

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

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.

№ 4 2008 г. (УДК 614.2.574)

Учредитель:

Национальный Центр проблем
Формирования здорового образа жизни
Министерства Здравоохранения
Республики Казахстан

Решением Коллегии Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК от 27.02.2008 года (протокол №3) журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций.

Подписной индекс 75978

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

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

Редакция оставляет за собой право редакторской правки статей.
При перепечатке ссылка на журнал обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии НЦ ПФЗОЖ.
Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
Тел./факс: 291 61 18, внутр. 126
Заказ № 460. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Тулебаев К.А.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

Профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Белоголовцева О.Ю.

Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),
Аманжолова З.Д., Булешев М.К. (Шымкент),
Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К., Измухамбетов Т.А.,
Колокина Р.С., Муталова З.Д. (Ташкент),
Палтушева Т.П., Рахманов Б.Д., Сейдуманов С.Т.,
Шарипов Т.Ш. Шарманов Т.Ш.,
Мустафаев С.У., Локшин В.Н.

Научный совет:

Девятко В.Н.,
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А., Дуйсекеев А.Д.,
Аскарора Г.К., Диканбаева С.А., Исмаилов Ш.Ш.,
Кульжанов М.К., Омарова М.Н., Султаналиев Т.А.

Редакционный совет:

Абдреева Г.У. (Шымкент)
Артющик И.А. (Петропавловск)
Ахмадишин И.М. (Караганда)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Жарылгасинов И.Ж. (Актау)
Жаркова Н.В. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Исмагамбетова Л.Ж. (Астана)
Кубракова Л.И. (Усть-Каменогорск)
Курмангалиева Э.А. (Алматы)
Мухтарова Г.М. (Алматы)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Умарова Г.Р. (Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Кулушева Г.Е. (Кокшетау)
Кашкенова М.Т. (Атырау)

МАЗМҰНЫ

«Салауатты өмір салтын қалыптастырудың өзекті мәселелері» атты халықаралық ғылыми-практикалық конференцияның материалдары (Алматы қ., 2008 жылдың 4-5 желтоқсаны)	
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫН ДАМУ СТРАТЕГИЯСЫ, САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ РӨЛІ	
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ЖӘНЕ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ҰЛТТЫҚ САЯСАТЫ. ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫН ДАМУДАҒЫ БАСТЫ БАҒЫТТАР К.А.Түлебаев, Т.И. Слажнева, Г.У. Құлқаева, А.Ж. Жылқайдарова, Б.Д. Рахманов ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	16
ТӘЖІК РЕСПУБЛИКАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ САЯСАТЫ А.С.Шарипов Тәжік Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Республикалық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы	19
ӘЛЕУМЕТТІК ЖҰМЫС ӘЛЕУМЕТТІК-БАҒДАРЛЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ПРИНЦИПТЕРІНІҢ ТӘЖІРБИЕЛІК ҮЛГІСІ РЕТІНДЕ Е.В.Новикова Бостандық аудандық жұмыспен қамту және әлеуметтік бағдарламалар басқармасы Алматы қ.	20
СЕМЕЙ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫ АУМАҒЫНА ЖАҚЫН ТҰРАТЫН ХАЛЫҚТЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ӨЗІНДІКСІЗ ӨКПЕ АУРУЛАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫНА МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ БЫҚПАНДАРЫНЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕРІНІҢ ӘСЕРЛІЛІГІНІҢ ЗЕРТТЕУІ Т.Қ.Рахыпбеков, Е.Ф.Ковзель, А.Х.Секербаев, А.Қ.Мусаханова Семей мемлекеттік медициналық академиясы, Радиациялық әсерлерді зерттеу мен жеңу орталығы, Семей қ., Республикалық диагностикалық орталығы, Астана қ., Қоғамдық денсаулық сақтау институты, Алматы қ.,	23
АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚОРШАҒАН ОРТА ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖӘНЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУҒА БАҒЫТТАЛҒАН ІС-ШАРАЛАРДЫҢ БЫҚПАЛЫ Р.Б.Истлеуова ОО «Ақтөбе облысы дәрігерлерінің және провизорларының Ассоциациясы», Ақтөбе қаласы	26
РЕСПУБЛИКА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ СТРАТЕГИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	28
МОЛДОВА РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ АЛҒАШҚЫ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ МЕНЕДЖМЕНТІ К.П.Ецко, А.И.Фердохлеб «Николае Тестемицану» атындағы Мемлекеттік Медицина және Фармацевтика университеті, Кишинэу, Молдова Республикасы	30
АМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАСТЫРУ ІС-ШАРАЛАР КЕШЕНІ, ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУДЫҢ НЕГІЗІ РЕТІНДЕ Г.А.Нурумова «Мейірім» Медицина Орталығы, Тараз қаласы	30
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖӘНЕ БАСҚА ЕЛДЕРДЕ СӨСҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІН ЖЕТІЛДІРУ	
«МАНАС ТААЛІМІ» ҰЛТТЫҚ БАҒДАРЛАМАСЫ КӨЛЕМІНДЕ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУ СТРАТЕГИЯСЫ Г.Т.Айтмурзаева Қырғыз Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің денсаулық нығайту Республикалық орталығы	32
ОҚУШЫЛАР АРАСЫНДА ТӘРТІПТІК ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ ТАРАЛУЫНЫҢ КӨЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТЕНДЕНЦИЯЛАРЫ Ш.Е. Каржаубаева, А.А.Адаева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	36
МОЛДОВА РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ АНЕМИЯ АУРУ-СЫРҚАУШЫЛЫҒЫ И.Н.Бахнарел, А.П.Чобану Превентивтік Медицинаның Ұлттық Ғылыми-практикалық орталығы, Кишинэу, Молдова Республикасы	37
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ МӘСЕЛЕСІНЕ ОРАЙ И.О.Байдаулет, Н.К.Тузельбаев, А.С.Биболова А.Яссауи атындағы ХҚТУ ШИ, Шымкент қ.	38
БІЛІМ ЖӘНЕ МӘДЕНИЕТ ТӘЖІКСТАНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ЖӘНЕ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ АРТТЫРУДЫҢ ФАКТОРЛАРЫ РЕТІНДЕ А.Г.Гаибов, А.С.Шарипов, М.А.Гулаёзова, Р.А.Гаибова, Г.Х.Гафурова, С.О.Самадов АҚТҚ/ЖҚТБ, туберкулездің және безгектің алдын алу және күресу бойынша Ұлттық үйлестіру комитеті, салауатты өмір салтын қалыптастыру Республикалық орталығы, Согдийской облысының, Бободжон Гафур ауданының ОАА, Республикалық ВТЭК, Тәжік Республикасының еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі	39
ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘЙ-КҮЙІНЕ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӨМІР САЛТЫНЫҢ ӘСЕРІ Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	42



НАШАҚОРЛЫҚПЕН АСҚЫНҒАН ШИЗОФРЕНИЯ КЛИНИКАСЫНА ЫҚПАЛ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР СОТ-ПСИХИАТРИЯЛЫҚ САРАПТАМА МАТЕРИАЛДАРЫ БОЙЫНША Л.Е.Базарбаева ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.	44
ШИЗОФРЕНИЯ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ҚҰҚЫҚ БҰЗУШЫЛЫҚ КЕЗІНДЕГІ ЖАҒДАЯТТЫҚ- АРАНДАТУШЫЛЫҚ ЖӘНЕ БАСТАМОШЫЛЫҚ ӨРЕКЕТІ Л.Е.Базарбаева ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.	46
ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНЫҢ НАРКОДИСПАНСЕРІНДЕ ЕМДЕЛІП ЖАТҚАН ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДАҒЫ АЛКОГОЛИЗМ МЕН НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ А.С.Биболова, К.Ж.Жумагулова А.Яссауи атындағы ХҚТУ ШИ, Шымкент қ.	50
ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН НЫҒАЙТУДЫҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ (аурулардың біріншілік, екіншілік және үшіншілік алдын алу)	
АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖАҢА ДӘРІ-ДӘРМЕКСІЗ ӘДІСПЕН НЫҒАЙТУ Е.Ж.Габдуллина, И.Я.Клейнбок, В.И.Циурин, Г.Б.Исакова, Е.Х.Айбасов ҚР Ғылым және білім министірлігінің адам және жануарлар физиологиясының институты, Алматы қ.	51
ТЫНЫС АЛУ ГИМНАСТИКАСЫ ЖӘНЕ ШЫНЫҚТЫРУ ПРОЦЕДУРАЛАРЫ, СОӨА ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІ АЙЫҚТЫРУ РЕТІНДЕ Л.И.Нурғалиева, К.Д.Сейтжанова, Ж.Х.Имамбаева, М.Д.Хасенова, В.В.Савостьянов, С.А.Нурғалиева С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	52
ТЫНЫС АЛУ ГИМНАСТИКАСЫ – ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ГИПОЛАКТИЯНЫҢ ТИІМДІ АЛДЫН АЛУ С.Б.Рахимова, К.Д.Сейтжанова, Л.И.Нурғалиева, М.Д.Хасенова, Г.А.Алиева Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, ММҚК №5 перзентхана Алматы қаласы.	54
ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕР ҮШІН САУЫҚТЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ К.Д.Сейтжанова, Г.К.Омарова, Ж.А.Иманбаева, Г.Т.Наурызбаева, Г.К.Калдыбаев Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, ММҚК №5 перзентхана Алматы қаласы.	57
ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯМЕН КҮРДЕЛІЛЕНГЕН ҚАНТ ДИАБЕТІ КЕЗІНДЕГІ ДЕПРЕССИВТІК БҰЗЫЛЫСТАР Н.И.Распопова, Е.Б.Дуплякин ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.	58
ГИПЕРМЕТРОПИЯ КЕЗІНДЕ МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖАСТАҒЫ ЖӘНЕ БАСТАУЫШ СЫНЫП ОҚУШЫЛАРЫ ЕМДЕУІН ЖҮРГІЗУ МӘСЕЛЕСІ Р.Е.Уатаева Республикалық балалар клиникалық «Ақсай» ауруханасы, Тастыбулақ ауылы.	60
ДЕРБЕС ДЕНСАУЛЫҚТЫ БОЛЖАЛДАУ ҮШІН АДАМНЫҢ ЖАС МӨЛШЕРІН АНЫҚТАУДЫҢ МАҢЫЗЫ Е.М.Рослякова С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	62
ОСТЕОАРТРОЗ: ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ Г.А.Даулетова ММҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қаласы.	63
БІЛІМ БЕРУ САЛАСЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ОРНЫ Г.М.Мухтарова, А.С.Куандықова Алматы облысы салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы	65
ҚАЗАҚСТАННЫҢ БИДАЙ СЕБЕТІН АЙМАҚТАРЫ АУЫЛ ТҰРҒЫНДАРЫ АУРУ- СЫРҚАУШЫЛЫҒЫНЫҢ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ М.Н.Омарова, Ж.С.Тотанов, Л.Ю.Черепанова, А.Т.Умбетпаев Х.Жуматов атындағы Гигиена және эпидемиология Ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	67
ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРНЫНЫҢ ОҚЫТУШЫСЫ ЖӘНЕ СТУДЕНТ А.Д.Соколов, О.В.Ануфриева, З.С.Абишева, Е.М.Рослякова, А.Г.Бисерова С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	68
ШҰҒЫЛ ГИНЕКОЛОГИЯДА УЛЬТРАДЫБЫС СКАЛЬПЕЛІН ПАЙДАЛАНУ Т.К.Кудайбергенов, Ж.У.Султанова, Ж.А.Утешева, Н.А.Туребеков, Е.Т.Муканов Акушерство, гинекология және перинатология ғылыми орталығы Алматы қаласы.	69
АНА МЕН БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ПРОБЛЕМАЛАРЫ Т.К.Кудайбергенов, Л.С.Каюпова, Т.Г.Кравцова Акушерство, гинекология және перинатология ғылыми орталығы Алматы қаласы.	70
КАРДИОМАГНИЛ - АЦЕТИЛСАЛИЦИЛ ҚЫШҚЫЛЫНЫҢ ЖАҢА ТИІМДІ ТҮРІ А.В.Добровольский, А.Л.Сыркин Ресей ғылыми кардиологиялық орталық, Мәскеу қ.	73
БАЯУ КОГНИТИВТІК БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ ТЕРАПИЯСЫНДАҒЫ ТАНАКАН (EGb 761) (МУЛЬТИОРТАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ) Н.Н.Яхно, В.В.Захаров, А.Б.Локшина, С.И.Гаврилова, Я.Б.Федорова, А.В.Густов, Ю.А.Коршунова, Л.А.Дзяк, Е.В.Мизякина, М.М.Одинак, А.Ю.Емелин, П.И.Пилипенко, Е.В.Вострикова. И.М.Сеченов атындағы Мәскеу медицина Академиясының жүйке аурулар кафедрасы.	75



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

ҰЛТ ӘЛЕУЕТІН ТҰРАҚТЫ ДАМУДЫ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ ЖӘНЕ ҰЛТТЫ САУЫҚТЫРУДЫҢ СЕКТОРАРАЛЫҚ ТӘСІЛІ Л.Ж.Исмағамбетова, А.Ердибекова, Г.Иманжанова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың қалалық орталығы, Астана қ.	80
ТЭЦ ЖҰМЫСШЫЛАРЫ ЕҢБЕК ЕТУІНІҢ ҚОЛАЙСЫЗ ЖАҒДАЙЛАРЫ М.Т.Махмутова Республикалық санитариялық эпидемиологиялық станция, Алматы қаласы.....	81
ҚАЗАҚСТАН МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ТАМАҚТАНУ РАЦИОНЫН ЗЕРТТЕУ Ш.Е.Каржаубаева, А.А.Иманғалиева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	83
ЖАНҰЯДАҒЫ ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТАРДЫҢ ӨНЕГЕЛІЛІК ҚАЛЫПТАСТЫРУҒА ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІМДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУҒА БЫҚПАЛЫ Р.С.Колокина, К.А.Толғанбаева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	85
ЖОҒАРҒЫ МЕКТЕПТЕ ОҚЫТУДЫҢ ИННОВАЦИАЛЫҚ ӘДІСТЕРІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ РӨЛІ З.С.Абишева, О.В.Ануфриева, Е.М.Рослякова, К.Х.Хасенова, Т.А.Жумакова С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	87
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНДЕ ВАЛЕОЛОГИЯНЫ ОҚЫТУ БАРЫСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН НАСИХАТТАУДЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ З.С.Абишева, О.В.Ануфриева, Е.М.Рослякова, А.Г.Бисерова, Т.М.Исмагулова, Ж.Ж.Курманғалиева С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	88
С.Д. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНІҢ 1-2 КУРС СТУДЕНТТЕРІНІҢ КӨҢІЛ-КҮЙ СТАТУСЫ МЕН ЖЕКЕ БАС РЕАКТИВТІК ЖӘНЕ АЛАНДАУШЫЛЫҚ ДЕҢГЕЙЛЕРІН БАҒАЛАУА Д.Соколов, К.Х.Хасенова, О.В.Ануфриева, А.Г.Бисерова, А.С.Алипбекова С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	89
ҚАРАҒАНДЫ ҚАЛАСЫ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ТАМАҚТАНУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.	90
ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ТУРИЗМ ӨСКЕЛЕҢ ҰРПАҚТЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ Л.Н.Шумилина, А.Т.Шайкенова, Н.Б.Сейткулова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	92
СТУДЕНТТЕРДІҢ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ТӘРБИЕСІ ЖӘНЕ БІЛІМІ Л.Н.Шумилина, А.Т.Шайкенова, И.А.Конева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	93
САЛАУАТТЫ ӨМІР СҮРУ ЕРТЕДЕН КЕЛЕ ЖАТҚАН АДАМДЫҚ АСЫЛ ҚАСИЕТТЕР Р.Н. Нұрмұханбетова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	94
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН БҰҚАРАЛЫҚ АҚПАРАТ ҚҰРАЛДАРЫНДА НАСИХАТТАУ Р.С.Ибраева МҚКК «Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы», Ақтөбе қаласы.....	96
БАЛХАШ АУДАНЫНДАҒЫ АНА МЕН БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ, АЛКОГОЛИЗМ ЖӘЙ-КҮЙІНІҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ПРОБЛЕМАЛАРЫ Г.М.Мухтарова, М.Т.Балтабеков, Т.А.Есимкулов Алматы облыстық СӨСҚ орталығы, Балхаш ауданының ММК ОАА	98
БАЛХАШ АУДАНЫНЫҢ ОҚУШЫЛАРЫН ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ ЖӘЙ-КҮЙІ ТУРАЛЫ М.Т.Балтабеков, К.Ж.Айтқұлова, С.К.Мусирепова Алматы облыстық СӨСҚ орталығы, Балхаш ауданының ММК ОАА	99
АЛҒАШҚЫ МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК ЖӘНЕ ӘЛЕУМЕТТІК МАҢЫЗЫ БАР ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ, АУРУЛАРДЫ АНЫҚТАУДА СКРИНИНГТІК ЗЕРТТЕУЛЕРДІ ЖЕТІЛДІРУ ЖӘНЕ СТАНДАРТТАУ	
ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДА ТАМАҚТАНУДЫҢ РӨЛІ Г.К.Турдунова Семей мемлекеттік медицина академиясы, Семей қаласы.....	100
ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ АУРУЫНАН ЗАРДАП ШЕГЕТІН НАУҚАСТАРДЫ АЙЫҚТЫРУ МЕН ҚАЛЫПҚА КЕЛТІРЕ ЕМДЕУ МӘСЕЛЕСІНЕ ОРАЙ Г.К.Каусова, Т.Б.Дауытов ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты Алматы қ.	101
БАС АУРУЫН ДӘРІ-ДӨРМЕКСІЗ ТҮЗЕТУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ Т.В.Каймак, А.Т.Турганбаева, Д.П.Брыжахин, А.К.Калиева, И.В.Полстяная, Г.М.Утигенова, Семей мемлекеттік медицина академиясы, Семей қаласы.....	103



АЛҒАШҚЫ ЕКІ АЙЛЫҚ ЕМШЕК ЕМЕТІН СӘБИЛЕРДЕ СКРИНИНГТІК ӘДІС РЕТІНДЕ НЕЙРОСОНОГРАФИЯНЫ ҚОЛДАНУ С.Г.Сафина, С.А.Мажитова Республикалық балалар клиникалық «Ақсай» ауруханасы, Алматы қаласы	104
ЭКССУДАТИВТІК ПЛЕВРИТТЕРДІ ЕМДЕУДЕГІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУДАҒЫ ТАМАҚТАНУДЫҢ РӨЛІ Е.С.Белова, Т.С.Омарова ҚР Туберкулез проблемаларының Ұлттық Орталығы Алматы қ.	105
АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ САНИТАРИЯЛЫҚ КӨМЕК ПАЦИЕНТТЕРІНДЕГІ ДЕПРЕССИВТІК БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ Е.Б.Дуплякин ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.	106
«АМСК САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ТАҢДАЙДЫ» ЖӘНЕ «АМСК ҮЗДІК ДӘРІГЕРІ» 2008 РЕСПУБЛИКАЛЫҚ КОНКУРСТАРЫН ӨТКІЗУ К.А.Толғанбаева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	107
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ В ГЕПАТИТИ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІ Г.К.Қазбекова «Ана мен бала Ұлттық ғылыми орталығы» АҚ, Астана қаласы.....	108
ҚАЛҚАНША БЕЗ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ПРОБЛЕМАСЫ А.М.Токешева Семей мемлекеттік медицина академиясы, Семей қаласы	109
ӨҢЕШ ПЕН АСҚАЗАННЫҢ ТЫРТЫҚ СТРИКТУРЛАРЫМЕН НАУҚАСТАРДЫ АЙЫҚТЫРУ Т.К.Рахыпбеков, Н.Р.Рахметов, Т.А.Булегенов Семей мемлекеттік медицина академиясы, Семей қаласы.....	110
ДӘРІГЕР МЕН НАУҚАСТЫҢ ҚАРЫМ-ҚАТЫНАСТАРЫ МӘСЕЛЕСІНІҢ КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТӘСІЛДЕРІ Г.К.Каусова ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты Алматы қ.	111
ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНДА ТАҒАМДЫҚ БИОЛОГИЯЛЫҚ ҚОСПА ТРАНСФЕР ФАКТОРДЫҢ ИММУНОКОРРЕГИРЛЕУШІ НӘТИЖЕСІН БАҒАЛАУ С.Е.Абдраимова Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қ.	113
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ МЕМЛЕКЕТТІК ЖӘНЕ МЕМЛЕКЕТТІК ЕМЕС СЕКТОРЫ ҚЫЗМЕТІНДЕГІ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ СӨСҚ ПРОБЛЕМАЛАРЫ	
ТЭЦ ҚАЗАНДЫҚ-ТУРБИНАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАУ ҚЫЗМЕТШІЛЕРІНІҢ ХРОНОМЕТРАЖДЫҚ ЖӘНЕ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІ М.Т.Махмутова Республикалық санитариялық эпидемиологиялық станция	115
АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНЫҢ НАҚТЫ ТАМАҚТАНУ ЖӘЙ-КҮЙІ Т.К.Каримов М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы им. М.Оспанова, ОО «Қазақ Тағамтану Академиясының Батыс Қазақстан салауатты тамақтану орталығы», Ақтөбе қаласы.....	117
ЖАСӨСПІРІМНІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ – ҚОҒАМДЫҚ ҚҰНДЫЛЫҚ РЕТІНДЕ Л.Алшинова, Л.Ж. Исмағамбетова, Ж.М. Какенова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың қалалық орталығы, Астана қ.	118
СЕМЕЙ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОННЫ ЫҚПАЛ ЕТЕТІН АУМАҚТЫ МЕКЕНДЕЙТІН ТҮРҒЫНДАРДЫҢ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУ-СЫРҚАУШЫЛЫҒЫНА ӘЛЕУМЕТТІК-ТҮРМЫСТЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІ Т.К.Рахыпбеков, Е.Ф.Ковзель, А.Х.Секербаев, А.К.Мусаханова Семей мемлекеттік медицина академиясы, Радиациялық әсерлерді зерттеу және жеңу Орталығы, Семей қаласы, Республикалық диагностикалық орталық, Астана қаласы, Қоғамдық денсаулық сақтау Институты, Алматы қаласы	120
БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ ГИСТЕРЭКТОМИЯ БАР ӘЙЕЛДЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫН ТАЛДАУ З.О.Базылбекова, Р.Н.Еспаева, Т.В.Чепрасова, А.В.Харитонов Акушерство, гинекология және перинатология ғылыми орталығы Алматы қаласы	122
ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ А.Р.Аимбетова, Н.М.Мамедалиева, Л.С.Дзоз, Г.К.Тохтакулинова Акушерство, гинекология және перинатология ғылыми орталығы Алматы қаласы	123
МЕРЗІМІ ӨТКЕН ЖӘНЕ ПРОЛОНГИРЛЕНГЕН ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ ҰРЫҚТЫҢ БИОФИЗИКАЛЫҚ ПРОФИЛІ Л.С.Каюпова, Л.Э.Заманова Акушерство, гинекология және перинатология ғылыми орталығы Алматы қаласы	124
АНЕМИЯ БАР ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ГЕМОСТАЗ ЖҮЙЕСІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ Т.А.Кожабекова, В.А.Ким, В.В.Савостьянов, Р.А.Сабилов, А.С.Самарханова, К.Ж.Альжанова С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	125
ДИАГНОСТИКАНЫ ОҢТАЙЛАНДЫРУ ЖӘНЕ ГИПЕРПЛАСТИКАЛЫҚ ПРОЦЕССТЕРДІ ЖҮРГІЗУДІҢ ТАКТИКАСЫ РЕПРОДУКТИВТІК ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЭНДОМЕТРИЯСЫ А.С.Мустафаева, Т.Г.Кравцова Акушерство, гинекология және перинатология ғылыми орталығы Алматы қаласы	128
ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ КҮРЕСУ ҚЫЗМЕТІНІҢ 5 ЖЫЛДАҒЫ НӘТИЖЕЛЕРІ А.А.Аблазим, У.М.Сариева, Б.К.Абишева, К.П.Садикова, Р.С.Тұлеутаева, К.Т.Мырзахметов Салауатты өмір салтын қалыптастыру Қызылорда облыстық орталығы, Қызылорда қаласы	130



КӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ НАРЫҚ ЭКОНОМИКАСЫ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ДЕРАТИЗАЦИЯ К.Н.Нәбенов С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.	133
КРЫМ КОНГО ҚАН БЕЗГЕК ЛИХОРАДҚАСЫНЫҢ ЛАБОРАТОРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІ Б.К.Оспанов КҒОКЗИ, Алматы қ.	134
ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЫ БАР АДАМДАРДЫҢ ӨЗІНЕ ҚОЛ САЛУ МІНЕЗ-ҚҰЛҚЫНЫҢ ТҰЛҒАЛЫҚ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ МЕХАНИЗМІ Н.И.Распопова ҚР ДСМ Республикалық психиатрия, психотерапия және наркология ғылыми-тәжірибелік орталығы, Алматы қ.	136
ДҮНИЕЖҮЗІЛІК СПИД-ПЕН КҮРЕС КҮНІНЕ АРНАЛҒАН РЕСПУБЛИКАЛЫҚ АЙЛЫҚТЫ ӨТКІЗУ ӘДІСТЕМЕСІ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толғанбаева ҚР ДСМ, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	142
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ТЕОРИЯЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	144
ОРТАЛЫҚ ҚАЗАҚСТАН ҚАЛА ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ТАМАҚТАНУ РЕЖИМІНЕ ҚАТЫСЫ С.В.Ахметова Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.	146
ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ДЕНЕНІҢ АРТЫҚ САЛМАҒЫ МЕН СЕМІЗДІКТИҢ ТАРАЛУЫ Т.Н.Хайбуллин, А.И.Хайбуллина, Р.М.Бикбаев, Р.Г.Мансуров, Д.П.Брыжахин Семей мемлекеттік медицина академиясы, Семей қаласы	148
МЕКТЕПТІК ОРТАДАҒЫ ФАКТОРЛАРДЫҢ ЫҚПАЛЫН БАСҚАРУ Н.В.Сливкина, Е.Д.Даленов, В.Б.Хасин	149
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЛИСТЕРИОЗ ЖӘНЕ БАСҚА ЗООНОЗДЫ ИНФЕКЦИЯЛАР КЕЗІНДЕ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕРАТИЗАЦИЯЛЫҚ ІС-ШАРАЛАРДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ӨТКІЗУ Г.С. Максимова, Р.Т. Курамысова, Ж.А. Карымбаева Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қалалық Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы Алматы қ.	151
БАС АЙНАЛУДЫҢ ТЕРАПИЯСЫ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУДЫҢ МӘСЕЛЕСІ Т.В.Каймак, Д.П.Брыжахин, А.Т.Турганбаева, Ф.С.Рахимжанова Семей мемлекеттік медицина академиясы, Семей қаласы	152
ҚАЗАҚСТАННЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ЕСЕПКЕ АЛУ, ЕСЕП БЕРУ ҚҰЖАТТАРЫН ЖЕТІЛДІРУ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕ Ш.Е.Каржаубаева, Р.С.Колокина ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	153
ЗЕЙНЕТ ЖАСЫНДАҒЫ ТҰЛҒАЛАРҒА МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ СЕКТОРАЛЫҚ ТӘСІЛІН ЖЕТІЛДІРУ Д.А.Оспанова ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамыту институты Алматы қ.	155
КӘСПОРЫН ҚЫЗМЕТШІЛЕРІ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ДЕРБЕС ПРОФИЛІ Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қ.	156
ОҚУҒА ТИІМДІ БЕЙІМДЕЛУ БОЙЫНША ЕРЕКШЕЛЕНЕТІН СТУДЕНТТЕР ӨМІР САЛТЫНЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ М.А.Сорокина Қарағанды Мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.	157
АРНАУЛЫ ЕМЕС АОРТОАРТЕРИИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ З.М.Алиева, Г.А.Даулетова ММҚК «Аймақтық диагностикалық орталық», Алматы қаласы	159
ӘЛЕУМЕТТІК –БАҒДАРЛЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ПАРАДИГМА СЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ Е.В.Новикова Бостандық аудандық жұмыспен камту және әлеуметтік бағдарламалар басқармасы Алматы қ.	161



СОДЕРЖАНИЕ

Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни» (4-5 декабря 2008 г., г.Алматы)

СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН, РОЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ К.А.Тулебаев, Т.И. Слажнева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жылкайдарова, Б.Д. Рахманов Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, Алматы 16

ПОЛИТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН А.С.Шарипов Республиканский центр формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Таджикистан 19

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ПРАКТИЧЕСКОЕ ВОПЛОЩЕНИЕ ПРИНЦИПОВ СОЦИАЛЬНО – ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Е.В.Новикова Бостандыкский районный отдел занятости и социальных программ г.Алматы 20

ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ЯДЕРНОМУ ПОЛИГОНУ Т.К.Рахыпбеков, Е.Ф.Ковзель, А.Х.Секербаев, А.К.Мусаханова Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей, Республиканский диагностический центр, г.Астана, Институт общественного здравоохранения, г.Алматы, Центр изучения и преодоления радиационных эффектов, г.Семей.....23

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И МЕРОПРИЯТИИ НАПРАВЛЕННЫЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Р.Б.Истлеуова ОО «Ассоциация врачей и провизоров Актыубинской области, г.Актобе..... 26

ОСНОВЫ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы 28

МЕНЕДЖМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА К.П.Ецко, А.И.Фердохлеб Государственный Медицинский и Фармацевтический Университет им. «Николае Тестемицану», Кишинэу, Республика Молдова..... 30

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА УРОВНЕ ПМСП Г.А.Нурумова Медицинский Центр «Мейірім», г.Тараз..... 30

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФЗОЖ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ДРУГИХ СТРАНАХ

СТРАТЕГИЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «МАНАС ТААЛИМИ» Г.Т.Айтмурзаева Республиканский центр укрепления здоровья Министерство здравоохранения Кыргызской Республики..... 32

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ Ш.Е.Каржаубаева, А.А.Адаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы 36

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНЕМИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА И.Н.Бахнарел, А.П.Чобану Национальный Научно-Практический Центр Превентивной Медицины, Кишинэу, Республика Молдова..... 37

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И.О.Байдаулет, Н.К.Тузельбаев, А.С.Биболова Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А.Ясави, г.Шымкент 38

ОБРАЗОВАНИЕ И КУЛЬТУРА КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ А.Г.Гаибов, А.С.Шарипов, М.А.Гулаёзова, Р.А.Гаибова, Г.Х.Гафурова, С.О.Самадов Национальный координационный комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, Республиканский центр формирования здорового образа жизни, ЦРБ Бободжон Гафуровского района Согдийской области, Республиканский ВТЭК, Министерство труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан 39

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы..... 42



ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КЛИНИКУ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НАРКОМАНИЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ Л.Е.Базарбаева Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы.....	44
СИТУАЦИОННО-СПРОВОЦИРОВАННЫЕ И ИНИЦИАТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ СОВЕРШЕНИИ ДЕЛИКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Л.Е.Базарбаева Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы	46
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН НАХОДЯЩИХСЯ НА ИЗЛЕЧЕНИИ В НАРКОДИСПАНСЕРЕ Г.ШЫМКЕНТ А.С.Биболова, К.Ж.Жумагулова Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А.Ясави, г.Шымкент	50
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (первичная, вторичная и третичная профилактика заболеваний)	
НОВЫЙ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА Е.Ж.Габдуллина, И.Я.Клейнбок, В.И.Цицулин, Г.Б.Исакова, Е.Х.Айбасов Институт физиологии человека и животных МОН РК, г.Алматы.....	51
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСЕ С ЗАКАЛИВАЮЩИМИ ПРОЦЕДУРАМИ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХОБЛ Л.И.Нургалиева, К.Д.Сейтжанова, Ж.Х.Имамбаева, М.Д.Хасенова, В.В.Савостьянов, С.А.Нургалиева КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....	52
ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА – ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПОЛАКТИИ У БЕРЕМЕННЫХ С.Б.Рахимова, К.Д.Сейтжанова, Л.И.Нургалиева, М.Д.Хасенова, Г.А.Алиева КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГККП «родильный дом №5», г.Алматы	54
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ К.Д.Сейтжанова, Г.К.Омарова, Ж.А.Иманбаева, Г.Т.Наурызбаева, Г.К.Калдыбаев Казахский КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГККП «родильный дом №5», г.Алматы	57
ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Н.И.Распопова, Е.Б.Дуплякин Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы.....	58
К ВОПРОСУ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГИПЕРМЕТРОПИИ Р.Е.Утаева Республиканская детская клиническая больница «Аксай», пос. Тастыбулак.....	60
ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ Е.М.Рослякова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	62
ОСТЕОАРТРОЗ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА Г.А.Даулетова ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы.....	63
РОЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Г.М.Мухтарова, А.С.Куандыкова Областной центр формирования здорового образа жизни, Алматинская обл.	65
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗЕРНОСЕЮЩИХ РЕГИОНОВ КАЗАХСТАНА М.Н.Омарова, Ж.С.Тотанов, Л.Ю.Черепанова, А.Т.Умбетпаев Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жумаева, г.Алматы	67
ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ И СТУДЕНТ А.Д.Соколов, О.В.Ануфриева, З.С.Абишева, Е.М.Рослякова, А.Г.Бисерова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	68
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ Т.К.Кудайбергенов, Ж.У.Султанова, Ж.А.Утешева, Н.А.Туребеков, Е.Т.Муканов Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы	69
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА Т.К.Кудайбергенов, Л.С.Каюпова, Т.Г.Кравцова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы.....	70
КАРДИОМАГНИЛ- НОВАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ А.В.Добровольский, А.Л.Сыркин Российский Научный кардиологический центр, г. Москва	73
ТАНАКАН (EGV 761) В ТЕРАПИИ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) Н.Н.Яхно, В.В.Захаров, А.Б.Локшина, С.И.Гаврилова, Я.Б.Федорова, А.В.Густов, Ю.А.Коршунова, Л.А.Дзяк, Е.В.Мизякина, М.М.Одинак, А.Ю.Емелин, П.И.Пилипенко, Е.В.Вострикова Московская медицинская Академия им. И.М. Сеченова	75



ПРОФИЛАКТИКА НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ. РОЛЬ ГОСУДАРСТВА, РАБОТОДАТЕЛЯ И ЧЕЛОВЕКА В СОХРАНЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ. МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД.	
МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОБЕСПЕЧЕНИИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ПОТЕНЦИАЛА НАЦИИ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ Л.Исмагамбетова, А.Ердибекова, Г.Иманжанова Городской центр формирования здорового образа жизни, г.Астана	80
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ТЭЦ М.Т.Махмутова Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы	81
ИЗУЧЕНИЕ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА Ш.Е.Каржаубаева, А.А.Имангалиева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	83
ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ НРАВСТВЕННОСТИ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	85
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ И ИХ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ З.С.Абишева, О.В.Ануфриева, Е.М.Рослякова, К.Х.Хасенова, Т.А.Жумакова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	87
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ХОДЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ВАЛЕОЛОГИИ В КазНМУ З.С.Абишева, О.В.Ануфриева, Е.М.Рослякова, А.Г.Бисерова, Т.М.Исмагулова, Ж.Ж.Курмангалиева КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	88
ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И УРОВНЕЙ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ 1-2 КУРСОВ КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА А.Д.Соколов, К.Х.Хасенова, О.В.Ануфриева, А.Г.Бисерова, А.С.Алипбекова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	89
ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ КАРАГАНДИНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда	90
ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ТУРИЗМ В КАЗАХСТАНЕ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ Л.Н.Шумилина, А.Т.Шайкенова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	92
ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ СТУДЕНТОВ Л.Н.Шумилина, А.Т.Шайкенова, И.А.Конева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	93
ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ОДНО ИЗ ВАЖНЕЙШИХ КАЧЕСТВ ЧЕЛОВЕКА С ДРЕВНИХ ВРЕМЕН Р.Н. Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	94
ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ Р.С.Ибраева ГККП «Областной центр формирования здорового образа жизни», г.Актобе	96
СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА В БАЛХАШСКОМ РАЙОНЕ Г.М.Мухтарова, М.Т.Балтабеков, Т.А.Есимкулов Алматинский областной Центр ФЗОЖ, ГКП ЦРБ Балхашского района	98
О СОСТОЯНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ШКОЛЬНИКОВ БАЛХАШСКОГО РАЙОНА М.Т.Балтабеков, К.Ж.Айткулова, С.К.Мусирепова ГКП ЦРБ Балхашского района, Алматинский о бластной Центр ФЗОЖ	99
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И ПРОФИЛАКТИКА ВАЖНЕЙШИХ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СТАНДАРТИЗАЦИЯ И ОПТИМИЗАЦИЯ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ Г.К.Турдунова Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей	100
К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ Г.К.Каусова, Т.Б.Дауытов Институт развития здравоохранения, МЗ РК, г.Алматы	101
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ Т.В.Каймак, А.Т.Турганбаева, Д.П.Брыжахин, А.К.Калиева, И.В.Полстяная, Г.М.Утигенова Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей	103
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОСОНОГРАФИИ КАК СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ С.Г.Сафина, С.А.Мажитова Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы	104



РОЛЬ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ Е.С.Белова, Т.С.Омарова Национальный Центр проблем туберкулеза РК г. Алматы.....	105
ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ Е.Б.Дуплякин Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы	106
ПРОВЕДЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКИХ КОНКУРСОВ «ПМСП-ЗА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» И «ЛУЧШИЙ ВРАЧ ПМСП» 2008г. К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	107
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Г.К.Казбекова АО «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана	108
К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ А.М.Токешева Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей	109
РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА Т.К.Рахыпбеков, Н.Р.Рахметов, Т.А.Булегенов Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей	110
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСУ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И БОЛЬНОГО Г.К.Каусова Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Алматы	111
ОЦЕНКА ИММУНОКОРРЕГИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА ТРАНСФЕР ФАКТОРА ПИЩЕВЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ДОБАВОК ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ С.Е.Абдраимова Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, г.Шымкент.....	113
ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ФЗОЖ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО И НЕГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
ХРОНОМЕТРАЖНЫЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАБОТНИКОВ КОТЕЛЬНО- ТУРБИННОГО ОБОРУДОВАНИЯ ТЭЦ М.Т.Махмутова Республиканская санитарно- эпидемиологическая станция.....	115
СОСТОЯНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ Т.К.Каримов Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, ОО «Западно-Казахстанский центр здорового питания Казахской Академии питания», г.Актобе.....	117
ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКА - КАК ОБЩЕСТВЕННАЯ ЦЕННОСТЬ Л.Алшинова, Л.Исмагамбетова, Ж.Какенова Городской центр формирования здорового образа жизни, г.Астана.....	118
ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ ФАКТОРОВ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ВЛИЯНИЯ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА Т.К.Рахыпбеков, Е.Ф.Ковзель, А.Х.Секербаев, А.К.Мусаханова Семипалатинская государственная медицинская академия, Центр изучения и преодоления радиационных эффектов, г.Семей, Республиканский диагностический центр, г.Астана, Институт общественного здравоохранения, г.Алматы	120
АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ГИСТЕРЭКТОМИЯМИ З.О.Базылбекова, Р.Н.Еспаева, Т.В.Чепрасова, А.В.Харитонов Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г.Алматы	122
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ А.Р.Аимбетова, Н.М.Мамедалиева, Л.С.Дзоз, Г.К.Тохтакулинова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г.Алматы	123
БИОФИЗИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПЛОДА ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ И ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ Л.С.Каюпова, Л.Э.Заманова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы	124
ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ Т.А.Кожобекова, В.А.Ким, В.В.Савостьянов, Р.А.Сабилов, А.С.Самарханова, К.Ж.Альжанова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	125
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА А.С.Мустафаева, Т.Г.Кравцова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы	128



ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СЛУЖБА В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 5 ЛЕТ А.А.Аблазим, У.М.Сариева, Б.К.Абишева, К.П.Садикова, Р.С.Тулештаева, К.Т.Мырзахметов Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кызылорда	130
ДЕРАТИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ К.Н.Набенов КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	133
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КРЫМСКОЙ КОНГО ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ Б.К.Оспанов КНЦКЗИ им. М. Айкимбаева, г.Алматы	134
ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Н.И.Распопова Республиканский научно- практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы	136
МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО МЕСЯЧНИКА, ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ СО СПИД Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	142
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	144
ОТНОШЕНИЕ К РЕЖИМУ ПИТАНИЯ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА С.В.Ахметова Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда	146
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО КАЗАХСТАНА Т.Н.Хайбуллин, А.И.Хайбуллина, Р.М.Бикбаев, Р.Г.Мансуров, Д.П. Брыжахин Семипалатинская государственная медицинская академия, Казахстан, г.Семей	148
ОБ УПРАВЛЕНИИ ВЛИЯНИЕМ ФАКТОРОВ ШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ Н.В.Сливкина, Е.Д.Даленов, В.Б.Хасин Казахская медицинская академия, г.Астана	149
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДЕРАТИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛИСТЕРИОЗЕ И ДРУГИХ ЗООНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В Г. АЛМАТЫ Г.С. Максутова, Р.Т. Курамысова, Ж.А. Карымбаева Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы, Управление Государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Алматы	151
К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ. Т.В.Каймак, Д.П.Брыжахин, А.Т.Турганбаева, Ф.С.Рахимжанова СГМА, г.Семей	152
К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА Ш.Е.Каржаубаева, Р.С.Колокина Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни	153
ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА Д.А.Оспанова Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Алматы	155
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	156
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ М.А.Сорокина Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда	157
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА З.М.Алиева, Г.А.Даулетова ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы	159
ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПАРАДИГМЕ СОЦИАЛЬНО- ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Е.В.Новикова Бостандыкский районный отдел занятости и социальных программ г.Алматы	161



CONTENTS

**Materials of international scientific-practical conference “Actual issues of healthy lifestyle development”
(4-5 December 2008, Almaty)**

STRATEGY OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN, ROLE OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT

NATIONAL POLICY ON HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AND DISEASES PREVENTION-MAINSTREAMS IN PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE SERVICE DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN K.A.Tulebaev, T.I.Slzhneva, G.U.Kulkaeva, A.Z.Zhylkajdarova, B.D.Rakhmanov National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	16
POLICY OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN A.S.Sharipov Republican center of healthy lifestyle development Ministry of Health of the Republic of Tajikistan	19
SOCIAL WORK AS A PRACTICAL INCARNATION OF SOCIAL-ORIENTED HEALTH PROTECTION PRINCIPLES E.V.Novikova Bostandyk rayon department of employment and social programs, Almaty	20
INFLUENCE OF BEHAVIOURAL RISK FACTORS ON FORMATION OF CHRONIC NON-SPECIFIC LUNG DISEASES AT THE POPULATION LIVING IN TERRITORIES SETTLEMENTS IN THE AREA AFFECTED BY SEMIPALATINSK TEST SITE T.K. Rakhyzbekov, A.Kh. Sekerbayev, E.F. Covzel, A.Mussakhanova Semipalatinsk State Medical Academy, Institute Public Healths, Almaty, The Republican Diagnostic Center, Center for study and protection from radiation effects	23
ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCE ON HUMAN HEALTH AND ACTIVITIES DIRECTED TO HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT R.B.Istleuova Association of physicians and pharmacists of Aktyubinsk oblast, Aktobe	26
BASES OF PREVENTION AND HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT STRATEGY IN HEALTH CARE SYSTEM OF THE REPUBLIC T.S.Khaydarova, R.N.Nurmukhanbetova National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	28
MANAGEMENT OF PRIMARY PREVENTION AMONG CHILDREN’S POPULATION IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA K.P.Etsko, A.I.Ferdokhlebs State Medical and Pharmaceutical University named after “Nikolay Testemitsanu”, Kishineu, the Republic of Moldova	30
ESTIMATION OF PUBLIC HEALTH LEVEL AS THE BASIS FOR FORMATION OF COMPLEX MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ACTIVITY AT PHC LEVEL G.A.Nurumova «Meyerim» Medical Center, Taraz	30
THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF PERFECTION HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND OTHER COUNTRIES	
STRATEGY OF POPULATION HEALTH PROMOTION IN THE FRAME OF “MANAS TAALIMI” NATIONAL PROGRAM G.T.Aytmurzaeva Republican health promoting center Ministry of health Republic of Kyrgyzstan	32
MODERN TENDENCIES OF BEHAVIORAL RISK FACTORS DISTRIBUTION AMONG SCHOOL STUDENTS Sh.E. Karzhaubaeva, A.A.Adaeva National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	36
ANEMIA RATES IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA I.N.Bakhnarel, A.P.Chobanu National Science-practical Centre of Preventive Medicine, Kishineu, the Republic of Moldova	37
TO ISSUE OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT I.O.Baydaulet, N.K.Tuzelbaev, A.S.Bibolova State Kazakh-Turkish university named after K.A.Yassau, Shymkent	38
EDUCATION AND CULTURE AS FACTORS PROMOTING HEALTHY LIFESTYLE AND IMPROVING PUBLIC HEALTH IN TAJIKISTAN A.G.Gaibov, A.S.Sharipov, M.A.Gulayozova, R.A.Gaibov, G.Kh.Gafurova, S.O.Samadov National coordinating committee on HIV/AIDS, tuberculosis and malaria prevention and control, Republican center of healthy lifestyle development, Central rayon hospital of Bobodjon Gafurov area Sogdijskoj oblast, Republican High labour examination commission, Ministry of Labour and Social Protection of the population of the Republic of Tajikistan	39
INFLUENCE OF HEALTHY LIFESTYLE OF POPULATION ON HEALTH CONDITION T.S.Khaydarova, A.A.Akimbayeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty	42
FACTORS INFLUENCING CLINIC OF SCHIZOPHRENIA COMPLICATED BY DRUG ABUSE ON MATERIALS OF JUDICIAL-PSYCHIATRIC EXAMINATIONS L.E.Bazarbaeva Republican scientifically-practical centre of psychiatry, psychotherapy and narcology MH RK, Almaty	44
SITUATIONAL-PROVOKED AND INITIATIVE ACTION AT COMPLETION OF DELIKT BESIDE SICK SCHIZOPHRENIC L.E.Bazarbaeva Republican scientifically-practical centre of psychiatries, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty	46



MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ALCOHOLISM AND DRUG ABUSE AMONG WOMEN UNDER TREATMENT IN SHYMKENT NARCOLOGICAL DISPENSARY A.S.Bibolova, K.Z.Zhumagulova State Kazakh-Turkish university named after K.A.Yassau, Shymkent	50
MODERN TECHNOLOGIES OF POPULATION HEALTH PROTECTION AND PROMOTION (primary, secondary and tertiary diseases prevention)	
NEW NON-DRUG METHOD OF HUMAN HEALTH PROMOTION G.Zh. Gabdulina, I.J.Cleinbok, V.I.Citsurin, G.B.Isakova, E.Kh.Aybasov Human and animal physiology Institute under Ministry of education and science RK, Almaty ...	51
RESPIRATORY GYMNASTICS IN THE COMPLEX WITH HARDENING PROCEDURES AS EFFECTIVE REHABILITATION OF PREGNANT WOMEN WITH COPD L.I.Nurgalieva, K.D.Sejtzhanova, Z.K.Imambaeva, M.D.Khasenova, V.V.Savostyanov, S.A.Nurgalieva Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	52
RESPIRATORY GYMNASTICS - EFFECTIVE PREVENTION OF HYPOLACTATION AMONG PREGNANT WOMEN S.B.Rakhimova, K.D.Sejtzhanova, L.I.Nurgalieva, M.D.Khasenova, G.A.Alieva Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, №5 maternity hospital, Almaty	54
FEATURES OF ORGANIZATION HEALTH IMPROVING PROGRAM FOR PREGNANT WOMEN K.D.Sejtzhanova, G.K.Omarova, Z.A.Imanbaeva, G.T.Nauryzbaeva, G.K.Kaldybaev Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, №5 maternity hospital, Almaty	57
DEPRESSION DISORDERS ON DIABETES MELLITUS COMPLICATED BY OPHTHALMOLOGIC PATHOLOGY N.I.Raspopova, E.B.Dupliankin Republican scientifically-practical centre of psychiatry, psychotherapy and narcology MH RK, Almaty	58
TO A QUESTION OF CONDUCTING CHILDREN OF PRESCHOOL AND EARLY SCHOOL AGE WITH HYPERMETROPIC EYE R.E.Uataeva Republican children clinical hospital “ Aksai “, Tastibulak	60
IMPORTANCE OF AGE DEFINITION OF A PERSON FOR FORECASTING INDIVIDUAL HEALTH E.M.Roslyakova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	62
OSTEOARTHRISIS: TREATMENT AND PREVENTION G.A.Dauletova Regional diagnostic center, Almaty	63
ROLE OF EDUCATIONAL SYSTEM AT HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT G.M.Mukhtarova, A.S.Kuandikova Almaty oblast centre of healthy lifestyle development	65
ECOLOGICAL ASPECTS OF DISEASE RATE AMONG AGRICULTURAL POPULATION OF KAZAKHSTAN GRAIN SOWING REGIONS M.N.Omarova, Z.S.Totanol, L.Y.Cherepanova, A.T.Umbetpaev Science Centre of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov, Almaty	67
A TEACHER OF HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION AND A STUDENT A.D.Sokolov, O.V.Anufrieva, Z.S.Abisheva, E.M.Roslyakova, A.G.Biserova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	68
APPLICATION OF ULTRASONIC SCALPEL IN OPERATIVE GYNECOLOGY T.K.Kudajbergenov, Z.U.Sultanova, Z.A.Utesheva, N.A.Turebekov, E.T.Mukanov Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty	69
MODERN PROBLEMS OF MOTHER AND CHILD HEALTH PROTECTION T.K.Kudajbergenov, L.S.Kayupova, T.G.Kravtsova Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty	70
CARDIOMAGNIL- NEW EFFECTIVE FORM OF ACETYLSALICYLIC ACID A.V.Dobrovolsky, A.L.Syrkin Russian Scientific cardiological center, Moscow	73
TANAKAN (EGB 761) IN THERAPY OF MODERATED COGNITIVE DISORDERS (MULTICENTRIC RESEARCH) N.N.Yakhno, V.V.Zakharov, A.B.Lokshina, S.I.Gavrilova, Y.B.Fedorova, A.V.Gustov, Y.A.Korshunova, L.A.Dzyak, E.V.Mizyakina, M.M.Odinak, A.Y.Emelin, P.I.Pilipenko, E.V.Vostrikova Chair of nervous system diseases, Moscow medical Academy named after I.M.Sechenov	75
PREVENTION AT POPULATION AND INDIVIDUAL LEVEL. ROLE OF STATE, EMPLOYER AND HUMAN IN HEALTH PROTECTION	
INTERSECTORAL APPROACH AT ENSURING SUSTAINABLE DEVELOPMENT OF NATION POTENTIAL AND HEALTH IMPROVEMENT L.G.Ismagambetova, A.Erdibekova, G.Imanzhanova City healthy lifestyle development center, Astana	80
ADVERSE WORKING CONDITIONS OF WORKERS OF THERMAL POWER STATION M.T.Makhmutova Republican sanitary-epidemiologic station, Almaty	81
STUDY OF KAZAKHSTAN SCHOOL STUDENTS FOOD ALLOWANCE Sh.E.Karzhaubaeva, A.A.Imangalieva National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	83
INFLUENCE OF FAMILY RELATIONS ON FORMATION OF MORALS AND HEALTH PRESERVATION OF CHILDREN AND TEENAGERS IN KAZAXCTAH R.S.Kolokina, K.A.Tolganbaeva National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	85
INNOVATIVE METHODS OF TRAINING IN HIGHER SCHOOL AND THEIR ROLE IN HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT Z.S.Abisheva, O.V.Anufrieva, E.M.Roslyakova, K.K.Khasenova, T.A.Zhumakova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	87



SOME ASPECTS OF HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION IN PROCESS OF TEACHING VALUEOLOGY IN KAZSMU Z.S.Abisheva, O.V.Anufrieva, E.M.Roslyakova, A.G.Biserova, T.M.Ismagulova, Z.Z.Kurmangalieva Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	88
EMOTIONAL STATUS AND REACTIVE AND PERSONAL ANXIETY ASSESSMENT AT FIRST-SECOND-YEAR STUDENTS OF KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY NAMED AFTER S.D.ASPHENDIYAROV A.D.Sokolov, K.Kh.Khassenova, O.V.Anufrieva, A.G.Biserova, A.S.Alipbekova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	89
PROBLEMS OF HEALTHY NUTRITION OF KARAGANDA SCHOOLCHILDREN S.P.Terekhin, S.V.Akhmetova, E.V.Matsuk Karaganda state medical academy, Karaganda	90
ECOLOGICAL TOURISM IN KAZAKHSTAN AS MEANS OF SOCIAL DISEASES PREVENTION AMONG RISING GENERATION L.N.Shumilina, A.T.Shajkenova, N.B.Sejtkulova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	92
ECOLOGICAL TRAINING AND EDUCATION OF STUDENTS L.N.Shumilina, A.T.Shajkenova, I.A.Koneva National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	93
HEALTHY LIFESTYLE IS HUMAN VALUABLE ABILITY COMING FROM ANCIENT TIME R.N.Nurmukhanbetova, National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	94
HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION AT MASS MEDIA R.S.Ibraeva Oblast healthy lifestyle development center, Aktobe	96
SITUATION ON ALCOHOLISM IN BALKHASH RAYON G.M.Mukhtarova, M.T.Baltabekov, T.A.Esimkulov Almaty regional HLDCenter, Central rayon hospital of Balkhash rayon	98
ABOUT STATE OF ROUTINE EXAMINATION OF SCHOOLCHILDREN IN BALKHASH RAYON M.T.Baltabekov, K.Z.Ajtkulova, S.K.Musirepova Central rayon hospital of Balkhash rayon, Almaty regional HLDCenter	99
PRIMARY HEALTH CARE AND PREVENTION OF MAJOR SOCIALLY IMPORTANT NONINFECTIOUS DISEASES, STANDARDIZATION AND OPTIMIZATION OF SCREENINGS FOR DISEASES REVEALING	
ROLE OF NUTRITION IN NONCOMMUNICATION DISEASES PREVENTION G.K.Turdunova Semipalatinsk state medical academy, Semey	100
TO QUESTION OF REHABILITATION AND REGENERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTONIC DISEASE G.K.Kausova, T.B.Daulytov Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan, Almaty	101
NON DRUG CORRECTION AND PREVENTION OF HEADACHE T.V.Kajmak, A.T.Turganbaeva, D.P.Bryzhakhin, A.K.Kalieva, I.V.Polstyanaya, G.M.Utigenova Semipalatinsk state medical academy, Semey	103
APPLICATION OF NEUROSONOGRAPHY AS SCREENING METHOD AT NEW-BORN INFANTS OF 2 MONTHS OLD S.G.Safina, S.A.Mazhitova Republican children clinical hospital “ Aksai”, Almaty	104
ROLE OF NUTRITION AT TREATMENT AND PREVENTION OF EXUDATION PLEURISY E.S.Belova, T.S.Omarova National Center for tuberculosis problems RK, Almaty	105
DEPRESSION DISORDERS PREVENTION AT PATIENTS OF PRIMARY HEALTH CARE E.B.Dupliankin Republican scientifically-practical centre of psychiatry, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty	106
CARRYING OUT OF REPUBLICAN COMPETITIONS “PRIMARY HEALTH CARE FOR HEALTHY LIFESTYLE “ AND “ THE BEST DOCTOR OF PHC” for 2008 K.A.Tolganbaeva National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	107
EFFICIENCY OF HEPATITES B VACCINAL PREVENTION AT CHILDREN IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN G.K.Kazbekova JSC « National science centre of maternity and childhood », Astana	108
TO PROBLEM OF THYROID GLAND DISEASES PREVENTION A.M.Tokesheva Semipalatinsk state medical academy, Semey	109
REHABILITATION OF PATIENTS WITH CICATRICIAL STRICTURES OF OESOPHAGUS AND STOMACH T.K.Rakhipbekov, N.R.Rakhmetov, T.A.Bulegenov Semipalatinsk state medical academy, Semey	110
MODERN APPROACHES TO ISSUE OF MUTUAL RELATIONS BETWEEN DOCTOR AND PATIENT G.K.Kausova Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan, Almaty	111
IMMUNOCORRECTION RESULT ASSESSMENT OF BIOLOGICAL FOOD ADDITIVE TRANSFER FACTOR AT CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE S.E.Abdraimova South-Kazakhstan State medical academy, Shymkent	113
PROBLEMS OF PREVENTION AND HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN ACTIVITY OF GOVERNMENTAL AND NONGOVERNMENTAL HEALTH CARE SECTORS	
CHRONOMETRIC AND PHYSIOLOGICAL STUDY OF WORKERS OF BOILER -TURBINE EQUIPMENT OF THERMAL POWER STATION M.T.Makhmutova Republican sanitary-epidemiologic station, Almaty	115
CONDITION OF ACTUAL NUTRITION OF AKTYUBINSK OBLAST POPULATION T.K.Karimov West-Kazakhstan state medical academy named after M.Ospanov, «West-Kazakhstan center of healthy nutrition of Kazakh Academy of nutrition », Aktobe	117



HEALTH OF TEENAGER AS A PUBLIC VALUE L.Alshinova, L.G.Ismagambetova, Z.M.Kakenova City healthy lifestyle development center, Astana.....	118
INFLUENCE OF SOCIAL AND HOUSEHOLD FACTORS ON ONCOLOGICAL DESEASE RATE OF POPULATION LIVING IN ZONE UNDER AFFECTION OF SEMIPALATINSK TEST SITE T.K.Rakhyzbekov, E.F.Kovzel, A.K.Sekerbaev, A.K.Musakhanova Semipalatinsk state medical academy, Center of studying and overcoming of radiating effects, Semey, Republican diagnostic center, Astana, Institute of public health, Almaty.....	120
QUALITY OF LIFE ANALYSIS OF WOMEN WITH PUERPERAL HYSTERECTOMY Z.O.Bazyzbekova, R.N.Espaeva, T.V.Cheprasova, A.V.Kharitonov Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty.....	122
IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF UNDEVELOPED PREGNANCY A.R.Aimbetova, N.M.Mamedalieva, L.S.Dzoz, G.K.Tokhtakulinova Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty	123
BIOPHYSICAL PROFILE OF FETUS AT POSTMATURE AND PROLONGED PREGNANCY L.S.Kaupova, L.E.Zamanova Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty	124
PARAMETERS OF HEMOSTASIS SYSTEM AT PREGNANT WOMEN WITH ANEMIA T.A.Kozhabekova, V.A.Kim, V.V.Savostyanov, R.A.Sabirov, A.S.Samarkhanova, K.Z.Alzhanova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty	125
OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS AND TACTICS OF TREATMENT ENDOMETRIUM HYPERPLASTIC PROCESSES OF REPRODUCTIVE AGE WOMEN A.S.Mustafaeva, T.G.Kravtsova Scientific centre of obstetrics, gynecology and perinatology, Almaty.....	128
ANTITUBERCULOSIS SERVICE IN KYZYLORDA OBLAST BY 5 YEARS RESULTS A.A.Ablazim, U.M.Sarieva, B.K.Abisheva, K.P.Sadikova, R.S.Tuleutaeva, K.T.Myrzakhmetov Kyzylorda oblast centre of healthy lifestyle development	130
DERATIZATION IN CONDITIONS OF MODERN MARKET ECONOMY K.N.Nabenov Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.....	133
LABORATORY DIAGNOSIS OF CCHF B.Ospanov KSQZD, Almaty	134
PERSONALITY- PSYCHOLOGICAL MECHANISMS OF SUICIDAL CONDUCT AT PERSONS WITH PSYCHICAL DISORDERS N.Raspopova Republican scientifically-practical centre of psychiatries, psychotherapy and Narcology MH RK, Almaty	136
TECHNIQUE OF CARRYING OUT REPUBLICAN MONTH, DEVOTED TO THE WORLD AIDS DAY R.S.Kolokina, N.A.Suleymanova, K.A.Tolganbaeva National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty.....	142
THEORETICAL BASES OF HEALTH CARE SERVICE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN National Center for problems of healthy lifestyle development under Ministry of health RK, Almaty.....	144
ATTITUDE TO EATING PATTERN OF URBAN POPULATION OF CENTRAL KAZAKHSTAN S.V.Akhmetova Karaganda state medical academy, Karaganda.....	146
PREVALENCE OF BODY OVERWEIGHT AND OBESITY AMONG POPULATION OF EAST KAZAKHSTAN T.N.Khajbullin, A.I.Khajbullina, R.M.Bikbaev, R.G.Mansurov, D.P.Bryzhakhin Semipalatinsk state medical academy, Semey.....	148
ABOUT MANAGEMENT OF INFLUENCE OF SCHOOL ENVIRONMENT FACTORS N.V.Slivkina, E.D.Dalenov, V.B.Khasin Kazakh medical academy, Astana.....	149
ORGANIZATION AND CARRYING OUT PREVENTIVE DISINFESTATION ACTIVITIES AT LISTERIOSIS AND OTHER ZOOGENOUS INFECTIONS IN A ALMATY G.S.Maksutova, R.T.Kuramysova, Z.A.Karymbaeva Kazakh National medical university, Almaty, Department of State sanitary-and-epidemiologic inspection, Almaty	151
TO ISSUE OF DIZZINESSES THERAPY AND PREVENTION. T.V.Kajmak, D.P.Bryzhakhin, A.T.Turganbaeva, F.S.Rakhimzhanova Semipalatinsk state medical academy, Semey	152
TO ISSUE OF PERFECTION OF REGISTRATION-REPORTING DOCUMENTATION IN KAZAKHSTAN SYSTEM OF PUBLIC HEALTH CARE S.E.Karzhaubaeva, R.S.Kolokina National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	153
PERFECTION OF INTERSECTORAL APPROACH IN MEDICAL- SOCIAL CARE TO PERSONS OF PENSION AGE D.A.Ospanova Healthcare Development Institute, Ministry of Health at the Republic of Kazakhstan, Almaty.....	155
INDIVIDUAL HEALTH PROFILE OF ENTERPRISE WORKERS T.P.Paltusheva, G.A. Kuanishbekova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	156
SOME ASPECTS OF HEALTHY LIFESTYLE OF STUDENTS DIFFERING BY EFFICIENCY OF ADAPTATION TO EDUCATIONAL PROCESS M.A.Sorokina Karaganda state medical academy, Karaganda	157
CLINICAL CASE OF NONSPECIFIC AORTOARTERITIS Z.M.Alieva, G.A.Dauletova Regional diagnostic center, Almaty	159
FORMATION PROBLEMS OF HEALTHY LIFE IN PARADIGM OF SOCIAL-ORIENTED HEALTH PROTECTION E.V.Novikova Bostandyk rayon department of employment and social programs, Almaty	161



НАЦИОНАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

*К.А. Тулебаев, Т.И. Слажнева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жылкайдарова, Б.Д. Рахманов
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, Алматы*

Экономический рост и политическая стабильность, которого добился Казахстан, дает возможность для проведения глубоких социально-экономических реформ, обеспечивающих вхождение в число 50-ти наиболее конкурентоспособных стран мира и достижение устойчивого развития.

Одной из задач в области устойчивого развития страны является увеличение средней продолжительности жизни населения с внедрением и совершенствованием механизмов, обеспечивающих оздоровление нации.

В современных условиях дальнейшее развитие клинической медицины не может обеспечить улучшение основных показателей здоровья без коренного изменения в сторону профилактической направленности системы здравоохранения.

В этой связи актуальным является формирование общественного мнения и активности в пользу здорового образа жизни. Одним из его основных инструментов остается комплексное межсекторальное взаимодействие по усилению факторов, определяющих сохранение и развитие потенциала здоровья человека (физических, экономических, социальных, экологических, культурных), с использованием новейших мировых технологий, подходов и методов формирования здорового образа жизни (далее – ФЗОЖ) на основе доказательной медицины.

Создание эффективной системы ФЗОЖ в Республике Казахстан (РК) должно кардинальным образом содействовать оздоровлению нации и переходу Казахстана к устойчивому развитию.

Новая Национальная политика формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний в Республике Казахстан на 2008-2016 годы утверждена постановлением Правительства РК от 21 декабря 2007 года №1260 в рамках программы «Здоровый образ жизни» и разработана в целях реализации Указа Президента РК от 6 апреля 2007 года №310 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года», постановления Правительства РК от 20 апреля 2007 года №319 «Об утверждении Плана мероприятий по исполнению общенационального плана основных направлений (мероприятий) по реализации ежегодных 2005-2007 годов посланий Главы государства народу Казахстана и Програм-

мы Правительства РК на 2007-2009 годы», поручения Премьер-Министра РК от 2 июня 2007 года №20-18/003-612 п.2.

В последние годы, благодаря усилиям и последовательным действиям Главы государства, отмечается стабилизация и значительное улучшение социально-экономической ситуации в Казахстане.

Однако состояние здоровья населения республики и средняя продолжительность жизни (в 2006 году – 66,1 лет) существенно отстают от показателей развитых стран. В Японии, например, этот показатель выше казахстанского на 14 лет. Такое положение в Казахстане сложилось вследствие непрерывного роста общей смертности населения, которая с 5,7‰ в 1964 году выросла до 7,6‰ в 1989 и до 10,2‰ в 1995 и далее – до 10,4‰ в 2005 году, 10,27‰ в 2006 году.

Прогноз уровня общей смертности в 2006-2010 годы при сохранении нынешней тенденции, указывает на возможность дальнейшего увеличения показателей смертности мужского (с 14,23 до 14,93 на 1000 населения) и женского населения (с 9,22 до 9,42) в городской местности, а также у мужчин села (с 9,73 до 10,04) и только среди женщин сельской местности отмечается стабилизация данного показателя (7,53 и 7,52 соответственно).

Установлены высокие потери лет здоровой жизни казахстанцев вследствие преждевременной смертности и инвалидирующих последствий. На 1000 человек населения в 2005 году потеряно 231,1 единиц DALY, причем по причинам недожития теряется 197,4 единиц, а вследствие инвалидности – 33,7. Это выше, чем в развитых странах мира (100 единиц). Значительные потери несет городская популяция, на долю которой приходится 61,6% и мужское население – 58,4% соответственно.

Наибольшая доля смертей (86%) и бремени болезни (77%) обусловлены группой социально значимых заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет. В основе этих заболеваний лежат поведенческие факторы риска, такие, как курение, потребление алкоголя и другие.

Проведенные социологические исследования (НЦПФЗОЖ, 2004г.) показали, что распространен-



ность табакокурения среди населения старше 12 лет в Казахстане составляет 22,8%, потребления алкоголя в опасных дозах – 18,1%, избыточной массы тела – 36,9%, из них с ожирением – 7,7%, достаточного употребления фруктов и овощей – 12,3%, физической активности – 13,3%.

По опыту развитых стран для устойчивости процесса ФЗОЖ в стране настоятельно рекомендуется формирование специального Фонда оздоровления нации путем отчисления 1% налога на табачные и алкогольные изделия. Одним из наиболее успешных, направленной на сокращение табакокурения и злоупотребления алкоголем, является опыт Таиланда, где 2% налоговых поступлений от табачной и алкоголь производящей индустрии (специфический налог) аккумулируются в Национальном Фонде по охране здоровья населения Таиланда, который финансирует бюджетные профилактические программы по борьбе с табакокурением и злоупотреблением алкоголем. В результате деятельности Фонда сократилось количество курящих и потребляющих алкоголь, а также отмечается значительная экономия бюджетных расходов на лечение.

Высокая распространенность факторов риска сформировала высокий уровень заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (далее – ХНЗ). Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют структуру заболеваемости и смертности населения Казахстана. Уровень общей заболеваемости взрослого населения Казахстана болезнями системы кровообращения в 2006 году составил 9178,0, травмами и отравлениями – 3813,4 и новообразованиями 1687,9 случаев на 100 000 населения. Смертность вследствие болезней системы кровообращения составила 533,1, травм и отравлений – 150,2 и злокачественных новообразований 118,6 на 100 000 населения соответственно.

За период с 1975 по 2006 годы в Казахстане отмечается неуклонный рост показателей смертности от сердечно-сосудистых заболеваний: с 255,4 до 533,1 на 100 тыс. населения. При этом в странах Европейского региона за этот же период смертность от заболеваний системы кровообращения снизилась почти в 1,5 раза и составляет, например, в Финляндии среди мужчин 15-59 лет 65 случаев на 100 000 соответствующего населения. Смертность от травм и отравлений в 1,5-1,8 раза выше, чем в странах Центральной Азии и более чем в 3 раза выше стран Евросоюза. Смертность вследствие злокачественных новообразований в 1,5-2,5 раза выше, чем в странах Центрально-Азиатского региона. При этом только у 3/4 больных

диагностируются I-III стадии онкологического процесса, остальные поступают с диссеминированными формами заболевания.

Установлено, что 70-80% бюджета здравоохранения тратится на лечение хронических заболеваний и пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, являются интенсивными потребителями медицинских услуг.

Согласно расчетам отечественных экспертов, полное исключение смертности от болезней системы кровообращения позволило бы увеличить ожидаемую продолжительность жизни на 13,28 лет (13,05 – город и 13,48 – село) у мужчин и 18,21 лет (19,3 – город и 17 – село) у женщин. Эффект устранения смертности от несчастных случаев, отравлений и травм обеспечит прирост продолжительности жизни мужского населения на 4,23 года (4,58 – город и 3,66 – село), а женского на 1,43 года (1,55 – город и 1,21 – село); при исключении новообразований – на 1,6 и 1,9 лет соответственно.

Международный опыт показывает, что своевременное выявление и качественное лечение артериальной гипертензии приводит к сокращению на 30-40% риска инсульта. При проведении широкомасштабных профилактических мер в США за период с 1972 по 1994 гг. удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в 2 раза, а смертность от инфаркта – в 2,5 раза. Только за счет снижения среднего уровня холестерина, распространенности курения и повышенного артериального давления смертность от ишемической болезни сердца в Финляндии снизилась на 80% в 1972-1992 гг. В Ирландии за период с 1985 по 2000 годы на 48,1% удалось снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

В этой связи одной из важнейших задач, стоящих перед Казахстаном, является необходимость сокращения бремени заболеваемости хронической патологией и преждевременной смертности.

Учитывая высокую заинтересованность мирового сообщества в снижении бремени заболеваемости, преждевременной смертности и укрепления здоровья, ВОЗ только за последние годы был принят не один стратегический документ, к которым присоединился и Казахстан: Европейский план действий по алкоголю (2000), Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (2003), Хельсинкская Декларация и план действий по улучшению условий жизни и здоровья детей (2004), Глобальная стратегия в области питания, физической активности и здоровья (2004), Бангкокская декларация по укреплению здоровья в условиях глобализации (2005), Европейская стра-

тегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2006), Европейская Хартия по борьбе с ожирением (2006).

Данные документы предлагают странам активное содействие в разработке и осуществлении эффективных комплексных программ по сохранению и укреплению здоровья населения.

За последние 10 лет (1997-2007) в РК была разработана национальная политика и стратегия, обеспечивающая проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний и факторов риска социально значимых заболеваний населения на межведомственном уровне. Однако современные подходы к ФЗОЖ, факторной профилактике заболеваний и сохранению здоровья граждан требуют дальнейшего совершенствования действующей и разработки новой политики с учетом современного состояния здоровья населения и международного опыта.

Послание Президента РК Назарбаева Н.А. «Стратегия вхождения Казахстана в число пятидесяти наиболее конкурентоспособных стран мира» (2006) и Концепция перехода РК к устойчивому развитию на 2007-2024 годы, одобренная Указом Президента РК от 14 ноября 2006 года № 216 поставили задачу коренного улучшения процесса ФЗОЖ в оздоровлении нации.

Сегодня Казахстан имеет национальную политику формирования здорового образа жизни, вобравшую в себя лучший мировой опыт. Создана служба ФЗОЖ, представленная на национальном, областном, городском и районном уровнях, а также - в структуре организаций ПМСП.

Финансирование мероприятий по ФЗОЖ в республике составляло 0,15 – 0,25% от общих расходов на здравоохранение. Вместе с тем, для достижения результативности в укреплении здоровья, с учетом международного опыта необходимо обеспечить устойчивость процесса ФЗОЖ путем поэтапного увеличения финансирования Программы с 1% от бюджета здравоохранения в 2009 году до 3% в перспективе.

Одним из подходов усиления процесса ФЗОЖ является обеспечение его непрерывности, которая достигается внедрением принципа «образование и укрепление здоровья на всю жизнь», где также

имеются определенные сложности, требующие своего кардинального решения.

Например, для обучения и привития навыков здорового образа жизни учащимся с 1998 года в организациях системы образования на всех уровнях внедряется предмет «Валеология – Как быть здоровым» как факультативное занятие, однако к 2006 году количество школ, где внедрен предмет «Валеология», снизился до 72%.

В обеспечении непрерывности повышения информированности и формирования навыков здорового образа жизни большую роль играют средства массовой информации. На фоне возрастающего количества программ, очень мало специальных передач, роликов и выделенных ресурсов в средствах массовой информации (далее – СМИ) в рамках государственного заказа или в рамках социально ответственного бизнеса, способствующих пропаганде здорового образа жизни и укреплению здоровья.

Одним из основных компонентов в создании эффективной системы ФЗОЖ, наряду с ее устойчивостью и непрерывностью, является обеспечение комплексности. Это повышение ответственности правительственных органов за выработку государственной политики по снижению воздействия факторов риска для здоровья, с вовлечением всех причастных к нему секторов, в достижении полного потенциала здоровья каждого индивида, создании условий для принятия решений в пользу здорового образа жизни, при активном участии самого населения.

Межведомственная работа на республиканском уровне обеспечивается Национальным координационным Советом по охране здоровья при Правительстве РК, а на региональном уровне координируется Координационными советами по охране здоровья при Акиматах (местный исполнительный орган).

Концентрация усилий на комплексном, непрерывном подходе и обеспечении устойчивости системы ФЗОЖ – усиление контроля над поведенческими факторами риска, раннее выявление заболеваний, снижение предотвратимой инвалидности и смертности позволит улучшить качество жизни населения и устойчивое развитие казахстанского общества.



ПОЛИТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

*А.С.Шаринов Республиканский центр формирования здорового образа жизни Министерства
здравоохранения Республики Таджикистан*

Политика формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) в республике Таджикистан является государственной стратегией охраны здоровья населения. Для реализации данной политики в составе Министерства здравоохранения создана служба ФЗОЖ, и перед ней поставлены следующие задачи: разработка законодательно-нормативной базы; усовершенствование методологического подхода по изменению поведения людей; разработке и утверждению национальных стандартов и формированию культа здоровья у населения; научное сопровождение и мониторинг реализуемых мероприятий.

Политика, в области формирования здорового образа жизни, освещена в законах Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения Республики Таджикистан» и «О санитарно-эпидемиологической безопасности населения», а также разработаны и утверждён ряд стратегических документов, национальных программ по приоритетным направлениям формирования здорового образа жизни. Среди них Концепция реформы здравоохранения, Стратегия Сокращения Бедности, Постановление Правительства Республики Таджикистан «Об утверждении Стратегии Республики Таджикистан по охране здоровья до 2010 года», где к 2010 году должна быть создана и реализована обновленная приоритетная политика формирования здорового образа жизни.

Одним из важных ключевых документов в области охраны и укрепления здоровья является принятие Программы формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан до 2010 года, утвержденная постановлением Правительства Республики Таджикистан №84 от 3 марта 2003г. и Программе развития здоровья молодежи в Республике Таджикистан на 2006-2010 гг.», утвержденной постановлением Правительства Республики Таджикистан № 107 от 03.03.2006 г.

Своевременным документом являются Программы Республики Таджикистан по общественному информированию и участию общин в улучшении здоровья на 2007-2015 годы, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан № 200 от 28 апреля 2007 г.

Важное место в политике здоровья является усовершенствование методологического подхода по изменению поведения людей. Анализ проведенных мероприятий за период деятельности

службы ФЗОЖ в Таджикистане показывают, что в работе по формированию знаний, отношения и поведения (ЗОП) людей необходимо привлечение более широких слоев общественности и, прежде всего религиозных лидеров, представителей местных органов государственной власти (Джамоатов), женских активистов, Совета общин здоровья (СОЗ), ассоциации родителей и учителей (АРУ).

Известно, что для изменения поведения необходимо формировать у людей в первую очередь знания и ответственное отношение к своему здоровью. Человек получает знания навыкам ФЗОЖ, прежде всего обучением - на групповом и индивидуальном уровне. Это требует разработки национальных стандартов (по оценке образа жизни, осведомление, обучение и оценки ЗОП), а также разработки книг, пособий, инструкции, учебных модулей и др. Кроме того необходимо решить вопрос по разработке документов регламентирующего характера, такие как разработка единой национальной стратегии реализации информационно-образовательных программ по ФЗОЖ и внедрение национальных стандартов по реализации основных принципов ФЗОЖ. В настоящее время, специалистами Республиканского центра ФЗОЖ выполнены определенные работы по решению указанных задач, в частности: разработаны и утверждены «Порядок разработки, изготовления и распространения информационно-образовательных материалов по формированию здорового образа жизни среди населения Республики Таджикистан», «Положение о Межведомственной экспертной комиссии по оценке информационно-образовательных материалов по формированию здорового образа жизни и гигиеническому обучению населения при Министерстве здравоохранения Республики Таджикистан», «Оценочный лист экспертизы информационно-образовательных материалов по формированию здорового образа жизни и гигиеническому обучению населения» и методические указания «По разработке, дизайну, экспертизе, переводу, регистрации, одобрению, тиражированию и распространению информационно-образовательных материалов по формированию здорового образа жизни и гигиенического обучения населения».

В перспективе, службы ФЗОЖ запланирована разработка «Стратегии Республики Таджикистан по реализации информационно-образовательных



программ в области охраны здоровья населения», где предусмотрены следующие компоненты: профилактика ВИЧ/СПИД/ИППП, туберкулеза и малярии; профилактика инфекционных (ОКИ, зоонозные, детские) и неинфекционных (ССС, эндокринной системы) болезней, а также иммунопрофилактика; профилактика вредных привычек (наркомания, курение, алкоголизм); качественное и рациональное питание населения; проблемы охраны окружающей среды.

Данный документ включает следующие направления (задачи): усиление координирующей деятельности Министерства здравоохранения Республики Таджикистан в проведении информационно-образовательных мероприятий среди населения путем укрепления роли и потенциала службы ФЗОЖ; усиление международного сотрудничества, привлечение доноров, инвестиции для финансовой и технической поддержки, обеспечение многосекторального подхода к решению проблем общественного здравоохранения; уси-

ление деятельности общественного здравоохранения в приоритетных направлениях Стратегии; усиление системы мониторинга и оценки проведения информационно-образовательных компонентов внедряемых программ в области охраны здоровья населения.

ВЫВОДЫ

1. Необходимо продолжить разработку и внедрение национальных стандартов по реализации основных принципов ФЗОЖ.

2. Разработать единую национальную стратегию реализации информационно-образовательных программ по ФЗОЖ.

3. Разработать индикаторы деятельности Службы ФЗОЖ.

4. Решить вопрос и развить научную деятельность службы, т.е. научного сопровождение программы ФЗОЖ;

5. Усиление нового, межсекторального, межведомственного подхода и совершенно нового взгляда на политику охраны здоровья

СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ПРАКТИЧЕСКОЕ ВОПЛОЩЕНИЕ ПРИНЦИПОВ СОЦИАЛЬНО – ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.В.Новикова Бостандыкский районный отдел занятости и социальных программ г.Алматы

Тўжырым

Бўл элеуметтік жұмыс медициналық-элеуметтік терапия тұжырымдамасында терапевтік үрдіс ұжымдастырудың жаңа моделі ретінде қарастырылады.

Summary

In medical-social therapy the social work is considered as a new organization model of therapy process.

Нормы общения, познание человека человеком, изучение механизмов социального восприятия и конструирования социальной реальности с целью понимания людьми друг друга и в первую очередь себя, потребность быть здоровым телом и духом, выдвигает новые задачи перед практической медициной.

В 1974 канадское правительство предложило доклад Лалонда, в котором излагалась концепция «Поле здоровья». Впервые в общественное сознание

было введено комплексное понятие широкой трактовки здоровья. Впервые выдвинута концепция личной ответственности индивидуума во всех областях здоровья и заболеваний. В 1986 году в «Оттавской Хартии» уже указывалось на расширение понятия здоровья в связи с его зависимостью от социальных связей: необходимо подготовить людей стать способными держать в своих руках факторы, влияющие на их здоровье, которое является источником повседневной жизни, а не целью жизни/1/.



Именно на принципе солидарной ответственности за своё здоровье сформирована государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг.

Методология современного здравоохранения в Казахстане строится на парадигме Нового общественного здравоохранения (НОЗ), ценностно-ориентированного здравоохранения (ЦОЗ) и социально-ориентированного здравоохранения (СОЗ).

Новое Общественное Здравоохранение – это система, основанная на межсекторальном подходе и мобилизации всего общества для охраны здоровья своего населения. Это соединение биомедицинских и социальных наук/1/.

В стратегии ценностно-ориентированного здравоохранения здоровье рассматривается в качестве социального выражения развития жизнедеятельности/2/.

А концепция социально-ориентированной модели предполагает применение медико-социальных технологий обслуживания и использования потенциала социальной активности граждан, понимание здоровья населения в качестве социального капитала, актуализация приоритетности медико-социальных форм организации систем здравоохранения /3/.

Именно такой формой укрепления и развития, восстановления внутреннего потенциала для выполнения многочисленных общественно значимых функций, стабилизации демографических и социально-экономических показателей, укрепления и сохранения жизненных сил человека является новая форма социального института: социальная работа/4/.

Понятийное пространство, очерчивающее целевые ориентации социальной работы, включают в себя следующие феномены: «оптимизация социального функционирования», «содействие благополучию», «адаптация индивидуумов», «интеграция в общество», «изменение способа жизни», «актуализация внутренних резервов», «усиление саморазвития и самореализации личности».

Социальная работа рассматривается как деятельность, направленная на решение социальных, экономических и психологических проблем клиента: создание условий, благоприятствующих восстановлению и улучшению способности людей к социальному функционированию. Фактически социальная работа- деятельность, нацеленная на разрешение разнообразных конфликтов.

Задача социальной работы - изучить «строение» человека, «распластать» его на составные ткани и клетки социального тела, понять его социальную анатомию и морфологию.

Теория социальной работы с точки зрения общей теории систем рассматривает человеческое

существо в любой данный момент как химическую, физическую, биологическую и логическую системы и как часть различных социальных систем /5/.

Человек как предмет изучения теории социальной работы предстаёт не в качестве абстрактного индивида, а как конкретная личность. Социальная работа активно вторгается в традиционную сферу частной жизни, расширяя «поле» вмешательства и сталкиваясь с неоднозначностью противоречивостью глубинных основ всей психической жизни человека.

Социальная работа реализуется как форма новой модели социальной защиты населения Казахстана с позиции укрепления жизненных сил человека, активизацию потенциала собственных жизненных сил и возможностей.

Тогда и здоровье необходимо рассматривать как адаптационную способность человека к взаимодействию с окружающей средой и стрессами в повседневной жизни (Акопян А.С. 2004).

Тем более что по современным представлениям учёных и специалистов важнейшими являются не психика испытуемого, а само действие по перестройке его психики, формировании социальной компетентности в процессе социальной реконструкции личности /6/.

Именно психика рассматривается как орудие охраны и укрепления здоровья населения в предлагаемой парадигме неогиппократизма российским учёным корифеем по социальной гигиене Лисициным Ю.П. Возникает новый взгляд на процесс ФЗОЖ: ему отводится роль универсального механизма создания здоровой психики /7/.

Именно ФЗОЖ рассматривается главным направлением социальной работы /8-10/.

Формирование здорового образа жизни превращается в элемент современной общественной культуры с задачей наращивания адаптационного потенциала личности.

Тогда формирование здорового образа жизни рассматривается как «система поведения человека, обеспечивающая ему физическое, душевное, духовное и социальное благополучие в окружающей среде и активное долголетие» (Смирнов А.Т.2001).

Уровень владения здоровьесберегающими технологиями рассматривается как один из показателей профессионализма и социально-технологической культуры специалиста социальной работы.

Сущность социальной работы заключается именно в укреплении здоровья человека в процессе противостояния вызовам и рискам глобализации, когда для помощи человеку объединяются силы многих гуманитарных наук. И этот процесс



в новейших научных понятиях называется абилитация. В настоящее время предлагается множество интерпретаций данного понятия для различных направлений медико-коррекционной помощи. В концепции социально-ориентированного здравоохранения можно составить «сборное» понятие, которое бы соответствовало идее ФЗОЖ: система медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных, технических, т.е. социальных мер, направленных на освоение лицом знаний и навыков, необходимых для его независимого проживания в социальной среде: осознание своих возможностей и ограничений, социальных ролей, понимание прав и обязанностей.

Цель абилитации - достижение индивидом по возможности более высокой функциональной активности, не приобретенной им от рождения.

Приоритет медико-социальной работы с населением приобретает особую актуальность в свете Послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Рост благосостояния граждан Казахстана – главная цель государственной политики» 06.02.2008г. Подтверждается на государственном уровне, что здоровье нации - общенациональная задача. А для формирования здорового образа жизни необходимо развернуть широкую пропаганду.

В Республике Казахстан теоретически разработана и практически обоснована модель медико-социальной терапии, основанной на социальном подходе к определению общественного здоровья, сочетающей позитивный потенциал медицинской терапии и методов социальной работы. Целью медико-социальной терапии является содействие всестороннему развитию и сохранению здоровья социально - уязвимым слоям населения, их социальной адаптации, психокоррекции и самореализации /11/.

В Казахстане уже в течении двух лет ведётся подготовка к принятию Закона «О социальных услугах», что говорит о важности законодательного закрепления принципов укрепления жизненных сил человека, в том числе и здоровья в парадигме целостного понимания существования человека в координатах общественного развития.

«Человек набирается ума, запоминает слова мудрых. Но любая беседа сама по себе ничего не даст. Из услышанного, подобно тому, как очища-

ют зёрна от шелухи, надо выделить истину, которую можно употребить с пользой. Так шлифуется разум человека».

Пусть эти слова Абая станут девизом современного направления социальной работы и врачебной деятельности по укреплению здоровья.

ЛИТЕРАТУРА:

1.Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане. Алматы.2001.-102с.

2.Аканов А.А., Кутлумуратов А.Б. Ценностно – ориентированное здравоохранение и социальная безопасность в XXI веке: социальные аспекты эволюции здоровья человека // Актуальные вопросы Формирования Здорового образа Жизни, профилактики заболеваний и укреплению здоровья :2004:2:10-16.

3.Абзалова Р.А. Социально-ориентированное здравоохранение - важнейшая задача социальной политики государства// Материалы 111 съезда врачей и провизоров республики Казахстан. Астана.18-19 октября 2007. 19-21с.

4.Кожамкулова Л.Т. Социальная работа как социальный институт: мировой опыт и Казахстан. Автореф. дисс...док. социолог. наук. Алматы.2003.-54с.

5.Гулина М. Терапевтическая и консультативная психология. СПб.:2001.

6. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности. Реконструкция предмета (психосемантический подход). Автореф. дисс.... докт... псих наук. Киев.1992.-39с.

7.Лисицын Ю.П.Психологическая медицина. М.2004.-148с.

8. Авчинникова С.О. Формирование Здорового Образа Жизни как направление социальной работы// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины:2006:6:25-28.9

9.Авчинникова С.О.Вопросы здоровья и здорового образа жизни в подготовке специалистов социальной работы// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины:2007:2:48-51 здравоохранения и истории медицины:2006:6:25-28.

10.Дёмина О.Социальные работники займутся профилактикой// Вопросы социального обеспечения:2007:24:11-12.

11. Абзалова Р.А. Социальное благополучие и здоровье: теория и практика. Астана.2006.- 202с.



ВЛИЯНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИЯХ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ЯДЕРНОМУ ПОЛИГОНУ

Т.К.Рахымбеков, Е.Ф.Ковзель, А.Х.Секербаев, А.К.Мусаханова Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей, Республиканский диагностический центр, г.Астана, Институт общественного здравоохранения, г.Алматы, Центр изучения и преодоления радиационных эффектов, г.Семей

Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) являются важной проблемой мирового общественного здравоохранения, занимая во многих экономически развитых странах и странах с переходной экономикой, в том числе в Казахстане, одно из ведущих мест по вкладу в заболеваемость и смертность. В настоящее время около 600 миллионов человек в мире страдают ХНЗЛ. По прогнозам ВОЗ к 2020 году ХНЗЛ будут занимать 5 место среди всех причин смертности (вслед за инсультом, инфарктом, диабетом и травмами). ХНЗЛ занимает первое место в структуре распространенности болезней органов дыхания, опережая бронхиальную астму и пневмонию. Установлено, что хронический бронхит составляет около 80% в структуре всех ХНЗЛ /1/.

Частота ХНЗЛ среди взрослого населения доходит до 30% и зависит от различных факторов, в том числе возрастных, социально-экономических, экологических и климатических. Приблизительно 80% смертей от ХНЗЛ за счет курения. Заядлые курильщики имеют в 30 раз более высокий риск развития ХНЗЛ по сравнению с некурящими. Среди причин смерти, связанных с курением, ХНЗЛ находится на втором месте после сердечнососудистых заболеваний /2, 3/. Прогнозируется рост распространенности курения в мире, в результате чего к 2030 году смертность от ХНЗЛ удвоится.

Важной проблемой общественного здравоохранения Казахстана является проблема минимизации последствий испытаний ядерного и термоядерного оружия, проводившихся в течение 40 лет в Семипалатинском регионе. Несмотря на закрытие полигона, медицинские, социальные и экологические проблемы остаются актуальными и требуют своего решения /4, 5, 6/. Исследования состояния здоровья населения, проживающего на территориях, прилегающих к полигону, выявили повышение заболеваемости некоторыми опухолевыми и хроническими неинфекционными заболеваниями /7, 8/.

Учитывая высокие уровни распространенности ХНЗЛ в районах Семипалатинского региона, подвергшихся воздействию радиации в ходе испытаний ядерного и термоядерного оружия, мы сочли целесообразным изучить влияние поведен-

ческих факторов риска на развитие ХНЗЛ в наиболее пострадавших районах, оценить уровень влияния этих факторов на формирование данных видов патологии. Полагаем, что полученные данные помогут в создании профилактических программ для населения, подвергавшегося облучению.

Цель исследования

Изучение влияния поведенческих факторов риска на формирование ХНЗЛ у населения, проживающего в районах Семипалатинского региона и подвергшегося воздействию радиации вследствие испытаний ядерного и термоядерного оружия.

Материалы и методы исследования

Проведено кейс-контрольное эпидемиологическое исследование для исследования уровня распространенности ХНЗЛ и факторов риска образа жизни среди населения сел Кайнар и Долонь Восточно-Казахстанской области (основная группа, состоящая из 311 человек) и сел Жанауал и Кенжеколь Павлодарской области (контрольная группа, состоящая из 258 человек). Группы были сформированы с использованием метода случайной выборки и были репрезентативны по полу, возрасту, национальной принадлежности, образу жизни. Для сбора первичного материала были использованы анкетирование и интервьюирование.

Результаты исследований

Изучение влияния поведенческих факторов на развитие ХНЗЛ в основной группе (табл. 1) показало, что удельный вес курящих среди больных с ХНЗЛ и здоровых лиц примерно одинаков, в то же время подавляющее большинство курящих больных с ХНЗЛ (80%) выкуривали ежедневно 20 и более сигарет, тогда как заядлых курильщиков среди здоровых лиц не было выявлено, все курящие здоровые лица выкуривали в день не более 5 сигарет в день.

Анализ отношения к алкоголю среди больных ХНЗЛ и здоровых лиц выявил на первый взгляд парадоксальные результаты. В группе больных ХНЗЛ употребляли алкоголь лишь 15,4% респондентов, в то время как в группе здоровых лиц – 95%. В данном случае интересно, что 75% здоровых лиц употребляли алкоголь умеренно (не чаще одного раза в месяц), в то время как поло-



вина пьющих больных с ХНЗЛ употребляли алкоголь 2-3 раза в неделю и чаще. Тем не менее, для выяснения причины относительно небольшого процента пьющих больных мы провели дополнительный опрос непьющих больных с ХНЗЛ и выяснили, что 91% из них ранее употребляли алкоголь, но вследствие появления и развития заболеваний

(в том числе и ХНЗЛ) отказались от употребления алкоголя.

Следовательно, наши наблюдения показали, что среди заядлых курильщиков значительно чаще наблюдается развитие ХНЗЛ. Кроме того, умеренное употребление алкоголя (не чаще 1 раза в месяц) снижает риск развития ХНЗЛ.

Таблица 1 - Распределение больных с ХНЗЛ и здоровых лиц в зависимости от отношения к курению и алкоголю в основной группе

Отношение к курению и алкоголю	Больные ХНЗЛ (основная группа)		Здоровые лица (основная группа)		P	OR
	Абс.	%	Абс.	%		
Отношение к курению						
Не курят	16	61,5	10	50,0	-	1,2
Курят	10	38,5	10	50,0	-	0,8
Выкуривают до 5 штук в день	2	7,7	10	50,0	<0,01	0,2
Выкуривают до 10 штук в день	-	-	-	-	-	-
Выкуривают до 20 штук в день	4	15,4	0	0	-	-
Выкуривают около 20 штук в день	4	15,4	0	0	-	-
Отношение к алкоголю						
Не употребляют	22	84,6	1	5,0	<0,01	
Употребляют	4	15,4	19	95	<0,001	0,2
Употребляют 1 раз в месяц и реже	2	7,8	15	75,0	<0,01	0,1
Употребляют 2-3 раза в месяц	-	-	2	10,0	-	-
Употребляют 2-3 раза в неделю и чаще	2	7,8	-	-	-	-
Употребляют ежедневно	-	-	2	10,0	-	-

Состояние повышенной раздражительности и нервозности в течение дня достоверно чаще отмечали 92,3% больных с ХНЗЛ ($p < 0,05$) в сравнении с 80% здоровых. При анализе распределения больных с ХНЗЛ и здоровых лиц в зависимости от психологического климата в семье нами не было выявлено достоверно значимых различий.

Исследование типа семей показало, что процент бездетных брачных пар достоверно более высокий среди больных с ХНЗЛ (61,5%), чем среди здоровых лиц (30%, $p < 0,01$). В группе больных с ХНЗЛ лишь 15,4% респондентов имели детей, состоя при этом в браке, в то время как среди здоровых лиц аналогичный показатель составил 50%, при высокой степени достоверности ($p < 0,001$).

Оценка респондентами удовлетворенности хозяйственно-бытовой деятельностью и жилищными условиями позволила выяснить, что полностью удовлетворенных людей не было ни среди больных с ХНЗЛ, ни среди здоровых лиц. Все здоровые лица были частично удовлетворены по этим параметрам (100%), в то время как среди больных с ХНЗЛ частично удовлетворенных респондентов было 61,5% ($p < 0,001$), отношение шансов составило 2,4. Значительная часть больных с ХНЗЛ была

не удовлетворена хозяйственно-бытовой деятельностью и жилищными условиями (38,5%). И это несмотря на то, что большинство (61,5%, $p < 0,01$) больных с ХНЗЛ проживало в семьях, имеющих относительно большую площадь проживания (9 м² и более на одного члена семьи).

Группа больных с ХНЗЛ достоверно не отличалась от группы здоровых лиц по показателям режима питания, в то же время все больные принимали разнообразную пищу, в отличие от группы здоровых лиц, в которой 20% респондентов предпочитали диетическую пищу, и 20% - обильную и жирную. В то же время 19,2% больных были не удовлетворены качеством потребляемой пищи, среди здоровых лиц респондентов с таким ответом нами не было зарегистрировано.

Установлено (табл. 2), что больные с ХНЗЛ больше спят, чем здоровые лица ($p < 0,05$). Также показано, что больные с ХНЗЛ чаще предпочитают пассивный отдых в виде чтения литературы (26,9%) в отличие от здоровых лиц (10%, $p < 0,001$), напротив, здоровые лица чаще предпочитают активный отдых, работая на приусадебном участке (30%), в то время как среди больных с ХНЗЛ – лишь 15,4% ($p < 0,001$) опрошенных.



Таблица 2 - Распределение больных с ХНЗЛ в зависимости от продолжительности сна и предпочитаемого вида отдыха

Исследуемые признаки	Больные с ХНЗЛ (основная группа)		Здоровые лица (основная группа)		P	OR
	Абс.	%	Абс.	%		
Продолжительность сна						
8 и более часов	4	15,4	-	-	-	-
7-8 часов	20	76,9	13	65,0	<0,05	1,1
Менее 7 часов	2	7,7	7	35,0	-	0,4
Какие виды отдыха предпочитаете и выполняете						
Выезд на природу	-	-	-	-	-	-
Работа на приусадебном участке	4	15,4	6	30,0	<0,001	0,5
Работа на дому	11	42,3	8	40,0	-	1,0
Настольные игры	-	-	-	-	-	-
Чтение литературы	7	26,9	2	10,0	-	2,7
Просмотр телепередач	24	92,3	20	100	<0,001	0,9
Встречи с друзьями	3	11,5	4	20,0	-	1,0
Другое	1	3,8	6	30,0	-	0,2

Среди больных с ХНЗЛ не было выявлено людей, занимающихся утренней гимнастикой и спортом, в то время как среди здоровых лиц утреннюю гимнастику делали 20%, а спортом занимались 35% респондентов.

Лиц, не удовлетворенных медицинским обслуживанием, не было выявлено ни в одной из групп. Полная удовлетворенность медицинским обслуживанием среди здоровых лиц была достоверно выше (70%), чем среди больных с ХНЗЛ (38,5%, $p < 0,001$), частичная удовлетворенность медицинским обслуживанием среди больных ХНЗЛ - 61,5%, среди здоровых лиц - 30%.

11,5% из числа больных с ХНЗЛ не проходят профилактических осмотров, остальная часть в

группе больных проходят профилактические осмотры не менее одного раза в год. Все опрошенные в группе здоровых лиц с частотой не менее 1 раз в два года проходили профилактические осмотры. Особое внимание обращает то, что ни в группе больных с ХНЗЛ, ни в группе здоровых лиц не было выявлено людей, получавших санаторно-курортное лечение.

Хронические очаги инфекции (более 3 очагов) достоверно чаще ($p < 0,001$) выявлялись в группе больных с ХНЗЛ (69,2%), чем в группе лиц, не страдающих ХНЗЛ (25,0%, $p < 0,001$) с относительным риском 2,6. Это может свидетельствовать о сравнительно большей частоте иммунодефицитных состояний у больных с ХНЗЛ.

Таблица 3 - Распределение отношений шансов риска на исследуемые признаки

№	Факторы сравнения	P	OR
1	Наличие хронических очагов инфекции (более 3 очагов)	<0,001	2,6
2	Частичная удовлетворенность хозяйственно-бытовой деятельностью и жилищными условиями	<0,001	2,4
3	Частичная удовлетворенность качеством медицинского обслуживания	<0,001	1,8
4	Бывает состояние повышенной раздражительности и нервозности в течение дня	<0,05	1,8
5	Жилая площадь на 1 члена семьи 9-11 кв. метров	<0,01	1,5
6	Не занимаются утренней гимнастикой	<0,001	1,5
7	Не занимаются спортом	<0,001	1,2

Выводы

1. Проведенный медико-социальный анализ семейно-бытовых факторов риска ХНЗЛ у лиц, проживающих в Семипалатинском регионе, вы-

явил зависимость этой патологии у опрошенных от наличия хронических очагов инфекции (более 3 очагов), $OR = 2,6$, $p < 0,001$; от степени удовлетворенности условиями жизни (частично удовлет-



ворены хозяйственно-бытовой деятельностью и жилищными условиями $OR = 2,4, p < 0,001$); от степени удовлетворенности медицинским обслуживанием (частичная удовлетворенность медицинским обслуживанием, $OR = 1,8, p < 0,001$); от психологического состояния (бывает состояние повышенной раздражительности и нервозности в течение дня, $OR = 1,8, p < 0,05$), от наличия удовлетворительных жилищных условий, 9-11 м² на 1 человека, $OR = 1,5, p < 0,01$; от низкой физической активности (не занимаются утренней гимнастикой $OR = 1,5, p < 0,001$, не занимаются спортом, $OR = 1,2, p < 0,001$).

2. Среди заядлых курильщиков значительно чаще наблюдается развитие ХНЗЛ. Умеренное употребление алкоголя (не чаще 1 раза в месяц) снижает риск развития ХНЗЛ.

3. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости улучшения жилищно-бытовых условий облученных жителей, а главное, о необходимости разработки и реализации специальных программ, направленных на профилактику ХНЗЛ в населенных пунктах и районах Восточно-Казахстанской области, пострадавших вследствие испытаний ядерного и термоядерного оружия на Семипалатинском полигоне.

Литература

1. Гусейнов Х.Ю. Распространенность хронического бронхита // Проблемы туберкулеза 2000. - № 5. - с.54-56.

2. Fletcher C., Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. Br. Med. J., 1977, №1, p.1645-1648.

3. Ezzati M., Lopez A.D. Estimation of global mortality attributable to smoking in 2000. Lancet, 2003, Sep. 13, 362(9387), p.847-852.

4. Атчабаров Б.А. Семипалатинский полигон: факты и размышления. - Алматы, 1995. - 19 с.

5. Бойков Л.В. Проблемы Семипалатинского полигона через 50 лет. // Вестник Восточно-Казахстанского технического университета. - 1999. - №3. - с.98-104.

6. Аканов А., Ямашита С., Мейрманов С., Индершиев А., Мусаханова А. Атомные взрывы и развитие общественного здравоохранения, 2008, 276 с.

7. Rakhypbekov T.K., Gusev B.I., Sekerbayev A.Kh. Nuclear weapons testing at the Semipalatinsk and Chinese polygons and their consequences for the population of the East-Kazakhstan region of Kazakhstan. Almaty, 1999. - 59 p.

8. Bauer S., Groshe B., Gusev B.I., Strelnikov A., Pivina L.M., Kurakina N.N., Sekerbayev A.Kh., Apsalikov K.N. Semipalatinsk historical cohort: causes of death in a study group from settlements adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site. In: Workshop on dosimetry of the population living in the proximity of the Semipalatinsk atomic weapons test site. Lindholm G., Simon S., Makar B., Baverstock K. STUK. - Helsinki, 2002. - p.62-68.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И МЕРОПРИЯТИЯ НАПРАВЛЕННЫЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Р.Б.Истлеуова ОО «Ассоциация врачей и провизоров Актюбинской области, г.Актобе

Президент в своем Послании «Казахстан – 2030» сконцентрировал внимание на улучшении здоровья, образовании и оздоровлении экологической среды.

В области 538 промышленных объектов перерабатывающей, горнодобывающей, нефтегазовой промышленности и др. В частности, это крупные промышленные предприятия: ОАО «ТНК – Казхром», АО «АЗХС», ЗАО «Актобе ТЭЦ», АО «Донской ГОК», ОАО «СНПС – Актобемунайгаз» ТОО «Казахойл – Актобе», ТОО «Казахтуркмунай», ТОО «Кокжидемунай», ТОО «Батысмунай», АФ ЗАО «Казтрансойл» и другие.

Здоровье населения – важнейший показатель экологического благополучия в окружающей среде.

Для большинства крупных городов, в том числе и для г.Актобе, характерно чрезвычайно сильное и интенсивное загрязнение атмосферы. Как правило, с увеличением размера города доля мобильных источников загрязнения (в основном автотранспорта), в общем, загрязнении атмосферы возрастает, достигая 60 и даже 70%. В целом, выбросы автотранспорта значительно более токсичны, чем выбросы, производимые стационарными источниками. Наряду с угарным газом, окислами



азота и сажей (у дизельных автомашин) работающий автомобиль выделяет в окружающую среду более 200 веществ и соединений, обладающих токсическим действием.

На здоровье горожан влияют многие факторы, в особенности характерные черты городского образа жизни - гиподинамия, повышенные нервные нагрузки, транспортная усталость и ряд других, но более всего — загрязнение окружающей среды. Загрязнение воды в зоне водопотребления и воздуха являются серьезными факторами, ухудшающими экологическое состояние городов.

Наоборот наличие в городах зеленых насаждений является одним из наиболее благоприятных экологических факторов. Зеленые насаждения активно очищают атмосферу, кондиционируют воздух, снижают уровень шумов, препятствуют возникновению неблагоприятных ветровых режимов, кроме того, зелень в городах благотворно действует на эмоциональное состояние человека. При этом зеленые насаждения должны быть максимально приближены к месту жительства человека, только тогда они могут оказывать максимально положительный экологический эффект.

Что касается всей области, на протяжении многих лет экологическая обстановка прогрессивно ухудшается. Это связано с изменением природно-климатических факторов за счет глобального потепления на планете и обусловленные высыханием Аральского моря, ростом промышленных выбросов и засорением окружающей среды промышленными и бытовыми отходами, загазованностью атмосферы выхлопными газами постоянно увеличивающегося количества автотранспорта.

Экологические проблемы в области, особенно в Шалкарском, Иргизском и Байганинском районах, где имеет место загрязнения окружающей среды и территорий прилегающие к Аральскому морю, возросли до уровня бедствия. Данный регион характеризуется воздействием ряда факторов: повышенной температурой воздуха в весенне-летний период, пониженной влажностью, напряженностью магнитного поля земли, значительными колебаниями атмосферного давления, минерализацией и токсичностью воды и почвы, в связи с нарушением ее биоструктуры, токсическим воздействием на организм пестицидов, солей тяжелых металлов.

Кроме того, в Мугалжарском и Темирском районах негативное влияние на состояние здоро-

вья населения оказывает деятельность горнодобывающих и химических предприятий, интенсивно загрязняющих окружающую среду. Эти районы относятся к экологически неблагоприятным районам. 80% всех выбросов от стационарных источников в атмосферный воздух поступают в результате хозяйственной деятельности предприятий нефтегазового комплекса. Вредное влияние нефтегазового комплекса на окружающую среду уменьшается очень незначительно.

Воздействие на население этих районов области в совокупности социальных и природных факторов способствует ухудшению показателей здоровья.

Уровень заболеваемости населения в рассматриваемых районах за последние пять лет возрос: в Уилском – в 1,1 раза, в Хобдинском – в 1,4 раза, в Каргалинском – в 1,2 раза. В структуре заболеваемости населения на 1 месте в этих районах, как в целом по области и республике, стоят заболевания органов дыхания. Так, удельный вес заболеваний органов дыхания составляют в Темирском районе 22,8% от всех заболеваний, в Мугалжарском – 29,2% и Шалкарском-31,2%. В 2007 году по области отмечается снижение заболеваемости социально значимыми заболеваниями в сравнении с 2006 годом. Отмечено снижение заболеваемости туберкулезом на 10,9 % (с 163,4 до 145,6 на 100 тысяч населения).

Кроме того, по данным Всемирной организации здравоохранения состояние окружающей среды на здоровье человека влияет в 20% случаях, поэтому, для достоверного определения причинной связи между загрязнением атмосферного воздуха и состоянием здоровья населения необходимо проведение специальных научных исследований.

К числу основных достижений устойчивого развития наряду с экономическими и социальными факторами относится и взаимоотношения человека с окружающей средой.

В области целях реализации Комплексной программы «Здоровый образ жизни» по охране окружающей среды проведены следующие мероприятия.

- Круглый стол на тему: «Решение экологических проблем – одна из основ устойчивого развития Актюбинского региона», где участвовали специалисты управления охраны окружающей среды, общественных организации, НПО, Нур Отан, депутаты областного маслихата.



- Акция на тему «Природа наше богатство», количество участников составила 2 тысячи человек. Во всех школах области прошли классные часы, конкурсы рисунков стенгазет и рисунков на асфальте среди детей младших классов и детских дошкольных учреждениях на тему: «Здоровая окружающая среда для детей», «Бей-нелейді бал бөбек», « Табиғат саулығы – жанның саулығы», «Природа и мы», «Моя клумба». Проведены тренинги по интерактивной методике занятия, писались диктанты и изложения на темы: «Чистота – залог здоровья», «Природа – наше богатство».

Вместе с тем, областным управлением здравоохранения и общественными объединениями области, в том числе в районах экологического кризиса продолжается определенная работа по

улучшению здоровья населения и формированию здорового образа жизни:

- меры по материально-техническому оснащению организаций и иным капитальным вложениям позволили охватить все населенные пункты области медицинскими учреждениями;

- во всех районных организациях здравоохранения открыты группы санаторного наблюдения для детей группы риска по туберкулезу;

- проводится бесплатное и льготное лекарственное обеспечение населения, необходимо отметить, что основными потребителями лекарственных средств являются лица страдающие болезнями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, а также дети, подростки и беременные;

- налажена работа по пропаганде здорового образа жизни.

ОСНОВЫ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

Т.С.Хайдарова Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Одним из значимых факторов, влияющих на здоровье является поведение населения. В до-реформенный период влияние на поведение населения работников системы здравоохранения сводилось практически к одной модели – санитарно-просветительной работе, основная часть которой сводилась к воспитанию у населения гигиенических навыков и пропаганды ЗОЖ. Кроме того, в ходе санпросветработы население убеждали в том, что ответственность за индивидуальное здоровье каждого несет государство и, следовательно, система здравоохранения. Таким образом, модель поведения населения, сформированная к началу реформ в здравоохранении, характеризовалась формальным отношением к информации по санпросветработе и с формальным отношением к собственному здоровью, и неспособностью принимать усилия по сохранению и восстановлению утраченного здоровья. С проведением реформ, как показали результаты социологических опросов, проводимых НЦПФЗОЖ МЗ РК с 1998 года такая модель поведения продолжает сохраняться среди населения, хотя следует отметить небольшие положительные сдвиги в отношении к сохра-

нению своего здоровья, и результаты анкетирования показывают, что население понимает явную неадекватность настоящим реалиям такую модель поведения, однако многие не желают и не находят времени для изменения модели поведения. Таким образом, появляется потребность формирования и внедрения новой модели поведения, позволяющей осознать индивидуальную ответственность за собственное здоровье, и требуется модель для регулирования индивидуального поведения с целью изменения образа жизни и формирования здорового образа жизни населения.

Новые стратегии работы с населением должны быть направлены на продвижение на рынке комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике, т.е. использовать концепцию социального маркетинга, направленного на потребителя – пациента. Социальный маркетинг, концентрируясь на личностном поведении, стремится к принятию пациентом сознательных решений, направленных на изменение его поведения в особом направлении. Следовательно социальный маркетинг позволяет влиять на типы поведения, формирующие здоровье населения, и данная кон-



цепция приемлема в качестве основы стратегии профилактики в системе здравоохранения.

Важнейшим направлением улучшения системы ФЗОЖ в целом является совершенствование планирования ее деятельности. Наиболее оптимальным, обеспечивающим кооперацию и координацию работ, направленных на достижение конечной цели, является проблемно-тематическое (программно-целевое) планирование.

Вся деятельность по ФЗОЖ может иметь научно обоснованный характер при условии проведения ретроспективного эпидемиологического анализа, позволяющего определить территории риска, группы риска, время риска и факторы риска. Такой подход обеспечивает обоснованный выбор наиболее эффективных мероприятий.

Многие исследователи считают, что замена чисто медицинских профилактических мероприятий на социально-медицинские (организация физической и психофизической культуры, отдыха и рационального питания, искоренение пьянства и алкоголизма и т.п.) более результативна. Данный подход находит все большее распространение в современных профилактических программах (охрана здоровья матери и ребенка, профилактика туберкулеза и др.).

Профилактическая деятельность АПО складывается из мероприятий по профилактике патологии (профилактические медосмотры, иммунизация), гигиеническому воспитанию населения и пропаганде ЗОЖ. В обязанности каждого медицинского работника входит предоставление пациентам необходимых медицинских знаний, индивидуальных рекомендаций по режиму труда, отдыха, питания. Однако представляется спорным утверждение о том, что медицинские специалисты должны выработать у пациента чувство ответственности за состояние своего здоровья и потребность в динамическом медицинском наблюдении [25-27].

Центр медицинской профилактики, который по сути и является центром социального маркетинга, через институт врачей ведет основной объем медико-санитарной работы с населением, в результате такого взаимодействия в учреждениях ПМСП должны формироваться такие функциональные подразделения, как школы для пациентов.

Эффективность различных профилактических программ, так же как и других направлений всей системы здравоохранения, все в большей степени зависят от обеспечения информацией и интенсивности процесса гигиенического обучения. Активное вовлечение населения в охрану здоровья, как один из принципов успешного фун-

ционирования ПМСП, невозможно без понимания людьми значения их участия и своих возможностей. Эффективность изменения образа жизни напрямую зависит от врачей, которые несмотря на высокую компетентность в диагностике и лечении, не имеют достаточных навыков для обучения своих пациентов управлять заболеванием: не умеют общаться на понятном для пациента языке, стремятся информировать пациента о заболевании, а не научить управлять своим заболеванием в конкретных ежедневных условиях жизни. Мировая практика показывает, что наиболее эффективными являются те программы обучения, основная цель которых – обучить больных самоконтролю и самоуправлению своим заболеванием.

Широкое распространение факторов риска среди населения страны определило следующую приоритетную проблему сохранения и укрепления здоровья - высокий рост числа хронических заболеваний, т.е. ухудшение состояния здоровья населения. По результатам широкомасштабного социологического исследования распространение хронических заболеваний отмечено во всех возрастных группах, составляя в среднем по республике 38,8%, в разрезе регионов - ведущее место занимает Восточный регион (51,2%). В результате углубленного статистического анализа установлена прямая корреляционная связь между уровнем распространения факторов риска и ХНЗ.

По результатам 1-4 национальных исследований (1998, 2001, 2004 и 2007 гг.) было установлено, что в динамике снижается уровень табакокурения и потребления алкоголя, доля лиц, испытывающих стрессы как по республике, так и по отдельным регионам. Растет число лиц, занимающихся подвижными видами спорта. В динамике готовность населения вести ЗОЖ возросла с 56,2% до 59,3%. На основании данных 3-го национального исследования были разработаны и внедрены стандарты профилактики поведенческих факторов риска в ЛПО, создана нормативно-законодательная база содействия укреплению здоровья и стимулирования ЗОЖ среди различных групп населения, проводится интеграция программ и развитие профилактики на уровне ПМСП.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости результативности и регулярного проведения мониторинга поведенческих факторов для получения своевременной оперативной информации о здоровье населения и образе жизни, динамике изменения поведенческих и связанных с ними факторами риска наиболее распространенных заболеваний в Республике Казахстан.

МЕНЕДЖМЕНТ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

*К.П.Ецко, А.И.Фердохлеб Государственный Медицинский и Фармацевтический
Университет им. «Николае Тестемицану», Кишинэу, Республика Молдова*

Сохранение здоровья матери и ребёнка является важной составной частью здравоохранения имеющей первостепенное значение для формирования здорового поколения с самого раннего периода их жизни, как на уровне Республики Молдова, так и на международном уровне организации системы здравоохранения.

Проведено интегральное социально-гигиеническое исследование, которое дескриптивно описало и проанализировало Первичную Медицинскую Службу в направлении охраны материнства и детства, с целью разработки организационных мероприятий, а так же с целью улучшения службы предоставляемой семьям с детьми до 5 летнего возраста в Республике Молдова.

Для реализации этой цели была изучены показатели здоровья в зависимости от структуры в этой возрастной группе за период 2003-2007 года. Уровень смертности и заболеваемости снизился в 1,27 раз по республике, в течении пяти лет (городское население – 1,28 раз и соответственно сельское население – 1,26 раз). Уровень младенческой смертности снизился в 1,27 раз по республике, в течении последних пяти лет (городское население – 1,40 раз и соответственно сельское население – 1,24 раз). Уровень болезненности/заболеваемости у детей до пяти летнего снизился снизился в 1,1 раз, а так же снизилась уровень диагностируемой мальнутриции с задержкой в физическом развитии в 1,80 раз заболеваемости. В объём селективного исследования была включена группа часто болеющих детей и группа практически здоровых детей из всех трех территориально-административных сельских районов республики: север, центр, юг. Результаты послужили базой для создания/систематизации критериев для Алгоритма ведения детского населения с факторами риска для здоровья и Алгоритма ведения медицинских осмот-

ров практически здорового детского населения, с учётом национальной Программы Обязательного Медицинского Страхования.

Упомянутые разработки были упорядочены в зависимости от объёма и от частоты патологий: на первом месте была установлена ЛОР патология – 62,4%; следующие болезни пищеварительной системы – 40,2%; ортопедические нарушения и травматизм – 41,7%; болезни центральной нервной системы – 34,2%. В заключение и рекомендациях, исследовательская группа научно аргументировала и систематизированы факторы риска для здоровья у детей до пяти летнего возраста.

Структура социально-семейных факторов риска представляем по убыванию: образовательный уровень родителей; уровень жизни, социально-профессиональный уровень родителей, отъезд одного/или обоих родителей на длительное время из семьи.

Анализ менеджмента первичной медицинской службы в области охраны материнства и детства аргументировало:

- комплекс медико-социальных мероприятий направленных на первичную профилактику в КАБИНЕТЕ ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА и в КАБИНЕТЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА;

- клиническое наблюдение за группой часто болеющих детей с семейно-социальным факторами риска для здоровья детского населения;

- введение/разработку показателей качества в практическую медицину в первичной медицинской службе направленной на семью с ребёнком до 5-го возраста;

- введение/разработку процесса Менеджмента мотивации Семейного Врача с целью улучшений качества услуг предоставляемых в области охраны материнства и детства в Республике Молдова.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ КАК ОСНОВА ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА УРОВНЕ ПМСП

Г.А.Нурумова Медицинский Центр «Мейірім», г.Тараз

Для формирования комплекса медико-организационных мероприятий на уровне оказания ПМСП был проведен анализ заболеваемости по обращаемости прикрепленного к поликлинике

Медицинский Центр «Мейірім» (г. Тараз) населения за период 1999-2007 гг. В 2007 году общая заболеваемость населения увеличилась более чем в четыре раза по сравнению с 1999 годом. Четко



прослеживается тенденция ее роста на протяжении всего указанного периода, за исключением 2004 года.

За последние пять лет (2003-2007 г.г.) в структуре болезней доминируют болезни мочеполовой системы (МПС), системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, болезни глаза и его придатков. Так, например, отмечен рост числа обращений населения с заболеваниями МПС (2004 г. – 72,3 на 1000 нас.; 2007 г. – 169,5 на 1000 нас.), с заболеваниями системы кровообращения (2004 г. – 101,3; 2007 г. – 154,1 на 1000 нас.), болезнями органов дыхания (2004 г. – 72,3; 2007 г. – 104,2 на 1000 нас.), глаз и его придатков (2004 г. – 33,7; 2007 г. – 53,5 на 1000 нас.). Анализ тенденций по остальным классам заболеваний показал увеличение числа обращений по следующим заболеваниям: новообразования (2004 г. – 6,7 на 1000 нас.; 2007 г. – 20,0 на 1000 нас.); эндокринные болезни (2004 г. – 20,8 на 1000 нас.; 2007 г. – 36,7 на 1000 нас.); болезни костно-мышечной и соединительной ткани (2004 г. – 43,4 на 1000 нас.; 2007 г. – 53,0 на 1000 нас.); травмы и отравления (2004 г. – 17,0 на 1000 нас.; 2007 г. – 23,0 на 1000 нас.).

В некоторых других классах болезней за анализируемый период нами отмечена относительная стабилизация, а в отдельных случаях и уменьшение числа обращений. Так, например, по классам «инфекционные и паразитарные заболевания» (2004 г. – 7,5; 2005 г. – 6,3; 2006 г. – 7,4; 2007 г. – 8,7 на 1000 нас.), «болезни крови и кроветворных органов» (2004 г. – 10,6; 2005 г. – 10,4; 2006 г. – 9,9; 2007 г. – 10,4 на 1000 нас.), «психические расстройства и расстройства поведения» (2004 г. – 1,5; 2005 г. – 0,9; 2006 г. – 1,1; 2007 г. – 1,7 на 1000 нас.) можно констатировать относительную стабилизацию, а по классам «болезни нервной системы» (2004 г. – 22,2; 2005 г. – 21,6; 2006 г. – 22,3; 2007 г. – 21,6 на 1000 нас.) и «болезни кожи и подкожной клетчатки» (2004 г. – 23,7; 2005 г. – 17,9; 2006 г. – 17,1; 2007 г. – 18,7 на 1000 нас.) – снижение числа заболеваний среди взрослого населения.

По данным исследования отмечен выраженный рост первичной заболеваемости среди взрослых более, чем в 4 раза (95,4 и 441,9 на 1000 населения соответственно) при некоторой стабилизации в 2003-2004 гг. При этом в разрезе только отдельных классов нами отмечено некоторое снижение/стабилизация числа впервые выявленных заболеваний среди взрослых: по классу «болезни кожи и подкожной клетчатки» в 2007 году отмечается снижение по сравнению с 2004 годом (16,8 и 22,4 на 1000 нас. соответственно), болезни крови и кроветворных органов (2004 г. – 2,7; 2007 г. – 2,6 на 1000 нас.), болезни нервной системы (10,5 в 2004 и 2007 г.г.).

Ведущими классами болезней в структуре впервые выявленных заболеваний были болезни МПС, органов дыхания, системы кровообращения, травмы и отравления, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В 2007 году четвертую часть всех впервые выявленных среди взрослых заболеваний составили болезни МПС. Их число выросло почти в 3 раза (2,8) по сравнению с уровнем 2004 года (36,4 на 1000 нас.) (2007 г. – 102,9 на 1000 нас.). На втором месте по распространенности болезни органов дыхания, число которых увеличилось с 49,2 (2004 г.) до 79,2 на 1000 нас. (2007 г.), т.е. более чем в полтора раза. На третьем месте среди впервые выявленных заболеваний с 2004 и до 2007 года были болезни класса «травмы и отравления». Однако в 2007 году они уступили место болезням системы кровообращения (24,1 на 1000 нас.), составив 23,1 на 1000 нас.

Таким образом, анализ данных заболеваемости по обращаемости взрослого населения, прикрепленного к МЦ «Мейірім», показал рост как общей, так и первичной заболеваемости населения за период 1999-2007 годы. В структуре как общей, так и первичной заболеваемости взрослого населения доминировали болезни МПС, системы кровообращения и болезни органов дыхания. Полученные данные явились основой для формирования медико-организационных мероприятий по укреплению здоровья населения на уровне ПМСП.

СТРАТЕГИЯ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «МАНАС ТААЛИМИ»

Г.Т.Айтмурзаева

Республиканский центр укрепления здоровья Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Введение

С научной точки зрения здоровье – это форма жизнедеятельности человека, которая обеспечивает ему физиологически обусловленную продолжительность жизни, при удовлетворительном состоянии организма и приемлемой социальной дееспособности.

Состояние здоровья населения - индикатор оценки уровня социального благополучия общества - в значительной мере определяют экономические, экологические и в большей степени социальные факторы.

Основными показателями здоровья являются:

- уровень и гармоничность физического развития,
- функциональное состояние организма
- наличие резервных возможностей его основных физиологических систем;
- резистентность организма к различным неблагоприятным факторам;
- наличие заболеваний, нарушений физического или психического развития.

Ни по одному из указанных параметров здоровья жителей Кыргызстана нельзя признать удовлетворительным, что подтверждается наличием неблагоприятных тенденций медико-демографических показателей, показателей заболеваемости и смертности.

Социально - экономические трудности последних лет привели к значительному снижению уровня жизни населения, росту общественного неравенства и трудностям психологической адаптации к изменениям в стране. Все это имело очень негативное влияние на здоровье населения.

Ведущие причины смертности в широком масштабе предотвратимы в молодых возрастных группах. Факторы риска этих причин тоже хорошо известны и доказаны мировыми исследованиями. Ими являются курение, злоупотребление алкоголем, нездоровое питание (высокое потребление жира, низкое потребление овощей и фруктов), низкий уровень физической активности и психо - социальные проблемы. К ним добавляются факторы экономической, социальной и природной окружающей среды, неблагоприятные экологические условия и бедность.

В Кыргызской Республике распространенность вредных привычек довольно высокая, особенно

среди лиц молодого возраста. Рост числа торговых соглашений, общих рынков и транснациональных каналов сбыта табака и алкоголя подрывает усилия правительства по осуществлению эффективного контроля над предложением и наличием в продаже этих изделий. Поэтому борьба против курения, алкоголя, наркомании, основанная на единых методологических началах должна стать приоритетным стремлением стратегии укрепления здоровья.

Заболевания и их причины неравномерно распределены среди населения, так как наибольшая их концентрация наблюдается среди самых бедных и уязвимых его слоев. Представители групп самого низкого социально-экономического уровня подвержены, по меньшей мере, удвоенному риску серьезного заболевания и преждевременной смерти по сравнению с лицами с более высоким социально-экономическим статусом.

Бедность, безработица и миграция представляют новые серьезные проблемы, которые влияют на здоровье населения и функционирование системы здравоохранения.

Бедность является феноменом характерным для сельского населения. 80% бедных проживает в сельской местности. Многие бедные семьи являются многодетными, что усугубляет их материальное благополучие.

Во всех европейских странах, где были проведены соответствующие обследования, было выявлено неравенство в состоянии здоровья между лицами с более высоким и более низким уровнями образования, профессиональной принадлежности и доходов. Растущая концентрация факторов риска в группах более низкого социально-экономического статуса ведет в дальнейшем к увеличению разрыва в показателях здоровья.

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

В Алмаатинской декларации 1978 года и Оттавской хартии укрепления здоровья 1986 года излагаются стратегические направления работы по обеспечению большей справедливости в сфере здравоохранения в первых десятилетиях двадцать первого века.

Следует признать, что в этих условиях изменить ситуацию может только реальное повышение



ние роли общественного здравоохранения, ее целенаправленное развитие и совершенствование.

Для эффективной работы службы общественного здравоохранения в Кыргызстане в рамках Концепции общественного здравоохранения планируются мероприятия по кардинальному пересмотру нормативного правового обеспечения деятельности службы, гармонизации с международными стандартами и адаптации мирового опыта в условиях реформирования системы здравоохранения.

Сохранение и укрепление здоровья человека, увеличение средней продолжительности и качества жизни, предупреждение преждевременной смертности являются актуальными проблемами не только здравоохранения, но и общества в целом. Укрепление здоровья - процесс, предоставляющий населению возможность осуществлять контроль за состоянием своего здоровья и факторами, влияющими на него.

Глобальной конференцией по укреплению здоровья, состоявшейся в Бангкоке в 2005 году, подтверждается необходимость сосредоточения внимания на мероприятиях по укреплению здоровья для решения вопросов, связанных с детерминантами здоровья.

В настоящее время имеются бесспорные доказательства тесной корреляции между социально-экономическим статусом и неравенством в отношении здоровья. Меры по реализации стратегий, направленных на воздействие на более широкие детерминанты здоровья, такие, например, как экономический рост, неравенство доходов и бедность, образование, условия труда и производственная среда, безработица и доступность медицинской помощи, являются в настоящее время основным средством значительного улучшения здоровья населения.

Для осуществления этого широкого диапазона мер на уровне населения необходимы усилия всего общества с участием не только отрасли здравоохранения, но и других отраслей и секторов. Отрасль здравоохранения должна сотрудничать с различными отраслями и секторами общества, с тем чтобы повысить осознание их вклада в создание тех или иных условий и ответственности, которую они несут за то, чтобы улучшить эти условия.

Новая стратегия укрепления здоровья должна стать основой для формирования и совершенствования межсекторальной политики в интересах здоровья.

Реформы в секторе здравоохранения послужили толчком для внедрения новой политики укрепления здоровья, с применением новых подхо-

дов и методов работы на уровне сообществ, семьи, различных социальных групп и объединений.

Конечной целью Национальных программ «Манас», «Манас таалими», «Здравоохранение Кыргызстана в 21 веке» является улучшение здоровья и предоставление качественных медицинских услуг населению Кыргызской Республики.

Достижения в процессе реализации программ закреплено в Законах КР «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике», «О защите здоровья граждан КР от вредного воздействия табака» и других.

Стратегия разработана в рамках реализации Национальной программы реформирования системы здравоохранения «Манас таалими», с учетом накопленного опыта в ходе реализации Концепции укрепления здоровья населения КР на 2003-2007 годы. Она подготовлена на материалах международного опыта в процессе широких консультаций и участия заинтересованных сторон. Цель и задачи стратегии совпадают и интегрируются с принципами программы «Манас таалими» и включают:

- Ограничение отрицательной тенденции заболеваемости, смертности и повышение ожидаемой продолжительности жизни
- Ограничение повышения и снижение по мере возможности неравенства в здоровье
- Улучшение качества жизни, развитие ЗОЖ

Успех реализации стратегии во многом зависит от социально-экономического развития страны, а также от успешной реализации задач программы «Манас таалими», где предусматривается преобразование службы общественного здравоохранения: изменение законодательства, укрепление физической и технологической инфраструктуры, включая улучшение информационных технологий, развитие кадрового потенциала, повышение качества услуг.

Несмотря на то, что социально-экономические преобразования и процессы реализации программы «Манас таалими» происходят вне данной стратегии, они составляют ее политическое и профессиональное окружение, как и обширная программа мониторинга здоровья населения, которую нельзя ограничивать в рамках этой стратегии. При построении структуры стратегии были использованы горизонтальные и вертикальные подходы. С одной стороны были определены ключевые участники: государственный аппарат, индивидум, сообщества, заинтересованные организации, медицинская служба (горизонтальные направления), с другой стороны вопросы равенства, коммуникации, мониторинга и оценки как ос-

новых составных элементов любой деятельности стратегии (вертикальные направления). Конкретные мероприятия стратегии интегрируются в эту логику и естественным образом переплетены и взаимосвязаны. Исходя из этого, основными направлениями стратегии являются:

- государственная политика в интересах здоровья и межсекторальное сотрудничество в вопросах укрепления здоровья.
- активизация личного участия населения в развитии здорового образа жизни (ЗОЖ) снижении факторов риска (ФР), сохранении и укреплении собственного здоровья

- партнерство в интересах здоровья на аренах повседневной жизни и разных уровнях общественного устройства

- усовершенствование профилактической работы медицинских учреждений

Основными составными элементами стратегии являются:

- снижение неравенства и положительное влияние на социально-экономические детерминанты здоровья
- коммуникации в интересах здоровья
- мониторинг, оценка и эффективность проводимых мероприятий

Согласно вышесказанного, схематически структура стратегии выглядит таким образом:

Основные направления	Равенство	Коммуникация	Мониторинг, оценка, эффективность
Основные элементы			
Политика			
ЗОЖ			
Партнеры			
Медицинская служба			

Состояние здоровья населения зависит не, сколько от возможностей системы здравоохранения (сектор здравоохранения влияет на здоровье, по разным оценкам, только в 20%), а в большей степени от состояния социально-экономических детерминант здоровья. Это означает, что работа правительства в каждом секторе и на каждом уровне прямо или косвенно влияет на состояние здоровья. С другой стороны развитие укрепления здоровья способствует успехам каждого сектора как в экономическом, так социальном плане. Именно поэтому, в последнее время все большее внимание привлекают системы государственной власти, где предусматриваются и учитываются эффект и влияние принимаемых политических решений на образ жизни и здоровье населения. В работе правительства и каждого сектора есть решающие элементы, которые положительным или отрицательным образом оказывают влияние на здоровье. До настоящего времени работа по укреплению здоровья рассматривалась как обязанность работников сектора здравоохранения. Одним из условий успешной реализации настоящей стратегии является построение диалога с другими секторами о том, каким образом они могут способствовать укреплению здоровья и, какую они могут получить от этого пользу.

Основные факторы, определяющие состояние здоровья человека связаны с образом жизни

и окружающей средой обитания. Современные “жирогенные” условия жизни, характеризующиеся нездоровым питанием и малоподвижным образом жизни, значительно усугубляют проблему ожирения, особенно среди детей. В будущем возрастает значение борьбы с лишним весом, которое требует единого подхода с учетом баланса энергии. Городское население в большей степени ведет все более малоподвижный образ жизни, что связано, в частности, с быстро растущим уровнем моторизации, ростом городов и сокращением возможностей повседневной физической активности в домашней, профессиональной и учебной среде. Поэтому, в современных условиях программ ЗОЖ делают акцент на повышение физической активности в сферах труда и досуга.

Политика здорового образа жизни направлена на усилия по снижению распространенности негативных факторов риска, формирование и поддержку стремления людей к позитивным изменениям в их образе жизни. Важно создание как физической, так и социальной окружающей среды, благоприятствующей этим изменениям по принципу «делать здоровый выбор более легким». Данное направление опирается на расширение возможностей по производству и использованию безопасных для здоровья товаров, активизации личного участия населения в сохранении и укреплении собственного здоровья, снижению факто-



ров риска, укреплению и развитию личных навыков ЗОЖ.

Здоровье население формируется в определенной социальной среде в повседневной жизни и зависит не только от государственного аппарата и медицинской службы, а также от наличия, степени развития и деятельности НПО, частного сектора, религии, СМИ, органов местной власти, местного сообщества. Умелое скоординированное действие специалистов укрепления здоровья играет решающую роль. Мировой опыт доказывает, что укрепление здоровья и предотвращение болезни на аренах повседневной жизни намного эффективнее, чем борьба на индивидуальном уровне

Мультипартнерство – это умственный и материальный капитал для укрепления здоровья. Оно обеспечивает социальную активность и повышает способность людей и сообществ самим решать свои проблемы. На аренах жизни можно мобилизовать все силы общественности и повысить демократический подход, который всегда является положительным.

В среднесрочном плане развитии программы реформирования сектора здравоохранения приоритет был направлен на совершенствование клинического сектора. Новая программа «Манастаалими», считая важнейшим стратегическим вопросом профилактику заболеваний и укрепление здоровья, расширяет политическое поле для проведения мероприятий в этом направлении и усиливает внимание Министерства здравоохранения на эти вопросы. Основными участниками этого процесса являются организации общественного здравоохранения, включая службу укрепления здоровья, а также ПСМП при участии клинического сектора. Залогом успешной реализации намеченных планов и дальнейшего развития процессов укрепления здоровья будет более эффективная

стратегическая координация действий всех организаций здравоохранения. Деятельность служб общественного здравоохранения и служб медицинской помощи должна соответствовать стоящим перед ними задачам, и они должны принимать адекватные меры не только для борьбы с уже существующими болезнями, но и для расширения возможностей укрепления здоровья.

С точки зрения социально-экономических детерминант главными врагами здоровья кыргызского населения являются бедность, миграция, безработица. Именно поэтому внедрение программ по укреплению здоровья не будет эффективным без учета этих детерминант, которые определяют смертность, заболеваемость, уровень факторов риска и доступности профилактических услуг среди населения республики. Подход на основе социально-экономических детерминант требует не изолированных действий, а комплексного решения проблем здоровья в Кыргызстане

Действия по укреплению здоровью происходят там, где люди живут, работают, учатся, играют – в сообществах.

С 2001 года большинство понятий и принципов укрепления здоровья были приняты в планы реформирования сектора здравоохранения.

Конечно, укрепление здоровья не может само по себе создать идеальное будущее, но оно может помочь переместить фокус деятельности на всех уровнях, в первую очередь, на человека, а не на экономическое развитие. Создавая партнерские связи и внося вклад в развитие социального сектора, укрепление здоровья может помочь продвигаться вперед к более гуманному, справедливому и устойчивому будущему. Мероприятия по укреплению здоровья как ключевые «инвестиции» стали существенным элементом социально-экономического развития страны.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ

Ш.Е.Каржаубаева, А.А.Адаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

В последние годы в состоянии здоровья детского и подросткового населения сохраняются выраженные негативные тенденции, причиной которых является высокая распространенность поведенческих факторов риска. Выделение ведущих факторов риска способствует созданию новых программ целенаправленной профилактики, формирует в обществе приоритеты ответственности за здоровье самого индивидуума.

В этой связи, целью нашего исследования явилось изучение ключевых поведенческих факторов здоровья детей среднего и старшего школьного возраста и оценка их распространенности. Выборка включила 3 группы подростков с возрастной разницей в 2 года. Возрастные группы 11 лет (наступление подросткового возраста), 13 лет (период важных физических и эмоциональных изменений) и 15 лет (средний возраст, когда принимаются важные жизненные решения, включая выбор профессии). Методом случайного механического отбора была сформирована выборочная совокупность в 4500 учащихся государственных, частных и специальных школ в городах Астана, Алматы, Шымкент (по 1500 в каждом городе). Четвертый раздел анкеты был посвящен поведенческим факторам риска, включающий вопросы курения и употребления алкоголя.

Результаты исследования

Установлено, что 7,8 % респондентов курят на настоящий момент или курили когда-либо, среди которых преобладали школьники возрастной категории 15 лет, они составили 17%. При сравнении показателей всех трех регионов было выявлено, что наиболее высокими они оказались среди школьников г. Алматы – 10,5%, а в г. Астана и в г. Шымкент несколько ниже (7,3% и 5,5% соответственно). Следует отметить также, что больше курят ученики русскоязычных классов, чем казахоязычных.

Был проведен анализ частоты употребления школьниками спиртных напитков в настоящее время. Наиболее высокие проценты употребления алкоголя наблюдаются у 15-летних школьников – 19,1% (11-летние – 2,7%; 13-летние – 6,3%).

9,1% опрошенных заявляют, что в редких случаях могут себе позволить выпить пиво. Выяснилось, что в г. Алматы больше потребляют пива, чем в других регионах. Средний ранг потребления пива в г.Алматы = 2138,31; в г.Астана – 2042,59; в г.Шымкент = 2008,80. Н-тест Крускалла – Уол-

лиса показал, что между регионами существуют статистически высоко значимые различия в потреблении пива ($\chi^2=30,731$; число степеней свободы = 2, $p<0,001$), которые также были выявлены при попарном сравнительном анализе регионов (различия между г.Алматы и г.Шымкент – z-тест Колмогорова – Смирнова = 1,693, $p<0,01$).

4,8% школьников указали, что употребляют вино, где подавляющее большинство составили ученики русскоязычных классов без выраженной разницы между мужским и женским полом. Было выявлено, что вино больше потребляют в г. Алматы (средний ранг потребления вина в г.Алматы = 2124,03; в г.Астана – 2039; в г.Шымкент = 2011,42. Н-тест Крускалла – Уоллиса: $\chi^2=44,657$; число степеней свободы = 2, $p<0,001$; попарный сравнительный анализ между регионами: z – тест Колмогорова – Смирнова = 1,442; $p<0,05$).

Крепкие спиртные напитки в редких случаях употребляют 1,5% школьников. Положительно чаще отвечали ребята, обучающиеся в русскоязычных классах (Таблица 1).

Таблица 1. Доля учеников, употребляющих алкогольные напитки (%)

Город	Язык обучения	Алкогольные напитки		
		Пиво (%)	Вино (%)	Крепкие спиртные напитки (%)
Алматы	Русский	22	14	5,2
	Казахский	5,5	1,9	0,8
Астана	Русский	15	7,6	2,7
	Казахский	3,5	0,5	0,7
Шымкент	Русский	18,5	9,3	3
	Казахский	6,4	2,1	1,1

В ходе оценки результатов опроса выяснилось, что частота употребления всех видов спиртных напитков увеличивается с возрастом школьников. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между возрастом и употреблением пива составил 0,229 ($p<0,01$); между возрастом и употреблением вина составил 0,164 ($p<0,01$); между возрастом и употреблением крепких спиртных напитков составил 0,119 ($p<0,01$).

Доминирующее положение по количеству учащихся, употребляющих такие алкогольные напитки, как пиво и вино, занимают русскоязычные классы. Средний ранг употребления пива учащихся



ся казахоязычных классов = 1953,71; учащихся русскоязычных классов = 2224,63; употребление вина - казахоязычных классов = 1981,52; учащихся русскоязычных классов = 2171,22. Тест Колмогорова-Смирнова показал, что отмечаются статистически высоко значимые различия в употреблении пива ($z = 4,154$, $p < 0,001$) и вина ($z = 2,902$, $p < 0,001$) между учащимися, обучающимися на разных языках. По крепким спиртным напиткам достоверных различий нет.

На вопрос: «В какой ситуации ты употребляешь алкоголь?» 39,5% респондентов ответили «на вечеринках»; 15% - «чтобы поддержать компанию»; 10,6% - «из-за стресса»; 6,1% - «плохое настроение».

Из всех исследуемых по трем регионам случаи опьянения алкогольными напитками наблюдались в среднем у 5,6% ребят. Чаще всего это встречалось среди 15-летних подростков. Из анализа было видно, что чем старше был возраст исследуемых, тем чаще они оказывались в подобной ситуации. Коэффициент ранговой корреляции Спирмена между возрастом и употреблением алкоголя до состояния опьянения составил 0,184 ($p < 0,01$). Большая часть выявленных подростков оказались учащимися г.Алматы. Средний ранг употребления алкоголя до состояния опьянения в г.Алматы = 2129,56; в г.Астана – 2037,65; в г.Шымкент = 2020,49. Существенные статистически значимые различия между регионами в употреблении алкоголя до состояния опьянения были выявлены и в Н-тесте Крускалла – Уоллиса ($\chi^2 = 37,937$; число степеней свободы = 2, $p < 0,001$).

На вопрос: «Употреблял ли ты когда-нибудь коноплю?» 2,5% всех опрошенных указали, что

пробовали 1-2 раза. Наиболее высокие показатели наблюдаются у мальчиков – 4%, тогда как у девочек он составляет – 1,5%.

Выводы

Большую часть курящих школьников составляют подростки 15 лет, преимущественно из г.Алматы. Учащиеся русскоязычных классов больше, чем учащиеся казахоязычных классов курят и употребляют алкоголь. Такие виды алкогольных напитков, как пиво и вино, достоверно чаще употребляют в г.Алматы. Частота употребления всех видов спиртных напитков увеличивается с возрастом школьников.

Полученные данные свидетельствуют о негативных тенденциях в распространенности поведенческих факторов риска среди современных подростков. Сложившаяся ситуация представляет собой важнейшую медикосоциальную задачу. Этот фактор относится к управляемым. Наиболее перспективной мерой решения данной проблемы является проведение целенаправленных широкомасштабных акций по профилактике табакокурения и употребления алкоголя среди подростков на национальном и региональном уровнях, мобилизация и включение всего общества. Необходимой задачей является формирование у подростков понимания личной ответственности за свое здоровье и устойчивых стереотипов здоровьесберегающего поведения. К сожалению, на сегодняшний день, профилактика, которая декларируется как приоритет здравоохранения, до настоящего времени не подкрепляется существующими приоритетами в работе лечебно-профилактических учреждений.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АНЕМИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

*И.Н.Бахнарел, А.П.Чобану Национальный Научно-Практический Центр
Превентивной Медицины, Кишинэу, Республика Молдова*

Дефицит железа признан одним из самых распространенных патологических состояний организма человека. Он может быть обусловлен недостаточным поступлением биодоступного железа с пищей, нарушениями всасывания железа организмом, повышенной потребностью в железе в период быстрого роста организма – при беременности, младенчестве, а также при кровопотерях различного генеза. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) два миллиарда людей (более 30% населения мира) страдает от анемии, и большинство из них обусловлено

дефицитом железа. Анемии обусловленные дефицитом железа особенно распространены в развивающихся странах, но также остается проблемой и для развитых стран, где другие формы анемии были практически устранены. Чаще страдают анемией дети и женщины фертильного возраста. Используя анемию как индикатор дефицита железа, DeMaeyer установил, что дефицит железа имеют в развивающихся странах половина детей и женщин и до одной четверти мужчин. Для детей и женщин в развитых странах этот показатель составил лишь 7 – 12%. Дефицит желе-



за от среднего до умеренного уровней оказывает неблагоприятные функциональные воздействия на все возрастные группы, даже при отсутствии анемии. Он воздействует на физический рост, когнитивные способности, и поведение младенцев, детей дошкольного и школьного возраста, а также на иммунный статус всех возрастных групп, и на физическую способность и производительность труда подростков и всего взрослого населения. В период беременности потребность железа в организме возрастает. Анемия увеличивает риск преждевременных родов, снижения веса новорожденных, послеродовых инфекционных осложнений, а также ведет к увеличению материнской и детской смертности. В Республике Молдова уровень анемии остается достаточно высоким на протяжении последних пятнадцати лет и, более того, имеет тенденцию к росту. В 1996 году Министерством Здравоохранения Республики совместно с ЮНИСЕФ было проведено Национальное исследование состояния питания матери и ребенка, в рамках которого было установлено, что 28% детей младше 5 лет, и 20% женщин фертильного возраста страдают от анемии. Уровень гемоглобина (Hb) составлял <11 г/дл у детей и <12 г/дл у женщин. Среди детей самый высокий уровень анемии был зарегистрирован у 6–9 месячных младенцев, 47% от исследованных. В 2005 году был повторно изучен уровень анемии среди тех же категорий в рамках Исследования по Демографии и Здоровью. Было установлено, что 32% детей младше 5 лет (Hb<12 г/дл), и 28% женщин фертильного возраста имели анемию. Среди детей в возрасте от 10 до 12 месяцев уровень анемии составил 60%. Как у женщин, так и у детей по степени тяжести большинство случаев составили легкие формы анемии (Hb 10–11,9 г/дл). Среди женщин чаще наблюдалась ане-

мия у тех, которые живут в сельской местности а также у тех, которые имеют четырех и более детей. Следует отметить, что критерии определения анемии среди детей во втором исследовании был выше, чем в первом (<11 г/дл и <12 г/дл соответственно). В Исследовании по Демографии и Здоровью было установлено, что в общем по Республике Молдова 38% женщин отметили анемию как осложнение беременности причем в городской местности процент этих женщин был выше, чем в сельской местности (42% против 35%). При исследовании анемии у женщин фертильного возраста было установлено, что 40,4% беременных женщин страдают от анемии (Hb <12 г/дл). Исследование беременных женщин в предродовом периоде муниципия Кишинэу показала, что 43% женщин имеют анемию (Hb<11 г/дл). В большинстве случаев была зарегистрирована легкая степень анемии (Hb 10–10,9 г/дл). По сравнению с другими странами установленный процент страдающих анемией беременных женщин в Республике Молдова находится на уровне некоторых стран с переходной экономикой и развивающихся стран: Азербайджан (40%), Казахстан (36%), Нигерия (40,4%), Пакистан (46,7%) и намного выше, чем в развитых странах: Дания (4,9%), Германия (13,6%). Таким образом железодефицитные анемии являются серьезной проблемой для здоровья населения Республики Молдова. Хотя большинство регистрируемых случаев имеют легкую степень тяжести, тем не менее, большой удельный вес данного заболевания и урон здоровью, вызываемый дефицитом железа в организме, определяет данную проблему как одну из приоритетных для общественного здравоохранения. Результаты проведенного исследования должны послужить основанием для проведения активных мер по профилактике данного заболевания в стране.

К ВОПРОСУ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И.О.БАЙДАУЛЕТ,

Н.К.Тузельбаев, А.С.Биболова Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А.Ясави, г.Шымкент

Проблема здорового образа жизни является одной из самых актуальных проблем нашего времени и требует интеграцию фундаментальных наук.

Нами проведено анкетирование больных, находящихся на излечении в отделении нефропроф.патологии клиники МКТУ. Всего опрошено

140 человек на предмет знаний и представления о здоровом образе жизни. Раскрывая собственное понимание здорового образа жизни 76,6% опрошенных связывают его с рациональным питанием, отсутствием вредных привычек, регулярной физической активностью. Только единицы (3 чел.), принявших участие в анкетировании, отожд-



дествляют здоровый образ жизни с полноценным социальным функционированием, удовлетворением потребностей всех уровней, в том числе и потребности самореализации.

При определении решающих факторов в обеспечении здорового образа жизни населения 87% опрошенных отдали предпочтение материальным условиям и высказались за ведущую роль социально-экономических мер. 62% опрошенных считают, что социально-экономические мероприятия должны сыграть определенную роль в этом процессе. Признают роль личностных особенностей людей и мер психолого-педагогического характера 60%. Связывают реализацию здорового образа жизни с повышением уровня медицинской помощи 8%.

Мы полагаем в перспективе можно говорить о повышении качества жизни в развитии социальных услуг для населения, в том числе ориентированных на здоровый образ жизни. Важно активное, системное привнесение актуальной, грамотной информации о здоровом образе жизни.

Объектом изучения в санологии является человек здоровый и находящийся в “третьем состоянии”. Чтобы исследовать здоровье необходимо понять феномен человека, принципы его организации, но этого понимания до последнего времени не могла дать медицинская наука, ориентированная на исследование преимущественно физического тела. В древности существовали глубокие представления о человеке как целостной структуре связанной с миром. В настоящее время наука переводит эти представления на свой язык, положив в основу достижения, прежде всего квантовой физики, нейрофизиологии и психологии.

К пониманию целостности человека можно приблизиться с помощью системного подхода. Система представляет собой совокупность элементов и связей между ними, функционирующих как единое целое. Человек – это система с пирамидальным принципам построение (так называемая пирамида Masclou) . Вслед за древними греками в ней видим три уровня – низший, телесный (соматела), средний – психический и верхний – духовный элемент. А последнем стало возможно говорить после достижения глубинной и трансперсональной психологии, позволяющей проникнуть в высшую иррациональную творческую сферу, которую принято называть сверх сознанием. Уместно напомнить о психозкологии окружающей среды. Под психозкологией понимается: этика поведения, знание законов коммуникации; совместимость общающихся людей по темпераменту, информационному метаболизму, интересам, уровню понимания жизни и т.д.

Перспективным направлением в формировании здорового образа жизни является осознание иерархичности организации управления здоровьем.

Подводя итог, еще раз следует подчеркнуть, что санологический объем работы в области здоровья – это просветительская и профилактическая деятельность в следующих направлениях: 1) индивидуальная психогигиена с элементами самопознания, т.е. сохранение здоровья психики на высоком уровне за счет управления ее состоянием; 2) психозкология жизненного пространства; 3) психическое оздоровление, т.е. восстановление психической работоспособности и адаптивности к социальной среде за счет восстановления количества энергии и гармоничности психики человека.

ОБРАЗОВАНИЕ И КУЛЬТУРА КАК ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПОВЫШЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

А.Г.Гаибов, А.С.Шарипов, М.А.Гулаёзова, Р.А.Гаибова, Г.Х.Гафурова, С.О.Самадов Национальный координационный комитет по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, туберкулезом и малярией, Республиканский центр формирования здорового образа жизни, ЦРБ Бободжон Гафуровского района Согдийской области, Республиканский ВТЭК, Министерство труда и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Тўжырым

Мақалада автор бір жағынан мәдениет пен білім арасындағы байланыс пен халықтың салауатты өмір салтын ұстану арқылы қол жеткізген денсаулығы жәй-күйіне екінші жағынан негіздеме беруге тырысады. Адам денсаулығы



негізінен оған әсер ететін әртүрлі қауіп-қатер факторларға тәуелді. Халықтың мәдениеті мен рухани өмірі, сонымен қатар білімі адами көне өркениетке жатады және бұлар ес пен сезімге бір уақытта әсер етеді. Бұл қасиеттер тұлғаның әлеуметтік белсенділігіне ықпал етіп, денсаулықты қауіптерден құтылуға, дұрыс таңдау жасауға ықпал етіп, тұлға дамуының, мемлекет пен азаматтық қоғамның қозғаушы күші болады. Сөйтіп, олар басты міндеті салауатты өмір салтын және өз денсаулығына жаңа көзқарас қалыптастыру болып табылатын биліктің жүзі мен беделі болмақ.

Summary

This article attempts to justify the relationship between culture and education from one side and health condition of population which is achievable through healthy lifestyle from another side. Human health basically formed during the early childhood and adolescent period of life and further out of impact of various risk factor. Being related to ancient elements of human civilization, cultural and spiritual life of the population, its literacy, simultaneously affecting consciousness and feelings, leads to social activeness of personality and allows him to make right choice, avoiding threats and health risks. Above mentioned could serve as a driving force for the development of personality, state and civil society, thus as a face and reputation of state power, main task of which is promoting healthy lifestyle and new relationship to the own health.

Ситуация в социально-экономической, экологической и других сферах нашей жизни непосредственно связана с показателями здоровья населения, факторы, влияющие на которые следует искать в семье, формирующей поведение детей и подростков [1].

При этом сопутствующие здоровому образу жизни благополучие и здоровье народа является конечной целью реформ любого демократического государства. Её достижение, в свою очередь, свидетельствует об уровнях социально-экономического развития, производительности труда и эффективности всего комплекса хозяйственной системы [2]. Как один из его компонентов здравоохранение, присущими социальными функциями, в частности, такими, как удовлетворение потребностей в медицинской помощи, способствует повышению качества жизни, ускорению темпов роста валового внутреннего продукта, экономики, формирование трудового потенциала страны.

Являясь фундаментом и инструментом реализации потенциальных возможностей общества, здоровье населения тем самым определяет свою приоритетность в государственной политике. На современном этапе ценность здоровья требует всеобщего осознания в качестве составной части общей культуры, способствующей экономической целесообразности и результативности вложений в его укрепление.

В современной трактовке слово культура означает сферу и способ более высокого и достойного корректного поведения, приобщение к художественным творениям или знание научных истин и положений, свободное владение литературным языком и признанными мировыми языками, воспитанность, моральную ответственность и т.д. [3]. Одной из важнейших задач развития культуры является возрождение национальных традиций, обычаев, праздников, воспитание уважения к прошлому страны, литературе и искусству, а также к нравственным основам жизни.

Весьма условная классификация ценностей подразделяет их на жизненные, социальные,

политические, моральные, религиозные и эстетические. В частности, к социальным относятся общественное положение, трудолюбие, профессия, семья, патриотизм, терпимость, дисциплина, предприимчивость, способность к достижениям, личная независимость, активность, ориентированность на прошлое или будущее, локальная (местная) или сверхлокальная (государственная, интернациональная) ориентация.

Развитие системы названных ценностей создает более гибкий уровень регуляции общества, подчиняя себе функционирование особенно важных для него обычаев, норм и значений.

Степень приживаемости культуры и культурных традиций, а также других социальных ценностей, в условиях полученной Республикой Таджикистан политической независимости, прежде всего, зависит от социально-экономических и нравственно-психологических условий, соответствия их духовным запросам и готовности их принять населением. При этом формирование и восприятие новых духовных ценностей является первоочередной задачей правительства страны. В современных условиях она должна решаться на основе законодательства и сознательного преодоления консервативных традиций, с учетом данных социологического анализа состояния культуры и социальных ценностей населения [4].

Клиническая медицина все свое внимание уделяет непосредственно отдельному пациенту, прежде всего, в период его заболевания. Между тем здоровье каждого человека тесно связано со здоровьем всего общества, с принятыми и, главное, действующими социальными программами так же, как благополучие общества зависит от состояния здоровья отдельных его членов [4]. Именно в этом и заключается фундаментальный принцип общественного здравоохранения, концепция которого была сформулирована ВОЗ после Алма-атинской конференции в 1978 году, принявшей Декларацию, ставшей основой программы «Здоровье для всех»,



отразившей тенденции и определившей основные задачи в области здравоохранения [5].

Новое общественное здравоохранения стоит на классических позициях общественного здравоохранения (соблюдение санитарных норм, контроль за качеством продуктов питания, условиями труда, факторами экологии, борьба с инфекционными заболеваниями, улучшение здоровья и питания матери и ребенка). К ним можно отнести ответственность за обеспечение общедоступности научно-обоснованных медицинских служб, укомплектованных квалифицированным на уровне мировых стандартов персоналом [4]. В этом аспекте созданы рамки систем здравоохранения в странах с различными условиями экономического, эпидемиологического и социально-политического развития. Вследствие этого принятие решений по обеспечению здоровья населения, в частности на постсоветском пространстве, должно исходить из наличия ограниченности их ресурсов.

За годы независимого существования в Таджикистане сформирована модель формирования у населения здорового образа жизни, от которого, по данным Всемирной организации здравоохранения, во многом, зависит здоровье человека (до 50%) и только на 8-10% от работы органов здравоохранения, поставщиков медицинских услуг. Следовательно, главной задачей в улучшении здоровья населения является совершенствование методов и повышение результативности их в деле воспитания нового отношения каждого члена общества к своему здоровью. Экономический рост и политическая стабильность дают возможность провести глубокие социально-экономические реформы, крайне необходимые для устойчивого развития страны, их следствием является увеличение средней продолжительности жизни. В числе основных направлений и механизмов его достижения оздоровление нации, определяемой в качестве задачи стратегического, общенационального уровня. Поэтому «сохранение и укрепление здоровья» и «здоровый образ жизни»-эти понятия относятся не только к сугубо медицинским. Для их воплощения в жизнь нужно привлечь всех граждан, работодателей всех секторов и усилить между ними взаимосвязь проводимых мероприятий в сфере охраны здоровья. Способствовать этому призваны местные Координационные советы при органах исполнительной власти на местах, в т.ч. курирующие секторы культуры и образования.

В духовной сфере они относятся к древнейшим элементам регулирования жизни народа, выполняя существенные социальные и идеологические функции, они выступают как незаменимые связи поколений, воздействуя одновременно на сознание и чувства человека, удовлетворяя его

личные потребности. Кроме того, они способствуют расширению социальной активности, уменьшению имущественной дифференциации населения, что ведет к большой политической стабильности и формированию в обществе атмосферы социального оптимизма и духовного здоровья.

Важнейшим фрагментом здорового образа жизни является уровень общего и специального образования. Общая грамотность населения и формирование высоко профессиональных кадров для работы в отраслях хозяйства страны на уровне обеспечивающем их конкурентноспособность на мировом уровне в свою очередь, позволяют избежать риски и угрозы здоровью встречающиеся на жизненном пути.

Новые национально-культурные ценности в современных условиях создаются в Республике Таджикистан на почве продуманной разработки и издания законов и нормативных документов. Тем самым сознательно преодолеваются консервативные традиции. В то же время в общественном и семейном быту бережно сохраняются, возрождаются и распространяются новые прогрессивные обычаи и обряды, соответствующие психическому складу и уровню культурного развития народа [2]. При этом, основной культурной политики Республики Таджикистан является повышение уровня культуры и образования, национальной гордости, чувство патриотизма каждого члена общества, а так же упрочение национального единства.

К этому следует отнести пропаганду поучительной истории народа, его бесценного, культурного и литературного наследия, а так же общечеловеческих ценностей.

Таким образом, образование и культура сегодня становятся движущей силой и показателями развития личности и государства зрелости гражданского общества, способствуя формированию ответственного поведения и отношения к своему здоровью и здоровью близких.

Литература:

1. Калмыкова И.В. Роль семьи в формировании гигиенического поведения подростка. Проблемы социальной гигиены и история медицины №5, 2003. с.16-18.
2. Программа формирования здорового образа жизни в Республике Таджикистан, утвержденная Постановлением Правительства Республики Таджикистан №84 от 3 марта 2003 г.
3. Духовная культура таджиков в истории мировой цивилизации. -Под ред. Аскаралаи Раджабова, Гузель Майтдиновой. -Душанбе. -Главная научная редакция Т.Э.Н.-2002.-520 с.
4. Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Иерусалим.-1999.-с.1049.



ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Т.С.Хайдарова, А.А.Акимбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

По данным литературы можно выделить 3 модели поведения, связанные со здоровьем :

1. профилактическое – поддержание здоровья, ведение ЗОЖ и выявление заболеваний на бессимптомной стадии. Например, бросить курить для профилактики заболеваний. Эти меры не предотвращают наступление события, но снижают его риск. Профилактические модели подразделялись на 2 группы:

1.1. на модель первичной профилактики (физические упражнения для снижения массы тела , снижения артериального давления.

1.2. модель раннего выявления заболевания или модель вторичной профилактики).

2. болезненное поведение

3. ролевое болезненное поведение.

Нами проведено исследование формирования поведения и анализ моделей поведения, определена корреляционная взаимосвязь образа жизни

и состояния здоровья опрошенных контингентов населения. Всего опрошено 8000 граждан 5 регионов республики (Северный, Западный, южный, Центральный, Восточный регионы). В опросе участвовало население старше 11 лет.

Определение корреляции. Корреляция представляет собой меру зависимости переменных. Наиболее известна корреляция Пирсона. При вычислении корреляции Пирсона предполагается, что переменные измерены, как минимум, в интервальной шкале. Некоторые другие коэффициенты корреляции могут быть вычислены для менее информативных шкал. Коэффициенты корреляции изменяются в пределах от -1.00 до +1.00. Значение -1.00 означает, что переменные имеют строгую отрицательную корреляцию. Значение +1.00 означает, что переменные имеют строгую положительную корреляцию. Отметим, что значение 0.00 означает отсутствие корреляции.

Таблица № 1 Анализ корреляционной связи факторов риска (курения и употребления алкоголя) с наличием хронических неинфекционных заболеваний, готовностью вести ЗОЖ, с физической активностью и наличием стрессовых ситуаций.

		курение	Хи-квадрат Пирсона	Кореляция Спирмена	алкоголь	Хи-квадрат Пирсона	Кореляция Спирмена
		%			%		
Наличие ХНЗ	да	41,08	23,19	-0,05	42,86	16,33	-0,01
	нет	56,85			55,31		
Готовность вести ЗОЖ	да	68,37	19,48	0,05	56,53	53,44	0,09
	нет	27,39			36,53		
Физическая активность	да, регулярно	19,16	33,51	0,07	16,33	24,08	0,05
	да, нерегулярно	41,97			39,18		
	нет	37,93			42,86		
Стессовые ситуации	да, каждый день	27,29	82,75	-0,10	20,76	71,73	-0,09
	редко	56,40			56,85		
	нет	13,89			18,13		
Употребление алкоголя	да	12,32	154,09	0,14			
	нет	87,68					

Опрошенные, имеющие вредные привычки, как фактор курение, на вопрос «имеете ли Вы хронические заболевания?» ответили положительно 41,1%; отрицательно – 56,9%. Среди этого контингента лиц, употребляющих табак - 68,4% готовы вести здоровый образ жизни, 27,4% - нет. Следует отметить, что среди данного контингента опрошенных только 19,2% регулярно занимаются физическими упражнениями; не регулярно – 41,97%; не занимаются – 37,93%. Ре-

гулярные стрессовые ситуации испытывают 27,3% курящих, реже – 56,4%, всего среди курящих подвержены стрессам 82,7% респондентов, не испытывают стресс – 13,9% опрошенных. Среди курящих только 12,3% употребляют алкоголь, 87,7% - не пьют спиртные напитки, к анализу корреляционной связи по данным полученным показателям следует относиться с осторожностью, так как корреляционная связь - 0,14, является очень слабой.



У данной категории опрошенных (у курящих) имеется стремление изменить вредные привычки и вести ЗОЖ (68,4% желают вести ЗОЖ).

При проведении расчетов коррелятивной связи (расчет по методу Спирмана) и расчета χ квадрата Пирсона двух переменных величин (фактора курения и факторы ХНЗ) выявлена отрицательная корреляция (-0,05); наблюдается слабая теснота линейной связи между курением и готовностью вести здоровый образ жизни и занятиями физической культурой (0,05 – 0,07 соответственно). Более четкая связь между фактором курения и не употреблением алкоголя (0,14 у курящих и не употребляющих алкоголь). Слабая корреляция (-0,10) между отрицательным ответом на наличие стресса у курящих.

Среди употребляющих алкоголь 42,9% имеют ХНЗ; 55,3% - не страдает ХНЗ. По этим показателям выявлена отрицательная коррелятивная связь (-0,01; $\chi = 16,33$).

Среди опрошенных имеющих привычку – выпить, 56,5% ответили что готовы вести ЗОЖ, а 36,5% - нет (слабая корреляция 0,09; $\chi = 53,44$).

Опрошенные употребляющие алкоголь ведут физически активный образ жизни только 16,3%; не постоянно делают физические упражнения – 39,2%; не делают физическую зарядку – 42,9% (слабая корреляция 0,05; χ квадрат = 24,08).

Среди употребляющих алкогольные напитки 18,13% ответили, что не испытывают стрессовые ситуации; при определении корреляции отмечена отрицательная связь этих двух факторов.

Таким образом, употребляющие спиртные напитки и табак респонденты имеют ХНЗ, большинство готовы изменить привычки, но среди них 35,6% не готовых вести ЗОЖ (связь слабая) Следовательно, можно заключить, что на их поведение влияет фактор употребления алкоголя, однако положительная тенденция прослеживается в виде слабой линейно-зависимой связи желающих изменить образ жизни и употребляющих алкоголь, поведение опрошенных нами респондентов характеризуется как болезненное и ролевое болезненное (по приведенной выше классификации).

Таблица № 2 Анализ корреляционной связи у лиц, ведущих физически активный образ жизни с факторами риска (подверженность стрессам) с наличием хронических неинфекционных заболеваний, готовностью вести ЗОЖ.

		физическая активность	Хи-квадрат Пирсона	Корреляция Спирмена	стресс	Хи-квадрат Пирсона	Корреляция Спирмена
Наличие ХНЗ	да	26,62	221,97	-0,14	55,05	445,74	0,21
	нет	68,89			42,52		
Готовность вести ЗОЖ	да	74,35	246,24	0,14	64,07	77,10	-0,04
	нет	14,03			28,13		
Физическая активность	да, регулярно				17,84	155,17	-0,11
	да, нерегулярно				36,76		
	нет				44,12		

По данным таблицы следует, что среди опрошенных лиц, занимающихся физической культурой и спортом, ведущих физически активный образ жизни, только 26,6 процентов лиц, имеют хронические неинфекционные заболевания, а 68,9% физически активных людей не имеют ХНЗ, при этом коэффициент соответствия высокий – Хи-квадрат 221,97, но корреляционная связь слабая и отрицательная.

Готовы вести ЗОЖ среди опрошенных лиц, с физически активным образом жизни 74,4%, не готовы вести ЗОЖ – 14,03%, в данной критерии линейная корреляционная связь более четкая + 0,14, а коэффициент Хи-квадрат выше и составляет 246,3. Следовательно среди лиц, ведущих физически активный образ жизни показатели здоровья выше, они не имеют ХНЗ, и готовы вести ЗОЖ

и ведут физически активный образ жизни. Поведение данных респондентов, ведущих активный образ жизни, отнесется к профилактическому поведению с элементами первичной профилактики, когда сами граждане заинтересованы в сохранении здоровья.

Среди опрошенных лиц и подверженных стрессам у 56,1% имеются ХНЗ, среди них 42,52% - ответили, что не страдают ХНЗ. При проведении расчета коэффициента Хи-квадрат (коэффициента соответствия) установлен высокий Хи-квадрат – 445,74, и более сильная корреляционная связь +, 021, что свидетельствует о линейной связи подверженности стрессам и возникновению ХНЗ.

Основная масса лиц, испытывающих стресс готовы вести ЗОЖ – 64,1%, среди них 28,13% не готовы вести ЗОЖ, между этими показателями



выявлена отрицательная и слабая связь $-0,04$, и коэффициент соответствия низкий $77,1$.

Среди опрошенных и подверженных стрессам лиц, $17,84\%$ регулярно занимаются физической культурой, $36,76\%$ занимаются нерегулярно, $44,12\%$ не занимаются физической культурой. Таким образом, только $56,6\%$ лиц этой категории ведут физически активный образ жизни, отмечается отрицательная и слабая корреляционная связь $-0,11$.

В заключении данного раздела исследований по выявлению корреляционной связи между факторами риска и наличием ХНЗ можно заключить, что опрошенные лица, имеющие вредные привычки, такие как употребление табака и алкоголя, имеют ХНЗ от $41,1\%$ до $42,9\%$ соответственно, отрицательная слабая корреляционная связь свидетельствует о том, что многие опрошенные ответили на вопрос о наличии ХНЗ не совсем

достоверно. Положительным результатом проведенного опроса и расчета корреляционной связи является показатель готовности вести ЗОЖ среди данной категории респондентов, у $68,4\%$ и $56,5\%$ соответственно выявлена положительная корреляционная связь между исследуемыми критериями, что свидетельствует о том, что опрошенные граждане знают о вреде наносимом здоровью злоупотребление табаком и алкоголем, но в силу слабости характера не могут изменить образ жизни. Лица, подверженные стрессам более подвержены развитию ХНЗ, нежели лица, ведущие физически активный образ жизни (положительная корреляция $+0,21$). Таким образом, наблюдается тенденция к переходу от болезненного поведения (и ролевого болезненного поведения) к профилактическому поведению у лиц, ведущих физически активный образ жизни.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА КЛИНИКУ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ НАРКОМАНИЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Л.Е.Базарбаева Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы

Тұжырым

Мақалада нашакорлықпен күрделіленген шизофрениядан зардап шегетін, сот-психиатриялық сараптамадан өткен тұлғалардың әлеуметтік демографиялық мінездемесі келтіріледі

Summary

In article is brought sociodemographic feature of persons, which passed legal evaluation, suffering by schizopreniya, complicated drug addiction, stationary judicial-psychiatric expert operation.

В последние годы отмечается рост преступности, что увязывается с изменениями социального устройства общества и с такими неблагоприятными тенденциями в обществе, как разрушение традиционных норм межличностных отношений, насаждением культа силы, игнорированием морально - этических и правовых норм поведения (Т. Б. Дмитриева с соавторами, 2001; В. С. Айдильдаев, 2003). Указанные факторы создают фрустрирующую ситуацию, особенно для лиц с психическими расстройствами вследствие употребления наркотических средств и является одним из звеньев в цепи причинно-следственных факторов, приводящих к совершению ими общественно опасных действий (далее по тексту ООД).

По данным российских авторов, среди всех совершаемых преступлений, ООД психически больных, признанных невменяемыми, составляет около 1% или от 8 до 10 тысяч больных в год (М. М. Мальцева, В. П. Котов, 1995).

Спектр криминальных действий психически больных представляет собой весь спектр ООД, предусмотренных уголовным законом (включая имущественные, корыстные нарушения, хулиганские действия, незаконное хранение и приобретение наркотических средств.) Вместе с тем, этими же российскими авторами отмечается, что психически больными чаще совершаются агрессивные действия, связанные с посягательством на жизнь граждан. Так, доля убийств, приходящихся на



лиц, находящихся в невменяемом состоянии, составляет 3-5%.

Эти сведения говорят о том большом ущербе и моральном уроне, который наносится обществу опасными действиями психически больных.

В современной казахстанской судебной психиатрии аддиктивное поведение у лиц с шизофренией, приводящее к асоциальным и криминальным действиям, остается малоизученной проблемой.

На базе РНПЦ ППН в стражном судебно-психиатрическом экспертном отделении с 2002г. начато научное исследование, посвященное изучению проблем клинко-социальных характеристик лиц, совершивших ООД и признанных страдающими шизофренией, а так же у лиц, страдающих шизофренией, осложненной наркоманией.

Особенности социально-средовых условий, в которых происходит формирование аддиктивного поведения у больных шизофренией, показало обследование 128 правонарушителей мужского пола с диагнозом: Шизофрения, осложненная наркоманией в период с 2000 по 2006 годы. В работе использовался основной клинко-психопатологический метод с применением разработанной унифицированной карты обследования.

Средний возраст обследованных лиц составлял 23,5±0,5 года, а на момент совершения ими криминального деяния - 22,5±0,5 года. По национальному признаку обследованные подразделялись следующим образом:

- казахи - 72 человека;
- русские – 50 человек;
- иные – 6 человек.

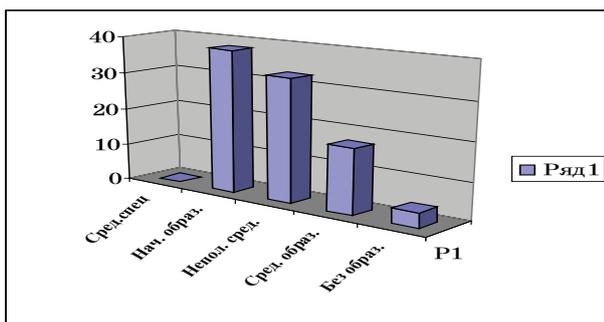


Рисунок 1. Распределение больных по образовательному уровню

Большая часть подэкспертных около 2/3 имели начальное, неполное среднее и среднее образование, 30 % (38 человек) не имели образования. Лишь 4% (5 человек) имели среднее специальное образование. Эти данные показывают о низком образовательном уровне среди группы лиц, страдающих шизофренией, осложненной наркоманией. Истоки низкого образовательного уровня оп-

ределялись при анализе семейного микросоциума подэкспертных.

В группе исследования при анализе семьи подэкспертных были определены следующие факты: большинство родителей обследуемых имели лишь среднее образование- 77 человек (60,5%). В полной семье воспитывались 30 больных (23,4%) из числа обследованных, однако охарактеризовать их как благополучные не представлялось возможным. У 6 обследуемых (4,7%) матери и отцы были лишены родительских прав, 15 больных (11,7%) проживали отдельно от родителей, иногда у дальних родственников. Почти половина обследуемых – 66 больных (52%) являлись единственным ребенком в семье, 45 больных (35%) имели одного или двух братьев и сестер, 17 больных (13%) происходили из многодетных семей. В семьях чаще воспитанием детей занималась преимущественно мать. Во всех неполных семьях родные отцы не поддерживали никаких отношений с исследуемыми, не оказывали материальной помощи.

В 25% случаев (32) исследуемые переживали ситуацию развода родителей в начале пубертатного периода; в большинстве случаев эта психотравмирующая обстановка имела пролонгированный характер. Пребывание в атмосфере скандалов, бытовая неустроенность имели место у 35 больных (27%), что способствовало поиску альтернативного сопереживания вне семьи. У 42 больных (33%) в семье отмечалось жестокое обращение, насилие. Агрессия приводила к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой, часто в виде криминальных поступков.

У большинства обследованных, 77 человек (60,5 %) родители имели среднее образование. В 34% случаев (44 больных) родители подэкспертных злоупотребляли алкогольными напитками. Хронический алкоголизм у родственников встречался по отцовской линии в 26 случаях (20%). В 13 случаях (10%) алкоголизм обнаруживался у обоих родителей. Наследственная отягощенность наркоманий встречалась у 15 подэкспертных (12%). Героиновая наркомания у отцов документально подтверждалась в 3 случаях, у матери – в 2 случаях. В 22 случаях (17%) имело место употребление конопли одним из родителей (чаще отцами).

Алкоголизм и наркомания родителей, являясь отягощающим наследственным фактором, были отрицательным примером для имитации аддиктивного поведения детей, динамика которого описана выше.

У исследованных больных с пубертатного возраста наблюдалась антиобщественная направленность жизненных позиций, склонность к закреплению асоциальных установок, снижение

познавательной активности, недостаточная глубина эмоционального сопереживания (эмпатическая дефицитарность), нестойкость и инверсия примитивных интересов.

Преобладающее влияние семейного микросоциума прослеживалось у исследуемых, как правило, до 9-10 летнего возраста, после которого наблюдались преимущественно вне семейные социальные влияния. Такое смещение доминанты наблюдалась в неблагополучных семьях, в которых дети были безнадзорны, к ним применялись жестокие меры насилия и агрессии. Они росли и воспитывались в условиях эмоциональной депривации, и у них формировались формы поведения с эмоционально-волевой неустойчивостью.

Из общего числа больных ранее привлекались к уголовной ответственности более 2-х раз - 52%, впервые привлекались 43%, в 5% случаев данных о точности кратности привлечения к уголовной ответственности в материалах уголовного дела не было отмечено.

Все обследуемые на момент задержания (арест) не работали, вели паразитический образ жизни, некоторые не имели постоянного места жительства. Либо проживали в семьях, но замкнуто, отдельно, в крайне неблагоприятных условиях.

Почти 75% из обследованных ранее состояли на психиатрическом учете, имели многократные госпитализации.

В 12% случаев эти лица состояли на учете в наркодиспансере. В 13% случаев обследуемые на «Д» учете нигде не состояли.

В целом, среди ранних неблагоприятных социальных факторов в формировании аддиктивного поведения у лиц, обнаруживающих клинику шизофрении в большей степени определялось отрицательными микросоциальными условиями, а также наследственной отягощенностью (в основном алкоголизмом родителей), отрицательными социогенными факторами. Следует полагать, что комплекс биологических и социогенных причин, их сочетанность обуславливают дисфункцию личности, с дальнейшим формированием психической аномалии, в том числе и шизофрении.

Литература:

1. Айдылдаев Б. С. Состояние судебно-психиатрической службы Казахстана // «Медицина», 2003. - С. 72

2. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье. - СПб, 2002, 357 с.

3. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психические больных. - М., 1995, 256 с.

СИТУАЦИОННО-СПРОВОЦИРОВАННЫЕ И ИНИЦИАТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ПРИ СОВЕРШЕНИИ ДЕЛИКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л.Е.Базарбаева Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы

Тұжырым

Мақалада шизофрениямен ауыратын науқастардың құқық бұзушылық жасау кезіндегі келеңсіз-тұлғалық ерекшеліктері суреттеледі. Бұл – жағдаяттық-арандатушылық немесе бастамошылық ісәрекеттері ардылы корініс табады.

Summary

The article reflects data that negative-personal features of patients with schizophrenia at completion of delict reveal itself in a manner of situational- provoked or initiative actions.

По мнению ряда ученых, шизофрения – это хроническое активное заболевание, характеризующееся утратой единства психических функций с разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, с формальной сохранностью интеллектуальных функций. Шизофрения является одним из распространен-

ных психических расстройств [1]. Установление диагноза шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы, как показано в многочисленных исследованиях сотрудников ГНЦ социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского является сложным и крайне ответственным [2 -4]. Современное определение механизма совершения



деликта во многом определяет вынесение экспертного заключения, это позволяет решать социальный прогноз, адаптацию больных, опосредованно влияет на возможность совершения повторных общественно-опасных действий (далее ООД). При судебно-психиатрической экспертизе социальный прогноз и формула вменяемости (невменяемости), складывается из особенностей ведущего психопатологического синдрома, отношения к нему испытуемого в совокупности и взаимодействии с социально-бытовыми факторами. Согласно классификации психопатологических механизмов ООД больные шизофренией подразделяются на:

1. Продуктивно-психотические механизмы ООД

- с бредовой мотивацией;
- без бредовой мотивации.

2. Негативно-личностные механизмы ООД

- ситуационно-спровоцированные действия;
- инициативные действия. [5].

Цель исследования: провести анализ клинико-социальных и клинико-динамических данных больных шизофренией, совершивших ООД, и их влияние на негативно-личностный механизм правонарушения.

Материалы исследования: проанализированы клинико-социальные и клинико-динамические данные больных шизофренией, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦ ППН) с 1998-2006гг.

Методы исследования: клинико-психопатологический, патопсихологический, параклинический, клинико-статистический.

В нашем исследовании использовалась «Базисная карта», разработанная научными сотрудниками РНПЦ ППН и прилагающаяся к ней «Регистрационная карта». Карта состоит из 5 разделов, 353 вопросов.

Результаты исследования: социальное функционирование больных шизофренией и качество их жизни во время проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы определялось по многим психосоциальным показателям.

1. Клинико-социальный аспект больных шизофренией, совершивших ООД.

Мужчины составляли 410 человек (91,3%), женщины 39 человек (8,7%).

По национальной принадлежности лица казахской национальности составляли 229 человек (49,4%), русские и другие славянские национальности 169 человек (37,6%), иные – 58 человек (13%).

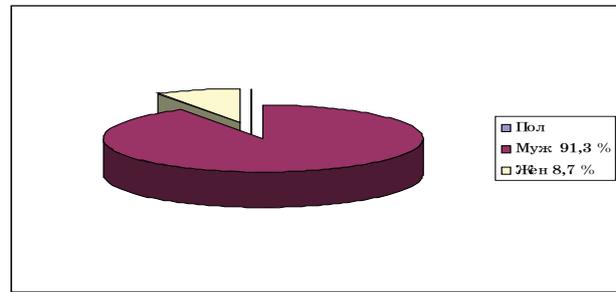


Рисунок 1- Половая принадлежность по шизофрении

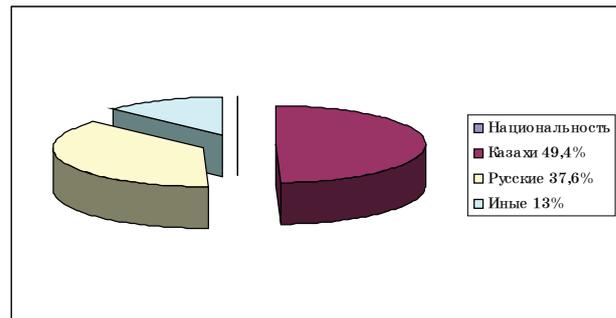


Рисунок 2 - Национальность подэкспертных шизофренией

Возрастной состав подэкспертных, страдающих шизофренией, выявил превалирование лиц юношеского, молодого, зрелого, трудоспособного возраста, который составлял 76,9%. От 40 до 60 лет их было 101 человек (22,5%). Единицы отмечались в возрасте старше 60 лет – 2 человека (0,4%).

Из общего числа обследованных лиц с шизофренией за 1998-2006гг. городских жителей было 244 (54%), а сельских несколько ниже – 205 (46%).

Образовательный уровень подэкспертных (среднее, незаконченное высшее и высшее) был достаточно высоким – 303 человека (67,5%). Неполное среднее образование (от 4 до 8 классов) имели 146 подэкспертных, что составляло 32,5%.

Работающих (занимающихся физическим, умственным трудом, военнослужащие) было 186 человек (41,4%), учащихся, студентов – 23 человека (5,1%), неработающих было 245 человек, что составляет 54,6%. При сопоставлении уровня образования, в котором превалировало число лиц с достаточно высоким уровнем образования (среднее, незаконченное высшее, высшее) с видом профессиональной деятельности подэкспертных выступает несоответствие этих данных, свидетельствующее о девальвации в период общественно-экономических преобразований интеллектуального труда и социально-трудовой дезадаптации испытуемых.

Холостые, разведенные и вдовцы составляли 341 человек (76,6%). Женатые/замужние состав-

ляли 105 человек (23,4%). Этот показатель подтверждал социальную дезадаптированность подэкспертных, трудность установления прочных, теплых семейных отношений.

Большинство подэкспертных не имели семьи – 341 человек (75,9%), из этого числа почти 80 % были лица, которые не смогли состояться в браке из-за конфликтных отношений с членами семьи. К ним же относятся лица, находящиеся в браке, но имеющие конфликтные трудности в коммуникациях с членами своей семьи – 72 человека (16%).

Из общего числа испытуемых жили в своих квартирах, в собственном доме, снимали жил. площадь, проживали с родителями 346 человек (77%), однако все они утверждали, что жилищно-бытовые условия не соответствовали элементарным условиям. Почти 50% подэкспертных утверждали, что проживают в нищенских условиях. Не имели жилья 102 человека (22,7%).

В полной семье выросли немногим более одной четверти испытуемых (26,6%). В неполной семье воспитывались около половины подэкспертных (46,8%), обращает на себя внимание тот факт, что из этого количества подавляющее большинство лиц проживало без отца (36,7%), и лишь меньшая часть воспитывалась без матери (10,1%). Остальная четверть пациентов выросли у бабушек и дедушек (9,4%); часть жили с родственниками (15,1%). Единичны воспитывались в детском доме (2,2%).

Уважительное отношение к родителям, старшим имело место лишь у меньшинства пациентов (11,5%), что не характерно этническим особенностям казахской семьи. Заметим, что ещё Ш.Уалиханов, говоря о самобытности казахской культуры, обращал внимание на такие черты национального характера, как почитание младшими старших, сострадательность как по отношению к отдельному человеку, так и к целым группам [5].

Более чем у одной трети пациентов было подчиненное отношение к старшим. Преобладает формальное, индифферентное, безразличное отношение к старшим (20,1%, 14,1%, 20,1%). У незначительного числа были партнерские отношения и гиперопека.

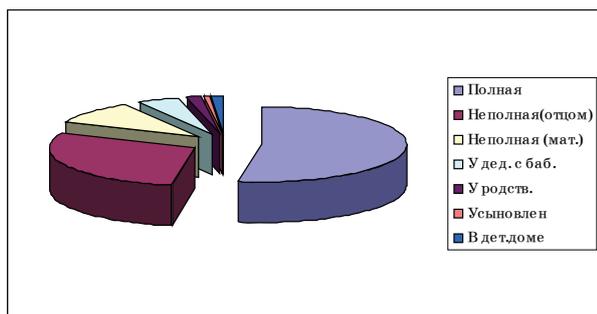


Рисунок 3 - В какой семье воспитывался

254 человека (56,6%) совершали суицидальные попытки до госпитализации на стац.СПЭ до 1-3 раз, а 195 человек (43,4%) их не совершали.

Клинико-динамический аспект больных шизофренией, совершивших ООД.

Нозологические формы шизофрении были представлены следующими группами по МКБ-10

Параноидная шизофрения F20.0 – 198 больных
Шизотипическое расстройство F 21.0 – 101 больной

Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении F 23.1 - 150 больных.

При клиническом анализе у всех испытуемых в преморбиде отмечались особенности воспитания в семьях, формирование личностных особенностей. Выросшие в семьях, где преобладали методы воспитания по типу «принуждения»- подчинения, формальности, безразличия наблюдались в 152 случаях (33,9%). Воспитание в конфликтных семьях при бытовой неустроенности имело место у 121 больного (27%), что способствовало поиску альтернативного сопереживания вне семьи. У 42 больных (33%) в семье отмечалось жестокое обращение, насилие. Агрессия приводила к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой в виде табакокурения, злоупотребления алкоголем, что предшествовало совершению криминальных поступков. Преобладающее влияние неблагоприятного семейного микросоциума являлось причиной безнадзорности детей, подростков. Начиная с 9-12-летнего возраста наблюдались преимущественно внесемейные, отрицательные, социальные влияния (культ силы, табакокурение, эпизодическое употребление алкоголя, хулиганство). Другая группа подэкспертных выросла и воспитывалась в условиях эмоциональной депривации. У них формировались формы поведения с эмоционально-волевой неустойчивостью. В 25% случаев (112) исследуемые переживали ситуацию развода родителей в начале пубертатного периода; в большинстве случаев эта психотравмирующая обстановка имела пролонгированный характер. В этой группе больных с 14-15-летнего возраста отмечалось стойкое влечение к табаку и эпизодическое употребление анаши. Они имели приводы в милицию, совершали мелкие кражи, разбои, грабежи, (делинквентное поведение). С пубертатного возраста наблюдалась антиобщественная направленность жизненных позиций, склонность к закреплению асоциальных установок, снижение познавательной активности, недостаточная глубина эмоционального сопереживания (эмпатическая

Почти 75% из обследованных ранее состояли на диспансерном учете по психиатрическому



заболеванию, были многократно госпитализированы. В 12% случаев эти лица состояли на диспансерном учете в наркодиспансере. В 13% случаев обследуемые на диспансерном учете нигде не состояли. Впервые привлекались к уголовной ответственности около 45% подэкспертных, повторно привлекались 22%, а 33% привлекались свыше двух раз.

Изучая социальную опасность больных шизофренией было установлено, что больше половины всех обследованных имели антисоциальный анамнез, ранее привлекались к уголовной ответственности, отбывали наказания, многократно лечились в психиатрических стационарах. Почти у половины обследуемых с шизофренией в период СПЭ острая психотическая симптоматика дезактуализировалась, но появилась психопатоподобная симптоматика.

Изучив факторы риска возникновения ООД с учетом данных формирования личности, во время проведения стац.СПЭ больные шизофренией были разделены на 2 группы по ведущему психопатологическому синдрому:

1 группа – больные с позитивно-продуктивной активной психопатологической симптоматикой – 259 больных.

2 группа больных с негативно-личностными расстройствами – 190 больных.

По социальной опасности в 1 группу больных вошли лица, которые реже совершали (почти на половину) во время стационарной СПЭ ООД, несмотря на то, что они обнаруживали психопатологическую симптоматику –галлюцинаторно-бредовую, аффективную, аффективно-бредовую. Эти больные в большинстве случаев не обнаруживали провоцирующее поведение. Во 2 группу вошли больные, обнаруживающие негативно-личностные расстройства (дефицит эмоций, импульсивность, психопатоподобный синдром, элементы гебоидности). Больные из этой группы были склонны к нарушениям режима, проявляли жестокость при контакте с медицинским персоналом, при наличии сотрудников охраны и против них. Они часто шантажировали других подэкспертных, под угрозой избиения отбирали у них «передачи, сигареты». В меньшей степени поведение больных в этой группе определялось переоценкой своих возможностей, либо недостаточным критическим отношением к ситуации, из-за захлестнувших эмоций – обиды, унижения.

В группе больных (245 человек), где деликты совершались по негативно-личностным мотивам не обязательно означали полное отсутствие продуктивных психотических симптомов. Одна-

ко эти симптомы не определяли мотивацию преступления. Не смотря на наличие реально-бытовой ситуации, предшествующей деликту, при экспертном анализе выявлялся дефицит эмоций, морально-этическое снижение, неспособность адекватно реагировать на ситуационные факторы. Поэтому мы в наших исследованиях подразделили негативно-личностные механизмы на инициативные – совершенные по инициативе больного и ситуационно-спровоцированные, т.е.обусловленные воздействием каких-либо обстоятельств реальной ситуации. В наших наблюдениях инициативные преступления, не связанные с психотической симптоматикой совершили 156 человек (63,7%), а ситуационно-спровоцированные -89 человек (36,3%). Характеристики психопатологических механизмов ООД как инициативных, так и ситуационно-спровоцированных являются относительно условными. При чем при ситуационно-спровоцированном правонарушении больные были не способны контролировать хотя бы наиболее выраженные эксплозивные, истерические, авантюристические формы поведения. Их противоправное поведение было направлено против лиц, которые спровоцировали его. При этом обращало на себя внимание в 25% случаев разница между незначительным поводом и тяжестью агрессии. Объяснение можно найти в морально-этической ущербности больных, недостаточности высших эмоций. Во время стационарной судебно-психиатрической экспертизы подэкспертные не проявляли сочувствия к потерпевшим, не раскаивались, оставались равнодушными, были эмоционально уплощены, выявлялась вычурность, манерность, гримасничанье.

Литература:

- 1.Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им.Корсакова, 1983г. №5. С.707-711.
- 2.Кондратьев Ф.В. Новые аспекты дифференциального диагноза, связанные с патоморфозом шизофрении. V советско –финляндский симпозиум по психиатрии. М., 1985г. С.132-141.
- 3.Подрезова Л.А. Проблема вменяемости при шизофрении. Автореферат дис.докт. мед. наук. М., 1988г. 45 с.
- 4.Шостакович Б.В., Кондратьев Ф.В. Современные судебно-психиатрические проблемы шизофренического спектра. М., 1999г.С.163-178.
- 5.Мальцева М.М., Котов В.Б. Опасные действия психически больных.М., 1995г. 256с.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН НАХОДЯЩИХСЯ НА ИЗЛЕЧЕНИИ В НАРКОДИСПАНСЕРЕ Г.ШЫМКЕНТ

А.С.Биболова, К.Ж.Жумагулова Международнй Казакско-Турецкий университет им.Х.А.Ясави, г.Шымкент

В развитии алкоголизма важную роль играют особенности личности: внушаемость, эмоциональная лабильность, дезадаптация и индивидуальные особенности организма, предрасполагающие к привыканию.

Нами проводилось социально-гигиеническое и психологическое исследование причин алкоголизации и наркомании среди женщин, находящихся на лечении в центральном наркологическом диспансере, из них 48 страдали алкоголизмом, 16 наркоманией. Средний возраст страдающих алкоголизмом составил 48 лет, а наркоманией 26 лет.

К ранней наркомании относили возраст с 12 лет (3 чел.), алкоголизму – 16 лет (18 чел.).

Известно, что в молодом возрасте условные рефлексы вырабатываются быстро, в короткие сроки происходит привыкание. Опрошенные отметили, что прием алкоголя вызывал раскованность у 72%, а у наркоманов в большинстве случаев отмечалась эйфория. Агрессия, вялость, подавленность на другой день выявлены у 13% больных. При обследовании в наркологическом отделении у каждой женщины в среднем были определены не менее 2-х соматических заболеваний, в основном заболевания желудочно-кишечного тракта (гепатиты, цирроз печени), мочеполовой системы (пиелонефрит), болезни сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, миокардиодистрофии алкогольной этиологии).

Изучение анамнеза позволило выявить, что большинство женщин имели проблемы в детстве: выросли в неполных семьях, родители злоупотребляли алкоголем и в 14-16 лет сами стали употреблять алкоголь. У этих девочек было злокачественное течение алкоголизма, через 2 года формировался хронический алкоголизм; исчезали защитные реакции (рвоты, ломоты в теле), появились агрессивность, конфликтность, склонность к дракам и т.д. Как показали исследования, имелись четкие корреляции алкоголизма женщин с

профессией (38%), - женщины оказались в прошлом работниками торговли и пищеблоков. 56% женщин употреблявших алкоголь не имели семьи к моменту их постановки на учет в наркологический диспансер.

Разговоры о детях женщины заводили неохотно, ощущали чувства вины, обиды. Анкетирование по определению психологического типа у 64% позволило выявить тип “Зомби” по шкале тревоги Тейлора, у большинства (78%) установлена высокая степень тревожности – от 20 до 40 баллов.

Так же как и при других заболеваниях, связанных с зависимостью от психоактивных веществ, при наркомании имеется целый ряд причин, способствующих возникновению болезни. Их можно разделить на три группы: 1) обстоятельства, связанные с особенностями развития и строения организма (к ним относятся наличие определенных заболеваний у родителей, поведение матери, в том числе употребление ею психоактивных веществ во время беременности, перенесенные, особенно в детском возрасте, болезни, индивидуальные особенности обмена веществ и, наконец, пол и возраст); 2) психологические причины, связанные с характером человека, его привычками, интересами, умственными способностями, особенностями его реакции на различные жизненные ситуации; 3) социальные факторы.

Доказано, что при депрессии нейронами мало выделяются: норадреналин, дофамин, серотонин, которые поддерживают гармоничное, радостное состояние организма, обеспечивают адаптацию к окружающей среде. Дефицит этих гормонов дезадаптированные личности пытаются восполнить искусственным путем, употребляя алкоголь и наркотики. Как можно помочь организму? Это включение резервных механизмов – очищение сознания, мышления и чувств т.е. сердца.



НОВЫЙ БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ МЕТОД УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

*Е.Ж.Габдуллина, И.Я.Клейнбок, В.И.Цицурин, Г.Б.Исакова, Е.Х.Айбасов Институт физиологии
человека и животных МОН РК, г.Алматы*

В коже человека нами выявлены зоны преимущественной локализации рецепторов, воспринимающих определенные диапазоны внешнего температурного воздействия [1]. Изучены изменения свойств этих зон в зависимости от факторов среды (сезоны года, эмоциональный настрой, тренированность организма). Показано, что адекватное температурное воздействие на эти зоны влияет на функциональное состояние сомато-висцеральных систем и органов. Интегральными методами выявлено, что адекватная стимуляция зон, локализующихся в различных участках кожи, и воспринимающих различные диапазоны внешних температур дифференцированно воздействует на состояние тех или иных систем. Это еще раз подтверждает факт постоянного афферентного контроля со стороны рецепторного аппарата кожи за гомеостазом организма в целом и состоянием сомато-висцеральных функций в частности.

На основе полученных данных нами предложен метод коррекции функционального состояния организма человека, страдающего нарушениями вегетативной регуляции функций организма [2]. Метод применен для нормализации функционального состояния организма у жителей Семипалатинского региона, подвергшихся воздействию хронического ионизирующего облучения. Работа проводилась на базе поликлинического отделения НИИ РМЭ МЗ РК совместно с сотрудниками этого института.

Известно, что нарушения, вызванные радиационным воздействием, передаются по наследству. Возникающие при этом три типа мутаций -генные, хромосомные, геномные, передаются через половые клетки в черед поколений. Даже один радиоактивный атом может стать причиной мутаций. Это выражается в заболеваниях систем кровообращения, костно-мышечной, нервной, и желудочно-кишечного тракта и др.

Реабилитация таких пациентов предусматривает в основном медикаментозное симптоматическое лечение. Однако в связи с комплексной соматической патологией эти симптомы – головные боли, повышенное артериальное давление, боли в костно-суставной и мышечной системах, плохо поддаются традиционному лечению анальгетиками, сосудистыми и нестероидными противовоспалительными препаратами.

Наш метод заключается в адекватной температурной стимуляции кожных зон преимущественной

концентрации температурных рецепторов холодной и тепловой модальности. На участки кожи, находящиеся в верхней части тела, а именно – в верхней трети грудной клетки и в верхней части спины, воздействуют температурой холодной модальности соответствующей температуре 12-16°C. На температурные рецепторы тепловой модальности, расположенные на границе нижней трети передней поверхности грудной клетки и верхней трети брюшной стенки, а также в средней трети спины воздействуют температурой тепловой модальности соответствующей температуре 42-45°C. Термостимуляцию наносили с помощью специальных термодов площадью 100 см², которые последовательно воздействуют в течение трёх минут на каждую кожную зону преимущественной концентрации температурных рецепторов холодной и тепловых модальностей тремя 10 дневными курсами с месячным перерывом между ними.

Было обследовано 97 человек. У каждого обследованного пациента были выявлены или синдромом вегетативной дисфункции (СВД) или нейроциркуляторной дистонии, которые обычно имеют место у людей, подвергшихся хроническому ионизирующему облучению. Эти состояния отличаются этиологической и патогенетической неоднородностью и, зависящей от этого, разнородностью основных и сопровождающих жалоб.

Весь курс лечения сопровождался исследованием variability сердечного ритма. Этот показатель считается результирующей деятельности всех систем организма, в частности, он отражает состояние симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, вегетативную и центральную регуляцию [3].

Показатели variability сердечного ритма менялись с применением каждого температурного воздействия, что является дополнительным доказательством вовлечения в реакцию терморегуляции большинства систем организма человека. Систематическая адекватная температурная стимуляция деятельности различных отделов сомато-висцеральной системы, проводимая в течение всего курса лечения, приводила к нормализации нарушенных функций, включая и нормализацию уровня артериального давления. Анализ показал, что предлагаемый способ адекватной температурной стимуляции чувствительных зон кожи даёт положительный эффект в 60% случаев.



Физиологический механизм полученного положительного терапевтического эффекта заключается в том, что адекватная температурная стимуляция выбранных зон кожи запускает адекватную реакцию системы терморегуляции, которая включает в себя реакцию различных отделов сомато-висцеральной системы. Внешние воздействия среды и внутренний статус организма способны менять свойства терморецепторов кожи, которые, в зависимости от этого, определенным образом воспринимая приходящий сигнал, по принципу обратной связи, оказывают влияние на функциональное состояние жизненно важных систем организма в целом [4].

Проведенные в течение последних трех лет исследования вскрыли одну из сторон физиологической целесообразности этого явления: в зависимости от внешних воздействий и внутреннего статуса организма те или иные термочувствительные зоны периодически выполняют разные функции. При этом при адекватной и неадекватной температурной стимуляции кожи всех четырех зон ответные реакции осуществляются, как известно, посредством изменения тонуса сомато-висцеральных систем.

С нашей точки зрения, ценность этого метода заключается еще и в том, что терапевтическое

термовоздействие может проводиться не непосредственно над местом поражения, а на определенном удалении от него. Кроме того, необходимо подчеркнуть безвредность таких мероприятий для организма.

Литература

1. Габдуллина Е.Ж., Клейнбок И.Я. Региональность температурной чувствительности кожи человека. //Нейрофизиология. – 1992. – Т.24, № 5. – С.591-598.

2. Клейнбок И.Я., Габдуллина Е.Ж., Цицурин В.И., Апсаликов К.Н., Галич Б.В., Р.Т.Булеуханова Р.Т., Токанов А.М. Немедикаментозная нормализация кардиореспираторной функции организма человека. //Известия МОН РК, НАН РК. Серия биол. и мед. – 2005. – № 4. – С.44-49.

3. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейшин Л.В. Анализ ВРС при использовании различных электрокардиографических систем. //Вестн. аритмологии. – 2001. – № 24. – С.65-86.

4. Клейнбок И.Я., Цицурин В.И., Габдуллина Е.Ж. Влияние дозированной адекватной термостимуляции «специфических» кожных зон спины человека на термочувствительность кожи и тонус вегетативной нервной системы. //Известия МОН, НАН РК, Серия биол. и мед. – 2004. – № 4. – С.76-84.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА В КОМПЛЕКСЕ С ЗАКАЛИВАЮЩИМИ ПРОЦЕДУРАМИ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХОБЛ

Л.И.Нурғалиева, К.Д.Сейтжанова, Ж.Х.Имамбаева, М.Д.Хасенова, В.В.Савостьянов, С.А.Нурғалиева КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Среди экстрагенитальной патологии в настоящее время отмечается рост хронических заболеваний органов дыхания, а именно хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ). Частота их, как известно, удвоилась за последние 10 лет [1,2,3]. Обращает внимание рост частоты заболеваний бронхолегочной системы среди беременных, особенно в осенне-зимнее время, что серьезно ухудшает течение беременности и исход родов [4,5,6]. Все это придает проблеме новое качество. Проведение указанным больным только медикаментозной терапии, как практика показывает, приводит к хронизации процесса, инвалидизации [7]. Следовательно, применение в процессе диспансерного наблюдения беременными элементов здорового образа жизни, лечебной физкультуры, в частности методики дыхательной гимнастики в комплексе с закаливающими процедурами, оправдано.

Цель: оценка эффективности дыхательной гимнастики в комплексе с закаливающими процедурами в процессе реабилитации беременных с хроническими обструктивными болезнями легких.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились 120 беременных с ХОБЛ при сроке беременности 26-30 недель, состоящих на диспансерном учете в женской консультации №8,6 г. Алматы. Из них 70 беременных (основная группа) прошли семинарские занятия по специально разработанной методике, состоящей из 4 частей: 1 часть - психоэмоциональная подготовка с элементами медитации, 2 часть – физические упражнения, 3 часть - дыхательная гимнастика, усовершенствованной специальными дыхательными упражнениями в виде ритмичного трехъярусного дыхания, дыхании с удлиненным и укороченным вдохом и выдохом, серии упражне-



нии на задержку дыхания, упражнении из парадоксальной гимнастики, 4 часть - заключительная - закаливающая процедура в виде обливания холодной водой. Группу сравнения составили 50 беременных, непрошедших оздоровительную подготовку.

Результаты обсуждения: Под влиянием комплексной оздоровительной методики в основной группе беременных наблюдалось снижение частоты обострения ХОБЛ в 4 раза. Так течение беременности осложнилось обострением хронического бронхита только у 3 беременных, прошедших оздоровление, что составила $4,29 \pm 2,42\%$, тогда как в группе сравнения у 13 беременных, непрошедших оздоровление, обострение наблюдалось с частотой в $26,00 \pm 6,20\%$. При этом рецидив обострения ХОБЛ в основной группе наблюдался у одной беременной ($1,43 \pm 1,42\%$), тогда как в группе сравнения у 4 беременных ($8,00 \pm 3,84\%$).

Среди осложнений гестационного процесса следует отметить высокую частоту распространения угрозы прерывания беременности в группе сравнения ($46,00 \pm 7,05\%$) не прошедших оздоровление, чем в основной группе ($25,71 \pm 5,22\%$). Следующим по частоте является отечно-гипертензионный синдром: у беременных основной группы данная патология в 1,5 раза реже ($p < 0,05$) встречалась, чем в группе сравнения. Обострение и осложнение основного заболевания в процессе гестации приводили к воспалительным изменениям амниотической оболочки, вызывая нарушение процессов образования и всасывания околоплодных вод - маловодие и многоводие. При этом у беременных, не прошедших оздоровительную подготовку, частота их составила $24,00 \pm 6,04\%$ и $16,00 \pm 5,18$, тогда как в основной группе маловодие наблюдалось $10,00 \pm 3,59\%$, а многоводие - $4,29 \pm 2,42\%$ ($p < 0,05$).

Снизилась осложнения в родах под влиянием оздоровления: несвоевременное излитие околоплодных вод встречалось почти в 2 раза реже ($p < 0,05$), аномалия родовой деятельности в 3 раза ($p < 0,05$), патология отделения и выделения послерода, а также гипо- и атонические кровотечения и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, не встречались, тогда как в группе сравнения они наблюдались в 2% случаев. Анализ оперативных вмешательств показал следующее: амниотомия, родовозбуждение и стимуляция родовой деятельности применялись в 5 раза реже ($p < 0,05$) в основной группе, чем у пациенток группы сравнения. В этой же группе производились ручное отделение и выделение послерода. Операция кесарево в основной группе пошедших оздоровление производилось в 3,6 раза реже ($p < 0,01$), чем в группе сравнения.

Заболевания органов дыхания опосредованно влияют на фетоплацентарный комплекс, вызывая развитие фетоплацентарной недостаточности

(ФПН), сопровождающейся гипотрофией и гипоксией плода. Так хроническая ФПН наблюдалась в 2, 5 раза чаще ($p < 0,05$) в группе сравнения и в связи с чем синдром задержки внутриутробного развития плода также в 2 раза чаще ($p < 0,05$) наблюдалась в группе не прошедшей оздоровительную подготовку. В раннем неонатальном периоде в 7 раза реже ($p < 0,05$) наблюдалась хроническая гипоксия плода, а сочетание гипотрофии и гипоксии новорожденного в 8 раза реже ($p < 0,05$) у детей, рожденных от матерей прошедших оздоровление, тогда как высокая частота проявления циркуляторной родовой травмы как гипоксическо - ишемическая энцефалопатия (12,00%), нарушение мозгового кровообращения различных степеней тяжести (22,00%) наблюдались у детей, матери которых не проходили занятия оздоровления и данное состояние новорожденных в 14% требовало продолжения реабилитационных мероприятий в специализированных учреждениях.

Положительное влияние дыхательной гимнастики с закаливающими процедурами на основные показатели респираторной системы при исследовании функции внешнего дыхания показало следующее, что у беременных основной группы достоверно наблюдается увеличение ЖЕЛ с 87% до 94%, ОФВ1 с 75% до 82%, МВЛ с 87% до 95%, РВ с 82% до 89%, МОД с 143% до 148%, что явно доказывает улучшение вентиляционной способности органов дыхания, бронхиальной проводимости, нарастание адаптивных возможностей организма. Тогда как в группе сравнения наблюдается снижение ЖЕЛ с 84% до 76%, ОФВ1 с 77% до 71%, МВЛ с 92% до 85%, РВ с 83% до 75%, МОД с 143% до 148%, что несомненно свидетельствуют о сохранении бронхоспастического синдрома, снижении бронхиальной проходимости.

Достоверно наблюдается увеличение выведения CO_2 и тем самым снижается pCO_2 с $32,97 \pm 0,73$ до $30,94 \pm 0,51$ мм. рт. ст., улучшается снабжение организма кислородом и об этом свидетельствует повышение pO_2 с $67,80 \pm 1,16$ до $75,45 \pm 1,53$ мм. рт. ст., значительно снижается HCO_3 с $21,46 \pm 0,44$ до $20,67 \pm 0,25$ ммоль/л, сатурация кислородом увеличивается с $93,52 \pm 0,33\%$ до $95,38 \pm 0,31\%$, что явно доказывает улучшение дыхательной поверхности легких, нарастание адаптивных возможностей организма. Тогда как в группе сравнения наблюдается накопление углекислого газа с повышением pCO_2 с $32,96 \pm 0,92$ до $35,59 \pm 0,57$ мм. рт. ст., насыщенность крови кислородом падает с $69,62 \pm 1,72$ до $62,59 \pm 0,89$ мм. рт. ст., повышается концентрация HCO_3 с $21,62 \pm 0,56$ до $23,95 \pm 0,43$ ммоль/л и связи с этим сатурация организма кислородом падает с $94,02 \pm 0,48$ до $92,72 \pm 0,42\%$, что несомненно свидетельствуют о напряженности функционального состояния системы кислотно-основного состояния.



Таким образом, специальная дородовая оздоровительная программа с применением дыхательной гимнастики с закаливающими процедурами может быть методом эффективной реабилитации беременных с ХОБЛ. Основная направленность этой методики - снижение частоты акушерских осложнений и перинатальных потерь, а также обострения с рецидивом ХОБЛ.

Литература:

1. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации. Хроническая обструктивная болезнь легких.- М.- 2006.- 230 с.

2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. National Institutes of Health, NHLB/WHO, Publication Number 2701. - April 2003. - 100 p

3. Путинцев В.И. Распространенность неспецифических заболеваний легких среди сельского и городского населения//Гигиена и санитария.- 1998.-№2.- С.91-93.

4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагестивной патологии у беременных - М. -1999г.- С. 8-14

5. Нахамчен Л.Г. Влияние патологии органов дыхания во время беременности на состояние новорожденных./ Пульмонология (Приложение).- 1992г.-№4-105 с.

6. Мурзабекова Г.С. Беременность и роды у женщин, перенесших операции на

7. Авдеев С.Н. Обострение ХОБЛ: современные подходы к диагностике и лечению (обзор).// Терапевтический архив. - 2004 . - № 11. - С. 43 - 50.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА – ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПОЛАКТИИ У БЕРЕМЕННЫХ

С.Б.Рахимова, К.Д.Сейтжанова, Л.И.Нурғалиева, М.Д.Хасенова, Г.А.Алиева КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГККП «родильный дом №5», г.Алматы

Тұжырым

Бұл ғылыми жұмыста, сауықтыру әдістемесі сүт бездерінің микроциркуляциясын жақсартуға тиімді әсерін тигізетіндігі дәлелденген.

Алынған мәліметтер негізінде, осы өзгерістер, ересек жастағы алғаш босанушы әйелдерде босанғаннан кейінгі лактация және лактогенез процессінің түзелуін жақсартады.

Summary

Thus, improvement of microcirculation in the mammary glands demonstrates the positive impact of wellness techniques. Based on the data reveal we can say that these changes to improve the subsequent formation of lactogenesis and postpartum process of becoming a lactation woman who gives birth for the first time.

В последние годы в литературных источниках описываются влияние дыхательной гимнастики на организм человека. Научно четко установлено, что дыхание в сочетании с физическими упражнениями является разносторонним сильнодействующим средством воздействия на организм. Как известно, медикаментозная терапия полностью не излечивает, процесс переходит в хроническую форму. Преимущество безмедикаментозной терапии в виде дыхательной гимнастики – это полное выздоровление и надежная профилактика обострения заболевания, нормализации функции иммунной системы, отсутствие аллергического проявления. Дыхательные упражнения, то есть, правильное брюшное дыхание, восстанавливают и активизируют сократительную способность главной дыхательной мышцы - диафрагмы мышц брюшного пресса, увеличивает жизненную емкость легких, снимает спазм бронхов, улучшает

их дренажную функцию, способствует нормализации легочного кровообращения и лимфотока, что благоприятно действует на рассасывание воспалительных очагов. Дыхательные упражнения улучшают гемодинамику органов брюшной полости, активизируют перистальтику кишечника, вообще деятельность желудочно-кишечного тракта, препятствуя возникновению застойных явлений в органах [1,2,3].

Мы рассматривали особенности лактационной функции у первородящих старшего возраста, занимавшихся разработанной проф. Сейтжановой К.Д. с соавторами, оздоровительной методикой для беременных, под названием «Физическая психоэмоциональная дородовая подготовка» (ФПЭП). Данная оздоровительная программа, проводилась с пациентками в условиях женской консультации с I триместра беременности в виде десяти ежемесячных семинарских занятий,



продолжительностью 2 часа, состоящее из 4-х частей: психоэмоциональной подготовки, физических упражнений, дыхательной гимнастики и закаливающей процедуры - обливание холодной водой. Предложенная методика, преследует цель самовоздействия на организм при помощи смены мышечного тонуса, регулируемого дыхания, образного представления нормального функционирования органов, систем, словесного подкрепления с целью повышения психоэмоционального потенциала, воспитания активного внимания, воли, формирования самообладания и активной реакции на раздражители. [4,5]. Как известно, грудное вскармливание относится к приоритетам первого порядка национальных систем здравоохранения, большинство стран мира включаются в программу «Безопасного материнства». Несмотря на важность проблемы, лактационная функция у первородящих старшего возраста мало изучена, почти нет данных об изучении структурных изменений в молочных железах. Для проведения профилактики гипогалактии предложены различные методы, но эффективных, на данном этапе в недостаточном количестве [6].

Целью исследования является изучение структуры и особенности скорости кровотока молочных желез, с определением суточного объема молока у первородящих старшего возраста в процессе прохождения оздоровительных дыхательных упражнений.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено у 50 женщин позднего репродуктивного периода, из них 30 женщин, за-

нимавшиеся оздоровительной методикой и 20 женщин сравнительной группы, не занимавшихся таковой методикой. Обе сравниваемые группы по возрасту, по паритету, по наличию экстрагенитальной патологии и акушерскому анамнезу были вполне репрезентативными. Для определения структуры молочных желез и скорости кровотока в сосудах молочных желез нами были проведены следующие методы исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) и доплерометрия молочных желез, а также исследование суточного объема лактации у исследуемых пациенток. УЗИ молочных желез проводилось для определения диаметра млечных протоков, толщины паренхимы молочной железы, диаметра аксиллярных лимфатических узлов. На доплерографии молочных желез изучался кровоток максимальной и минимальной скорости, индекса резистентности в следующих сосудах молочной железы (латеральной грудной артерии справа и слева, в интрапаренхиматозных сосудах. УЗИ и доплерометрия проводились УЗ-аппаратом «Logiq», поверхностным датчиком 10 МГц (УЗИ), и специальной доплер-приставкой). Определение суточного объема молока, производилось изучением метода контрольного взвешивания детей до и после кормления.[7,8,9].

Результаты исследования и их обсуждения: исследование значения толщины паренхимы молочной железы, диаметр млечных протоков и диаметр аксиллярных лимфатических узлов в основной и сравнительной группах показали следующее (таблице 1).

Таблица 1 – Сравнительные параметры молочных желез в изучаемых группах

Группы	Толщина паренхимы функционального слоя, см	P	Диаметр млечных протоков, см	P	диаметр аксиллярных лимфатических узлов, см	P
Основная гр. занимавшиеся оздоровительной методикой N=30	1,35+ 0,01	p<0,05	0,5+0,01	p<0,05	1,2+0,02	p<0,05
Сравнительная гр, не занимавшиеся оздоровительной методикой N=20	1,1+0,02	p<0,05	0,3+0,02	p<0,05	0,9+0,01	p<0,05

Как видно из таблицы 1, в основной группе отмечается, повышение толщины функционального слоя на 0,2 см, диаметра млечных протоков на 0,2 см, диаметра аксиллярных лимфатических узлов на 0,3 см, по сравнению с сравнительной группой ($p < 0,05$). Следовательно в процессе оздоровительной программы идут позитивные из-

менения в структуре молочной железы, усиление гипертрофии в молочных железах.

При проведении доплерометрического исследования скорости кровотока в латеральных грудных артериях и интрапаренхиматозных сосудах молочных желез в обеих сравниваемых группах выявлено следующее (таблица 2).



Таблица 2 - Скорость кровотока в латеральных грудных артериях и внутривисцеральных сосудах молочных желез.

Скорость кровотока см/сек	Латеральная грудная артерия справа.		p	Латеральная грудная артерия слева		p	Внутривисцеральные сосуды.		p
	Основная группа	Сравнит. группа		Основная группа	Сравнит. группа		Основная группа	Сравнит. группа	
V. max. sist. см/сек	9,1±0,01	8,4 ±0,01	<0,05	9,2±0,01	9,0±0,01	<0,05	8±0,02	7,4±0,01	<0,05
V min. diast см/сек	4,2±0,01	3,9 ±0,02	<0,05	4,2±0,02	4,0±0,01	<0,05	2,5±0,01	2,0±0,01	<0,05
Индекс резистентности	0,53±0,01	0,52±0,02	<0,05	0,54±0,02	0,55±0,01	<0,05	0,68±0,01	0,72±0,01	<0,05

Как видно из представленной таблицы № 2, скорость кровотока в грудных и внутривисцеральных артериях в основной и сравнительной группах разительно отличаются. В основной группе максимальная скорость кровотока, в латеральных грудных артериях справа и слева больше на 0,7см/сек, в внутривисцеральных

сосудах, больше на 0,6 см/сек, по сравнению с сравнительной группой. Минимальная скорость кровотока в грудных латеральных артериях справа и слева в основной группе, больше на 0,1 см/сек, в внутривисцеральных сосудах на 0,5 см/сек, по сравнению с сравнительной группой.

Таблица 3 - суточный объем лактации у исследуемых пациенток

Исследуемые группы	Режим кормления		
	1 сутки	2-3 сутки	5 сутки
Основная группа n - 30	50±0,01	250±0,001	500±0,001
Сравнительная группа n -20	25±0,001	200±0,002	300±0,001
P	> 0,05	> 0,05	<0,05

На основании полученных данных можно утверждать, что применение оздоровительных методик благоприятно влияет на состояние структуры молочных желез у первородящих старшего возраста, улучшает микроциркуляцию в молочных железах, что приводит в послеродовом периоде к достоверному увеличению объема и на становления лактации у первородящих старшего возраста.

Литература:

1) Мирсаидова М. У. Особенности гестационного процесса, родов, перинатальных исходов, послеродового периода и лактационной функции у женщин позднего репродуктивного возраста. Автореферат диссертации на соискание ученой степени КМН. Душанбе, 2004 г. С. 34.
 2) Каюпова Н.А., Кравцова Т.Г., Назыров. А.Т. Послеродовая лактация в группе высокого риска. Алматы, 1997. С.7-8.
 3) Кравцова Т.Г. Патогенез, прогнозирование и профилактика нарушения лактогенеза у беременных групп высокого риска. Автореферат диссертации на соискание ДМН. Алматы, 2002 г. С. 34.

4) Сейтжанова К.Д., Имамбаева Ж.Х., Иманбаева Ж.А., Палтушева Т.П. //Физическая психоэмоциональная дородовая подготовка беременных (методическое пособие).- Алматы. – 2006 – 62 с.
 5) Иманбаева Ж.А. Влияние физической, психоэмоциональной дородовая подготовки на исход беременности и родов. Автореферат диссертации на соискание к.м.н. Алматы 2007 г. С 25.
 6) Заболотская Н.В. Новые технологии ультразвукового исследования в диагностике заболевании молочных желез. Диссертация на соискание ученой степени ДМН. Москва, 2001 г. С.62.
 7) Абсерханова З.У. Нарушение лактационной функции и ее коррекция у первородящих женщин позднего репродуктивного возраста. Автореферат диссертации на соискание КМН. Ростов-на-Дону 2002 г. С. 34
 8) Заболотская Н.В. Ультразвуковое исследование сосудов молочной железы. /Ультразвуковая диагностика (практическое руководство). Допплерография: СД – атлас. Под ред. Митькова В.В.// М., Видар -1999.-С. 59-66.
 9) Попович М.В. Состояние лактации при разных режимах кормления новорожденных и грудных детей. Автореферат диссертации на соискание к.м.н. Москва 2005 г. С 32.



ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ

*К.Д.Сейтжанова, Г.К.Омарова, Ж.А.Иманбаева, Г.Т.Наурызбаева, Г.К.Калдыбаев Казахский
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, ГККП «родильный дом №5», г.Алматы*

Тұжырым

Біздің көзқарасымыз бойынша осы күрделі жұмысты ұымдастыру бірінші кезекте әйелдер консультациясынан, перзентхананың жүкті әйел паталогиясы бөлімшесінен басталуы керек. Бәрімізге мәлім, өміріміздің өзі үлкен қалаларда жүкті әйелдерге арналған сауықтыру орталықтарын талап етеді. Олар үлкен қамқорлықты қажет етеді, әйел денсаулығы-бүкіл халықтың дансаулығы емес пе? Қорыта келгенде, осы шаралар-перинаталдық және ана ауыршылдығы мен өлімінің алдын алудың нәтижелелігі болады.

Summary

As we suppose organization of this process should start from work in women's centers, in pathology departments of maternity hospitals. They deserve such kind of care, moreover – women's health is health of the whole nation. Summarizing, all these events are effective prevention of perinatal and mother incidence and death.

Главное задачей Государственной программы реформирования и развития здравоохранения является улучшение медико-демографической ситуации в нашей стране. Решение этой задачи в первую очередь связано с охраной здоровья матери и ребенка. Здоровье матери как известно, зависит от образа жизни. Следовательно, изменяя образ жизни, внедряя элементы здорового образа жизни и оздоровительных методик, можно существенно повлиять на состояние здоровья беременных [1, 2].

Задачей настоящего сообщения, является ознакомить медицинскую общественность с состоянием и проблемами обсуждаемого вопроса. Несмотря на обилие оздоровительных систем в настоящее время мало оздоровительных программ для беременных, зачастую авторы имеющихся систем считают беременность, роды одним из противопоказаний к их применению. В последние годы в нашей Республике появился ряд оздоровительных программ в основном для беременных, к сожалению, они в основном в частных руках, преследующих, естественно, в первую очередь финансовые интересы. Во-вторых, отсутствует, четко апробированная, научно обоснованная программа; в-третьих, имеет место разобщенность по различным специальностям (терапевт, педиатр и т.д.), отсутствие объединяющего корректирующего центра. В связи с этим нам думается, созрел вопрос о создании общества или ассоциации специалистов по оздоровительной системе [3,4].

Как видно организация оздоровления беременных непростая задача и имеет свои особенности. Ранее существующая психо-профилактика беременных в настоящее время не отвечает современным требованиям. Настала необходимость коренным образом изменить старый стереотип мышления, психологию врачей, в первую очередь врачей женских консультаций. Работу начать надо, на наш взгляд с обучения врачей конкретно апробированным науч-

но обоснованным методам оздоровления. Если десять лет тому назад таких систем не бывало, а сейчас их мало, но есть. Вопрос подготовки врачей сейчас положительно решается Казахским национальным медицинским университетом, организацией нового цикла усовершенствования, нацеленная на обучение врачей женских консультаций, отделений патологии беременных, центров оздоровления, для специалистов из служб платных услуг.

Следующая важная проблема - это психо-эмоциональное состояние беременных, рожениц, родильниц. В настоящее время мало научных исследований, посвященных изучению психоэмоционального состояния беременных, образа жизни, влияния физических и природных факторов на гестационный процесс. Как показали наши исследования, во время беременности, особенно в послеродовом периоде, депрессией страдает каждая вторая-третья женщина. Они на сегодняшний день не обеспечены на должном уровне, психологической помощью, необходимость организации таковой становится очевидной.

Требуется организация оздоровительных мероприятий в родильном блоке, в послеоперационных палатах, реанимационных отделениях и естественно подготовки специалистов: акушеров, анестезиологов и неонатологов, ознакомленных с этой проблемой. Также требует неотлагательного решения вопрос о предгравидарной подготовке женщин. Думается, этим вопросом должны заниматься компетентные специально подготовленные специалисты, хорошо знающие и информированные особенностями ювенильного и подросткового возраста с специально подготовленной оздоровительной программой.

Организацию данной сложной работы, на наш взгляд, надо начать в первую очередь в женских консультациях, в отделениях патологии беременных родильных домов. Как видно, сама жизнь требует организации в больших городах оз-



доровительных центров для беременных. Они заслуживают такой заботы, ведь здоровье женщины - это здоровье нации. В конечном счете, эти мероприятия есть – эффективная профилактика перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

Литература

1. Девятко В.Н., Аханов А.А, Здоровье народа и здравоохранение Казахстана в переходный период: опыт, уроки, проблемы. – Алматы, 1999, 140с.

2. Сейтжанова К.Д., Палтушева Т.П., Имамбаева Ж.Х., Иманбаева Ж.А. Физическая психоэмоциональная дородовая подготовка беременных. Методическое пособие. – Алматы, 2006, 61с.

3. Иманбаева Ж.А. Влияние физической, психо-эмоциональной подготовки на исход беременности и родов. Автореферат кандидатской диссертации. Алматы, 2008г.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н.И.Распопова, Е.Б.Дуплякин Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы

К началу XXI века депрессивные и тревожные расстройства заняли одно из первых мест в структуре психической патологии. По данным ВОЗ за 2000г., они составили около 40% от общего количества зарегистрированных в мире психических расстройств /1/. Отмечено, что до 20-25% женщин и 7-12% мужчин хотя бы один раз в жизни перенесли депрессивный эпизод, а 3-4% всего населения планеты страдает рецидивирующей депрессией /2/.

Статистические показатели распространенности депрессии в населении продолжают неуклонно расти, и за последнее десятилетие они увеличились с 5% до 25-30%, то есть в 5-6 раз /3/. Тяжелыми формами депрессии страдают 5% населения. Значимость депрессии определяется характером её течения - рецидивирующим или непрерывным. Отмеченный характер депрессии наблюдается у 60% больных /4/. Есть данные о том, что у больных, перенесших один депрессивный эпизод, в 50% случаев наблюдается повторный. У пациентов, перенесших три депрессивных приступа, в 90% случаев есть риск перенести четвертый эпизод. Тяжесть состояния пациентов пребывающих в депрессии, определяется не только медицинскими, но и социальными критериями, а именно: снижением или потерей трудоспособности и ухудшением качества жизни, высоким риском суицидов. Всё это влечет за собой серьезный экономический ущерб /5/.

Согласно многочисленным эпидемиологическим и клиническим исследованиям среди больных, обращающихся к врачам общего профиля, количество лиц с состояниями, относимыми к широкому кругу депрессивных, продолжает расти. Абсолютным большинством авторов подобная

картина связывается с изменившимися социально-психологическими условиями жизни общества. Однако не сбрасывается со счетов также большая выявляемость депрессий и, в несколько меньшей степени, патоморфоз как психических, так и соматических заболеваний, обусловленный, в числе прочих причин, успехами современной терапии.

Среди причин медицинских консультаций в развитых странах, эмоциональные расстройства занимают третье место и являются основной рабочей нагрузкой для психиатров. По поводу этих расстройств женщины в 2-3 раза чаще, чем мужчины, обращаются за помощью к врачу первичного звена здравоохранения /3/.

Депрессивные расстройства подразделяются на эндогенные, соматогенные (симптоматические) и психогенные, в том числе ятрогенные, нозогенные (реакция на болезнь) формы /6/. В патогенезе депрессий имеют значение нейробиологические (генетические, нарушение метаболизма биогенных аминов), психосоциальные (стресс), конституциональные (определенный тип личности) и другие факторы.

Цель исследования: выявление и изучение депрессивных расстройств, среди пациентов, страдающих сахарным диабетом, осложненным офтальмопатологией на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (далее ПМСП).

Материал и методы. Нами проведено обследование 134 больных, страдающих сахарным диабетом, из которых депрессивные расстройства были выявлены у 28 больных (21,3%), и их сочетании с офтальмологической патологией - у 24 (17,9%). Выявление депрессивных расстройств проводилось с использованием международных диагностических шкал (HADS, опросник Цунга).



Собственные данные. Среди обследованных преобладали женщины (91%), преимущественно в возрасте старше 60 лет (77%), что показано на рисунках 1,2.

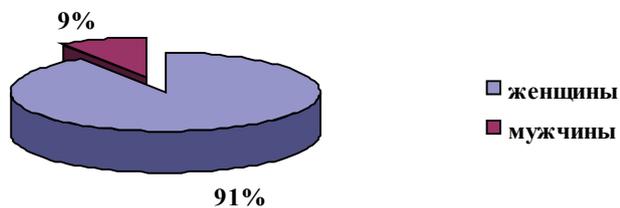


Рисунок 1 - Распределение больных с сахарным диабетом и депрессивными расстройствами по полу

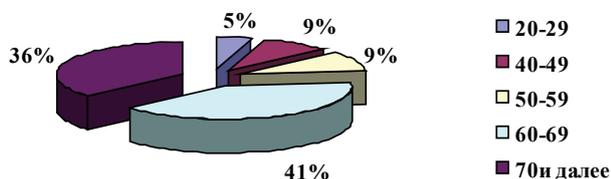


Рисунок 2 - Распределение больных с сахарным диабетом осложненного офтальмопатологией и депрессивными расстройствами по возрасту

Все обследованные страдали сахарным диабетом (СД), преимущественно тяжелой степени, в 40% случаев была выявлена наследственная отягощенность данным заболеванием, по месту жительства преобладали жители города.

Депрессивные расстройства, выявлявшиеся у обследованных данной группы, преимущественно носили скрытый, ларвированный характер. Больные были фиксированы на соматической патологии и жалоб на подавленное настроение открыто не предъявляли, считали общий дискомфорт, тревогу, недомогание, вялость, отсутствие стремления к деятельности проявлением СД. Депрессивные расстройства у таких больных выявлялись лишь при целенаправленном расспросе и подтверждались диагностическими тестами.

Выявленные у больных с СД депрессивные состояния преимущественно носили психогенный (68,1%) и соматогенный (27,2%) характер, и лишь в единичных случаях (4,7%) можно было подозревать наличие эндогенной депрессивной фазы.

По преобладанию психопатологического синдрома при легкой степени СД выявлялись тревожные депрессии, которые проявлялись постоянным ощущением внутреннего напряжения, расстройствами сна, временами переходящими в приступы тревоги, отдаленно напоминающие панические

атаки. Больные угнетены, подавлены, боязливы, беспокоятся за свое будущее, не уверены в правильности своих действий в настоящем.

При средней степени СД чаще наблюдались тоскливые депрессии, с пониженным, подавленным настроением, ощущением тяжести на душе, наблюдалась интеллектуальная и моторная заторможенность, идеи физической ущербности, связанной со снижением уровня социального функционирования, обусловленного соматической патологией. Больные воспринимали окружающее в мрачном свете, впечатления, доставляющие удовольствие, не интересуют, утрачивают свою актуальность.

При тяжелой степени СД преобладали апатическая и адинамическая формы. Апатическая депрессия - на первом плане у таких больных наблюдались затруднение выполнения умственных и физических нагрузок, отсутствие желания и стремления к какому-либо виду деятельности, снижен уровень побуждений. Настроение снижено, с чувством тоски, идеи самообвинения - с фрагментарными суицидальными мыслями.

Адинамическая депрессия характеризовалась слабостью, вялостью, бессилием, разбитостью, внутренней расслабленностью, невозможностью или затруднением в выполнении обычной физической или умственной деятельности, безынициативностью, отсутствием желаний и побуждений.

Сочетание СД с депрессивными расстройствами утяжеляло течение основного соматического заболевания и значительно снижало качество жизни пациентов.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование показало, что СД часто сочетается с депрессивными расстройствами, которые усугубляют течение основного заболевания. Это приводит к быстрому развитию осложнений, в частности, в форме офтальмологической патологии. Больные, страдающие СД, относятся к группе риска по развитию депрессии, что позволяет рекомендовать включение в комплекс обследования и лечения больных СД участие психотерапевта.

Комплексная терапия СД совместными усилиями врачей различных специальностей (эндокринолога, офтальмолога, психотерапевта) позволит повысить качество оказания медицинской помощи данной категории больных. Своевременное выявление и лечение депрессивных расстройств при СД может служить профилактикой осложнений данного заболевания.

Литература:

1 Cross-national comparisons of the prevalence's and correlates of mental disorders // Bull. WHO. — 2000. — Vol. 78, № 4. — P. 413–426.

2 Вовин Р.Я., Аксенова Л.И., Кюне Г.Е. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. — М.: Медицина, 1989. — С. 151–181.

3 Вертоградова О.П. Депрессия как общемедицинская проблема // Медицина для всех. — 1997; 2:4. — С. 10-12.

4 Чуркин А.А., Михайлов В.И., Касимова Л.Н. Психическое здоровье городского населения. — Москва-Хабаровск, 2000.

5 Понизовский А.М. Маскированная депрессия // Фельдшер и акушерка. — М., 1988. — №12. — С. 36-40

6 Ромасенко Л. В. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике // Терапевтический архив — М., 2006. — Т.78, №10. — С. 5 -8.

К ВОПРОСУ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И РАННЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ГИПЕРМЕТРОПИИ

Р.Е.Уатаева Республиканская детская клиническая больница «Ақсай», пос.Тастыбулак

В дошкольном и раннем школьном возрасте наиболее частым видом рефракции остается слабая гиперметропия, средняя рефракция у детей 3-5 лет составляет 2,0 дптр, у детей 4 лет -1,5 дптр, к 6-8 годам — 1,0 дптр, к 10-12 годам процесс эметропизации в основном заканчивается и у большинства детей формируется нормальная рефракция взрослого — слабая (0,5-1,0 дптр) гиперметропия. Почти всегда в гиперметропических глазах имеется физиологический спазм (напряжение) аккомодации для превращения гиперметропии в ложную эметропию (Ватченко А.А.). И даже при так называемой физиологической гиперметропии, считающейся нормальной рефракцией для детей дошкольного возраста, острота зрения оказывается существенно сниженной по сравнению с эметропической рефракцией и часто является причиной астенопий, слабовидения, вследствие развития рефракционной амблиопии, кроме того, она является важным звеном в патогенезе аккомодационного содружественного сходящегося косоглазия.

А.И. Дашевский, исходя из установленной им реципрокной зависимости между силой сокращения и расслабления двух антагонистических частей цилиарной мышцы, не считает возможным ее покой. При динамическом равновесии составляющих ее частей возможно сокращение одной из них при одновременном соответственном расслаблении второй. При ослаблении симпатической и, вследствие этого, относительном превалировании парасимпатической иннервации тонус мышцы Мюллера будет превалировать над тонусом мышцы Брюкке. При увеличении ригидности первой и появляется спазм аккомодации.

Нарушения равновесия в аккомодационной мышце можно выявить не только при исследовании остроты зрения для дали, но и для близости. Оказалось, что весьма часты случаи, когда при взгля-

де вдаль острота зрения равна 1,0, а при взгляде вблизи она меньше 1,0. Найти это понижение остроты зрения при переводе взгляда вблизи легко с помощью следующего простого приема.

Перед эметропическим глазом ставится линза +3,0 дптр. Этим редуцируется его дальнейшая точка ясного зрения с переходом из бесконечности на расстояние в 33,3 см от глаза. На этом расстоянии надо читать шрифт №1 таблицы Головина-Сивцева для близости. Если это невозможно, то сила постепенно усиливаемой (от 0,12 дптр, 0,25 дптр и больше) отрицательной линзы, приставляемой к линзе +3,0 дптр и дающей на этом расстоянии остроту зрения, равную 1,0, покажет степень псевдомиопии для близости. Это и будет предспазмом аккомодации, т.к. для дали спазма еще нет (острота зрения = 1,0), а на близком расстоянии он появляется. Описанный метод выявления предспазмов аккомодации (спазмотест) прост и доступен. (Ватченко А.А.). Чтобы узнать, насколько понизилась острота зрения при найденной в диоптриях степени предспазма, надо приближать шрифт №1 по линейке перед глазом и найти расстояние от глаза, на котором этот шрифт можно хорошо различать. Это расстояние характеризует понизившуюся остроту зрения (см. Таблицу №1).

Таблица №1 - Зависимость остроты зрения от расстояния (шрифт №1)

Острота зрения	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4
Расстояние на котором свободно читается шрифт №1 (в см)	33,3	30	26,6	23,3	20	16,7	13,3



Таким образом, можно легко определить не только степень ложной миопии для близи при наличии эмметропии при взгляде вдаль, но и степень понижения остроты зрения.

Исследование спазмотеста и остроты зрения вблизи при проведении массовых профилактических осмотров дошкольников и школьников младших классов позволит сформировать группы риска по миопии и принять меры для ее ранней профилактики.

В настоящее время существуют две противоположные точки зрения на тактику оказания помощи лицам с аномалиями рефракции. Первый путь – пассивный, заключающийся в компенсации выявленного рефракционного нарушения соответствующей коррекцией. Второй путь – активное лечение, целью которого является улучшение адаптации человека к имеющейся аметропии, т.е. повышение остроты зрения за счет активных тренировок. По данным Сердюченко В.И. назначение ортоптического лечения по развитию резервов аккомодации значительно укорачивают сроки реабилитации детей с гиперметропией и гиперметропическим астигматизмом, способствуя повышению скорректированной и некорректированной остроты зрения, что является важным лечебно-профилактическим мероприятием при рефракционной амблиопии и позволяет большинству больных ослабить или отменить коррекцию.

При гиперметропии до 3,0 дптр и астигматизме до 1,5-2,0 дптр у детей дошкольного и младшего школьного возраста, не страдающих косоглазием и нарушениями бинокулярного зрения и не имеющих астенопических жалоб, лечебные мероприятия можно начать не с назначения постоянного ношения очков, а с проведения 1-2 курсов ортоптического лечения по развитию резервов аккомодации до достижения нормальной остроты зрения и при отсутствии астенопических жалоб очки не назначать, но следует рекомендовать осмотр ребенка окулистом 1 раз в 2-3 месяца. В случае снижения зрения повторить курс лечения,

а при появлении астенопических жалоб назначать коррекцию для работы.

По данным Каеткиной Е.В. у детей дошкольного возраста при постоянном ношении оптической коррекции гиперметропии острота зрения без очков значительно ниже, чем у детей такого же возраста с такой же степенью гиперметропии, но не пользующихся оптической коррекцией, то назначения очков с профилактической целью должно быть строго обосновано. Полная коррекция любой степени гиперметропии у детей дошкольного и младшего школьного возраста снижает остроту зрения. Им следует назначать оптическую коррекцию, равную половине величины гиперметропии или на 1,0 дптр меньше ее величины, дающую максимальную остроту зрения и рекомендовать не для постоянного ношения, а только для близи.

Большое значение в профилактике спазмов аккомодации имеют гигиенические мероприятия и особенно хорошая освещенность, полноценный сон, общая санация организма, занятия физической культурой.

Список использованной литературы

1. Ватченко А.А. Предспазмы аккомодации // Офтальмологический журнал. -1976. -№7. -с.520-522.
2. Каеткина Е.В. Влияние оптической коррекции на развитие остроты зрения и контрастной чувствительности у детей с гиперметропией // Офтальмологический журнал. -1987. -№8. -с. 469-472.
3. Ватченко А.А. и соавторы. К методике проведения массовых профилактических осмотров органа зрения в детских дошкольных учреждениях // Офтальмологический журнал. -1986. -№1. -с.12-14.
4. Проскурина О.В. Развитие рефракции в детском возрасте // Вестник офтальмологии. - 2003. -№6. -с.51-53.
5. Сердюченко В.И. Тренировки аккомодационной способности при гиперметропии – альтернатива очкам или дополнение к ним? // Офтальмологический журнал. -2000. -№2. -с.30-33.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗРАСТА ЧЕЛОВЕКА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Е.М.Рослякова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Одним из параметров индивидуального и личностного развития человека является возраст. Возраст есть количественная и качественная сторона развития, которое происходит в течение всей жизни человека. Некоторые авторы рассматривают возраст как единство влияния роста, общесоматического и нервно-психического созревания в условиях жизнедеятельности и воспитания человека. В свою очередь отдельные этапы развития характеризуются особенностями морфофункциональной зрелости отдельных органов и систем и различием механизмов, определяющих специфику взаимодействия организма и внешней среды.

Выделяют следующие понятия возрастов: хронологический (ХВ) или календарный возраст (КВ) - возраст, выраженный в календарной шкале, определяемый по паспортным данным; функциональный возраст или физиологический возраст (ФВ) - отражает возрастную динамику физиологических функций и функциональных резервов, способность человека функционировать биологический возраст (БВ) - модельное понятие, определяемое как соответствие индивидуального морфо-функционального уровня некоторой среднестатистической норме данной популяции, отражающее неравномерность развития, зрелости и старения различных физиологических систем и темп возрастных изменений адаптационных возможностей организма. Т.е. это фундаментальная характеристика темпов развития (старения). В периоде развития он определяется достигнутым уровнем морфо-функционального созревания на фоне популяционного стандарта; патологический возраст (ПВ) – отражение временной динамики количества и интенсивности болезней и преболезненных состояний индивида, влияющих на ожидаемую продолжительность жизни; психологический возраст (ПсВ) – определяется по уровню умственного и эмоционального развития в сравнении с некой принятой нормой; социальный возраст (СВ) – принимается в расчет количество социальных ролей, которые в данный момент человек играет; личностный возраст (ЛВ) – имеет прямое отношение к личностному росту человека. Его можно определить как меру человеческой зрелости и совершенства.

Многие исследователи наряду с определением БВ организма в целом (интегральный БВ) предлагают определять БВ его систем — нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной и др. — и даже

выделяют клеточный БВ. При физиологическом старении индивидуума его БВ и КВ, естественно, должны совпадать. Расхождение в показателях БВ и КВ позволяет определить степень прогрессирования старения индивидуума и изменение его функциональных возможностей. То есть, речь идет о физиологической или преждевременной (и патологической) старости. Определение биологического возраста важно, прежде всего, для выявления точки отсчета, от которой можно количественно оценивать действительный физиологический возраст.

К настоящему времени существует уже большое количество предложенных разными исследователями батарей тестов разного объема - в зависимости от целей исследования. Преобладает мнение, что БВ должен определяться на интегративной основе клинико-функциональных параметров, быть пригодным для амбулаторных условий, обеспечивать объективность, надежность и эффективность диагностики. В качестве критериев БВ могут быть использованы и различные морфологические, в меньшей степени психологические показатели, отражающие общую и профессиональную работоспособность, здоровье и возможности адаптации. В последнее время большое значение придается изучению возрастных изменений на молекулярном уровне.

При определении «возрастных норм» и биологического возраста человека следует учитывать пол, индивидуальные и конституциональные особенности, а также принадлежность к определенной эколого-популяционной группе, влияние социальных факторов и другие обстоятельства.

Валеологов прежде всего интересует соответствие хронологического, функционального и биологического возрастов. На кафедре нормальной физиологии КазНМУ в настоящее время проводится апробация некоторых методов по определению истинного возраста в различных группах населения, в частности студентов 1-3 курсом. Для этого проводится комплексное обследование студентов: антропометрические методы - рост-весовые показатели и анализ отличий от нормативных данных; физиометрические методы (определение жизненной емкости легких, динамометрия, вестибулярная устойчивость, гибкость позвоночника); функциональные нагрузки и пробы (пробы Штанге, Генчи, Мартинэ). Так же используется методика динамического самотестирования здоровья и



определения БВ (фактического и должного) экспресс-анализом (по Войтенко). Для определения типа высшей нервной деятельности студентов и выявления психологического статуса применяется ряд психотестов (Айзенка, Спилберга-Ханина и т.д.), в том числе компьютерный модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Проводится вычисление индекса функциональных изменений (ИФИ) - показателя уровня функционирования и адаптационных возможностей системы кровообращения.

Несмотря на то, что проблема определения биологического возраста не имеет окончательного решения, нет единых биомаркеров, дающих достоверные данные об истинном возрасте индивидуума, мы считаем, что комплексные данные по выявлению психосоматического здоровья студентов, позволит не только рассматривать биологический возраст модель функциональных возможностей организма, его работоспособности, иными словами, жизнеспособности, но и даст возмож-

ность прогнозировать индивидуальное здоровье студентов.

Использованная литература

1. Анисимова Л.И. с соавт. Исследования и оценка биологического возраста детей и подростков. // Детская спортивная медицина / Под. ред. С.Б. Питвинского, С.В. Хрущева. - М.: Медицина, 1991. - С. 257-259.

2. Войтенко В.П., Токарь А.В., Полухов А.М. Методика определения биологического возраста человека // Геронтология и гериатрия. 1984. Ежегодник. Биологический возраст. Наследственность и старение. - Киев, 1984. - С. 133-137.

3. Донцов В.И. Фундаментальные механизмы старения: возможности для оценки «истинного возраста» человека и влияний на него. М.: «Профилактика старения» - выпуск 3, 2000

4. Крутько В.Н., Мамай А.В., Славин М.Б. Классификация, анализ и применение индикаторов биологического возраста для прогнозирования ожидаемой продолжительности жизни // Физиология человека. 1995. N 6. С.42.

ОСТЕОАРТРОЗ: ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Г.А.Даулетова ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы

Тұжырым

1. Остеоартроз буын патологиясының ең көп тараған түрі болып табылады.
2. Ауру жиі жағдайда еңбекке уақытша жарамсыздықтың себебі болып табылады.
3. Остеоартрозбен аурытын науқастың терапиясы мүмкіндігінше патогенетикалық және кешенді болуы қажет.

Summary

1. Osteoarthritis is the most widespread form of articular pathology.
2. The disease often causes temporary disability.
3. Therapy of patient with osteoarthritis should be whenever possible pathogenetic and complex.

Остеоартроз (АО) – дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся первичной дегенерацией суставного хряща с последующими изменениями суставных поверхностей и развитием краевых остеофитов, что приводит к деформации суставов. Проявления небольшого реактивного синовита являются вторичными по отношению к дегенеративным изменениям хряща.

В 1802 году Геберден впервые описал артроз дистальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена). Однако самостоятельной нозологической формой остеоартроз был официально признан лишь в 1911 году. По данным ревматологов США

и Европы, на долю этого заболевания приходится до 60-70% всех ревматических болезней. Эпидемиологические исследования М.Астапенко и соавт.(1975г.) показали, что остеоартрозом болеет 10-12% обследованного населения всех возрастов. Отдельный случай ОА встречается уже в возрасте 16-25 лет, однако с возрастом частота заболевания увеличивается – у лиц старше 50 лет она составляет 27%, а в возрасте старше 60 лет достигает 97%. Женщины болеют ОА почти в 2 раза чаще мужчин.

Клиника. При артрозе происходит поражение, главным образом, наиболее нагруженных суставов нижних конечностей, тазобедренного и



коленного, а также первого плюснефалангового сустава. На верхних конечностях наиболее часто поражаются дистальные и проксимальные межфаланговые суставы. Артроз начинается как моноартикулярное заболевание, но через некоторое время обычно включаются и другие симметричные суставы. У части больных наблюдается множественное поражение суставов – полиостеоартроз. Практика показывает, что в последнее время случаи полиостеоартроза учащаются. Начало болезни незаметное. Незаметно появляются хруст в суставах при движении и небольшие периодические боли после значительной физической нагрузки, быстро проходящие в покое, постепенно интенсивность болей увеличивается, они отмечаются после любой нагрузки, становятся более продолжительными, иногда появляются по ночам.

В противоположность «воспалительным болям» (при артритах) болевой синдром при артрозе носит, главным образом, механический характер, то есть возникает при нагрузке на больной сустав, при ходьбе и наступании на ногу и обычно отсутствует в покое. Чаще всего причинами болей при ОА является реактивный синовит, периартрит и спазм близлежащих мышц. Причинами возникновения реактивного синовита являются чаще всего инфекции, травмы, механическая перегрузка сустава. При наличии реактивного синовита наблюдаются так называемые стартовые боли, то есть боли, возникающие при первых шагах больного, которые затем быстро исчезают и возобновляются после продолжающейся физической нагрузки. При наличии в суставной полости крупного костного или хрящевого отломка («суставной мышцы») может возникнуть внезапная острая боль, лишаящая больного возможности сделать малейшее движение в данном суставе, так называемая блокада сустава. Наиболее характерная для развернутой стадии артроза боль при стоянии и ходьбе, усиливающаяся к вечеру. Кроме болевого синдрома, в начальной стадии артроза отмечаются небольшая крепитация при движениях в суставе (переходящая с развитием болезни в грубый хруст), кратковременная тугоподвижность при переходе из состояния покоя к активной деятельности, быст-

рая утомляемость регионарных мышц. Постепенно возникает и прогрессирует деформация сустава в результате утолщения синовиальной оболочки и капсулы, развитие краевых остеофитов, разрушение хряща и кости. Обычно больной жалуется на усиление болей при подъеме и особенно при спуске по лестнице. Постепенно развивается атрофия регионарных мышц. В поздней стадии артроза при выраженном обезображивании суставов подвижность больного может быть ограничена (особенно при наличии коксоартроза), однако полного отсутствия движения в суставах (анкилоза) не происходит.

Лечение остеоартроза направлено на:

1. Уменьшение болей и признаков реактивного синовита.

2. Предотвращение прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще и субхондральной кости.

3. Улучшение функции сустава.

Для выполнения первой задачи – уменьшение болей и признаков реактивного синовита используются анальгетические препараты (парацетамол, панadol, трамадол, залдиар). Основными лекарственными средствами, используемыми для уменьшения болевого синдрома, являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – вольтарен (диклофенак), аэртал (ацеклофенак), ибупрофен (бруфен), нимесулид (нимесил, найз, нимулид), мелоксикам (мовалис); используют также и мази (диклофенакол, фельден, хондроксин, крем «Долгит» и др.).

Для выполнения второй задачи – предотвращения прогрессирования дегенеративного процесса в суставном хряще и субхондральной кости используются лекарственные средства, модифицирующие структуру хряща, которые получили название структурно-модифицирующих препаратов (хондропротекторов), - алфлутоп, структум, дона, артра, терафлекс, кондро и ряд других.

Для решения третьей задачи терапии ОА – улучшения функции сустава, помимо хондропротективных и НПВП используют физиотерапевтические методы лечения, массаж и лечебную физкультуру.



БІЛІМ БЕРУ САЛАСЫНЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ ОРНЫ

Г.М.Мухтарова, А.С.Куандыкова

Алматы облысы салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы

«Қазақстан-2030» мемлекеттік даму бағдарламасының ұзақ мерзімді стратегиясының негізгі бағыттарының бірі «Азаматтардың денсаулығын, білімін және ырысын жақсарту». Оның мақсаты: салауатты өмір салтына ынталандыру, ана мен баланы қорғау, нашакорлықпен және есірткі саудасымен күресу, темекі мен ішімдік тұтынудың алдын алу, тағамның сапасын жақсарту, қоршаған ортаның және экологияның тазалығын сақтау.

Еліміздегі әлеуметтік-экономикалық мәселелер, тұрғындардың қоныс аударуы, республика азаматтарының хал-ахуалындағы бейтараптық пен тұрақсыздық ересектердің де, балалардың да денсаулығына, студенттердің біліміне, олардың өз бетінше тіршілік етуге дайындығына зардабын тигізетіні байқалады.

Қазіргі кездегі ақпараттық, әлеуметтік-экономикалық, саяси-қоғамдық процестердің даму қарқыны білім беру саласына жаңа көзқарас қалыптастыру қажеттілігіне көз жеткізіп отыр. Бүгінгі таңда мектеп бітірушіні қоғаммен тікелей араласып кетуге дайындау – педагог алдындағы маңызды міндеттердің бірі. Оны қарастыру барысында бейімделу, әлеуметтену, ықпалдастық тәрізді түсініктерге көңіл аудару қажет. Оқу-тәрбие процесін осы ұғымдарға бағыттау – оқушылардың өмірге қажетті дағдыларын қалыптастыруына ықпал жасайды.

Сонымен, Қазақстанның әлеуметтік-экономикалық дамуының өзекті мәселесінің бірі бала, жасөспірім және жастардың денсаулығын жақсарту, алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру. Бұл мәселенің проблемасымен медицина қызметкерлері, білім беру және ғылым, туризм және спорт жүйесінің мамандары, ата-аналар айналысуының қажеттігі сөзсіз, алайда, ең бастысы – бұл жұмысқа оқушылар мен мектеп қоғамының белсенді араласуы қажет. Бүгінгі күні қоғамымызда салауатты өмір салтына деген саналы көзқарасты қалыптастыру, жастардың рухани деңгейінің жоғарлауына басты назар аударылуда.

Салауатты өмір салтының мәдениетін қалыптастырудағы жаңа жолдарының маңыздылығы жайлы 2008 жылдың 8 маусымында өткен Үкімет отырысында Елбасы өз сөзінде атап көрсетті.

Жалпы орта білім беру мекемелерінде «Валеология» пәнін жүргізу әдісінің қорытындысы

мен жақсартылу мәселесі тұрғындардың денсаулығын қорғау бойынша Алматы облысы әкімінің Үйлестіру кеңесінің жұмыс жоспарына енгізілген.

Жас ұрпақты салауатты өмір салтын қалыптастыру негіздерін, денсаулықты сақтау мен нығайту дағдыларын оқытатын пән, «Валеология – денсаулықты қалай сақтау керек» білім беру бағдарламасы болып табылады.

10 жыл мерзімде бағдарламаны іске асыруда білім беру жүйесінде салауатты өмір салтын қалыптастыру стандарттары жасалып, валеология пәні бойынша оқулықтар шығарылды, мінезқұлық қалыптасуының қауіпті факторлары мен мектеп ортасында аурулардың таралу ерекшеліктері зерттелді.

Бүгінгі таңда Қазақстанда бағдарлама бойынша сағаттардың қысқартылуы, валеология пәнімен оқушылардың қамтылуы төмендеу тенденциясы байқалып отыр. Валеология пәнімен 2003 жылы республика бойынша 93% мектептер қамтылса, 2007 жылы бұл көрсеткіш 60% төмендеген. Республикамыздың кейбір мектептері педагог-валеолог штаттарымен қамтамасыз етілмеген. Бұл пәнді жүргізетін валеология бойынша даярланған және қайта дайындықтан өткен 40% педагогтар ғана. Қалған 60% арнайы дайындығы жоқ денешынықтыру, алғашқы әскери дайындық, химия және т.б. пән мұғалімдері жүргізетіні мәлім.

Мектептер оқыту-әдістемелік және көрнекті материалдармен толықтай қамтамасыз етілмеген, көп жағдайда арнайы жабдықталған бөлмелері жоқ. Кейбір мектеп басшылары валеологияны білім беру процесіне енгізу маңызы төмен деп түсініп, мұғалімге қосымша жүктеме ретінде қарастырады. Ал, бұл өз алдына валеологиялық білім беру жүйесінің дамуына кері әсерін тигізетіні анық.

Валеология денсаулықты сақтау және нығайтудың іргелі заңдылықтарын оқытып үйретеді, ағзаның қоршаған ортамен өзара қарым – қатынасын және оған әртүрлі табиғи үрдістердің, әлеуметтік, психологиялық факторлардың әсерін зерттейді. Денсаулықты нығайтуға және сақтауға бағытталған құралдар мен әдістерді жасайды. Валеология пәнінің негізгі мақсаты - әрбір жеке адамның және тұтастай қоғамның денсаулығын қамтамасыз ету.

Облыста валеология пәні жалпы орта мектептердің барлық сыныптарында тандау және



факультатив сабақ есебінен аптасына 1 рет, жылына 34 сағаттық жүктеме бойынша оқытылады. Факультатив сабақ есебінен білім мекемелерінің 74% қамтылған. Аталған курсты 466 педагогтар, соның ішінде педагог-валеологтар (246 адам) және биологтар жүргізеді.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2007 жылдың 21 желтоқсанындағы №1260 «2008-2016 жылдарға арналған «Салауатты өмір салты» бағдарламасын бекіту туралы» қаулысын іске асыру мақсатында облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы мен облыстық білім беру басқармасы жыл бойына түрлі іс-шараларды іске асырып отыр.

2008 жылдың 24 ақпан және 24 наурыз аралығында туберкулездің алдын алу шараларын насихаттау бойынша айлық аясында барлық жалпы білім беру мектептерінде «Туберкулезге жол бермейік!» ұранмен ақпараттық-ағартушылық шаралар, кеңесушілік акциялар, тренинг-ойындар, денсаулық сабақтары, ата-ана жиналыстарында салауатты өмір салтын насихаттау және туберкулездің алдын алу шаралары туралы әңгіме өткізіліп, 7-8 сынып оқушыларының арасында құрт ауруы жөнінде «Ең үздік» мазмұндама конкурсы ұйымдастырылды.

Белсенді демалыс және спортты насихаттау мақсатында облыс тұрғындары арасында, соның ішінде, әсіресе жастарды қамтумен «Папа, мама и я – спортивная семья», «Спорт нашақорлыққа қарсы» жарыстары, спорт түрлері бойынша спартакиадалар, «Нашақорлық, маскүнемдік, темекі шегу-болашаққатері» және т.б. тақырыпта дөңгелек үстелдер, колледждер мен кәсіби техникалық мектептерінде «Темекі тарту мен нашақорлықтың зияны» атты акциялар, жасөспірім мен жастар арасында «Жастардың бейәлеуметтік қылықтары» тақырыбында диалогтық алаң ұйымдастырылды.

Сәуір айында, облыста жолда жүру қауіпсіздігін ескерту мақсатында оқу орындарында ақпараттық-ағартушылық құралдарды таратумен кең көлемді акция, денсаулық сабақтары, жол апатында көрсетілетін алғаш көмек туралы семинарлар өткізілді.

Жалпы орта білім беру мекемелерінде оқушылардың арасында ішімдік, нашақорлық, темекі өнімдері қаншалықты пайдаланылатынын зерттеу мақсатында анонимдік сауалнамалар

бойынша ішімдіктің дәмін алған оқушылар саны – 6%, нашаны пайдаланған оқушылар саны – 9%, темекі тартатын оқушылар саны – 16% құрады.

Сондай-ақ, мамыр мен маусым айларында ұйымдастырылған «Темекі шегушіліктің алдын алу», «Нашақорлыққа қарсы күрес» айлықтар кезінде, мектеп оқушыларының арасында өткізілген конкурста белсенді қатысуы және жеңімпаз орындарына ие болулары көңіл қуантарлық.

Жалпы облыс бойынша, дүниежүзілік денсаулықты сақтау ұйымының «Денсаулықты нығайту жұмысын жүргізетін мектептер» жобасымен 24 мектеп жұмыс жасайды.

«Валеология – денсаулықты қалай сақтау керек» білім беру бағдарламасын жүзеге асырудағы негізгі проблемалары валеология пәнін жүргізетін мамандар тапшылығы, осы пән бойынша оқулықтардың, оқыту-әдістемелік әдебиеттің, көрнекіліктер мен дидактикалық құралдардың аздығы болып отыр. Бұл мәселе, 2008 жылдың 13 тамызында Алматы облысы әкімінің Үйлестіру кеңесінің отырысында көтеріліп, оқыту гранттарына тапсырыс беру үшін қажетті валеолог мамандарының санын және валеология пәнінің оқыту құралдарын көбейту мақсатында қажетті саны бойынша ақпарат жинауға тапсырыс берілген.

Биылғы жылдың 15-16 маусымында Қазақстан Республикасының үздіксіз орта білім беру жүйесінде «Валеология – денсаулықты қалай сақтау керек» бағдарламасын іске асырылуының 10 жылдығына орайластырылып өткен «Бала денсаулығын сақтау мен нығайтуда білім беру бағдарламасының орны» атты семинар-отырысында аталған проблемалар ортаға салынып, қабылданған шешімдерінің бірі «Денсаулық және өмірлік дағдылар» бағдарламасын республиканың жалпы білім беру мектептеріне енгізу.

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

Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларын шешуді «тең-теңге», «құрдас-құрдасқа» жұмысы ретінде жастардың өздеріне жүктеу орынды, өйткені ересектер тарапынан бағыт-бағдар жасау оншалықты тиімді бола бермейді.



ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗЕРНОСЕЮЩИХ РЕГИОНОВ КАЗАХСТАНА

*М.Н.Омарова, Ж.С.Тотанов, Л.Ю.Черепанова, А.Т.Умбетпаев Научный центр гигиены
и эпидемиологии им. Х.Жуматова, г.Алматы*

Применение в сельском хозяйстве в течение последних десятилетий широкого спектра химических средств защиты растений обуславливает хроническое воздействие химического фактора на состояние здоровья сельского населения. Потенциальная опасность пестицидов для человека и среды его обитания вызвана их способностью к длительной циркуляции в объектах окружающей среды, возможностью контакта с ними населения, высокой биоактивностью пестицидов при малых уровнях воздействия.

Производство товарного зерна в Акмолинской области Республики Казахстан является традиционным видом хозяйственной деятельности с многолетним применением сельскохозяйственными предприятиями широкого спектра высокотоксичных препаратов с различными токсико-гигиеническими свойствами, в том числе и стойких хлорорганических пестицидов (ХОП), таких как ДДТ и ГХЦГ. Кроме того, начиная с 1998 г., увеличился объем и обновился ассортимент применяемых пестицидов. Сравнительный анализ территориальной нагрузки современными пестицидами сельскохозяйственных территорий Акмолинской области за период 1998-2004 и 2005-2006 гг. показал увеличение интенсивности применения ядохимикатов практически по всем районам в 2 и более раз. Так, среднегодовая суммарная пестицидная нагрузка на 1 га сельхозугодий (кг/га) Атбасарского, Аккольского и Зерендинского районов Акмолинской области составила 0,30 кг/га, 0,29 кг/га, 0,12 кг/га и 0,46 кг/га, 0,51 кг/га, 0,66 соответственно по вышеуказанным периодам.

В связи с тем, что за последние десятилетия значительной миграции населения в изучаемых районах не отмечено (65-70% населения постоянно проживает в данной местности более 20 лет), можно констатировать, что абсолютное большинство жителей изучаемых районов испытывает постоянное вредное воздействие на организм как остаточных количеств стойких хлорорганических пестицидов, так и одновременно комплекса современных ядохимикатов, интенсивно применяющихся на сельхозугодиях в настоящее время.

С учетом всего вышеизложенного одной из основных задач данной работы было изучение состояния здоровья сельского населения, проживающего длительное время в условиях широкого использования различных химических средств

защиты растений. Объектом исследования было население 3-х зерносеющих районов Акмолинской области - Атбасарского, Аккольского и Зерендинского. Анализ заболеваемости проводился по данным углубленных медицинских осмотров взрослого сельского населения 12 населенных пунктов.

Результаты исследований выявили высокий уровень общей заболеваемости населения: 852,2 на 1000 осмотренного населения (мужчины - 711,0, женщины - 987,4 на 1000 осмотренных соответствующего пола) без учета стоматологической патологии. При этом ведущими классами болезней оказались болезни системы кровообращения, костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани, нервной системы и болезни органов пищеварения.

Наблюдались существенные различия в уровнях распространенности заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой и мочеполовой систем среди лиц мужского и женского пола. Заболеваемость болезнями костно-суставной системы, мышц и соединительной ткани по данным углубленных медосмотров значительно превосходит аналогичный показатель по материалам обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения, в частности остеохондроз позвоночника впервые выявлен в 71,2 случаях на 1000 осмотренного населения.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. В регионах, где имеет место хроническая экспозиция остаточными количествами стойких хлорорганических пестицидов, наблюдается высокий уровень заболеваемости сельского населения.

2. При диспансерном обследовании жителей, проживающих на территориях риска (длительное интенсивное применение пестицидов и ядохимикатов) особое внимание необходимо уделять состоянию органов системы кровообращения, пищеварения, опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

3. При осуществлении социально-гигиенического мониторинга и разработке профилактических мероприятий необходимо учитывать потенциальную опасность обращающихся на территории зерносеющих районов пестицидов и ядохимикатов.



ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСШЕГО УЧЕБНОГО ЗАВЕДЕНИЯ И СТУДЕНТ

*А.Д.Соколов, О.В.Ануфриева, З.С.Абишева, Е.М.Рослякова, А.Г.Бисерова
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

Современные тенденции развития системы высшего образования и подготовки специалиста не только не снимают, но и усиливают педагогические и психологические аспекты воспитательной работы в ВУЗе. Преподаватель ВУЗа выполняет двойную работу: он должен дать специальные знания и быть воспитателем, поскольку результатом его труда является специалист.

Особенности работы преподавателя ВУЗа заключается в том, что с одной стороны он должен легко, свободно и интересно представлять программный материал, с другой - владеть вниманием аудитории и обеспечивать постоянную обратную связь.

Преподаватель ВУЗа, особенно куратор, одновременно должен быть для студентов родителем, актером, коллегой и сверстником, чтобы проникнуться проблемами студентов и заслужить их доверие. На занятиях педагог одновременно организует, управляет и действует, чему способствуют его профессиональные знания, личностные качества, педагогический опыт и такт.

Существенно возрастает роль преподавателя-куратора. Общаясь со студентами на лекциях, занятиях и вне аудиторий преподаватель-куратор должен неизменно приобретать абсолютный авторитет.

Личность преподавателя, пользующегося авторитетом, увлекает студентов. Они начинают гордиться таким педагогом. Эффективность работы преподавателя значительно возрастает. При этом необходимо отличать авторитет от авторитарности. Последняя разрушает связь преподаватель-студент.

Общение преподавателя со студентом позволяет развиваться и взаимно обогащаться не только профессионально, но и эмоционально, поэтому кураторская работа дает благодатные плоды и для формирования думающего, социально зрелого специалиста и эмоционально развитого человека.

Начало работы с новой кураторской группой предполагает ряд факторов, которые педагог должен учитывать - это внешний вид и привлекательность преподавателя, адекватная самооценка, отношение студента к куратору. Необходимо помнить, что эти факторы работают с обеих сторон, причем неверная оценка человека по одному фактору ведет к ошибочной оценке и по другим параметрам, а, следовательно, и в целом.

В работе с кураторской группой мы должны находить язык общения с студентами различных типов поведения: доминантными и недодоминантными, мобильными (легко переключающими внимание и порой поддающимся чужому влиянию) и немобильными, экстравертами и интравертами. Последних порой нельзя публично не только ругать, но и хвалить, чтобы не вызвать у них душевный дискомфорт.

Особенность работы куратора в группе в том, что для взаимодоверия он должен быть с холериком - холериком, с флегматиком-флегматиком, помня при этом, что настоящий Учитель не столько дает ответы на вопросы, сколько ставит их. "Зона доверия" между студентом и преподавателем возникает только тогда, когда вас воспринимают.

Особое внимание уделяется выработке у студентов профессионального подхода к формированию здорового образа жизни (ЗОЖ). С этой целью эффективным методом является выполнение студентами самостоятельной работы, в ходе которой они ведут активный поиск материала, помогающий глубже понять значение здоровья и процессов формирования ЗОЖ, учатся навыкам презентации, а яркий иллюстративный материал оказывает сильное эмоциональное воздействие.

Очень результативным является привлечение к проведению занятий-тренингов студентов - волонтеров. Это старшекурсники, занимающиеся пропагандой ЗОЖ. Они прошли соответствующие тренинги, увлечены идеей, обладают необходимыми знаниями и навыками, а главное - это сверстники, поэтому их позиция в отношении ЗОЖ воспринимается студентами младших курсов органично и ненавязчиво.

Специфика работы русскоязычного куратора в группах казахского отделения заключается в том, что в этом случае личностные качества преподавателя, его такт, умение найти общий язык со студентами являются залогом доверительных отношений.

Работая студентами на лекциях, занятиях, общаясь с ними внеаудиторно, хорошо помнить замечательные слова Генри Адамса: "Учитель прикасается к вечности: никто не может сказать, когда кончается его влияние", т.к. есть смена поколений.



ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Т.К.Кудайбергенов, Ж.У.Султанова, Ж.А.Утешева, Н.А.Турбеков, Е.Т.Муканов
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

Понятие «минимальная инвазия» в хирургии подразумевает нанесение минимальной травмы организму при достижении доступа к патологическому процессу, требующему коррекции, минимальное нарушение равновесия интраперитонеальной среды, максимально возможное сохранение или восстановление нормальных анатомо-топографических взаимоотношений тазовых структур.

Одним из наиболее перспективных направлений в современной гинекологии является эндоскопическая хирургия. Распространение эндоскопических методик лечения обусловлено следующими их преимуществами: быстрая реабилитация пациенток, меньший срок нетрудоспособности, снижение материальных затрат на лечение, минимальные косметические дефекты.

Внедрение эндоскопических операции позволили существенно улучшить результаты лечения в оперативной гинекологии. Однако, несмотря на малую травматичность лапароскопических операции, многие вопросы связанные с причинами интраоперационных и послеоперационных осложнениях остаются дискуссионными. Электрокоагуляция является все еще травматичным способом эндоскопического гемостаза. Серьезные осложнения, связанные с электрохирургией, продолжают иметь место. Это искрообразование, дистанционные повреждения, глубинные ожоги - выраженное термическое повреждение тканей вследствие высокой температуры нагревания (обугливание и высушивание тканей с образованием глубокого термического струпа – коагуляционного некроза; температура, достаточная для некроза тканей, может быть зарегистрирована на расстоянии до 2 см от точки коагуляции), утечки тока, повреждения из-за заземления, дымообразование, электротравмы больного и персонала.

Подавляющее большинство отечественных и зарубежных исследователей сообщают об электрохирургических осложнениях при лапароскопических операциях, частота которых колеблется от 0,5 до 12%, по другим данным от 0,67 до 14%, что связано с отсутствием единой системы оценки и учета в разных странах и клиниках.

В последние годы в традиционной и эндоскопической хирургии стали применяться ультразвуковые скальпели, обладающие небольшим повреждающим воздействием на ткани и достаточно выраженными гемостатическими свойствами.

Целью исследования явилось совершенствование техники оперативных вмешательств путем расширения спектра применяемых физических методов остановки кровотечения и диссекции тканей. Анализу подвергнуты результаты применения ультразвуковой диссекции/коагуляции и электрохирургии при оперативных вмешательствах на органах малого таза, проведенных лапароскопическим и лапаротомным доступами.

Материалом исследования явились операции консервативная миомэктомия лапаротомным доступом (14 случаев), консервативная миомэктомия лапароскопическим доступом (20 случаев) и цистэктомия лапаротомным доступом (12 случаев), цистэктомия лапароскопическим доступом (20 случаев). У всех пациенток был использован гармонический скальпель ULTRACISION «Ethicon Endo-Surgery», США или эндоскопический инструментарий фирмы «KARL STORZ». Все пациенты независимо от оперативного доступа были разделены на 2 группы – основная, где применяли ультразвуковой диссектор и контрольная, где использовали электрокоагуляцию.

У всех пациентов основной группы отмечено более легкое течение послеоперационного периода по сравнению с контрольной группой, где использовали электрокоагуляцию.

В основной группе, при оценке температурной кривой максимальное повышение температуры составило $37,60 \pm 0,30$ С в первые сутки и $37,2 \pm 0,30$ С на вторые сутки, нормализация отмечалась 2-3 сутки. Пульс составил $69 \pm 3,5$ удара в минуту. При анализе показателей белой крови лейкоцитоз составил $9,9 \times 10^9/\text{л} \pm 1,3$ на вторые сутки. Пациентки выписывались на 3 сутки после лапароскопической операции, на 5-6 сутки после операции лапаротомным доступом.

В контрольной группе, максимальные цифры повышения температуры в первые сутки составили $38,4 \pm 0,30$ С и $38,2 \pm 0,30$ С на вторые сутки, нормализация отмечалась на 3-4 сутки. Пульс составил $78 \pm 3,5$ удара в минуту. При анализе показателей белой крови лейкоцитоз составил $10,5 \times 10^9/\text{л} \pm 1,3$ на вторые сутки. Пациентки выписывались на 4 сутки после лапароскопической операции, на 5-6 сутки после операции лапаротомным доступом.

В обеих группах в первые двое суток после операции отмечалось увеличение лейкоцитов,



лейкоцитоз у женщин, оперированных с использованием электрохирургических инструментов, был несколько выше, чем аналогичный параметр у пациенток, оперированных с помощью ультразвукового скальпеля, однако достоверных отличий не выявлено.

В обеих группах не отмечались случаи интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Таким образом, опыт нашей работы с ультразвуковым скальпелем, а также такие его преимущества, как малое тепловое воздействие на ткани,

более легкая диссекция, отсутствие дымообразования, хороший коагуляционный эффект без струпа, инструмент не прилипает к ткани, значительная меньшая травматичность, простота в использовании и стерилизации инструментов, безопасность для пациента и хирурга обуславливают его применение весьма перспективным и надежным, но требует дальнейшего изучения и исследования, что позволит с максимальной уверенностью реализовать положение о лапароскопической хирургии, как малотравматичном способе выполнения оперативных вмешательств.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Т.К.Кудайбергенов, Л.С.Каюпова, Т.Г.Кравцова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

В стратегии Президента страны Н.А. Назарбаева «Казахстан-2030» и ежегодных посланиях Глава Государства всегда подчеркивает важность проблемы материнства и детства, развитие сильной и защищенной нации. В утвержденной Указом Президента «Государственной программе по реформированию и развитию здравоохранения на 2005-2010г.г.» приоритетным направлением ее реализации является охрана здоровья матери и ребенка.

Благодаря поступательному устойчивому социально-экономическому преобразованию страны, сильной социальной политике, законодательной базе, существенным изменениям всей системы национального здравоохранения и увеличению его ресурсов, улучшаются показатели качества жизни населения и его воспроизводство.

Для дальнейшего укрепления здоровья матери и ребенка и совершенствования этой специализированной службы планируется поэтапно обеспечение помощи женщинам репродуктивного возраста и детям в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, проведение ежегодных медицинских осмотров, диспансеризации и оздоровления детей и женщин репродуктивного возраста, обеспечение лекарственными средствами беременных женщин и отдельных категорий детей при амбулаторном лечении. Большое внимание уделено полному оснащению детских и родовспомогательных лечебно-профилактических организаций современным медицинским оборудованием, внедрение новых вспомогательных репродуктивных технологий и скрининговых программ дородовой диагностики врожденных и наследственных заболеваний плода

Поэтому в современных условиях перед акушерско-гинекологической службой стоит ответственная и важная задача по дальнейшему осуществлению основных принципов государственной политики, направленной на укрепление здоровья и на сохранение жизни женщины-матери и будущего поколения.

На основании многолетних исследований центра, ранее предложенных стандартов и алгоритмов ведения беременных, усовершенствованных современных методов и технологий диагностики, прогнозирования и лечения, а также с учетом мирового опыта по проблеме снижения материнской и младенческой смертности разработан научно-обоснованный Программно-целевой подход снижения материнской смертности с платформой действия, включающая Программу снижения материнской и младенческой смертности в Республике Казахстан, основные направления которые заключаются в:

- разработке и реализации нормативных правовых актов, регламентирующих вопросы охраны здоровья матери и ребенка;

- внедрение в практику эффективных медицинских технологий диагностики и лечения патологий беременности, периода новорожденности и заболеваний детей раннего возраста;

- повышение квалификации кадров, работающих в области охраны здоровья матери и ребенка в рамках новых технологий с акцентом на первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП);

- улучшение материально – технической базы лечебно – профилактических организаций родовспоможения, детства и ПМСП;



- пропаганда здорового образа жизни и обеспечение безопасного материнства и здорового потомства;

- повышение солидарной ответственности государства, работодателя и человека за свое здоровье.

Достижение поставленной цели и решение задач будут осуществляться по следующим основным направлениям:

- Разработать Положение о деятельности родовспомогательных организаций (Перинатальный Центр, городской родильный дом, родильное отделение ЦРБ, женская консультация, организации ПМСП).

- Укрепление материально-технической базы родовспомогательных и детских организаций, регионализация служб родовспоможения

- Регионализация перинатальной помощи будет способствовать рациональному распределению финансовых средств выделяемых на родовспоможение с учетом риска материнской и перинатальной смертности, а также уровня оказания медицинской помощи:

- Внедрение в практику организаций детства и родовспоможения современных медицинских технологий, повышающих качество медицинских услуг с учетом уровня оказания медицинской помощи (районный, городской, областной, республиканский)

- Для совершенствования ante-, intra- и постнатального ухода внедрить программы ВОЗ по безопасному материнству, перинатальной помощи, неонатальному уходу, разработанных на основе рандомизированных контролируемых исследований, включая мероприятия по пренатальной диагностике врожденных аномалий развития плода и грудному вскармливанию.

- На основе международного опыта разработать и внедрить клинические протоколы диагностики и лечения (далее протоколы), наиболее значимых заболеваний в структуре причин материнской и младенческой смертности.

- Проведение конфиденциального аудита материнской и младенческой смертности и перинатального ухода.

- Внедрение единой перинатальной (обменной) карты, рекомендованной ВОЗ

- Внедрить таблицу BABIES, позволяющую систематизировать и преобразовывать данные для выбора наиболее приемлемых видов вмешательств и проведения своевременной коррекции путем выбора соответствующего пакета вмешательств.

- Совершенствование системы сбора статистической отчетности материнской, младен-

ческой и детской смертности с учетом перехода на критерии живорожденности рекомендованные ВОЗ.

- Совершенствование системы сбора и анализа статистических данных службы родовспоможения и детства.

- Адаптация отчетной формы 032/у к новым технологиям (матрица BABIES).

- Создание единой компьютеризированной системы сбора и дистанционной передачи информации.

- Повышение квалификации медицинских работников в оказании перинатальных услуг, подготовка и переподготовка кадров в рамках новых технологий с акцентом на ПМСП.

- Использование «каскадного» метода обучения специалистов, для чего в регионах (на областном уровне) будут подготовлены тренеры-преподаватели из числа наиболее квалифицированных специалистов, для обучения кадров районного и сельского уровней.

- Проведение научно-технических и региональных программ по снижению материнской и младенческой смертности.

- Совершенствование системы мер информационного обеспечения населения по солидарной ответственности, самосохранительному поведению и улучшению родительских прав.

- Создание школ матерей и отцов для обучения необходимым навыкам по уходу за детьми, стимулирующие развитие физических и познавательных способностей и благоприятной реализации его потенциала.

- Создание специальных образовательных программ, направленных на привитие жизненных навыков сохранения репродуктивного здоровья, нерискованного поведения и профилактики ИПП в школах, учреждениях среднего специального и высшего образования

- Создание молодежных центров, клубов по пропаганде и привитие навыков здорового образа жизни.

Внедрение и реализация Программы по снижению материнской и младенческой смертности в РК до 2010 г. позволит добиться:

- Усовершенствования нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность организаций здравоохранения в области охраны материнства и детства;

- Укрепление репродуктивного здоровья женщин Казахстана:

обеспечить систему рациональной подготовки девочек-подростков к будущему материнству, обеспечить систему подготовки к беременности женщин фертильного возраста



- Усовершенствования организации и качества акушерско-гинекологической и детской помощи за счет внедрения новых эффективных медицинских технологий в области охраны здоровья матери и ребенка, удовлетворяющих потребности населения, отрасли и государства

- Совершенствования системы информационного обеспечения населения по солидарной ответственности государства, работодателя и человека по вопросам безопасного материнства, детства, ответственного родительства и здорового образа жизни.

Для модернизации акушерско-гинекологической службы и системы оценки эффективности и принятия управленческих решений, представлен мониторинг материнской смертности, который позволит провести анализ по регионам с учетом нормативных потребностей койками, кадрами, типами амбулаторно-поликлинической и стационарной службы, оснащенностью в соответствии со статусом, обеспеченностью санитарной авиацией.

Мониторинг материнской смертности

1. Определение значимости отдельных факторов риска в исходе беременности и родов, оценка предотвратимости смертельных исходов от различных причин по клинической экспертизе осложнений, удельного веса умерших от патологии и госпитализация беременных в зависимости от степени риска.

2. Экспертная оценка материнской (репродуктивной) летальности и «риска гибели» от конкретного фактора риска, при отдельных видах патологии, (в числителе - количество смертей женщин от осложнений беременности, в знаменателе - число женщин, имевших беременность за изучаемый период времени).

3. Проведение параллели между коэффициентом рождаемости, плотности населения, ургентным риском и средним числом родов на одну врачебную койку, что позволяет рекомендовать для оценки состояния службы по отдельным регионам.

4. Проведение экспертной оценки материнской смертности по сопоставлению скорости рождения и смертей по регионам, что позволяет выявить нагрузку на врача, акушерку и как следствие, оценить полноту, своевременность и качество оказываемой медицинской помощи.

5. Проведение оценки материнской смертности по выделению степени управляемых медицинских факторов, позволяющих определить взаимодействие различных служб в оказании медицинской помощи беременным, оценить квалификацию врача и оценить недостатки медико-организационного характера.

Реализация «Национального программно-целевого подхода совершенствования и укрепления охраны репродуктивного здоровья и снижения материнской и младенческой смертности в Республике Казахстан» и «Программы снижения материнской и младенческой смертности в Республике Казахстан до 2010 года» позволит снизить уровень материнской смертности на 30% и младенческой смертности на 20% от уровня 2005 года.

Литература.

1. Каюпова Н.А. «Программно-целевой подход снижения материнской смертности» «Акушерство, гинекология и перинатологии». №1, 2005 г. с. 3-8

2. Каюпова Н.А. «Материнская смертность в группах риска: пути решения» «Акушерство, гинекология и перинатологии». № 3, 2006 г. с. 6-9

3. Мамедалиева Н.М. с соавторами. «Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц по Республике Казахстан за 2005 год». Алматы, 2006

4. Бикташева Х.М. «Материнская смертность в Казахстане за 5 лет».

«Акушерство, гинекология и перинатология» № 3, 2006 г. с. 20-25

5. Каюпова Н.А. «Выбор платформы действий» Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана, с. 4, г. Павлодар, 2006

6. Мамедалиева Н.М. «Основные приоритеты акушерско-гинекологической службы Казахстана» Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана, с. 4, г. Павлодар, 2006

7. Кравцова Т.Г. Этапность оказания акушерской помощи как резерв

снижения материнской смертности». Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана, с. 30, г. Павлодар, 2006

8. Каюпова Л.С. «Научные основы безопасного материнства» Материалы VII съезда акушеров-гинекологов Казахстана, с. 25, г. Павлодар, 2006



КАРДИОМАГНИЛ – НОВАЯ ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Добровольский А.В., Сыркин А.Л.

Значение ацетилсалициловой кислоты (АСК), как эффективного и доступного антиагрегантного средства, является общепризнанным. Несмотря на появление других дезагрегантов,

АСК остается препаратом, наиболее часто и широко используемым для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий и смертности у пациентов с ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью [1], а также для предотвращения тромбоэмболических осложнений у лиц с пороками сердца, искусственными клапанами, мерцательной аритмией, неатеросклеротическими поражениями аорты и ее крупных ветвей, рецидивирующими тромбозами легочной артерии. Кроме того, АСК продолжает применяться как противовоспалительное и анальгетическое средство при перикардите, синдроме Дресслера, ревматизме, прогрессирующем системном склерозе, болевых синдромах различного генеза.

Одним из факторов, чаще всего ограничивающих использование АСК, являются ее побочные эффекты, и, в первую очередь, воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Патологические механизмы (необратимое ингибирование циклооксигеназы-1, нарушение синтеза простагландинов и тромбоксана А₂) и клинические проявления воздействия АСК на слизистую желудка многократно описаны в литературе и не требуют подробного изложения в рамках настоящей публикации. Следует лишь отметить, что, по данным многоцентровых контролируемых исследований, тяжелые поражения верхних отделов ЖКТ при приеме АСК встречаются относительно редко. Так, эрозии и язвы желудка наблюдаются в 0,8–2,6% случаев, а массивные желудочно-кишечные кровотечения возникают менее чем у 1% пациентов, принимающих указанный препарат [2]. В большинстве случаев причиной отмены АСК служат т.н. «малые» диспепсические явления – дискомфорт в эпигастрии, тошнота, рвота, изжога (частота возникновения таких симптомов варьирует от 5,2% до 40% [2]).

Соответственно, усилия фармакологов были направлены на создание препаратов АСК, в минимальной степени воздействующих на ЖКТ. Первыми такими средствами стали препараты, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, устойчивой к воздействию желудочного сока. Благодаря такому покрытию АСК всасывается в тон-

ком кишечнике, а не в желудке (соответственно не раздражает слизистую последнего) [3]. Вместе с тем кишечнорастворимая оболочка существенно замедляет всасывание АСК [4] и снижает его биодоступность [5]. Было установлено, что АСК с кишечнорастворимым покрытием в дозах менее 100 мг/сут. в меньшей степени ингибирует синтез тромбоксана А₂ в тромбоцитах, и, соответственно, может оказывать менее выраженный антиагрегантный эффект (особенно у лиц с избыточной массой тела) по сравнению с обычными препаратами [6]. Эти данные были представлены по результатам предварительного исследования на 5-й ежегодной Конференции по атеросклерозу, тромбозу и сосудистой биологии Американской Ассоциации Кардиологов (Сан-Франциско, 2004 г.). Основным выводом проведенного исследования заключается в том, что практикующие врачи должны осознавать потенциальные проблемы, связанные с низкими дозами кишечнорастворимых форм АСК. У тяжелых пациентов врачи должны оценивать агрегацию тромбоцитов, используя обычную АСК или высокие дозы кишечнорастворимых препаратов (в связи с чем предлагается использовать с профилактической целью кишечнорастворимые препараты, содержащие не менее 325 мг АСК) [2].

Однако токсичность АСК в отношении слизистой желудка является дозозависимой [7], и, соответственно, увеличение дозы может сопровождаться нарастанием частоты побочных эффектов. Не следует забывать и о том, что после всасывания АСК ингибирует циклооксигеназу 1 во всех органах и тканях (т.е. и в слизистой оболочке желудка). Поэтому не удивительно, что диспепсические явления даже на фоне приема таблетированных препаратов, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, возникают существенно чаще, чем у пациентов, принимавших плацебо (хотя и несколько реже, чем при использовании «обычной» АСК) [3], а риск кровотечений из верхних отделов ЖКТ является одинаковым для любых лекарственных форм АСК [8].

Другим направлением стала разработка комбинированных лекарственных средств, сочетающих АСК с фармакологическими средствами, оказывающими защитное воздействие на слизистую желудка. Одним из таких препаратов является Кардиомагнил (Nycomed, Норвегия), представляющий собой комбинацию АСК и невсасывающегося антацида – гидроксида магния. Выбор пос-

ледного компонента не случаен. Известно, что гидроокись магния адсорбирует соляную кислоту, снижает протеолитическую активность желудочного сока и обволакивает слизистую желудка. Кроме того, существуют данные о том, что рассматриваемый антацид оказывает непосредственное цитопротективное воздействие. Как показали экспериментальные исследования, гидроокись магния увеличивает содержание простагландинов E2 и F2 в стенке желудка, противодействуя, таким образом, негативному влиянию АСК на слизистую оболочку [9–12]. Известно также, что гидроокись магния может повышать содержание в стенке желудка окиси азота, которая, являясь мощным вазодилататором, усиливает микроциркуляцию и улучшает регенерацию эпителия [13]. Проведенные контролируемые клинические исследования также свидетельствуют о том, что одновременный прием антацидов, содержащих гидроокись магния, предотвращает негативное воздействие АСК (в т.ч. в высоких дозировках) на слизистую желудка и уменьшает выраженность диспептических явлений [14,15].

АСК в составе Кардиомагнила быстро и практически полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте. Установлено, что гидроокись магния в различных дозировках (в т.ч. в дозе, входящей в состав препарата Кардиомагнил) не влияет на абсорбцию АСК в желудке, равно как и на другие фармакокинетические показатели [16,17]. Биодоступность АСК составляет около 70%. Таблетки проглатывают целиком (при необходимости запивая водой) однако при желании таблетку можно разломить пополам, разжевать или предварительно растереть. АСК характеризуется коротким периодом полувыведения (15 минут) и быстро (в течение 60 минут) ингибирует циклооксигеназу-1. Необходимо отметить, что гидроокись магния является также быстродействующим антацидом (в отличие, к примеру, от гидроокиси алюминия) и оказывает протективное действие на слизистую желудка одновременно с воздействием на нее АСК.

Кардиомагнил выпускается в двух таблетированных лекарственных формах, содержащих 75 мг и 150 мг (таблетки форте) АСК. Рекомендуемые дозы для взрослых составляют 150 мг в первые сутки, далее по 75 мг в сутки (как показали проведенные исследования, АСК в суточной дозе 75–150 мг столь же эффективен, что и в более высоких дозировках [1]).

Показания к применению Кардиомагнила соответствуют таковым для АСК и включают профилактику заболеваний, сопровождающихся повышенной агрегацией тромбоцитов (тромбо-

зы, эмболии, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, мигрень, ишемический инсульт, нарушения мозгового кровообращения, послеоперационный период после аорто-коронарного шунтирования и чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики). Противопоказаниями к приему препарата являются: недавнее желудочно-кишечное кровотечение; недавнее кровоизлияние в мозг; сниженное содержание тромбоцитов или склонность к кровотечению; гемофилия; геморрагический диатез; гипопротромбинемия; бронхиальная астма или аллергия, вызываемая АСК или салицилатами; эрозивно-язвенное поражение ЖКТ (в фазе обострения); почечная недостаточность; беременность (I и III триместры); период лактации; дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов; детский возраст.

Кардиомагнил не вступает в лекарственные взаимодействия с большинством кардиотропных средств. В то же время Кардиомагнил (особенно в больших дозах) может усиливать действие метотрексата, хлорпропамида, антиагрегантов, фибринолитических средств и пероральных антикоагулянтов, а также ингибировать урикозурическое действие пробенецида и эффекты спиронолактона. Антациды и холестирамин снижают всасывание Кардиомагнила.

Таким образом, Кардиомагнил является современным лекарственным средством, которое способно улучшить переносимость АСК и снизить частоту эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка.

Литература

1. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71–86.
2. Awtry E.H., Loscalzo J. Aspirin. *Circulation*. 2000;101: 1206–18.
3. Jaszewski R. Frequency of gastroduodenal lesions in asymptomatic patients on chronic aspirin or nonsteroidal antiinflammatory drug therapy. *J Clin Gastroenterol*. 1990;12: 10–13.
4. Latini R., Cerletti C., de Gaetano G., and oth. Comparative bioavailability of aspirin from buffered, enteric-coated and plain preparations. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol*. 1986; 24: 313–318.
5. Hawthorne A.B., Mahida Y.R., Cole A.T., Hawkey C.J. Aspirin-induced gastric mucosal damage: prevention by enteric-coating and relation to prostaglandin synthesis. *Br J Clin Pharmacol*. 1991; 32: 77–83.
6. Cox D.B.Sc., Maree A., Dooley M., and oth. Coated aspirin less effective for anti-clotting than



uncoated aspirin. The American Heart Association's 5th Annual Conference on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology. Meeting Report. 05.06.2004.

7. Roderick P.J., Wilkes H.C., Meade T.W. The gastrointestinal toxicity of aspirin: an overview of randomised controlled trials. *Br J Clin Pharmacol.* 1993; 35: 219–226.

8. Kelly J.P., Kaufman D.W., Jurgelon J.M., and oth. Risk of aspirin-associated major upper-gastrointestinal bleeding with enteric-coated or buffered product. *Lancet.* 1996; 348: 1413–1416.

9. Schmidt C., Baumeister B., Kipnowski J. and oth. Magaldrate stimulates endogenous prostaglandin E2 synthesis in human gastric mucosa in vitro and in vivo. *Hepatogastroenterology.* 1998 Nov–Dec; 45: 2443–6.

10. al Gohary O.M., el Din K., el Tahir H. Formulation of aspirin-magaldrate double-layer tablets: in vitro evaluation and cytoprotective activity in rats. *Boll Chim Farm.* 1996 Jul–Aug; 135: 421–8.

11. Mach T. In vivo and vitro study of prostaglandins E2 and I2 participation in protective function of antacids on gastric mucosa. *Folia Med Cracov.* 1992; 33: 37–51.

12. Gasbarrini G., Andreone P., Baraldini M., and oth. Protection of the upper gastrointestinal mucosa: the role of antacids. *Int J Clin Pharmacol Res.* 1990; 10: 173–8.

13. Konturek S.J., Brzozowski T., Majka J., and oth. Implications of nitric oxide in the action of cytoprotective drugs on gastric mucosa. *J Clin Gastroenterol.* 1993; 17 Suppl 1: S140–5.

14. Muller P., Dammann H.G., Simon B. Protective effect of two antacids in acute acetylsalicylic acid-induced injuries to the human gastric mucosa. *Arzneimittelforschung.* 1985; 35: 1862–4.

15. Linnoila M., Lehtola J. Absorption, and effect on gastric mucosa, of buffered and non-buffered tablets of acetylsalicylic acid. *Int J Clin Pharmacol Biopharm.* 1977 Feb; 15: 61–4.

16. Shastri R.A. Effect of antacids on salicylate kinetics. *Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol.* 1985 Sep; 23: 480–4.

17. Itthipanichpong C., Sirivongs P., Wittayalertrunya S., Chaiyos N. The effect of antacid on aspirin pharmacokinetics in healthy Thai volunteers. *Drug Metabol Drug Interact.* 1992; 10: 213–28.

ТАНАКАН (EGb 761) В ТЕРАПИИ УМЕРЕННЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ (МУЛЬТИЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, А.Б. Локшина, С.И. Гаврилова, Я.Б. Федорова, А.В. Густов, Ю.А. Коршунова, Л.А. Дзяк, Е.В. Мизякина, М.М. Одинак, А.Ю. Емелин, П.И. Пилипенко, Е.В. Вострикова

Когнитивные нарушения в зависимости от тяжести делят на легкие, умеренные и тяжелые [6]. Умеренными считают такие, выходя за рамки возрастной нормы, не вызывают дезадаптации в повседневной жизни, т.е. не достигают выраженности деменции. Распространенность умеренных когнитивных нарушений (УКН) в старших возрастных группах весьма широка — до 12–17% среди лиц старше 65 лет [16, 21]. В большинстве случаев эти нарушения приобретают прогрессирующий характер и со временем трансформируются в деменцию. Заболеваемость лишь одной ее формой — болезнью Альцгеймера у пожилых лиц с УКН достигает 10–15% в год [19, 28, 29, 30]. Это говорит о важности своевременной диагностики и лечения УКН с целью предотвращения или отсрочки наступления слабоумия.

Терапия синдрома УКН должна быть по возможности этиотропной или патогенетической. Клинико-морфологические сопоставления свиде-

тельствуют о том, что чаще всего в основе УКН в пожилом возрасте лежат додементные стадии болезни Альцгеймера, сосудистая мозговая недостаточность или их сочетание [1, 4, 8, 9, 20, 35]. Основными терапевтическими мишенями при указанных состояниях являются заболевания сердечно-сосудистой системы, факторы риска церебральной ишемии, патологические процессы, которые ведут к отложению в головном мозге β -амилоидного белка, нейротрансмиттерная недостаточность и некоторые другие. В связи со сказанным привлекает к себе внимание препарат танакан.

Танакан (EGb 761) представляет собой стандартизованный экстракт из натурального растительного сырья, который содержит флавоноидные гликозиды и терпеновые лактоны. Его действующие вещества оказывают полимодальное положительное влияние на головной мозг и церебральную микроциркуляцию. Многочисленные экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что



на фоне применения EGb 761 увеличивается просвет сосудов микроциркуляторного русла и уменьшается агрегационная способность тромбоцитов и эритроцитов, в итоге это способствует оптимизации церебрального и периферического кровообращения. Кроме того, действующие вещества танакана вызывают антиоксидантный и антиамилоидный эффект, что обуславливает целесообразность его применения не только при сосудистой мозговой недостаточности, но и в ранних стадиях нейродегенеративного процесса. Иными словами, танакан обладает значительным терапевтическим потенциалом при наиболее частых нозологических формах синдрома УКН в пожилом возрасте [2, 14, 25].

Целью настоящей работы была оценка терапевтической эффективности по данным мультицентрового исследования.

Материал и методы

В многоцентровое исследование были включены 140 пациентов с диагнозом УКН сосудистой, дегенеративной или смешанной (сосудисто-дегенеративной) природы. Синдромальный диагноз УКН устанавливался в соответствии с диагностическими критериями R. Petersen и J. Touchon и соавт. [33].

Модифицированные диагностические критерии синдрома УКН по R. Petersen и J. Touchon [33]

1. Когнитивные нарушения по словам пациента и/или его ближайшего окружения (последнее предпочтительнее).

2. Признаки произошедшего в недавнее время ухудшения когнитивных способностей по сравнению с индивидуальной нормой для данного индивидуума.

3. Объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов (снижение результатов нейропсихологических тестов не менее чем на 1,5 стандартных отклонения от среднестатистической возрастной нормы).

4. Отсутствие нарушений привычных для пациента форм повседневной активности при возможных трудностях в сложных видах деятельности.

5. Отсутствие деменции: результат использования краткой шкалы оценки психического статуса не менее 24 баллов.

При УКН сосудистой или смешанной (сосудисто-дегенеративной) этиологии клинический диагноз формулировался как дисциркуляторная энцефалопатия I или II стадии. В случаях УКН дегенеративной природы речь шла о начальных стадиях предполагаемой болезни Альцгеймера. Большинство пациентов страдали заболеваниями сердечно-сосудистой системы и другими сомати-

ческими заболеваниями, однако ни у кого из них они не были признаны тяжелыми или нестабильными, кроме того, у них не наблюдалось других (кроме УКН) неврологических или психических расстройств.

Из 140 больных 129 (45 мужчин и 84 женщины, возраст $64,9 \pm 7,9$ года) прошли полный предусмотренный протоколом курс лечения танаканом и все необходимые исследования. У 89 из них УКН имели сосудистую природу, у 13 — дегенеративную, у 27 — сосудисто-дегенеративную. 11 человек, прервавших лечение или не прошедших необходимых исследований, исключены из дальнейшего анализа. Из этих 11 пациентов 3 прекратили лечение из-за развития нежелательных явлений.

Танакан назначали в дозе 80 мг 3 раза в день в течение 6 мес. Помимо того, часть пациентов получали соответствующее лечение по поводу сопутствующих соматических заболеваний, схема которого не менялась в ходе исследования. Никто из пациентов, включенных в анализ эффективности, не принимал каких-либо иных сосудистых, ноотропных или психотропных препаратов.

Основным методом оценки эффективности танакана был нейропсихологический. Когнитивные функции исследовали до лечения, на 12-й неделе и по завершении курса. Использовали краткую шкалу оценки психического статуса (КШОПС), батарею тестов для оценки лобных функций (БОЛФ), шкалу деменции Матиса (ШДМ), тест на воспроизведение 10 слов, тест Дюбуа «5 слов», литеральные и категориальные ассоциации, тест рисования часов, Бостонский тест называния (БТН) и тест повторения цифр. Эмоциональные расстройства оценивали по гериатрической шкале депрессии.

Статистическая обработка результатов осуществлялась независимой компанией ИННОФАРМ. В зависимости от распределения переменных использовался непараметрический метод Вилкоксона или критерий. Оценивалось достоверность полученных данных, а также показатель выраженности эффекта. Последняя рассчитывалась по формуле:

ES (выраженность эффекта) = показатель после лечения — показатель до лечения/стандартное отклонение.

Эффект считался слабым при величине ES от 0,2 до 0,5, умеренным при $ES=0,5—0,8$, выраженным при $ES=0,8$ и более.

Результаты

Исследование показало, что терапия танаканом способствует улучшению когнитивных функций, это улучшение проявляется начиная с 3-го месяца лечения. На фоне приема препарата отмечалась достоверная положительная динамика всех трех анализировавшихся интегральных показате-



лей когнитивных функций. Причем выраженность эффекта для всех этих показателей была значительной (табл. 1).

Наиболее выраженный эффект отмечен в мнестической сфере. Он был значительным в отношении заданий на запоминание осмысленных предложений, общую память и зрительную память (раздел «память» ШДМ, узнавание рисунков по А.Р. Лурия) и умеренным для заданий на запоминание несвязанных слов (табл. 2).

В отношении всех исследованных в работе показателей «управляющих» лобных функций (планирование, переключение, обобщение и др.) был получен статистически значимый положительный эффект (табл. 3).

В зрительно-пространственной сфере положительный эффект был получен в отношении сложных заданий, в то время как раздел «конструктивный праксис» ШДМ не претерпел статистически значимой

Таблица 1. Интегральные показатели когнитивных функций на фоне терапии танаканом (суммарные баллы нейропсихологических шкал) (M±SD)

Шкала	До лечения	Через 3 мес	После лечения	p	Выраженность эффекта
КШОПС	26,7±1,5	27,7±1,7	28,2±1,4	<0,001	1,0
БОЛФ	15,6±2,0	16,8±1,5	17,1±1,2	<0,001	0,9
ШДМ	134,3±6,2	137,9±5,1	139,3±4,3	<0,001	0,9

Таблица 2. Динамика мнестических функций на фоне терапии танаканом, баллы (M±SD)

Шкала	До лечения	Через 3 мес	После лечения	p	Выраженность эффекта
ШДМ, память	22,0±2,5	23,1±1,9	23,7±1,6	<0,001	0,8
Тест Лурия	19,5±3,4	20,7±2,8	21,7±2,4	<0,001	0,8
Тест Дюбуа	9,3±1,0	9,6±0,7	9,8±0,6	<0,001	0,6
Тест 10 слов	6,3±1,3	6,6±1,2	7,0±1,2	<0,001	0,5

Таблица 3. Динамика «управляющих» лобных функций на фоне терапии танаканом, баллы (M±SD)

Шкала	До лечения	Через 3 мес	После лечения	p	Выраженность эффекта
ШДМ, внимание	35,7±1,5	36,4±0,8	36,5±0,8	<0,001	0,7
ШДМ, активность	34,8±2,7	35,6±1,9	36,0±1,6	<0,001	0,5
ШДМ, обобщения	36,1±2,7	37,0±2,5	37,4±2,2	<0,001	0,6
Литеральные ассоциации	12,4±3,7	13,9±3,3	14,7±3,6	<0,001	0,7
Категориальные ассоциации	15,7±3,5	16,6±3,0	17,3±3,0	<0,001	0,5
Повторение цифр вперед	5,8±1,2	6,1±1,2	6,2±1,1	<0,01	0,3
Повторение цифр назад	4,0±1,1	4,6±1,1	4,6±1,0	<0,001	0,6

Таблица 4. Динамика зрительно-пространственных функций на фоне терапии танаканом, баллы (M±SD)

Шкала	До лечения	Через 3 мес	После лечения	p	Выраженность эффекта
ШДМ, конструктивный праксис	5,7±0,9	5,8±0,7	5,7±0,9	нд	0,0
Тест рисования часов	8,6±2,0	9,2±1,6	9,3±1,4	<0,001	0,4
БТН, восприятие	5,9±5,4	4,7±5,0	3,3±4,0	<0,001	-0,6

динамики. По-видимому, это объясняется излишней простотой этой пробы (нарисовать ромб в квадрате) и «эффектом потолка» в популяции пациентов

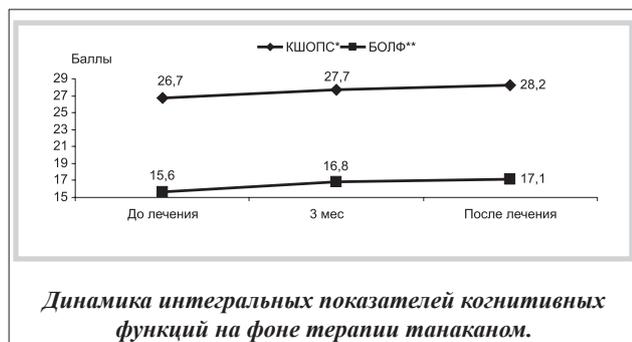
с УКН. Улучшение зрительно-пространственных функций поданным других методик на фоне терапии было небольшим или умеренным (табл. 4).



На фоне терапии отмечено также небольшое, но достоверное улучшение номинативной функции речи, о чем говорит уменьшение числа фонематических подсказок в БТН (до лечения — $4,7 \pm 5,1$; через 3 мес терапии — $3,8 \pm 4,2$; после лечения — $2,9 \pm 3,9$; $p < 0,001$, $ES = -0,4$).

Почти все нейропсихологические показатели достоверно улучшились уже к 3-му месяцу. Продолжение терапии до 6 мес давало дополнительные преимущества пациентам, но не столь значительные как начало терапии танаканом. Для иллюстрации сказанного на рисунке приведена динамика интегральных показателей когнитивных функций по двум основополагающим шкалам — КШОПС и БОЛФ.

На фоне терапии отмечалось небольшое, но статистически значимое уменьшение выраженности эмоциональных расстройств. Показатель гериатрической шкалы депрессии достоверно уменьшился после курса лечения (до лечения $9,3 \pm 4,3$ балла, после лечения $8,0 \pm 4,2$ балла; $p < 0,001$; $ES = -0,2$).



Переносимость лечения оказалась удовлетворительной. Ни у кого из пациентов танакан не вызывал побочных эффектов, которые могли нанести непоправимый вред здоровью. Препарат не оказывал также влияния на показатели жизненно важных функций (артериальное давление, частота сердечных сокращений, температура тела и др.). Нежелательные явления, связанные с применением танакана, были зафиксированы у 8 пациентов. Это были головная боль, головокружение, тошнота, сухость во рту, аллергические реакции. Выраженность этих явлений, связанных с проводимой терапией, была оценена лечащими врачами как легкая или умеренная.

Обсуждение

Концепция умеренных когнитивных нарушений была предложена в 1997 г. неврологами лаборатории памяти клиники Мэйо [28]. Разработка ее и стремительное внедрение в диагностическую и лечебную практику неврологов и психиатров всего мира знаменовали собой существенный пересмотр существовавших ранее представлений о недементных формах когнитивных расстройств в пожилом возрасте. В то время как деменция в

сознании врачей в последние годы прочно ассоциировалась с приобретенным заболеванием головного мозга, менее тяжелые формы когнитивных нарушений обычно расценивались как следствие «физиологического» процесса старения [1, 3, 15, 26, 27]. Однако R. Petersen и соавт. [28—33] предложили рассматривать недементные когнитивные нарушения в пожилом возрасте в качестве продромальных признаков скрыто развивающейся деменции, в первую очередь болезни Альцгеймера. При этом УКН определялись как нарушения памяти или других когнитивных функций, появляющиеся без видимой причины и явно выходящие за пределы возрастной нормы. Согласно данным морфологических исследований, более чем в половине подобных случаев действительно выявляются начальные признаки дегенеративного процесса с сенильными бляшками и нейрофибриллярными сплетениями. Впрочем, подобные изменения нередко встречаются в головном мозге в общей популяции пожилых лиц и не всегда имеют клиническую значимость [1, 3, 19, 20, 28—30, 33].

Последующие исследования УКН показали, что существующие сегодня диагностические возможности не позволяют выделить однородные группы пациентов, относительно которых можно было бы с уверенностью говорить как о пациентах с начальными стадиями болезни Альцгеймера или другого дегенеративного процесса. Сравнительный анализ популяций пациентов с УКН продемонстрировал существенную разницу в клинических особенностях, носительстве гена АПОЕ 4, скорости прогрессирования когнитивных нарушений, наличии или отсутствии сердечно-сосудистой патологии, исхода УКН и других важных признаков [1, 7, 31, 32]. Так, А.Б. Локшиной и В.В. Захаровым [4] показана гетерогенность синдрома УКН при дисциркуляторной энцефалопатии. У части пациентов наряду с типичными для сосудистой мозговой недостаточности когнитивными нарушениями дизрегуляторного характера выявлялись признаки первичной недостаточности запоминания. Последнее наиболее характерно для начинающегося нейродегенеративного процесса. Однако удостовериться в данном диагнозе можно лишь в процессе динамического наблюдения за пациентом [4, 8, 9]. Дальнейшее развитие диагностических методов, в том числе нейропсихологических, радиологических и нейрохимических, вероятно, позволит в будущем устанавливать точный нозологический диагноз еще до наступления деменции. На современном же уровне научных знаний УКН следует рассматривать как гетерогенный синдром, означающий повышенный риск развития деменции в недалеком будущем.



С учетом объективных трудностей точной нозологической оценки причины УКН при этом синдроме целесообразно применять препараты широкого спектра действия, которые могут быть эффективны при наиболее распространенных нейрогериатрических заболеваниях головного мозга. К числу таких препаратов относится танакан (EGb 761). Накоплен богатый опыт его применения при сосудистой мозговой недостаточности и БА. Эффективность этого препарата оценивалась в большой серии европейских и российских исследований в 80—90-х годах прошедшего века. При этом положительный эффект терапии отмечался в отношении как когнитивных функций, так и субъективных симптомов дисциркуляторной энцефалопатии и электрофизиологических показателей биоэлектрической активности мозга [5, 6, 12, 17, 18, 22, 34]. Имеется также положительный опыт применения танакана у пациентов с БА. В частности, о клинически значимом положительном ноотропном эффекте препарата при данном заболевании сообщают P. Vars и соавт. [13], V. Hofferberth [23], S. Kanowski и соавт. [24] и некоторые другие авторы.

Особого внимания заслуживает исследование S. Andrieux и соавт. [11]. В нем проведен ретроспективный анализ состояния более 7 тыс. пациентов, которые принимали вазоактивные препараты ввиду жалоб на повышенную забывчивость. Полученные результаты свидетельствовали, что для пациентов, в течение многих лет принимавших танакан, характерен меньший темп развития социальной и бытовой дезадаптации. Это косвенным образом говорит об эффективности танакана в плане замедления развития деменции в пожилом возрасте. В связи с полученными данными во Франции и США сейчас проводятся два крупномасштабных проспективных плацебо-контролируемых исследования (GEM и GuidAge) с целью оценки профилактического эффекта EGb 761 в отношении деменции.

Наша работа посвящена оценке влияния танакана на выраженность УКН. В исследование вошли пациенты как с сосудистой мозговой недостаточностью, так и с предполагаемым дебютом болезни Альцгеймера. Полученные нами результаты еще раз подтвердили положительный ноотропный эффект этого препарата, наиболее четко выраженный в сфере памяти. Характер изменений в мнестической сфере, а именно положительная динамика тестов на общую память и запоминание осмысленных предложений, свидетельствует о влиянии танакана на первичные механизмы запо-

минания и консолидации следа памяти. Поскольку эти механизмы наиболее уязвимы при нейродегенеративном процессе, положительный эффект препарата на начальных этапах болезни Альцгеймера ожидаем и закономерен. В нашем исследовании его эффективность продемонстрирована на общем массиве пациентов — как с сосудистой патологией, так и с начальными признаками дегенеративного процесса. Представленный профиль эффективности и хорошая переносимость танакана дают основание широко назначать его при когнитивных расстройствах разной этиологии. Определенное значение имеет и показанный в работе легкий антидепрессивный эффект этого препарата, так как когнитивные расстройства в пожилом возрасте иногда возникают вследствие эмоциональных нарушений или развиваются параллельно. О легком антидепрессивном эффекте танакана сообщалось и ранее.

Длительность применения танакана в нашем исследовании (6 мес) превышала принятую в нашей стране. Анализ быстроты развития эффекта показал, что улучшение когнитивных способностей происходило уже через 3 мес лечения, т.е. ко времени окончания обычного курса лечения данным препаратом. Однако это улучшение продолжалось и после 3 мес терапии. Следовательно, за время обычного курса не в полной мере реализуется клиническая эффективность танакана. Следует заметить, что в европейских странах принято более длительное (вплоть до пожизненного) назначение EGb 761. Кстати, в упомянутых выше проспективных исследованиях многолетний прием данного препарата используется для отсрочки наступления деменции в пожилом возрасте.

В качестве одного из подходов к лечению УКА в пожилом возрасте служит использование вазоактивного и нейропротективного препарата танакан. Преимуществами при этом является полимодальный механизм его действия, что позволяет применять данный препарат при когнитивных расстройствах разной этиологии. Будучи препаратом натурального происхождения, он характеризуется также хорошей переносимостью, что весьма важно для пациентов пожилого возраста. Представляется целесообразным длительное назначение указанного препарата. Наряду с этим необходимо активно разрабатывать диагностические методы для определения причины УКН в каждом конкретном случае. Это будет способствовать более раннему началу терапии, специфически ориентированной на конкретный нозологический вариант УКН.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ОБЕСПЕЧЕНИИ УСТОЙЧИВОГО РАЗВИТИЯ ПОТЕНЦИАЛА НАЦИИ И ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАЦИИ

Л.Исмагамбетова, А.Ердибекова, Г.Иманжанова Городской центр формирования здорового образа жизни, г.Астана

Межсекторальный подход – залог успешного продвижения принципов здорового образа жизни на региональном уровне.

Во исполнение Указа Правительства Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438 «О государственной программе реформирования и развития здравоохранения», в регионах созданы Координационные советы (далее Совет) по формированию здорового образа жизни при акимате под председательством заместителя акима.

Совет по охране здоровья при акимате города Астаны функционирует с 2005 года. Он образован постановлением акимата № 3-1-183 от 15 марта 2005 г., и решением городского маслихата от 26 мая 2005 года №148/18- III путем слияния Советов по формированию здорового образа жизни и по борьбе с туберкулезом и ВИЧ/СПИД. Совет по охране здоровья является одной из главных структур местной исполнительной власти в регионах, так как в его состав включены первые руководители городских ведомств, НПО, депутаты городского маслихата, представители бизнеса. Совет является консультативно-совещательным органом при акимате города. Основными задачами являются: освещение государственной политики, законодательных и иных нормативных правовых актов в области охраны здоровья граждан; содействие в области эффективного взаимодействия и сотрудничества местных исполнительных органов с международными и др. организациями по вопросам охраны здоровья граждан. Совет обладает правом запрашивать и получать от местных исполнительных органов и иных организаций информацию, необходимую для реализации задач совета; вносить на рассмотрение Акимата города предложения по своевременному выполнению мероприятий по охране здоровья граждан.

Ежегодно план работы заседаний Совета формируется с учетом ситуации в регионе и предложений городских ведомств и структур в сфере образования, здравоохранения, культуры и спорта, а реализация основных пунктов ежегодных Посланий Президента народу Казахстана определила основной блок рассматриваемых вопросов.

Межотраслевой подход в решении вопросов позволило принять меры по поддержке больных социально-значимыми заболеваниями; в разработке межведомственного плана по сокращению потребления алкоголя; скоординировать подход

к проблемам противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД; наладить регистрацию граждан, прибывающих из регионов неблагополучных по малярии и трансмиссивным заболеваниям.

Учитывая полномочия Совета, есть возможность увеличения финансовых средств, выделяемых дополнительно на приобретение спортивного инвентаря для профессиональных школ города, проездных билетов для больных туберкулезом из социально- незащищенных слоев населения, проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Весомым вкладом в дело пропаганды здорового образа жизни явилось одобренная решением Координационного совета Программа здорового питания в городе Астане, основные разделы которой становятся предметом отдельного обсуждения на заседаниях Совета. Также совместными усилиями ведомств проводятся ежегодные широкомасштабные акции «Фестиваль здоровья», Республиканский конкурс «Брось курить и выиграй!» и т.д.

Анализ опыта работы Молодежного центра здоровья (МЦЗ) на Совете, позволил приказом управления здравоохранения № 562-п от 28 декабря 2007 года закрепить создание МЦЗ во вновь созданных амбулаторно- поликлинических комплексах №4, 5, 7, 8 и в городской студенческой поликлинике №3.

Обсуждаемые на Совете проблемы экологии города позволили принять меры по снижению выбросов вредных веществ от автомобильного транспорта, предотвращению загрязнения поверхностных и подземных вод, провести благоустройство территорий прилегающих к руслу реки Ишим и ее ручьев.

Примером формирования экологической культуры населения и комплексного подхода является ежегодное проведение конкурса «Экологическое будущее столицы», в рамках которого проводится конкурс детского художественного творчества по 3-м видам изобразительного искусства в 3-х возрастных группах и конкурс рефератов среди школьников и студентов. Взаимодействие Управлений образования, природопользования и природных ресурсов, Музея современного искусства и Центра здорового образа жизни придает конкурсу значимость, вызывает широкий общественный резонанс.



Выводы:

Функционирование Координационных советов по охране здоровья при акимате города:

поддержка в лице местной исполнительной власти в деле реализации национальной политики здорового образа жизни;

позволяют выработать системность и комплексность подхода к решению проблем пропаганды здорового образа жизни;

возможность принятия решений с последующим мониторингом реализации;

Қорытындылар:

Қала әкімдігі жанындағы Денсаулық сақтау жөніндегі үйлестіру кеңестерінің атқаратын қызметі:

жергілікті атқарушы билік атынан салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша ұлттық саясатты жүзеге асыруда қолдау көрсету;

салауатты өмір салтын насихаттау проблемаларын шешуге деген көзқарастың жүйелілігі мен жан-жақтылығын қалыптастыруға мүмкіндік береді;

кейіннен жүзеге асыру мониторингі өткізілетін шешімдерді қабылдау мүмкіндігі;

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ ТЭЦ

М.Т.Махмутова Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы

Прогресс любой страны в последние десятилетия во многом определяется потреблением электроэнергии, что обеспечивается в свою очередь предприятиями по выработке электроэнергии. Сюда необходимо отнести тепловые электростанции и централи, на долю которых приходится более 80% вырабатываемой энергии и тепла. Технический прогресс в энергетике характеризуется все возрастающей единой мощностью энергооборудования и созданием региональных энергосистем.

В этих условиях операторские функции управления сложной автоматизированной системой значительно усложняются, возрастает нервно-эмоциональное напряжение, и как следствие этого – умственное переутомление, увеличение нервных и сердечно-сосудистых заболеваний. Совершенно очевидно, что разработка мер профилактики в данном случае является актуальной гигиенической задачей.

Ознакомление с производственным процессом позволило выделить ряд факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на организм работников основных производственных цехов ТЭЦ, таких как шум, вибрация, высокая температура поверхностей стен котлов, турбин паропроводов приводит к значительному нагреву воздуха на рабочих местах и тепловому излучению. Сжигание в котлах угля и мазута сопровождается поступлением в воздух рабочих зон угарного и сернистого газов, углеводородов и высокотоксичных тяжелых металлов – окислов свинца, кадмия, никеля, ванадия и других химических веществ. Воздействие на работающих неблагоприятного микроклимата приобретает особое значение в южных климатических условиях Казахстана. Нагревающий микроклимат на производстве в сочетании

с действием жаркого, сухого и длительного лета неблагоприятно сказывается на самочувствии и здоровье работников.

Значительный интерес с точки зрения гигиенических условий труда, представляет шум. Источниками шума в турбинном отделении являются электродвигатели конденсатных и питательных насосов, подогреватели низкого и высокого давления, коллектор дренажей, генератор, турбина, редуционно-охладительные установки, парогазопроводы и связанные с ними узлы регулировки и т.д. В котельном отделении – мельницы помола угля, в особенности шаровые, агрегаты золошлакоудаления, дымососы, дутьевые вентиляторы. Существенными источниками шума в котельно-турбинном цехах являются многочисленные системы приточно-вытяжной вентиляции, кондиционирования воздуха.

На некоторых производственных участках электростанций имеются так называемые вторичные источники шума. Издаваемый ими звук возникает за счет отражения звуковой волны. К таким источникам шума относятся, в частности, листовые перекрытия лестничных маршей, смотровых площадок. Значительная звуковая волна возникает в результате отражения от металлических кожухов оборудования, железобетонных поверхностей потолка, стен, пола, стекол оконных проемов. Нередко дополнительный шум возникает при неисправности оборудования или аварийных случаях: утечке пара, резких перепадах давления в трубопроводах, временном снятии кожухов с генераторов, турбин, коллекторных агрегатов возбудителей, при срабатывании аварийных клапанов и продувке паропроводов, выбросе пара в атмосферу при растопке котлов.



Уровни шума в котельно-турбинных цехах, как показали исследования, находятся в определенной зависимости от мощности оборудования, вида используемого топлива, конструкции ТЭС (открытого, закрытого типа). Наиболее интенсивный шум отмечается при мощности турбогенераторов 60, 100, 160, 300 МВт. В этих случаях интенсивность шума значительно превышает допустимый уровень. Современные турбины мощностью 500-800 МВт генерируют значительно меньше шума.

Для помола угля на действующих станциях применяют различные типы мельниц. На ТЭС с единой мощностью турбогенераторов 200 МВт и более применяют, как правило, более мощные шаровые мельницы, что сопровождается значительным увеличением интенсивности шума в зоне их работы. Шум, генерируемый молотковыми мельницами, незначительно превышает допустимый уровень в зоне средних и высоких частот. Шум, генерируемый шаровыми мельницами, носит характер широкополосного и превышает допустимые значения во всех частях спектра.

На неблочных станциях рабочие места машинистов-операторов турбогенераторов находятся непосредственно у турбины на отметке +8 м. В этих случаях рабочие подвергаются на протяжении всей смены воздействию интенсивного шума 97 дБ А и более.

На рабочих участках топливотранспортных цехов, в частности в зоне ленточных транспортеров уровень шума составляет 68-76 дБ А, в зоне приводных станций – 85-97 дБ А, в зоне дробилок угля – 94-95 дБ А. На этих участках работают мотористы подачи топлива. Как показали хронометражные наблюдения, в зоне приводных станций они могут находиться до 5 ч., дробилок угля – до 1 ч.

Источником шума в зоне ленточных транспортеров являются электродвигатели приводных станций. А также удары кусков угля о стенки приемных металлических бункеров. Шум тем интенсивнее, чем крупнее куски подаваемого угля, выше скорости транспортировки. Условия труда мотористов подачи топлива по фактору шума следует считать неблагоприятными.

Одним из ведущих цехов ТЭЦ является цех химической водоочистки, где осуществляется очистка воды от солей, минеральных, химических примесей, прежде чем она подается в пароводяной тракт станции. В большинстве случаев уровень шума, как правило, не превышает гигиенических нормативов. Исключение составляют помещения насосных станций и лабораторий, расположенных непосредственно в котельно-турбинном цехе, где интенсивность шума может достигать 97 дБ А.

Обслуживание цеха химической водоочистки осуществляют аппаратчики-химики. В течение смены они бывают на разных производственных участках. Анализ хронометражных данных показал, что с учетом времени пребывания их в тех или иных зонах условия труда этой категории работающих не являются опасными в отношении неблагоприятного воздействия шума. Исключение составляют лаборатории, расположенные непосредственно в котельно-турбинном цехе, где вследствие проникновения шума из турбинного отделения, интенсивность его может быть значительной.

Как показали исследования, уровень вибрации на большинстве рабочих участков основных цехов современных ТЭЦ (16 объектов) не превышает гигиенических нормативов. Превышение допустимых величин имеет место лишь на ограниченных участках турбинного отделения и тракта топливоподачи. Источниками интенсивной вибрации в турбинном отделении являются генераторы, возбудители, питающие электронасосы, в котельном – электродвигатели мельниц помола угля, в топливотранспортном – электродвигатели приводных станций. В турбинных отделениях превышение колебательной скорости вибрации отмечено в зонах, примыкающих к местам крепления генераторов (отметки +9, +8, +3,5 м). Интенсивность возникающей здесь вибрации зависит от мощности оборудования, конструктивных особенностей агрегатов, характера монтажа и взаимного расположения генераторов и рабочих мест. Так, если маршрут движения машиниста-обходчика турбинного оборудования, работников других профессий проходит по полу, выполненному из металлических листов, на расстоянии 1-2 м от генератора, то вибрация, воздействующая на человека в этих условиях, значительно превышает допустимые уровни: при мощности турбогенераторов 300 МВт – в диапазоне частот 22-90 Гц в 6-8 раз, 200 МВт – в 4 раза, 6-100 МВт – в 2-3 раза.

Изучение производственного микроклимата показало, что он не отвечает гигиеническим требованиям как в теплый, так и в холодный периоды года.

Показатели производственного микроклимата на разных рабочих участках топливотранспортного цеха определяются в основном сезонными изменениями температуры наружного воздуха. В теплый период года температура воздуха составляет 9-33^оС, а в холодный – от -28 до +20^оС. Неблагоприятные климатические условия в холодное время года имеют место в зоне вагоноопрокидывателя, питателей, дробилок угля, транспортеров первой очереди. На отдельных участках отмечаются повышенные скорости движения воздуха.



В летнее время в связи с атмосферными осадками, использованием в целях пылеподавления и уборки гидросмыва на всех участках отмечается повышенная влажность воздуха.

Исследования, выполненные на крупных блочных тепловых электростанциях, показали, что условия производственного микроклимата неблагоприятны не только непосредственно в котельном и турбинном отделениях, но и в помещениях блочных щитов управления (БЩУ), температура воздуха в которых в теплый период года может достигать 28-34^оС.

Проектные решения систем приточной вентиляции помещений БЩУ имеют нередко существенные недочеты. В теплое время года воздух, забираемый из машинного зала, а в отдельных случаях наружный, недостаточно охлаждается в воздухопроводах, а в холодный период, напротив, имея низкую температуру, недостаточно согревается.

Как показали исследования, особо неблагоприятные микроклиматические условия имеют место в котельно-турбинных цехах, что обусловлено наличием значительного числа основного и вспомогательного оборудования, ограждений, перекрытий, температура поверхностей которых существенно превышает гигиенические нормативы.

В теплый период года температура поверхностей основного и вспомогательного оборудования турбинных цехов находилась в пределах 25-110^оС, ограждения, перекрытий, пола – от 28

до 80^оС. В холодный период года эти величины составляли соответственно 23-90^оС и 12-58^оС.

В котельном отделении температура поверхностей котлов, вспомогательного оборудования в теплое время года составляла 27-150^оС, перекрытий, ограждений – от 17 до 85^оС, в холодный период – соответственно 11-150^оС и 14-76^оС.

Интенсивность теплового излучения в турбинных отделениях находилась на уровне 209-697 Вт/м², в котельном - 697-3136 Вт/м². Значительное тепловое излучение имело место в зоне турбогенераторов (отметки +8 и +9м), паропроводов, деаэраторов, комода, горелок и других зонах корпуса котла.

Таким образом, обобщая данные можно сказать, что производственный микроклимат рабочих зон котельно-турбинных цехов ТЭС характеризуется высокой температурой воздуха, большими температурными перепадами, пониженной относительной влажностью. На ряде производственных участков имеют место значительные скорости движения воздуха.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют говорить о том, что производственные процессы на энергопредприятиях ввиду их специфики (высокий уровень шума, нагревающий микроклимат, значительное тепловое излучение, поступление в воздух рабочей зоны пыли, токсичных газов) способствуют формированию неблагоприятных условий труда.

ИЗУЧЕНИЕ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА

Ш.Е.Каржаубаева, А.А.Имангалиева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Введение

Вопросы сохранения здоровья детей и подростков в условиях социально-экономических реформ в Казахстане приобретают особое значение. За последние пять лет заболеваемость школьников выросла на 22%, в том числе анемия в 2,5 раза, болезни органов дыхания в 1,5 раза, эндокринные болезни и расстройства питания в 1,4 раза. В современных условиях изменяется уклад жизни и модели поведения, в том числе привычки питания.

В настоящей статье приводятся результаты проведенной научно-исследовательской работы по изучению детерминант здоровья детей среднего и старшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования

Исследование было проведено в регионах, представляющих значимую административную единицу для внедрения программ по формированию здорового образа жизни (г.Алматы, г.Астана, г.Шымкент). В качестве единицы наблюдения были взяты школьники 11, 13, 15 лет. Выборка проводилась с учетом информации о численности школьников 11, 13, 15 лет в городах Алматы, Астана, Шымкент. На основе данных, предоставленных управлениями образования: полного списка школ, комплектации классов методом случайного механического отбора была сформирована выборочная совокупность в 4500 школьников (по 1500 в каждом городе).



Исследование проводилось методом опроса школьников по анкетам, разработанным для самостоятельного заполнения. Второй раздел анкеты был посвящен режиму и рациону питания исследуемого контингента.

Результаты исследования

Более половины (60,9%) всех опрошенных школьников среднего и старшего школьного возраста в будние дни завтракают ежедневно. Чем старше школьники, тем достоверно реже они завтракают в будние дни. Мальчики чаще девочек завтракают в будние дни.

У 8,5% школьников в ежедневном рационе питания отсутствовали молочные продукты. 6,7% детей употребляют их только один раз в месяц, каждый седьмой ученик отметил один раз в неделю. Только у каждого третьего ребенка молочные продукты в рационе питания присутствовали ежедневно. В Шымкенте достоверно меньше употребляют молочных продуктов по сравнению с г.Алматы и г.Астана. В ходе анализа выяснилось, что в старших возрастных группах употребление молочных продуктов встречалось реже. Средний ранг употребления молочных продуктов в возрастной группе 11 лет = 2122,04; в возрастной группе 13 лет – 2063,52; в возрастной группе 15 лет = 1910,55. Н-тест Крускала – Уоллиса показал, что между разными возрастными категориями существуют статистически очень высоко значимые различия в употреблении молочных продуктов ($\chi^2=23,226$; число степеней свободы = 2, $p<0,001$).

Менее половины детей и подростков (40,5%) мясо в пищу употребляют каждый день (рис. 1), среди них чаще встречались подростки 15-ти лет и школьники г.Шымкент (46,2%).

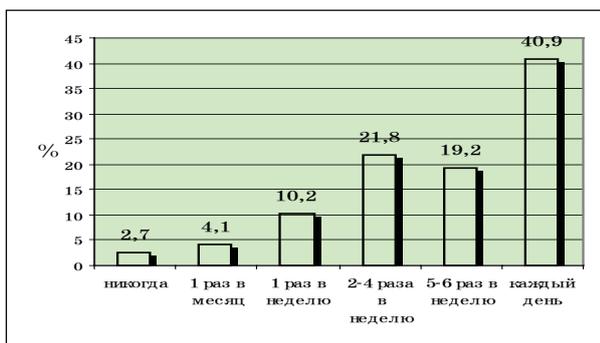


Рисунок 1. Частота употребления школьниками мясных продуктов

Никогда не употребляют зерновые продукты 6,2% всех опрошенных. Каждый десятый – один раз в месяц. Почти каждый четвертый – один раз в неделю. Ежедневно – каждый шестой респондент.

У менее половины опрошенных (42,8%) в рацион питания ежедневно входят фрукты. 1/5 часть составляют дети и подростки, которые употребляют фрукты 5 – 6 раз в неделю. С такой же частотой встречаются школьники, употребляющие их 2 – 4 раза в неделю.

39% ежедневно употребляют овощи, где доля девочек превышает таковую у мальчиков. 1/6 часть указали на 5 – 6 раз в неделю. 1/5 часть – 2 – 4 раза в неделю. 12% – один раз в неделю. 5,6% – один раз в месяц. Подавляющая часть старшеклассников овощей употребляют больше, чем дети младших классов.

Почти каждый третий школьник заявляет о том, что ежедневно употребляет чипсы, кириешки и сладости, с небольшим преобладанием в этой группе девочек. Отрицательный ответ получен в 6,8% случаев (рис. 2). По частоте употребления этих изделий на первом месте находятся дети 13 лет, на втором месте дети 11 и 15-ти лет. В разрезе регионов на первую ступень выходят учащиеся города Шымкент, несколько реже это характерно для школьников г.Астаны и г.Алматы.

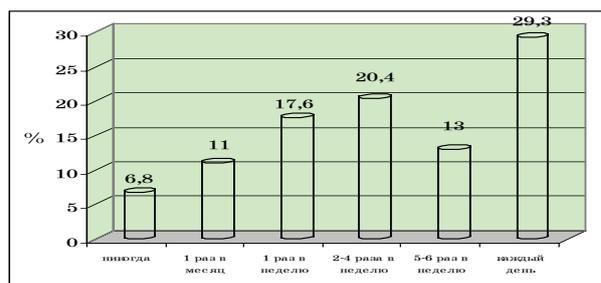


Рисунок 2. Частота употребления школьниками чипсов, кириешек, сладостей

Ежедневное употребление сладких газированных напитков, таких как кока-кола, фанга, спрайт, встречалось у каждого четвертого ученика. 11,3% опрошенных утверждают, что пьют их 5-6 раз в неделю. 21,1% респондентов выбрали ответ «2 – 4 раза в неделю». Из всех опрошенных детей и подростков совсем не употребляют данные напитки в 8,9% случаев. Чаще такие напитки больше распространены среди детей 13-ти лет.

Более половины всех опрошенных устраивает свой вес, и поэтому они не придерживаются диеты и не выполняют физические упражнения. Почти каждый пятый отметил, что «придерживается диеты или выполняет физические упражнения, чтобы сбросить вес». Каждый десятый респондент ответил, что не делает ничего, потому что ему нужно поправиться.

Обсуждение и выводы

Выявлено, что у 8,5% школьников в рационе питания отсутствуют молочные продукты. Только

у каждого третьего ребенка молочные продукты присутствуют ежедневно. В старших возрастных группах употребление молочных продуктов встречалось реже. Менее половины детей и подростков (40,5%) мясо употребляют каждый день; каждый пятый - 5 – 6 раз в неделю. Ежедневно 42,8% школьников употребляют фрукты, 39% - овощи. Подавляющая часть старшеклассников овощей употребляют больше, нежели дети младших классов. Девочки больше потребляют фрукты и овощи, чем мальчики. Почти каждый третий школьник ежедневно употребляет чипсы, кириешки и сладости. Ежедневное употребление сладких газированных напитков встречалось у каждого четвертого ученика. 11,3% опрошенных утверждают, что пьют их 5-6 раз в неделю.

Заключение

В ежедневном рационе питания детей среднего и старшего школьного возраста отмечается

недостаточное количество молочных продуктов (31,2%), мясных продуктов (40,5%), фруктов (42,8%), овощей (39%). Каждый третий школьник ежедневно употребляет чипсы, кириешки, сладости и 25,7% (каждый четвертый) - сладкие газированные напитки.

Проведенное исследование среди школьников г.Алматы, г.Астана и г.Шымкент позволило информировать о рационе питания современных школьников не только медицинских работников и учителей, но и руководства администрации школ, представителей органов здравоохранения, социального развития, образования.

Формирование у подрастающего поколения установок на здоровый образ жизни возможно только при межсекторальном подходе, а также целенаправленной профилактической работе с детьми и их родителями.

ВЛИЯНИЕ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ НРАВСТВЕННОСТИ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КАЗАХСТАНЕ

Р.С.Колокина, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Семья — самый древний, самый первый социальный институт, возникший еще в условиях формирования общества. Основные функции семьи: репродуктивная, воспитательная, культурное воспроизводство общества. В процессе семейной жизни дети принимают от старшего поколения знания об отношениях, о браке и семье, усваивают нормы поведения. В целях воспитания, как девочек, так и мальчиков в рамках нравственных устоев, привития им умения сказать «нет» в различных критических ситуациях, уважительного отношения к себе и способности предвидеть возможные серьезные последствия необдуманных поступков, диктуют необходимость активизировать совместную работу родителей и педагогов с подростками, в которой стержневой фигурой является семья. Средства массовой информации как значимый фактор, воздействующий на мировоззрение молодежи, может оказать существенное влияние на изменение поведения подростков через повышение культа семьи и национальных традиций. В результате - это повышение нравственных принципов молодых людей, и как следствие улучшение репродуктивного здоровья, снижение количества незапланированных беременностей, в дальнейшем снижение числа бесплодных семей и улучшение морального климата в семье.

Семейная политика Республики Казахстан достаточно полно и четко регулируется действующим национальным законодательством. В соответствии с Конституцией Республики Казахстан от 30 августа 1995 года статьей 27- «Брак и семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой общества и государства». Этот основополагающий тезис получил свое развитие в законе «О браке и семье» от 17.12.98 с дополнениями 24.12.01, 10.01.06, который устанавливает и регулирует брачно-семейные отношения в РК, а также гарантии их осуществления, обеспечивает защиту прав и интересов семьи, определяя ее развитие приоритетным направлением государственной социальной политики РК. В соответствии с Законом РК от 16 июня 2004 года № 565-III «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления» государство берет на себя регулирование в области репродуктивных прав граждан различного возраста: детей, подростков, молодых людей (наравне со взрослыми), а именно в получении бесплатной, доступной, добровольной и качественной помощи по вопросам планирования семьи, контрацепции, профилактики инфекций, передающихся половым путем, включая ВИЧ - инфекцию.



Статьей 9 обозначены права и обязанности граждан в области репродуктивного здоровья, основными из которых являются свободный репродуктивный выбор, получение услуг по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи, использованию и выбору методов контрацепции.

В соответствии со статьей 11 несовершеннолетние имеют право на охрану репродуктивного здоровья, а также нравственно-половое воспитание и образование. Половое образование несовершеннолетних осуществляется лицами, имеющими специальную подготовку, в организациях образования по специально разработанным программам с учетом пола, возраста, особенностей психофизического развития несовершеннолетних и мнения родителей. Разработка образовательных программ и подготовка несовершеннолетних к семейной жизни обеспечивается центральным исполнительным органом в области образования совместно с уполномоченным органом в области здравоохранения.

Статьей 8 закона РК «О правах ребенка» гарантировано право на охрану здоровья, статьей 10 - на жизнь. Эти статьи соответствуют статье 24.1 Конвенции о правах ребенка, согласно которой ребенок имеет право на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья, и в частности государства должны предпринимать необходимые меры для развития просветительской работы и услуг в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

В Республике по данным Агентства РК по статистике на 01.01.08. численность населения превышает 15, 572 млн. человек. Общее число семей (по данным переписей населений) 3, 527 млн., со средним размером семьи 4 человека. В основном преобладают малочисленные семьи, которые составляют почти 70%. В последние годы общее число семей сокращается. Одна из причин - проживание в гражданском браке, что не регистрируется в органах ЗАГС. Средний возраст вступления в первый брак увеличивается: у женщин с 23,7 года в 2001 году до 24,2 в 2006 году; у мужчин с 26,5 года до 26,9 лет соответственно. Наметилась явная тенденция к росту количества зарегистрированных разводов с 29,6 в 2001 году до 32,4 в 2006 году.

Традиции и обычаи казахского народа служили своего рода моральным кодексом, заложившим основу семейным отношениям казахов. В казахских семьях придавали большое значение воспитанию детей и воспитанию здоровых и умных потомков с самого рождения ребенка. На тра-

дициях казахского народа воспитаны сотни поколений. Вот некоторые из них. Шилдехана - той, устраиваемый членами семьи при появлении на свет младенца. Знакомые и близкие приходят в эту семью с пожеланиями, говорят “кутты болсын”. “Шилдехана” - праздник в честь новорожденного. Бесикке салар: “Бесик” (колыбель) - священное в представлении народа и очень удобное для ребенка гнездышко. По обычаю в колыбель впервые укладывает малыша всеми почитаемая бабушка, обычно родоначальница семьи. Обряд сопровождается традиционной песней “Бесик жыры”.

Тусау кесер - разрезание пут. Эта церемония проводится, когда малыш делает первые шаги. Его ножки обвязывают тонким пестрым шнурком, разрезать который доверяют энергичному человеку из многодетной семьи. Обряд сопровождается песнями и пожеланиями, чтобы ребенок твердо стоял на ногах, уверенно шел по жизни. Пестрый шнурок обозначает, что в жизни бывают не только белые, но и черные полосы - будущий джигит должен уметь преодолевать трудности.

Атка мінер - этот торжественный семейный обряд имеющий огромное воспитательное значение. Ребенку в возрасте 6-7 лет дарят коня, чаще дедушка, торжественно вкладывают в руки камчу и, оседлав укрощенного коня, сажают ребенка (мальчика), объясняя ему, что он стал джигитом. Это возвышает ребенка, и вместе с тем появляется у него чувство ответственности, ребенок взрослеет. Затем идет приобщение к труду, воспитание человечности.

“Мушел” - один мушел составляет 13 лет и через каждые 12 лет прибавляется, так как в организме человека через каждые 12 лет происходят большие изменения. Это было доказано древними учеными Востока.

После первого мушел (13 лет) ребенка начинается подростковый период. Понятие “родственник” казахи толкуют очень широко. Все потомки одного деда до седьмого колена считаются близкими родственниками. А потому древний обычай требует знать предков и запрещает браки внутри своего рода. Эти традиции казахского народа в воспитании детей, сохранении святости семейного очага, о роли матери передаются из поколения поколению.

Значение семьи в жизни каждого человека, общества и государства достаточно велико. Именно семья для каждого человека – неисчерпаемый источник любви, преданности и поддержки. В семье закладываются основы нравственности, духовности и терпимости. Здоровая, крепкая семья – залог стабильности и процветания любого общества.



Выводы:

1. Традиционные семейные отношения казахского народа изначально нацелена на формирование крепкой семьи;
2. Существующая нормативно-правовая база института семьи обеспечивает гарантии сохранения здоровья женщин и детей, репродуктивных функций и обеспечивает защиту прав и интересов семьи;

3. Повышение культа семьи и национальных традиций позволит в результате повысить нравственные принципы молодых людей, и как следствие улучшение репродуктивного здоровья, снижение количества незапланированных беременностей, а в дальнейшем снижение числа бесплодных семей и улучшение морального климата в семье.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ И ИХ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

З.С.Абишева, О.В.Ануфриева, Е.М.Рослякова, К.Х.Хасенова, Т.А.Жумакова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

“Высшее образование - великое дело, благодаря которому из простой капусты получается цветная”
(Марк Твен).

Обучение в Высшей школе сегодня переживает коренные изменения, когда главной задачей педагога становится не столько изложение профессиональных знаний, сколько формирование у студента устойчивой потребности в необходимости их получения. Особенно это касается формирования у студентов мотивации к здоровому образу жизни.

Традиционная классическая форма лекции претерпевает в связи с этим изменения, инновационная педагогика предлагает новые формы лекций, на которых хочется остановиться.

1. Лекция - ”пресс-конференция”. Назвав тему, преподаватель просит аудиторию письменно задавать вопросы. Это позволяет выяснить общий уровень аудитории, степень подготовленности, активность студентов, в то же время учит их выделять проблему и формировать её. Далее лекция излагается не как ответы на вопросы, а в виде связного текста, объединенного темой лекции и включающего ответы на вопросы. В конце лекции следует оценить вопросы студентов и их активность.

2. “Лекция вдвоём” - это чтение лекции двумя лекторами и более по одной проблеме с учетом интеграции её в учебном процессе. Лекция проводится или поочередно различными преподавателями кафедр, интегрированных в проблеме, или в виде диалога, когда проблема выносится на обсуждение. Такая лекция является разновидностью проблемной лекции, в диалоге может моделироваться реальная ситуация, обсуждаются теоретические и практические вопросы. Лекция демонстрирует

культуру дискуссии, вовлекает в обсуждение студентов, её преимуществом является актуализация знаний через различные точки зрения, демонстрация системы доказательств, наличие (двух или нескольких) источников информации, что позволяет делать выбор и выводы, кроме того, она глубже раскрывает личность преподавателя. На классической лекции преподаватель раскрывается, в основном, как носитель знаний, а не как личность. Эта форма лекции сопряжена с трудностями, т.к. нужно выбрать коллегу, совместимого с лектором по многим параметрами (профессионально, психологически и т.д.), она требует предварительного обсуждения с партнером.

3. “ Лекция-визуализация”- это результат поиска новых возможностей наглядности. Последняя обеспечивает активную работу обоих полушарий головного мозга, а не только левого, отвечающего, как известно, за вербальное восприятие. Лектор создает видеоряд, который воспринимается и осознается студентом, а в ходе лекции служит опорой адекватных мыслей и практических действий. Слайды, рисунки, видеоряд иллюстрируют ход мыслей, а профессиональные знания находят знаковой зрительный образ. Лектор в такой лекции выступает в роли актера и режиссера, а чтение лекции сводится к развернутому и обобщающему комментированию визуального материала. Мультимедийные технологии позволяют подключать в лекции свет, цвет, звук, музыку, демонстрацию опытов и больших.

4. “Лекция с заранее запланированными ошибками”. Студентов в начале лекции предупреждают: “Поймай мою ошибку!”, говорят о количестве намеренно сделанных ошибок. Фокус и парадокс работы нашего мозга в том, что мы лучше запоминаем ошибки. В лекцию закладываются



типичные ошибки. Если аудитория не заметила ошибок, их, безусловно, необходимо раскрыть. Такая лекция очень эффективна, т.к. развивает мыслительную деятельность студента. Кроме того, важна её диагностическая функция, мы выясняем, что студенты не знают или не понимают.

5. «Лекция с изложением материала по выбору». Излагаются наиболее сложные с точки зрения преподавателя и студентов вопросы. Желательно в ходе изложения темы использовать разные формы лекции, главное-живость и красота изложения

материала. Можно разнообразить текст лекции шутками, желательно на темы, близкие к материалу, можно с использованием студенческого фольклора, упоминания студенческих оговорок и ляпсусов во время ответов на занятиях.

На кафедре нормальной физиологии с курсом валеологии в течение нескольких лет читаются лекции с использованием таких новых форм, как «лекция вдвоем», «лекция - визуализация», имеются мультимедийные лекции по всему курсу физиологии.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРОПАГАНДЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ХОДЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ВАЛЕОЛОГИИ В КАЗНМУ

*З.С.Абишева, О.В.Ануфриева, Е.М.Рослякова, А.Г.Бисерова, Т.М.Исмагулова, Ж.Ж.Курмангалиева
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

Сегодня ни у кого не возникает сомнений в том, что валеология – одно из приоритетных направлений развития медицинской науки, т.к. забота о здоровье народа является показателем культуры, цивилизованности, определяет её международное признание. Это положение чётко обозначено в Послании Президента Казахстана 2030.

Одной из баз для реализации Послания Президента должна стать пропаганда здорового образа жизни (ЗОЖ) среди студенческой молодёжи. Формирование здорового образа жизни – глубокий и длительный процесс, включающий всестороннее развитие здоровой личности с положительно ориентированными нравственными, моральными устоями, высокими духовными потребностями, развитой эмоциональной сферой, результатом чего является физическое здоровье.

Вопросы валеологии особенно актуальны сейчас, когда мы сталкиваемся с проблемами наркомании, табакокурения и т.д.

Как показывает опыт работы в ВУЗе пропаганду ЗОЖ необходимо начинать со студентов младших курсов.

В ходе изучения курса валеологии на кафедре физиологии КазНМУ последовательно и систематически проводится работа по изучению основ ЗОЖ на лекциях, практических занятиях, в ходе самостоятельной работы студентов, на заседаниях НСК.

С целью внедрения инновационных технологий в учебный процесс сотрудниками курса валеологии разработан учебно-методический комплекс документов (УМКД) для студентов об-

щемедицинского факультета, подготовлен полный курс мультимедийных лекций по дисциплине. В ходе самостоятельной работы студенты готовят, и проводят презентации по вопросам валеологии согласно современным требованиям.

Инновацией, на наш взгляд, является проведение тренингов подготовленными студентами - волонтерами старших курсов по различным вопросам пропаганды ЗОЖ. Эти тренинги очень эффективны, т.к. проводятся сверстниками, что позволяет быстро найти контакт с аудиторией, а энтузиазм и знание проблемы проводящих тренинги старшекурсников определяют успех таких занятий.

Практикумы на кафедре оборудованы впечатляющими стендами, где проблемы наркомании, табакокурения видны во всей потрясающей неприглядности, а методы оздоровления на этом фоне воспринимаются более осязаемо.

В целях активизации познавательной и исследовательской деятельности на занятиях проводятся исследования по рациональному питанию студентов на основании анкетного опроса и расчета пищевого рациона. При этом дается анализ фактического питания с его коррекцией по нормам питания с учетом рекомендаций по их улучшению.

Одним из параметров индивидуального и личностного развития человека является возраст. Некоторые авторы (Б.Г.Ананьев) рассматривают возраст как единство роста, общесоматического и нервно-психического созревания в условиях жизнедеятельности и воспитания человека. Возраст



тем самым есть количественная и качественная сторона развития, которое происходит в течение всей жизни человека. Валеологов прежде всего интересует соответствие хронологического, функционального и биологического возраста. Сотрудниками курса валеологии в течение нескольких лет проводится исследование истинного возраста студентов 1-3 курсов различными методами. Для этого студентов комплексно обследуют атропометрическими и физиометрическими методами с использованием психологических тестов для определения физиологического возраста, который отражает возрастную динамику физиологических функций и функциональных резервов, способность человека функционировать. Кроме того определяют биологический возраст, который является фундаментальной характеристикой темпов развития организма.

Для выяснения степени физического здоровья студенты оценивают свои весо-ростовые показатели. На основании нагрузочных проб (Мартине, Гарвадский-степ тест, проба Генчи и Штанге) определяют адаптационные возможности организма, что важно для индивидуальных рекоменда-

ций, для самостоятельных занятий физическими упражнениями.

Кроме того, проведено анкетирование студентов с использованием стандартного опросника «Карта медико-социального изучения образа жизни и здоровья студентов». Вопросы в этом опроснике самые разнообразные и касаются образа жизни, жилищных условий, вредных привычек, отношения к учебе, организации досуга и др. В целом все студенты давали примерно одинаковые ответы. Полученные данные позволяют судить о медико-социальном образе жизни студентов КазНМУ. Из полученных данных следует, что первый год обучения в Высшем учебном заведении оказывается особенно сложным для студентов, что накладывают определенный отпечаток на многие стороны их жизни, в том числе и на адаптацию организма к новым условиям в связи с ломкой сложившихся стереотипов.

Это необходимо учитывать при разработке путей оптимизации учебного процесса для улучшения условий их учебы и отдыха, что позволит более эффективно осуществлять профилактику здорового образа жизни среди студенческой молодежи.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И УРОВНЕЙ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТЕЙ У СТУДЕНТОВ 1-2 КУРСОВ КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА

А.Д.Соколов, К.Х.Хасенова, О.В.Ануфриева, А.Г.Бисерова, А.С.Алибекова КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Целью научной работы было определение подверженности стрессу студентов младших курсов КазНМУ; выявление уровней реактивной и личностной тревожности; выявление факторов риска способствующих развитию состояния напряжения и стресса в их повседневной жизни.

Материал и метод исследования

1. У студентов проводилось анкетирование о подверженности каждого студента депрессии и стрессу. Анкетирование включало в себя 10 вопросов, связанных с решением сложных проблем, конфликтных ситуаций, с неожиданными проблемами и решением денежных проблем.

2. Проводили оценку личностной и реактивной тревожности (ЛТ и РТ) по Ч.Д.Спилбергу и Ю.Л.Ханину. Тест состоит из 40 вопросов.

3. Анкетирование. Включает 20 вопросов. Эти вопросы выявляют факторы, которые приво-

дят к состоянию напряжения.

Результаты исследования: Всего было обследовано 85 студентов.

1. По результатам анкеты “подверженность студентов депрессии и стрессу”, выявили высокую степень подверженности депрессии и стрессу- 79%.

2. Оценка личностной и реактивной тревожности по Ч.Д.Спилбергу и Ю.Л.Ханину..

Личностная тревожность-это устойчивая характеристика человека, т.е. ситуация тревожности в данный момент. Реактивная тревожность-это состояние человека, т.е. состояние человека в повседневной жизни. По результатам личностной тревожности выявили, что у обследованных студентов преобладает состояние высокой тревожности, которая составляет около 50% всех студентов. По факультетам: лечебный=46.8%, педиатричес-



кий=57.2%, стоматологический=50.1%, фармацевтический=49.7%. Анализ причин личностной тревожности по данным анкетирования “Факторы риска, которые приводят к состоянию напряжения и повышают подверженность к стрессовым воздействиям”. Выявление факторов риска показали, что на 1 месте у студентов находится проблемы здоровья, связанные с наличием хронических заболеваний (31%). На втором месте состояние сна(21%), на третьем – питание(19%), затем вредные привычки(12,7%), доход(11,3%), личностные отношения(5%).



По результатам реактивной тревожности выявлено, что у студентов преобладает состояние умеренной тревожности-40%: лечебный=53.3%,

педиатрический=45.6%, стоматологический=25%, фармацевтический=33%. Повышение РТ считается положительным фактором, ведущим к мобилизации организма, что является необходимым условием для их успешного обучения в медицинском университете.

Выводы:

1. Показатель ЛТ находится на достаточно высоком уровне у студентов всех факультетов (от 46.8% до 57.2%).

2. Высокий уровень ЛТ связан с такими факторами риска здоровья, как хронические заболевания, плохое самочувствие, нерациональное питание, нарушение режима сна, вредные привычки, материальное обеспечение, личностные отношения с друзьями.

3. РТ находится на умеренном уровне у студентов во всех факультетов.

4. Для поддержания должного эмоционального статуса и снижения состояния личностной тревожности студентам рекомендуем:

А- постоянно поддерживать свое личное здоровье, не забывать о нем; уметь сохранять хорошее самочувствие, соблюдать правила рационального питания, в первую очередь режима питания и не забывать о основах сбалансированного питания.

Б- соблюдение режима труда и отдыха, постараться исключить вредные привычки такие как курение и алкоголь.

В- научиться сохранять ровные межличностные отношения

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ КАРАГАНДИНСКИХ ШКОЛЬНИКОВ

С.П.Терехин, С.В.Ахметова, Е.В.Мацук Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда

Организация правильного здорового питания детей и подростков имеет не только медицинское значение как фактор сохранения здоровья конкретного ребенка и его последующего развития, но и большое социальное значение как фактор, определяющий здоровье будущих поколений. [1,2]

Значение питания в детском и подростковом возрасте обусловлено основными факторами, определяющими различие зрелого и детского организма, а именно - ростом и развитием. Детский организм отличается от взрослого бурным ростом и развитием, формированием органов и систем. [1,2]

Методы исследования: Нами было проведено исследование структуры и регулярности питания карагандинских школьников. Специаль-

но разработанные анкеты содержали целый ряд вопросов об условиях и образе жизни учащихся, в том числе о структуре и организации питания. Вопросы были сформулированы так, чтобы можно было оценить привычный, типичный стиль питания ребенка в семье и школе. В обследовании участвовали более 1000 школьников 1-10-х классов из 8 школ города Караганды.

Результаты и обсуждение: В первую очередь нас интересовала структура питания: какие продукты чаще, а какие реже появляются на столе в семьях школьников. Молоко и молочные продукты ежедневно потребляют не менее 65% школьников, а вот яйца - только 43% опрошенных. Чуть более половины школьников (55%) ежеднев-



но едят мясо и продукты на его основе, а рыба и морепродукты в ежедневный рацион включают только 8% респондентов. В ежедневный рацион 60% опрошенных детей входит картофель и овощи (у 40% детей). Потребление фруктов и соков нельзя считать достаточным: только 20% школьников едят эти продукты каждый день. Ежедневно потребляют макаронные, хлебобулочные и кондитерские изделия соответственно 79%, 92% и 97% школьников.

Около 80% детей получают достаточно сбалансированный по структуре рацион питания. Беспокойство вызывает та часть школьников, которые потребляют продукты, богатые животным белком 1 раз в неделю или еще реже (9%). Чаще всего те дети, которые недополучают животный белок, лишены также и достаточного количества витаминизированной пищи (12%). Обычно это происходит в семьях с низким уровнем благосостояния.

Следующий аспект качества и структуры питания – его регулярность. Нами установлено, что значительная часть школьников не соблюдают режим питания. Так при оценке режима питания было выявлено: 61% школьников питаются 3 и более раз в день питаются, 36% - 2-3 раза в день и 1-2 раза в день - 3% учащихся. Среди основных причин нерегулярного питания школьники отмечают отсутствие времени, занятость – 39%, «невкусную» пищу – 34%. Важной причиной нарушения питания является неорганизованность.

По режиму питания нет существенных различий между мальчиками и девочками одного возраста, тогда как первоклассники и десятиклассники друг от друга несколько отличаются, хотя и не принципиально. Так, десятиклассников, питающихся 1 раз в день (0,5% – девочки, 0,4% – мальчики), а первоклассников (2,7 и 3,3%). Среди первоклассников примерно равные количества тех, кто питается 3 раза в день (26,9 и 27%), чаще 3 раз (30,5 и 31,1%) и «когда захочет» (35 и 34%). Среди десятиклассников это распределение иное: количество питающихся 3 раза в день практически такое же, как и среди первоклассников (28,4 и 26,9% – видимо, эта цифра отражает долю семей, в которых питание поставлено строго на регулярную основу); значительно снижено число тех, кто регулярно питается чаще 3 раз (12,7 и 16,7%), но зато около половины юношей и девушек питаются тогда, когда захотят (48 и 51%). Эта «свобода» режима питания с одной стороны, свидетельствует о том, что для половины школьников питание не составляет проблемы; с другой стороны, это может говорить о хаотичности, бессистемности режима питания, что обычно негативно сказывается на работе желудочно-кишечного тракта.

Важным фактором является организация питания в условиях школы. При обследовании школьных столовых выявлено, что на протяжении многих лет не проводилась работа по переоснащению пищеблоков современным оборудованием, позволяющим осуществлять приготовление пищи высокотехнологическими способами с максимальным сохранением питательных веществ в продуктах. Недостаточная площадь обеденных залов, школьных столов не позволяет обеспечить школьными завтраками 100% учащихся.

По результатам данных опроса было установлено, что 100% школьников 1-4-х классов организовано получают бесплатные горячие школьные завтраки. Из опрошенных 5-11 классов 62% учащихся самостоятельно выбирают блюда и продукты в школьной столовой, 23% предпочитают питаться в ближайших киосках системы быстрого питания за наличный расчет. Не пользуются услугами школьных столовых и вообще не принимают пищу в течение 5-8-часового учебного дня 15% опрошенных. Школьники указывают ряд причин для отказа от питания в школьных столовых: 41% детей отказываются от приема пищи в столовой из-за очередей и недостаточности времени на переменах, 25% школьников указали на «низкие вкусовые качества готовых блюд». Из-за нехватки посадочных мест отказываются от услуг школьных столовых 8% реципиентов. 14% подростков указали на скудный ассортимент, 8% обозначили привычку не принимать пищу вне дома. 12% опрошенных отказываются от питания в школе из-за материальных трудностей в семье.

Следует отметить, что значительная часть школьников (79%) утром не завтракает, причем это нарушение режима питания чаще наблюдается у девочек. С возрастом отказ учащихся от завтрака становится более распространенным явлением. Это плохой признак, свидетельствующий о формировании у части молодых людей неправильно-го стереотипа пищевого поведения.

При анализе вопросов об информированности, об основах рационального питания было установлено, что 85% школьников информированы о влиянии питания на здоровье, однако их информированность по проблеме здорового питания не соответствует реальному пищевому поведению.

Выводы: Таким образом, сегодняшняя ситуация с состоянием питания карагандинских школьников вызывает тревогу по целому ряду причин. Во-первых, часть детей страдает от неполноценности рациона питания. Во-вторых, дети и, видимо, их родители, не демонстрируют грамотного,



сознательного отношения к режиму питания. В третьих, организация питания в школах оставляет желать лучшего, и многие дети (видимо, согласуя свои действия с мнением родителей) избегают пользоваться услугами школьных столовых. Это также существенно нарушает рациональный режим питания, учитывая, что учащиеся старших классов проводят в школе по 7-9 часов ежедневно. Все перечисленные факторы могут способствовать развитию желудочно-кишечных и иных заболеваний, которые негативно сказываются на состоянии здоровья подрастающего поколения.

Литература:

1. Аимбетова Г.Е. Некоторые аспекты состояния здоровья школьников Республики Казахстан // Материалы Международной научно-практической конференции, г. Алматы, 19 октября 2004.-стр. 34-36.

2. Волкова Л.Ю., Конь И.Я., Герасимов А.Н. Анализ характера питания московских школьников с применением метода потребления частоты продуктов // Материалы Международной научно-практической конференции, г. Алматы, 19 октября 2004.-стр. 74-76.

ЭКОЛОГИЧЕСКИЙ ТУРИЗМ В КАЗАХСТАНЕ КАК СРЕДСТВО ПРОФИЛАКТИКИ СОЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Л.Н.Шумилина, А.Т.Шайкенова, Н.Б.Сейткулова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Сегодня в условиях коренных преобразований, происходящих в системе социального управления общества, продолжающегося реформирования образования и здравоохранения как никогда, становится актуальным гражданское воспитание и образование, ориентированное на обращение к непреходящим, нравственным ценностям. Особое внимание, при этом необходимо уделять комплексному подходу к просвещению и оздоровлению подрастающего поколения Казахстана через проведение мероприятий, связанных с экологическим воспитанием, в условиях заповедников, национальных и природных парков республики.

Влияние природных комплексов на нравственное и физическое развитие личности трудно переоценить. Проведение экскурсий по заповедным местам, организация экологических летних лагерей и экспедиций для подростков «группы риска», во время которых они познакомятся с природным, историческим и культурным наследием своей родины – это замечательное средство профилактики детской безнадзорности и подростковой преступности. Такая форма образовательно-воспитательного и оздоровительного процессов, как «экотуризм», обеспечивает «погружение учащихся в атмосферу неразрывности и взаимообусловленности системы «природа-человек», создаёт «мотивацию для сознательной природоохранной деятельности».

Основным компонентом экологического просвещения детей и молодёжи с девиантным поведением, характеризующимся «аномальным

становлением незрелой личности под влиянием уродливого воспитания и хронических психотравмирующих ситуаций, тяжёлых переживаний жизненных трудностей, затяжных неврозов, дефектов органов чувств и тела» является эколого-познавательный туризм.

С оценкой высокой результативности «эко-туризма» в профилактике ранневозрастного алкоголизма, наркомании и других социальных заболеваний подростков все специалисты сходятся в едином мнении и считают, что активный экологический туризм, как организованное путешествие в природу с целью её познания, является важным фактором становления гармоничной личности.

Проведение интеграционных летних лагерей и экспедиций для детей с ограниченными физическими возможностями и подростков, состоящих на учёте в комиссии по делам несовершеннолетних, может принести большую пользу в «социализации» подростков «группы риска» и детей с ограниченными физическими возможностями. В условиях первозданной природы дети и подростки забывают - кто «инвалид», кто «хулиган», а оставшиеся без родительской опеки и надзора дети с инвалидностью научатся элементарным вещам, до путешествия им неизвестным: самим застёгивать пуговицы, самим умываться и чистить зубы, самим разводить костёр и готовить на нём пищу. Если такое пребывание в летнем лагере, а лучше в эколого-познавательной экспедиции, сделать постоянным, то и процесс профилактики получит прогрессивный рост.



Важными моментами экологического образования и воспитания, профилактики социальных заболеваний детей и молодёжи республики также могут стать: проведение экологических акций в защиту заповедных зон с участием мальчишек и девчонок, студенческой молодежи; походы по заповедным тропам здоровья к прозрачным водам озер и рек родного края; участие в съёмках фильмов о природе; проведение фотовыставок «Экомир глазами детей» в защиту прав детей на благоприятную окружающую среду.

Такое дело, как активный детско-юношеский туризм, требует создания единой базы данных по маршрутам, размещение ее в СМИ и во «всемирной паутине», что впоследствии может стать началом создания единой сети маршрутов детско-юношеского эколого-познавательного туризма в Казахстане. Но без общественной инициативы в этой деятельности не обойтись.

В заключение необходимо отметить, что сотрудникам отделов экологического просвещения и охраняемых природных территорий, специалистам в области профилактики детской безнадзорности и подростковой преступности министерства внутренних дел республики, организаторам детско-юношеского туризма надо собраться для обмена опытом и выработки совместного плана действий на республиканском семинаре-совещании, поскольку обсуждение проблем и перспектив развития детского и молодёжного эколого-познавательного туризма в Казахстане, не терпят отлагательств и требуют совместного решения всех заинтересованных ведомств.

Экологический стиль жизни, как и здоровый образ жизни – это новая культура, которая должна быть присуща каждому цивилизованному человеку.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ СТУДЕНТОВ

Л.Н.Шумилина, А.Т.Шайкенова, И.А.Конева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

В Казахстане, как и во всем современном мире, проблемы окружающей среды приобрели глобальный масштаб. Они не только затрагивают основы цивилизации, но и во многом определяют возможности выживания человечества. Экологическая ситуация стала настолько острой, что требует немедленных и решительных действий: принятия мер по защите окружающей среды от загрязнения и разрушения, сохранению видового разнообразия живых организмов, сохранению и восстановлению здоровья населения страны и планеты Земля. Вот поэтому важную роль в подготовке будущих специалистов следует отводить формированию у них экологических, гигиенических знаний и профилактических навыков.

Сегодня возникла необходимость в разработке целевой программы экологического воспитания и образования студентов, организации в студенческих газетах рубрик, освещающих проблемы экологии, пути их решения и участие в этом самих студентов. В рамках волонтерской деятельности - создать клубы по интересам, работа которых будет направлена на создание оптимальных условий для формирования у студентов активной жизненной позиции в отношении собственного здоровья и охраны окружающей среды. Волонтерское движение студентов может стать основополагающим фактором при разработке программы по экологическому образованию и воспитанию, вовлечению

в работу всех студентов, с учетом их возможностей и интересов. Это позволит участникам видеть, что их труд приносит реальную пользу людям и ведет к изменению мотивационной сферы. Исходя из специфики ВУЗов и ССУЗов, экологическое образование необходимо осуществлять через учебные дисциплины путем внедрения на учебных занятиях регионального компонента. На ежегодных методических семинарах преподаватели смогут поделиться своими находками и опытом по данным вопросам.

Учитывая состояние здоровья студентов и важность его сохранения, сегодня трудно переоценить роль физической культуры и спорта в воспитании человека, создании здорового, полноценного члена современного общества. Этому необходимо уделять большое внимание: создавать требуемую материальную базу, привлекать квалифицированные кадры, налаживать работу спортивных секций и тренажерных залов, а самим студентам - принимать активное участие в городских, областных соревнованиях по разным видам спорта, в том числе и в массовых республиканских мероприятиях.

Одним из направлений реализации программы экологического воспитания и образования студентов, безусловно, является профилактика употребления психотропных веществ. Эту часть работы следует координировать педагогу – психо-



логу учебных заведений: распространять листовки, памятки, буклеты, проводить тренинги с целью повышения толерантности к психотропным веществам.

Такие серьезные вопросы как экологическое воспитание и формирование навыков здорового образа жизни, можно решать только сообща. Поэтому значительное место в работе должно отводиться социальному партнерству. Воспитание молодежи предполагает тесное сотрудничество с такими структурами как комитет по делам молодежи, администрация, средства массовой информации, международные и неправительственные организации, а также другие заинтересованные ведомства.

В учебных заведениях следует развернуть большую работу по всем направлениям программы экологического образования и воспитания.

Она должна быть ориентирована на формирование экологического мышления, умение правильно анализировать и устанавливать причинно-следственные связи экологических проблем, прогнозировать экологические последствия человеческой деятельности, а также формирование осознанного отношения студентов к профилактическим мерам по сохранению нравственного и физического здоровья, к здоровому образу жизни. И сделать в этом направлении предстоит немало.

Все вышесказанное хочется обобщить словами академика Д.С.Лихачева: «Человек – часть природы, и отсутствие в природе духовного человека, представляющего «Самосознание Вселенной», лишает смысла существования не только человека, но и все сущее, все мироздание... Такую обезглавленную природу не будет смысла сохранять».

САЛАУАТТЫ ӨМІР СҮРУ ЕРТЕДЕН КЕЛЕ ЖАТҚАН АДАМДЫҚ АСЫЛ ҚАСИЕТТЕР

Р.Н. Нұрмұханбетова ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы

Адам дүниеге келген кезде оның генетикасында салауатты өмір сүру дағдысы атадан-балаға берілетін мирас ретінде біртұтас болып қалыптасады. Оны бүгінгі күнге дейінгі антропология, археология, география, биология және медицина салаларындағы ғылыми зерттеулермен де дәлелдеп келеді.

Бұндай атадан-бюалаға берілетін тұқым қуалайтын қасиеттер, жер бетіндегі бүгінгі күні бізге белгілі болып отырған 140-қа жуық ұлттық-мемлекеттерде өмір сүріп отырған ұлт өкілдерінің әр-бірінің бойындағы қасиеттір деуге болады. Тек оған ғасырдан-ғасырға өтіп өмір сүріп отырған уақыттардың әлеуметтік, саяси, экономикалық және экологиялық әсерлері өз белгілерімен адам физиологиясына өзгерістер енгізіп отырған. Бірақта сол аталық тұқым қуалайтын қасиеттерден көзге түсерлік өзгерістер жиырмасыншы ғасырдың басына дейін ерекше болып байқалмаған.

Қазақстан Республикасының Салауатты өмір салтын қалыптастырудың өзекті мәселелері ұлттық орталығының қызметкерлерінің ғылыми зерттеу бағыттары адам бойындағы ертеден қалыптасқан, атадан-балаға беріліп отыратын ұлттық ерекшеліктегі салауатты өмір сүрудің тұқым-қуалайтын қасиеттер арқылы берілетін алтын қорын жоғалтып алғандығымызды және оны қайтатан қалпына келтіру үшін жұмыла жұмыс істеп жатқандығы, тек қазақстандықтар үшін ғана емес бүкіл дүниежүзілік

халықтардың бүгінгі күнгі ең басты өзекті мәселесіне айланып отырғандығы шындық.

Салауатты өмір сүрудің қасиеттерін әр ұлттың өкілдерінің өз бойларындағы атадан-балаға беріліп отыратын ең керекті тәлім-тәрбие деп қараулары керек. Егерде осы тұқым-қуалайтын тәлім-тәрбиеге адамның денесін тез улайтын заттар және қимылдар арқылы сырттан әсер берсе оның зардаптанатын анық екенін орыс дәрігер-ғалымдары Сеченов пен Павлов онтоғызыншы ғасырдың ортасында ғылыми нақты тәжірибелермен дәлелдегендері белгілі. Мечников «табиғи және қолдан сұрыптау» - деген ілімінде ғылыми дәлелдемелер жасаған.

Дүниежүзіне белгілі ғалымдар Абу Насыр әл-Фараби (871-950 жж.), Әбу Әлі ибн-Синаның (980-1037 жж.) орта ғасырда жазып кеткен ғылыми еңбектерін сол уақыттан бергі ғалымдардың әр-бір ретте қолға алып оқыған сайын жаңадан ғана оқығандай бір жаңалықтар тауып отыратындағы сол ғұлама-ғалым адамдардың тек салауатты өмір сүрген қасиеттерінің салдарынан туындаған ғылыми еңбектер болғандықтан болар. Әл-Фарабидің өзі жазып кеткен - «Аристотелдің «Риторикасын» - әрбір қайта оқыған сайын жаңа ғана оқығандай тағы бір жаңалық ашып отырамын» - деп жазғандығы бекер емес болса керек. Осындай ғылыми еңбектер арқылы біздің дәуірімізге дейінгі заманнан бастап біздің заманымыздың жиырмасыншы ғасырына



дейінгі ғалымдарынан тек салауатты өмір сүруді армандағандарын білеміз. Осы қағидаларды қазіргі заман адамдары өздеріне «постулат» - ретінде келер ұрпаққа тастар «аталық және ағалық өсиет» етуге ғылыми бағытты ұстаулары керек.

Осы жылдың 10-шы қыркүйекте Эстония мемлекетінен келген бір топ делегаттардың Салауатты өмір салтын қалыптастыру ұлттық орталығында бас қосып конференция өткізуінің басты мақсаты адамның салауатты өмір сүру қажеттігі тек бір ғана мемлекеттің емес жалпы бүкіл әлемдік аймақтағы өзекті мәселенің бірі екендігін дәлелдейді.

Ертеден келе жатқан тұқым қуалайтын қасиеттерге жер бетінде өмір сүріп жатқан жалпы адамзат үшін: таза ауамен дем алу, таза су ішу, табиғи тағамдармен тамақтану, табиғи киімдер кию, ұлттық дәстүрмен қалыптасқан ойындар арқылы денені шынықтыру жатса қазақ халқы үшін осы аталғандарға қосымша нәрестені бесікке салу, баланы бесікте емізу, сүндетке отырғызу, жеті атаға толмай қыз алыспау және қыз беріспеу, 12 жылға топшылап мүшелік жасты санау, сонымен қоса қазақтың ұлттық ойындары арқылы денені шынықтыру болып келген. Осындай әр бір ұлттарға еншілі ерекшеліктердің ішінде қазақ халқының бүкіл әлем мойындап отырған ғылыми медицинадан орын алып отырған қазақи қасиеттер сүндетке отырғызу және жеті атаға толмай қыз алыспау және қыз беріспеу тұқым қуалайтын құнды қасиеттерді жойып жібермей, керісінше соны қорғауға арналған аурудың алдын алатын медициналық әдіс болып туындап, қазіргі уақытта медицинаның ғылыми жетістігі қатарына қосылды. Сонда сүндетке отырғызу арқылы фимоз ауруынан ұл балалар сүндетке отырғызғаннан кейін ауырмайтын болса, жеті атаға толмай қыз алыспау және қыз беріспеу арқылы генетикалық тұқым қуалайтын ақаулық аурулардың алдын аламыз.

Осындай ұлттық дәстүрден туындаған аурудың алдын алатын емдік әдістер әр ұлттарда да бар. Сондай ұлттық ерекшеліктердің бір қымыз ішу арқылы өкпе ауруының алдын алып адамның ауруларға қарсы тұратын қасиетін (туғаннан пайда болған иммунитетін) күшейтеміз.

Қымыз ішу мұсылман халықтарының ерте заманнан бастап қалыптасқан дәрілік сусыны екенін біздің заманымызға дейін өмір сүрген атақты тарихшы Геродот былай деп жазған: Сырдария мен Амурдария арасында өмір сүрген сақтар жылқының ұрғашынан емдік сусын дайындайды. Оны ішкен адамның еш ауруы болмайды - деген. Осы теорияны атақты шығыс саяқатшы ғалымы Шоқан Уәлиханов былай дәлелдеген: Ыстық көл жағасында тұратын адамдардың ешқайсысы өкпе ауруымен ауырмайды. Себебі олар тау ауасымен демалуларымен қоса қымызды жиі ішеді – деген. Бұл тұжырымдардың негізі қазіргі арақты көп ішетін қазақ жастарына мысал болса керек. Қазақ халқының тұқым қуалайтын қасиетінде тәлім-тәрбие ретінде арақ ішу емес қымыз ішу негіз болып қалыптасқан.

Қазіргі кездегі, әсіресе, клешектің тұғырын ұстар жастар арасында арақ ішу, темекі тарту, жеңіл

жүрісті әдетке айналдыру және нашақорлыққа әуестену шет елдердің жеңіл өміріне еліктеу әсерінен пайда болып отыр. Салауатты өмірге қарсы келер осы бір адамның адам келбетін бұзар еліктеушілік шет елдерге де жат жағдай болып келеді. Оны сол шет елден келген ғалымдар дәлелдеп те, біздің елге келгенде баяндамалырында айтып та жүр. Оны күнделікті шет елдік ақпараттардан да көріп жүрміз.

Сондықтан бұндай бүкіл дүниежүзінің жастарының келешегіне балта шабар жат әдеттерден арылу үшін немесе денсаулықтарына өте терең бұзбайтын түсінікке жеткізу үшін халықаралық ғылыми бағытта жұмыс жасауымыз керек. Сонымен қатар осы жат әдеттердің - арақ ішу, темекі тарту, жеңіл жүрісті әдетке айналдыру және нашақорлыққа әуестену сияқты тұқым қуалайтын әдет емес жат әдеттердің қаншалықты бойға сіңіп кәдімгі тұқым қуалайтын әдетке айналып бара жатқандығын анықтауымыз керек те бұлардың атадан балалға беріліп отыратын қасиет емес екендігін түсіндіруіміз керек. Ол үшін ғылыми бағытта аймақтық зерттеу жұмысын жүргізу керек. Сонда адамдардың араққа, темекіге және нашақорлыққа деген әуестігінің қалай туындағанын және оны болдырмау шараларын анықтауымызға болады. Осылайша әсіресе жастардың сана-сезіміне өздеріне деген сүйіспеншілік пен сыйлаушылық қасиеттерінің сапалық деңгейін арттыруға болады. Себебі атасының және әкесінің, әжесінің және апасының жақсы қасиеттеріне таны болмайтын, мақтаныш тұтып оған еліктемейтін бала жоқ. Біз осы туа біткен қасиетті қайта тұтатуымыз керек.

Мысалы – ислам мемлекеттерін алсақ баланың санасына сәби кезінен бастап тәрбиеленген құран-кәрімді мойындау керектігі, қытай халқының жастары у-шу, каратэ және иога сияқты ұлттық дене шынықтыруларын ғылыми бағытта ұстап келе жатқандығы сияқты, сонымен қатар үнді халқының күні бүгінге дейін бұдданың тәлім-тәрбиесі деп әдет-ғұрыптарын сақтап келуі, мысыр елінде (Египет) көне заманнан қалыптасқан өздерін о-дүниедегі өмірге немесе жұмаққа даярлау арқылы күнде шомылып тек таза ақ киім киіп жүрулері керек екенігі сияқты ұлттық ерекшеліктерінің әдетке айналып, оны тұқым қуалайтын қасиет деп танулары сияқты тәлім-тәрбиеден пайда болған ұлттық ерекшеліктері арқылы жастарды арақ ішуден, темекі тартудан және нашақорлыққа әуестенуден аластаудың жалпы шараларын қолданып келе жатқандығын басқа да көптеген шет елдерді айтуға болады. Бұндай әдеттерді ғылыми бағытта зерделеп жатқандар да аз емес. Оның тек халық үшін пайдасы ғана болмаса зияны жоқ.

Біздің елде де атадан балаға қалған ұлттық ерекшеліктерімізді халықтың денсаулығын қорғау үшін емдік бағыт ретінде және аурулардың алдын алу шаралары ретінде де зерделеу уақыты келді. Соны ғылыми бағытта зерттеу керектігі өзекті мәселелер болып туындап отыр.



ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В СРЕДСТВАХ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Р.С.Ибраева ГККП «Областной центр формирования здорового образа жизни», г.Актобе

В настоящее время областные центры формирования здорового образа жизни представляют собой развитую структуру организаций, реализующих политику ФЗОЖ населения, профилактическое направление в здравоохранении.

Для успешного развития организаций, деятельность которых связана с пропагандой здорового образа жизни, большое внимание уделяется стратегическому планированию в области коммуникаций.

Организации службы формирования здорового образа жизни, имеющие долгосрочные цели и стремящиеся к установлению доброжелательных и конструктивных взаимоотношений с различными категориями общественности, должны быть достаточно открыты и доступны для представителей средств массовой информации.

Связи с общественностью предполагают комплексную работу по формированию благоприятных отношений с общественностью, в понятие которой входят разные целевые группы. Ключевая из них – средства массовой информации.

Средства массовой информации исключительно важны для службы формирования здорового образа жизни, т.к. именно они формируют общественное мнение и при правильном подходе могут обеспечить бесплатное размещение информационных материалов на теле- и радио каналах, в печатных СМИ. Работа со средствами массовой информации - это часть общей стратегии Службы формирования здорового образа жизни.

СМИ исключительно важны для службы формирования здорового образа жизни, так как они формируют общественное мнение и являются основным каналом информации.

Организации службы формирования здорового образа жизни должны стремиться к созданию непрерывного потока информации и новостей, передаваемых в различные средства массовой информации.

Основные позитивные результаты

- повысилась информированность населения по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний,
- печатные и электронные средства массовой информации охватывают более 85 % населения, являясь основным каналом информации
- основными преимуществами использования газеты как средства передачи информации различными категориями общественности явля-

ются прежде всего оперативность, большое количество читателей и относительно низкие расходы на передачу информации по сравнению с другими СМИ

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

По вопросам формирования здорового образа жизни и профилактике заболеваний среди населения Актыбинской области проводится определенная работа.

Пропаганда через средства массовой информации будет способствовать повышению ответственного отношения населения к здоровью своих детей и формированию у родителей правильных поведенческих стереотипов по отношению к своему здоровью.

В работе мы используем разнообразные формы пропаганды ЗОЖ через средства массовой информации:

- создание и прокат информационных телевизионных роликов;
- специальные телевизионные передачи под рубрикой «Будьте здоровы», «Денініз сау болсын десеніз», «Денсаулық» журналы, «Актуальное интервью», «Жедел жәрдем»;
- освещение в ежедневных информационных программах «Арна», «Факт», «Тәулік»;
- интервью с руководителями и специалистами организации по наиболее актуальным проблемам;
- репортажи о проводимых мероприятиях;
- участие в прямом эфире на «Рика ТВ» в программе «Рядом»;
- круглые столы, пресс-конференции, дни открытых дверей, выставки, дебаты, ток-шоу с привлечением молодежи, студентов высших и средних учебных заведений, ведущих специалистов;
- специальные радиопередачи под рубрикой «Советы врача», «Здоровье», «Денсаулық»;
- публикации статей в газетах «Ақтөбе», «Актыбинский вестник», «Эврика»;
- «Диапазон», «Актобе таймс», «Нурдаулет» и т.д.;
- специальные рубрики на страницах газет: «Будь здоров», «Здоровье», «Денсаулық»;



- освещение широкомасштабных акций, фестивалей здоровья, Всемирных Дней, месячников и тд.

При анкетировании выяснилось, что наибольшую информацию об укреплении здоровья население получает через средства массовой информации – в 42,3 %, и лишь в 24,3 % от медицинских работников, педагогов, из специальной литературы.

Нами постоянно ведется работа со средствами массовой информации с целью информирования населения и формирования общественного мнения в вопросах сохранения и укрепления потенциала здоровья.

Так, нами проведено ряд мероприятий:

- Телевизионные и радиопрограммы
- Публикации статьи в газетах и журналах
- Пресс-конференции, дискуссионные встречи, круглые столы, ток-шоу
- Обучающие семинары для журналистов
- Мониторинг и анализ освещения медицинских вопросов в СМИ

Эффективность проводимых работ – это охват санитарно-просветительной работой до 85 % населения.

На областном телеканале «Казахстан-Актобе» выходит передача «Денсаулық». На «31 канале-Актобе» еженедельный тележурнал «Салауаттылық» на казахском и «Здоровье» на русском языках, с апреля месяца 2008 года выходит тележурнал «Скорая помощь». Из трех местных телеканалов, проведенные мероприятия освещаются на двух каналах «Қазақстан-Ақтөбе» - «Жаңалықтар», «Новости», на «РИКА ТВ» - «Тәулік», «Факт». Два раза в квартал на республиканских телеканалах освещаются вопросы медицины, по пропаганде здорового образа жизни.

Все средства массовой информации области активно поддерживают работу организации здравоохранения по оздоровлению населения от забо-

леваний, связанных с социально-экономическими и экологическими причинами.

В период проведения тематических месячников, декадников, выставок и Дней здоровья активно используются все областные средства массовой информации.

В прессе постоянно освещаются организационные меры, предпринимаемые органами государственной власти, по созданию условий для формирования здорового образа жизни. Областные средства массовой информации знакомят население с основными положениями государственной программы «Здоровье народа» и программы «Здоровый образ жизни». Систематически освещаются результаты работы Координационных советов и меры по снижению заболеваемости населения.

Работа по информационному обеспечению программы «Здоровье народа» продолжается.

Однако необходимо отметить, что пропаганда здорового образа жизни через СМИ имеет свои определенные проблемы:

- отсутствие стратегии пропаганды здорового образа жизни в деятельности СМИ;
- ограниченное количество рекламных компаний, освещающих профилактику заболеваний, пропаганду здорового образа жизни;
- недостаток квалификационных журналистов.

Предложения:

- содействовать активизации роли СМИ в пропаганде ЗОЖ и профилактике заболеваний
- ввести в практику проведение обучающих семинаров для СМИ
- проведение конкурсов для журналистов (стимулирование для работы по пропаганде здорового образа жизни).
- шире использовать средства наглядной агитации, содействовать размещению баннеров, билбордов на проспектах и улицах областного и районных центров

СОСТОЯНИЕ АЛКОГОЛИЗМА В БАЛХАШСКОМ РАЙОНЕ

Г.М.Мухтарова, М.Т.Балтабеков, Т.А.Есимкулов Алматинский областной Центр ФЗОЖ, ГКП ЦРБ Балхашского района

Как потребление алкоголя, так и проблемы, связанные с этим, будучи все еще на высоком уровне. За последнее время увеличивается потребления алкоголя и количество связанных с этим проблем в нашей стране. Среднегодовое потребление алкоголя на душу населения является важным показателем вредных последствий. В большинстве стран значительная доля населения потребляет алкоголь в таком количестве, которое относит людей группу риска.

Потребление алкоголя связано с рядом факторов – социально – демографических, экономических и культурных. Потребление выше среди мужчин (1 пьющий из каждых 3-4 человек), чем среди женщин (1 пьющая из каждых 10), тем не менее, в некоторых странах наблюдается рост уровня потребления алкоголя среди женщин и приближение его к уровню мужчин. Среди обоих полов потребление алкоголя снижается возрастом. Появление гомогенной культуры среди молодежи, где алкоголь играет важную символическую роль, наблюдается по всей стране. Также уровень потребления алкоголя у молодежи является предсказателем уровня потребления во взрослом возрасте.

Учитывая вышеизложенное с целью нашей работы заключалось в изучении частоты алкоголизма в Балхашском районе возрастном аспекте и организация профилактических мероприятия.

При изучении частоты случаев алкоголизма в Балхашском районе за 2007 г. состоял на диспансерном учете 236 (1,2%) человек (Таблица 1). Распределение больных по возрастным градам определялся в следующем: 21-30 лет – 45 (19,6%), 31-40 лет – 78 (33%), 41-50 лет – 65 (27,5%), 51-60 лет – 48 (20,3%).

За последнее 10 месяцев 2008 года количества больных состоявших на диспансерном учете снизилось, что составил 186 (0,9%) человек. При распределении по возрастным градам 21-30 лет – 20 (8,6%), 31-40 лет – 58 (27,4%), 41-50 лет – 62 (30,6%), 51-60 лет – 46 (25,8%).

Таблица 1. Распределение больных с алкоголизмом по возрастным группам в сравнении 2007 и 2008 г.г.

№	Возраст	2007		2008	
		Абс.	%	Абс.	%
1.	21-30 лет	45	19,6	20	8,4

2.	31-40 лет	78	33	58	24,5
3.	41-50 лет	65	27,5	62	26,2
4.	51-60 лет	48	20,3	46	19,4
	Итого	236	1,2	186	0,9

Как видно из таблицы 1, в 2008 году уменьшилось количество больных состоявших на диспансерном учете, особенно в группе 21-30 лет на 8,4 %.

По рекомендованной программе ВОЗ мы придерживались на четыре основных стратегии профилактики алкоголизма. Первая - национальная политика в этой области. Когда координируется сельское хозяйство и торговля алкогольными напитками (включая ежегодное регулирование цен, ограничения на рекламу, время и место продажи и содействие просвещению населения) – это является важным инструментом контроля проблемы алкоголя.

Вторая стратегия – санитарное просвещение. Информирование население относительно опасности для здоровья, а также психологического и социального вреда, вызываемых потреблением алкоголя, в особенности для наиболее уязвимых групп населения, и обстоятельствах, когда потребление алкоголя может вызвать опасные ситуации (например, для беременных женщин, детей, подростков и на рабочих местах).

Третья стратегия – распознавание опасных и вредных случаев употребления алкоголя. Сотрудники выполняет эту задачу путем опроса пациентов об их привычках потребления алкоголя или использованием опросников, содержащих вопросы об обычной частоте потребления алкоголя в течение определенного периода времени (в неделю или месяц), типе обычно употребляемого алкогольного напитка и обычного количества, выпиваемого за день. Такие анкеты просты в использовании и имеют высокую степень надежности и достоверности. Преимущество рутинного опроса: просвещение пьяниц относительно опасности тяжелой формы алкоголизма, выявление проблем, связанных с алкоголем, до того, как разовьется серьезная алкогольная зависимость, мотивирование пациентов изменить свои привычки в отношении алкоголя; выявление лиц риска для эффективного вмешательства.

Четвертая стратегия – это короткие вмешательства, осуществляемые в первичном звене. Здесь увеличивается эффективность в тех случаях, когда путем скрининга было выявлено потребления алкоголя в опасной или вредной форме. Медицинский работник подкрепляет совет бро-



шюрами и буклетами, которые дают некоторые подсказки пациентам о том, как можно бросить пить. Сотрудники пользуются кратким мотивационным опросом, особенно в отношении пациентов, потребляющих опасное для здоровья количества алкоголя.

Таким образом, мы должны создать у пациента готовность изменить свой образ жизни; выбрать стратегии, соответствующие уровню мотивации изменить образ жизни, и оказать помощь пациентам при принятии решения по рекомендованным стратегиям.

О СОСТОЯНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ШКОЛЬНИКОВ БАЛХАШСКОГО РАЙОНА

М.Т.Балтабеков, К.Ж.Айткулова, С.К.Мусирепова ГКП ЦРБ Балхашского района, Алматинский областной Центр ФЗОЖ

Основной целью медицинского обследования является укрепление здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, обеспечение непрерывного повышения качества медицинской помощи.

Основы здоровья каждого поколения закладываются в детском возрасте, поэтому оздоровление детского населения имеет особое значение для формирования популяционного здоровья в целом.

Несмотря на более высокую обращаемость детей в лечебно-профилактические организации, по сравнению с взрослым населением, не следует пренебрегать проведением медицинских осмотров значительная часть заболеваний и отклонений в состоянии здоровья детей выявляется впервые.

Комплексный медицинский осмотр, ранняя диагностика, своевременное лечение, взятие под диспансерное наблюдение, осуществление лечебно-профилактических и медико-социальных рекомендаций позволят оздоровить в организациях ПМСП до 97% больных детей, и до 83% детей, имеющих факторы риска.

Проведение ежегодных профилактических осмотров врачами специалистами предусматривает возможность своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья детей и организации необходимых лечебных или оздоровительных мероприятий.

Целью настоящей работы заключалось выявление структуры заболеваемости среди школьников и определения охвата оздоровления.

По итогам 2006 года в Балхашском районе фактически было охвачено профилактическими

осмотрами 100% от подлежащих осмотру детей. В результате осмотров выявлено 2660 больных детей и подростков, что составил – 42%.

В 2006 году охват оздоровлением выявленных больных детей было 2033 (76%). От общего количества выявленных больных 22% детей взято на диспансерный учет. При анализа структуру заболеваемости школьников на первом месте стоял болезни крови 43,6% на 1000 осмотренных, на втором месте - заболевании органов дыхания 43,3%, на третьем месте - органов желудочно – кишечного тракта 32,6%, на четвертом месте - болезни нервной системы 19,6%.

По итогам 2007 года осмотрено школьников 100% от подлежащих профилактическому осмотру. В результате осмотра выявлено 1491 больных детей и подростков, что составила 25,4%. Охват оздоровлением выявленных больных 90%. На диспансерном учете состояло 20% из числа выявленных больных. В структуре заболеваемости школьников на первом месте стоял заболевании органов дыхания 56,5% на 1000 осмотренных, на втором - органов желудочно – кишечного тракта 38,5%, на третьем - болезни крови 32,6%, на четвертом – болезни глаз 31% и на пятом - болезни нервной системы 18,4%.

Таким образом, сравнительно показатели состояния здоровья в процессе проведения профосмотров среди школьников улучшилось. Выявляемость больных снизилось чем в 2006 году в связи с улучшением диспансеризации. В структуре заболеваемости школьников в 2007 году на первом месте стоит заболевании органов дыхания 56,5% на 1000 осмотренных.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Г.К. Турдунова Семипалатинская государственная медицинская академия, г. Семей

За последнее десятилетие быстрое развитие некоторых важных научных областей и, в частности, увеличение числа эпидемиологических данных, полученных в ходе проверок на группах населения, помогли пролить свет на роль рациона питания в предотвращении и контроле заболеваемости и преждевременной смертности, вызываемых неинфекционными болезнями.

Экономическое развитие и глобализация рынка повысили темпы изменений в образе жизни и рационе питания населения. Потому что, уровень жизни населения повышается, продукты питания становятся доступней и разнообразней, все же острота проблемы увеличения хронических неинфекционных заболеваний, связанных с неправильным питанием не снижается.

Становится очевидным, что рацион питания – это основной детерминант хронических болезней, который поддается изменению. Научные данные все больше и больше подтверждают, что: во-первых, изменения в пищевом рационе оказывают на здоровье человека сильное воздействие (как благоприятное, так и негативное) на протяжении всей его жизни; во-вторых, изменение рациона может не только влиять на здоровье человека в данный момент времени, но и определять, будут ли у него развиваться в будущем такие болезни как рак, сердечно-сосудистые заболевания и диабет.

Для того, чтобы добиться как можно лучших результатов в профилактике хронических неинфекционных болезней, необходимо полностью признать роль пищевого рациона в политике и стратегиях, осуществляемых сегодня в системе общественного здравоохранения. Одним из важнейших мероприятий, проводимых в данном направлении, является активное распространение информации о правильном питании среди населения.

Группой экспертов международной программы «CINDI» сформулированы десять шагов к здоровому питанию.

1. Здоровый сбалансированный рацион должен основываться на разнообразных продуктах, преимущественно растительного происхождения.

2. Хлеб, блюда и пищевые продукты из круп и макаронных изделий, картофеля целесообразно употреблять несколько раз. Они формируют основу рациона. Большая часть разновидностей хлеба, особенно из муки грубого помола, крупы и картофель содержат пищевые волокна.

3. Разнообразные овощи и фрукты необходимо употреблять несколько раз в течение дня и в количестве более 400 г/сут дополнительно к картофелю.

4. Молоко и молочные продукты, как источники белка и кальция, с низким содержанием жира и натрия (кефир, кислое молоко, сыр, йогурт) следует употреблять ежедневно.

5. Мясо и мясные продукты с высоким содержанием жира следует заменить бобовыми, рыбой, птицей или тощими сортами мяса. Порции мяса, рыбы или птицы должны быть небольшими (80 г в сутки).

6. Потребление общего жира, включая жир, содержащийся в мясе, молоке и других продуктах, а также используемый для приготовления пищи, должно составлять от до 30% суточной ЭЦ. Целесообразно отдавать предпочтение приготовлению продуктов на пару, путем отваривания, запекания или приготовлению в микроволновой печи. Следует уменьшить добавление жиров в процессе приготовления пищи.

7. Предпочтение следует отдавать рациону с низким содержанием углеводов (не более 10% от суточной ЭЦ рациона). Эти продукты не являются необходимыми компонентами здоровой диеты.

8. Общее потребление поваренной соли с учетом ее количества, содержащегося в хлебе, консервированных и других продуктах, не должно превышать 1 чайной ложки (6 г) в день. Рекомендуется использовать йодированную поваренную соль.

9. Идеальная масса тела должна соответствовать рекомендованным границам (индекс массы тела, или индекс Кетле, 20—24,9 кг/м²). Следует поддерживать хотя бы умеренный уровень физической активности.

10. Потребление алкоголя должно составлять не более 2 порций в день (каждая порция содержит 10 г алкоголя), при этом риск для здоровья будет минимален. Для уменьшения риска развития зависимости от алкоголя рекомендуется воздерживаться от его ежедневного потребления.

Таким образом, повышение уровня знаний населения о здоровом питании, усилит мотивацию людей питаться правильно, что, в конечном счете, будет способствовать снижению уровня хронических неинфекционных заболеваний.



К ВОПРОСУ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Г.К.Каусова, Т.Б.Дауытов Институт развития здравоохранения, МЗ РК, г.Алматы

Тұжырым

Жедел ми қан айналымының бұзылуына, гипертониялық ауруға шалдыққан адамдардың еңбекке уақытша жарамсыздық мерзімін ұзарту (4 ай және одан да көп) және бұл кезде мүмкін емдеу-қалыпқа келтіру іс-шараларын жүргізу көп жағдайда еңбекке жарамдылықты қалыпқа келтіруге мүмкіндік берді.

Summary

Prolongation of terms of time disability at long ill patients (4 and more months) with hypertonic disease, complicated by stroke with favorable clinical prognosis, and application during this period maximum possible medical-regenerative actions, promoted in most cases beginning of work capacity recovery.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе гипертоническая болезнь (ГБ) будут оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира в XXI веке, несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных. Прогнозируемый стабильно высокий уровень ССЗ и смертности объясняется двумя основными факторами: а) старением населения, как в экономически развитых, так и в развивающихся странах; б) дальнейшей индустриализацией общества, влекущей за собой снижение уровня физической активности населения в сочетании, с увеличением потребления животных жиров и общей калорийности питания.

В Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в Новом мире» в феврале 2007г. Президент Республики Казахстан (РК) дал свое видение Стратегии «Казахстан – 2030» на новом этапе развития РК, обозначив 30 важнейших направлений внутренней и внешней политики. Двадцать первое направление это совершенствование охраны здоровья населения и обеспечение качества и безопасности медицинской помощи.

ССЗ являются основной причиной ранней инвалидизации населения и продолжают оставаться наиболее «проблемной» причиной смерти всего взрослого населения. Увеличение смертности от ССЗ произошло за счет ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярных болезней, в том числе ГБ, число умерших от которых составляет 87% всех умерших от ССЗ.

Кризисная ситуация в РК оказала негативное влияние на демографическую ситуацию вообще и на население трудоспособного возраста в частности. Нестабильность в обществе, резкое снижение уровня жизни и неуверенность в завтрашнем дне породила социальную напряженность, хронический стресс, который отрицательно повлиял на психологическое и физическое здоровье людей.

В связи с этим проблема снижения заболеваемости, инвалидности и смертности от основных

сердечно-сосудистых заболеваний (ОССЗ), таких, как ГБ и ИБС в РК является социально значимой.

Наиболее приоритетной задачей при ОССЗ является проблема восстановительного лечения и реабилитации. И одной из эффективных технологий предупреждения и снижения первичного выхода на инвалидность является продление больничного листа свыше 4-х месяцев подряд. Там, где мы по клиническому течению и при диагностическом наблюдении лечащего врача за больным можем сказать, что трудоспособность больного может быть восстановлена полностью, или при соответствующем правильном долечивании больного остаточные явления заболевания могут быть меньше выражены, необходимо продлевать больничный лист. Временная нетрудоспособность (ВН) больных при ОССЗ зависит от тяжести самого заболевания, характера его течения, степени выраженности функциональных нарушений, компенсаторных возможностей организма, своевременности и качества лечения, а также от профессии и условий труда.

Вопросы продления сроков ВН свыше 4-х месяцев требуют особого внимания. С одной стороны, аргументированное увеличение сроков временной утраты трудоспособности (ВУТ) в ряде случаев может использоваться как достаточно эффективная мера профилактики инвалидности либо снижения степени ее тяжести. С другой стороны, нецелесообразно и экономически неоправданно продлевать больничный лист свыше 4-х месяцев тяжелым больным, у которых мало обнадеживающие перспективы на возврат к трудовой деятельности. Более того, своевременный перевод на инвалидность и освобождение больного от ставшего для него непосильным профессионального труда является мерой профилактики прогрессирования заболевания, а, следовательно, и инвалидности.

Законодательными и инструктивными материалами предусмотрено, что все длительно и часто болеющие не позднее 4-х месяцев со дня наступления ВН, а также не позднее 5-ти месяцев ВН в общей



сложности за последние 12 месяцев (кроме туберкулеза) по одному и тому же заболеванию направляются лечебно-профилактическими организациями (ЛПО) в порядке контроля на освидетельствование в медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК). При этом основной задачей МСЭК является правильная оценка состояния трудоспособности часто и длительно болеющих, определение их клинического прогноза и возможности вернуться в ближайшее время к своей или аналогичной работе с учетом осуществления максимально возможных лечебно-восстановительных мероприятий. Это еще имеет большое значение для самого больного, так как на время лечения за больным сохраняется его работа, он возвращается в свой коллектив, где будет окружен вниманием со стороны коллег. Больному не наносится психическая травма (если в молодом возрасте) в связи с переводом на инвалидность и не надо в дальнейшем искать работу.

Процесс восстановительного лечения больного охватывает множество аспектов, направленных на обеспечение пациенту наилучших условий не только медицинских, но и моральных, физических, профессиональных, общественных – с тем, чтобы он мог в кратчайший срок вернуться к активной деятельности в обществе.

Разграничение ВН и длительной утраты трудоспособности является важным моментом медико-социальной экспертизы (МСЭ).

В результате освидетельствования МСЭК в одних случаях определяется наступившая инвалидность и устанавливается степень ее тяжести, в других случаях инвалидность не устанавливается, а выносится решение о продлении лечения, и это означает, что ЛПО имеют право продлевать больничный лист в обычном порядке до полного восстановления трудоспособности или повторного направления на МСЭК.

В связи с этим нами изучены материалы продления сроков лечения МСЭК 211 больным с ГБ, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в одном из крупных районов г. Алматы.

При исследовании нами выявлено ряд особенностей продления сроков ВН больных с ГБ, перенесших ОНМК, так 78,3% больных, получивших продление сроков ВН, лица трудоспособного возраста и 21,7% лица пенсионного возраста, но продолжающие работать по профессии. Обращает на себя внимание преобладание рабочих (58,9%) над служащими (41,1%), причем лиц мужского пола как среди рабочих, так и среди служащих значительно больше, чем женщин.

Среди продливших больничный лист наибольший процент составляют лица в возрасте 40-54 года (62,5%), затем лица в возрасте 55-59

лет (19,5%), лица в возрасте 30-39 лет составили 11,1%, в 60-69 лет – 4,0% и в 20-29 лет – 2,9%.

Среди изученного контингента больных высокий удельный вес составили лица работающие в промышленности – 30,1%, на транспорте – 19,1%, в строительстве – 9,2%, в сфере здравоохранения и образования – 14,6%, в науке и научном обслуживании – 7,2%, в сфере управления – 5,1% и в других сферах – 14,7%.

Важнейшим фактором, имеющим большое значение в плане восстановительного лечения и реабилитации больных, является образование. Большинство больных (59,8%) имели высшее и средне-специальное образование, среднее образование – 36,4% больных и начальный уровень образования имели 3,8% больных.

При анализе полученного материала выявлено, что довольно значительной группой (41,1%) представлены лица, занимающиеся механизированным и квалифицированным трудом, интеллектуальным трудом занимались 29,6% больных, инженерно-техническим – 21,1%, руководящим – 3,1% и счетно-канцелярским – 5,1%.

Среднее пребывание больных с ГБ на больничном листе составило 163,8 дня у мужчин и у женщин – 157 дня.

Наряду с количественными показателями продления сроков ВН весьма существенной является качественная сторона этой функции МСЭК, объективным показателем правильности вынесенного решения о продлении лечения является восстановление трудоспособности больных и возвращение их к трудовой деятельности, но наряду с полным восстановлением трудоспособности положительным следует считать и признание их после продления лечения ограниченно трудоспособными. Итак, в результате долечивания больных после ОНМК – 52,9% больных были признаны трудоспособными, то есть у них наступило восстановление трудоспособности, и они возвратились к прежней трудовой деятельности – показатель полной реабилитации длительно болеющих с ВУТ, и 37,5% больных признаны после продления лечения ограниченно трудоспособными, то есть стали инвалидами III группы – показатель частичной реабилитации длительно болеющих с ВУТ и 9,6% больных, несмотря на активное восстановительное лечение получили II группу инвалидности – показатель неэффективности мер реабилитации длительно болеющих с ВУТ.

Таким образом, продление сроков ВН у длительно болеющих (4 и более месяцев) с ГБ, перенесших ОНМК, с благоприятным клиническим прогнозом, и осуществление в этот период максимально возможных лечебно-восстановительных мероприятий способствовало в большинстве случаев наступлению восстановления трудоспособности.



НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Т.В.Каймак, А.Т.Турганбаева, Д.П.Брыжахин, А.К.Калиева, И.В.Полстяная, Г.М.Утигенова
Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей

Проблема головной боли является ведущим проявлением многих соматических и психогенных заболеваний.

Частота головной боли по данным Международного съезда по головной боли (октябрь, 1995) составляет в среднем 38% случаев (Вейн А.М., 1996). Однако приведенные данные, полученные по результатам обращения за медицинской помощью, не отражают истинной распространенности этой патологии, поскольку к врачу обращается только каждый третий больной. Остальные отдают предпочтение самолечению, доводя своё состояние до критического уровня, сопровождающегося, как при любой боли, снижением работоспособности, настроения, а зачастую переходя в субдепрессию.

Было бы правильно рассматривать головную боль как психо-самотическое страдание, при котором стрессовые ситуации выступают как триггерные факторы, с последующим включением нервных, нервно-мышечных, сосудистых и гормональных цепных реакций, определяющих индивидуальный тип и степень выраженности боли у каждого человека. Лечение больных с головной болью должно быть ориентировано на профилактику и понимание пациентом связи между своими жалобами и психо-социо-эмоциональными факторами, на возможность их коррекции не только медикаментозно, но и немедикаментозными способами.

Мы предположили, что наиболее доступным и эффективным способом лечения данной категории пациентов является профилактическая немедикаментозная терапия, включающая лечебную гимнастику – как профилактику вертеброгенного компонента головной боли, рациональное эмоциональное кодирование (РЭК), аутотренинг – как замену миорелаксирующих и антистрессовых лекарств, а также вечерние сорокаминутные прогулки – в противовес антигипоксическим и сосудорасширяющим препаратам.

Исходя из принципа: «Не ищите секрет долголетия в аптеках. Он внутри Вас. Нужно просто расширить рамки своего сознания и иметь целевые установки», чтобы помочь нашим пациентам создать данные целевые установки, мы использовали метод рационального эмоционального кодирования (РЭК) и аутотренинга, где первичным фактором лечения при любом заболевании является разум, а союз Ума и Воли (по определению Лозаруса) считается единым полем.

Мы обучили пациентов основам аутотренинга, с применением убеждения, разъяснения,

осуществлением воздействия на эмоциональную сферу пациента. Мы исходили из предпосылки использовать в каждом человеке унаследованные, генетически фиксированные «мозговые коды психической деятельности» (МКПД), которые в настоящее время являются объектом изучения многих ученых. К наследственным МКПД человека относятся: 1. Коды жизнеобеспечения – сохранения самой жизни, здоровья, борьбы за качество события, продления рода. 2. Код контактносторожевой – включает анализ всех тех лиц, с которыми человек вступает в контакт.

3. Код становления – на онтогенетическое поэтапное био- и духовное развитие личности от незрелости к зрелости.

4. Коды охранные (физиологические) – на инстинктивное неприятие всего того, что может повлечь за собой нежелательные последствия (отношение к курению, алкоголю, трупному запаху и так далее, в первичной, естественной реакции на них).

РЭК заставляет человека искать резервы в себе самом, занимая активную позицию в лечении, проявляя больше активности в поиске естественных выходов из ситуации боли через свою «волю» в большей степени, чем через «волю» врача. Все это является той информацией, которую мы доводим при РЭК до сознания пациента с учетом его интеллекта, характера, мировоззрения, излагая факты о гигантских резервах нашей психики и организма, заложенных в нас естественных возможностях перекодирования, до кодирования. При этом рассказываем и о возможных влияниях лекарственных препаратов на организм.

Длительность сеанса в среднем 15-20 минут. Количество сеансов, с предварительной беседой – 4. Далее человек продолжает работать над собой самостоятельно.

В работе использовался клинко-статистический метод. Было клинически осмотрено и пролечено 100 больных с ведущей жалобой головная боль, из которых 51 мужчина в возрасте от 17 до 72 лет (М ср. 40,85) и 49 женщин от 17 – 69 лет (М ср. 38,5).

По характеру жалоб в 37% случаев головная боль носила сосудистый характер с локализацией в глазничной (10%), теменно-височной (17%) и затылочной области (10%), у остальных боль была гипертензионного характера с тошнотой, рвотой и выраженным вертебральным синдромом. Анализ параклинических данных выявил: по данным Эхо ЭГ у 20% выраженный гипертензионный синдром с пульсацией до 25%, у 48% умеренно выраженная гипертензия, легкие признаки гипертензии у



32%. На глазном дне у 43% ангиопатия II степени и *salus* II; у 57% ангиопатия I степени. У 80% осмотренных отмечалась асимметрия кровотока со снижением скоростных показателей на 25–30% в каротидном бассейне и 20–30% в В.Б.Б. В 42 случаях в В.Б.Б. отмечался повышенный тонус с увеличением индекса периферического сопротивления и затруднением оттоков; у 17% отмечалось увеличение скорости кровотока на 20–27% на фоне сосудистого спазма, у остальных была достаточная скорость кровотока.

На рентгенограмме шейного отдела позвоночника с функциональными пробами в 27% выявлена нестабильность позвоночно-двигательных сегментов. На МРТ ШОП в 3% случаев сужение позвоночного канала до 14 мм, в 66% снижение высоты тел позвонков с наличием остеофитов, в 4% остеопороз. В 78% случаев у больных было снижение настроения, работоспособности. У 63% была повышенная раздражительность, у 29% нарушение сна. Больные получали лечение сосудистыми препаратами, ЛФК, массаж, психокоррекцию (РЭК, аутотренинг). Все больные отмечали улучшение к 4–5 дню, выраженное уменьшение головных болей со значительным улучшением к 10–14 дню лечения. Далее больные получали рекомендации самостоятельно продолжать ЛФК, прогулки на свежем воздухе и аутотренинг в течении 3 месяцев. По истечению данного срока 40 больных было повторно осмотрено. Было выявлено, что на фоне ежедневных вечерних сорокаминутных прогулок перед сном, гимнастики, укрепляющей мышцы шейно-затылочной области и аутотренинга отмечают отсутствие головных болей. 63% (25ч.) осмотренных; слабые головные боли

не чаще 1 раза в неделю, 25% (5ч.); умеренные головные боли, нарастающие к концу рабочего дня –12%. По возрастным группам выявлено, что отсутствие головных болей было у более молодых людей (ср.возраст 29,2), с преобладанием мужчин 2:1. Умеренные головные боли сохранялись в группе людей более старшего возраста (ср.возраст 47,9), с преобладанием женщин 3:1 и наличием сопутствующих хронических соматических, сердечно-сосудистых заболеваний. При этом большинство больных с повышенным настроением отмечали эффект влияния аутотренинга и прогулок на общее самочувствие и работоспособность, с полным исчезновением пониженного настроения и повышенной раздражительности. Часто больные более старшего возраста отмечали трудности при самостоятельных занятиях аутотренинга и периодические срывы в регулярных занятиях ЛФК и вечерних прогулках, что и повлекло возобновление головной боли, а так же эпизодическую лабильность настроения.

Таким образом, полученные данные выявили ведущий патогенетический фактор головной боли у больных разного возраста вертеброгенно-сосудистого генеза, поддающийся хорошей коррекции при стимуляции генетически фиксированных мозговых кодов психической деятельности (МКПД) немедикаментозной терапией (РЭК, аутотренинг, ЛФК, прогулки на свежем воздухе) – как альтернативы сосудистой, антигипоксантажной и анксиолитической терапии.

Все это является основой для профилактики развития головных болей и может быть рекомендовано к широкому применению в любой отрасли современной медицины.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОСОНОГРАФИИ КАК СКРИНИНГОВОГО МЕТОДА У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ

С.Г.Сафина, С.А.Мажитова Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы

При обращении в поликлинику родители предъявляли неврологические жалобы на срыгивание, тремор подбородка, конечностей при беспокойстве, синева носогубного треугольника, вздрагивания, прерывистый сон, запрокидывание головы, пульсирующий родничок, на задержку моторного развития (когда к 2 месяцам не держали голову или к 8 месяцам не сидели). Иногда жалоб не предъявляли.

В поликлинике РДКБ «Аксай» было осмотрено 1795 детей до года. Из них у 1573 была пе-

ринатальная энцефалопатия (ПЭП), а у 799 ПЭП, гипоксически - ишемического генеза.

В анамнезе у матерей была выявлена перинатальная патология. Во время беременности это – гестоз, анемия, угроза прерывания беременности, многоводие, маловодие, инфекции мочеполовой системы, роженицы после

30 лет. Во время родов это – слабость родовой деятельности, стремительные роды, акушерские пособия, асфиксия в родах и т.д.



Клинически встречались различные неврологические синдромы: гипертензионный, гидроцефальный, вегето – висцеральный, повышенной нервно – рефлекторной возбудимости, двигательных нарушений, эпилептический.

Всех детей с гипоксически - ишемическим поражением (ГИП) можно разделить на две группы, в зависимости от возраста обращения. В первой – дети в возрасте 1-2 месяцев и они впервые осматривались невропатологом, соответственно не получали неврологического лечения и не были привиты. К этому сроку в головном мозге отмечались изменения, носившие стойкий характер. Во второй - дети грудничкового возраста старше 5 месяцев. Они все обратились с жалобами, получили прививки по календарному плану, но не все были обследованы и не все получили неврологического лечения.

Всем детям обеих групп в условиях поликлиники РКДБ «Аксай» была проведена нейросонография на аппарате Aloka SSD – 2000, с конвексным датчиком 5 мгц, одним специалистом. В большинстве случаев гипоксически – ишемические поражения сопровождались расширением желудочковой системы от незначительных размеров до выраженных. Детям первых двух месяцев, в зависимости от клинических синдромов, было назначено лечение на срок 1 мес. и на это же время рекомендовалось отложить прививку АКДС. Детям у кого первичная нейросонография выявила только ГИП, дегидратационная терапия не проводилась. При повторном обследовании после лечения не отмечалось ГИП, но выявлялось расширение желудочковой системы мозга. И тогда приходилось проводить дополнительно курс дегидратационного лечения, что удваивало сроки лечения. Поэтому при лечении ГИП сразу нужно

включать дегидратационную терапию и это сократит сроки лечения вдвое.

Дети второй группы – это те, которым не проводилась нейросоно-графия в первые два месяца жизни и диагноз был выставлен по жалобам и анамнезу. Они прививались и в большинстве предъявляли жалобы после них. Родителей тревожило, что у детей отмечался подъём температуры более 2х дней, они были беспокойные, срыгивали. У детей этой группы лечение было длительное в течение 2-3х месяцев. Если бы этим детям в ранние сроки было проведено обследование и назначено лечение, то продолжительность лечения сократилась бы и можно избежать стойких изменений от ГИП.

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости проводить нейросонографию как скрининговый метод всем детям в возрасте после месяца. Во – первых, он является не инвазивным, безопасным, абсолютно безболезненным, не требующим какой либо подготовки и зависимости во времени. Во- вторых, к указанному сроку в головном мозге ребёнка уже будут иметь место стойкие изменения характерные для ГИП. В – третьих, это позволит своевременно назначать лечение и при правильном его подборе укоротить сроки лечения. В – четвёртых, проведение повторного обследования через месяц, позволит проследить за динамикой и при положительных результатах вовремя провести прививки или хотя бы отсрочить АКДС на месяц (если обратились в 2месяца). Очень важно для выработки иммунитета соблюдать прививочный календарь, т. к. каждая прививка рассчитана на определённый возраст и физические данные ребёнка. В – пятых, избежать осложнений, к которым приводят не пролеченные вовремя ГИП, в частности переход их в кистозные образования.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ

Е.С.Белова, Т.С.Омарова Национальный Центр проблем туберкулеза РК г. Алматы.

Туберкулез является социально значимым заболеванием, в эпидемиологии которого большое значение имеет питание. Работами многочисленных авторов доказано, что заболеваемость и смертность от туберкулеза напрямую зависят от обеспеченности населения продуктами питания. Так, например, смертность от туберкулеза в Германии быстро увеличилась во время Первой мировой войны, затем снизилась и снова возросла в

период инфляции 1922-1923гг., сопровождавшейся значительной нехваткой продуктов питания (Hein J. et al.). В Нидерландах смертность от туберкулеза возросла после Второй мировой войны, но достигла наиболее высоких показателей тогда, когда продуктовое эмбарго Германии привело к резкому падению количества калорий в рационе (Hein J. et al.). Признанным фактором риска развития заболевания является также вегетарианская



диета, особенно у вегетарианцев, предпочитают молочную диету (Strachan D.P et al).

Однако характер питания при туберкулезе может выступать не только в качестве эпидемиологического, но и лечебного фактора.

Многочисленные исследования показывают, что изменяя характер питания можно значительно улучшить течение туберкулеза без присоединения дополнительных лекарственных средств.

Нами была изучена возможность применения лечебного питания в профилактике и лечении туберкулезных плевритов. Известно, что туберкулезный плеврит характеризуется воспалением плевры и накоплением экссудата в плевральной полости. Различают три его основных клинических варианта: аллергический, перифокальный и туберкулез плевры. Количество накопленного экссудата зависит от состояния плевральной полости и реактивности организма, а также характера питания. Изменяя набор основных продуктов, можно добиться как уменьшения, так и увеличения выделившегося экссудата.

Особый интерес в этом плане представляет противовоспалительная диета, разработанная М.Н. Певзнером. Ее использование при экссудативных плевритах позволяет в короткие сроки добиться рассасывания жидкости в плевральной полости без использования пункционной техники. Однако, несмотря на кажущуюся простоту, использование этой диеты требует соблюдения ряда условий, за счет которых реализуется необходимый лечебный

эффект. Основой диеты является исключение из питания соли при условии снижения общей калорийности пищи. Общая продолжительность бессолевого пищевого режима не должна превышать 2-3 недель, а сам он при этом разделяется в зависимости от калоража на 3 периода.

Первый период длится 2-3 дня. В это время больным назначают питание с объемом калоража не более 800 кал (белков-15г., жиров-15г., углеводов-150г.) на фоне полного отсутствия соли.

Во-второй период (следующие 2-3 дня) калорийность пищи поднимают до 1400 кал (белков 80г, жиров-30г., углеводов-200г.). Соль также отсутствует.

И, наконец, в третий период на 10-12 дней назначают питание калоражем 2450 кал (белков-60, жиров-60г., углеводов-400г.). В этот период больному разрешается 2-3г. NaCl на руки (для самостоятельного присаливания пищи). Свободную жидкость во все периоды уменьшают до 0,8-1,0л. Для улучшения вкуса бессолевой пищи используют кислые овощные и фруктовые соки, уксус, лимонную кислоту, пряные овощи, пряности.

Использование этой диеты в совокупности с противотуберкулезными препаратами позволяет добиваться значительного улучшения в состоянии больных без использования пункции плевры или в условиях ее одноразового применения.

В профилактических целях подобную диету можно использовать у больных с склонностью к экссудативным реакциям в целях предупреждения развития полисерозитов.

ПРОФИЛАКТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Е.Б.Дуплякин Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы

Актуальность изучения депрессии в общей медицинской практике определяется значительным сходством ее клинических проявлений с симптомами соматических заболеваний, поскольку первыми признаками депрессии являются измененное общее самочувствие, трудно объяснимые, массивные неприятные телесные ощущения. Более того, в некоторых случаях речь идет о «соматических масках» депрессии.

Исследование преследовало целью, разработать для врачей первичного медико-санитарного звена рекомендации по эффективной профилактике депрессивных расстройств.

В целях внедрения методов психотерапевтической коррекции и психопрофилактики было организовано проведение в учреждениях ПМСП «Школы здоровья», с участием врачей общей практики пилотных проектов.

Перед внедрением школы здоровья была разработана программа и проведено обучение работников ПМСП безмедикаментозным методам оздоровления населения в группах риска возникновения социально-значимых заболеваний.

Организация и проведение школы здоровья на уровне ПМСП показали, что у пациентов посещавших регулярно школы здоровья отмечается



снижение депрессивных и тревожных симптомов в городе до 35 %, в сельской до 50 %.

В период работы с пациентами в рамках Ш.з. было установлено, что среди факторов риска как депрессивных, так и тесно связанных с ними психосоматических расстройств ведущая роль принадлежит ситуационным и средовым влияниям. Причем для женщин более значимыми оказыва-

ются проблемы, связанные с личной и семейной жизнью, тогда как для мужчин — профессиональные и социально-психологические влияния. Поэтому профилактика депрессивных расстройств должна быть направлена на возможно раннее выявление и коррекцию эмоциональных реакций и аффективных нарушений, связанных с психотравмирующими ситуациями.

ПРОВЕДЕНИЕ РЕСПУБЛИКАНСКИХ КОНКУРСОВ «ПМСП-ЗА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ» И «ЛУЧШИЙ ВРАЧ ПМСП» 2008Г.

К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Приоритетным направлением государственной политики в области укрепления здоровья значительное место отведено усилению профилактической деятельности, в связи с этим большое внимание уделяется развитию и совершенствованию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Учитывая значимость ПМСП в сохранении и укреплении здоровья населения, 30 лет тому назад в г. Алматы проходила Международная конференция по ПМСП, инициатором которой была Всемирная Организация Здравоохранения.

Это событие стало историческим не только для нашей республики, но и всего мирового сообщества, когда участники конференции (146 руководителей правительств различных стран, 12 специализированных учреждений ООН и 49 международных неправительственных организаций) подписали знаменитую Алматинскую Декларацию о ПМСП.

В соответствии с 30-летним юбилеем Алматинской Декларации по ПМСП и в рамках реализации программы «Здоровый образ жизни», а также согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан №116 от 11.02.2003 года «О проведении Республиканского конкурса «ПМСП – за здоровый образ жизни» в Казахстане проведены Республиканские конкурсы «ПМСП – за здоровый образ жизни» и «Лучший врач ПМСП». В нем приняли участие медицинские организации и врачи, оказывающие населению первичную медико-санитарную помощь.

Целью проведения конкурса «ПМСП – за здоровый образ жизни» явилось активизация деятельности лечебно-профилактических организаций на уровне ПМСП по пропаганде здорового образа жизни, профилактике заболеваний, укреплению здоровья и стимулированию их деятельности в системе здравоохранения РК.

Конкурс «Лучший врач ПМСП» проведен впервые в связи 30-летним юбилеем с целью определения лучшего врача ПМСП, повышения общественного статуса и звания сельского врача.

При проведении данных конкурсов были поставлены следующие задачи:

1. активизация деятельности ПМСП по профилактике заболеваний, укреплению здоровья и формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ) населения;
2. внедрение межсекторальных профилактических программ на уровне первичного звена здравоохранения и их реализация;
3. укрепление и дальнейшее совершенствование деятельности службы ФЗОЖ на уровне ПМСП (ЦУЗ, отделения и кабинеты ЗОЖ, школы здоровья).
4. привлечение внимания общественности к профессии сельского врача и ее значимости в сохранении здоровья сельского населения;
5. повышение профессиональных навыков сельского врача по оказанию лечебной и профилактической помощи населению;
6. активизация деятельности сельского врача по сохранению и укреплению здоровья, повышения его общественной роли в формировании здорового образа жизни сельского населения;
7. внедрение профилактических программ в деятельность лечебных организаций ПМСП и их реализация.

Конкурсы проводились в 3 этапа: на районном, областном и республиканском уровнях. Всего в конкурсе участвовало более 500 ЛПО и 48 сельских врачей. На республиканский уровень в НЦПФЗОЖ поступило 16 работ из 12 регионов (г.Алматы, г.Астана, Акмолинской, Актюбинской, Жамбылской, Восточно-Казахстанской, Кызылординской, Костанайской, Карагандинс-



кой, Западно-Казахстанской, СКО, ЮКО областей) по конкурсу «ПМСП – за здоровый образ жизни-2008» и 9 работ из 9 регионов (г. Алматы, г. Астана, Актюбинской, Жамбылской, Восточно-Казахстанской, Кызылординской, Карагандинской, СКО, Западно-Казахстанской областей) по конкурсу «Лучший врач ПМСП».

Для объективности результатов конкурсные работы оценивались по бальной системе, с учетом критериев и показателей, утвержденных МЗ РК. Рабочей группой НЦПФЗОЖ просчитаны баллы конкурсных работ, для сопоставления баллов, пред-

ставленных конкурсантами. С системой оценки конкурсных работ и результатами расчетов ознакомлены члены Республиканской конкурсной комиссии, которым были представлены все работы с подсчитанным количеством баллов согласно критериям.

Победители Республиканского конкурса награждаются Дипломами I, II и III степени. Они явились участниками Международной Юбилейной конференции, посвященной 30-летию принятия Алматинской Деклараций ПМСП, которая состоялась г. Алматы, 15-17 октября 2008 года.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА В У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Г.К.Казбекова АО «Национальный научный центр материнства и детства», г.Астана

Актуальность проблемы гепатита В (ГВ) подтверждается данными о широком распространении этой инфекции. Актуальность также обусловлена этиологическим разнообразием, высоким уровнем заболеваемости, смертности, хронизацией заболевания, в т.ч. и в Казахстане.

В настоящее время ГВ можно назвать инфекцией, управляемой средствами специфической профилактики. Созданы безопасные и эффективные вакцины против гепатита В. Иммунизация входит в число самых эффективных с точки зрения затрат инвестиций в охрану здоровья. Распространенность ГВ в разных регионах Казахстана различна. Активная иммунизация вирусного ГВ у детей в Республике Казахстан начали с 1998 года.

Нами проведен ретроспективный анализ частоты распространенности заболевания ГВ в республике за 10 лет. Анализируя исследования можно отметить резкое уменьшение показателей заболеваемости ГВ. В период до вакцинации (1997г.) показатель заболеваемости ГВ у детей достигал 26,2. В 2007 году этот показатель снизился до уровня 0,49 на 100 000 детского населения. Кроме того, уменьшилась частота формирования хронических форм заболевания. В 2007 году на фоне вакцинопрофилактики не зарегистрированы случаи ГВ у детей в 6 регионах республики (Актюбинская, ЗКО, Костанайская, Павлодарская области г.Алматы, Астана). Ниже республиканского показателя регистрируется заболеваемость в 4 регионах (ЮКО – 0,13; Алматинская – 0,25; Жамбылская – 0,35; ВКО – 0,36). Выше республиканского показателя остается заболеваемость в 6 регионах республики (Атырауская- 0,73; Карагндинская – 0,73; СКО – 1,57; Акмолинская – 1,84; КЗО – 2,56).

Охват вакцинацией против вирусного гепатита в республике достаточно высокая и составляет 97 % и выше. За последние десять лет в Казахстане достигнуто снижение уровня заболеваемости вирусным гепатитом В среди детей в 74 раза. Это результат государственной политики в области вакцинации населения. Эффективность проводимых мероприятий по иммунопрофилактике очень высока. Благодаря вакцинации в мире сохраняется до 100 млн. жизней. Следовательно единственной и эффективной мерой профилактики гепатита В, экономический выгодной является иммунизация населения.

Развитие иммунопрофилактики на современном этапе требует не только тщательного научного обоснования системы эпидемиологического надзора, но и детального экономического затратно-выигрышного анализа для определения оптимальных программ и тактики

За время практического применения вакцин против ГВ и благодаря реализации широких программ вакцинопрофилактики в нашей республике достигнуты большие успехи в борьбе с этой инфекцией:

- достигнуто резкое уменьшение показателей заболеваемости гепатитом В.
- удалось значительно уменьшить частоту летальных исходов и формирования хронических заболеваний, в том числе первичного рака печени.
- результаты проведения массовой вакцинации против ГВ позволили получить доказательство возможности рассматривать гепатит В как инфекцию, управляемую средствами специфической профилактики.



• наблюдается большая экономическая выгода проведения вакцинации против ГВ по сравнению с расходами на лечение острых и хронических форм НВ-вирусной инфекции.

Литература:

1. Таточенко В.К. «Иммунопрофилактика на современном этапе», Научный центр здоровья детей РАМН, 2001г.

2. Коршунова Г.С., Садовникова В.Н. Вирусные гепатиты В и С - внутрибольничные инфекции // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения

и профилактики: Тез. докл. IV Российской научн.-практ. конф. - М., 2001.-С.180-181.

4. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Онищенко Г.Г. Парентеральные вирусные гепатиты (эпидемиология, диагностика, профилактика). -М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003-384с.

5. Шахгильдян И.В., Михайлов М.И., Хухлович П.А. и др. Вакцинопрофилактика гепатита В в России - итоги и перспективы // Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики: Тез. докл. V Российской научн.-практ. конф. - М., 2003. - С. 338-343.

К ПРОБЛЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.М.Токешева Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей

Одной из приоритетных проблем мирового и отечественного здравоохранения является дефицит йода и связанные с ним йододефицитные заболевания, которые в последние годы приобрели острую медико-социальную значимость. На сегодняшний день в мировом масштабе более 2 млрд. людей испытывают дефицит йода, с чем связана потенциальная опасность развития у данного контингента йододефицитных заболеваний, спектр которых широк и разнообразен. По мнению экспертов ВОЗ, дефицит йода представляет собой самую распространенную форму умственной отсталости. Проведенные в разных странах исследования последних лет подтверждают, что коэффициент интеллектуального развития (IQ) в регионах с выраженным йодным дефицитом на 15-20% ниже, чем в регионах с нормальным йодообеспечением. В сложившейся ситуации природная недостаточность йода создает реальную угрозу интеллектуальному здоровью населения, проживающего в условиях йододефицита, а несвоевременность либо недостаточность проводимых корригирующих и профилактических мероприятий может привести к значительной потере интеллектуального, образовательного и профессионального потенциала нации. Особенно важно решение данной проблемы для Казахстана, так как 2/3 территории страны (11 областей) относится к биогеохимическим зонам с недостаточностью йода, более выраженной на юге и востоке республики.

Тиреоидная патология, в развитии которой одним из ведущих пусковых механизмов является дефицит йода в биосфере, в структуре неинфекционных заболеваний занимает лидирующее положение по масштабу распространенности и количеству населения, проживающего в условиях природного йододефицита. В эндемичных по зобу регионах, где проживает около трети населения Земли, суммарная частота заболеваний щитовидной железы

превышает 50% общей заболеваемости. Не утешительны прогнозы специалистов, согласно которым на фоне стабильного природного дефицита йода и вследствие антропогенного влияния (промышленные выбросы, радиоактивное загрязнение территорий в результате испытаний ядерного оружия, аварий на ядерных реакторах и другие факторы), негативно отражающегося на «экологическом здоровье», в последующие годы сохранится тенденция к росту частоты тиреопатий, и, прежде всего, узловых заболеваний и рака щитовидной железы. Так, по нашим данным, распространенность узловых заболеваний щитовидной железы в радиоэкологически неблагоприятных районах Восточно-Казахстанской области (где ранее проведенными исследованиями был зафиксирован природный дефицит йода) достигает по результатам ультразвукового скрининга 42% в группе лиц старше 50 лет.

Дефицит йода является естественным экологическим феноменом, стабильным природным фактором, последствия которого сохраняются, порождая серьезную проблему ликвидации йододефицитных заболеваний. Основной стратегией программы ликвидации и профилактики йододефицитных заболеваний, в том числе и заболеваний щитовидной железы, в глобальном масштабе является непрерывное всеобщее йодирование соли. Человек, ежедневно потребляя качественно йодированную соль (в соответствии с мировыми стандартами содержание йода 40мг/кг соли), удовлетворяет суточную физиологическую потребность организма этим микроэлементом. Данный метод йодной профилактики является экономичным, универсальным, позволяющим охватить все слои населения. Мировой опыт показывает, что к потребителям зачастую продолжает поступать соль с недостаточным или избыточным содержанием йода, либо фальсифицированная. Поэтому, в



борьбе с йодной недостаточностью первостепенное значение должно иметь соблюдение технологии йодирования производителями соли, а также контроль качества йодированной соли. Отсутствие достаточного количества качественно йодированной соли, обесценивание ее профилактических свойств в результате несоблюдения условий хранения продукта грозит закономерным ростом частоты тиреоидной патологии и других йододефицитных заболеваний.

Являясь одним из приоритетных направлений деятельности мировой и отечественной системы здравоохранения, профилактика заболеваний щитовидной железы, индуцированных йодным дефицитом как стабильным природным фактором, должна иметь постоянный характер. Благодаря хорошо организованной системе профилактики недостаточности йода возможно снизить риск развития патологии щитовидной железы и других йододефицитных заболеваний.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Т.К.Рахымбеков, Н.Р.Рахметов, Т.А.Булегенов Семипалатинская государственная медицинская академия, г.Семей

Введение. Одним из методов повышения эффективности лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями является проблемно-целевое обучение (ПЦО). ПЦО – метод обучения больных с конкретной патологией, ориентированный на определенную проблему и активное участие в этом процессе самого обучаемого и его окружения. Существующий мировой опыт использования проблемно-целевого обучения свидетельствует о его целесообразности и эффективности [1-2]. Целью настоящего исследования явилось обоснование значимости ПЦО в реабилитации больных с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и желудка (ПОРСПЖ).

Материал и методы. Проанализировано результаты ПЦО 82 больной с ПОРСЖ, получившие стационарное лечение в клинике госпитальной хирургии Семипалатинской государ-

ственной медицинской академии. Мужчин было 57 (69,5%), женщин - 25 (30,5%). Средний возраст пациентов составил 36,6±4,2 года. В разработанные выкопировочные карты вносились данные из медицинской документации, результаты ПЦО пациентов. Цель обучения – дать пациентам знаний о сущности заболевания, помогающие признать необходимость изменения образа жизни, повышающие мотивацию больного на самоконтроль и управление болезнью, психологической адаптации больного, выработать навыки поддерживающего бужирования пищевода. Качество жизни (КЖ) оценивали с помощью опросника SF-36.

Результаты и обсуждение. При исследовании влияние ПЦО на КЖ больных с ПОРСЖ в сравнительном аспекте со средними показателями КЖ в общей популяции [3] получены следующие результаты по шкалам (таблица 1).

Таблица 1 - Влияние ПЦО на КЖ больных с ПОРСЖ

Группы	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
КЖ больных с ПОРСЖ до ПЦО	64,1±12,4	56,9±14,3	62,6±15,1	46,4±15,5	45,5±15,8	44,6±16,5	44,9±14,5	48,5±12,4
КЖ больных с ПОРСЖ после ПЦО	74,4±7,3	72,4±11,3	75,3±5,4	62,6±8,4	55,3±5,7	65,3±11,4	58,6±5,3	57,6±4,5
В общей популяции	96,00±1,86	90,00±1,74	89,70±1,67	73,20±1,55	62,20±1,25	85,0± 1,65	65,0± 1,32	63,3± 1,27
	p<0,01							

Примечание: PF - физическое функционирование, RP – ролевое физическое функционирование, BP – соматическая боль, GH – общее состояние здоровья, VT - жизнеспособность, SF – социальное функционирование, RE – ролевое эмоциональное функционирование, MH – психическое здоровье.



Данные таблицы свидетельствуют о значительном улучшении КЖ больных с ПОРСПЖ по всем шкалам в результате проведенного ПЦО.

Во время ПЦО больные с ПОРСПЖ в совершенстве овладевают методикой поддерживающего бужирования пищевода. Поддерживающее бужирование является важным этапом лечения, требующее настойчивости врача и желания пациента. При его несоблюдении часто возникает рецидив стриктуры пищевода. В течение 1 месяца после выписки больной бужировался 3 раза в неделю, в течение 2-го месяца – 1 раз в неделю, 3-го месяца – 1 раз в 2 недели, на 4-5 месяце – 1 раз в 3 недели. Затем бужирование проводится по мере развития дисфагии.

В результате проведенного ПЦО существенно снизилась кратность госпитализации в год и продолжительность стационарного лечения, что является достоверным подтверждением клинической и экономической эффективности данного метода (таблица 2).

Выводы

ПЦО при ПОРСПЖ способствует улучшению приверженности к лечению, КЖ пациентов, эффективности комплексного лечения, снижению кратности госпитализации и продолжительности стационарного лечения, улучшает прогноз реабилитации больных с данной патологией.

Таблица 2 - Влияние ПЦО на кратность госпитализации и продолжительность стационарного лечения больных с ПОРСПЖ

Группы	Кратность госпитализации в год	Продолжительность стационарного лечения
До проведения ПЦО	3,3 ±0,3	13,4±2,2
После проведения ПЦО	2,2±0,4	7,4±1,3
	p<0,05	p<0,05

Литература

1. Гуревич К.Г. Комплаенс больных, получающих гипотензивную терапию // *Качеств. Клин. Практик.* – 2003. - №4. –С.53-58.
2. Конради А.О., Соболева А.В., Максимова Т.А. и др. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания // *Артер. гипертензия.* – 2002. - №8. – С.217-220.
3. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // *Клиническая медицина.* – 1996.-№8. – С.29-31.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОПРОСУ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И БОЛЬНОГО

Г.К.Каусова *Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Алматы*

Тұжырым

Дәрігер мен пациенттің дұрыс, ойлы бірлесіп атқарған жұмысы науқастардың өмірін, медициналық көмек сапасын жақсартудың және емдеу-профилактикалық іс-шаралар тиімділігінің қажетті шарты болып табылады.

Summary

Correct, reasonable cooperation of doctor and patient is necessary condition for quality of life improvement of patients, quality of medical care and efficiency of treatment-and-prevention activity.

В настоящее время к здравоохранению предъявляются все более возрастающие требования, связанные с необходимостью повышения результативности его деятельности, улучшения качества и доступности медицинских услуг. В Послании Президента Республики Казахстан народу своей страны (2007г). указано, что «необходимо добиться ре-

зультативности и повышения качества медицинских услуг путем пересмотра механизмов управления, финансирования, координации и контроля в сфере здравоохранения».

Бурное развитие научной медицины в конце XX века сопровождали не легко преодолимые парадоксы и сложности. Некоторые ученые говорят даже



о кризисных противоречиях нового этапа, о тесной связке технизация – узкая специализация – дегуманизация медицины. Не может быть сомнений, что только углубленная специализация с соответствующим ей оснащением больниц и клиник обеспечивает использование всех возможностей высоких медицинских технологий. Но судьба больного все больше зависит от того, своевременно ли он попадет к необходимому ему врачу. А это решает осведомленность тех врачей, к которым приходят пациенты с самыми различными и далеко не всегда простыми для диагностики болезнями. Необходимость проведения инвазивных вмешательств, всегда связанных с известным риском, и нередко тяжело переносимых больным, остро ставит вопросы показаний к проведению таких исследований.

Строго селективные лекарственные препараты и мощные антибиотики широкого спектра действия хороши только тогда, когда они назначены в необходимых случаях. Никогда ранее не было такого количества дисбактериозов, аллергических и аутоиммунных заболеваний, а также прямых ятрогенных осложнений. Это проблемы лечения, но целесообразное лечение просто невозможно без верифицирующей диагностики.

Врачи всегда помнили, что один из методов помощи пациенту – психотерапия. Лечить следует иногда не столько лекарством, сколько добрым, участливым словом. И здесь нарастает специализация – пациента отправляют к психологу. Врач в современных условиях должен способствовать уменьшению прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, предотвращению возникновения нового патологического процесса и использовать имеющиеся ресурсы медицинской науки для удовлетворенности пациентов медицинскими услугами.

Больной является объектом и субъектом врачебного воздействия. Каждый пациент является прежде всего личностью, имеет свое собственное представление о медицинской науке, медицине, о самом себе, о своей болезни и степени ее серьезности; ему присущи определенные ожидания в отношении способов и путей его обследования и лечения, разный уровень требований, предъявляемых врачу. В первую очередь это относится к больному, лечущемуся в поликлинике, который является индивидуумом с высокой степенью самостоятельности: он по своей инициативе приходит к врачу, сам осуществляет выполнение назначенных рекомендаций и прием медикаментов, сам проводит наблюдение за течением своего заболевания и определяет поведение при возникновении новых проблем со своим здоровьем. Эти представления и ожидания пациента могут совпадать или не совпадать, полностью или частично, с действиями и рекомендациями врача, в значительной степени определяя степень участия или сотрудничества больного в процессе лечения.

Благоприятная атмосфера при первой встрече с пациентом очень часто возникает в том случае, когда врач способен проявить глубокое доброжелатель-

ное отношение к своему собеседнику, воспринять внутренний мир пациента, с сохранением эмоциональных и смысловых оттенков. Как будто становишься этим другим, чтобы войти в мир другого необходимо на некоторое время оставить в стороне свои точки зрения и ценности и это означает, что Вы оставляете в стороне свое «Я». Это могут осуществить только люди, чувствующие себя достаточно безопасно в определенном смысле: они знают, что не потеряют себя в мире другого и, что смогут успешно вернуться в свой мир, когда захотят. Это означает быть ответственным, активным, сильным и в то же время тонким и чутким.

Другой метод сотрудничества врача и пациента это сострадание и сопереживание врача вместе с пациентом. Врач часть болезненных проявлений пациента берет на себя. Конструктивное сотрудничество пациента и врача – несомненное условие для решения проблем, связанных с заболеванием.

Правила общения на начальном этапе сотрудничества: врач должен больше слушать и меньше говорить, не спешить вносить свои коррективы в логические построения пациента: пока он не все сказал, он не готов принять никакую врачебную помощь. «Выговорившемуся» человеку легче произвести «отбор» своих переживаний, увидеть главное. При этом он увидит во враче своего помощника, друга.

Умение слушать и одновременно выражать свое тонкое понимание сказанного говорит о профессиональной зрелости специалиста.

При беседе надо обращать внимание не только на то, что говорит пациент, но и на то, как он говорит. Тактично регулируя эмоциональный «накал» беседы, сообразуясь с физическим состоянием больного.

В процессе контакта с больным врачу следует обратить внимание на способность пациента к активному целенаправленному взаимодействию, заинтересованности в беседе, способности к правильной ориентировке в месте и времени, пониманию названий и назначения окружающих предметов; наличие сниженного настроения, пугливости, подавленности и заторможенности, плохой концентрации внимания, замедленных реакций, напряженности, тревоги и страха; склонность к дисфорическим реакциям; наличие неадекватных высказываний; повышенная раздражительность, истощаемость; склонность к театральности и манерности поведения, требование к себе повышенного внимания, упрямство; повышенную отвлекаемость.

Не секрет, что в кардиологических и в терапевтических отделениях различного профиля встречаются определенный процент больных с депрессией. Для них тягостно и мучительно не только невнимание персонала, но и публичное бесцеремонное выражение своих положительных эмоций, не касающихся переживаний больного.

Обсуждение любых профессиональных и организационных вопросов в присутствии больного нежелательно. Больному вне зависимости от возраста



(старше 16 лет) лучше обращаться на «Вы». Поддержание уважительной дистанции само по себе целесообразно для пациента, не позволяет ему усомниться в целесообразности назначенного лечения, помогает прочно утвердить собственный авторитет.

Грубое невнимание медицинского персонала к пациенту пагубно для его психики. Необходимо помочь больному вернуть или обрести внутреннюю самодисциплину, уважение к обоснованному больничному распорядку – задача врача. Больной должен покинуть стационар не в состоянии восторженного

умиления, а с чувством уверенности в себе и обоснованной благодарности к тем, кто помог обрести ему самодостаточность.

Таким образом, данная проблема имеет приоритетное значение в современных условиях для всех специалистов. Сотрудничество врача и пациента является важнейшей задачей и необходимым условием улучшения качества жизни больных, оказания качественной, адекватной медицинской помощи и эффективности лечебно-профилактических мероприятий.

ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ АУРУЫНДА ТАҒАМДЫҚ БИОЛОГИЯЛЫҚ ҚОСПА ТРАНСФЕР ФАКТОРДЫҢ ИММУНОКОРРЕГИРЛЕУШІ НӘТИЖЕСІН БАҒАЛАУ

С.Е.Абдраимова Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медицина академиясы, Шымкент қ.

Сыртқы органдың қолайсыз факторларының әсері, дұрыс емес тамақтану, зиянды әдеттер, күйзелістер, иммунды жүйедегі бұзылыстар, зат алмасу үрдістердің өзгеруі адам денсаулығының нашарлауына өз үлесін қосады.

Жоғарыда аталған факторлар иммунды жүйеге теріс әсер етіп иммунды тапшылықтың себебі болып отыр.

Иммунды жүйенің қалыпты қызметін сақтауының және иммунды тапшылық жағдайларда иммунитетті қалпына келтіруінің бір тәсілі иммуномодуляторларды қолдану.

Медицинада көптеген иммуномодуляторлар қолданылады, бірақ олар нәтижелілігі мен зиянсыздығы жағынан, сонымен қатар, үнемділік, қолдану ыңғайлылығы жағынан және басқа да қасиеттері бойынша бір біріне тең емес [1].

Адам ағзасына ең қолайлы және адекватты болып табиғи, негізін адам не жануарлар ағзасында иммунды үрдістерді реттеуге қатысатын заттар құрайтын, эндогенді модуляторлар табылады. Осындай иммуномодуляторларға H.S.Lawgense ашқан Трансфер Фактор™ – тағамдық биологиялық белсенді қоспа жатады. Бұл сиыр сүтінің уызынан алынатын табиғи пептидтердің концентраты [2]. Осы пептидтердің ағзадағы негізгі қызметіне микробтар, қатерлі ісіктік жасушалар және де басқа да өмірге маңызды үрдістердің бұзылуына алып келетін антигенді заттардан иммунды қорғау жатады [3].

Бұл жұмыстың мақсаты иммунды жүйеге күшейтуші не әлсіретуші әсер ететін көптеген дәрімектердің ішінде, Трансфер Фактор препараттарын иммундық коррекцияны талап ететін

өкпенің созылмалы обструктивті ауруларымен ауыратын науқастарда қолдану тиімділігін анықтау болды.

Трансфер Фактор препараттарын Ресейдің көптеген клиникаларында түрлі аурулардың (АИВ-індеті, В және С гепатиттер, қатерлі ісіктер, т.б.) емінде қолдануы жоғары клиникалық – иммунологиялық нәтижені көрсетіп отыр [4].

Трансфер Фактор препаратының иммунокоррегірлеуші әсерін бағалау мақсатында созылмалы обструктивті бронхиттің өршу фазасындағы 40 науқас бақылауға алынды. Бұл науқастар дәстүрлі емге (протокол бойынша антибиотиктер, муколитиктер, бронхолитиктер) қоса күніне 3 рет 1 капсуладан Трансфер Фактор бір ай көлемінде қабылдады.

Трансфер Факторын әсері иммунды жүйені бағалайтын жеке параметрлердің динамикасы бойынша және перифериялық қандағы лимфоциттердің негізгі субпопуляцияларының санын тура емес иммунофлюоресценция әдісімен моноклоналды антиденелердің көмегімен анықтау арқылы жүзеге асырылды және НСТ-тестпен анықталатын нейтрофилді лейкоциттердің функционалді – метаболикалық белсенділігі бойынша бағаланды.

Көп жағдайда алғашқыда лейкопения және лимфопения орын алған. 40 жағдайдың 38-де лейкоциттер жалпы санының қалпына келуі байқалды, тек 2 жағдайда – бақылау шегіне дейін төмендеу байқалды. Лимфоциттердің саны бойынша да динамиканың осындай бағытталуы орын алды, ал төмендеу алғашқы жоғары көрсеткіштер бар науқастарда төмендеу байқалды, орташа шамамен $2,6 \times 10^9/\text{л}$ (орташа көрсеткіш – $1,7 - 2,6 \times 10^9/\text{л}$).



Жалпы Т-лимфопения (CD3+) жағдайында жалпы көрсеткіштердің қалпына келуі байқалды (75,0+12,5%). Хелперлі – индукторлы фенотипімен Т-лимфоциттердің (CD4+) тапшылығында Трансфер Факторды қабылдау олардың қалпына келуіне әкелді, ал динамиканың төмендеуі – алғашқы жоғары көрсеткіштер (32,0 %) жағдайында болды.

Осындай өзгерістер супрессорлы – цитотоксикалық фенотипімен Т-жасушалардың (CD8+) салыстырмалы параметрлерінің өзгеруі бойынша орын алды, жоғарылау 34 жағдайда – орташа көрсеткіштермен (17,6%), ал жоғарғы көрсеткіштер анықталған науқстарда төмендеу байқалды (22,7%).

Табиғи киллерлі жасушаларға (CD16+) келетін болсақ, жағарыда айтылған жағдайларда сияқты санның тапшылығында (35 науқаста, шамамен 10,6%) жоғарылау байқалды, ал көрсеткіштері бар науқастарда (5 науқас, шамамен 20,0%), керісінше, төмендеу байқалды, ауытқулардың шегі 6 – 8% аралыққа тең болды.

Перифериялық қандағы функционалды белсенді ИЛ-2-ге рецепторларын экспрессирлейтін Т-лимфоциттер (CD25+) бойынша да өзгерістер ұқсас болды. Алғашқыда көрсеткіштері төмен (шамамен 6,4%) 34 науқаста бұл жасушалардың саны жоғарылады, ал жоғары көрсеткіштерімен 6 науқаста (шамамен 19,5%) – төмендеді, бақылау көрсеткіші – 4 - 9%.

Перифериялық қандағы нейтрофилдердің спонтандыжәнестимулирленгенНСТ-тестібойынша Трансфер Факторды қабылдау фагоциттердің функционалді-метаболикалық белсенділігінің қалпына келуімен жүрді, бұл 3 жағдайда болған пирогеналға «пародоксальді» жауаптың жойы-

луынан және спонтанды және стимулирленген нұсқаулардың тым жоғары көрсеткіштердің төмендеуінен көрінді.

Сонымен, тағамға биологиялық белсенді қоспа - Трансфер Фактордың әсер етуі көбінесе алғашқы жағдай көрсеткіштеріне байланысты және, негізінде, лимфоциттер субпопуляциялардың дифференцирленген антигендерінің экспрессиясын және перифериялық қандағы нейтрофилді лейкоциттердің оттегіне тәуелді метаболизмнің интенсивтілігін көрсететін жеке параметрлердің қалыптан ауытқуының коррекциясына бағытталған, бұл қоспаның әмбебап иммунорегуляторлық қасиеттерін көрсетіп тұр. Трансфер Фактордың айқын иммунорегуляторлық қасиеттері, оның емдік және алдын алу нәтижелілігі өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауыратын науқастардың емінде кең қолдануға ұсыныс жасауға негіз болып отыр.

Әдебиеттер

1. А. А. Воробьев. Вестник РАМН. – 2002. № 4.
2. Lawrence H.S., Borkowsky W. «Transfer Factor current, status and future prospects» - Bioterapy. – 1996. – 9 (1-3), i-s.
3. У. Дж. Хеннен. Трансфер фактор Плюс: идеальная комбинация биологически активных веществ для оптимального иммунитета (под редакцией Ю. П. Гичева, Э. А. Огановой). – Новосибирск. – 2001. – 73 стр.
4. Дадали В. А., Рак А. В., Столпник Е. С., Кельвин В. МакКосланд, Оганова Э. А. «Некоторые новые аспекты действия Трансфер Фактора». // Материалы VI Международного симпозиума. – Сочи. – 2002. – 62 – 63 стр.



ХРОНОМЕТРАЖНЫЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ РАБОТНИКОВ КОТЕЛЬНО-ТУРБИННОГО ОБОРУДОВАНИЯ ТЭЦ

М.Т.Махмутова Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция

Результаты хронометражных наблюдений показали, что оперативная работа: прием рапортов, распоряжений по ведению режима оборудования, выдача нарядов ремонтному персоналу, обход оборудования с целью контроля качества воды, пара, конденсата, масла и т.д., занимает до 20% времени, пассивное наблюдение за ходом технологического процесса до 30%, разговоры по телефону до 33%, прием и сдача смены до 15% рабочего времени. Время, затрачиваемое на отдых и личные надобности, составляет 1,2-1,9%.

При контроле за работой энергооборудования начальники смены и старшие машинисты котельно-турбинного цеха (КТЦ) проходят за смену путь от 3,5 до 5 км. В дни, когда имеют место нарушения технологического процесса, включения и отключения энергоблоков, путь, проходимый работниками данных профессий за смену, составлял 7-15 км.

Физиологические исследования, проведенные в теплый и холодный периоды, показали, что трудовая деятельность начальников смен и старших машинистов КТЦ сопровождается значительным напряжением организма. Частота пульса как в холодный, так и в теплый периоды года колебалась в пределах 70-97 ударов в минуту, составляя в среднем за смену $89 \pm 0,4$ в минуту. Систолическое артериальное давление находилось в среднем на уровне $169 \pm 0,8$ гПа в холодный и $156 \pm 0,7$ гПа в теплый период.

Существенные изменения к концу смены установлены со стороны показателей, характеризующих состояние умственной и физической работоспособности. Способность к кратковременному запоминанию к концу рабочего дня снижалась на 36 и 32% по отношению к исходным данным в различные периоды года; внимание на 27 и 26%, мышечная выносливость – на 25%. Степень развивающегося утомления в холодный период года была несколько большей, чем в теплый период, что, по-видимому обусловлено более частыми нарушениями в работе оборудования, отмечающимися в зимнее время.

Особенно выраженные физиологические сдвиги отмечаются в периоды приема и сдачи смен, а также аварийных ситуациях. Частота пульса в аварийных ситуациях достигает 150-170 в минуту, артериальное давление повышается на 20-40 гПа (226-266 гПа).

Хронометражные наблюдения показали, что время сосредоточенного внимания за ходом тех-

нологического процесса составляет 60-70%, активных действий – 30% рабочего времени. Ежечасов оператор принимает 30-40 сообщений (по телефону, селектору, непосредственно от персонала).

Трудовой процесс проходит в позе сидя или стоя. За время смены машинисты-операторы проходят путь от 1,8 до 2,3 км. Физические усилия незначительны и обусловлены лишь поддержанием рабочей позы, нажимом на кнопки и тумблеры. В спокойные дни, когда параметры режима работы оборудования в течение смены стабильны, трудовая деятельность операторов однообразна, монотонна.

Среднестатистические данные о состоянии показателей физиологических функций у машинистов-операторов КТЦ в динамике рабочей смены: ЧСС колеблется в пределах 78-100 ударов в минуту, максимальные значения артериального систолического давления находятся на уровне 144-181 гПа, диастолического – 90-113 гПа. Обращает на себя внимание некоторое снижение к концу смены артериального систолического давления на фоне довольно высоких величин диастолического, свидетельствующее о росте периферического сопротивления сосудов. Последнее, по-видимому, является следствием выраженных симпатических влияний.

Условия труда машинистов-операторов КТЦ характеризуются неблагоприятными параметрами микроклимата, шума. В помещениях блочных щитов управления температура воздуха в теплый период года составляет 22-30 $^{\circ}$ С, в зоне размещения пультов управления котлами – 24-31 $^{\circ}$ С, турбогенераторов – 23-36 $^{\circ}$ С. Эквивалентные уровни шума равны соответственно 70, 85, 95 дБ А при допустимой величине 80 дБ А.

Характеризуя труд машинистов-операторов КТЦ как напряженный, следует сказать, что в оздоровлении условий труда их работы наряду с рационализацией режима труда и отдыха большое значение имеют оптимизация производственного микроклимата и снижение уровня шума.

Необходимость контроля за работой оборудования требует передвижения по рабочей зоне. За смену машинист-обходчик проходит расстояние в 9-12 км, а в дни, когда имеет место изменение параметров, отключение или пуск блока, - 12-15 км /5,9/.

По данным хронометража, время сосредоточенного наблюдения составляет 70-82%, актив-



ных действий – 40-50%, пассивного наблюдения – 20-30% от продолжительности смены.

В течение часа машинисту-обходчику по турбинному оборудованию поступает 20-30 сообщений по телефону, селектору и непосредственно от машиниста турбины.

Результаты гигиенических исследований показали, что условия труда указанной группы работающих характеризуются высокой температурой воздуха рабочих зон (25-39^oC в теплый период) и интенсивностью шума ($L_{экв}=95$ дБ А). Работают машинисты-обходчики в три смены по 8 ч. в каждой.

Работают машинисты-обходчики котлов, также в три смены по 8 ч. в каждой. Время на обед и дополнительный отдых не предусмотрены. Результаты хронометражных наблюдений показали, что фактически рабочая смена длится 8-9 ч., а иногда и больше, если в работе оборудования имеются неполадки. Время сосредоточенного наблюдения составляет 70-82%, активных действий – 40-80%, пассивного наблюдения – 26% от продолжительности смены /9/.

Проведение таких операций, как растопка и остановка котла, требует значительного физического напряжения. На растопку отводится 3-4 ч, на остановку – 30-40 мин. При этом выполнение таких операций, как закрытие дренажей, связано с пребыванием рабочего на всех отметках, начиная с 4-й; открытие воздушников – на 33-й и 46-й, наблюдение за поступлением пыли в бункера, включение и регулировка пылепитателя – на 22-й и 33-й, растопка котла, прогрев впрысков – на 9-й отметке. Наблюдения за пуском и остановом котлов показали, что рабочие проводят их в быстром темпе, передвигаясь быстрым шагом и бегом.

При выполнении этих операций частота пульса достигает 160-200 в минуту, артериальное давление повышается: до 199-239 гПа систолическое, до 119-146 гПа диастолическое.

Как правило, в должности машинистов-обходчиков по верху котла работают молодые люди в возрасте 20-30 лет, что является косвенным показателем напряженности и тяжести их труда.

Результаты гигиенических исследований показали, что труд данной категории рабочих протекает как в зимнее, так и в летнее время года при неблагоприятных микроклиматических условиях. В летнее время температура воздуха рабочих зон 26-46^oC, в холодное время года 22-42^oC, относительная влажность 22-50%, скорость движения воздуха 0,5-2,3 м/с. Наряду с этим машинисты-обходчики в отдельных рабочих зонах подвергаются действию лучистого тепла интенсивностью 350-700 Вт/м². В течение смены рабочие прохо-

дят путь от 8 до 15 км. В случае неисправности в паро- и газопроводах возникает шум, превышающий допустимые уровни /5,9/.

Частота сердечных сокращений в течение всей смены держится на довольно высоких величинах – 90-100 ударов в минуту. Однако, как было указано выше, особое напряжение рабочие испытывают при проведении таких операций, как пуск, остановка блока, в аварийной ситуации.

Тесная корреляция имеет место со степенью тяжести труда, уровнем шума и температурой воздуха рабочих зон. С увеличением стажа работы утомление растет в большей степени, чем по мере увеличения возраста.

По уровню физиологических сдвигов и степени развивающегося утомления, труд машинистов-обходчиков котельно-турбинного оборудования относится к категории напряженных и тяжелых работ. В оздоровлении условий труда важное значение приобретают вопросы оптимизации зоны обслуживания, снижения шума, улучшения микроклимата.

Как показали исследования, условия труда работников большинства указанных профессий характеризуются наличием ряда неблагоприятных факторов производственной среды. Среди них следует указать на повышенные концентрации угольной пыли, интенсивный шум, низкую температуру воздуха в холодный период года. Неблагоприятные параметры указанных факторов отмечаются в условиях труда почти всех обследуемых профессиональных групп работающих, за исключением дежурного щита управления. Лишь эквивалентный уровень шума, которому подвергались в течение смены машинисты вагоноопрокидывателя и их помощники, не превышал допустимых величин. Обусловлено это тем, что определенную часть времени работники указанных профессий находятся в кабине пульта управления, где условия труда близки к оптимальным.

При работе станций на мазуте функции грузчиков вагоноопрокидывателя несколько меняются, и они заняты в этот период сливом топлива из цистерн, их очисткой и мойкой. Работы ведутся на открытом воздухе, и в холодное время года рабочие подвергаются действию низких температур.

Следует сказать, что у представителей исследованных профессий в течение смены имела место та или иная степень снижения уровня физиологических показателей. Так, к концу рабочей смены способность к кратковременному запоминанию снижалась на 14-47%. К концентрации и переключению внимания на 9-36%, на 9-16% удлинялся латентный период простой зрительно-моторной реакции, на 24-50% снижалась мышечная выносливость к статическому усилию. Изменение



физиологических функций было более выражено в холодный период года. Связано это с увеличением доли физического компонента в труде: дробление смерзшегося в куски угля, увеличение числа просыпей на тракте и забивок каналов пересыпки. Плотность рабочего времени в этот период составляет, как правило, 90-96% от продолжительности смены при 75% в теплый период года.

Настоящие данные позволяют отнести труд машинистов вагоноопрокидывателя и их помощников к категории работ, средней по тяжести и напряженности, грузчиков вагоноопрокидывателя – к тяжелым ненапряженным работам, дежурного слесаря топливоподачи – к средним по напряженности и тяжести, дежурного шота управления – к средней по напряженности и легкой по тяжести.

СОСТОЯНИЕ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.К.Каримов Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, ОО «Западно-Казахстанский центр здорового питания Казахской Академии питания», г.Актобе

В области профилактической медицины в настоящее время уделяется огромное внимание проблеме сбалансированности пищевых веществ и компонентов, содержащихся в продуктах питания. При этом сбалансированное питание предусматривает количественные и качественные взаимосвязи основных пищевых веществ. Длительное нарушение структуры питания может привести к разнообразным изменениям в организме, в основе которых лежат изменения метаболизма клеток. На этом фоне нередко наблюдается развитие алиментарно-зависимых патологий.

Для оценки состояния питания в Актыбинской области нами было изучено фактическое питание взрослого населения.

Всего было обследовано: 176 человек в возрасте от 18 до 60 лет, которые были дифференцированы на три возрастные категории: 18-29 лет, 30-39 лет и 40-59 лет. По первой возрастной категории были обследованы 51 человек, по второй категории – 75 человек, по третьей – 50 человек.

Для изучения фактического питания проводилось определение содержания пищевых веществ и энергии в продуктах методом 24-часового воспроизведения питания.

В первой возрастной категории потребление белков и углеводов в составе пищевых продуктов было несколько ниже нормы: 60,76 г белков, против 82,0 г в норме, углеводов – 233,78 г против 372,0 г. Жиры в потребляемых продуктах питания составили – 117,44 г, что в 1,5 раза больше нормы – 78,0 г. Энергетический состав продуктов – 2267,5 ккал, тогда как в нормативах – 2500 ккал.

Во второй группе содержание пищевых веществ и энергии в продуктах питания населения Актыбинской области было незначительно ниже нормы: белков – 64,1 г против 76,0, углеводов – 239,42 г против 363,0 г, энергии – 2219,01 ккал

против 2300 ккал, содержание жиров, как и в первой группе было выше – 110,47 г против 72,0 г в норме.

По третьей возрастной категории выявлено следующее: белки – 61,15 г против 73,8 г, углеводы – 210,62 г против 351,0 г, жиры – 135,95 г против 65,5 г, энергия – 2123,93 ккал против 2100 ккал.

Также в продуктовом наборе, наряду с энергетическим и нутриентным составами определялся и минеральный состав продуктов. Были определены следующие минеральные вещества и микроэлементы: магний, железо, медь, цинк и марганец.

Содержание магния в продуктах питания во всех трех возрастных категориях было примерно одинаковым: 213,74 мг, 226,19 мг, 212,13 мг, что значительно ниже нормы – 332 мг. Содержание железа оказалось в 2 раза меньше нормы (18,5 мг), и также определялось почти одинаковым в трех группах – 9,19 мг, 9,55 мг, 8,82 мг. Нормативы по содержанию меди находятся в пределах 1,5 – 3,0 мг, что также больше в 2 раза фактического потребления населением Актыбинской области (0,75 мг, 1,0 мг и 0,81 мг). Потребление с продуктами питания цинка во всех возрастных группах меньше нормы (15 мг): в первой – 5,28 мг (меньше в 2,8 раз), во второй – 7,15 (меньше в 2 раза), в третьей – 6,94 мг (меньше в 2,2 раза). Марганец с продуктами питания поступает в достаточном количестве. В норме безопасный уровень потребления колеблется в пределах от 2,0 до 5,0 мг, поступает с пищей – 2,9 мг, 3,7 мг и 3,37 мг.

На основании изученных параметров суточного питания населения области можно констатировать, что в суточном рационе в летне-осеннем периоде имеет место дисбаланс основных пищевых веществ и отдельных минеральных компонентов пищи (магний, железо, медь, цинк и марганец).



ЗДОРОВЬЕ ПОДРОСТКА - КАК ОБЩЕСТВЕННАЯ ЦЕННОСТЬ

Л.Алишинова, Л.Исмагамбетова, Ж.Какенова Городской центр формирования
здорового образа жизни, г.Астана

«Если бы обществом поощрялось стремление подростков к самовыражению, это поддержало бы их в трудный период времени»
Франсуаза Дольто

Уметь заглянуть в мир подростка – непростое искусство!

Взрослым этот мир часто кажется непонятным. Отмахнуться всегда легче, чем разбираться в его хитросплетениях. Как часто ошибочно острые проблемы и переживания маленького человека принимаются за обыкновенные капризы.

А нужно ведь совсем немного ... остановиться, прислушаться и попытаться помочь. И тогда всё встанет на свои места... Подростковый период является одним из критических периодов в жизни человека. Специалисты достаточно часто подростков называют «стоящими на переломе», «ёжиками в тумане», «строящийся корабль, но ещё не отправленный в плавание» и т.д. Известный психоаналитик, врач-практик Франсуаза Дольто называет этот период «смертью детства». Действительно, сегодня молодые люди уже после одиннадцати лет хорошо знают, что такое состояние депрессии или паранойи. Они преодолевают их с помощью приступов беспричинной агрессии. В моменты таких «кризисов» подросток отрицает все законы, потому что каждый, кто, по его мнению, представляет закон, мешает его существованию, его жизни. Современным подросткам приходится взрослеть в условиях изменяющегося мира, в котором параллельно существуют как реальные возможности, так и угрозы: они считают себя положительной силой общества, их переполняет уверенность в собственных силах и возможностях. Решить проблемы и преодолеть трудности подростки зачастую могут только при поддержке взрослых.

Подросткам угрожает много опасностей: ранняя и нежелательная беременность, инфекции, передающиеся половым путем, включая ВИЧ/СПИД, табакокурение, алкоголизм и наркомания. Многие ежедневно подвергаются насилию и запугиванию со стороны взрослых. Всё это, в итоге, может привести к печальным последствиям и даже к суицидам. Такие последствия являются недопустимыми, так как ставят под угрозу здоровье и процветание общества. Изучение потребностей подростков – это задача, которая выхо-

дит за рамки функций системы здравоохранения. Нормативно-правовая база, социальная политика, безопасность общества и возможности для образования и отдыха - это лишь некоторые аспекты жизнедеятельности гражданского общества, которые являются ключевыми в развитии подростков. Сегодня специалисты говорят, что только в рамках интегрированного подхода возможно положительное решение данной проблемы. Необходимо существование тесной связи между медицинскими и другими услугами, в которых нуждаются подростки. Только при таком условии эти услуги станут частью структуры, которая оказывает поддержку и предоставляет молодым людям защиту от различных рисков, а также помогает им овладеть жизненными навыками и приобретать уверенность в себе. И сегодня эти потребности эффективно удовлетворяют службы «дружественные к молодежи». Услуги эти эффективны, потому что предоставляются подготовленными, мотивированными и технически грамотными специалистами. Кроме того, если ещё к этому процессу будут привлекаться сами подростки, то такой подход точно не будет для них безразличным. Участие детей необходимо. Они способны многое изменить в окружающем мире. У них есть идеи, опыт и наблюдения, которые могут расширить знания и кругозор взрослых и положительно повлиять на их действия. Такое наиболее эффективное взаимодействие взрослых и подростков, и результативность в обеспечении здоровья молодежи возможна в специально выделенных или созданных службах охраны здоровья, дружественных к подросткам.

В Казахстане один из успешных способов оказания медико-психо-социальной помощи подросткам и молодежи является молодежный центр здоровья, возможно, он не решает всех проблем, но ценные знания и доброжелательная атмосфера помогают справляться с ними быстрее и проще! Нашей основной целью является работа и сотрудничество с подростками на этапе когда они не «уже больные», а когда они «ещё здоровы». Молодежный центр здоровья ведет свою работу, используя



эффективные технологии, направленные на сохранение здоровья, снижение рискованного поведения, социальное сопровождение и защиту прав подростка, на основе принципов Доброжелательности, Доступности, Добровольности и Доверия. Одним из успешных, альтернативных способов оказания психотерапевтической помощи подросткам с акцентуациями характера, нервно – психическими расстройствами являются интерактивные методики на основе участия (ролевая игра, мозговой штурм, работа в малых группах, моделирование, аудиовизуальные виды работ: искусство, музыка, театр, танцы, дебаты, практическая отработка жизненных навыков) и технологии арт-терапии. В процессе такой работы многое становится на свои места, да и на душе становится легче. Особенными являются и формы работы специалистов центра. Это индивидуальное консультирование по медицинским проблемам, по телефону доверия, групповые интерактивные тренинги в школах и учебных заведениях, трудовая реабилитация, волонтерская деятельность по принципу «равный – равному».

Полезьа от деятельности такой службы может определяться следующими медико-социально-психологическими показателями, например:

- Уменьшением количества заболевших подростков (первичная профилактика)
- Уменьшением количества подростков, которые отказались от самолечения (вторичная профилактика)
- Увеличением количества «незаболевающих» подростков, так как у них изменилось отношение к собственному здоровью и здоровью близких им людей
- Улучшением взаимоотношений с родителями и сверстниками
- Снижением количества детей, оставшихся без опеки родителей (профилактика нежелательной беременности)
- Увеличением количества подростков, прошедших реабилитацию
- Повышением у подростков адекватной самооценки
- Изменением психологии медицинских работников,
- пониманием работы в команде, комплексная подготовка персонала

- Внедрение новых методов работы, невозможных в обычных поликлиниках
- Активизируется движение волонтеров
- Совершенствуются формы работы с молодежью с учетом их потребностей
- Подростки приобретут навыки ответственного поведения
- Повысится их информированность о здоровье

Таким образом, подросток, имеющий возможность получить медицинскую и психологическую помощь, информацию о сохранении своего здоровья, легче пройдет период взросления. Чем больше подростки знают о своем здоровье, тем лучше они могут защитить себя от всякого рода инфекций, нежелательной беременности, употребления табака, наркотиков, алкоголя, незащищенного секса и т.д. И, конечно, это будет иметь положительный эффект на будущих поколениях. Ведь весь приобретенный опыт, знания подростки, став родителями, передадут своим детям. Эффект положительного взаимодействия с нынешним поколением подростков принесет пользу будущему. В Конвенции о правах ребенка говорится о том, что молодые люди имеют право на жизнь, развитие и (согласно статье 24) на «самые высокие стандарты здоровья и организации лечения заболеваний и реабилитации». Конвенция предоставляет молодежи право на профилактическую помощь и предусматривает особую поддержку тем, кто оказался в крайне сложных условиях или же является инвалидом. Согласно Конвенции, государство не только обязано обеспечить предоставление соответствующей медицинской помощи, но и прилагать усилия, чтобы молодежь могла достичь самовыражения, и чтобы их взглядам придавалось значение в соответствии с их возрастом и уровнем зрелости.

В данный момент нам необходимо получить политическую и общественную поддержку, наладить управление процессом и его финансирование. Подростки стоят на пороге взрослой жизни, и они будут продолжать пользоваться услугами в соответствии со своими потребностями.

А это значит, дружественные подросткам услуги могут проложить дорогу к позитивным изменениям для всего населения.

Вспоминая слова великого классика Ф. Достоевского давайте будем помнить, что «из подростков создаются поколения».



ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ ФАКТОРОВ НА ОНКОЛОГИЧЕСКУЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ВЛИЯНИЯ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

Т.К.Рахыпбеков, Е.Ф.Ковзель, А.Х.Секербаев, А.К.Мусаханова Семипалатинская государственная медицинская академия, Центр изучения и преодоления радиационных эффектов, г.Семей, Республиканский диагностический центр, г.Астана, Институт общественного здравоохранения, г.Алматы

Түжырым

Біз жанұя-тұрмыс ықпалдары қауіп-қатерінің әсерінен Семей аумағында тұратын халықтың созылмалы өзіндік өкпе ауруларына шалдығуының әлеуметтік-медициналық зерттеу қорытындысы бойынша аурудың келесі параметрлерге тәуелділігін анықтадық: созылмалы инфекциясы ошақтарының болуынан (3 ошақтан аса) $OR = 2,6, p < 0,001$; тұрмыс жағдаймен қанағаттануынан (шаруашылық тұрмыс әрекетпен, пәтер-үй жағдайларымен жарым-жартылай қанағаттанған) $OR = 2,4, p < 0,001$; медициналық қызмет көрсету дәрежесімен қанағаттануынан (жарым-жартылай қанағаттану) $OR = 1,8, < 0,001$; психологиялық күйінен (бір күн уақытында болатын жоғары деңгейдік ашушандық және невроздық күйі) $OR = 1,8, < 0,05$; пәтер үй жағдайларынан қанағаттандырылған (1 адамға 9-11 м²) $OR = 1,5, < 0,01$; төмен физикалық әрекеттерінен (танертенгі жаттығумен айналаспайтындар, $OR = 1,5, < 0,001$, спортпен шұғылданбайтындар, $OR = 1,2, < 0,001$).

Зерттеулер нәтижесі бойынша келесі маңызды әрекеттердің атқарылуы тиіс: радиациялық сәулеге шалдыққан тұрғындардың пәтер-тұрмыстық жағдайларының жақсаруымен қамтамасыз ету, ең бастысы, Семей ядролық полигонында термоядерлік қарудан зардап шеккен ШҚО-сы халқының созылмалы өзіндік өкпе ауруларының профилактикасына бағыттылған арнайы бағдарламалардың дайындалуы және іске асырылуы

Summary

The carried out medico-social analysis of family-household risk factors of chronic non-specific lung diseases (CNSLD) at the interrogated persons living in Semipalatinsk region, has revealed dependence of this pathology from presence at the chronic infection (more than 3 nidus), $OR = 2,6, < 0,001$; from degree of satisfaction living conditions (are partially satisfied by economic-household activity and living conditions $OR = 2,4, < 0,001$); from degree of satisfaction health services (partial satisfaction health services, $OR = 1,8, < 0,001$); from a psychological condition (there is a condition of the raised irritability and nervousness during the day, $OR = 1,8, < 0,05$), from presence of satisfactory living conditions, 9-11 m² on 1 person, $OR = 1,5, < 0,01$); from low physical activity (are not engaged in morning gymnastics $OR = 1,5, < 0,001$, do not go in for sports, $OR = 1,2, < 0,001$).

Results of the conducted research testify about necessities of improvement of domestic conditions of the irradiated inhabitants, and the main thing, to necessity of working out and realization of the special programs directed on preventive maintenance CNSLD in settlements of the East Kazakhstan area, exposed to the nuclear tests at the Semipalatinsk Test Site.

Минимизация последствий ядерных испытаний на Семипалатинском испытательном полигоне является актуальной задачей, как для системы здравоохранения Казахстана, так и для всего общества в целом [1,2]. Здоровье населения в сельской местности во многом зависит от социально-бытового уровня жизни людей в селах, психологического состояния и поведенческих факторов. По мнению экспертов ВОЗ [3], 23% всех заболеваний и 25% всех случаев рака обусловлены воздействием факторов окружающей среды.

Среди причин возникновения злокачественных новообразований, в отсутствие радиационного фактора, ведущее место занимают питание и курение, связанные, в основном, с образом жизни человека. В США 20% всех случаев смерти от злокачественных новообразований связаны с нерациональным питанием. По данным Агентства по охране окружающей среды США факторы окружающей среды играют ведущую роль в развитии 50% всех злокачественных новообразований. При этом среди факторов канцерогенного риска ведущее место занимает солнечное облучение и курение, то есть факторы, регулируемые самим человеком [4]. В данном исследовании мы изучили зависимость онкологической заболеваемости (ОЗ) от социально-бытовых факторов и условий жизни сельского населения, пострадавшего от радиационного воздействия на Семипалатинском ядерном испытательном полигоне.

Социологическое исследование было проведено нами методами анкетирования и интервьюирования жителей сел Кайнар Абайского района и Долонь Бескарагайского района, подвергавшихся воздействию радиационного облучения в период ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и проживающих в данный момент в этих же селах (311 человек). В качестве контроля были опрошены жители сел Кенжеколь и Жанааул Павлодарского района Павлодарской области (258 человек). Группы сформированы с использованием метода случайной выборки и репрезентативны по полу, возрасту, национальной принадлежности. При анализе полученных результатов использован пакет статистических программ SPSS 10.1.

Результаты исследований

Изучение связи поведенческих факторов с наличием онкологических заболеваний показало, что большинство (75,0%) практически здоровых



людей употребляли алкоголь в среднем 1 раз в месяц и реже, 10,0% употребляли алкоголь 2-3 раза в месяц или ежедневно (OR = 8,5, $p < 0,001$).

На вопрос о наличии повышенной нервозности и раздражительности в течение дня все больные с ОЗ ответили, что данное состояние «бывает», причем 56,3% в градации «бывает часто», тогда как из 80% здоровых, ответивших положительно, только 30% ответили «бывает часто». Отношение шансов риска для данного фактора составило 1,5, $p < 0,001$.

Среди больных с ОЗ оказалось больше одиноких 37,5 (OR=1,3),% и брачных пар со взрослыми детьми старше 16 лет и своими родителями, тогда как среди здоровых одиноких оказалось всего 20% опрошенных.

Оценка респондентами удовлетворенности хозяйственно-бытовой деятельностью и жилищными условиями позволила выяснить, что полностью удовлетворены были только 7,7% людей среди больных с ОЗ в основной группе, среди здоровых лиц таких не оказалось. При изучении жилищных условий было выяснено, что 50% больных с ОЗ проживали в семьях, имеющих малую площадь проживания (до 6 м² на одного члена семьи), среди здоровых этот показатель был значительно меньше 30% (OR=1,2).

Группа больных с ОЗ достоверно не отличалась от группы здоровых лиц по характеру режима питания, в то же время все больные принимали разнообразную пищу, в отличие от группы здоровых лиц, в которой 20% респондентов предпочитали диетическую пищу, и 20% - обильную и жирную. В то же время 62,5% больных были не удовлетворены качеством потребляемой пищи, среди здоровых лиц респондентов с таким ответом нами не было зарегистрировано. Наибольшая разница была обнаружена по количеству лиц среди больных с ОЗ и здоровых по частичной удовлетворенности качеством питания, 25% и 70 % соответственно ($p < 0,001$).

Также было установлено, что больные с ОЗ чаще предпочитают активный отдых в виде работы на приусадебном участке (50%) в отличие от здоровых лиц (30%), хотя, здоровые лица чаще предпочитают работу на дому (40%), в то время как среди больных с ОЗ – лишь 12,5% ($< 0,001$). Отдых в виде просмотра телепередач предпочитают 87,5% больных с ОЗ и 100% здоровых лиц.

Не было обнаружено достоверных различий влияния психологического климата в семьях больных с ОЗ и здоровых.

Среди больных с ОЗ и здоровых лиц были выявлены незначительные различия по занятию утренней гимнастикой и спортом (OR=1,1).

Изучение наличия удовлетворенности медицинским обслуживанием показало, что больные с ОЗ были чаще удовлетворены медицинским обслуживанием (87,5%), тогда как здоровые лица – в 30% случаев. Нами было обнаружено различие в

частоте прохождения профилактических осмотров. Все здоровые лица основной группы проходили профилактические осмотры в основном 1 раз в год (60,0%), тогда как 12,5 % больных с ОЗ вообще не проходили профилактических осмотров (OR=1,8).

Ни в группе больных с ОЗ, ни в группе здоровых лиц не было выявлено людей, получавших санаторно-курортное лечение.

При определении влияния хронических очагов инфекции (более 3 очагов) на онкологическую заболеваемость не было выявлено достоверных различий в частоте их обнаружения, как у больных, так и у здоровых.

Таблица 1 - Распределение относительных рисков по исследованным признакам у больных онкологическим заболеваниями

№	Исследуемые признаки	P	OR
1	Не употребляют алкоголь (2-3 раза в месяц)	<0,001	8,5
2	Частичная удовлетворенность медицинским обслуживанием	-	1,9
3	Профилактические осмотры не проходят	-	1,8
4	Сон менее 7 часов	<0,01	1,7
5	Бывает состояние повышенной раздражительности и нервозности в течение дня	<0,05	1,7
6	Одинокие, разведенные, холостые в семье	-	1,3

Таким образом, проведенный медико-социальный анализ факторов риска ОЗ у лиц, проживающих в Семипалатинском регионе, выявил (таблица 1), что на формирование онкологической заболеваемости влияют следующие факторы: неупотребление алкоголя (OR=8,5; $< 0,001$), частичная удовлетворенность медицинским обслуживанием (OR=1,9), не прохождение профилактических осмотров (OR=1,8), сон менее 7 часов (OR=1,7), состояние повышенной нервозности и раздражительности в течение дня (OR=1,7; $< 0,05$), семейное положение (одинокие, разведенные, холостые в семье) (OR=1,3).

Литература

1. Аканов А., Ямашита С., Мейрманов С., Индершиев А., Мусаханова А. Атомные взрывы и развитие общественного здравоохранения, Нагасаки-Алматы, 2008. – 276 с.
2. Rakhypbekov T.K., Gusev B.I., Sekerbayev A.Kh. Nuclear weapons testing at the Semipalatinsk and Chinese polygons and their consequences for the population of the East-Kazakhstan region of Kazakhstan. Almaty, 1999. - 59 p.
3. Отчет ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире, Победа над страданиями. Обогащение человечества, 1997 г. – 15 с.
4. <http://usinfo.state.gov/journals/journals.htm>. - U.S. Environment Protection Agency – 2008.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ГИСТЕРЭКТОМИЯМИ

З.О.Базылбекова, Р.Н.Еспаева, Т.В.Чепрасова, А.В.Харитонов Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г.Алматы

Качество жизни больных после гистерэктомии в современных условиях заслуживает особого внимания, т.к. гистерэктомия способствует нарушению сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-кора надпочечников-щитовидная железа, влияет на кровообращение, лимфатическую систему тазового дна, уродинамику нижних отделов мочевой системы, половую функцию женщины. Среди отдаленных последствий удаления матки преобладают вегетоневрологические расстройства, что связано с изменением психогенного характера или угнетением функции оставленных яичников (А. Г. Ящук с соавторами, 2005 г.).

Нами были проанализированы 130 историй родов за 2004-2007 гг с акушерскими кровотечениями, которые закончились гистерэктомией.

Целью исследования было провести анализ особенностей течения беременности и родов у беременных женщин и родильниц с кровотечениями, исходов для матери и плода, а также частоты, показаний, обоснованности гистерэктомий и определение качества жизни женщины после перенесенной гистерэктомии.

Проведенный анализ показал, что 36% этих женщин были в возрасте до 30 лет и только 9% женщин были в возрасте старше 40 лет, т.е. 91% женщин были репродуктивного возраста. Из них 25,4% были первородящими и 10% первобеременных, 90% беременных были с ОАА и/или ОГА, 12,3% беременностей были многоплодными, 69,2% женщин были первородящими старшего возраста. Индекс здоровья данных женщин был низким, так как 88,3% беременных имели различные экстрагенитальные заболевания. Хроническая урогенитальная инфекция (УГИ) была выявлена у 47,2% беременных.

У 23,8% женщин имелись различные гинекологические заболевания: миома матки – 17,5%, киста яичника – 3,9%, хронический аднексит – 8,1%, поликистоз яичников – 1,9%, гидросальпинкс – 0,9%.

Из 130 родильниц у 27 (21%) женщин роды были самостоятельными, а 103 (79%) беременных были родоразрешены путем операции кесарева сечения. Общая кровопотеря составила от 1000,0 до 3900,0 мл.

Исход в отношении женщин и новорожденных был благоприятным. У одной женщины (приезжая из Жамбылской области) в послеродовом периоде отмечалась реактивная депрессия в виде астенического синдрома.

Качество жизни нами оценивалось по двум методикам: NHP - Nottingham health Profile и визуальная аналоговая шкала (ВАШ). NHP – оценивает такие параметры, как энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция и физическая активность в баллах. ВАШ представляет шкалу на противоположных концах которой находятся наименьшее и наибольшее значения изучаемого показателя. Исследуемый пациент должен поставить значение показателя на шкале, который затем выражается в цифровом виде (Хорошее самочувствие соответствует цифре – 0, плохое - 10). Заполнение анкет и ВАШ проходило с помощью опроса по телефону.

При оценке качества жизни данных женщин по методике NHP в основном страдают такие показатели, как энергичность, эмоциональные реакции, сон и физическая активность. 42% женщин отмечают ухудшение памяти. По методике ВАШ более 91% женщин оценивали свое состояние на 2-4.

Таким образом, низкий индекс здоровья женщины, наличие ОАА и/или ОГА, наличие гинекологических заболеваний, УГИ влияют на течение беременности и родов, вплоть до таких грозных осложнений как акушерские кровотечения, когда в случае массивного кровотечения приходится выполнять калечащую женщину операцию, как гистерэктомия. Что особенно неблагоприятно в случаях, когда женщина еще не полностью выполнила свою репродуктивную функцию. Тем более, что данные женщины нуждаются в последствии в комплексной реабилитации, с целью улучшения качества жизни.



ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А.Р.Аимбетова, Н.М.Мамедалиева, Л.С.Дзоз, Г.К.Тохтакулинова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии г.Алматы

Невынашивание беременности является одной из ключевых проблем акушерства. Несмотря на огромные усилия клиницистов, частота прерывания беременности в разные сроки, снизившись до определенного уровня, длительное время остается постоянной и не зависит от успехов фармакотерапии (1).

В этиологии невынашивания беременности иммунологические причины занимают одно из ведущих мест, и по данным ряда авторов, частота их колеблется от 5% до 44% (2).

В структуре невынашивания беременности, особенно ее ранних потерь, одно из главных мест занимает неразвивающаяся беременность, имеющая отдельный шифр в Международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (1995). Под этим понятием имеют в виду внутриутробную гибель эмбриона, не сопровождающуюся его самопроизвольным изгнанием из полости матки, с задержкой плодного яйца на неопределенно долгое время (критерии ВОЗ, 1980).

Неразвивающаяся беременность является особой формой невынашивания и в 68,6 – 80% выявляется в I триместре (3).

С целью определения патогенетических механизмов неразвивающейся беременности было проведено изучение иммунологических парамет-

ров у пациенток с неразвивающимися беременностями в анамнезе вне беременности. Субпопуляционный анализ лимфоцитов осуществляли на проточном цитофлюориметре («Facs Calibur», фирмы «Becton Dickinson») методом непрямой мембранной иммуофлюоресценции с применением панели моноклональных антител к поверхностным антигенам лимфоцитов: к CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD19+, CD 25+, CD95+, к HLA-DR. Полученные результаты обработаны статистически с использованием критериев Стьюдента.

Вне беременности в основной группе формируются изменения иммунного статуса на системном уровне, выражающиеся в достоверном снижении количества Т – хелперов/индукторов (CD4+), способствующих трансформации В – лимфоцитов в антитела, достоверном увеличении натуральных киллеров (CD16+), а также В–клеток – антителопродуцентов (CD19+), что не исключает развития аутоиммунизации клеточного и гуморального типа, а также увеличение маркера активации α-цепи рецептора ИЛ-2 (CD25+) и HLA-DR – маркера гистосовместимости. При этом готовность клеток к апоптозу (CD95+) имела тенденцию к снижению, что является неблагоприятным признаком.

Таб Иммунологические параметры вне беременности

Основная группа (n=15)	Контрольная группа	
CD3+	66,5 ± 6,5	67,1 ± 0,45
CD4+	37,2 ± 5,9**	57,4 ± 1,25
CD8+	27,9 ± 5,4**	26,9 ± 1,21
CD16+	31,26 ± 6,2*	12,0 ± 0,54
CD19+	13,98 ± 4,3*	8,3 ± 0,45
CD25+	5,2 ± 1,1**	1,35 ± 0,1
CD95+	5,23 ± 2,6	6,8 ± 1,1
HLA-DR	15,1 ± 3,1*	10 ± 0,5
* p < 0,01		
**p < 0,001		

То есть, у женщин с неразвивающимися беременностями в анамнезе вне беременности имеют место серьезные нарушения в состоянии иммунной системы. Это касается депрессии иммунорегуляторных Т-хелперов/индукторов, активации натуральных киллеров (клеток убийц), которые опосредуют реакции гиперчувствительности замедленного типа, В-клеток, способствующих антителообразованию, часть из которых могут быть

аутоиммунными. Изменения в иммунной системе касались и состояния функциональных свойств лимфоцитов. Так, имело место увеличение клеток, находящихся в стадии активации по маркерам ранней активации. Количество клеток, находящихся в состоянии ранней активации (CD25+), было достоверно выше, также было увеличено количество клеток к маркерам гистосовместимости (HLA-DR). А готовность клеток к апоптозу



(СД95+), в отличие от увеличения СД25+ и HLA-DR, была сниженной, что говорит о неполноценности иммунного ответа.

Таким образом, у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе уже вне беременности формируются нарушения клеточного и гуморального иммунного ответа, требующие коррекции и дальнейшей прегравидарной подготовки с целью обеспечения полноценной имплантации и успешного течения последующей беременности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э.К., Павлов О.В., Сельков С.А. Роль иммунной системы фетоплацентарного комплекса в механизмах преждевременного пре-

рывания беременности. //Акушерство и гинекология. – 2004. – №2. – с. 9-11.

2. Беспалова О.Н., Бескорвайная Т.С., Иващенко Т.Э., Тверская С.М., Васильева И.Ю., Вохмянина Н.В., Поляков А.В., Баранов В.С., Айламазян Э.К. Особенности аллельного полиморфизма генов HLA II класса (DRB1, DQA1, DQB1) у супругов в парах с невнашиванием беременности. //Журнал акушерства и женских болезней, 2006. - №3. – С. 5-11.

3. Кулавский В.А., Сыртланов И.Р., Фролов А.Л. Особенности течения беременности у женщин, имевших в анамнезе неразвивающиеся беременности и гибель плода при различных сроках гестации. //Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. - №3. – с.107-112.

БИОФИЗИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПЛОДА ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ И ПРОЛОНГИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Л.С.Каюпова, Л.Э.Заманова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

Переношенная беременность является одной из важных проблем в связи с более высокой частотой осложнений в родах, более часто оперативным родоразрешением и более неблагоприятными исходами родов. Частота перенашивания составляет 1,4-14%, в среднем 8% не имеет тенденции к снижению.

С развитием перинатологии как клинической дисциплины одной из наиболее перспективных методик наблюдения за состоянием плода в группах высокого риска по перинатальной заболеваемости и смертности является определение биофизического профиля плода (БФП).

Биофизический профиль плода оценивается по шкале А.М.Vintzileos и включает комплексную оценку 6 параметров: 1) дыхательные движения плода,

2) двигательная активность плода, 3) мышечный тонус плода, 4) количество околоплодных вод, 5) степень зрелости плаценты, 6) нестрессовый тест при кардиотокографии (КТГ).

Сумма баллов 12-8 свидетельствует о нормальном состоянии плода, оценка в 7-6 баллов указывает на сомнительное состояние плода и возможность развития осложнений. Оценка 5-4 баллов и менее свидетельствует о наличии выраженной внутриутробной гипоксии плода и высоким риске развития перенатальных осложнений.

Комплексная оценка биофизического профиля плода позволяет получать наиболее объективную информацию о его жизнедеятельности. Диагностическая ценность биофизического профиля определяется сочетанием в нем маркеров острого нарушения жизнедеятельности плода и хронического внутриутробного страдания.

На основании проведенного биофизического профиля плода у 20 беременных с переношенной беременностью и 20 с пролонгированной беременностью были получены следующие результаты. При пролонгированной беременности нормальную оценку БФП (10-12 баллов) имели 25% беременных, удовлетворительную оценку (8-9 баллов) диагностировали в 60% и сомнительный результат БФП наблюдался у 15% беременных. При рождении оценка по Апгар 7-8, 8-9 баллов выставлена в 70 %. В асфиксии легкой степени, с оценкой по Апгар 6-7, баллов родились 20% новорожденных, в асфиксии средней степени (5-6 баллов)- 10% новорожденных. Диагноз гипоксически-ишемическая энцефалопатия был выставлен 2(10%) новорожденным. В целом период новорожденности и ранний неонатальный период протекал без осложнений. Выписка новорожденных производилась в среднем на 4-5 сутки.

При переношенной беременности удовлетворительный БФП наблюдался в 40%, сомни-



тельная оценка (6-7 баллов) наблюдалась в 35%. Патологическая оценка БФП наблюдалась только при переносной беременности и составила 25%, из них трем роженицам было произведено экстренное кесарево сечение в связи с усугублением гипоксии плода. Все новорожденные с патологической оценкой БФП рождались в тяжелой степени асфиксии с оценкой по Апгар 1-3, 3-5 баллов. Период новорожденности протекал на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии с синдромом гипервозбудимости и геморрагическим синдромом и в раннем неонатальном периоде новорожденные получали метаболическую, антибактериальную, гемостатическую терапию выписка производилась в среднем на 10 сутки.

На основании проведенного исследования было выявлено, что снижение суммы баллов при определении биофизического профиля плода яв-

ляется прогностическим фактором неблагоприятных перинатальных исходов при переносной и пролонгированной беременности.

Таким образом биофизический профиль плода является объективным признаком и критерием внутриутробного состояния плода с целью снижения перинатальной заболеваемости и смертности.

ЛИТЕРАТУРА

1.Е.А. Чернуха Переносная и пролонгированная беременность // Москва 2007.-207с.

2.Горюшина Н.Б. Биофизический профиль плода у беременных с резус-сенсбилизацией: Дисс. ...канд. мед. наук.- Москва - 1996.- 137 с.

3.Кулаков В.И.,Бахарев В.А.,Фанченко Н.Д. Современные возможности и перспективы внутриутробного обследования плода. // Росс. мед. журнал- 2002.- №5.- С.3-5.

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

*Т.А.Кожобекова, В.А.Ким, В.В.Савостьянов, Р.А.Сабиоров, А.С.Самарханова, К.Ж.Альжанова
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

Тұжырым

Анемиясы бар жүкті әйелдерде гемостаздың негізгі бөлігі зерттелді. Анемияның ауырлық сатысына және ағзаның сенсбилизациясына байланысты қанішілік шашыранды ұйю синдромы орын алатыны белгілі болды.

Summary

At anemia of pregnant women differ coagulation infringements of blood in depending on the degree of anemia severity. Essential coagulation infringements observed by middle – severe degree of anemia.

При беременности происходит сложный комплекс нейроэндокринных, биологических, иммунологических изменений, которые обеспечивают оптимальные условия для функционирования мать – плацента - плод, важную роль в сохранении общего гомеостаза организма и поддержание нормальной деятельности фето-плацентарного комплекса играет система гемостаза /1/. В. И. Кузник и соавтором, изучая клеточные и молекулярные механизмы регуляции гемостаза приходит к заключению, что имеются тесные корреляционные отношения между отдельными показателями системы гемостаза у беременных и содержанием основных классов иммуноглобулинов. Авторы объясняют эту связь тем, что при нормальной беременности и при ее осложнениях существуют

общие регуляторные механизмы, обеспечивающие сдвиги в системах гемостаза, фибринолиза и иммуногенезе. В последние годы появился ряд исследований, свидетельствующих о тесной взаимосвязи между иммуногенезом и гемостазом, при физиологическом течении беременности и ряде ее осложнений /2,3,4/.

Цель: изучение коагуляционных свойств крови беременных с анемией и их взаимосвязь с клинической формой анемии и степенью сенсбилизации к дифтерийному и плацентарным антигенам.

Материалы и методы исследования. Изучены показатели системы гемостаза у 132 беременных: из них 102- с железодефицитной анемией и 30 - с физиологическим течением беременности (контроль). Для оценки состояния гемостаза при-



менялись общепринятые в клинике методы исследования.

Результаты исследования. При анемии беременных отмечаются определенные сдвиги в системе гемостаза. При железодефицитной анемии по сравнению с показателями крови беременных с нормальным течением имеет место укорочение времени рекальцификации плазмы на 24,4%, ускорение тромбинового времени на 19,1%, повышение тромботеста – на 33,5%, концентрации фибриногена – на 43,3% и фибринолитической активности на -20,4%. Как известно, фибриноген «В» и этаноловый тест являются клиническими тестами, свидетельствующим о наличии признаков ДВС- синдрома. Фибриноген «В» положительно определялся в 25,4%, а этаноловый тест в -17,6% случаев среди обследованных беременных с ЖДА; у беременных неосложненным течением указанные тесты во всех случаях были отрицательными. Обращает внимание характер коагуляционных нарушений крови в зависимости от степени тяжести анемии. При ее легкой степени прокоагулянтная активность была умеренно повышена по сравнению с таковыми у беременных с неосложненным течением беременности. Отмечено повышение концентрации фибриногена до $(5,75 \pm 0,02)$ г/л -против $(4,0 \pm 0,03)$ г/л в группе сравнения. Выявлены деградированные формы фибриногена, о чем свидетельствует положительный этаноловый тест у 10,9% и обнаружение фибриногена «В» у 14,6% обследованных. Эти изменения в указанных групп беременных можно оценить, как сдвиг в системе гемостаза в сторону умеренной гиперкоагуляции, причем эти изменения сопровождаются значительным повышением фибринолитической активности крови: $(28,4 \pm 3,5)\%$ против $(19,1 \pm 2,21)\%$ в группе сравнения.

Существенные коагуляционные нарушения прослеживаются при средне-тяжелой степени анемии. При тяжелой степени анемии выявлено достоверное укорочение времени рекальцификации плазмы $(88,3 \pm 2,58)$ сек. на 11,5% по сравнению с легкой $(99,7 \pm 0,5)$ сек. и 13,5%, со средней тяжестью $(102 \pm 0,68)$ сек. Протромбиновое время при средне-тяжелой форме анемии укорочена на 24,7% и 14,8% соответственно по сравнению с ее легкой степенью. Протромбиновый индекс снижен $(95,5 \pm 0,3)\%$ и $(89,1 \pm 0,3)\%$ соответственно по сравнению с индексом протромбина при легкой форме ЖДА $(98,0 \pm 0,9)\%$. Значительное снижение фибриногена имеет место при тяжелой степени анемии, его концентрация снижена $(4,4 \pm 0,21)$ г/л, по сравнению с легкой степенью - $(5,75 \pm 0,02)$ г/л на 23,5% и со средней $(6,44 \pm 0,1)$ г/л -на 31,7%. На фоне повышения прокоагулянтной активности

крови четко прослеживается уменьшение фибринолитической активности; она снижена при тяжелой степени $(14,6 \pm 2,4)$ по сравнению с легкой степенью $(28,4 \pm 3,5)$ на 48,6%, а со средней $(26,0 \pm 4,3)$ -на 43,8%. Определяется повышение показателя тромботеста при тяжелой форме анемии беременных, по сравнению с легкой и средней тяжести на 11,3% и 10% соответственно.

Определение качественных тестов на выявление признаков ДВС – синдрома показало следующее: деградированные формы фибриногена – фибриноген - «В», определялись положительно у 12 (14,6%) обследованных с легкой степенью, у 8 (57,1%) -средней и у 5 (83,3%) -тяжелой степени анемии, то есть при средне- тяжелой форме ЖДА у каждой второй выявлялся фибриноген «В», тогда как при легкой степени -только у каждой седьмой беременной. Этаноловый тест был положительным у 9 (10,9%) беременных с легкой, у 5 (35,7%) со средней и у 4 (66,6%) - тяжелой степенью анемии. Следовательно, при средне-тяжелой степени этаноловый тест был положительным у каждой второй – третьей беременной.

Таким образом, изучение основных звеньев гемостаза у беременных ЖДА показало, что при ее легкой форме имеет место умеренно выраженная коагулопатия потребления. Между тем при данной форме анемии гиперкоагуляция сопровождается компенсаторным повышением фибринолитической активности крови, что обеспечивает достаточно удовлетворительное коагулологическое свойство крови. При средне- тяжелой форме анемии на фоне выраженного повышения свертывания крови сопровождающийся нарастающей интенсификацией внутрисосудистого тромбообразования наблюдается подавление фибринолитической активности крови. Развивающийся комплекс гемокоагуляционных нарушений свидетельствует о развитии при данной патологии хронической формы синдрома внутрисосудистого свертывания крови. Следовательно, нарушения в иммуногенезе не могут не сказаться на состоянии системы гемостаза. Далее нами проведено изучение степени нарушения гемостаза у sensibilizированных и несensibilizированных при анемии беременных к плацентарным и дифтерийному антигенам. Исследованы основные показатели системы гемостаза у 61 sensibilizированных и 19 несensibilizированных беременных с анемией к плацентарному антигену. У sensibilizированных беременных с анемией время рекальцификации плазмы укорочено на 25%, ускорение тромбинового время на 31,7%, протромбиновый индекс снижен на 12,4%, утилизация фибриногена на 28,5% по сравнению с несensibilizированными бере-



менными. Фибринолитическая активность крови у сенсibilизированных беременных с анемией снижена на 40,6% по сравнению с несенсibilизированными. В крови обнаруживаются деградированные формы фибриногена. Так фибриноген «В» положительный у сенсibilизированных беременных с анемией у -33,3%, а несенсibilизированных -12,5%. Этаноловый тест положительный у сенсibilизированных-20,5% против 8,3% у несенсibilизированных.

Следовательно, при сенсibilизации организма беременных с анемией идет повышение коагуляционных свойств крови: укорочение времени рекальцификации плазмы, тромбинового времени и активация утилизации фибриногена по сравнению с несенсibilизированными. Уровень продуктов деградации фибриногена достоверно выше у сенсibilизированных беременных по сравнению с показателями у несенсibilизированных.

Аналогичные данные получены при изучении коагуляционного потенциала крови у сенсibilизированных беременных, страдающих ЖДА к

дифтерийному анатоксину, данные представлены в следующей таблице 3. У сенсibilизированных беременных к дифтерийному анатоксину достоверно укорочено время рекальцификации плазмы, снижен протромбиновый индекс, наблюдается потребление фибриногена, появление его деградированных форм. Таким образом, изменение гемостаза у сенсibilизированных беременных с анемией также напоминает симптомокомплекс, характерный для хронической формы синдрома ДВС. Существование тесной взаимосвязи между гемостазом и иммуногенезом в литературе широко обсуждается. Как известно, беременность всегда сопровождается клеточной сенсibilизацией, возникающей вследствие распознавания матерью антигенов плода. Кроме того, контакт организма женщины с многочисленными антигеноактивными субстратами в процессе жизни, в частности, лекарственными средствами, пищевыми продуктами, вакцинированными препаратами и т. д. так же сопровождается сенсibilизацией, успешно ее можно назвать фоновой.

Таблица 3

Основные показатели системы гемостаза у сенсibilизированных и несенсibilизированных беременных с ЖДА к дифтерийному антигену

Показатели коагулограммы (сек)	Беременные с ЖДА		P
	Сенсibilизированные беременные n =57	Несенсibilизированные беременные n =23	
Время рекальцификации плазмы (сек)	97,6±03	128,2±0,5	P<0,001
Протромбиновый индекс, (%)	92,1±0,7	99,3±0,4	P<0,001
Концентрация фибриногена (г/л)	4,1±0,3	5,7±0,5	P<0,01
Тромбиновое время (сек)	16,2±0,4	10,4±0,2	P<0,001
Фибринолитическая активность (%)	14,8±2,2	21,7±2,4	P<0,05
Фибриноген «В»	23-29,4%±5,4	2-8,3%±5,6	P<0,05
Этаноловый тест	15-19,2%±4,6	3-12,5%±6,7	P>0,05

Следовательно, при наличии фоновой сенсibilизации иммунологическое взаимоотношение между организмом матерью и плода, по видимому, значительно усложняется. При поступлении антигенов плода организм беременной вынужден отвечать все большим образованием комплексов антиген-антитело, что параллельно сопровождается разрушением и элиминацией иммунных комплексов, вызывая генерацию биологических активных продуктов то есть продуктов иммуноцитолита. Чрезмерное накопление в организме иммунных комплексов нарушает нормальный метоболизм клеток, ткани, секреторную деградацию иммуноцитов с высвобождением ферментов, ка-

тионных белков, вазоактивных аминов, нейромедиаторов, стимулирующих кининовую систему, систему коагуляции и фибринолиза /5,6/.

Литература

1. Белокриницкая Т.Е. Взаимосвязь систем иммуногенеза, гемостаза и эритрона у беременных с анемиями: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Восточно-Сибирский научный центр. - 1991. - 28 с.
2. Кузник Б.И. Загородняя З.Д. Хышова Д.Р. О взаимосвязи фибринолитической активности крови плаценты и плодных оболочек при нормально протекающей и патологической беременности // Акушерство и гинекология. -1989. -№ 10. - С. 14-16.



2. Камилова И.К., Султанов С.Н. и др. Особенности функционирования системы гемостаза при анемии беременных. // Мед. журнал Узбекистана. - 1990. - № 6. - С. 33-35.

3. Макацария А.Д., Мищенко А.Л., Алиев С.Н. Патогенез, принципы профилактики и терапии различных видов коагулопатии в акушерской практике // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 6. - С. 11-16.

4. Musabekov S.M., Zhumabaeva G.G., Salpinov L.N. Actual nutrition and nutritional status of anemia pregnant and lactating women in Kazakhstan. Soviet American symposium. // Most

important issues of modern nutrition science. - Alma-Ata. - 1990. - p. 47.

5. Аманжолова Р.С., Нуркасымова Р.Г., Рахи-мибердиева Г.И. и др. Принципы патогенетической профилактики коагуло-энзимо-иммуно (генно) патологии в акушерстве и перинатологии // Проблемы охраны здоровья матери и ребенка: Тр. Алма-Атинск. мед. ин-та. - Алма-Ата, 1987. - С. 6-9.

6. Дусунбаева Л.Ш. Фоновая сенсбилизация в патогенезе послеродовых септических заболеваний. Актуальные вопросы акушерства-гинекологии и хирургии. - Межвузовский сборник. - Алматы, 1996. - Т I. - С. 83-84.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

А.С.Мустафаева, Т.Г.Кравцова Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

Тұжырым

Эндометрия гиперпластикалық процестері (ЭГП) – бұл клиникалық орын алу түрлері кең болып келетін тараған ауру. Бүгінгі күні эндометрияда гиперпластикалық процестердің пайда болу механизмдері әлі жеткілікті мөлшерде зерттелмеген. Әдеби деректер бойынша иммундық механизмдердің өзгерістерін, атап айтқанда кіші жамбас астауы органдарының созылмалы қабыну процестеріне әкеп соқтыратын апоптикалық процестерге қатысты аздаған мәліметтер беріліп жүр.

Эндометрия гиперпластикалық процестерінің асқын даму қаупіндегі топтарды генетикалық тестілеу теориялық тұрғыдан да, практикалық тұрғыдан да маңызды қызығушылық тудыруда. TP53 және ESR1 гендерінің полиморфизмін анықтау және олардың апоптоз процестерімен өзара байланысы клиникалық кезеңнің алдындағы кезеңде эндометрия гиперпластикалық процестерінің орын алуы мүмкін даму қаупін анықтауға мүмкіндік береді.

Summary

The article shows the literature sources analysis and existing classification of hyperplastic processes of endometrium (HPE). It is touched the theme of the changes in immune system, e.g. apoptic processes leading to permanent pelvic organs inflammation and it is remarked few data on this.

The main interest is given to single nucleotides polymorphosys (SNP) and notably TP53 and ESR1 and their relation with apoptic processes. The study of medico-genetic and immune mechanisms of HPE development observed in connection with hormone homeostasis, disease clinic and histological conditions of endometrium allows predicting and early diagnostics this pathology and carry out proper prophylactic and treatment.

Несмотря на важнейшие достижения медицинской науки и практики в гинекологии, гиперпластические процессы эндометрия остаются актуальной проблемой. Гиперпластический процесс – это чрезвычайно распространенное заболевание с широким спектром клинического течения. Им страдает до 30% женщин репродуктивного возраста (Егорова О.В., 2007). Течение гиперпластических процессов часто осложняется бесплодием до 30%, нарушением менструальной функции до 25%, кровотечениями до 25%, до 20-25% больных развивается рак эндометрия. До 40% больных с гиперпластическими процессами подвергаются хирургическому лечению (Вихляева Е.М с соавт., 2004). При этом до 95% опе-

раций являются органоуносящими, что приводит к потере репродуктивной функции.

В настоящее время отмечается тенденция к омоложению заболевания, растет частота заболеваемости гиперпластическими процессами эндометрия у женщин 30-летнего возраста и младше.

К гиперпластическим процессам эндометрия, согласно гистологической классификации ВОЗ 1980 года, относятся фоновые процессы гиперплазии (железистая, железисто-кистозная, железистый полип) и предраковые состояния – атипическая железистая гиперплазия и железистый полип с явлениями пролиферации и атипии (Чепик О.Ф., 2004).



Эндометрий, как ткань-мишень, испытывающая на себе влияние половых гормонов, чрезвычайно чувствителен к действию эстрогенов, оказывающих специфический эффект на его структуру и функцию.

Гиперпластические процессы эндометрия относятся мультифакториальным заболеваниям, которые развиваются в результате комплексного действия генов, гормонов, факторов роста, цитокинов при воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды.

Дифференциальная диагностика фоновых и предраковых процессов имеет исключительно важное практическое значение, так как на основе ее проводят выбор адекватного метода лечения. В то же время, в патогенезе гиперпластических процессов эндометрия наряду с гиперэстрогемией и нарушением рецепторного аппарата эндометрия значительное место занимают нарушения иммунной системы. На сегодняшний день иммунные механизмы возникновения гиперпластических процессов органов-мишеней особенно эндометрия недостаточно изучены. По литературным данным освещаются немногочисленные данные, касающиеся исследования изменений иммунных механизмов, в частности апоптотических процессов, приводящих к хроническим воспалительным процессам органов малого таза (Сартаева К.А., Курманова А.М., 2007) Единичные исследования локальных механизмов ткани эндометрия при замершей беременности (Сотникова Н.И., 2004).

Для запрограммированной гибели клетки закрепился термин апоптоз, от греческого *apoptosis* – опадание. Явление апоптоза в эволюции появилось с появлением многоклеточных организмов для регуляции численности клеток и установлению определенных взаимоотношений между отдельными клетками в целостном организме. Апоптотическая гибель клеток наблюдается при различных патологических состояниях как защитная реакция, сформированная в процессе эволюции.

Феномен апоптоза является результатом действия различных факторов, приводящих к гибели клетки. Это могут быть неспецифические факторы, такие как температура, токсические агенты, оксиданты, свободные радикалы, гамма- и УФ-излучение и др. Поскольку апоптоз физиологическое явление, то в организме должны быть факторы, приводящие к апоптозу клетки. К настоящему времени известно, что апоптоз могут вызывать как внутриклеточные сигналы, так и внешние, опосредующие свое действие через рецепторные системы. В целом, если идет речь о физиологических факторах, то следует применять термин регуляция апоптоза клетки, поскольку известна группа физиологических активаторов и ингибиторов апоптоза. Физиологическими регуляторами апоптоза клеток являются гормоны. В

эндокринологии давно известно, что удаление эндокринной железы приводит к массовой инволюции клеток-мишеней (Лушников Е.Ф., 1987).

На примере половых гормонов изучена физиологическая регуляция апоптоза клеток в зависимости от типа клеток и стадии их дифференцировки. Центральное место в исследовании апоптотического действия в гиперпластических процессах эндометрия принадлежит изучению влияния половых гормонов. Так эстрогены являются ингибиторами апоптоза эпителия матки в начале менструального цикла и индуктором апоптоза – в конце цикла. Ингибитором апоптоза эпителия матки в конце цикла будет прогестерон. Действие гормонов опосредовано внутриклеточными специфическими рецепторами. Рецептор связывая лиганд, регулирует транскрипцию гормоночувствительных генов. Это могут быть гены, продукты которых регулируют продвижение клетки по клеточному циклу или апоптотические гены (Pan H., 1997).

Другим механизмом индукции апоптоза клеток является повреждение ДНК. До последнего времени считалось, что нерепарируемые повреждения ДНК приводят клетку к гибели в результате нарушения функций всех биохимических систем из-за невозможности полноценной транскрипции генов, содержащих дефекты в матрице ДНК. Исследования последних лет привели к формированию принципиально новых представлений о механизме гибели клеток, имеющих повреждения ДНК, как о процессе, осуществляемом в соответствии с определенной генетической программой. В индукции этой программы при наличии повреждений в ДНК клетки важная роль принадлежит белку P53. P 53 локализован в ядре клетки и является одним из транскрипционных факторов, повышенная экспрессия которого приводит к репрессии ряда генов, регулирующих транскрипцию и причастных к задержке клеток. Таким образом изучение полиморфизма и изменения экспрессии гена P53 отражает механизмы гиперпластических процессов эндометрия.

С позиции вышеизложенного исследования по изучению иммунологических факторов и их взаимосвязь с генетическим фактором при формировании механизмов гиперпластических процессов в эндометрии, в популяции женщин казахской национальности позволит на доклиническом этапе определить возможный риск развития и максимальную степень воздействия на патологический процесс в эндометрии, что требует углубленных исследований процессов апоптоза и улучшения генетических маркеров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. - Л.: Медицина, 1989. – 464 с.
2. Лаврентьева, И. А. Пролиферативная активность и рецепторы к стероидным гормонам у пациенток с гиперпластическими процессами эндометрия [Текст] / И. А. Лаврентьева, М. А. Шабанов //



Успенские чтения, посвящ. 120-летию В. В. Успенского. – Вып. 1, Тверь. - 2001. - С. 47 - 48.

3. Лаврентьева, И. А. Роль некоторых цитогенетических показателей в дифференциальной диагностике гиперпластического и неопластического эндометрия [Текст] / И. А. Лаврентьева // Материалы 2-ой Межвузовской науч.- конф. молодых ученых. - Тверь, 2002. - С. 49 - 50.

4. Бохман Я.В., Чепик О.Ф., Серов С.Ф., Слепых А.С. Гиперпластические процессы и рак эндометрия // Акуш. гин. – 1974. – Вып. 4. – С. 19-22.

5. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии, - Москва: Мед. Инф. Агентство, 1997. – 765с.

6. Кулаков В. И., Сотникова Е. И., Назаренко Т. А., Дуриян Э.Р. Состояние репродуктивной

функции женщин с гипоталамо-гипофизарной аменореей, имевших индуцированную беременность // Акуш. и гин. 1997, №6, - С. 40-43.

7. Egorova O.V. The development of uterine leiomyoma is associated with Val158Met polymorphism in COMT gene and the 3'-untranslated ApaI-IGF2 gene polymorphism / Egorova O.V., Bermisheva M.A., Khusnutdinova E.K., Glebova N.N., Dodonov A.N. // European Journal of Human Genetics. – Nice, 2007. - V. 15. –P. 93.

8. J. W et al. Estrogens and cell death in murine uterine luminal epithelium. Cell Tissue Res. 249:533—40,1987.

9. De Bellis A. et al. Characterization of mutant androgen receptors causing partial androgen insensitivity syndrome. J. Clin. Endocrinol. Metab. 78:513-22, 1994.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СЛУЖБА В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ 5 ЛЕТ

*А.А.Аблазим, У.М.Сариева, Б.К.Абишева, К.П.Садикова, Р.С.Тулеутаева, К.Т.Мырзахметов
Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кызылорда*

В 2007 году исполнилось 10 лет с начала внедрения в Республике Казахстан стратегии ДОТС. Кызылординская область, одной из первых применила новый метод лечения больных туберкулезом.

Кызылординская область находится в числе критических регионов подверженных эпидемическому распространению туберкулеза

Снижение уровня жизни вследствие экономических преобразований, сказались на показателях заболеваемости туберкулезом.

С целью стабилизации снижения заболеваемости, смертности, инвалидности, эпидемиологической ситуации по туберкулезу решениями областного Маслихата и Акимата области были утверждены и поэтапно внедрены три Региональные программы по усилению борьбы с туберкулезом. В основу которых были заложены: увеличение финансирования из средств республиканского и местного бюджета на организацию профилактических мероприятий и лечебно-оздоровительных мероприятий на всех этапах ведения больных туберкулезом с привлечением сети первичной медико-санитарной помощи; интеграция противотуберкулезных службы с другими государственными органами; социальная поддержка больных туберкулезом.

Материально-техническая база противотуберкулезных учреждений области, за годы работы адаптированной к нашему региону ДОТС стра-

тегии значительно улучшилась. Из 8 имеющихся противотуберкулезных диспансеров, 4 типовых.

Противотуберкулезные койки области с началом внедрения ДОТС стратегии увеличилось, за счет открытия при гортубдиспансере отделения, для принудительного лечения заразных больных уклоняющихся от лечения на 30 коек и за счет открытия 40 коек при облтубдиспансере, для лечения больных с мультирезистентной формой туберкулеза. На сегодня в области насчитывается 1085 противотуберкулезных коек.

Детских дошкольных учреждений санаторного типа, для изолированного содержания контактных и тубинфицированных детей по области 13 садики на 1060 мест. Имеются – 2 школы интерната на 600 мест, один из которых на 200 мест находится в городе Аральске.

На сегодняшний день, на 632234 населения функционирует 28 лабораторий, из них 19 лабораторий в общей лечебной сети и 9 лабораторий Организовано 132 пунктов сбора мокроты, из них 104 в общей лечебной сети, 28 в противотуберкулезных учреждениях.

Рентгено – флюорографический метод выявления туберкулеза органов дыхания на сегодня остается основным методом. Рентген аппаратура по области ежегодно обновляется, для проведения профосмотров населения используется до 37 флюорографических установок, приобретено 9 цифровых флюороаппарата, в том числе 7 передвижных,



помимо этого в противотуберкулезных учреждениях области имеется 11 рентгенодиагностических комплексов.

Объем флюорографических осмотров населения увеличился с 258882 человек в 2003 году до 329364 человек в 2007 году и охват осмотрами в настоящее время составляет 77,8%, что на 29-30% выше республиканских показателей.

В результате проведенных флюороосмотров ежегодно выявляется около тысячи больных туберкулезом (в 2007 г.-903). Выявляемость туберкулезом органов дыхания составляет 6,6 –6,0 на 1000 осмотренных.

В настоящее время в группе риска состоит 241099 человек, что составляет 56,9% населения взрослых и подростков.

Охват флюороосмотрами из группы риска ежегодно растет, в 2007 году осмотрено - 90,2%, в том числе 28,5% составляют лица длительно не осмотренные. Удельный вес больных активным туберкулезом из группы риска выявленных флюорографическим методом составляет 44,4 %. С

целью внедрения системы выявления активного туберкулеза на основе компьютерной технологии, для более эффективного и экономического выявления туберкулеза, в практику интенсивно внедряются методы цифровой бесплочной флюорографии.

На передвижных флюороаппаратах ежегодно осматривается до 30% населения, при этом выявляется до 140 новых случаев туберкулеза.

Благодаря, ДОТС программе и поддержке государства, а также проведенной огромной работе, в Кызылординской области достигнуты результаты по стабильному снижению роста заболеваемости туберкулезом. Рост туберкулеза отмечался с 1993 года со 110,6 на 100 тыс. населения, до 278,2 на 100 тыс. населения в 2003 году. За период с 2003 по 2007 г.г. заболеваемость туберкулезом по области снизилась, и достигла 168,9 на 100 тыс. населения в 2007 году, при заболеваемости в (РК-127,5 на 100 тыс. населения). Темп снижения заболеваемости за период с 2003 г. по 2007 г. составил 64,7 %.

Таблица №1 Основные эпидемиологические показатели туберкулеза по Кызылординской области (2003-2007 г.г.)

Показатели Годы	Заболеваемость		Болезненность		Смертность	
	абс ч.	на 100 тыс. населения	абс ч.	на 100 тыс. населения	абс ч.	на 100 тыс. населения
2003	1685	279,0	3977	659,0	152	25,2
2004	1555	254,3	4386	717,2	145	23,7
2005	1435	234,5	4330	717,2	135	22,1
2006	1204	195,7	4107	667,7	138	22,4
2007	1050	168,9	3791	613,2	125	20,7

Показатели болезненности так же уменьшились с 659,0 на 100 тыс. 2003 году до 613,2 в 2007 году, темп снижения составил 6,9 %.

Темп снижения показателя смертности составил 17,8 %, этот показатель снизился с 25,2 на 100 тыс. населения до 20,7.

Таблица №2 Основные эпидемиологические показатели туберкулеза у детей по Кызылординской области (2003-2007 г.г.)

Показатели Годы	Заболеваемость детей		Болезненность детей	
	абс ч.	на 100 тыс. населения	абс ч.	на 100 тыс. населения
2003	113	57,0	156	78,4
2004	108	55,0	164	77,7
2005	110	54,9	160	79,8
2006	72	36,1	128	64,3
2007	53	27,2	94	48,2

Более чем в два раза снизился показатель детской заболеваемости туберкулезом. Если в 2003 году

он составлял 57,0 на 100 тысяч населения, то в 2007 году он уже составлял 27,2 на 100 тысяч населения.



Таблица №3 Основные эпидемиологические показатели туберкулеза у подростков по Кызылординской области (2003-2007 г.г.)

Показатели	Заболеваемость		Болезненность	
	абс ч.	на 100 тыс. населения	абс ч.	на 100 тыс. населения
2003	106	250,0	150	352,9
2004	98	229,0	172	454,5
2005	109	272,5	162	405,0
2006	77	179,6	142	331,2
2007	74	175,1	115	272,2

Среди подростков так же отмечается темп снижения заболеваемостью туберкулезом, который составил 29,9%. Показатель заболеваемости туберкулеза у подростков снизился с 250,0 на 100 тысяч населения в 2003 году до 175,1 на 100 тысяч населения в 2007 году.

Показатель эффективности лечения больных туберкулезом, как один из важных элементов выполнения программы находится на контроле противотуберкулезной службы.

Для достижения высокой эффективности лечения больных туберкулезом в общей лечебной сети организованы 95 пунктов контролируемого лечения. Эти пункты полностью укомплектованы фельдшерами-химизаторами, для проведения поддерживающей фазы, на 66 штатных единицах химизаторов работают 102 химизатора.

В результате контролируемого лечения эффективность излечения больных - бацилловыделителей среди новых случаев составляет 80-82 %. Показатель закрытия полостей распада у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в 2007 году составил 70,4 %.

По области с целью профилактики туберкулеза проводится кампания мероприятий по СМИ 54- телепередачи, 177 - радиопередачи, 164- публикаций, показано по местному телевидению - 16 видео-ролика по профилактике туберкулеза. Также среди школьников области и в дошкольных детских садах города проведены открытые уроки, утренники на тему «Профилактика туберкулеза», были организованы акции, написаны диктанты, изложения на данную тему, а также были проведены конкурсы рисования среди школьников начальных классов на тему «Туберкулез глазами детей» в которых было охвачено 128255 детей. В школах проведены встречи вопросов и ответов сотрудников школ и родителей с фтизиатрами. Во всех лечебно-профилактических учреждениях, школах, ВУЗах и СУЗах, а также во всех торговых центрах, Ж/Д и автовокзалах, а также в общественном транспорте были развешаны листовки по профилактике туберкулеза. Областным центром формирования

здорового образа жизни совместно со специалистами областного центра санэпиднадзора были организованы и проведены выездные акции среди 7 районах а так же в городе Кызылорда под девизом «Остановим туберкулез!». По области среди лечебно-профилактических учреждений был проведен конкурс на лучший санбюллетень по профилактике туберкулеза, где I – место занял коллектив областной психо-неврологической больницы, II – место занял КДП Кармакшинского района и III – место занял коллектив областного консультативно-диагностического центра. Победители были награждены грамотами областного департамента здравоохранения и ценными подарками.

Для достижения дальнейших успехов в борьбе с этим тяжелым недугом, нам необходимо проводить работу в следующих направлениях:

- Пропаганда санитарно-просветительной работы среди населения;
- Обучение медицинских работников ПМСП и ПТУ методам профилактики туберкулеза, а так же пропаганда санитарно-просветительной работы среди медицинских работников.
- Достижение высоких показателей эффективности лечения путем своевременной госпитализации и изоляции, больных туберкулезом.
- Улучшение обеспеченности кадрами по выявлению туберкулеза среди населения.
- Социальная поддержка и трудоустройство больных перенесших туберкулез.
- Своевременная изоляция контактных детей и подростков из очагов туберкулеза.

Активная, непрерывная подготовка и повышение квалификации медицинских кадров, особенно противотуберкулезных учреждений, укомплектование молодыми перспективными кадрами, привело к росту профессионального уровня врачей и медсестёр.

За период внедрения ДОТС стратегии виден результат проделанной работы в борьбе с туберкулезом. Успешно реализованы Региональные программы. В области достигнуты стабилизация и снижение основных показателей по туберкулезу.



ДЕРАТИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

К.Н.Набенов КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

В связи со спадом экономики сократилось финансирование в системе здравоохранения, произошла оптимизация, в том числе и в системе профилактической дезинфекции. Все отделы профилактической дезинфекции были распроданы частным лицам без лицензии на проведение дезинфекционных мероприятий, не имеющих медицинского образования, а так же необходимых специалистов и материально-технической базы, лабораторий. Дератизация проводится по заявкам или договорам с готовыми импортными ядохимикатами. Таких частных предприятий в крупных городах, областных центрах числятся от 5 до 10. Осенью и весной два раза в год администрация города (района) выделяет из бюджета денежные средства в размере 10-30 млн. тенге для однотуровой дератизации, при которой численность грызунов кратковременно снижается, а затем, размножаясь в зимнее время, восстанавливается, сплошная систематическая дератизация не проводится. Для оценки эффективности дератизации контрольные бригады отсутствуют, учет численности грызунов на объектах не ведется и контроль качества дератизации проводятся в основном визуально. Хотя, контроль качества дератизации должны осуществлять отделы особоопасных инфекций санэпидстанции (1,2), но из-за моратория главы Государства с целью поддержки и развития малого предпринимательства в республике, проведение частых проверок не возможно. В результате чего в последнее время стали регистрироваться случаи заболевания листериозом, пастереллезом, иерсиниозом, лептоспирозом, а в Южном Казахстане – Конго-Крымская геморрагическая лихорадка и др. зоонозами.

Подготовка кадров по дератизации(дезинфекторов, дезинструкторов) проводится в областях на

базе медицинских колледжей, где нет опытных специалистов, а подготовка врачей-дезинфекционистов в Казахстане не ведется. В республике нет своего НИИ (лаборатории) по регламентации дезинфекционных средств и не все дезсредства и ратициды не проходят испытания. В 60-х годах прошлого века крысид был малоэффективным ратицидом (3), но в последнее время его стали применять для дератизации. В городе Алматы и областных центрах численность крыс и других синантропных грызунов при визуальном контроле стала больше, по нашим расчетам, в крупных городах на каждого человека приходится по одному грызуну.

Нами проведены наблюдение около 10000 кв. м. Площади, которые при проведении дератизации осенью и весной на объектах, где в течении года постоянно проводится профилактические мероприятия предотвращающие проникновение грызунов в помещение численность грызунов снизились, даже некоторых объектах отсутствуют. Поэтому чем затратить крупные суммы на дератизацию, считаем необходимым провести профилактические мероприятия предотвращающие проникновение грызунов в помещение (заделать щели, хранить продуктов на стеллажах, установить железные двери) которую играет особую роль в современной рыночной экономике.

Литературы:

1. Беляков В.Д., Семенов Т.А., Шрага М.Х. Введение в эпидемиологию инфекционных и неинфекционных заболеваний человека. М., Медицина, 2004, 264 с.
2. Воробьев А.А. Научные основы борьбы с инфекционными болезнями. Вестник РАМН, 1999, № 8, с.40-44.
3. Elmer G.W., Surawicz C.M. Biotherapeutic Agents and Infection Diseases.



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ КРЫМСКОЙ КОНГО ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ

Б.К.Оспанов КНЦКЗИ им. М. Айкимбаева, г.Алматы

Тұжырым

Крым Конго қан безгек лихорадкасының диагнозы клиникалық, серологиялық және эпидемиологиялық арқылы қойылады. Қан гемограммасы ауырудың бірінші күндерінде қанның сұлулығын анықтайды. Бірақ осы параметрмен Крым Конго қан безгек лихорадкасының диагнозын анықтауға болмайды. Осы жағдайда эпиданамнез және салыстыру диагнозы қажет.

Summary

The diagnosis of CCHF cases is established on clinical, serology and the epidemiological data. Indicators hemograms in the first days of disease define character of change in curtailing system of blood, but, without being specific, do not allow diagnosing CCHF. In this situation the data of epidemic anamnesis is of greater value and differentiated diagnosis by clinical criteria. However the laboratory researches which are carried out in a mode of monitoring for characteristic dynamics of change of number uniform blood elements, reveal typical for CCHF signs (leucopenia, thrombocytopenia). Changes of vascular - thrombocytic and coagulation hem stasis links in pre hemorrhagic illness period have special value, allowing to predict development hemorrhagic syndrome, to define heaviness of current disease course, possible complications and arrange timely haemostatic therapy. Final laboratory confirmation of CCHF is carried out on the basis of definition of specific antibodies IgM and IgG it is highly specific methods of ELISA and RT-PCR.

Высокая численность и вирусофорность клещей *Nyalomma asiaticum*, наиболее опасных в эпидемиологическом отношении, вовлечение в эпизоотический процесс сельскохозяйственных животных привели к возможности инфицирования возбудителем Крымской-Конго геморрагической лихорадки (ККГЛ) людей, проживающих в сельской местности, род деятельности которых связан с полевыми сельскохозяйственными работами и с уходом за животными. Отчетливая тенденция роста заболеваемости ККГЛ людей, расширение ареала инфекции на Юге определяют необходимость решения вопросов о качестве лабораторной диагностики и лечебной помощи населению, проживающему на эндемичной территории.

Диагноз случаев ККГЛ устанавливается на основании клинических, серологических и эпидемиологических данных. Однако из-за несвоевременной диагностики, позднего поступления больных в стационар, неадекватных лечебных мероприятий больных ККГЛ закачиваются летальным исходом. Прежде всего, усилия всех специалистов должны быть сосредоточены на раннее выявление и лечения больных ККГЛ. Все лица, проживающие на эпидемиологически неблагополучной территории, с признаками лихорадочного заболевания подлежат провизорной госпитализации в течение всего эпидемического сезона по ККГЛ в инфекционный стационар, где должен осуществляться клинический и лабораторный мониторинг.

Все больные ККГЛ поступают в инфекционный стационар в период геморрагических проявлений, наиболее опасный для жизни больного и требующий значительных врачебных усилий и экономических затрат. Однако есть случаи, когда больные поступали в стационары неинфекционного профиля (хирургический).

Решающими в подтверждении клинической версии являются не только острое начало забо-

левания, высокая лихорадка и проявления общего токсикоза, но и эпидемиологические данные: сезонность, эпидемиологическое неблагополучие региона, возможный контакт с клещом, характер профессиональной деятельности.

Необходимо проводить медицинское наблюдение за лицами с укусами клещей в течение 14 дней с обязательной термометрией; активное выявление больных на основании эпидемиологических и клинических проявлений, характерных для ККГЛ; немедленная госпитализация всех больных с подозрением на ККГЛ или с установленным диагнозом в инфекционный стационар; экстренное оповещение о случае ККГЛ; предупреждение риска заражения медицинского персонала при выполнении им профессиональных обязанностей — строгое соблюдение санитар-противоэпидемического режима по ККГЛ; обеспечение в условиях отделения консультации реаниматолога в случае тяжелого течения заболевания с организацией индивидуального поста наблюдения; ограничение назначения медицинских манипуляций, связанных с травматизацией кожных покровов и слизистых, в целях предотвращения риска развития кровотечений; использование единого венозного доступа для введения лекарственных средств при угрозе развития геморрагического синдрома; немедленное определение группы крови при поступлении больных в стационар, проведение развернутого анализа крови с обязательным подсчетом тромбоцитов; обязательное проведение лабораторного мониторинга за динамикой показателей крови с определением развернутого анализа крови и гемостазиограммы не менее двух раз в сутки; обеспечение раннего и комплексного лечения с тактикой индивидуальной патогенетической терапии, т.е. в строгом соответствии с динамикой изменения гемограммы, гемостазиограммы, с ее корреляцией согласно возрасту и преморбидному состоянию больного.



Для оптимизации лабораторных исследований при КГЛ наряду с классическими методами гематологических и биохимических исследований, необходимо определение активированного времени рекальцификации плазмы, активированного частичного тромбопластинового времени, кефалинового и протромбинового времени, концентрации фибриногена, растворимых фибрин-мономерных комплексов, исследование агрегации тромбоцитов. Предложенный комплекс исследований позволяет оперативно и объективно оценить интоксикационный синдром, динамику нарастания лейкопении и тромбоцитопении, своевременно (до возникновения основных клинических патогномичных проявлений) диагностировать геморрагический синдром и разграничить фазы синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Как известно, своевременная диагностика геморрагического синдрома во многом определяет исход ККГЛ. Наиболее сложным в диагностике ККГЛ является предгеморрагический период (в первые три — семь дней болезни). Специфические антитела, определяемые методом иммуноферментного анализа, появляются на пятый — седьмой дни болезни, а отрицательные результаты требуют повторного исследования. Учитывая отсутствие возможности в ряде регионов осуществления диагностики ККГЛ методом ОТ-ПЦР, значимость проведения лабораторного мониторинга за характером и динамикой изменений показателей периферической крови и гемостаза очевидна. Ранее описанные изменения лабораторных показателей при ККГЛ весьма ограничены и неоднозначны [2, 3].

Поэтому проведение исследований и анализ изменений показателей периферической крови, состояния сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза по количеству тромбоцитов и данным агрегатограммы имеет большое значение для практического здравоохранения. Коагуляционный гемостаз определяют, исследуя свертывание крови по Ли-Уайту, активированное время рекальцификации плазмы, активированное частично тромбопластиновое время, кефалиновое время, протромбиновое время, концентрацию фибриногена, растворимые фибрин-мономерные комплексы определяют по общепринятым методикам.

По мере развития заболевания количество лейкоцитов снижается и достигает минимальных значений на шестые — седьмые сутки (среднее содержание составляет $3,1 \pm 0,3 \times 10^7$ л). Нейтрофилез в первые дни болезни сочетается с относительным увеличением содержания палочкоядерных нейтрофилов, в единичных случаях отмечался сдвиг до метамиелоцитов и миелоцитов. Лейкоцитарные индексы интоксикации повышались с момента поступления больных (на третьи — четвертые сутки). Снижение тромбоцитов отмечалось в первые дни болезни. В первые три — пять дней болезни, по данным агрегатограммы,

отмечается гиперагрегация тромбоцитов (>80%). С третьего дня болезни даже при отсутствии геморрагического синдрома наблюдалось удлинение показателей активированного времени рекальцификации плазмы, активированного частичного тромбопластинового времени, а также времени свертывания крови по Ли-Уайту, свидетельствующих о нарастании коагулопатии потребления.

В абсолютном большинстве случаев начало геморрагического синдрома совпадает с критическим снижением температуры и развитием второй лихорадочной волны (пятые — восьмые сутки болезни). Именно в этот период тромбоцитопения достигает критических значений - до 10 тыс/мкл с угнетением агрегации (<20%), регистрировались лабораторные признаки синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Таким образом, показатели гемограммы в первые дни заболевания определяют характер изменения в свертывающей системе крови, но, не являясь специфическими, не позволяют диагностировать ККГЛ (подобные изменения могут наблюдаться при тяжелом течении других инфекционных заболеваний). В этой ситуации большее значение играют данные эпиданамнеза и дифференциальный диагноз по клиническим критериям. Однако лабораторные исследования, выполняемые в режиме мониторинга за характерной динамикой изменения числа форменных элементов крови, выявляют типичные для КГЛ признаки (лейкопению, тромбоцитопению). Особое значение имеют изменения сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного звеньев гемостаза в предгеморрагическом периоде болезни, позволяющие прогнозировать развитие геморрагического синдрома, определять тяжесть течения, возможные осложнения и своевременно назначать гемостатическую терапию.

Окончательное лабораторное подтверждение ККГЛ осуществляется на основании определения специфических антител IgM и IgG высокоспецифичными методами ИФА и ОТ-ПЦР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аристова А.А., Колобухина Л.В., Щел-канов М.Ю., Львов Д.К. Экология вируса Крымской-Конго геморрагической лихорадки и особенности клинического течения на территории России и сопредельных стран. *Вопр. вирусол.* 2001, 4:7-15.
2. Лазарев В.Н. Крымская геморрагическая лихорадка в Ростовской области. Автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 1973.
3. Лещи некая Е.В. Клиника Крымской геморрагической лихорадки. *Клин. мед.* 1967, 12:74-78.
4. Рябов В. И. Геморрагическая лихорадка. *Рос. мед. журнал.* 1998, 6: 38 — 44.
- И. Сомов Г. П., Беседнова Н.Н. Геморрагические лихорадки. Л., Медицина, 1981, с. 114-157.
5. Чумаков М. П. Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ). Обзор информации по медицине и здравоохранению. Сер.: Эпидемиология и инфекционные болезни. М., 1979, 3, с. 11 -31.



ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н.И.Распопова Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК г.Алматы

Тұжырым

Психиатриялық стационарда жатқан өзіне-өзі қол салу мінез-құлқы бар 120 науқастың талдауы берілген. Осы қол салу бағытының басты себебі – тұлғалық-психологиялық механизм болып табылады. Тұлғалық-психологиялық механизмнің жағдаяттық және бейімделе алмайтын топтары бөлініп алынды, сөйтіп олардың түрлі нұсқаларының түрлері әзірленді.

Summary

In this article is presented the analysis 120 cases of hospitalization in psychiatric permanent establishment of persons with the different forms of suicidal conduct, in motivation of suicidal tendencies of which a leading place was occupied by personality-psychological mechanisms. The situational and disadaptation groups of personality-psychological mechanisms are selected, typology of their separate variants is developed.

В современной литературе, посвященной проблемам суицидологии, большое внимание уделяется психологическим аспектам в мотивации суицидального поведения [1-6]. Так, Эдвин Шнейдман в известном труде: «Душа самоубийцы» (2001) [3] пишет: «Каждая смерть вследствие самоубийства является многогранным событием – в ней всегда имеют место биологические, биохимические, культуральные, социологические, межличностные, интрапсихические, логические, философские, сознательные и бессознательные элементы, но при тщательном анализе этого явления главной остается его психологическая природа. Иными словами, в каждой суицидальной драме действие происходит в душе уникального человека». По определению автора, психологической сущностью суицида является психическая или душевная боль – чрезмерно сильные чувства стыда, вины, страха, тревоги, одиночества, боязни старения или мучительной смерти, проявляющиеся как «страдание, охватывающее душу».

Д.Вассерман (2005) [4], раскрывая психологические мотивы суицидального поведения, указывает на то, что негативные события жизни, мешающие удовлетворению основных потребностей индивида (потребности в любви, необходимости для других и уважении окружающих, осознание собственного достоинства) могут привести уязвимо к стрессовым ситуациям человека на грань суицида. Автор считает, что «там же могут оказаться и те, у кого нет возможности вернуть утраченное, и которые одновременно сталкиваются с безразличием, отвержением или враждебностью окружающих».

Данная работа посвящена анализу механизмов суицидального поведения 120 лиц с психическими расстройствами, в мотивации суицидального поведения которых приоритетное значение имели личностно-психологические механизмы. Личностно-психологические механизмы суицидального

поведения формировались у обследованных данной группы на фоне острых и пролонгированных реакций психологической дезадаптации, развивавшихся вследствие психотравмирующих ситуаций. Причем, личностно-психологические механизмы суицидального поведения выявлялись не только у лиц с пограничными психическими расстройствами, но и у больных с хроническими психическими заболеваниями (органические психические расстройства, шизофрения), когда в реакции на ситуацию прослеживалось влияние преморбидно сформировавшихся, сохранных структур личности.

В выделенной группе пациентов с суицидальным поведением преобладают мужчины (55%), молодого и среднего трудоспособного возраста (до 30 лет – 41%, 30-50 лет – 42,5%), преимущественно представители славянских национальностей (68,3%).

Психопатологические расстройства, в связи с которыми больные были госпитализированы в психиатрический стационар, в данной группе обследованных представлены в широком диапазоне. Более половины из них обнаруживали пограничные психические расстройства (59,2%) в форме связанных со стрессом временных расстройств психической деятельности (F4 – 37,5%) и расстройств личности (F6 – 21,7%). Реже личностно-психологические механизмы суицидального поведения выявлялись у больных шизофренией (F2 – 18,3%) и органическими психическими расстройствами (F0 – 18,3%), в единичных случаях встречались больные с умственной отсталостью (F7 – 2,5%) и больные в состоянии интермиссий при рекуррентных аффективных расстройствах (F3 – 1,7%).

Для дальнейшего анализа были выделены две основные группы личностно-психологические механизмов суицидального поведения в зависимости от характера психотравмирующих ситуаций:

1. Личностно-ситуационные механизмы суицидального поведения, формировавшиеся на фоне реакций на острые стрессовые ситуации в форме



«суицидального шантажа» и по мотивам «потери значимого» – 86 обследованных (71,7%);

2. Личностно-дезадаптационные механизмы суицидального поведения, отражающие суицидальные мотивы «страха перед будущим» и «отказа от жизни» в условиях пролонгированных психотравмирующих ситуаций – 34 (28,3%).

Личностно-ситуационные механизмы суицидального поведения по целенаправленности суицидальных тенденций оказались неоднозначными, их большая часть (73,3%) носила демонстративно-шантажный характер, в связи с чем, в настоящем исследовании они квалифицируются как «суицидальный шантаж».

Больные с суицидальным шантажным поведением представлены группой обследованных в количестве 63 человек (11,5% от общего количества обследованных). Из них 40 лиц славянских национальностей (63,5%), 22 казахской национальности (34,9%) и один кореец (1,6%). По полученным в исследовании данным суицидальное шантажное поведение оказалось наиболее характерным для мужчин славянских национальностей, которые составили в данной группе 34,9%, несколько реже суицидальный шантаж отмечался у женщин славянских национальностей – 28,6%, ещё реже у мужчин-казахов - 19%, а женщины-казашки в данной группе составили только 15,9%. Проведенный анализ позволяет предположить, что в стрессовых ситуациях шантажные формы суицидального поведения у казахов встречаются относительно редко, особенно не склонны к суицидальному шантажу женщины-казашки, что можно отнести к их этнокультуральным особенностям, которые необходимо учитывать при разработке дифференцированных мер профилактики суицидов.

Механизмы суицидального шантажного поведения у пациентов данной группы по особенностям личностной мотивации можно было подразделить на 3 группы: «суицидально-шантажный протест» - 24 пациента (38,1%), «суицидально-шантажный призыв» - 25 пациентов (39,7%) и «суицидально-шантажное избегание» - 14 пациентов (22,2%).

«Суицидально-шантажный протест» (24 пациента – 4,4% от общего числа обследованных), как особая форма реагирования на стрессовые ситуации, оказался наиболее характерным для лиц славянских национальностей, которые в данной подгруппе составили – 91,7%, казахи соответственно – 8,3%. Соотношение мужчин и женщин 3:1, все женщины славянских национальностей, женщин-казашек нет.

Проведенный анализ структуры психической патологии у больных с суицидальным поведением, формировавшемся по механизму «суицидально-шантажного протеста», показал, что у

этих лиц наиболее часто выявлялись расстройства зрелой личности (F6), которые составили 70,8%. Реже отмечались расстройства личности в рамках органических психических расстройств (F07.8) – 12,5% и связанные со стрессом кратковременные расстройства адаптации (F43.20) – 12,5%. В единичном случае данный механизм суицидального поведения был выявлен у больной шизофренией в период ремиссии (F20.01) – 4,2%. Следует указать, что у больных с органическими психическими расстройствами и у больной шизофренией демонстративно-шантажные формы суицидального поведения прослеживались в анамнезе и являлись сформировавшейся ещё до начала основного заболевания формой реагирования на стрессовые ситуации, то есть являлись проявлением не патологически измененных, а сохранных структур личности.

По клиническим особенностям расстройства личности этих пациентов были разнообразны: эмоционально-неустойчивое расстройство личности (F60.3) – 25%, диссоциальное расстройство личности (F60.2) – 20,7%, истерическое расстройство личности (F60.4) – 16,7%, параноидное расстройство личности (F60.0) – 4,2%, зависимое расстройство личности (F60.7) – 4,2%.

Несмотря на отмеченные выше клинические особенности стойких аномалий характера, все эти лица оказались уязвимыми к стрессовым ситуациям, которые чаще всего были связаны с конфликтными отношениями с супругами и близкими родственниками. Личностные расстройства, проявлявшиеся в сниженной толерантности к эмоциональным нагрузкам, максимализме, категоричности и незрелости суждений, неполноценности коммуникативных систем, неадекватной личностным возможностям завышенной самооценке, лишали этих пациентов способности находить конструктивные пути выхода из психотравмирующих ситуаций. В мотивации суицидального шантажного поведения обследованных с расстройствами личности прослеживалась своеобразная аффективная логика, которую красочно описал Б.В.Шостакович (2006) [8] «логика таких субъектов отличается крайней аффективностью, они не могут отсрочить удовлетворение своих желаний, их умозаключения отличаются кататимностью, что свидетельствует о незрелости психики».

Чаще всего, пытаясь разрядить напряженную конфликтную ситуацию, эти лица наносили себе поверхностные резаные раны на предплечьях, имитируя попытки вскрыть себе вены (37,5%), реже на глазах у родственников они демонстративно пытались повеситься (12,5%) или отравиться (12,5%), в остальных случаях это были лишь угрозы покончить жизнь самоубийством (37,5%). Следует отметить, что у 75% из них подобного рода суицидальное поведение отмечалось в анам-



незе, а у 58,3% - суицидальный шантаж в течение жизни наблюдался многократно и формировался по единому механизму «суицидального протеста».

Несколько иной по половому и этническому составу представляется подгруппа обследованных (25 пациентов – 4,5% от общего числа обследованных), суицидальное поведение которых формировалось по механизму «суицидально-шантажного призыва» к вниманию и сочувствию. В отличие от предыдущей подгруппы, здесь преобладают лица казахской национальности (60%) и женщины (76%). Соотношение мужчин и женщин среди лиц славянских национальностей составляет 1:4, а среди казахов – 1:1,5.

По полученным в исследовании данным можно предположить, что механизм суицидального поведения в форме «суицидально-шантажного призыва» к вниманию и сочувствию оказался наиболее характерным для женщин-казашек, которые в выделенной подгруппе обследованных составили 36%, женщины славянских национальностей составили долю в 32%, мужчины-казахи – 24%, а мужчины-славяне – 8%.

Клиническая структура психических расстройств у этих пациентов также имеет свои особенности. Явное преимущество у представителей обеих этнических групп (казахи/славяне) составили расстройства связанные со стрессом (F4 - 68%). В этой подгруппе гораздо реже встречались расстройства зрелой личности (F6 - 20%) и органические психические расстройства (F0 – 12%).

Стрессовые ситуации, служившие причиной личностно-психологической дезадаптации с формированием мотивации суицидального поведения по механизму «суицидально-шантажного призыва» к вниманию и сочувствию, имели некоторые этнические различия. Для лиц славянских национальностей характерными были ситуации межличностного внутрисемейного конфликта. Это были в основном женщины (8 женщин из 10 пациентов славянских национальностей), которые во время или вскоре после конфликтов с мужьями, возникавших чаще всего на почве ревности, с целью привлечь к себе внимание мужа, вызвать его сочувствие, совершали шантажные суицидальные попытки, реже высказывали суицидальные угрозы. Принимая с целью отравления различные лекарственные средства, или демонстративно нанося порезы на предплечьях, они делали это на глазах у мужа и детей, или предварительно о своих суицидальных намерениях сообщали мужу по телефону, иногда сами вызывали бригаду скорой медицинской помощи. В последующем врачам поясняли, что истинных намерений покончить жизнь самоубийством у них не было, они только хотели «попугать мужа», «насолить мужу, чтобы помучался», «обратить на себя внимание мужа, удержать

от измены». Следует отметить, что в 75% случаев эти женщины совершали суицидальные попытки в состоянии алкогольного опьянения.

Среди лиц казахской национальности механизм суицидального поведения по типу «суицидально-шантажного призыва» к вниманию и сочувствию также преимущественно наблюдался у женщин (9 женщин из 15 пациентов казахской национальности), но психотравмирующие ситуации были несколько иными. Характерные для женщин-славянок идеи ревности здесь отмечались лишь в одном случае. В мотивах суицидального шантажного поведения женщин-казашек в большей степени звучал призыв к вниманию и сочувствию близких родственников (отца, брата), от которых зависело их материальное благополучие. В основном это были лишь суицидальные угрозы, а суицидальные попытки совершались крайне редко (2 случая). Следует отметить, что суицидальное поведение у женщин-казашек, как правило, не было связано с состоянием алкогольного опьянения.

Третий вариант суицидального шантажного поведения представлен механизмом «суицидально-шантажного избегания» осуждения, унижения, наказания, который был выявлен у 14 пациентов (2,5% от общего числа обследованных). Из-за малочисленности этой подгруппы, каких-либо статистически достоверных различий этнического характера выявить не представляется возможным: 8 пациентов славянских национальностей, 5 казахской национальности, 1 кореец, но все же следует отметить явное преобладание в этой подгруппе мужчин, которые составили 78,6%.

В клиническом отношении в данной подгруппе преобладали расстройства, связанные со стрессом в форме кратковременных депрессивных реакций (F43.20), которые составили 50%, на втором месте по частоте стоят расстройства зрелой личности (F60.2- F60.4) – 21,4%, реже встречались органические психические расстройства (F07.8) – 14,3% и шизотипическое расстройство (F21.0) – 14,3%.

Стрессовые ситуации, провоцировавшие шантажное суицидальное поведение, формировавшееся по механизму «суицидально-шантажного избегания», отличались угрожающим характером и предполагали дальнейшее неблагоприятное для этих лиц развитие событий. Суицидальное поведение в подобных случаях носило превентивно-защитный характер и имело целью – избежать ответственности, осуждения окружающими или наказания за совершенные этими лицами проступки.

Такого рода ситуации были разнообразны: угроза привлечения к уголовной ответственности или судебно-следственная ситуация, угрозы физической расправы за невозвращенные денежные долги, угроза ответственности за служебный проступок. В некоторых случаях суицидальный шантаж был способом



предупредить семейный скандал при очередном возвращении домой в состоянии алкогольного опьянения или после отсутствия дома в течение нескольких дней из-за запоя, «загула». Мотивы суицидальных действий в подобных ситуациях формулировались пациентами, как «пытался отравиться, чтобы разрядить обстановку», «хотел поугубить родных, чтобы отстали и не ругали за пьянку» и т.п. Интересным представляется тот факт, что механизм суицидального поведения в форме «суицидального избегания» у женщин, независимо от их национальной принадлежности, формировался в идентичных ситуациях раскаивания в своем неблагоприятном поведении в состоянии алкогольного опьянения, когда после алкогольного эксцесса они опасались осуждения со стороны сослуживцев и близких. Причем никто из этих женщин не страдал хроническим алкоголизмом, а факт излишнего приема алкоголя с непристойным или конфликтным поведением был случайным в их жизни.

В равных долях в этой подгруппе встречались как суицидальные угрозы, так и довольно серьезные суицидальные попытки (4 случая самоповешения и 3 случая отравления). У половины представителей данной подгруппы уже имелся определенный опыт избегания жизненных неприятностей путем суицидального шантажного поведения.

Второй вариант личностно-ситуационных механизмов суицидального поведения можно было квалифицировать как «потеря значимого», основной мотивационной составляющей которого была невозможная утрата близкого человека в связи с его смертью, отвергнутая любовь или распад семьи, утрата престижа, работы, крупные финансовые потери. Этот вариант механизма суицидального поведения был выявлен у 23 пациентов (4,2% от общего количества обследованных). Среди них соотношение мужчин и женщин было примерно равным и составило 1,3:1, но с явным преобладанием лиц славянских национальностей, которые в данной подгруппе составили 69,6%, лиц казахской национальности было значительно меньше – 21,7%, а другие национальности были представлены в единичных случаях – 8,7%. Соотношение мужчин и женщин в основных этнических группах (славяне/казахи) было примерно равным.

В клиническом отношении в данной группе явно преобладали реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43) – 78,3%, остальные нозологические формы были представлены единичными случаями: шизофрения (F20.01) – 13,1%, органически психические расстройства (F06.32) – 4,3%, умственная отсталость (F70.1) – 4,3%.

Стрессовые ситуации, служившие причиной развития психических расстройств, или психогенных реакций у лиц с хроническими психическими заболеваниями, как уже отмечалось выше, были разнообразны по содержанию (смерть близких – 34,8%,

любовная драма, распад семьи – 30,4%, потеря престижа, работы, состояния – 34,8%), но всех их объединял единый психотравмирующий момент потери кого-либо или чего-либо психологически значимого для конкретного индивидуума. Каких-либо этнических различий в значимости отдельных психотравмирующих факторов в генезе суицидального поведения не прослеживается, но следует отметить высокий риск суицидальной опасности у мужчин славянских национальностей среднего трудоспособного возраста, связанный с потерей работы.

Для личностно-психологического механизма суицидального поведения по типу «потери значимого» характерны тенденции к реализации суицидальных намерений. Лишь в 26% у этих больных отмечались только суицидальные мысли и фантазии на тему о самоубийстве, в остальных же 74% случаев, это были опасные для жизни попытки самоубийства: 7 случаев самоповешения, 8 случаев отравления и 2 случая вскрытия вен.

У пациентов данной группы суицидальные мысли часто возникали сразу же после психотравмирующего события, что позволяет отнести данный механизм к личностно-ситуационным, но, в отличие от относящихся к этой же группе механизмов «суицидального шантажа», реализация суицидальных намерений была относительно отсроченной. На фоне развившейся вследствие стресса депрессивной реакции непосредственным провоцирующим фактором в большинстве случаев служили дополнительные психотравмирующие моменты, которые по своей психологической значимости не могли являться основной причиной суицидального поведения, они играли лишь роль «последней капли, переполнявшей чашу страданий». Больные, описывая свои пресуицидальные переживания, говорили: «Все как-то сразу навалилось», «одно горе за другим, круг замкнулся», «сплошные неудачи, какая-то черная полоса».

Следующая группа личностно-дезадаптивных механизмов суицидального поведения, отличается от группы личностно-ситуационных механизмов тем, что в этих случаях мотивы суицидального поведения формируются не под влиянием какого-либо внешнего стрессогенного фактора, а складываются в результате внутренней переработки переживаний, связанных с неудовлетворенностью своим психическим или физическим состоянием, а также тяжелыми материально-бытовыми условиями жизни.

В зависимости от преобладания в мотивации суицидального поведения «внутреннего» или «внешнего» характера конфликта, личностно-дезадаптивные механизмы представлены в двух вариантах: «страх перед будущим» - отражающий аутопсихическую дезадаптацию, и «отказ от жизни» - отражающий аллопсихическую дезадаптацию.



Личностно-дезадапционный механизм, в мотивации которого звучал «страх перед будущим», связанный с осознанием этими больными своей ущербности вследствие имеющихся у них психических или тяжелых соматических расстройств, был выявлен у 20 пациентов (3,6% от общего количества обследованных). Невозможность примириться с осознанием тяжести болезни, её неизлечимого характера, неспособность адаптироваться к статусу психически больного, инвалида приводили этих больных к мыслям о бесперспективности существования и суицидальному решению.

В данной подгруппе преобладали женщины, которые составили - 60%, соотношение мужчин и женщин: 1:1,5. Это были преимущественно лица славянских национальностей - 65%, казахов было значительно меньше - 25%, другие национальности встречались в единичных случаях - 10%.

Клиническая структура психической патологии у больных рассматриваемой подгруппы была разнообразна: шизофрения и шизотипическое расстройство (F20 и F21) - 45%, органические психические расстройства (F06.32, F07.8) - 30%, эпилепсия с изменениями личности и признаками слабоумия (G40, F02.8) - 20%, рекуррентное депрессивное расстройство (F33.01) - 5%.

У больных шизофренией суицидальное поведение чаще проявлялось после первых приступов заболевания, когда на фоне критического осознания наличия у них хронического психического заболевания они приходили к убеждению, что «все планы рушатся, жизнь кончена», «все равно никогда не выздоровлю, дальнейшая жизнь потеряла смысл». Больные испытывали страх по поводу возможного повторения психотического состояния, боялись, что «этот кошмар может повториться», не могли «смириться» со статусом психически больного, испытывали «бессилие что-либо изменить». Они заявляли, что теперь оказались «за бортом жизни», опасались, что в связи с выявленным у них психическим расстройством они потеряют работу, останутся без средств к существованию, не смогут содержать семью: «Как я дальше буду жить, я же ни с чем не справлюсь».

Суицидальное поведение, формировавшееся по механизму «страха перед будущим», как правило, проявлялось у пациентов в периоды учащения припадков, когда больные заявляли, что «припадки замучили, дальше будет только хуже», «устала болеть, сама себе противна», «такая больная я никому не нужна, лучше умереть, чем продолжать всех мучить». Суицидальные тенденции усугублялись при недоброжелательном отношении родственников к больным, упрекавших их в том, что они не работают, находятся на их иждивении, иногда открыто заявляли, что в связи с их психическим заболеванием они от-

казываются поддерживать с больными родственные отношения.

В отдельных случаях «страх перед будущим» доминировал в мотивах суицидального поведения у лиц с психическими расстройствами и коморбидной соматической патологией, когда осознание ущербности было обусловлено не психическим расстройством, а физическим состоянием здоровья пациента. Многие соматические заболевания, даже без сопутствующей психической патологии, сопровождаются повышенным суицидальным риском. Среди таких заболеваний ведущее место занимают онкологические [13-15]. У обследованных рассматриваемой подгруппы в большинстве случаев это было связано с патологией половой сферы: у мужчин - аденома простаты с угрозой импотенции, у женщин - бесплодие и аденома матки с подозрениями на злокачественный характер опухоли. Выявлявшиеся у больных соматические расстройства объективно подтверждались и их «страх перед будущим» был связан с реальными перспективами оперативных вмешательств и возможным неблагоприятным прогнозом этих заболеваний. Реакции психологической дезадаптации у этих пациентов формировались в рамках сохранных структур личности, но общая психическая патология делал их более уязвимыми к соматогенным психотравмирующим факторам, что способствовало формированию мотивов суицидального поведения.

Следует отметить, что личностно-дезадапционный механизм суицидального поведения по типу «страха перед будущим» характеризуется относительно высоким риском реализации суицидальных намерений: в 60% рассматриваемых случаев это были опасные для жизни суицидальные попытки (отравления, вскрытия вен), в меньшей степени (40%) этим больным были присущи суицидальные мысли без тенденций к их реализации.

Следующий вариант личностно-дезадапционных механизмов суицидального поведения квалифицируется как «отказ от жизни» в невыносимой жизненной ситуации, связанной с реальными материально-бытовыми трудностями, невозможностью обеспечения своего дальнейшего существования (аллопсихическая дезадаптация). Это группа представлена больными в количестве 14 человек (2,5% от общего количества обследованных), которые, в связи с имеющимися у них хроническими психическими заболеваниями, были социально дезадаптированы. Многие из них были одиноки, не имели жилья, прописки, средств к существованию, в связи с отсутствием документов или по иным причинам им своевременно не оформлялась инвалидность. Отличительной особенностью данной подгруппы больных было явное преобладание лиц славянских национальностей (85,7%), преимущественно мужчин (66,7%) среднего трудоспособного возраста (от 30 до 60 лет - 75%).



Структура психических расстройств в данной подгруппе разнообразна, с относительным преобладанием больных, страдающих шизофренией и шизотипическим расстройством (F2), которые составили – 50%, реже встречались лица с органическими психическими расстройствами (F0) – 28,6%, умственной отсталостью (F7) – 14,3% и рекуррентными аффективными расстройствами (F3) – 7,1%.

Более половины больных (57,1%), в мотивации суицидального поведения которых прослеживался механизм «отказа от жизни», были госпитализированы в психиатрический стационар в пресуицидальном периоде, когда у них отмечались только суицидальные мысли, выявлялась определенная борьба мотивов в принятии суицидального решения, в остальных случаях (42,9%) больные совершили опасные для жизни суицидальные попытки: 4 случая отравления, 1 попытка самоповешения, 1 попытка выброститься с высоты. В анамнезе лишь у 3 пациентов выявлялись суицидальные мысли, связанные с аналогичными мотивами.

Относительная немногочисленность данной подгруппы, опасный для жизни характер суицидальных действий, редкие случаи повторности суицидального поведения могут косвенно свидетельствовать о значительном риске завершенных суицидов при формировании мотивации суицидального поведения по механизму «отказа от жизни». Полученные в настоящем исследовании данные подтверждают литературные сведения о ранее установленной аналогичной зависимости. Так, В.С.Ефремов (2004) пишет, что «самоубийцы, личностный смысл суицида которых имеет форму отказа от жизни, гораздо реже попадают в поле зрения врачей, чем лица с иной психологической направленностью самоубийства, так как в абсолютном большинстве случаев этот суицид, с точки зрения замыслов человека, «удаётся». Автор относит данные формы суицидального поведения к «в высшей степени несущим опасность для жизни» [16].

При суицидальном поведении больных, формировавшемся по механизму «отказа от жизни», не прослеживалось какого-либо стремления оказать воздействие на их окружение (многие больные были одиноки, покинуты родственниками) или ситуацию путем самоубийства. Мотивация суицидального поведения в подобных случаях была связана с индивидуальным видением больного невозможности изменения объективно тяжелой жизненной ситуации, представляющей угрозу его дальнейшему существованию. Больные жаловались на «тяжелую судьбу», говорили, что в создавшихся условиях жизни, у них «нет ни сил, ни средств к выживанию», «приходится скитаться, так как нет ни паспорта, ни прописки». В мотивах суицидального поведения этих больных звучала безысходность их положения.

Таким образом, сложное взаимодействие психопатологических, личностных и ситуационных факторов при личностно-психологических механизмах суицидального поведения можно представить следующим алгоритмом:

1. Предрасполагающие факторы – психопатологические расстройства;
2. Определяющие факторы – сохранные структуры личности;
3. Провоцирующие факторы – острые и пролонгированные психотравмирующие ситуации.

Литература:

1. Положий Б.С. Клиническая суицидология. –Москва., 2006. 204с.
2. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии //Суицидология. Прошлое и настоящее -Москва: «Когито-Центр», 2001. С.353-359.
3. Шнейдман Э. Душа самоубийцы –Москва., 2001. С.126
4. Вассерман Д. Негативные события жизни (утраты, внезапные перемены, психические, в том числе нарциссические травмы) и самоубийство // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. –Москва., 2005. С. 124-131.
5. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями. –Москва., 2005. С.14-38.
6. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Личностные и диссоциативные расстройства. –Новосибирск., 2006. С. 276-299, 370-380.
7. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. –Москва., 1980.
8. Шостакович Б.В. Расстройства личности. –Москва., 2006. С.11.
9. Свядош А.М. Неврозы. –Москва., 1982. 355с.
10. Bleiler M., Huber G., Gross G., Schuttler B. Der langfristige verlauf schizophrener Psychosen. // Gemeinsame Ergebnisse zweier Untersuchungen. // Nervenarzt, 1976, Bd. 47, s. 477-481.
11. Bleiler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger kranken und Familiengeschichten. –Thieme, stuttgart, 1972.
12. Bleiler M. The long- term course of the schizophrenic psychoses. // Psyehological Medicine, 1974, №4, p. 244-254.
13. Harris E.C., Barraclough B.M. Suicide as an outcome for medical disorders. Medicine. 1994; 73. P. 281 – 296.
14. Stenager E.N., Stenager E. Physical illness and suicidal behaviour. In: Hawton K., van Heeringen K. (eds) Suicide and attempted suicide. Chichester: John Wiley and Sons Ltd; 2000; P. 405-420.
15. Лёнквист Ю. Соматические заболевания и самоубийство // Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. Москва, 2005. С. 106-110.
16. Ефремов В.С. Основы суицидологии. – Санкт-Петербург, 2004. С.234.



МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО МЕСЯЧНИКА, ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ СО СПИД

*Р.С.Колокина, Н.А.Судейманова, К.А.Толганбаева Национальный Центр проблем формирования
здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы*

На протяжении 25 лет ведется борьба со СПИДом и самым видимым аспектом работы является Всемирный День борьбы со СПИД, который проводится 1 декабря. Это день всеобщего единения и внимания в борьбе с этим заболеванием с привлечение мирового сообщества. Проведение этого дня было принято на Всемирном Саммите Министров здравоохранения по СПИДу в 1988 году.

Для успешного проведения мероприятий, посвященных Всемирному дню борьбы со СПИД, в рамках Республиканского месячника разрабатывается Концепция, которая заблаговременно направляется в областные и городские центры формирования ЗОЖ

СПИД – до сегодняшнего дня это неизлечимое и потому смертельное инфекционное заболевание, являющееся глобальной мировой проблемой, угрожающей существованию человеческого рода. Люди, инфицированные ВИЧ, остаются его носителями на всю жизнь. По расчетам ученых, если эпидемия не будет остановлена, то без поддерживающего лечения через 20 лет она унесет жизни половины человечества. В мире по данным ЮНЭЙДС на конец 2007 года насчитывается более 33.2 млн. ВИЧ-инфицированных, среди них женщин- 15.4 млн., детей моложе 15 лет – 2.5 млн. человек. Несмотря на все усилия, направленные на противодействие число людей, живущих с ВИЧ и ежедневно заражается ВИЧ-инфекцией более 6800 взрослых и детей, а каждый час-284 человека, каждую минуту-5 человек. Со времени открытия ВИЧ (1981 год), СПИД унес жизни более 25 миллионов человек в мире. В 2007 году общее количество смертей составило 2.1 млн., среди них детей до 15 лет – 330 тысяч.

Казахстан обеспокоен сложившейся ситуацией и поддерживает проведение этой международной, широкомасштабной акции. Мы относимся к числу стран с высоким уровнем распространения эпидемии СПИДа и находимся на пятом месте среди стран СНГ. Первый случай ВИЧ-инфекции в Казахстане выявлен в 1987 году. На сегодня ВИЧ-инфекция регистрируется во всех областях республики. На 01.01.08. зарегистрировано 9379 ВИЧ- инфицированных, в том числе 223 ребенка в возрасте до 15 лет и 605 больных СПИДом. Умерло 506 больных СПИДом. В 2007 году выявлено 1 979 впервые ВИЧ- инфицированных, в том числе 88 детей, а также 175 больных СПИДом (из

них 38 детей), что в 1,3 раза выше прошлогодних показателей. Большая часть от общего количества ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом составляют люди в возрасте от 20 до 39 лет, на долю которых приходится 76,7%. На возрастную группу 15-19 лет приходится 7,1% или 631 случай из всех зарегистрированных больных, что почти в 30 раз превышает показатели в возрастной группе 11-14 лет.

С 2006 года в Южно - Казахстанской области регистрируется вспышка ВИЧ – инфекции среди детей, находившихся на лечении в детских медицинских организациях г. Шымкента. Общее количество на 1 января 2008 года составило 145 детей.

Усугубляет проблему отсутствие вакцины и дорогостоящее на протяжении всей жизни поддерживающее лечение СПИДа, что ложится тяжелым финансовым бременем на всю систему здравоохранения. Воздействуя на кадровые ресурсы, семьи, предприятия, эпидемия ВИЧ/СПИДа может серьезно затормозить экономический рост и развитие любого государства. Ни с чем не сравним моральный ущерб для каждой семьи. Это диктует необходимость проведения активных и опережающих профилактических мероприятий среди уязвимых групп населения, направленных на повышение медицинской грамотности, ответственности за свое поведение и здоровье, что позволит реально снизить группу риска по развитию ВИЧ/СПИД, уменьшить заболеваемость и смертность.

Девиз Всемирной кампании: «Останови СПИД. Сдержи обещание!».

Дата проведения: с 1 ноября по 1 декабря 2008 года.

Целевая группа: Подростки и молодежь.

Глобальная цель и девиз остаются неизменными с 2005 года и будут таковыми до 2010 года. Главный приоритет- обеспечение ответственности государства, общества, индивидуума за предотвращение распространения эпидемии СПИДа – бедствия мирового масштаба.

Цель: привлечение внимания общественности, всего населения с акцентом на подростков и молодежь к угрозе эпидемии СПИДа.

Задачи:

1.Способствовать выработке ответственного поведения подростков и молодежи для снижения факторов риска возникновения ВИЧ/СПИДа.



2. Повышение уровня знаний педагогов и мед. работников по вопросам ВИЧ/СПИД для использования их в работе с подростками и молодежью.

3. Повышение уровня информированности всего населения о проблемах ВИЧ/СПИДа.

4. Популяризация здорового образа жизни.

5. Наметить пути продолжения кампании в течение всего года, направленные на консолидацию всех членов общества, участвующих в мероприятиях, направленных на борьбу со СПИДом.

Партнеры:

1. Департаменты культуры и информации

2. Департаменты образования

3. Департаменты санитарно-эпидемиологического надзора

4. Акиматы

5. Республиканский центр по борьбе со СПИД.

6. СДС Центр по контролю и профилактике заболеваний.

7. Фонд «Равный – равному».

8. «СПИД Фонд Восток – Запад»

9. Проект по контролю СПИД в Центральной Азии.

Ожидаемые результаты:

Повышение уровня знаний о заболеваемости ВИЧ/СПИД, включая профилактику, выработка мотивации к изменению поведения подростков и молодежи в сторону формирования здорового образа жизни и ответственного отношения к своему поведению.

Примерный план проведения месячника, посвященного Всемирному дню борьбы со СПИД

1. Изучение эпид ситуации по заболеваемости ВИЧ/СПИД в регионе;

2. Поиск партнеров по реализации программ профилактики ВИЧ/СПИД;

3. Проведение обучающего тренинга по принципу «Равный - равному» для педагогов, мед работников, учащихся;

4. Проведение обучающих семинаров для волонтеров;

5. Освещение месячника и проблем ВИЧ/СПИД в средствах массовой информации;

6. Проведение пресс-конференций и круглых столов;

7. В течение месячника организовать проведение конкурсов, викторин, вопросов и ответов, дебатов, дискуссионных клубов, вечеров, шестивий и других мероприятий;

8. В День борьбы со СПИД провести шествие, спортивные соревнования, концерты, дискотеки и другие массовые мероприятия;

9. Проведение анонимных консультаций подростков и молодежи специалистами Центров по профилактике и борьбе со СПИД и Центров ФЗОЖ с раздачей информационно-образовательного материала;

10. Разработка, тиражирование и отправка информационно-образовательного материала по районам области;

11. Проведение классных часов, родительских собраний с освещением вопросов проблем ВИЧ/СПИДа

12. Для раскрытия основного лозунга можно использовать следующие послания: «Семья- моя защита от СПИДа», «Я никогда не притронусь к наркотикам», «Дай свое обещание по борьбе со СПИДом», «СПИД не отнимет у меня друзей».

13. Привлечение государственных, общественных, коммерческих организаций, известных деятелей культуры, науки, спорта для проведения пропаганды здорового образа жизни, профилактики ВИЧ/ СПИДа, выступления их в молодежной среде, на радио и телевидении.

Сбор отчетов из районов, их анализ и подготовка к направлению в НЦПФЗОЖ к 15 декабря 2008 г.

Выводы: представленный материал может быть взят за основу по проведению месячника, посвященного Всемирному Дню борьбы со СПИД, в который могут быть внесены дополнения и изменения в соответствии с возможностями и особенностями каждого региона. Данные концепции специалисты ЗОЖ могут использовать в проведении семинаров, тренингов, конференций, в работе со СМИ и подготовке информационно-наглядного материала для различных целевых групп. С формой отчета можно ознакомиться в НЦ ПФЗОЖ.



ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

В своей деятельности здравоохранения Республики Казахстан рассматривает теорию и практику в неразрывной связи и взаимодействии. Теория освещает путь практике, проверяется практикой. она вырастает на основе обобщения практического опыта. К важным теоретическим проблемам строительства развитого общества относится теория, которая изучает законы предупреждения и лечения болезней, сохранения и развития трудоспособности и достижения долголетия людей.

Теория научно обосновывает принципы здравоохранения как важнейшей отрасли жизни строительства, изучает влияние социальных производственных отношений на состояние и динамику здоровья населения (демография, заболеваемость и физическое развитие), обобщает передовой опыт строительства здравоохранения, разрабатывает рациональные формы и методы медицинского обслуживания населения.

В вопросах теории здравоохранения исходит из того, что общественная жизнь людей определяется не случайными мотивами, не произвольными желаниями и стремлениями, а объективными, т. е. не зависящими от воли и сознания людей, законами. Для того чтобы вскрывать закономерности развития общественного здоровья и здравоохранения и умело использовать силы и средства в борьбе за снижение заболеваемости и укрепление народного здоровья, необходимо изучать практику работы медицинских учреждений, изучать и обобщать результаты деятельности многих тысяч медицинских работников.

В Казахстане в начале прошлого века были определены основные принципы здравоохранения, его государственный и плановый характер, профилактическое направление, неразрывное единство лечебной и профилактической медицины, диспансерный метод в организации медицинской помощи населению, участие трудящихся в строительстве здравоохранения на основе широкого развития санитарного просвещения.

Принципы советского здравоохранения проверялись на практике, обогащались творческим опытом многих тысяч медицинских работников, принимали новые формы, которые способствовали наилучшему обслуживанию трудящихся и успешному выполнению задач, выдвигаемых перед здравоохранением и правительством.

Здравоохранения Казахстана представляет собой досоветских, советских, постсоветских и

демократических периодах единую систему государственных и общественных мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение болезней, обеспечение здоровых условий труда и быта, высокой работоспособности и долголетия человека.

Отличительной особенностью человеческой культуры является прежде всего ее общественность и общественное здравоохранение, построенное на принципе бесплатности и общедоступности квалифицированной медицинской помощи. Врач в нашей стране является носителем и пропагандистом общечеловеческой культуры рабочего класса.

В основу своей деятельности в области охраны народного и общественного здоровья и здравоохранения лежит прежде всего проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития эпидемического характера заболеваний, связи с этим ставится задачи: 1. Решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах людей, как-то: а) оздоровление населенных мест (охрана почвы, воды и воздуха); б) постановка общественного питания на научно-гигиенических началах; в) организация мер, предупреждающих развитие и распространение заразных болезней; г) создание санитарного законодательства; 2. Борьбу с социальными болезнями (туберкулезом, венеризмом, Алкоголизмом, табакокурение и т. д.); 3. Обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи. Эти принципы в области охраны народного здоровья закрепились в основном законе Республики Казахстан.

Широкие профилактические мероприятия, массовая физическая культура, квалифицированная медицинская помощь, применение новейших методов лечения и предупреждения болезней сыграли исключительную роль в снижении заболеваемости и смертности населения. Но здравоохранение страны ставит перед собой и успешно решает задачи не только снижения заболеваемости, но и полной ликвидации ряда болезней по мере того, как передовая советская медицинская наука вооружает практику радикальными средствами ликвидации болезней. В Казахстане уже давно ликвидированы такие опасные болезни, как чума, холера, натуральная оспа, паразитарные тифы; ликвидирована в основном малярия, близки к полной ликвидации венерические болезни и др. Успешно



разрабатываются действенные профилактические средства, позволяющие пресечь распространение многих инфекционных заболеваний.

Государственный характер советского здравоохранения обеспечивает возможность обязательного применения всеми медицинскими учреждениями наиболее эффективных единичных методов работы.

Целям популяризации и внедрения в практику всего нового и передового служит медицинская печать, медицинские научные общества, многочисленные научные конференции врачей и провизоров. Достижения отечественной и мировой науки быстро становятся достоянием практических врачей и широко применяются ими.

План развития здравоохранения разрабатывается не только в масштабе государства в целом, но и в отраслевом, ведомственном и районном разрезах. Особое внимание при этом уделяется преимущественному медицинскому обслуживанию рабочих промышленных предприятий, промышленных центров.

В Казахстане трудящиеся всегда обеспечивали бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощью. Бесплатности медицинской помощи стала общедоступной населению, созданию сети специализированных медицинских учреждений, а также подготовить достаточное количество врачей и среднего персонала. Было развернуто громадное строительство новых учреждений здравоохранения, высших и средних медицинских учебных заведений.

Значительно увеличилось число врачей в районах там, где раньше на расстоянии сотен километров не было никакой медицинской помощи.

Резко увеличилось число врачей, в Республике Казахстан, если в 1913 г. были всего 291 врач, а в 1991 года увеличилась до 68 927.

Благодаря наличию высших и средних медицинских учебных заведений почти во всех советских республиках, где преподавание ведется на родном языке, каждая народность обеспечена врачами и средним медицинскими работниками, знающими родной язык, обычаи, быт коренного населения, которому они оказывают медицинскую помощь и среди которого ведут санитарно-просветительную работу.

Для специализации и усовершенствования врачей созданы институты усовершенствования. Усовершенствование врачей проводится также в медицинских и научно-исследовательских институтах и на базе крупных областных и городских больниц. Средним медицинским работникам также созданы условия для усовершенствования знаний и повышения квалификации.

Объединение амбулаторно-поликлинических учреждений (поликлиник, амбулаторий, консультаций, диспансеров) с больницами обеспечило возможность повышения квалификации врачей, работавших ранее только в амбулаторных учреждениях, и повысило качество медицинского обслуживания населения.

Упразднение районных отделов здравоохранения, передача функций сельским районным больницам, в состав которых вошли санитарно-эпидемиологические станции, позволили более эффективно использовать районных специалистов, более комплексно и целеустремленно обслуживать население квалифицированной медицинской помощью.

Большую роль в повышении квалификации врачей и усовершенствовании их медицинских знаний играют научные медицинские общества, врачебные съезды и конференции, медицинская печать.

Социалистическое строительство неотделимо от развития науки и ее достижений. «весь человеческий ум, весь его гений творил только для того, чтобы дать одним все блага техники и культуры, а других лишить самого необходимого — просвещения и развития. Теперь же все чудеса техники, все завоевания культуры станут общенародным достоянием, и отныне никогда человеческий ум и гений не будут обращены в средства насилия, в средства эксплуатации».

Научные достижения и открытия быстро внедряются в практику благодаря тому, что лечебно-профилактические учреждения широко знакомятся с новейшими методами профилактики, диагностики болезней и лечения больных посредством информационных писем и инструкций, а также через периодическую печать.

Профилактическое направление здравоохранения обогащалось и совершенствовалось по мере роста успехов, достижений медицинской науки, медико-санитарных учреждений и каждого медицинского работника. Оно осуществляется прежде всего путем широкого проведения санитарных мероприятий, государственным санитарным законодательством по охране от загрязнений почвы, воды и воздуха и созданием здоровых условий труда и быта населения.

Строительство и реконструкция городов, промышленных центров, фабрик, заводов, коммунальных предприятий осуществляются при участии и под контролем органов здравоохранения. Большая сеть санитарно-гигиенических институтов, лабораторий и санитарно-эпидемиологических станций разрабатывает гигиенические нормы на производстве и в быту и за их соблюдением. Для предупреждения развития и распространения



заразных болезней созданы были мощная санитарно-противоэпидемическая организация, сеть санитарных и бактериологических институтов и лабораторий. Санитарно-эпидемиологические станции, оснащенные необходимой аппаратурой, дезинфекционными средствами, сыворотками и вакцинами, во всех городах и районных центрах страны.

Активное участие в предупреждении и ликвидации инфекционных болезней принимали все лечебно-профилактические учреждения. На предохранительные прививки против оспы, дифтерии, туберкулеза и других заболеваний ежегодно расходуются десятки миллионов средств.

Большую помощь органам здравоохранения оказывали общества Красного Креста и Красного Полумесяца. Сотни тысяч членов этих массовых общественных организаций принимали участие в противоэпидемической работе органов здравоохранения. Общества Красного Креста и Красного Полумесяца формировали санитарные дружины, которые оказали неоценимую помощь эвакуогоспиталю во время приема раненых из военно-санитарных поездов и в культурно-бытовом обслуживании раненых. По инициативе этих обществ в колхозах были созданы медицинские пункты, проводившие под руководством медицинского персонала противоэпидемическую и санитарно-просветительную

Формы организации и методы работы общественного актива здравоохранения весьма многообразны. Они видоизменялись и совершенствовались применительно к задачам, стоявшим перед органами здравоохранения в различные периоды.

В наши дни, в условиях глобализации, ожесточенной конкуренции на мировом рынке, ни одна страна не отказывается от государственного управления системой здравоохранения.

Несмотря на распада советского союза и создание качественно полноценная и функционально самостоятельная, внутренне верховой и внешне независимой государство – Республики Казахстан, в системе здравоохранения сумели сохранить основу общие принципы теории и организации: доступность медицинской помощи; справедливость в оказании медицинской помощи; государственное регулирование в виде приоритетов, программ; развития здоровья своего народа в условиях глобальной конкуренции и др.

Использованные литературы:

1. КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. ч. 1, М., 1953, стр. 429-430.
2. «Санитарно-гигиенические условия труда», Газета «Правда» от 27 июня 1912 г.
3. Аканов А.А. Здравоохранение Казахстана – прошлое, настоящее, будущее., Астана, 2005., 121 стр.
4. Лисицин Ю.П., Общественное здоровье и здравоохранения., 2007 г., 505 стр.
5. Котов А.К., Наше государство – Суверенный Казахстан., 1996 г., с.24.
6. Нурмуханбетова Р.Н., Қазақстан Республикасының 1920-2005 жж. аралығындағы медицинасы және денсаулық сақтау саласы., Алматы, 2006 ж., 2 том, 389 бет.

ОТНОШЕНИЕ К РЕЖИМУ ПИТАНИЯ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА

С.В.Ахметова Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда

Введение. Под режимом питания понимают определенный распорядок приема пищи, который по современным представлениям включает: часы и кратность приема пищи, интервалы между приемами пищи, продолжительность приема пищи, очередность приема блюд, распределение рациона (по калорийности, качественному составу, весу и объему) по отдельным приемам пищи на протяжении дня, поведение человека во время акта еды. Наиболее целесообразным для здорового человека является 4-х разовый прием пищи.

Соблюдение правильного режима питания обеспечивает нормальное функционирование пищеварительного аппарата, более полную усвояемость пищи, а также равномерное снабжение организма пищевыми веществами на протяжении суток. Изменение режима питания с физиологической точки зрения весьма нежелательно, так как оно нарушает установившийся ритм работы пищеварительных органов и всех связанных с ними систем и регуляторных механизмов. Таким образом, рациональное питание немыслимо в от-



рыве от рационального режима питания. В этой связи современная нутрициология рассматривает эту проблему как единую.

Цель данного исследования – изучить отношение к режиму питания городского населения Центрального Казахстана.

Материалы и методы. Нами был проведен опрос городского населения Центрального Казахстана, с использованием специализированной анкеты разработанной на кафедре питания Карагандинской государственной медицинской академии, включающей детализированные вопросы по оценке соблюдения режима питания.

Группу обследуемых составили 2358 человек, из них 573 – мужчины и 1782 женщины, в возрасте от 18 до 60 лет, проживающие в городах Центрального Казахстана (Караганда, Жезказган, Темиртау, Павлодар, Аксу и др.)

Результаты и обсуждение. При проведении исследования нами было установлено следующее: при ответе на вопрос - «Сколько раз в день Вы употребляете пищу?», большинство респондентов указали на 2-3 и 3-4 кратную частоту приема, однако около 10% опрошенного населения питается не чаще 2 раз в сутки. При этом более половины мужчин и женщин указали, что не соблюдают режим питания. Максимальные цифры, указывающие на нарушение режима питания приходится на ужин, то есть более половины мужчин и женщин не принимают ужин в определенные часы.

Более 80% респондентов обеих половых групп принимают завтрак в 7-11 часов, причем мужчины достоверно чаще завтракают и до 7 часов утра, а женщины чаще завтракают в интервале 9-11 часов. Однако, в группе респондентов обеих половых групп, есть и те, кто отказывается от завтрака, их численность составляет чуть более 5% (рисунок 1).



Рисунок 1

Второй завтрак принимают около ¼ респондентов в интервале 10-12 часов, остальные исключают данный прием пищи из режима питания.

Зависимость частоты приема пищи от пола обследованных в (%)

Женщины достоверно чаще обедают в 12-14 часов, мужчины либо ранее 12, либо в 14-16 часов. Необходимо отметить, что в обеих половых группах почти 2% респондентов вынуждены отказываться от обеда.

Такой прием пищи, как полдник достоверно чаще встречается в режиме питания женщин во временном интервале 15-17 часов. Однако, почти половина опрошенных женщин и более 2/3 мужчин, отказывают себе в приеме полдника.

Ужинают 100% мужчин, причем наиболее часто встречающийся временной интервал 18-20 часов (49%) и 20-22 часа (30%). В группе женщин наблюдаются та же тенденции, однако, около 3% респондентов - женщин отказываются от приема ужина.

При ответе на вопрос: «Принимаете ли Вы пищу перед сном?», половина опрошенных мужчин и 1/3 женщин ответили положительно, но необходимо отметить, что женщины достоверно чаще отказываются от приема пищи перед сном.

Горячую пищу (готовые блюда) и мужчины и женщины принимают преимущественно 2 раза в день, причем женщины достоверно реже, чем мужчины. Необходимо отметить, что четверть обследованных потребляют горячую пищу не чаще 1 раза в день, причем, в основном, это женщины.

Каждый день первое блюдо принимают чуть больше 1/3 мужчин и 27% обследованных женщин. Однако, большинство респондентов обеих групп отмечают, что первые блюда в их рационах встречаются не чаще трех раз в неделю, причем женщины потребляют супы достоверно реже, чем мужчины.

На основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

- При проведении исследования в 100% случаев у опрошенных респондентов выявлены нарушения в режиме питания.
- В обеих половых группах преобладает 3-х кратный прием пищи.
- Наибольшие нерациональные отклонения от рекомендуемых норм установлены в группе респондентов-женщин, т.е. в отношении режима питания женщины менее рациональны, чем мужчины.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНОГО КАЗАХСТАНА

Т.Н.Хайбуллин, А.И.Хайбуллина, Р.М.Бикбаев, Р.Г.Мансуров, Д.П. Брыжахин Семипалатинская государственная медицинская академия, Казахстан, г.Семей

В настоящее время около 30% жителей нашей планеты имеют избыточную массу тела или страдают ожирением. Ожирение признано ВОЗ новой неинфекционной эпидемией XXI века. Эксперты ВОЗ предполагают, что к 2025 году от ожирения будут страдать 40% мужчин и 50% женщин. Значимость проблемы ожирения определяется угрозой инвалидизации лиц молодого возраста и снижением общей продолжительности жизни в связи с частым развитием тяжелых сопутствующих заболеваний. Ожирение является серьезным препятствием на пути эффективной профилактики многих хронических неинфекционных заболеваний [1, 2, 3, 4, 5].

Целью настоящего исследования явилась оценка распространенности избыточной массы тела, общего и абдоминального ожирения среди городского населения с учетом гендерных и возрастных различий.

Материалы и методы исследования. В настоящей работе представлены результаты одномоментного выборочного эпидемиологического исследования (cross-sectional study) с использованием стандартной анкеты-опросника, позволившего изучить распространенность выше указанных антропометрических факторов риска сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний (Бритов А.Н., 2000). Опрошено 1490 респондентов, постоянно проживающих в г. Семей Восточно-Казахстанской области. Из них 606 мужчин и 884 женщины от 20 лет и старше с формированием 6 возрастных когорт. Индекс массы тела рассчитывался по формуле: вес (кг)/рост (м²). Избыточная масса тела (ИМТ) регистрировалась при индексе массы тела 25-29,9, ожирение – 30 и более. Об абдоминальном типе ожирения судили по показателю окружности талии (ОТ) в см: > 102 см для мужчин и > 88 см для женщин, пересчитанных на интегральный показатель отношения объема талии к объему бедер (От/Об).

Результаты и выводы. Проведенный анализ распространенности ИМТ выявил достоверно значимые статистические различия с доминированием указанного показателя во всех возрастных категориях у мужской части населения. Исключением явилась группа 50-59 лет, где превалирование ИМТ у мужчин не имело статистической значимости. Среднее значение показателя ИМТ среди мужчин превысило указанное значение по

отношению к женщинам почти в 1,5 раза, составив соответственно 41,2% и 28,6% (рис. 1).

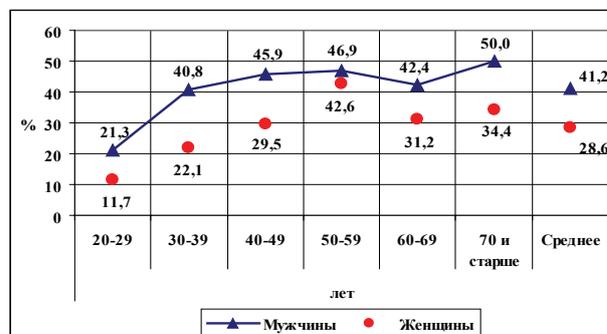


Рис. 1 Характеристика распространенности избыточной массы тела среди населения г. Семей с учетом пола и возраста

Среднее значение показателя распространенности ожирения по индексу массы тела как видно из рис.2, выявило его преобладание у женщин в 1,9 раза по отношению к мужской субпопуляции (соответственно 24,9% и 12,8%).

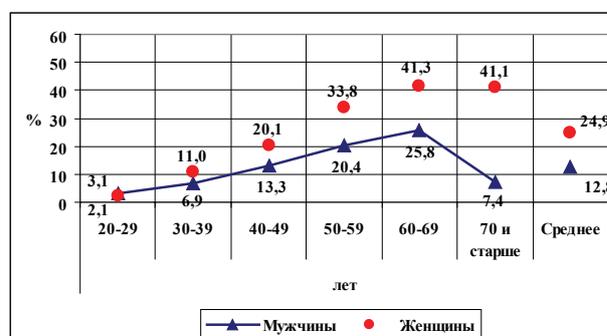


Рис. 2 Характеристика распространенности ожирения среди населения г. Семей с учетом пола и возраста

Причем доминирование ожирения у женщин по отношению к мужчинам имело статистически значимые различия во всех возрастных категориях, за исключением группы 20-29 лет (соответственно 2,1% и 3,9%). В группах от 30 до 70 лет ожирение у женщин превалировало от 1,5 до 1,7 раза по отношению к представителям мужской субпопуляции. Наиболее значимые различия выявлены в старшей возрастной группе. Здесь ожирение у женщин более чем в 5 раз превысило искомым индекс по отношению к мужчинам (41,1% и 7,4% соответственно). В целом отмечается отчетливая возрастная тенденция увеличения распространенности ожирения с



максимумом у женщин группах 60-69 лет и 70 лет и старше (41,3 и 41,1% соответственно), а у мужчин – в группе 60-69 лет (25,8%).

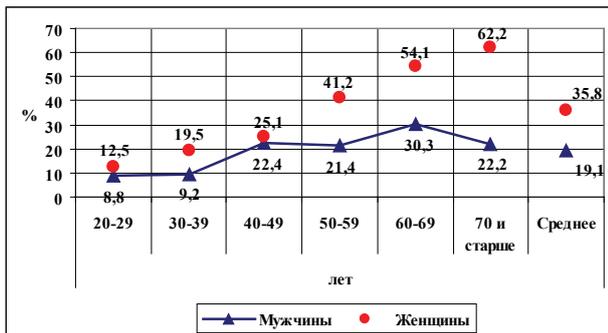


Рис. 3 Характеристика распространенности абдоминального ожирения среди населения г. Семей с учетом пола и возраста

Абдоминальный тип ожирения также доминирует в женской субпопуляции (рис. 3). Так, среднее значение данного показателя у женщин регистрировалось в 1,9 чаще по отношению к мужчинам, составив соответственно 35,8 и 19,1%. Статистически значимое превалирование частоты абдоминального ожирения у женщин по отношению к мужчинам отмечено во всех возрастных категориях за исключением группы 40-49 лет (25,1 и 22,4% соответственно). Наиболее выраженное различие отмечено в группе 70 лет и старше, где абдоминальный тип ожирения у женщин в 2,8 раза превысил данный показатель по отношению к представителям мужской субпопуляции. У женщин, начиная с младшей возрастной группы, отмечается отчетливая возрастная тенденция роста данного показателя с максимальным его значением в возрастных категориях 60-69 лет и 70 лет и

старше (54,1 и 62,2% соответственно). Тогда как у мужчин кривая показателей абдоминального ожирения, начиная с 40 лет и старше, представляет форму плато, с максимумом в группе 60-69 лет (30,3%).

Таким образом, если показатель избыточной массы тела преобладал среди мужской субпопуляции, то ожирение оказалось характерным для женщин. В целом, как общее ожирение, так и его абдоминальный тип почти в 2 раза чаще отмечались среди представителей женской субпопуляции, чем среди мужчин, с существенной распространенностью в возрастных категориях от 50 лет и старше. При планировании профилактических мероприятий необходимо учитывать данные факты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Controlling the global obesity epidemic. World Health Organization. 2002; <http://www.who.int/nut/obs.htm>.
2. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. JAMA. 2003; 289: 187–193.
3. Ford E., Williamson D., Liu S. Weight change and diabetes incidence findings from a national cohort of US adults. Am. J. Epidemiol. 1997; 146: 214–222.
4. Hu G; Tuomilehto J; Silventoinen K; Sarti C; Mannisto S; Jousilahti P. Body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio on the risk of total and type-specific stroke. Arch Intern Med. 2007 Jul 9; 167(13): 1420–1427.
5. Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P. et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: cohort study. Lancet. 2001; 358: 1682–1686.

ОБ УПРАВЛЕНИИ ВЛИЯНИЕМ ФАКТОРОВ ШКОЛЬНОЙ СРЕДЫ

Н.В.Сливкина, Е.Д.Даленов, В.Б.Хасин Казахская медицинская академия, г.Астана

Одно из приоритетных направлений развития нашего государства – укрепление здоровья населения республики Казахстан. Вместе с тем одним из слагаемых здоровья нации является здоровье подрастающего поколения. Факторы риска ряда хронических заболеваний начинают активно воздействовать именно в этом возрасте и здесь ведущую роль играют школьные факторы риска. Их предупреждение должно базироваться на разработке системы здоровьесберегающих технологий.

В связи с вышеизложенным, целью работы стала оценка влияния факторов школьной среды

на состояние здоровья учащихся и разработка системы мер по минимизации их негативного воздействия.

Для решения поставленной задачи нами обследовано всего 110 человек в возрасте 15-17 лет. Наряду с традиционными методами медицинского осмотра нами использовалась методика Г.Л. Апанасенко. Проведенное среди обследованных анкетирование для выявления факторов риска, показало, что к ведущим относятся гиподинамия (70%) и психо-эмоциональный стресс (61,8%), к факторам средней значимости – пользование компьютером (26,4%) и нерациональное питание



(19,4%) и к несущественным факторам – потребление алкоголя (16,4%).

Из всего числа обследованных подростками выделены контрольная и опытная группы по 25 человек каждая, однородные по возрастному составу, психофизическому состоянию. Среди учащихся опытной группы в течение полугодия проводился комплекс оздоровительных мероприятий, включающий: индивидуально подобранные

физические упражнения, комплекс закаливающих процедур, коррекцию питания с использованием оздоровительного пищевого продукта «Бапол», в период вспышек ОРВИ и гриппа кварцевание носоглотки и помещения, психологические тренинги и приемы психорелаксации. Результаты динамического обследования учащихся контрольной и опытной групп по методике Апанасенко представлены в таблице 1.

Таблица 1. Динамическое обследование учащихся по методике Апанасенко

Функциональные показатели	Средние значения функциональных показателей			
	Начало обследования		Конец обследования	
	Опытная группа	Контрольная группа	Опытная группа	Контрольная группа
Весоростовой индекс	21,7 ±3,7	20,6 ±3,8	21,9±4,1	21,2±3,6
Жизненный индекс	43,5 ±9,8	43,6 ±7,7	45,2±10,0	43,8±7,8
Силовой индекс	41,5 ±11,9	44,1 ±9,4	45,6±12,3	44,5±12,3
Индекс коронарного кровообращения	90,2 ±11,0	95,5 ±18,6	85,6±10,1	98,0±18,8
Функциональная проба	106,2±40,4	107,4±41,0	84,8±36,4	113,2±41,5

Достоверных различий в показателях весоростового индекса в контрольной и опытной группах выявлено не было.

В динамике полугодия мы наблюдали тенденцию к снижению жизненного индекса в контрольной группе в 28% , в опытной группе отмечена тенденция к увеличению жизненного индекса у 46% обследованных.

Анализ показателей АД сист. и диаст., полученных на I этапе исследования не выявил существенных различий в контрольной и опытной группах. В динамике опытной группы АД существенно не изменилось, в контрольной же группе наблюдалось увеличение систолического АД. При уменьшении ЧСС в исходном состоянии можно в определенной мере говорить о состоянии экономизации работы сердечно-сосудистой системы. Исходная ЧСС была сравнительно одинаковой в контрольной и опытной группах. В динамике исследований достоверно снижается ЧСС в опытной группе, что свидетельствует о совершенствовании функционирования сердечно-сосудистой системы под влиянием регулярных физических нагрузок. Изменения ЧСС в контрольной группе малозначительны. В динамике контрольной группы наблюдалось ухудше-

ние показателя функциональной пробы. В опытной группе на фоне регулярных физических нагрузок аэробного характера имело место улучшения этого показателя в 78% случаев.

Оценка интегрального показателя «уровень здоровья» в динамике показала, что в контрольной группе отмечено снижение «уровня здоровья» в 28% случаев, в то время как в опытной группе наблюдалось улучшение показателя «уровня здоровья» у 54% обследованных.

Таким образом, динамическое наблюдение за учащимися показало дальнейшее снижение «уровня здоровья» в контрольной группе и здесь же прослежено ухудшение функциональных показателей сердечно-сосудистой системы. В то же время в опытной группе на фоне регулярных занятий физическими упражнениями аэробного характера значительно улучшились показатели индекса коронарного кровообращения и функционального тестирования, достоверно улучшились показатели силового индекса, прослежена тенденция к улучшению жизненного индекса и как следствие улучшение интегрального показателя «уровень здоровья». Здесь же наблюдалось снижение заболеваемости ОРВИ и гриппа от 76,2% до 51,5%.



ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ДЕРАТИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛИСТЕРИОЗЕ И ДРУГИХ ЗООНОЗНЫХ ИНФЕКЦИЯХ В Г. АЛМАТЫ

Г.С. Максутова, Р.Т. Курамысова, Ж.А. Карымбаева Казахский Национальный медицинский университет, г. Алматы, Управление Государственного санитарно-эпидемиологического надзора г. Алматы

В настоящее время одной из широко распространенных бактериальных инфекций во многих странах мира является листериоз. Листерии поражают человека, сельскохозяйственных и диких животных, тем самым наносят существенный экономический и социальный ущерб [1,3].

В связи с тем, что основным резервуаром возбудителя листериоза в природе являются грызуны, на территории г. Алматы проводятся мероприятия по борьбе с грызунами [1,2,3].

Истребительные работы против синантропных грызунов (крыс и мышей) в 2005-2008 г.г. проводились по типу сплошной дератизации. Важным условием проведения таких профилактических мероприятий является одномоментность обработок от грызунов открытых местообитаний и закрытых биотопов различных категорий городских застроек.

За счет городского бюджета провели дератизацию открытых биотопов, общей площадью от 9,7-10,7 га, а также малоэтажный жилой сектор с приусадебными участками 5,8 га или 70000 частных домовладений. Эту работу осуществляли ТОО «Дезинфекционная станция ДДД», «Табигат», ИП «Жанов», ТОО ФМП «АН-НИ». Остальные категории городских застроек, в том числе и многоэтажный жилой сектор общей площадью 12,1 га обрабатывались на договорной основе частными дезинфекционными фирмами, имеющими лицензии. Работу частных фирм контролировали специалисты РОУГСЭН и УГСЭН г. Алматы. Сплошную дератизацию проводили два раза в год - весной (апрель-май) и осенью (сентябрь-октябрь). Качество и эффективность дератизации оценивали специалисты санэпидслужбы. В состав комиссии по приемке обработанных от грызунов площадей входили представители УГСЭН г. Алматы, РСЭС и КазНЦКиЗИ.

До начала раскладки приманок на местности УГСЭН г. Алматы представил исполнителю сплошной дератизации акт «О проведении предотрабочных учетов численности грызунов в открытых биотопах территории г. Алматы в весенний или осенний период года» и утвердил график проведения сплошной дератизации г. Алматы дезинфекционными фирмами.

Исполнители сплошной дератизации использовали отравленные приманки (пшеничная сечка)

на 1,5-2 % и дан-флюиде и 5 % ракумине, и дан-дусте (антикоагулянты 1-2 поколения). Также они обеспечили решение всех организационных и технических вопросов, безопасность проводимых работ для людей, домашних животных и птиц, высокую эффективность истребительных мероприятий против грызунов на уровне не ниже 85 % гибели зверьков.

В 6 районах г. Алматы (пунктах многолетних наблюдений) было установлено 500-600 ловушечных ночей. Для бактериологического и серологического исследования грызунов, добыто и доставлено в лабораторию ООИ ЦСЭЭ г. Алматы 274 грызуна, в том числе 218 серых крыс (79,5%). Доля иммунной прослойки зверьков к возбудителю листериоза составила – 24,5%, иерсиниоза – 63,9%, лептоспироза -1,6 %, сальмонеллеза – 3,5%, токсоплазмоза -1,6%, пастереллеза - 4,9 %. Среди циркулирующих в городской популяции серых крыс и перечисленных зоонозных инфекций удельный вес иерсиниоза был наиболее выражен, он составил 63,9 %.

Таким образом, суммарная численность грызунов в открытых биотопах г. Алматы за 2005-2008 г.г. года не превышала 10 % попадаемости в давилки и оценена по 3-х бальной шкале как средняя. Дератизацией охвачены русла и поймы рек Большая и Малая Алматинка, Весновка, Каргалинка и т.д., заболоченные места, свалки бытового и строительного мусора, скверы, парки. Проведены кольцевые заградительные обработки вблизи рынков, зоопарка, кладбищ, ипподрома и т.д. Ядоприманка была разложена на остановках городского общественного транспорта, на территории контейнерных площадок, в жилых зданиях, находящихся в неудовлетворительном санитарном состоянии. Ядоприманки размещались по 50-100 г в норы, расщелины, укрытия, т.е. в труднодоступные места для людей и животных, заселенные грызунами.

Дератизацию проводили производственные бригады, состоящие из бригадира-инструктора и дезинфекторов, которые прошли специальную подготовку. Приготовлением и расфасовкой ядоприманок занимались 1 лаборант и 2 сезонных дезинфектора. Процесс проведения дератизации возглавляли и координировали врачи-эпидемио-



логи. Работу производственных бригад на местах контролировали врачи-энтомологи РОУГСЭН. Перед началом работы всем участникам сплошной дератизации провели инструктаж по проведению истребительных мероприятий против грызунов в открытых биотопах и малоэтажном жилом секторе, о мерах личной и общественной безопасности при работе с ядовитыми веществами. Участники дератизации были обеспечены халатами, перчатками, респираторами, сумками для доставки ядохимикатов, совками. Специалисты РОУГСЭН путем подворных обходов и опросов населения выборочно проверили факт проведения дератизации.

Выводы

1. Работа по ограничению численности синантропных грызунов осуществлялась на фоне исходной суммарной численности крыс и мышей в среднем 6,9 % попадаемости в ловушки.

2. В структуре заболеваемости крыс и мышей обитающих на территории г. Алматы зарегистрировано 6 зоонозных инфекций: листериоз–24,5%, иерсиниоз–63,9 %, лептоспироз-1,6 %, сальмонел-

лез-3,5 %, токсоплазмоз-1,6 %, пастереллез–4,9 %. Средний показатель зараженности грызунов составил 5,4 %, грызунов с антителами составил 20,4 %.

3. Родентицидная эффективность составила в среднем 89,6 %.

4. Сплошная дератизация проведенная в 2005-2008 г.г. в г. Алматы привела к уменьшению численности грызунов и может способствовать снижению заболеваемости людей зоонозными инфекциями.

Литература:

1. С.А. Амиреев, Т.А. Муминов, Б.Л. Черкасский и др. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях, 1 том. Алматы, 2007, стр. 263-273.

2. Приказ № 946/326 от 17.10.2002. «О профилактике листериоза в Республике Казахстан».

3. Методические указания по этиологии, эпидемиологии, эпизоотологии, профилактике, клинике, лечению и лабораторной диагностике листериоза, №8.05.041.02. от 28.07.2002. Астана, 2002.

К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГОЛОВОКРУЖЕНИЙ.

Т.В.Каймак, Д.П.Брыжахин, А.Т.Турганбаева, Ф.С.Рахимжанова СГМА, г. Семей

Головокружение является симптомом более 80 патологических состояний. Это делает проблему высокозначимой и требующей внимания врачей разных специальностей – терапевтов, неврологов, отоларингологов, так как жалобы на головокружение предъявляют до 30% населения (Г.В.Горностаева, Ю.Я.Варакин, М.Е.Прокопович и др., 2005), хотя часть пациентов не обращаются за медицинской помощи по разным причинам.

Классификация причин головокружения включает: заболевания среднего и внутреннего уха, заболевания ЦНС; поражения органов шеи, в том числе дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника; инфекционные и сердечно-сосудистые поражения; нарушения, вызванные лекарственными веществами, метаболическими и гематологическими причинами и прочие (G.R.Holt, J.R.Tomas, 1980).

Характер головокружения неоднороден и не всегда четко описывается больным. Но патогенетически это всегда дисфункция высокоинтегративных процессов, основанных на взаимодействии между афферентными сигналами различных

сенсорных систем: вестибулортикальной – при изменении субъективного восприятия вертикали и горизонтали, нарушения ориентации в пространстве и передвижении; вестибулоядерного периферического комплекса, зрительной системы – при распознавании линейных и угловых перемещений головы и туловища и т.д. Поэтому адаптация к утрате вестибулярных функций является неоднородным и сложным процессом, задействующим все доступные сенсорные системы, как через тренинг, так и посредством фармакотерапии.

Разработаны специальные комплексы адаптационной терапии, развивающие у пациентов способность контролировать головокружение. Однако стандартом для профилактики повторных эпизодов вестибулярного головокружения считаются гистаминэргические средства.

Различают 3 типа гистаминовых рецепторов: постсинаптические H1 и H2, а также пресинаптический H3, расположенные во всех частях мозга, но с различной плотностью, достигая высокой в области сосудистой полоски во внутреннем ухе и туберомамиллярных ядрах задней части гипоталамуса.



Цель работы - проследить терапевтический эффект Бетасерка у пациентов с головокружением различного генеза. Было обследовано и пролечено 60 больных (24 муж., 36 жен.) от 17 до 79 лет (ср. возраст 57,2 года).

Анализ состояний, вызвавших головокружение, вывел на 1 место дисциркуляторную энцефалопатию – 40% пациентов; 2 место – шейный остеохондроз – 30%; 3 место последствия ЧМТ и ОРВИ – по 10%; 4 место поделили ВСД, вестибулопатия и болезнь Меньера – по 2 пациента.

Также больные жаловались на головную боль, шум в ушах, снижение слуха, нарушение равновесия, тошноту, нарушение работоспособности. При осмотре у 36 был односторонний нистагм, с отклонением рук и туловища в противоположную сторону, выраженные вегетативные дисфункции, снижение слуха на стороне нистагма. У 24 нистагм был двухсторонний, имела место недостаточность VII, V, XII пар ЧМН, анизорефлексия, вертебральный синдром. В 6 случаях свет, звук, движение давало усиление головокружения до рвоты.

Бетасерк назначали в дозе по 24 мг 2 раза в сутки в течение 2 месяцев. Эффект терапии оценивался по шкале АВСД, где А – значительное улучшение, уменьшение симптомов на 75% и более. В – удовлетворительный эффект, снижение

выраженности и интенсивности симптоматики не более 50%. С – слабый эффект – уменьшение симптомов на 25%. Д – эффекта нет.

У 3 пациентов головокружение прекратилось с 3-го дня, у 10 – к концу 1 недели был эффект В. 2-ю неделю 30% отметили уменьшение шума в ушах, улучшение работоспособности, равновесия до эффекта В. К концу месяца у 80% больных был стойкий эффект А, за счет уменьшения интенсивности и урежения частоты приступов. Побочного действия препарата не отмечено.

Эффект достигся, вероятно, за счет 3-х уровней действия Бетасерка:

1. на кохлеарный кровоток, улучшая микроциркуляцию в лабиринте и улитке
2. на центральный аппарат, блокируя НЗ рецепторы вестибулярных ядер мозга
3. на периферический вестибулярный аппарат, ингибируя импульсную активностью ампулярных рецепторов (Miller J.M., 1998, Lacour M., 1998, 2007).

Полученные данные указывают на эффективность Бетасерка не только для купирования острых приступов головокружения мультифакторального генеза, но и для профилактики рецидивов вертиго, так как в отличие от многих других препаратов он не обладает выраженными побочными действиями даже при длительном применении.

К ВОПРОСУ О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ УЧЕТНО-ОТЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

Ш.Е.Каржаубаева, Р.С.Колокина

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Одной из задач, стоящих перед общественностью современного Казахстана, является решение вопросов сохранения здоровья, включая репродуктивное здоровье, детей и подростков Казахстана, которые составляют одну треть общей численности всего населения.

В Республике существует достаточная нормативно-правовая база, регламентирующая охрану здоровья, в том числе репродуктивное, детей и подростков на государственном уровне.

В соответствии с Конституцией Республики Казахстан (статья 27) «Брак и семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой общества и государства». Этот основополагающий тезис получил свое развитие в законах Республики Казахстан «О браке и семье», «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан», «О правах

ребенка», «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их осуществления», «Об образовании», других законодательных и нормативных актах.

Важнейшим базовым документом является Конвенция о правах ребенка, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 20 ноября 1989 года. В целях обеспечения наилучших интересов детей Казахстана Президентом РК Н.Назарбаевым подписана данная Конвенция, которая ратифицирована нашим правительством в 1994 году. Первый правительственный отчет Казахстана был заслушан на 33-й сессии Комитета ООН по правам ребенка в 2003 году в Женеве, который получил позитивную оценку, данную экспертами Комитета ООН. Одним из положительных достижений Казахстана признано развитие и совершенствование новой законодательной базы,



а также сотрудничество государственных структур с международными организациями по вопросам детства.

К этому времени (08.08.02.) в Казахстане был принят закон РК «О правах ребенка», согласно которого в соответствии со статьей 1 Конвенции о правах ребенка, определен возраст ребенка. Ребенком признается лицо, не достигшее 18 летнего возраста.

Однако, при составлении различного рода необходимых статистических данных, включающих вопросы состояния здоровья, в Казахстане используются прежние возрастные критерии: дети - это лица в возрасте от 0 до 14 лет и подростки - лица в возрасте от 15 до 17 лет включительно. Это не позволяет судить об истинной ситуации, характеризующей состояние здоровья этой возрастной группы с учетом возрастных критериев, рекомендованных ВОЗ, и не может быть сопоставимым с аналогичными данными других стран. Это не позволяет планировать и предпринимать адекватные меры по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, что является приоритетным направлением деятельности правительства Казахстана и основополагающим фактором социального развития и национальной безопасности страны.

В Казахстане утверждены учетно-отчетные формы, согласно которых все лечебно-профилактические организации анализируют свою работу и полученные данные обрабатываются Агентством РК по статистике, которые публикуются в статистических сборниках и других материалах.

Однако, для получения достоверной статистической информации, характеризующей состояние здоровья определенных групп населения, включая детей и подростков, необходимо в существующие отчетно-учетные формы внести некоторые дополнения:

- Во всех учетно-отчетных формах соблюдать возрастные критерии в соответствии с рекомендациями ВОЗ и нормативно-правовой базой РК (Конвенция о правах ребенка, Закон «О браке и семье», Закон «О правах ребенка»);
- Детский возраст определить как возраст от 0 до 18 лет;
- Во всех учетно-отчетных формах выделять «город» и «село»;
- В форме 52 (отчет по детской инвалидности) изменить возраст 16 лет на возраст 18 лет (включительно);
- В форму-60 (отчет о диспансеризации подростков, студентов вузов и учащихся ССУЗ) добавить «осложнения беременности и родов у девушек подростков»;
- В форме 12 (отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих

в районе обслуживания мед.организаций, и контингента больных, состоящих под диспансерным наблюдением) в графу «дети» добавить «в т.ч. мальчики», а в графу «подростки» добавить « в т.ч. девушки»;

- В форму № 13 «Отчет об абортах» добавить данные по возрастам (до 15 лет; 15-18 лет, 19- 34 года, 35 лет и старше) в графу « аборт по срокам беременности (до 12 недель, 13-21 недель, 22-27 недель)»;

- В форме № 31 «Отчет о мед.помощи детям» конкретизировать возраст детей, подлежащих профилактическим осмотрам;

- В форме № 34 «Отчет о контингентах больных с инфекциями, передающимися преимущественно половым путем», при имеющимся разделении на мужской и женский пол, добавить возрастные градации с выделением детского и подросткового возраста.

Более усовершенствованные отчетно-учетные формы, характеризующие состояние здоровья населения, в том числе детей и подростков, позволят:

1. Проводить качественный и полный анализ состояния здоровья детей и подростков в городской и сельской местности.

2. Провести сопоставление полученных данных с данными других стран.

3. Более качественно оценить состояние здоровья девушек и юношей как в городской, так и в сельской местности.

4. Полученные данные могут представить полную характеристику репродуктивного здоровья девушек и юношей в городской и сельской местности.

5. Использовать данные анализы для подготовки, апробации и реализации программ, направленных на улучшение и сохранение здоровья девушек и юношей.

6. Возможно, данные анализа послужат основой для научных исследований с последующими практическими рекомендациями.

7. Использовать для планирования межведомственного подхода в реализации мероприятий по охране репродуктивного здоровья девушек и юношей на основании более убедительных статистических данных.

ВЫВОДЫ

Учитывая приоритетность охраны здоровья детей и подростков в Казахстане, усовершенствование нормативно-правовой базы, более широкая интеграция в мировое сообщество, мы нуждаемся в получении достоверной информации о состоянии здоровья детей и подростков для проведения качественного анализа и принятия адекватных мер на межведомственном уровне.



ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Д.А.Оспанова Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Алматы

Рост численности людей старших возрастов ведет к дальнейшему демографическому старению и повышению демографической нагрузки, что обуславливает необходимость пересмотра основ организации и финансирования действующих здравоохранительных и социальных служб.

Недостаточный объем ныне существующей медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста является предпосылкой дальнейшего совершенствования помощи в следующих направлениях:

- функционировании гериатрических кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях (АПО);

- широкой клинической подготовке врачей терапевтов по вопросам гериатрии и геронтологии в ИУВ;

- создании Геронтологического центра – межсекторального методического и координационного центра по оказанию медико-социальной помощи населению пенсионного возраста.

В результате комплексного изучения и анализа медико-социального обеспечения лиц пенсионного возраста: источников литературы; нормативно-правовой базы; организации и обеспечения медицинской помощью изучаемого контингента на амбулаторно-поликлиническом, стационарном уровнях и в условиях оказания скорой и неотложной помощи; социологического исследования по изучению мнения пенсионеров и экспертов здравоохранения. Нами разработаны концептуальные подходы дальнейшего развития медико-социальной службы.

В ранее проведенных исследованиях, посвященных проблеме изучения лиц пенсионного возраста, рассматривались отдельные аспекты, характеризующие состояние их здоровья без обоснования и разработки моделей оказания медико-социальной помощи в масштабе крупного региона. Об актуальности проблемы свидетельствует бессистемность государственной медико-социальной политики при планировании национальной инфраструктуры их медико-социального обслуживания, представленной в общей медицинской сети Республики Казахстан, без учета возрастных изменений и

физиологических особенностей их организма. Реформа оптимизации здравоохранения в конце 90-х годов привела к сокращению специализированной помощи, ее гериатрического направления.

Целью Концепции явилось создание условий для повышения качества и доступности медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста. Разработаны ее основные принципы, которыми явились: -совершенствование внебольничных форм медико-социальной помощи в учреждениях Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты; -оптимизация деятельности стационарной медико-социальной помощи в учреждениях Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты; -развитие разнообразных видов медико-социальной помощи, оказываемых благотворительными обществами; -создание и дальнейшее планирование новых форм медико-социального обслуживания; -оптимизация сети учреждений медико-социальной службы Министерства здравоохранения и Министерства социальной защиты и порядка ее управления; -открытие гериатрических кабинетов в территориальных поликлиниках и поликлиниках при ЦРБ, работающих с учетом предложенных нормативов длительности технологических элементов амбулаторного приема врачей-геронтологов и норм нагрузки.

Основными направлениями деятельности по обеспечению эффективного функционирования медико-социальной службы должны стать:

- 1) совершенствование организационного построения и системы управления;
- 2) проведение современной кадровой политики;
- 3) совершенствование научно-методического обеспечения деятельности;
- 4) укрепление, развитие и координирование международных связей в области обеспечения специализированной гериатрической помощью лиц пенсионного возраста;
- 5) укрепление правовых основ деятельности службы.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЯ

Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

По данным официальной статистики на производстве занято наибольшее число трудоспособного населения большинство, которых составляют молодые люди. С другой стороны по данным той же статистики регистрируется высокий уровень заболеваемости и смертности среди населения трудоспособного возраста.

В связи с этим проблемы укрепления здоровья, обеспечения безопасных условий труда для работающих на промышленных и других предприятиях, снижение риска возникновения профессиональных заболеваний и профессионально обусловленных состояний, улучшение медицинского помощи и формирование здорового образа жизни становятся все более значимыми.

Необходимо отметить, что вопросы заботы о здоровье, у работающих наиболее перспективны, а место работы – это идеальная среда для пропаганды здорового образа жизни [1].

В данном сообщении мы представляем результаты исследования состояния организма молодых людей, работающих на одном из крупных предприятий г.Алматы, не состоящих на диспансерном наблюдении поликлиники по месту жительства, считающих себя здоровыми.

Оценка состояния здоровья проведена определением индивидуального профиля здоровья [2]. Обследовано было 132 работника в возрасте от 18 до 29 лет, обоого пола в равном количестве.

Для оценки профиля здоровья были рассчитаны индексы: Брока-Брунна, Кетле, Штанге, Генчи, а также определены: жизненная емкость легких, функциональный резерв сердечно-сосудистой системы и др.

Результаты исследований:

Анализ профиля здоровья с оценкой настоящего статуса работников предприятия представлены в таблице 1.

Таблица 1 Средние данные физиологического статуса работников предприятия

пол	рост	вес	ИМТ	АД	ЧСС	Функц.резерв ссс
Мужчины	175,0	67,0	22,1	125/82	66	86,25
Женщины	161,0	59,0	22,0	113/67	77	75,71

Как видно из таблицы, средние показатели индекса массы тела у обследованных мужчин находится в пределах нормы, тогда как у женщин показатель несколько выше нормы и оценкой индивидуальных показателей выявлено, что у 31,2% обследованных женщин определяется состояние предожирения и ожирения 1 степени.

Аналогичные данные получены при исследовании артериального давления (АД), так средние показатели АД у мужчин находятся в пределах нормы, однако при индивидуальном обследовании выявлено, что у 2/3 обследованных артериальное давление выше и ниже нормальных показателей. У женщин средние показатели артериального давления находятся несколько ниже нормативных, при индивидуальном анализе выявлено, что у каждого четвертого обследованного выявлено пониженные показатели АД. Частота сердечных сокращений, как у мужчин, так и у женщин находятся в пределах допустимой нормы, однако данные соотношения артериального давления и частоты сердечных сокращений у женщин свидетельствует о компенсаторном учащении сердечной деятельности. Полученные данные по качеству функционирования

сердечно-сосудистой системы, являются показателями затратной формы деятельности сердечно-сосудистой системы, подтверждением, которому является показатель уровня функционального резерва сердечно-сосудистой системы. Так у обследованных мужчин этот показатель находится на нижнем уровне физиологической нормы, а у женщин показатель еще хуже, и находится на уровне ниже физиологической нормы.

Данные результатов исследования функций дыхательной системы, показаны ниже - таблица 2.

Таблица 2 Профиль здоровья обследованного контингента

пол	Проба Штанге (сек)	Проба Генчи (сек)	ЖЕЛ (л)	Индекс Кетле (см)	Жизненный индекс (мл/кг)
Мужчины	51	29,8	3,7	386,0	55,0
Женщины	44	25,5	2,5	378,0	42,0

Как видно из таблицы, индексы (Штанге и Генчи), определенные на разных фазах дыхания, как у мужчин, так и у женщин находятся в преде-



лах нормы. Это в какой-то степени противоречит изложенным выше результатам, однако надо иметь в виду, что эти индексы отражают не только уровень функционирования органов дыхания, но также является показателем силы воли обследуемого, т.е. показатель является объективным и субъективным одновременно. Поэтому необходимо дополнительное определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ). Полученные данные исследования ЖЕЛ показали, что у обследованных мужчин и женщин показатель ЖЕЛ находится на уровне ниже физиологической нормы. Соответственно получены низкие показатели жизненного индекса. У мужчин жизненный индекс оказался ниже нормы на 25%, у женщин - на 30%. Организм обследованных ком-

пенсирует недостаточность деятельности органов дыхания учащением дыхания, т.к. у обследованных частота дыхания в среднем оставила 23, при индивидуальном обследовании разброс составил от 18 до 30. При этом, каждый работник, прошедший обследование считает себя здоровым.

Таким образом, данные исследования свидетельствуют о том, что молодые люди по данным исследования физиологического статуса, показателей жизненного индекса и уровня функционального резерва сердечно-сосудистой системы, находятся в состоянии донологических отклонений здоровья, являющихся потенциальным риском развития патологии и требуют обязательного проведения коррекции.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ, ОТЛИЧАЮЩИХСЯ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

М.А.Сорокина Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда

Здоровье студентов - это «фундамент», на основе которого приобретаются профессиональные знания, умения и формируется способность полноценно трудиться, одновременно, обеспечивая свое благополучие на уровне требований современного времени. Профессионально подготовленные и здоровые специалисты - вот залог успешности развития и процветания любого общества. [1]. Вместе с тем, анализ имеющихся в литературе исследований позволяет констатировать высокую заболеваемость и низкий уровень здоровья студентов [2]. Для решения этой проблемы рекомендуется использовать такую модель охраны здоровья учащейся молодежи, в которой наряду с профилактикой факторов риска, мониторингом функциональных резервов, донологической диагностикой на ранних стадиях развития адапционного синдрома и коррекцией дезадапционных состояний, большое внимание уделяется формированию здорового образа жизни [3].

В данном направлении актуальным является изучение сформированности здорового образа жизни у студентов и выявление его влияния на эффективность адаптации к учебной деятельности.

Материалы и методы В исследовании приняли участие 219 студентов медицинской академии (135 девушек и 84 юноши) 1-6 курсов.

Для оценки некоторых аспектов образа жизни студентов использовали результаты опроса, касающегося здоровья, работоспособности, сна, питания. В качестве показателя эффективности адаптации студентов к процессу обучения в вузе использовали – успеваемость [4].

Результаты и их обсуждение На первом этапе исследований всех студентов в зависимости от текущей и экзаменационной успеваемости разделили на три группы. Первую группу составили студенты, успевающие на «удовлетворительно» (47 человек), вторую группу, успевающие на «хорошо» (152 человека), третью группу, успевающие на «отлично» (20 человек). Охарактеризуем студентов первой, второй и третьей групп как лиц соответственно с низкой, средней и высокой эффективностью адаптации к учебной деятельности.

Студенты, выделенных групп, по-разному, оценили состояние собственного здоровья. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение студентов по состоянию здоровья, на основании собственной самооценки

Оценка	1 группа	2 группа	3 группа
практически здоров	50,0%	55,0%	40,0%
функциональные нарушения,	-	12,5%	20,0%
хронические заболевания.	50,0%	32,5%	40,0%



Из данных представленных в таблице 1 видно, что половина студентов, отличающихся низкой эффективностью адаптации к учебной деятельности, имели хронические заболевания. Более половины всех обследованных студентов со средней и высокой эффективностью адаптации либо были практически здоровы, либо отмечали у себя функциональные нарушения.

Студенты всех групп, вне зависимости от эффективности их адаптации указывали на снижение работоспособности к концу учебных занятий. Значение работоспособности по 100 балльной системе в конце занятий составило (59,17±6,21) баллов у студентов, обучающихся на «удовлетворительно», (58,20±3,67) баллов, у студентов, обучающихся на «хорошо» и (51,00±7,14) баллов у обучающихся на «отлично». Всегда испытывают к концу дня признаки утомления (снижение интереса к занятиям, снижение внимания, памяти, головная боль, слабость, и т.п.) четверть студентов с низкой и средней эффективностью адаптации и 20% студентов с высокой эффективностью адаптации. У более половины всех опрошенных студентов данные признаки появляются периодически. Вместе с тем, к началу следующего учебного дня работоспособность восстанавливается (по 100 балльной системе) у студентов первой группы до (77,83±5,54) баллов, у студентов второй группы до (84,93±2,08) баллов и у студентов третьей группы до (87,00±9,43) баллов.

Следует обратить внимание на то, что суммарная продолжительность занятий (в вузе, дома, в библиотеке, в результате научно-исследовательской работы и т.д.) в среднем в день в часах различается у лиц рассматриваемых групп. Достоверно наибольшее время на занятия в день уделяют студенты, отличающиеся высокой эффективностью адаптации к обучению, в среднем оно составляет у них (10,00±0,95) часов. Студенты с низкой эффективностью адаптации уделяют меньше всего времени на занятия – (7,17±0,53) часов в день. Студенты, отнесенные ко второй группе (лица со средней эффективностью адаптации) занимают промежуточное положение, они занимаются в среднем (8,33±0,25) часов в день. Интересен тот факт, что на вопрос: могли бы Вы еще больше заниматься учебной, научно-исследовательской работой без ущерба для самочувствия и работоспособности? «Да, резервы есть» ответили 50% студентов, составляющих группу с низкой эффективностью адаптации. Тогда как 60% студентов как среди лиц, с высокой, так и среди лиц со средней эффективностью адаптации ответили «Иногда».

Вся жизнь человека проходит в двух состояниях - бодрствовании и сне. Именно полноценный

сон в значительной мере обеспечивает нормальное его самочувствие в период бодрствования. Для полноценного протекания ночного сна достаточно 7-8 ч. Как показал проведенный опрос, в основном все студенты соблюдают это правило. Так среднее время ночного сна у студентов первой группы – (7,58±0,47) часов, второй группы – (7,35±0,17) часов, третьей группы – (8,00±0,55) часов.

Основной причиной заболеваний пищеварительного тракта у студентов является нерегулярное и нерациональное питание. Известно, что наиболее оптимальный вариант приема пищи, обеспечивающий нормальное пищеварение: в одни и те же часы, 3-4 раза в день. Проведенные исследования показали, что большая часть студентов, вне зависимости от их эффективности адаптации к учебной деятельности принимает пищу 3 раза в день. Так, среди опрошенных 1 группы, таких лиц было 50,0 среди лиц 2 и 3 группы – 60,0%.

Следует обратить особое внимание на тот факт, что студенты, со средней эффективностью адаптации (группа, обучающаяся на «хорошо») отличались разнообразием по кратности питания. Среди них были выявлены студенты как с минимальным (1-2 раза) так и максимальным (5 раз) числом приемов пищи в день. Студенты с низкой эффективностью адаптации к учебной деятельности отличались тем, что среди них не было лиц, принимающих пищу 5 раз в день. Наоборот, среди опрошенных студентов, с высокой эффективностью адаптации (группа, обучающаяся на «отлично»), не выявлено лиц с минимальным (1-2 раза) числом приемов пищи в день. Это является важным моментом, поскольку известно, что уменьшение числа приемов пищи отрицательно сказывается на усвоении питательных веществ.

При этом выявлено, что большая часть от всех обследованных студентов редко соблюдает временные интервалы приема пищи. Данные лица составили 50,0% от всех опрошенных первой группы, 62,5% от всех студентов второй группы и 40,0% от всех студентов третьей группы. Всегда соблюдают временные интервалы приема пищи 16,7% студентов первой группы, 5,0% студентов второй группы и 20,0% студентов третьей группы.

Одновременно при рассмотрении вопросов о питании немаловажным является и то, где питаются студенты. Как показали результаты опроса, студенты с высокой эффективностью адаптации отличаются от других, тем, что большее их количество (60,0%) питается дома, остальная их часть (40,0%) питается «когда как», т.е. и дома и в вузе. Большинство же студентов из других рассматриваемых групп питаются «когда как». Их было выявлено 50,0% среди студентов, с низкой эффек-



тивностью адаптации, 47,5% среди студентов со средней эффективностью адаптации. Кроме того, необходимо отметить, что в этих двух группах были выявлены лица, которые питаются только в вузе. И если среди студентов второй группы они составили только 10%, то среди студентов первой группы четвертую часть.

Проведенные исследования показали, что от соблюдения рационального образа жизни студентов зависит не только состояние здоровья, но и успех в учебной деятельности. По изученным составляющим здорового образа жизни были выявлены студенты образ жизни, которых нельзя назвать рациональным. Вместе с тем, на вопрос: «Как Вы считаете, требуются ли Вам дополнительные знания об основах здорового образа жизни?». Более половины студентов с низкой эффективностью адаптации к учебной деятельности (66,7%) и со средней эффективностью адаптации к учебной деятельности (75,0%) ответили «нет». Тогда как более половины (60%) студентов, отличающихся высокой эффективностью адаптации, ответили «да». Это указывает на то, что до насто-

ящего времени не у всех студентов сформирована ответственность за поддержание и укрепление собственного здоровья, а у ряда студентов вообще отсутствует стремление к формированию здорового образа жизни.

Литература

1. Медик В.А., Осипов А.М. Университетское Студенчество. Образ жизни и здоровье. - Москва «Логос». - 2003. - С 199.

2. Мухамедрахимова Л. В. Состояние здоровья и отношение к нему студентов медицинских учебных заведений : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук : код спец. 14.00.33. - "Казан. гос. мед. ун-т". - С.-Петербург, 2004. - 26 с.

3. Мельникова М.М. Система организации здоровьеориентированного образования в вузе: Монография. - Новосибирск: Изд. НГПУ. - 2004. - 525с.

4. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. / Учебное пособие. - Кемерово. Кемеровский государственный университет. - 1999. - 84 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АОРТОАРТЕРИИТА

З.М.Алиева, Г.А.Даулетова ГККП «Региональный диагностический центр», г.Алматы.

Тұжырым

1. Спецификалық емес аортоартерииттің клиникалық симптоматикасы алуан түрлі. Осыған байланысты спецификалық емес аортоартериит диагнозы кеш анықталады.

2. Спецификалық емес аортоартериитті емдеу нәтижелері және болжалдау консервативтік терапияның (оның ішінде глюкокортикостероидтарды қолданып) әдісін таңдауға, реконструктивтік хирургиялық жолмен емдеудің тиімділігінен және артериялық гипертензияны бақылаудан байланысты.

Summary

1. clinical symptomatology is diverse. In this connection nonspecific aortoarteriitis is diagnosed lately.

2. results of treatment and prognosis of nonspecific aortoarteriitis depend on a choice of conservative therapy method (including administration of glucocorticoids); and efficiency of reconstructive surgical treatment and arterial hypertension control.

Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаюсу) – системное заболевание, характеризующееся воспалительными и деструктивными изменениями в стенке дуги аорты и ветвей, сопровождающимися их стенозированием и ишемией кровоснабжающих органов.

Болеют преимущественно молодые женщины в возрасте 20 лет и моложе. Аортоартериит относится к редким заболеваниям, но распространен повсеместно.

Патоморфологическая картина болезни Такаюсу характеризуется развитием панартериита с инфильтрацией всех стенок пораженных сосудов, сопровождающейся пролиферацией клеток внутренней оболочки, фиброзом, надрывами эластической мембраны и формированием различного размера аневризм. Чаще всего эти изменения происходят в дуге аорты и отходящих от нее ветвях, но могут вовлекаться в процесс грудная и брюшная части аорты с соответствующими ветвями.



В результате развиваются ишемия, гипертензия, атеросклероз.

Причинами заболевания могут быть взаимосвязь болезни с перенесенными туберкулезом, стрептококковыми инфекциями; семейно-генетическая предрасположенность.

А.В. Покровский (1979г.) считает характерными для НАА 10 клинических синдромов: 1) общевоспалительная реакция; 2) поражение ветвей дуги аорты; 3) коарктационный синдром; 4) вазоренальная гипертония; 5) абдоминальная ишемия; 6) поражение бифуркации аорты; 7) коронарный синдром; 8) аортальная недостаточность; 9) поражение легочной артерии; 10) аневризма аорты.

Клиника: лихорадка неправильного типа (субфебрильная или фебрильная) отмечается в острую фазу у 18-44% больных. Похудание более чем на 4 кг наблюдается у 14-28% больных. Поражение суставов встречается более чем у половины больных НАА. Поражение кожи в виде узловатой эритемы. Ишемический синдром – основное проявление НАА; клиническая симптоматика его зависит от локализации и распространенности процесса. Наиболее часто (в 80%) поражаются ветви дуги аорты. Поражение сердца встречается у 50-75% больных НАА. Кардиальные симптомы возникают в фазу окклюзии и проявляются инфарктом миокарда, недостаточностью клапана аорты, сердечной недостаточностью. Артериальная гипертония регистрируется у 50-70% больных НАА. Нарушения зрения могут быть односторонними в виде быстро проходящей слепоты или снижения остроты зрения.

При своевременном распознавании и раннем активном лечении заболевания прогноз вполне удовлетворительный. Рекомендуется комплексное лечение болезни: применение глюкокортикостероидов, нестероидные противовоспалительные препараты; цитостатики; сосудорасширяющие препараты; дезагреганты и антикоагулянты. По показаниям хирургическое лечение: реконструктивные операции на пораженных сосудах.

Приводим клиническое наблюдение: больной Тивари Мригенду 35 лет (гражданин Индии) обратился 4 июня 2004г с жалобами на припухлость левого лучезапястного сустава, артралгии в коленных, голеностопных суставах; периодически боли сжимающего характера в области сердца, слабость, потливость. С 1999г. стали беспокоить явления артрита голеностопных суставов, лучезапястных суставов. Обследовался, лечился

в г.Бишкеке (с 1997г. по 2003г. больной жил и работал в г.Бишкеке). Точный диагноз не был установлен. Наблюдался с диагнозом остеоартроз, реактивный артрит. При объективном осмотре: зев гиперемирован. Над легкими выслушивалось везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 88 в мин, АД=110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненность в эпигастрии. Печень не увеличена. Установлен предварительный диагноз: Реактивный артрит. Больному было назначено обследование, лечение – амоксилав per os, индометациновая мазь местно на суставы, поливитамины. С результатами обследования больной обратился в июле 2005 года (через 1 год после первого обращения). В общем анализе крови: СОЭ -54мм в час, Нв – 117г/л, Эр – 4,1*10¹², L – 6,9*10⁹, на R-грамме легких – хронический бронхит. В анализе мочи: 1011, L – 1-2 в преп., ревматоидный фактор – отр., р-ция Райта-Хеддлсона – отр., СРБ – 42 (N до 6 мг/мл). Больной консультирован доцентом, к.м.н. Алиевой З.М., диагноз: Ревматоидный артрит. Консультирован профессором, д.м.н. Баймухамедовой Р.О., 27.08.05г.; установлен диагноз: Ревматоидный артрит с системными проявлениями (с поражением легких, гепатоспленомегалия) медленно-прогрессирующее течение акт. III степени R-ки I-II ст. Назначено лечение: Купренил 250мг 2 раза в день, вит.Е, НПВП-ретард 1 раз в день, Вобэнзим по 3 др x 3 раза в день. На фоне лечения отмечалась положительная динамика в анализе крови от 03.02.06г. СОЭ снизилось до 23мм в час; L – 5,2*10⁹; Эр -4,2*10¹². Но у больного появились обмороки. В связи с чем больной консультирован ангиохирургом, д.м.н. Жакуповым В. Проведено обследование: ЭХОКГ в НИИ им.Сызганова - Выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка (09.02.06г.) УЗДГ сосудов верхних, нижних конечностей, грудной аорты и ее ветвей – 09.02.06г., заключение: Неспецифический аортоартериит. Стеноз ОСА, ВСА, НСА (умеренный) с обеих сторон. Выраженный стеноз подключичной артерии справа. Артерии п/к проходимы. Брюшная аортография 09.03.06г. Заключение: Болезнь Такаясу. Аневризма обеих подключичных артерий и брюшной аорты. Окклюзия среднего сегмента с дистальными стенозами правой подключичной артерии. Больному проведено оперативное лечение в Индии. До операции проводилась терапия медролом, метотрексатом.



ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПАРАДИГМЕ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.В.Новикова Бостандыкский районный отдел занятости и социальных программ г.Алматы

Тұжырым

Бұл мақалада САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ түсінігіне қатысты жаңа принциптер ұсынылады: адам қажеттіліктерін қанағаттандырудың реттелуінің жүйелі механизмін қалыптастыру.

Summary

In this article it is presented a new principle of an approach to the conception HEALTHY LIFE: Formation of systematic mechanism of regulation in handling the human wants.

Государственная национальная стратегия Республики Казахстан, предложенная президентом Н.Назарбаевым: войти в число 50 наиболее конкурентноспособных стран мирового сообщества активно осуществляется в стране.

Не является исключением система здравоохранения. Впервые в Казахстане выносятся на обсуждение тезис о том, что основой долгосрочного планирования и реализации государственных программ здравоохранения должна быть концепция учёта основных потребностей человека быть здоровым и новая парадигма планирования системы оказания медицинской помощи населению не от показателей здравоохранения, а от нужд потребителя/1/.

Понимание удовлетворения потребностей входит в классическую формулировку, предложенную Комиссией ООН по вопросам окружающей среды и развития: «Общественное развитие является устойчивым, если оно позволяет удовлетворять потребности нынешних поколений, не нанося при этом ущерба возможностям, оставляемым в наследство будущим поколениям для удовлетворения их собственных потребностей»/2/.

Ещё в 1986 году в «Оттавской Хартии» указывалось на расширение понятия здоровья в связи с его зависимостью от социальных связей. В частности акцент делался на способности человека обнаруживать и идентифицировать свои желания, удовлетворять свои потребности, справляться с окружающей средой и изменять её.

Таким образом, все происходящие в обществе социальные процессы должны быть в конечном итоге ориентированы на личность человека, удовлетворение его потребностей, на создание условий социального благополучия человека./3/

Именно на этом делается акцент во всей социальной политике государства, провозглашающей в Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Рост благосостояния граждан Казахстана – главная

цель государственной политики», 06.02.2008г. повышение качества жизнедеятельности человеческих ресурсов.

А формирование здорового образа жизни продолжает возводиться в ранг государственной важности.

И можно добавить к этому девиз, предлагаемый учёными Казахстана:

«К стабильному здоровью - через устойчивое развитие»/4/. Они же указывают, что главным объектом и субъектом реформ остаётся конкретный человек с его конкретной жизненной ситуацией в конкретной природной и социальной среде. Именно на этом личностном уровне находят реформы своё воплощение в социальных практиках.

В соответствии с тетрамоделью социологии человека (Семашко Л.М., 2002г.) личность это: атомарный социальный субъект, уникальная система потребностей и способностей, которая проявляется и в занятости личности и в совокупности её общественных отношений, и в ролях и статусах её поведения, образуя единый многомерный комплекс личности./5/ Потребность-это нужда, необходимость, недостаток человека в том или ином ресурсе, без которого он не может жить. Потребности составляют ресурсный «вход» личности.

Способности - это творчество, созидательная деятельность, продуктивная деятельность человека, его навыки и умения по созданию ресурсов. Способности составляют ресурсный «выход» личности.

В литературе имеются исследования по адаптации данной модели для выстраивания нового видения формирования отношения к здоровью и болезни именно в парадигме социально-ориентированного здравоохранения и медико-социальной терапии (6).

Мы предлагаем системную модель ФЗОЖ:

1. Гармоничное развитие гуманитарных потребностей и способностей, выражаемое через ценности жизни, будет соответствовать психическому здоровью.



2. Гармоническое развитие информационных потребностей и способностей, выражаемое через смысл жизни, будет соответствовать психологическому здоровью.

3. Гармоническое развитие организационных потребностей, выражаемое через образ жизни, будет соответствовать социальному здоровью.

4. Гармоническое развитие материальных потребностей и способностей, выражаемое через уровень жизни, будет соответствовать физическому или телесному здоровью.

5. Системная модель в холистическом понимании гармонического развития личности соответствует социальному благополучию и, в конечном итоге, качеству жизни каждого гражданина общества.

В предлагаемой модели потребность быть здоровым приобретает личностный смысл, обретает черты понимания солидарного механизма формирования здоровья и соответственно солидарной ответственности за его нарушение.

А здоровый образ жизни понимается как формирование системного механизма в управлении всеми видами потребностей и способностей: их выявлению, изучению механизма «больного функционирования» и формирования «здорового функционирования». Акцент делается не на механическое удовлетворение потребностей человека, а именно на формирование процесса управления всеми возникающими потребностями.

В современных научных подходах к профилактике заболеваний главным направлением социальной работы рассматривается именно ФЗОЖ/6/.

Уровень владения здоровьесберегающими технологиями рассматривается как один из показателей профессионализма и социально-технологической культуры специалиста социальной работы.

Лисицын Ю.П. предлагает новую методологическую парадигму целостного восприятия человека и окружающей среды с главенствующим регулятивным механизмом в виде центральной нервной системы человека: неогиппократизм. В этом подходе ФЗОЖ отводится роль универсального механизма создания здоровой психики. А сама психика рассматривается как орудие охраны и укрепления здоровья населения/7/.

«Человек как противоречивое существо нуждается в помощи со стороны воспитателя. Он нуждается в том, чтобы его укрепили в лучшем, что есть в его противоречивой природе, и помогли ему избавиться от худшего, что тоже в ней изна-

чально есть»- это слова академика Б.М. Бим-Бада сказаны в 2007 году при рассуждении о положении человека в современном обществе.

Процесс ФЗОЖ в связи с пересмотром программ можно также рассматривать и как составную часть социальной защиты населения, где обязательно анализируются все сущности человека и его потребности /8/. Человек предстаёт перед специалистом не только со своими потребностями, которые не удовлетворены или удовлетворяются не так, как ему хочется, но и как существо, ощущающее неудовлетворение самой главной потребности – в безопасности. ФЗОЖ может представлять из себя процесс управления чувством безопасности в жизнедеятельности человека. А определение Нового Общественного здравоохранения в виде «искусство предотвращения болезней с помощью организации усилий общества» полностью соответствует сущности социально – ориентированного здравоохранения как каркаса методологии ФЗОЖ по иммунизации человека от глобальных рисков.

Автор статьи, учитывая всё вышеизложенное, предлагает фрейм понятия современного взгляда на системный механизм ФЗОЖ в схеме №1.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аканов А.А., Нурманов К.Д., Байсеркин Б.С. Общественное здравоохранение - основа политики достижения конкурентноспособности Казахстана. Алматы. 2006г. -136с.
2. Хисматуллин Р.А. Социальная устойчивость: теоретико-методологические основы исследования и анализа// Транзитная экономика:2007:5:5-14.
3. Абзалова Р.А. Социальное благополучие и здоровье: теория и практика. Астана. 2006.-202с.
4. Бекчан А., Тулебаев К.А. Социальная эволюция человека и здравоохранение. Алматы - Ташкент. 2005.-234с.
5. Семашко Л.М. Тетрасоциология: ответы на вызовы. СПб. 2002.-207с.
6. Авчинникова С.О. Формирование Здорового Образа Жизни как направление социальной работы// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины:2006:6:25-28.
7. Лисицын Ю.П. Психологическая медицина. М. 2004.-148с.
8. Колос Е.А. Организационно-экономическое управление системой социальной защиты населения в условиях переходной экономики (на примере Республики Казахстан). Автореф... докт. экон. наук. СПб. 2007.-42с.



ТАБЛИЦА 2



Схема №1

