоношенных детей по сравнению с Альвеофактом. Разное количество вводимых фосфолипидов на килограмм массы тела и способ введения могут объяснить это различие (15).

Фармакоэкономические исследования. Как убедительно показано в ряде проведенных исследований, применение сурфактантов является экономически целесообразным. Так стоимость применения Сурванты для лечения одного новорожденного с РДС досто-

верно ниже по сравнению с плацебо (\$1442 и \$1544 соответственно,  $p = 0.01$ ). Стоимость рентгенологических и диагностических процедур, респираторной поддержки и медикаментов (кроме Сурванты) также достоверно ниже при применении Сурванты (20).

Проводя оценку представленных результатов фармакоэкономических исследований, в соответствии с одним из анализов по критерию «затраты-эффективность» (CEA - cost-effectiveness analysis) анализ по критерию «затраты-эффективность» (CEA - cost-effectiveness analysis) следует отметить, что применение сурфактантов для лечения и, еще в большей степени, для профилактики развития РДС признано эффективным с точки зрения затрат (24, 25). В другом исследовании показано, что введение сурфактанта для лечения РДС у недоношенных новорожденных снижает заболеваемость и сокращает сроки госпитализации детей, стоимость курса терапии ребенка с РДС без применения сурфактанта на 39% больше, чем терапия с применением сурфактанта (26). Сравнение стоимости госпитализации недоношенных детей, родившихся с массой тела 500-999 г в период до и после применения сурфактантов показал, что показатели «экономичность затрат» (cost-effectiveness) и «полезность затрат» (cost-utility) были ниже (то есть экономически лучше) в период применения сурфактантов. Затраты на год жизни составили \$7040 до применения сурфактантов и \$4040 после применения сурфактантов. Дополнительные затраты, связанные с госпитализацией детей с экстремально низкой массой тела снизились после применения сурфактантов (27).

В Республике Казахстан зарегистрированы три препарата, относящиеся к группе «Легочные сурфактанты» в соответствии с АТС классификацией: Сурванта, Куросурф, Альвеофакт. Все 3 препарата являются природными сурфактантами, которые получают из легких животных. Многочисленные сравнительные исследования не выявили

достоверной разницы в отношении влияния различных препаратов сурфактанта на отдаленные исходы у новорожденных детей. Существующие препараты натуральных сурфактантов оказывают одинаковый благоприятный эффект на отдаленные исходы у новорожденных и являются взаимозаменяемыми (29). В соответствии с рекомендациями по применению препаратов сурфактанта у новорожденных с РДС Американской Академии Педиатрии все доступные натуральные сурфактанты эффективны в профилактике и лечении РДС новорожденных (30).

**Расчет стоимости лечения РДС при применении сурфактантов у новорожденных.** В настоящее время в Республике Казахстан медико-экономические протоколы (стандарты) лечения РДС у новорожденных находятся в стадии разработки. Следовательно расчет стоимости лечения, а также сравнительной фармако-экономической эффективности возможен лишь на основании стоимости составляющих лечение из смежных медико-экономические протоколы (стандарты) патологий новорожденных.

Стоимость процедур, расчет койко-дня производились исходя из тарифов медико-экономических стандартов. Отдельный медико-экономический стандарт по ведению РДС у новорожденных отсутствует. Стоимость лекарственных и сопутствующих препаратов (препаратов крови, энтерального пи-

тания и прочего) была взята из Приказа МЗ РК №224 от 15.04 2013 г. «Об утверждении списка лекарственных средств, изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, подлежащих закупке у Единого дистрибьютора на 2014 год»; стоимость диагностических и иных процедур получены из Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 декабря 2013 года № 770 «Об утверждении тарификатора медицинских услуг».

Рассчитывалась стоимость в зависимости от времени введения и массы тела кумулятивной дозы сурфактанта (Сурванта, Куросурф, Альвеофакт); при этом лабораторные и инструментальные методы исследований; госпитализация в ОРИТ; госпитализация на втором этапе выхаживания; сопутствующая терапии (парентерального питания, коррекции анемии и гипопроteinемии, артериального давления, метаболических нарушений, осложнений и прочего); затраты на хирургическое лечение ОАП брались за постоянные переменные.

Согласно Инструкций по медицинскому применению лекарственных средств в таблице 1 представлены общие дозы, стоимость лечения, флакона и 1 мл для легочных сурфактантов: Сурванта, Куросурф, Альвеофакт в зависимости от веса новорожденного в граммах.

Таблица 1.

Стоимость лечения, флакона и 1 мл для легочных сурфактанов.  
Сурванта, Куросурф, Альвеофакт

Вес (граммы)	Общаядоза (мл) Сурванта	Стоимостьлечения, KZT	Общаядоза (мл) Куросурф	Стоимостьлечения, KZT	Общаядоза (мл) Альвеофакт	Стоимостьлечения, KZT
600	2,4	45210	1,5	105264,45	0,72	50508
700	2,8	52745	1,75	122808,525	0,84	69531
800	3,2	60280	2	140352,6	0,96	79464
900	3,6	67815	2,25	157896,675	1,08	89397
1000	4	75350	2,5	175440,75	1,2	99330
1100	4,4	82885	2,75	192984,825	1,32	109263
1200	4,8	90420	3	210528,9	1,44	119196
1300	5,2	97955	3,25	228072,975	1,56	129129
1400	5,6	105490	3,5	245617,05	1,68	139062
1500	6	113025	3,75	263161,125	1,8	148995
1600	6,4	120560	4	280705,2	1,92	158928
1700	6,8	128095	4,25	298249,275	2,04	168861
1800	7,2	135630	4,5	315793,35	2,16	178794
1900	7,6	143165	4,75	333337,425	2,28	188727
2000	8	150700	5	350881,5	2,4	198660

Как следует из таблицы 1, дозировки на сурфактанты Сурванта, Куросурф, Альвеофакт зависят от массы тела, так же меняется и стоимость одной дозировки и курса лечения соответственно.

На основании данных по предельным ценам в таблице 2 представлены расчеты общие дозы, стоимости одной упаковки и 1 мл для легочных сурфактанов: Сурванта, Куросурф, Альвеофакт.

Таблица 2.

Стоимость лечения, 1 упаковки и 1 мл для легочных сурфактантов:  
Сурванта, Куросурф, Альвеофакт

	Сурванта		Куросурф		Альвеофакт	
	Общая до- за (мл)	Стоимость лечения	Общая до- за (мл)	Стоимость лечения	Общая до- за (мл)	Стоимость лечения
режим дозиро- вания	100 мг/кг (4 мл/кг)		200 мг/кг(2,5 мл/кг)		50 мг/кг (1,2 мл/кг)	
кол-во в-ва во флаконе	100 мг - 4 мл		120 мг - 1,5 мл		50 мг- 1,2 мл	
стоимость ф- лакона, KZT		75 350		105 264,5		99 330
стоимость 1 мл, KZT		18 837,50		70 176,30		82 775

Таким образом, из таблицы 2 следует, что стоимость ЛС Сурванта является предпочтительной (75 350 тенге на курс лечения или 18 837,5 тенге за 1 мл), из всех представленных на рынке Республики Казахстан сурфактантов.

По данным литературы, введение сурфактанта сокращает затраты на лабораторные методы на 30%, однако введение его в течение первых 15 мин жизни увеличивает расходы. Как видно из данных, чем больше масса тела при рождении, тем меньше затраты на лабораторные методы исследований.

**Этические нормы.** Так как в ходе обзора не были использованы терапевтические или диагностические вмешательства, а идентифицирующие признаки недоношенных новорожденных не собирались, то получение письменного информированного согласия матери не предусматривалось, разрешения Локального Этического Комитета не требовалось.

**Обсуждение.** Как следует из данных приказа МЗРК по предельным ценам, стоимость 1 мл ЛС Сурванта ниже Куросурфа и Альвеофакта

Рассмотрим модель стоимости лечения СДР сурфактантами для недоношенного новорожденного весом в 1000 г:

Согласно Инструкции по медицинскому

применению препарата данному новорожденному необходимо:

Сурванта- 4 мл (100 мг/кг = 100 мг x 1 кг = 100 мг или 4 мл);

Куросурф- 2,5 мл (200 мг/кг = 200 мг x 1 кг = 200 мг или 2,5 мл (у Куросурфа во флаконе в 1,5 мл содержится 120 мг вещества, следовательно 2,5 мл (1 флакон + 1 мл из второго флакона);

Альвеофакт 1,2 мл- 1,2 мл препарата на 1 кг массы тела, которая вводится в 1 ч после рождения. При необходимости повторяют введение еще 3 раза с интервалами в 12-24 ч - всего 4 разовые дозы. Таким образом, 1,2 x 4 = 4,8 мл.

Стоимость лечения сурфактантами недоношенного с заданным весом в 1000 г составляет:

Сурванта 4 мл x 18 837,5 тенге (стоимость 1 мл) = 75 350 тенге

Куросурф 2,5 мл x 70 176,3 тенге (стоимость 1 мл) = 175 440,75 тенге

Альвеофакт 1,2 мл x 82 775 тенге (стоимость 1 мл) = 99 330 тенге. При этом следует учесть, что при введении до 4 разовых доз, сумма возрастает 99 330 тенге x 4 = 397 320 тенге.

При необходимости введения Сурванты-

повторно, (по данным литературы применение Куросурфана требует повторного введения), моделирование стоимости будет следующим: при введении 4 мл сурванты первично на сумму 75 350 тенге через 6 часов ввели повторно 4 мл; итого общая сумма составила 150 700 тенге; при этом данное введение двух доз Сурванты будет экономически эффективнее чем однократное введение Куросурфана сумму 175 441 тенге. При условии что при этом лабораторные и инструментальные методы исследований; госпитализация в ОРИТ; госпитализация на втором этапе выхаживания; сопутствующая терапия (парентерального питания, коррекции анемии и гипопроотеинемии, артериального давления, метаболических нарушений, осложнений и прочего); затраты на хирургическое лечение ОАП брались за постоянные переменные с позиции показателей минимизации затрат применение ЛС Сурванта является наиболее эффективным. Однако, при учете данных рандомизированных исследований по сравнению эффективности Куросурфа (200 мг/кг) и Сурванты (100 мг/кг) для лечения РДС результаты исследования показали, что длительность интубации, частота развития бронхолегочной дисплазии, пневмоторакса, кровоизлияния в легкие, внутрижелудочковых кровоизлияний 3–4 степени, сепсиса, лазерной коагуляции ретинопатии, а также летальность в обеих группах достоверно не отличались. При этом как показывают исследования сравнения раннее введение Сурванты оказывало более выраженный эффект на функцию легких и оксигенацию у недоношенных детей по сравнению с Альвеофактом. Таким образом, с учетом клинической и экономической эффективности, наиболее оптимальным ЛС выбора следует считать берактант (Сурванта), порактант альфа (Куросурф), бовактант (Альвеофакт) в данном случае, несмотря на средние экономические показатели, менее эффективен чем берактант и порактант альфа.

**Результаты.** При проведении контент-

анализа исследований использования сурфактанта для лечения респираторного дистресс-синдрома (РДС) у новорожденных с высоким уровнем доказательности (мета-анализы, рандомизированные контролируемые испытания, клинико-экономических исследований, а также собственных расчетов стоимости лечения одного случая РДС. Было установлено, что:

1. Согласно данным Кохрановских обзоров и РКИ наиболее высокая летальность у пациентов без введения сурфактанта (33,33%), а наименьшая - в группе раннего профилактического введения сурфактанта в течение первых 15 минут жизни;

2. Применение сурфактанта независимо от времени введения снижало относительный риск смерти на 21%, а в первые 15 мин после рождения на 34% по сравнению с контрольной группой (без введения);

3. Проводя оценку представленных результатов фармакоэкономических исследований, в соответствии с одним с анализом по критерию «затраты-эффективность» (CEA - cost-effectiveness analysis) анализ по критерию «затраты-эффективность» (CEA - cost-effectiveness analysis) следует отметить, что применение сурфактантов для лечения и, еще в большей степени, для профилактики развития РДС признано эффективным с точки зрения затрат.

4. Введение двух доз ЛС Сурванта будет экономически эффективнее чем однократное введение Куросурфа или ЛС Альвеофакт.

5. С учетом клинической и экономической эффективности, наиболее оптимальным ЛС выбора следует считать берактант (Сурванта), с позиций клинической эффективности берактант (Сурванта) и порактант альфа (Куросурф) сопоставимы, при этом бовактант (Альвеофакт), несмотря на средние экономические показатели в разовой дозировке (без учета необходимости увеличения дозы), менее эффективен чем берактант и порактант альфа.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal RDS in Preterm Infants/Neonatology, 2010;97:402-417
2. Инструкция по медицинскому применению ЛС Сурванта.
3. Survanta Multidose Study Group. Two-year follow-up of infants treated for neonatal respiratory distress syndrome with bovine surfactant. J Pediatr 1994;124:962-967.
4. Seger N, Soll R. Animal derived surfactant extract for treatment of respiratory distress syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007836.
5. Soll R, Blanco F. Natural surfactant extract versus synthetic surfactant for neonatal respiratory distress syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 2. Art. No.: CD000144.
6. Soll R, Özek E. Prophylactic animal derived surfactant extract for preventing morbidity and mortality in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 4. Art. No.: CD000511.
7. Hoekstra R.E. Improved Neonatal Survival Following Multiple Doses of Bovine Surfactant in Very Premature Neonates at Risk for Respiratory Distress Syndrome / Pediatrics 1991;88;10-18
8. Zola EM, Overbach AM, Gunkel JH, et al: Treatment investigational new drug experience with Survanta (beractant). Pediatrics 1993;91:546-551.
9. Zola EM, Gunkel JH, Chan RK, et al: Comparison of three dosing procedures for administration of bovine surfactant to neonates with respiratory distress syndrome. J Pediatr 1993;122:453-459.
10. Liechty E.A. Reduction of Neonatal Mortality after Multiple Doses of Bovine Surfactant in Low Birth Weight Neonates with Respiratory Distress Syndrome / Pediatrics 1991;88;19-28
11. Malloy A., Nicoski C., Muraskas, J.K. A randomized trial comparing beractant and poractant treatment in neonatal respiratory distress syndrome. / Acta Paediatrica, 2005, 94: 779-784.
12. Gharehbaghi M.M. Complications among premature neonates treated with beractant and poractantalfa. / Indian J Pediatr, 2010, 77(7), p. 751-4.
13. Hammoud M. / Randomized clinical trial comparing two natural surfactant preparations to treat respiratory distress syndrome Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 2004, 15(3), p.167-175.
14. Ümit S.S. Comparison of the clinical efficacies of two different natural surfactant preparations in neonatal respiratory distress syndrome / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004, 47(3), p. 161-166.
15. Szymankiewicz M. Effect of exogenous surfactant therapy on the pulmonary mechanics of newborns with respiratory distress syndrome: Comparison of two natural surfactant preparations / Gynaecologia et Perinatologia, 1999, 8(2), p. 57-61.
16. Rushing S. Preterm Birth: A Cost Benefit Analysis / Semin Perinatol, 2004, 28:444-450.
17. Ainsworth S.B. Surfactant therapy for respiratory distress syndrome in premature neonates: a comparative review Am J Respir Med, 2002, 1(6), p. 417-33.
18. Pejaver R.K. Surfactant replacement therapy--economic impact / Indian journal of pediatrics, 2001, 68(6), p. 501-5.
19. Economic outcome for intensive care of infants of birthweight 500-999 g born in Victoria in the post surfactant era. THE VICTORIAN INFANT COLLABORATIVE STUDY GROUP / Journal of Paediatrics and Child Health, 1997, 33(3), p. 202-208.
20. Soll R.F. Cost effectiveness of beractant in the prevention of respiratory distress syndrome / Pharmacoeconomics. 1993 Oct;4(4):278-86.
21. [http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/3055.htm?q=survanta&t=search&ss=text&p=1#\\_3055](http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/3055.htm?q=survanta&t=search&ss=text&p=1#_3055)
22. Инструкция по медицинскому применению ЛС Куросурф.

23. Инструкция по медицинскому применению ЛС Альвеофакт.

24. Rushing S. Preterm Birth: A Cost Benefit Analysis / *Semin Perinatol*, 2004, 28:444-450.

25. Ainsworth S.B. Surfactant therapy for respiratory distress syndrome in premature neonates: a comparative review *Am J Respir Med*, 2002, 1(6), p. 417-22.

26. Pejaver R.K. Surfactant replacement therapy--economic impact / *Indian journal of pediatrics*, 2001, 68(6), p. 501-5.

27. Economic outcome for intensive care of infants of birthweight 500-999 g born in Victoria in the post surfactant era. THE VICTORIAN INFANT COLLABORATIVE STUDY GROUP / *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1997, 33(3), p. 202-208.

28. Soll R.F. Cost effectiveness of beractant in the prevention of respiratory distress syndrome / *Pharmacoeconomics*, 1993 Oct; 4(4):278-86.

29. Ghodrat M./Lung surfactants//*Am J Health-Syst Pharm*. 2006; 63:1504-21

30. Engle W.A. Surfactant-Replacement Therapy for Respiratory Distress in the Preterm and Term Neonate//*Pediatrics*, 2008, 121(2):419-432.

### ТҮЙІН

Осы шолу дәлелдік деңгейі жоғары (бақылаудағы зерттеудің рандомизирленген мета-талдаулары, сонымен қатар РДС бір оқиғасын емдеу құнының өзіндік бағасы) нәрестелердегі респираторлық дистресс-

синдромды (РДС) емдеу үшін сурфактантты пайдалануды зерттеудің контент талдауы болып табылады. Жүргізілген шолу негізінде сурфактантты қолдану дәлелдік деңгейі жоғары РДС емдеудің тиімді әдісі болып табылатынын білдік. Қазақстан Республикасын нарығындағы сурфактандар арасында фармакоэкономикалық көрсеткіштері тұрғысынан тиімді болып табылатындардың бірі өкпе сурфактанты “Сурванта” болып табылады.

**Түйін сөздер:** нәресте, сурфактант, өкпе ауруы, респираторлық дистресс-синдром, фармакоэкономика

### SUMMARY

This review is a content analysis of studies on the use of surfactant for respiratory distress syndrome (RDS) in infants with high-level evidence (meta-analyzes, randomized controlled trials, clinical and economic studies, as well as their own calculations of cost of treating one case of RDS). Based the review shows that the use of surfactants is an effective treatment of RDS with the highest level of evidence. Among the market of the Republic of Kazakhstan surfaktans one of the most effective in terms of pharmaco-economic indicators is a pulmonary surfactant “Survanta”.

**Keywords:** newborn, surfactant, pulmonary disease, respiratory distress syndrome, pharmacoeconomics.

УДК 159.9.078-053.7:614.39:378.178(574.24)

**М. К. КУРМАНОВ, Е. А. НАКОНЕЧНИКОВА**Центр формирования здорового образа жизни<sup>1</sup>  
Молодежный центр зоревья «Арман кала», г. Астана<sup>2</sup>**О ВНЕДРЕНИИ УПДК (УНИВЕРСАЛЬНОГО ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО  
КОМПЛЕКСА) «АК СУНКАР» В РАБОТУ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ  
ЗДОРОВЬЯ В ГОРОДЕ АСТАНА****АННОТАЦИЯ**

В статье рассматриваются вопросы особенностей организации молодежных центров здоровья в высших учебных заведениях, дается теоретическое и практическое обоснование психологических аспектов оказания услуг для молодежи. В рамках данной статьи рассматривается актуальность и научно-методологическая база исследования по профилактике психоэмоционального неблагополучия среди студентов с использованием аппаратных методов психологической диагностики.

**Ключевые слова:** универсальный психодиагностический комплекс, молодежные центры здоровья.

В современном мире при росте возможностей информационных технологий для молодежи, особенно, обучающихся в средне-специальных и высших учебных заведениях, наблюдается устойчивое снижение их адаптационных возможностей, увеличивается количество личностных и семейных проблем, конфликтных ситуаций в местах их учебы и проживания, возникают трудности при усвоении учебного материала по различным (ситуационным или органическим) причинам.

В молодежных центрах здоровья Астаны работают психологи, которые консультируют молодых по различным проблемам (семейным, личностным, конфликтам и др.). Психологические тесты, которые есть в УПДК можно использовать в работе с различными целями: определить уровень и глубину психоэмоционального расстройства, стрессоустойчивость, склонность к суицидальному поведению и др. Психологическое тестирование с помощью УПДК помогает сократить время на обработку тестов, увеличив время на индивидуальную или групповую работу.

Психология молодых людей имеет определенные отличия от таковой у взрослых.

Отличия в том, что молодые более эмоциональны в своих реакциях на окружающий мир, часто входят в депрессивные состояния, многие импульсивны, часто не задумываются о возможных последствиях своих действий и слов, у многих наблюдается переоценка собственных возможностей и сил, чаще возникают проблемы, связанные с половой сферой, в межличностном общении. К сожалению, некоторые молодые люди выбирают суицид как единственно верное, по их мнению, решение проблемы.

Казахстан в последние несколько лет занимает третье место в мире по завершенным суицидам среди молодежи. Проблема эта актуальна, требует к себе серьезного внимания. С целью выявления суицидальных факторов, или факторов риска молодежи, первыми в Астане. Центр формирования здорового образа жизни и Молодежный центр здоровья «Арман кала» с разрешения руководства медицинского колледжа, провел исследование (психологическое тестирование) учащихся с применением УПДК. Психологическое тестирование проводилось на казахском и русском языках - по выбору исследуемого.

Выбор методик был основан на следующих особенностях: так как в клинике (проявлениях) суицидального поведения часто наблюдаются депрессивный, тревожный компоненты, риск суицидальных действий, были отобраны следующие психологические тесты:

1. Опросник САН - выявление утомления, здоровья, силы, подвижности, эмоционального состояния;
2. Опросник СЛ 19 - выявление уровня суицидального риска и наличия суицидального поведения;
3. Опросник ФСР 26 - выявление уровней склонности к суицидальным реакциям и устойчивости к психоэмоциональным нагрузкам;
4. Опросник Спилбергера - выявление личностной тревожности (высокая - проявление невротического конфликта с возможными эмоциональными срывами) и ситуационной тревожности (при попадании в стрессовую ситуацию появляется напряженность, вегетативное возбуждение);
5. Опросник Бека - выявление депрессии и ее уровней - от отсутствия до тяжелой депрессии.

Тестирование в колледже было объявлено как выявление факторов риска у молодежи (депрессия, тревожность, снижение активности), исследование суицидальной активности в разговоре не обозначалось и в результатах тестирования прямо об этом не сообщалось, результат давался устно - «повышен риск совершения необдуманных поступков, наличие какой-либо нерешенной проблемы, которая вызывает переживания и др.».

**Результаты психологического тестирования.** Прошли тестирование всего: 130 человек, из них: лиц мужского пола - 16, лиц женского пола - 114. Выявлены факторы риска у 38, из них: лиц мужского пола - 2; лиц женского пола - 36. От общего количества прошедших тестирование, у 29% выявлены факторы риска.

**По возрасту исследуемые распределены**

**лишь:** 29 лет - 1; 25 лет - 1; 24 года - 1; 23 года - 1; 22 года - 4; 21 год - 25; 20 лет - 56; 19 лет - 31; 18 лет - 6; 17 лет (по собственному желанию) - 4.

Все исследуемые отвечали на вопросы самостоятельно, на выбранном ими языке. На казахском языке отвечали 47 человек (36%). Тестирование проводилось конфиденциально, результаты сообщались самому исследуемому - есть факторы риска или таковые отсутствуют. При выявлении факторов риска и желании самого человека рассказывать о своих проблемах, сразу же проводилась консультация. Подборка тестов у всех исследуемых была одинаковой (5 вышеперечисленных тестов).

Те, кто по результатам психологического тестирования отнесен к группе риска, имели высокие баллы (отрицательные по значению) не менее, чем по трем тестам. Ниже прилагаются реальные примеры результатов тестирования.

**Пример результата.** Учащаяся, отвечала на казахском языке, получила следующие результаты, по которым была отнесена в группу риска: снижен уровень жизненной активности; высокий уровень тенденций к суицидальным реакциям; выраженная депрессия; высокие уровни личностной и ситуационной тревожности.

**Пример результата.** Учащийся, отвечал на русском языке, выявлено: снижены уровни: самочувствия, активности и настроения; средний уровень суицидального риска; высокий уровень склонности к суицидальным реакциям, высокие уровни личностной и ситуационной тревожности.

Все лица с выявленными факторами риска были направлены на консультацию к психологу колледжа, передан список учащихся для дальнейшей работы - выявления причин такого состояния и его коррекции. Все учащиеся, прошедшие психологическое тестирование, предупреждены о конфиденциальности полученных результатов.

Применение психологических тестов (в

необходимой различной комбинации) УПДК «Ак Сункар» позволяют выявить на ранних этапах развития невротическое, депрессивное, суицидальное состояния у молодежи, и, как можно раньше, начать психокоррекционные состояния.

### ТҮЙІН

Мақалада жоғары оқу орындарында жастар денсаулық орталықтарын ұйымдастырудың ерекшеліктері жөніндегі мәселелер қарастырылады, жастарға қызмет көрсетудің психологиялық тұстарына теориялық және практикалық негіздеме беріледі. Осы мақала аясында психологиялық диагностиканың аппараттық әдістерін қолдана отырып, студенттер арасында психикалық-эмоционалды жайсыздықтың алдын алу бойынша

зерттеудің өзектілігі мен ғылыми-әдістемелік негізі қарастырылады.

**Түйін сөздер:** әмбебап психодиагностикалық кешен, жастар денсаулық орталықтары.

### SUMMARY

This article presents organization peculiarities of youth health centers in higher education institutes, theoretical and practical substantiation of psychological aspects provision service for youth. Within this article presents actuality and science-methodology foundation of research by prophylaxis of psycho emotional ill-being among students with using hardware method of psychological diagnosis.

**Key words:** Universal psychodiagnostic complex, youth health centers.

УДК 159.9-053.7:614.39:378.178

**М. К. КУРМАНОВ, Г. С. ТОКБАЕВА**

Центр формирования здорового образа жизни<sup>1</sup>  
Молодежный центр здоровья «ДАУА», г. Астана<sup>2</sup>

### АКТУАЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

#### АННОТАЦИЯ

В статье рассматриваются вопросы особенностей организации молодежных центров здоровья в высших учебных заведениях, дается теоретическое и практическое обоснование психологических аспектов оказания услуг для молодежи. В рамках данной статьи рассматривается актуальность и научно-методологическая база исследования по профилактике психоэмоционального неблагополучия среди студентов с использованием аппаратных методов психологической диагностики.

**Ключевые слова:** подростки, психологическая помощь, молодежные центры здоровья, высшие учебные заведения.

На современном этапе развития общества первостепенное значение имеет развитие социально-ориентированных технологий в системе здравоохранения, направленных на охрану психологического здоровья населения. В этом направлении в рамках реализации Государственной Программы развития здравоохранения в РК «Саламатты Казактан» на 2011-2015 годы в городе Астана развивается служба психологической помощи Молодежных центров здоровья, социально-психологическая служба в организациях первичной

медико-санитарной помощи, кабинета экстренной психологической помощи на базе Медицинского центра проблем психического здоровья. Актуальность развития психологической службы Молодежных центров здоровья продиктовано состоянием аутодекативного поведения среди подростков и молодежи. По данным кабинета экстренной психологической помощи медицинского центра проблем психического здоровья города Астаны показывают следующие цифры:



Рис. 1. Структура суицидальной активности по городу Астане за 2011-2013 гг.

Специалисты кабинета экстренной психологической помощи отмечают, что в кабинеты обращаются родители подростков, со-

циально-психологические службы школ, по результатам консультаций были выявлены следующие факты.

Таблица 1

Структура обращений в кабинет экстренной психологической помощи подростков с суицидальным поведением 2013 году

Формы суицидального поведения	Общее количество пациентов (чел.)
Суицидальная попытка	6
Суицидальные мысли	3
Аутодеструктивное поведение	27
Группа риска	25
Итого	61

По данным кабинета экстренной психологической помощи в городе Астана социальный статус лиц совершивших попытку суицида учащиеся колледжей, вузов – 24 человека. Данные цифры показывают, что наибольшее количество лиц среди подростков и молодежи это учащиеся школ и студенты ВУЗов. В этой связи актуальным является развитие сети Молодежных центров здоровья на базе средне специальных и высших учебных заведений. В 2012 году городским Управлением здравоохранения при Центре формирования здорового образа жизни города Астаны открылся первый Молодежный центр здоровья, осуществляющий свою работу в высшем учебном заведении. Целью создания Молодежного центра здоровья «ДАУА» было оказание профилактической помощи по охране репродуктивного здоровья, профилактики заболеваний передающихся половым путем и оказания психологической помощи студенческой молодежи. Как показывает практика работы Молодежного центра здоровья «ДАУА», востребованными среди студентов является как информационно-профилактические, так и консультативные услуги службы психологической помощи.

Безусловно, для определения зоны профессиональной психологической помощи

студенческой молодежи необходимы объективные, репрезентативные методы психологической диагностики. В настоящее время практическое значение имеют аппаратные методы психологической диагностики, которые используются для выявления группы риска среди студентов в рамках психопрофилактической работы аутодеструктивного поведения молодежи.

Мы провели психологическое обследование с использованием универсального психодиагностического комплекса «АК СУНҚАР» (далее УПДК «АК СУНҚАР»), с целью выявления группы риска аутодеструктивного поведения среди студентов. Основными задачами проведения психологического обследования были следующие:

1. Формирование положительной мотивации для прохождения тестирования.
2. Обеспечение контроля за добровольностью проведения тестирования.
3. Проведение предварительной работы среди студентов (знакомство студентов с особенностями работы Молодежных центров здоровья, презентация деятельности МЦЗ «ДАУА», ознакомление с целью и организационными вопросами проведения тестирования).
4. Выявление группы риска среди студентов склонных к аутодеструктивному по-

ведению.

**Психодиагностическая батарея методик была направлена:**

1. исследование склонности к суицидальным реакциям
2. исследование суицидального риска и наличия суицидального поведения в общем тезаурусе личности испытуемого
3. исследование личностной и ситуативной тревожности
4. наличия депрессивного состояния испытуемых.

Обоснование применения психодиагности-

ческой батареи методик: научно-методологической базой психодиагностического инструментария по профилактике психоэмоционального неблагополучия среди подростков и молодежи являются апробированные специалистами, авторами УПДК «АК СУНКАР» психологические тесты, теоретические и практические разработки ведущих научных школ РФ, а также модифицированные используемые в практике психологов генеральные психодиагностические методы.

**Результаты обследования:**

Таблица 2

Результаты по методике СЛ-19

Факторы	Показатели		
	высокий	средний	низкий
Суицидальный риск и наличие суицидального поведения	-	7	161

Данные результаты показывают, что 7 человек имеют склонность к эмоциональным срывам, суицидальное поведение возможно

в ситуации эмоционального или физического раздражения.

Таблица 3

Результаты по методике ФСР-26

Факторы	Показатели		
	высокая	средняя	низкая
Суицидальная реакция	23	64	145
Эмоциональная устойчивость	122	23	-

Данные результаты показывают, что у 23 человек возможно избирательное реагирование аффектом на различные раздражители.

**По результатам теста «Шкала Бека»:** 2 человека находятся в состоянии выраженной депрессии, 6 студентов показали умеренную степень депрессии по шкале Бека, 28 человек

легкая степень субдепрессии невротического характера.

Результаты тестирования по шкале Бека показали высокую корреляцию результатов по тесту Спилбергера (показатели Л.Т. от 47 до 54).

Таблица 4

## Результаты по методике Спилбергера

Факторы	Показатели		
	высокая	средняя	низкая
Личностная тревожность	44	102	22
Ситуативная тревожность	135	23	10

Таким образом, мы получили следующие результаты: по результатам проведения психодиагностической работы мы выявили, что из 168 студентов: общее количество испытуемых, входящих в группу риска составляет 89 человек.

Из общего количества обследованных студентов 2 студентам необходима экстренная медико-психологическая консультация, 27 человек нуждается в дополнительном обследовании и консультации, из них 17 человек, возможно, находятся в ситуации суицидального конфликта, 23 человека находятся в зоне риска суицидальной реакции, у 22 студентов при обострении конфликтных ситуаций возможно усиление суицидальной реакции. В целях соблюдения **норм профессиональной компетенции, конфиденциальности** полученной информации и дальнейшей психокоррекционной и консультативной работы данные обследования переданы под персональную профессиональную ответственность психолога ВУЗа, в котором проводилось тестирование. Тест-опросник и тест-задание применимы к людям разного возраста, принадлежащим к различным культурам, имеющим разный уровень образования, разные профессии и неодинаковый жизненный опыт. Это — их положительная сторона. А недостаток состоит в том, что при использовании тестов испытуемый по желанию может сознательно повлиять на получаемые результаты, особенно если он заранее знает, как устроен тест и каким образом по его результатам будут оценивать его психологию и поведение. Кроме того, тест-опросник и тест-задание неприменимы в тех случаях, когда изучению подлежат психологические

свойства и характеристики, в существовании которых испытуемый не может быть полностью уверен, не осознает или сознательно не хочет признавать их наличие у себя. Такими характеристиками являются, например, многие отрицательные личностные качества и мотивы поведения [1,3]. Следовательно, необходим валидный психодиагностический инструментарий для обследования психологических состояний испытуемых, с учетом того, что в качестве выборки испытуемых могут быть студенты и магистранты психологических факультетов, имеющих базовые знания по специфике использования конкретных психодиагностических методик. В этой связи ценным при проведении данного обследования была возможность отслеживать невербальные реакции испытуемых, и количество времени, затрачиваемое на ответы. Другими преимуществами применения аппаратных методов психологической диагностики по сравнению с традиционными методами являются следующие:

**Преимущества применения УПДК «АК СУНКАР»:**

1. Возможность проведения массовых (скрининговых) обследований.
2. Высокая объективность результатов (невозможность «подтасовки» результатов, возможность использования фото- и видео наблюдения).
3. Достоверность результатов (использование генеральных апробированных психодиагностических методик обследования, адаптированных на государственном языке).
4. Высокая корреляция результатов исследования по данным психодиагностической батареи методик.

5. Возможность отслеживания невербальных и психофизиологических реакций обследуемых.

6. Исключение субъективного влияния личностных особенностей психолога.

Проводимые систематические презентации для студентов по оказанию услуг службой психологической помощи Молодежного центра здоровья «ДАУА» показали, что наиболее востребованными среди студенческой молодежи являются именно проблемы психологического характера. Думается, что в настоящее время является актуальным создание Молодежных центров здоровья при высших учебных заведениях. Как отмечалось в предыдущих публикациях по психологической готовности студентов к восприятию различных технологий [2] проведение аппаратных методов психодиагностической работы будет способствовать развитию лабильности психологических качеств студенческой молодежи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Практикум. Изд. «Феникс» 2003.
2. Токбаева Г.С. «Психологические аспекты развития экономической культуры компонентов образовательной системы». Материалы Международной конференции. Актюбе - Орынбор, 2007.
3. Шевандрин Н.И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности, изд., «Владос» 2001.

#### ТҮЙІН

Мақалада жоғары оқу орындарында жастар денсаулық орталықтарын ұйымдастырудың ерекшеліктері жөніндегі мәселелер қарастырылады, жастарға қызмет көрсетудің психологиялық тұстарына теориялық және практикалық негіздемесі беріледі. Осы мақала аясында психологиялық диагностиканың аппараттық әдістерін қолдана отырып, студенттер арасында психикалық-эмоционалды жайсыздықтың алдын алу бойынша зерттеудің өзектілігі мен ғылыми-әдістемелік негізі қарастырылады.

**Түйін сөздер:** жасөспірімдер, психологиялық көмек, жастар денсаулық мектебі, жоғары оқу орындары.

#### SUMMARY

This article presents organization peculiarities of youth health centers in higher education institutes, theoretical and practical substantiation of psychological aspects provision service for youth. Within this article presents actuality and science- methodology foundation of research by prophylaxis of psycho emotional ill-being among students with using hardware method of psychological diagnosis.

**Key words:** adolescents, psychological assistance, youth health centers, higher education institutions.

УДК 616.697-079.4

**МАЙМАКОВА А.М., К.М.Н., БАЙКОШКАРОВА С.Б., Д.Б.Н., МУРЗАГАЛИЕВА Г.Ж.**Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей,  
клиника репродукции человека «Экомед»**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ****АННОТАЦИЯ**

Рассмотрены вопросы диагностики мужского бесплодия на этапах амбулаторно-поликлинической помощи, на уровне стационара и возможности медицины в ЭКО-ICSI. Выведен диагностический алгоритм обследования мужчин для получения полной картины причин бесплодия.

**Ключевые слова:** диагностика мужского бесплодия, причины, ЭКО-ICSI.

В конце 70-х гг. прошлого века в мире было всего 5% бесплодных пар (1), а к началу XXI века этот показатель вырос до 10-15% по обращаемости и до 18-20% (по некоторым данным - до 30%) с учетом активного выявления (2). Так, уже 15% бесплодных браков, по оценке ВОЗ (1), свидетельствует о том, что проблема приобрела государственное значение. Причем, у 50% семей страдающих от бесплодия причиной является «мужской фактор».

Как известно, потенция мужчины не является показателем фертильности спермы, т. е. ее способности к оплодотворению. Если спермограмма свидетельствует о наличии тех или иных изменений, требуется дальнейшее обследование для выявления причин патологии и лечение у андролога. Способность к зачатию у мужчин снижается при врожденной и приобретенной аномалии мочеполовых органов, генетическом нарушении, при варикоцеле, при инфекциях мочевыводящих путей, эндокринном нарушении, при иммунологических факторах.

Мужское бесплодие диагностировать, как правило, проще, чем женское. Для определения состояния репродуктивной функции мужчины необходимо микроскопическое исследование спермы — спермограмма. Анализ эякулята должен проводиться согласно

рекомендациям Всемирной Организации Здравоохранения по лабораторному исследованию эякулята человека и взаимодействию сперматозоидов с цервикальной слизью (3). Для постановки диагноза требуется минимум два раза повторить анализ спермы с соблюдением определенных правил подготовки и забора (4,5).

Диагностический алгоритм обследования мужчины состоит из двух этапов: на первом этапе оцениваются данные анамнеза, в том числе анамнез фертильности и перенесенных урогенитальных заболеваний. Кроме того, проводится физикальные методы исследования, анализ спермограммы, определение иммунологического фактора бесплодия, а также иммунологической несовместимости партнеров. Первый этап обследования должен проводиться всем пациентам, обратившимся к специалисту по поводу бесплодного брака. Оптимальные сроки воздержания для получения достоверных результатов при исследовании эякулята 48-72 часа. Анализ спермограммы при наличии патоспермии должен быть продублирован через 2 недели. В этот период прием алкоголя, а также применение сильнодействующих лекарств, если они не были назначены врачом, недопустим, также субфебрильная лихорадка, отмечавшаяся в предшествующие исследованию 3 ме-

смята. может вызвать серьезные изменения в эякуляте вплоть до азооспермии(6,7).

Диагностика иммунологического фактора бесплодия основана на проведении тестов на наличие антиспермальных антител в эякуляте и сыворотки крови пациента и его партнерши

Стандартными методами являются:

- MAR-тест, характеризующий процент сперматозоидов покрытых антиспермальными антителами (положительный тест - более 50% подвижных сперматозоидов покрытых антителами)

- ИФА - титр антиспермальных антител в сыворотки крови пациента и его половой партнерши (нормы устанавливаются лабораторией). Положительные результаты тестов свидетельствуют о наличии иммунного фактора бесплодия. При отсутствии другой патологии устанавливается диагноз изолированного иммунного бесплодия, на долю которого приходится около 10% бесплодных браков.

На данном этапе возможно диагностировать клинически выраженное варикоцеле, определить обструктивную азооспермию, а также выявить группу пациентов со снижением фертильности без уточнения этиологии на данном этапе или с иммунологическим фактором инфертильности. Сведения, полученные при проведении первого этапа, позволяют сузить диагностический алгоритм второго этапа(7).

На втором этапе пациенту с неясной этиологией бесплодия проводится полный спектр диагностических мероприятий:

- определение гормонального статуса
- ультразвуковое исследование органов мошонки
- определение возбудителей урогенитальных инфекций (ЗППП)
- генетические исследования
- исследования центрифугированного эякулята и посторгазменной мочи

Гормональные исследования следует проводить при выраженной патоспермии и азоо-

спермии. В этих случаях определяются уровни тестостерона, ФСГ, ЛГ, пролактина и эстридиола. А также секс-гормон связывающего глобулина (ГСПГ, Sexhormone-bindingglobulin, SHBG), который дает представление не только о количестве тестостерона, но и о его биологически активной фракции (8).

При ультразвуковом исследовании определяются структурные изменения и патологические образования в яичках, придатках, предстательной железе. Наиболее информативно при исследовании внутренних половых органов (предстательная железа и семенные пузырьки) проведения ТРУЗИ (трансректальное ультразвуковое исследование) — малообъемная азооспермия, данный метод позволяет обнаружить изменения в семенных пузырьках при обструкции дистальных отделов семявыносящих путей или их отсутствие при врожденной агенезии семявыносящего протока. Цветное доплеровское исследование позволяет выявить наличие венозного рефлюкса в системе яичковых вен и так называемое субклиническое варикоцеле.

Посев эякулята производится при азооспермии (концентрации лейкоцитов более 1млн./мл) и в случае идиопатического характера снижения фертильности и ухудшения показателей спермограммы, а также при подготовке пациента в ходе проведения вспомогательных репродуктивных технологий.

Вирус простого герпеса человека, хламидии, уреоплазмы могут поражать сперматозоиды, приводя к их иммобилизации, образованию АСАТ (антиспермальных антител) к ним и невынашиванию беременности, а также к врожденным аномалиям плода. Показания к проведению такой диагностики является идиопатический характер снижения фертильности и патоспермии, невынашивание беременности, а также в ходе проведения подготовки пациента в цикле вспомогательных репродуктивных технологий (5,7).

Необходимо отметить, что диагностику инфекций, передающихся половым путем

следует проводить методом ПЦР в сочетании с иммуноферментного анализа (ИФА) при необходимости.

Генетические исследования следует предпринимать при азооспермии и выраженной патоспермии. Кариотипирование выявляет аномалии набора хромосом (кариотип пациента). В последнее время приобретает все большее значение исследование AZF-фактора, участка Y-хромосомы на наличие микроделеций в нем. Около 10–20% всех случаев выраженной патоспермии и необструктивной азооспермии обусловлено выпадением одного или нескольких локусов в Y-хромосоме локализованного на интервале AZF. Кроме диагностической ценности генетические исследования могут дать информацию о возможности передачи данного заболевания потомству мужского пола, о чем необходимо информировать пациентов.

При необструктивной азооспермии возможно обнаружение единичных сперматозоидов или клеток сперматогенеза при исследовании центрифугата эякулята. Поэтому такое исследование показано при проведении дифференциальной диагностики причин азооспермии и в цикле репродуктивных технологий (поиск единичных сперматозоидов для ICSI (интрацитоплазматической инъекции сперматозоида в яйцеклетку)).

Исследование посторгазменной мочи проводится при ретроградной эякуляции. Вопрос о целесообразности диагностической биопсии при азооспермии до настоящего момента остается дискуссионным. Существует мнение, что биопсия яичка недопустима с диагностической целью и может применяться только как метод получения генетического материала с целью включения его в цикл ЭКО-ICSI, а также повторное хирургическое вмешательство возможно только через 6-18 месяцев, что связано с необходимостью восстановления исходного уровня сперматогенеза и проведением консервативных мероприятий, направленных на улучшение процесса сперматогенеза.

Выводы:

1. Диагностика мужского бесплодия должна проводиться планомерно, соблюдая алгоритм исследований на каждом этапе.
2. При наличии иммунологического бесплодия расширить исследования эякулята с определением не только АСАТ, но и иммунологической несовместимости.
3. Диагностическая биопсия яичканедопустима с диагностической целью и рекомендуется только как метод получения генетического материала с целью включения его в цикл ЭКО-ICSI.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. World Health Organization. WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.
2. Анохин Л.В., 1991; Бодяжина В.И. и др., 1990
3. World Health Organization. WHO Laboratory Manual for the Examination of Human Semen and Sperm Cervical Mucus Interaction. 5th edn. Cambridge University Press, 2010.
4. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/9789241547789/en/indexs.html>
5. Миронова И.И., Романова Л.А., Долгов В.В. Общеклинические исследования (моча, кал, ликвор, эякулят). М. 2005. С. 165-195
6. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. М.: Медицинская книга, 2004.
7. Сагалов А.В. Амбулаторно – поликлиническая андрология. М.: Медицинская книга; Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2003.
8. Брагина Е.Е., Абдумаликов Р.А. Руководство по сперматологии. М., 2002
9. Nieschlag E., Behre H.M.(Eds.). Andrology. Male Reproductive Health and Dysfunction. 2nd edition. Berlin: Springer, 2000.

## ТҮЙІН

Бұл мақалада еркек бедеулігі кезінде амбулаториялық-емханалық және стационар деңгейлерінде тексерістердің тізімі мен медицинаның ЭКО-ICSI қолдану кезіндегі мүмкіндіктері терең қарастырылған. Еркек бедеулігі себептердің суретін толығымен сипаттау үшін арнайы диагностикалық алгоритм енгізілген.

**Түйін сөздер:** еркек бедеулігін тексеру әдістері, себептері, ЭКО-ICSI.

## SUMMARY

This article observes the diagnostic methods of male infertility at the stages of ambulatory polyclinic care and at the hospital level and the possibility of medicine by using IVF-ICSI. To diagnose the male infertility we should be stick to diagnostic examination algorithm.

**Key words:** diagnostic of male infertility, causes, IVF-ICSI.

УДК: 616.311: 314.18-002.4-08-06

**В. Е. ПУДЯК** к.м.н., доцент

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени  
И. Я. Горбачевского МЗ Украины» г. Тернополь, Украина

## ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

### АННОТАЦИЯ

Проведено осмотр и клиническую оценку состояния СОПР и тканей пародонта у больных с хроническим катаральным гингивитом на стадии обострения и с эрозивно-язвенными поражениями слизистой оболочки. Для лечения данной группы больных применяли комплекс препаратов общего и местного применения: нимесил, солкосерил-адгезивную дентальную пасту, стоматофит. У больных предлагаемый комплекс препаратов приводил к уменьшению проявлений воспалительных процессов тканей пародонта, быстрой эпителизации поражений СОПР.

**Ключевые слова:** катаральный гингивит, эрозивно-язвенные поражения, лечение.

**Введение.** Слизистая оболочка полости рта (СОПР), находясь под постоянным воздействием внешних и внутренних факторов, является местом проявления разнообразных, как самостоятельных, так и симптоматических заболеваний. Заболеваемость СОПР составляет около 3-6% всех заболеваний стоматологического профиля, среди кото-

рых видное место занимают патологические процессы, сопровождающиеся эрозивно-язвенным поражением [16]. При этом врачи-стоматологи сталкиваются не только с трудностями диагностики заболеваний СОПР, но и эффективного лечения. Рациональное лечение заболеваний СОПР, тканей пародонта должно базироваться на

знании причин возникновения и механизмов развития данной патологии [2, 3]. Нередко к развитию заболеваний СОПР и пародонта приводит изменение бактериоценоза полости рта [7], при этом являясь следствием применения антибиотиков как при лечении общесоматических заболеваний, так и стоматологической патологии. Так, лечение антибактериальными препаратами приводит к быстрому изменению количественного и видового состава микрофлоры с преобладанием некоторых видов микробов, в том числе дрожжевидных грибов [6]. Лечение должно быть комплексным и воздействовать на все звенья патологического процесса с учетом индивидуальных особенностей организма. Современные подходы к лечению хронических заболеваний полости рта учитывают комплексное применение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Нерациональное применение многих препаратов, рекомендуемых для лечения заболеваний СОПР, может оказать негативное воздействие на облигатных представителей аутофлоры полости рта и местные факторы антибактериальной защиты. В связи с этим перспективным направлением в лечении заболеваний пародонта стало использование микробных биопрепаратов, действующим началом которых являются штаммы представителей нормальной микрофлоры с высокими антагонистическими, ферментативными и иммуностимулирующими свойствами [9].

Исходя из вышеизложенного, актуальными являются профилактика и лечение заболеваний пародонта и заболеваний СОПР путем восстановления нормальной микрофлоры. Многие авторы предлагают в комплексном лечении заболеваний СОПР и хронического генерализованного гингивита использовать пробиотики: лактобактерин, бифидумбактерин, «Ацелакт». Для лечения пациентов на кафедре стоматологии НИИ последипломного образования ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МЗ Украины»

мы применяем препарат «Имудон». Препарат «Имудон» фармацевтической компании «Solvay Pharma» является комплексом 14 очищенных лизатов бактерий и грибов, он предназначен для проведения местной специфической иммунотерапии заболеваний полости рта. По данным разработчиков препарата и наблюдениям исследователей, «Имудон» вызывает следующие эффекты: усиление фагоцитарной активности нейтрофилов и макрофагов; повышение содержания в слюне лизоцима; стимулирование и увеличение количества антителосинтезирующих лимфоцитов; повышение содержания S IgA [12]. Данные литературы свидетельствуют о достаточно широком применении противовоспалительных препаратов в комплексном лечении как заболеваний пародонта, так и СОПР.

Анализируя механизм действия противовоспалительных препаратов при местном и общем лечении заболеваний пародонта и СОПР, выявлено, что самым сильным лечебным эффектом обладают стероидные препараты, которые воздействуют на все звенья воспалительного процесса [11]. Однако стероидные препараты не всегда обеспечивают стабильный длительный эффект и могут вызвать осложнения даже при местном использовании в виде повышения артериального давления, нарушения функции надпочечников, остеопороза. Поэтому более эффективным будет использование при заболеваниях пародонта и СОПР нестероидных противовоспалительных препаратов. Эта группа препаратов оказывает противовоспалительное, обезболивающее, жаропонижающее действие, снижая проницаемость капилляров и активность гиалуронидазы, предотвращают образование микротромбов, уменьшают количество медиаторов воспаления. [13]. В своей практике мы используем препарат «Нимесил» с коротким курсом применения до 3-х дней. Также обоснованным является использование препаратов, которые нормализуют систему микроциркуляции тканей

пародонта и СОПР. Одним из препаратов, который стимулирует ангиогенез, повышает потребление кислорода клетками, имеет мембраностабилизирующий и цитопротекторный эффекты, является «Солкосерил» - дентальная адгезивная паста, в состав которой входят природные низкомолекулярные вещества: гликопептиды, нуклеозиды, аминокислоты [5,8].

Несмотря на широкое применение химиотерапевтических препаратов, лекарственные растения продолжают вызывать повышенный интерес вследствие учащения случаев побочного действия и аллергических реакций после применения химиопрепаратов. В отличие от них лекарственные растения редко вызывают нежелательные побочные эффекты со стороны организма, нетоксичны и хорошо переносятся больными независимо от возраста. Выгодно отличает их от других лекарственных средств наличие в них микроэлементов, витаминов, эфирных масел, биогенных веществ. Поэтому понятен интерес к растительным препаратам поливалентного действия для местного применения при лечении воспалительных заболеваний пародонта и СОПР. Фармацевтическая фирма «Phyto Pharm» предложила для этих целей «Стоматофит». В составе содержится лечебное сырье растительного происхождения (цветки ромашки, лист мяты перечной, трава арники, лист шалфея, кора дуба, трава тимьяна, корневище аира). Препарат оказывает противовоспалительное, противоотечное, бактерицидное, противогрибковое, обезболивающее, дубящее, ранозаживляющее действие. «Стоматофит» в комплексном лечении заболеваний пародонта и СОПР способствует стимуляции местных защитных факторов, что позволяет прогнозировать удлинение сроков ремиссии [10].

Целью нашего исследования стало определение клинической эффективности лечения заболеваний СОПР с выраженными язвенно-некротическими процессами и воспалительных заболеваний пародонта на ста-

дии обострения комплексом, влияющим на основные патогенетические звенья воспалительного процесса.

**Материалы и методы исследования.** Изучено влияние на клиническое течение заболеваний СОПР и пародонта лечебного комплекса, в состав которого были включены нимесил, имудон для внутреннего применения, стоматофит, солкосерил-адгезивная паста для местного применения. Неотъемлемым фактором в тактике лечения также являлись профессиональная гигиена и обучение навыкам индивидуальной гигиены полости рта, санация полости рта. Было проведено клиническое исследование и лечение 20 больных с заболеваниями СОПР и тканей пародонта. Среди находившихся под наблюдением с заболеванием СОПР у 2 пациентов было диагностировано аллергический контактный стоматит, у 4 пациентов - эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, у 5 - хронический рецидивирующий афтозный стоматит и 1 был с травматической язвой. Возраст больных составил от 20 до 40 лет. Восемь пациентов в возрасте 16-21 года наблюдались с обострением хронического генерализованного катарального гингивита средней степени тяжести. Диагностика заболеваний СОПР основывалась на выяснении жалоб больного, на тщательном сборе анамнеза, объективном исследовании СОПР (степень гиперемии, отечности, наличие эрозий и язв) и нередко кожных покровов, состояния твердых тканей зубов, прикуса, индексной оценке состояния тканей пародонта. Дополнительно проводили общее клиническое обследование у специалистов других профилей и обязательные лабораторные методы исследования: цитологический, микробиологический, общеклинические анализы крови.

Результаты исследования и обсуждение. На первичном обследовании у пациентов с хроническим генерализованным катаральным гингивитом на стадии обострения (1 группа) было установлено: жалобы на боль в десне при приеме пищи, кровоточивость

десен, неприятный запах изо рта. Объективно: определялась гиперемия маргинальной и альвеолярной десны, её пастозность, отечность без нарушения зубодесневого прикрепления. Гигиенический индекс по Федорову-Володкиной составил – 3,2 балла, индекс кровоточивости по методике Muhlemann – 3,4 балла, индекс РМА – 55%, проба Шиллера-Писарева (йодное число Савракова) – 4,6 балла. Больные с эрозивно-язвенными поражениями (2 группа) предъявляли жалобы на боли, жжение, кровоточивость десен, неприятный запах изо рта. На объективном обследовании определялись одиночные, иногда множественные эрозии и язвы.

При цитологическом исследовании отмечали в поле зрения многочисленное количество лейкоцитов, микробной флоры – наличие кокковой флоры, спирохет, в некоторых случаях отмечено наличие грибковой флоры. Среднее значение индексов у данного контингента больных составило: гигиенический индекс по Федорову-Володкиной - 2,6 балла, индекс РМА -25%. Оценку терапевтической эффективности предлагаемого комплекса препаратов проводили по результатам динамического наблюдения клинического течения и данных лабораторных исследований. После применения лечебного комплекса у пациентов 1 группы на 3-5 день отмечали эффективное обезболивание в десне, уменьшение её отека и гиперемии. Индекс кровоточивости снизился до 0,9 балла, индекс РМА составил -20 %, проба Шиллера Писарева – 0,8 балла. У 60% пациентов 2 группы на 3-5 сутки с начала лечения определяли ослабление воспалительных процессов, снижение интенсивности болевых ощущений. Объективно наблюдалась значительная эпителизация эрозий и язв.

На фоне применяемых препаратов одиночные и поверхностные эрозии полностью эпителизировались у 93,8%, а обширные эрозивно-язвенные поражения разрешались в 81,3% больных через 2-3 недели после начала лечения. Поддерживающая терапия при

КПЛ продолжалась до 2-3 месяцев. Следует отметить, что у данного контингента пациентов не наблюдались случаи обострения патологического процесса в течение 3 лет наблюдения.

Заключение. Проведенное клиническое исследование позволило выявить высокую эффективность комплексного подхода в терапии язвенно-некротических процессов СОПР и воспалительных заболеваний пародонта, который приводит к более быстрому и эффективному их лечению, дает стойкую ремиссию, повышает уровень социальной реабилитации пациентов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Антоненко М.Ю. Вибір алгоритмів індивідуальної гігієни порожнини рота комплексній профілактиці захворювань пародонту / М.Ю.Антоненко, Л.Ф.Сидельникова //Современная стоматология. - 2006. - №4. - С.77-81.
- 2 Банченко Г.В.Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов / Г.В. Банченко. - М.: Медицина, 1979. – 190 с.
- 3 Безрукова И.В. Применение средств природного происхождения при заболеваниях пародонта / Безрукова И.В., Александровская И.Ю. // Пародонтология. - 2003. -№3. - С.42-46.
- 4 Борисенко А.В. Досвід загального та місцевого застосування ербісолу в комплексному лікуванні хворих на хронічний генералізований пародонтит / Борисенко А.В., Дземан Н.А. // Матеріали I(VIII) з'їзду Асоціації стоматологів України. - К., 1999. - С.175.
- 5 Божко К.В. Солкосерил дентальная адгезивна паста в комплексном лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта / К.В.Божко [и др.] // Вісник стоматології. - 2000. - №5. - С.149-150.
- 6 Грудянов А.И. Применение пробиотиков в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта /А.И. Грудянов,

Н.А.Дмитриева, Е.В. Фоменко. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.-112 с.

7 Дмитриева Л.А. Терапевтическая стоматология: учебное пособие; под ред. Л.А. Дмитриевой. - М.: МЕДпресс-информ, 2003. - С.178-212.

8 Журочко Е.И. Солкосерил – депонированная адгезивная паста как препарат выбора в лечении генерализованного пародонтита / Е.И. Журочко, Т.С. Саенко, Т.А. Дубровина – Парус // Материалы III (X) съезда Ассоциации стоматологов Украины. – К.,2008.- С.158-159.

9 Левицкий А.П. Пребиотики и проблема дисбактериоза / А.П. Левицкий, Ю.Л. Волянский, К.В.Скидан. – Харьков: ЭДЭНА, 2008. – 100 с.

10 Максимовский Ю.М. Препарат «Стоматофит» в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта / Ю.М. Максимовский, Т.Д. Чиркова, М.А. Ульянова // Пародонтология. – 2008. - №4. - С. 54-57.

11 Пасько О.О. Застосування композиції дексаметазону та антиоксидантів в комплексному лікуванні запальних хвороб пародонту: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О.О. Пасько. – Львів, 2003. – 18 с.

12 Стабилизирующий эффект имудона в комплексном лечении заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта / Л.Ф. Сидельникова, И.Г. Дикова, Б.А. Ревенок [и др.] // Пародонтология. - 2004. - №2. - С.60-62.

13 Сидельникова Л.Ф. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексном лечении стоматологических заболеваний с выраженным болевым синдромом / Л.Ф. Сидельникова, И.Г. Дикова, Ю.Г. Коленко // Современная стоматология. - 2011. - №3. - С.10-13.

14 Савичук Н.О. Микроэкология полости рта, дисбактериоз и пути его коррекции / Н.О. Савичук, А.В. Савичук // Современная стоматология. - 2002. - №4. - С.9-13.

15 Святенко Т.В. Червоний плоский лишай: діагностика та лікування: монографія /Т.В. Святенко. - Донецьк: Каштан, 2008. – 272 с.

16 Скібіцька О.О. Вплив сорбційної терапії на процеси регенерації слизової оболонки порожнини рота на етапах лікування виразково-некротичного стоматиту; / О.О. Скібіцька, В.М. Краснопольська // Современная стоматология. - 2012. - №2. - С.77-79.

## ТҮЙІН

Қабыну сатысында және сілемейлі қабықтың эрозиялық-ойық жарамен зақымдануында созылмалы талаулаған гингивиті бар науқастардың пародонт тіндері мен СОПР жағдайын тексеру және клиникалық бағалау жүргізілген. Осы топтағы науқастарды емдеу үшін жалпы және жергілікті қолданатын препараттар кешінін қолдандық: нимесил, солкосерил-адгезивті дентальді паста, стоматофит. Ұсынылған препараттар кешені науқастардағы пародонт тіндерінің қабыну үдерісін және СОПР зақымдануының тез эпителизациясын төмендетті.

**Түйін сөздер:** талаураған гингивит, эрозиялық-ойық жара зақымдануы, емдеу

## SUMMARY

Inspect and clinical assessment of oral mucosa and periodontal tissues in patients with chronic catarrhal gingivitis at the acute stage and with erosive and ulcerative lesions of the mucous membrane. For the treatment of this group of patients was used complex preparations general and local application: nimesil, solkoseril-dental adhesive paste, stomatofit. Patients with a proposed set of drugs leads to a reduction in the manifestations of inflammatory periodontal tissues, rapid epithelialization of lesions oral mucosa.

**Key words:** catarrhal gingivitis, erosive and ulcerative lesions, treatment.

## ТРЕБОВАНИЯ

к публикациям в журнале «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья»

1. Для публикации принимаются статьи на казахском, русском и английском языках.
2. В Журнале освещаются вопросы общественного здоровья и здравоохранения, управления, организации медицинской помощи, профилактики, сохранения и укрепления здоровья населения, формирования здорового образа жизни.
3. Публикации платные. Стоимость статьи не более 3-х страниц - 4 тыс. тенге, каждая следующая страница - 800 тенге.
4. Объем статьи: научная статья - 5-10 стр.; случай из практики - 3-4 стр.; обзорная статья, лекция - не более 12 стр.
5. Формат статьи - А4; текст должен быть набран на компьютере в программе MS Word с использованием шрифта Times New Roman, 14 шрифт, полуторный межстрочный интервал, поля: верхнее и нижнее – 2 см, левое – 3 см, правое – 1,5 см. Перенос слов не делать.
6. Сокращения в тексте работ, кроме общепринятых, расшифровываются при первом упоминании или даются отдельным списком.
7. Статья должна сопровождаться рецензией с заключением о возможности публикации в открытой печати.
8. Редакция оставляет за собой право на редактирование. Статьи, оформленные без соблюдения данных требований, рассматриваться не будут и автору не возвращаются.
9. В редакцию необходимо предоставить электронную версию статьи (USB-накопитель или на диске) или по e-mail (указ. ниже), а также на бумажном носителе с подписью автора.

## ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

1. В левом верхнем углу индекс УДК.
  2. Сведения об авторе (авторах): инициалы и фамилия автора, ученое звание, степень (прописными буквами); место работы (наименование организации без сокращений); город, страна (курсив).
  3. Название статьи (прописными буквами) на русском, казахском, английском языках.
  4. Аннотация на трех языках: русский, казахский, английский. Аннотация - краткая характеристика документа с точки зрения его назначения, содержания, вида, формы и других особенностей.
  5. Ключевые слова (от 3 до 6) - это определенные слова из текста, по которым может вестись оценка и поиск статьи. В качестве ключевых слов могут использоваться термины из: названия статьи, аннотации к статье, вступительной и заключительной части текста статьи.
  6. Текст публикуемой статьи, состоящий из разделов: актуальность, цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы.
- В разделе «Введение» описывается состояние изучаемой проблемы и её актуальность. Указывается цель исследования.

В разделе «Материал и методы» укажите использованные методики, аппаратуру (с уточнением названия и адреса фирмы-производителя) и процедуры настолько подробно, насколько это необходимо, чтобы другие исследователи могли воспроизвести полученные результаты. Все используемые лекарственные препараты и химические вещества, включая названия дженериков, дозы и пути введения, должны быть четко указаны. Авторы обзорных статей должны

включать раздел, описывающий методы, которые были использованы при поиске, отборе, выделении и обобщении данных. Эти методы также должны быть вкратце описаны в резюме.

Раздел «Результаты» должен быть представлен в логической последовательности, в виде текста, таблиц и иллюстраций. В первую очередь следует описывать наиболее важные результаты. При обобщении данных в разделе «Результаты» следует представлять численную информацию не только в виде производных (например, процентов), но также в виде абсолютных значений, на основании которых были рассчитаны эти производные. Кроме того, необходимо указать статистические методы, использованные для анализа данных. Число таблиц и рисунков должно быть ограничено, с включением лишь тех, которые необходимы для объяснения основной идеи статьи и оценки подтверждающих данных. Графики следует использовать как альтернативу чрезмерно объемным таблицам; при этом не должно быть дублирования данных в графиках и таблицах. В таблицах и рисунках не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, № колонок таблиц и подзаголовков. Рисунки и диаграммы должны быть представлены в виде контрастных изображений. Ссылки, представленные только в таблицах или подписях под рисунками, должны быть пронумерованы в последовательности, соответствующей первому упоминанию в тексте определённой таблицы или рисунка. Названия таблиц приводятся сверху, а подписи к рисункам – снизу. Рисунки должны быть доступны для редактирования. При использовании фотографий с изображением пациентов их личность не должна быть узнаваема.

Раздел «Обсуждение»: особое внимание необходимо уделять новым и важным аспектам исследования и следующим из них выводам.

Необходимо сопоставить выводы с целями исследования, избегая недостаточно подтверждённых фактами заявлений и выводов. В частности, следует избегать утверждений об экономической выгоде, если только статья не содержит соответствующие экономические данные и их анализ. Не стоит заявлять о первостепенной значимости исследования или ссылаться на работу, которая полностью не закончена.

7. Список литературы оформляется в соответствии с ГОСТом 7.1-2003 и составляется на языке оригинала. Библиографические ссылки в тексте, таблицах и подписях к иллюстрациям нумеруются в порядке упоминания арабскими цифрами в [ ] скобках. Список должен включать только те публикации, которые указаны в тексте.

Образец:

Для книг: Фамилии и инициалы авторов. Заглавие. — Сведения о повторности издания. - Место издания: Издательство, Год издания. - Количество страниц.

Для статей из журналов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Заглавие издания. - Год издания. - Том, Номер. - Страницы.

Для сборников трудов: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Заглавие издания: Вид издания. - Место, год издания. - Страницы.

Для материалов конференций: Фамилии и инициалы авторов. Название статьи //Вид издания. Место, Год издания. - Страницы.

Для авторефератов: Фамилия и инициалы автора. Заглавие: автореф. ... канд. мед. наук: шифр. - Место: Издательство, Год издания. - Страницы.

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

8. Резюме. В статье обязательно должно быть представлено резюме, раскрывающее содержание статьи высылать на русском языке, перевод на казахский и английский языки производится в редакции.

В конце статьи необходимо указать сведения обо всех авторах: фамилия, имя, отчество, ученая степень, полное название организации, ее адрес с индексом, телефон, факс, адрес электронной почты.

Статья подписывается лично автором (авторами) как свидетельство полной аутентичности данных материала, ответственности автора (авторов) за содержание статьи.

Статьи, оформление которых не соответствует указанным требованиям, к публикациям не принимаются. Редакция оставляет за собой право сокращать статьи и вносить поправки.

#### **АДРЕС РЕДАКЦИИ:**

Республика Казахстан, 050010, г. Алматы, ул. Кунаева 86, уг. ул. Толе би, 4 этаж,  
НЦПФЗОЖ МЗ РК, тел.: 8 (727) 291-10-83, 8-701-748-07-98  
E-mail: s.nauka8@mail.ru

#### **БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):**

ИИК № KZ616010131000121747  
РНН 600500055870  
БИК HSBKZZKX  
АОФ Народный Банк Казахстана  
КБЕ 16 КНП 859  
БИН 930840000646

#### **Пример оформления**

УДК 616.65-002-007.61

#### **Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы**

Ф.И.О.- д.м.н., профессор, Ф.И.О. - к.м.н., доцент  
Место работы

#### **Аннотация**

В статье представлены результаты лечения 30 мужчин препаратом «дуодарт», которые показывают, что применение вышеуказанного препарата является достаточно эффективным и снижает риск оперативных вмешательств у мужчин с ДГПЖ.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, объем простаты, международная шкала симптомов предстательной железы, объем остаточной мочи.

#### **Текст статьи**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) продолжает оставаться одной из основных проблем современной урологии. Прежде всего, это связано с высокой распространенностью данного заболевания: среди мужчин в возрасте 60 лет она составляет 60% и среди пациентов 80 лет и старше - 80% [1].

**Литература:**

1. Аляев Ю.Г., Вишаров А.З., Локшин К.Л., Спивак Л.Г. Выбор метода лечения больных гиперплазией предстательной железы. Методические рекомендации.- Кострома, 2005.-132с.
2. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Под ред. Н.А. Лопаткина, Москва, 1999.-78с.
3. Girman C.J, Chute C.G., Panser L.A., et al. The prevalence of prostatism: a population-based survey of urinary symptoms // J. Urol. 1993. 150. P. 85-9.

**Түйін**

**Перевод:** Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О.- д.м.н., профессор, Ф.И.О. - к.м.н., доцент

Место работы

Түйін сөздер: \_\_\_\_\_

**Summary**

**Перевод:** Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Ф.И.О.- д.м.н., профессор, Ф.И.О. - к.м.н., доцент

Место работы

Keywords: \_\_\_\_\_



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ  
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ ҰЛТТЫҚ ОРТАЛЫҒЫ  
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ НАРКОЛОГИЯ ҒЫЛЫМИ- ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ  
НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ПРОБЛЕМАЛАРЫНЫҢ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ- ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ

# НИКОТИНГЕ ТӘУЕЛДІЛІК

темекінің әсерінен шылымқорлардың темекі құрамындағы және героин мен кокаинге ұқсас психикалық тәуелділікті тудыратын никотинді алуға құмартатын ауру

**Темекіні тастау арқылы ағзада мына өзгерістер болады:**

-  **20 минуттан кейін**  
артериялық қысым төмендеп, тамыр соғысы қалпына келеді
-  **8 сағаттан кейін**  
қандағы көміртегі тотығының деңгейі төмендейді  
қан құрамындағы оттегі қалыпты деңгейге дейін жоғарылайды
-  **24 сағаттан кейін**  
жүрек ұстамасы қаупі төмендейді
-  **48 сағаттан кейін**  
дәм мен иіс сезу қабілеті артады
-  **2-12 аптадан кейін**  
қан айналымы жақсарады  
өкпе қызметі жақсарады
-  **1- 9 айдан кейін**  
жетел, мұрынның бітелуі мен шаршау және алқынып дем алу азаяды
-  **1 жылдан кейін**  
ишемиялық жүрек ауруымен ауру қаупі 2 есеге төмендейді
-  **5 жылдан кейін**  
ауыз қуысы, көмей мен өңештің сілемейлі қабығының обыры қаупі 2 есеге қысқарады  
инсульт қаупі ешқашан темекі шекпеген адамдағыдай төмендейді
-  **10 жылдан кейін**  
өкпе обырымен ауыру қаупі 2 есеге төмендейді

Сіздің таңдауыңыз:  
Денсаулық пен табыс жолы!



## АИТВ инфекциясының алдын алу:



### АИТВ жұғады, егер:

- ✓ ауру адаммен қорғанбай (мүшеқапсыз) жыныстық қатынасқа түссе
- ✓ ортақ шприц және инемен бірге есірткіні қантамыр арқылы пайдаланса
- ✓ залаласыздандырылмаған ине, татуировка, пирсинг, маникюр, педикюр мен басқа шаралар жасау құралдары арқылы
- ✓ ауру анадан жүктілік кезінде, босанғанда және емізсе



### АИТВ жұқпайды, егер:

- ✓ қол алысып, құшақтасса
- ✓ жөтелсе немесе түшкірсе
- ✓ бассейнде және табиғи суда шомылса
- ✓ ортақ ыдысты, асхана, төсек-орын жабдықтарын қолданса
- ✓ ортақ әжетхананы және жуынатын бөлмені қолданса
- ✓ шыбын-шіркей шақса



Өзіңіздің және  
туыстарыңыздың  
денсаулығына  
жауапкершілікпен  
қараңыз

