

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

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.
№ 4. 2009 г. (УДК 614.2.574)

Учредитель:

Национальный Центр проблем ФЗОЖ МЗ РК.
Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации № 2178-Ж от 01.08.2001г. выдан Комитетом информации и архивов Министерства культуры, информации и спорта РК

Решением Коллеги Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК от 27.02.2008 года журнал «Актуальные вопросы ФЗОЖ, 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 МЗ 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 «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2916118, внутр. 126
Заказ № 48. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Диканбаева С.А.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Горбачева А.Н.

Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д. (Ташкент),
Шарипов А.С., Дурумбетов Е.Е., Кудайбергенов Т.К.,
Байсеркин Б.С., Каржаубаева Ш.Е., Булешев М.К.
(Шымкент), Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К.,
Палтушева Т.П., Рахманов Б.Д., Локшин В.Н.

Научный совет:

Девятко В.Н., Кулмагамбетов И.Р.,
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А.,
Дуйсекеев А.Д., Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К.,
Омарова М.Н., Изатуллаев Е.А.

Редакционный совет:

Абреева Г.У. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Омралина Б.Д. (Актау)
Жаркова Н.В. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Исмагамбетова Л.Ж. (Астана)
Абдрашева Б.М. (Усть-Каменогорск)
Мухтарова Г.М. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Умарова Г.Р. (Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Кулушева Г.Е. (Кокшетау)
Кашкенова М.Т. (Атырау)



МАЗМҰНЫ

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ СТРАТЕГИЯСЫ, ХАЛЫҚТЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ СЕКТОРАРАЛЫҚ ТӘСІЛІ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ. С.А.Діқанбаева. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы	25
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ БІРІНШІЛІК ЗВЕНОСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛ- ТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДА ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ БАСҚАРУШЫЛЫҚТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ ТӘСІЛДЕРІН НЕГІЗДЕУ. Т.И.Слажнёва. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.	28
СӨС ТӘРБИЕЛЕУ БОЙЫНША НЕГІЗГІ МЕКТЕП ПӘНІН ОҚЫТУДЫ ҚАЗАҚСТАНДА МІНДЕТТІ ПӘНДЕР ҚАТАРЫНА ЕНГІЗУ МӘСЕЛЕЛЕРІН ЗЕРТТЕУ. Огихара Атсуши. Васеда Университеті, Жапония	32
ЖАСӨСПІРІМ ҚЫЗДАР АРАСЫНДА ПСИХОАКТИВТІ ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ АЛДЫН АЛУ: «АНА мен ҚЫЗЫ» КОМПЬЮТЕРЛЕНГЕН БАҒДАРЛАМАНЫ ЕНГІЗУ БІР ЖЫЛДЫҢ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ. С.П.Шинке, К.С.Коул, Линь Фан. Колумбия университеті, Нью-Йорк, Торонто университеті, Канада	37
КӘМІЛЕТКЕ ТОЛМАҒАН ҚЫЗДАР АРАСЫНДА АЛКОГОЛЬДІ ТҰТЫНУДЫ ТӨМЕНДЕТУ БОЙЫНША ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ ГЕНДЕРЛІК АСПЕКТІЛЕРІ: «АНА мен ҚЫЗЫ» КОМПЬЮТЕР- ЛЕНГЕН БАҒДАРЛАМАНЫ СЫНАҚТАН ӨТКІЗУ. С.П.Шинке, К.С.Коул, Линь Фан. Колумбия университеті, Нью-Йорк	41
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ КҮРЕСУ МЕН ЖҚТБ ҚЫЗМЕТТЕРІНІҢ ӨЗАРА ӘРЕКЕТТЕРІ БОЙЫНША ЖОБАНЫ ІСКЕ АСЫРУ ТУРАЛЫ. В.Г.Слесарев, Т.Давлетғалиева, Е.Кудусова, С.Суртаева, М.Кульшарова, Н.Р.Мукушев, Г.Т.Утепкалиева. Республикалық Спид Орталығы, Америкалық Қызыл Крест Орталық Азияда, Қалалық туберкулезге қарсы күресу диспансері, Алматы қаласы.	48
ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІ. Т.С.Хайдарова, Б.С.Наржанов, Г.Жаппаркулова, А.А.Акимбаева. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, ҚР ДСМ А.Н.Сызғанов атындағы Хирургия ұлттық ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	52
ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША ХАЛЫҚҚА КӨРСЕТІЛЕТІН БІРІНШІЛІК ЖӘНЕ ҮШІНШІЛІК МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САБАҚТАСТЫҒЫ. Б.А.Наржанов. ҚР ДСМ А.Н. Сызғанов атындағы Хирургия ұлттық ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	55
БАЙЫТЫЛҒАН БИДАЙ ҰНЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ҮШІН МАҢЫЗЫ ТУРАЛЫ ХАЛЫҚТЫҢ КЕЙБІР ТОПТАРЫНЫҢ БІЛІМ ДЕҢГЕЙІ. И.Г.Цой, Ш.С.Тажимаев, Н.Н.Тасмағамбетова, А.А.Нургабилова. Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қаласы.	57



ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖӘНЕ ОТАНДЫҚ ТАМАҚ ӨНІМДЕРІНІҢ САПА ЖӘНЕ ҚАУІПСІЗДІК БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІНІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ. Л.И.Каламқарова, Л.П.Мамонова, Л.П.Храмова. Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қаласы.	58
ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ БАРЛЫҚ ҚҰРЫЛЫМДАРЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ. Ж.С.Тотанов. ҚР ДСМ Х.Жұматов атындағы гигиена және эпидемиология ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	61
ЭКОЛОГИЯЛЫҚ БІЛІМ – ТҰРАҚТЫ ДАМУҒА АПАРАТЫН ЖОЛ. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жақашов, А.Ж.Молдақарызова, Ж.Д.Бекмағамбетова, Н.Е.Алимова. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы.	62
ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ДЕРТТЕРМЕН ӨМІР СҮРУ МҮМКІНДІКТЕРІН ЗЕРТТЕУ. Г.П.Касымова, К.Д.Ержанов. Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы.	64
АККРЕДИТАЦИЯ СТАНДАРТТАРЫ НЕГІЗІНДЕ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖАҒДАЙЛАРЫН БАҒАЛАУ. М.А.Граф, Г.И.Боштаева, Г.А.Ермаханова, М.К.Зейтын ҚР ДСМ Денсаулықты дамыту институты, Астана қаласы.	67
СТАЦИОНАРДА ПАЦИЕНТТІҢ ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ. Д.З.Ақшалова. ҚР ДСМ Денсаулықты дамыту институты, Астана қаласы.	70
РЕСПУБЛИКА ДЕҢГЕЙІНДЕ МЕДИЦИНА ҰЙЫМДАРЫ ЖҮЙЕСІНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫН ӨЗГЕРТУДІҢ АЛҒЫШАРТТАРЫ МЕН ЖОЛДАРЫ. Б.А.Наржанов. А.Н.Сызғанов атындағы Хирургия ұлттық ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	72
ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА СӨСҚ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ	
КЕЙБІР ТӘРТІПТІК ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖАСТАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА БЫҚПАЛЫ. Т.П.Палтушева, Г.А.Қуанышбекова.Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.	74
СТУДЕНТ ДЕНСАУЛЫҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ИНВЕСТИЦИЯ РЕТІНДЕ. А.А.Иманғалиева, Ш.Е.Қаржаубаева, Г.К.Каусова. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы.	78
САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЛОГИКАСЫ. Е.Д.Даленов. «Астана медициналық университеті» АҚ, Алматы қаласы.	79
ТӘРТІПТІК ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ПРОФИЛЬДЕГІ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ. Б.А.Наржанов. ҚР ДСМ А.Н.Сызғанов атындағы Хирургия ұлттық ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	80
ТАМАҚ ӨНДІРІСІ ЖҰМЫСШЫЛАРЫНЫҢ НАҚТЫ ТАМАҚТАНУЫНЫҢ ГИГИЕНАЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ. Г.Н.Тәлиева, Ф.Сыдын, Б.Қ.Есембаева. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі Еңбек гигиенасы мен кәсіби аурулар ұлттық орталығы, Қарағанды қаласы, Санитарлық-эпидемиологиялық сараптау орталығы, Теміртау қаласы, Қарағанды облыстық МСЭҚ Департаменті.	82



- ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІП-ҚАТЕР АУМАҒЫНДА ТҰРАТЫН ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚОРШАҒАН ОРТА ЛАСТАНУЫНЫҢ ЫҚПАЛЫ. У.З.Зинулин, А.К.Калмуханова, А.М.Куатбаева, А.Т.Исмагулов. Атырау облысы бойынша Мемсанэпидқадағалау Комитетінің Департаменті, Атырау қаласы, Қазақстан Республикалық санитарлық-эпидемиологиялық станция, Х.Жұматов атындағы гигиена және эпидемиология ғылыми орталығы, Алматы қаласы. 84
- ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ БІРІНШІЛІК ДЕҢГЕЙІНДЕ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТІ ТИІМДІ ЕТУДІҢ ҰЙЫМДАСТЫРУ-ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ. Ж.С.Тотанов. ҚР ДСМ Х.Жұматов атындағы гигиена және эпидемиология ғылыми орталығы, Алматы қаласы.84
- «АСТАНАТЕЛЕКОМ» қалалық телекоммуникациялық орталық КӘСІПОРНЫНДА ЖҰМЫС ІСТЕЙТІНДЕРДІҢ АУРУ-СЫРҚАУШЫЛЫҒЫН ТӨМЕНДЕТУ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУ МҮМКІНДІКТЕРІ ТУРАЛЫ. Л.Ж.Исмагамбетова, Е.Д.Даленов, В.Б.Хасин. ЖШС «СӨС қалалық орталығы», «Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қаласы. 86
- АТЕРОСКЛЕРОТИКАЛЫҚ АУРУЛАР ДАМУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ҮШІН ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ МАҢЫЗЫ. Б.Т.Нурашева, А.Т.Турсунова, О.В.Желябина. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 87
- СЕМЕЙ ҚАЛАСЫНДАҒЫ КӘЗІРГІ КҮНГІ ЭКОЛОГО – ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙ. Г.К.Тұрдынова. Мемлекеттік медицина университеті, Семей қаласы.88
- СЕМЕЙ ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫ АЙМАҒЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫНДА ТҮЙІНДІК ТИРЕОИДТЫҚ ПАТОЛОГИЯ ДАМУЫНА ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ ЫҚПАЛЫН БАҒАЛАУ. А.М.Токешева. Мемлекеттік медицина университеті, Семей қаласы.89
- ҚАРАШЫҒАНАҚ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК ӨМІР СҮРУ ЖАҒДАЙЫНА САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒА БЕРУ. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, Г.М.Аликеева, А.И.Анамбаева.С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 91
- АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ МҰНАЙ-ГАЗ АЙМАҚТАРЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК МӘРТЕБЕСІ. Ж.А.Айбасова, К.А.Суюнғараев. М.Оспанов атындағы Батыс-Қазақстан мемлекеттік университеті, Ақтөбе қаласы. 93
- БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МҰНАЙ-ГАЗ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ӨМІР СҮРУ ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, Д.М.Сыздықов, К.К.Абдижаббарова. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 96
- БАТЫС ҚАЗАҚСТАН МҰНАЙ-ГАЗ АЙМАҒЫНДАҒЫ ТҰРҒЫНДАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК БАСЫМДЫҚТАРЫ. Н.Ж.Жакашов, У.И.Кенесариев, К.К.Абдижаббарова, Д.М.Сыздықов. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 98



ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН НЫҒАЙТУДЫҢ ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ (аурулардың біріншілік, екіншілік және үшіншілік алдын алу)

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНЕН ЗАРДАП ШЕГЕТІН
БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ.
А.М.Нұғманова, С.А.Диқанбаева. Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы,
«Ақсай» Республикалық клиникалық балалар ауруханасы, Алматы қаласы. 100

«БАЛБҰЛАҚ» АЙЫҚТЫРУ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫНДА БАЛАЛАРДА САЛАУАТ-
ТЫ ӨМІР САЛТЫ ДАҒДЫЛАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ. З.М.Құрманбекова, К.К.Мусаева,
Т.В.Варзина, Э.К.Надырова, Н.Т.Ибрагимова, Г.А.Қуанышбекова. Республикалық «Балбұлақ»
айықтыру орталығы, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық
Орталығы, Алматы қаласы. 101

БАЛАЛАРДЫ АЙЫҚТЫРУДАҒЫ МУЗЫКАТЕРАПИЯНЫҢ РӨЛІ. З.М.Курманбекова,
Т.В.Варзина, А.Ж.Жунисова, Э.К.Надырова, Н.К.Туякова, Т.П.Палтушева. Республикалық
«Балбұлақ» айықтыру орталығы, Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының
Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 104

ТАБИҒИ ФАКТОРЛАРМЕН САУЫҚТЫРУ КЕЗІНДЕ КЕЙБІР ГОРМОНДАРДЫҢ ТҮЗІЛУІ.
Т.П.Палтушева, Г.А.Қуанышбекова. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының
Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 107

ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН НЫҒАЙТУДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚТЫ
ҚОРҒАУ ТӘРТІБІНІҢ РӨЛІ (шолу). Адаева 111

БІР ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР АРАСЫНДА КҮЙІК ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ АЛДЫН
АЛУДЫҢ НЕГІЗГІ БАҒЫТТАРЫ. Ғ.М.Ұсатаева, Л.Ж.Кәмзібаева. Қоғамдық денсаулық сақтау
жоғары мектебі, Алматы қаласы. 114

«ПАЙДАЛЫ СҮТ» БАҒДАРЛАМАСЫН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН
ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖӘНЕ ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ЖАҚСARTУ ЖОЛДАРЫНЫҢ БІРІ
РЕТІНДЕ. В.Н.Кожевников. Қазақстан сүт одағы, Алматы қаласы. 116

МЕДИКО-САНИТАРЛЫҚ АЛҒАШҚЫ КӨМЕК ЖӘНЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫ ЖЕТІЛДІРУДЕГІ ОНЫҢ РӨЛІ

ОСТЕОПОРОЗ АЯСЫНДА СЫНУ ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ. А.А.Төрехұлова,
У.Д.Джуманов, Г.А.Қадырова. Қалалық орталық клиникалық аурухана, Алматы қаласы. 118

СТРЕПТОКОК ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОШАҚТАРЫ БАР РЕВМАТИЗМ-
МЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАР ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ. Е.А.Шуашева.
Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы Шымкент қаласы. 119

КАРИЕСТІҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ТИІМДІ ӘДІСІН НЕГІЗДЕУ. Ә.Ә.Қабылбеков,
Ж.А.Қыстаубаева. С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 122



БАЛАЛАР АРАСЫНДА СУҒА КЕТУ ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ ЖӘНЕ
АЛДЫН АЛУ. Ғ.М.Ұсатаева. Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі,
Алматы қаласы. 124

МҮГЕДЕК ЖӘНЕ БАЛАЛЫҚ ШАҚ: ПАВЛОДАР ҚАЛАСЫНЫҢ №5 ЕМХАНАСЫН-
ДА ЕМДЕЛГЕН БАЛАЛАР МҮГЕДЕКТИГІН ТАЛДАУ. К.Г.Шарапатова, Т.Б.Баймаханов,
А.М.Ахметжанова, А.У.Туребаев, Е.А.Скрипниченко, З.У.Иманжусупова, М.С.Оразалина
М.М.Бабажанова, К.Т.Кабулова. Павлодар облысының денсаулық сақтау басқармасы,
салауатты өмір салтын қалыптастыру облыстық орталығы, № 5 емхана,
ҚР Еңбек министрлігінің №3 МСЭ бөлімі, Павлодар қаласы. 124

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДА БІЛІМНІҢ, ТАМАҚТАНУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ ЖӘНЕ ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУДЫҢ АТҚАРАТЫН РӨЛІ

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛУҒА ДЕЙІНГІ ЖАСТАРДЫҢ БЕЙІМДЕЛУ МҮМКІНДІКТЕРІН
БАҒАЛАУ ТУРАЛЫ. Н.В.Сливкина, Б.С.Саттыклышов, «Астана медицина университеті» АҚ,
Астана қаласы. 127

«СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ» КЕШЕНДІ БАҒДАРЛАМАСЫН ӨЗІРЛЕУ ТУРАЛЫ.
Б.С.Саттыклышов, Н.В.Сливкина, «Астана медицина университеті» АҚ, Астана қаласы. 128

КОМПЬЮТЕРЛІК САБАҚТАРДЫҢ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР ОГРАНИЗМІНЕ
ТИГІЗЕТІН ӨСЕРІ. А.Р.Абзалиева. №17 емхана, Алматы қаласы. 128

МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ЖҮРЕК, ҚАН ТАМЫРЫ АУРУ-СЫРҚАУШЫЛЫҒЫ.
Э.Т.Абдраимова. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 129

МЕКТЕП ОҚУШЛАРЫНЫҢ ДЕНЕ БІТІМІН ЗЕРТТЕУ ТУРАЛЫ. А.К.Текманова.
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 131

ДЕНЕ БІТІМІНІҢ ДАМУЫ, БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІ, ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ЖӘЙ-КҮЙІ.
А.К.Текманова. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 132

МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ОРГАНИЗМІНЕ КОМПЬЮТЕРЛІК САБАҚТАРДЫҢ
ТИГІЗЕТІН ӨСЕРІ. А.Р.Абзалиева. №17 емхана, Алматы қаласы. 134

МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ ОРГАНИЗМІНІҢ ҚЫЗМЕТТІК ЖӘЙ-КҮЙІ МЕН БЕЙІМДЕЛУ
МҮМКІНДІКТЕРІНІҢ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. Э.Т.Абдраимова. С.Ж. Асфенди-
яров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 135

ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ БЕЛСЕНДІЛІГІН БАСҚАРУДА АПИФИТОТЕРАПИЯНЫ
ПАЙДАЛАНУ. Т.Д.Дүйсенев. «ТЕАД» Медициналық орталығы, Алматы қаласы. 136

СПОРТТЫҚ МЕДИЦИНАНЫ ДАМУДА ИНТЕРАКТИВТІ СТРАТЕГИЯЛЫҚ ЖОСПАР-
ЛАУ ПРИНЦИПТЕРІН ІСКЕ АСЫРУ. Т.Д.Дүйсенев. «ТЕАД» Медициналық орталығы,
Алматы қаласы. 137



СТУДЕНТТЕРДЕ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ПРОЦЕСС КЕЗІНДЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ. Ж.Г.Тезекбаева, С.Ғ.Маштахова, Р.Н.Жундабекова. Алматы медицина колледжі, Алматы қаласы. 139

АНА МЕН БАЛАЛЫҚ ШАҚТЫ ҚОРҒАУ

ТРАНЗИТОРЛЫҚ ИШЕМИЯЛЫҚ МИОКАРДПЕН АУЫРҒАН БАЛАЛАРДЫ КАТАМНЕСТИКАЛЫҚ БАЙҚАУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ. С.А.Диқанбаева, С.М.Кабиева, А.С.Жумакаева, С.А.Курганская. Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Облыстық балалар клиникалық ауруханасы, Қарағанды қаласы. 144

БАЛАЛАРДАҒЫ СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЫ КЕЗІНДЕГІ КАРДИОВАСКУЛЯРЛЫ ЗАҚЫМДАНУЛАР. А.М.Нугманова, С.А.Диканбаева. Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, Алматы қаласы. 145

«АЗГЫР» ЯДРОЛЫҚ ПОЛИГОНЫНЫҢ АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН НӨРЕСТЕЛЕРДІҢ ШЕТІНЕУ ҮРДІСІН ӨЗГЕРТУ. Н.Ж.Жақашов, Л.М.Касимова, М.К.Амрин. С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы. 146

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ПЕРИНАТАЛДЫҚ ӨЛІМНІҢ ӨЗГЕРІСІ. Е.К.Қуандықов, Г.Т.Асилбекова, А.А.Абласанов, А.А.Майлықараева. Х.А.Ясави атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қаласы. 148

ЖАҢА ТУҒАН СӘБИ ЖӘЙ-КҮЙІНЕ АНА ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ЫҚПАЛЫ. А.С.Биболова, Н. К.Тузельбаев, К.С.Қазбекова, Ф.А.Бердалиева, О.Ж. Ташимбетова. Х.А.Ясави атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент қаласы. 149

ДЕНІ САУ ЖӘНЕ АУРУ БАЛАЛАР ОРГАНИЗМІНДЕГІ СЕЛЕННІҢ АЛМАСУЫ. Е.Т.Дадамбаев, И.З.Мамбетова, З.А.Жумабаева, В.К.Махатова, А.Р.Алимбаева. КазНМУ, Алматы. 150

САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ, ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

АТЫРАУ ОБЛЫСЫНЫҢ ҚАРАБОТАН ЖҰМЫСШЫЛАР АУЫЛЫНДА ҚҰРЫЛЫСШЫЛАР АРАСЫНДА ОРЫН АЛҒАН САЛЬМОНОЛЛЕЗ ЖҰҚПАСЫНЫҢ ТАРАЛУЫ. А.М.Қуатбаева, К.С.Оспанов, В.Н.Шеянов, А.С.Кенбеилова, М.В.Бердычева, М.Т.Рахимжанова, К.З.Зинулин, А.Т.Жұмағалиев, Г.Х.Қалиева, Г.А.Ирбатырова, М.Меңдіғалиева, Р.С.Сұлтанғалиева, Г.Н.Сағидуллина, Г.Т.Нүкенова, А.Каспирова, Д.Набилова. ҚР денсаулық сақтау Министрлігінің Мемсанэпидқадағалау Комитеті, Астана қаласы. 152

ОРАЛ ҚАЛАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ҚЫЗАМЫҚ ТАРАЛУЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ. А.М.Қуатбаева, К.С.Оспанов, В.Н.Шеянов, А.А.Мантакова, С.И.Иманкул, И.Ф.Гребенюк, С.Н.Щербина, И.А.Зайцева, М.Н.Айнабекова. Республикалық санитарлық-эпидемиологиялық станциясы, Алматы қаласы. 157



ВАКЦИНАЦИЯЛАУ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫНЫҢ ЕЛЕУЛІ ЭЛЕМЕНТІ: МҮМКІНДІКТЕРІ, ШЕКТЕУЛЕРІ ЖӘНЕ ЖАУАПКЕРШІЛІГІ. Б.В.Каральник. Гигиена және эпидемиология ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	161
ФТИЗИОХИРУРГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДА РЕЦИДИВ ДАМУЫНА ӘКЕЛЕТІН ФАКТОРЛАР. А.Ш.Зетов. Туберкулез мәселелерінің ұлттық орталығы, Алматы қаласы.	164
АТЫРАУ ОБЛЫСЫНЫҢ ЕҢБЕК МИГРАНТТАРЫ АРАСЫНДА ВИЧ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ. Г.В.Хван, А.А.Каракулова, Р.Б.Хасанова, К.Д.Абубакирова, В.Г.Слесарев. СПИД РО Алматы қаласы, СПИД обл. орталығы Атырау қаласы.	166
ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ 1985-2008 жылдардағы ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ПАРОТИТПЕН АУРУ- СЫРҚАУШЫЛЫҚТЫ ТАЛДАУ. В.А.Меркер, Е.А.Лавлинская, И.Х.Шуратов. Алматы қаласының Мемсанэпидқадағалау Департаменті, қалалық клиникалық инфекциялық аурухана, Х.Жұматов атындағы гигиена және эпидемиология ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	167
ЭПИДЕМИЯЛЫҚ ПАРОТИТТІҢ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКАСЫ. Е.А.Лавлинская, В.А.Меркер, И.Х.Шуратов. И.Жекенова атындағы қалалық клиникалық инфекциялық ау- рухана, Алматы қаласы бойынша ҚР ДСМ Мемсанэпидқадағалау комитетінің Департаменті, Х.Жұматов атындағы гигиена және эпидемиология ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	168
АУЫЛ ТҮРҒЫНДАРЫ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ПЕСТИЦИДТЕРДІҢ КЕЛТІРЕТІН ҚОЛАЙСЫЗ ӘСЕРІНІҢ АЛДЫН АЛУ. А.Т.Умбетпаев. ҚР ДСМ Х.Жұматов атындағы гигиена және эпиде- миология ғылыми орталығы, Алматы қаласы.	170
СТУДЕНТТЕРДЕГІ ЭПШТЕЙН-БАРРВИРУСЫНЫҢ ПЕРСИСТЕНЦИЯСЫ. А.Д.Сембаева. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.	172
ЛАСТАНҒАН ҚҰЙМА СУЛАРДЫҢ ІЛЕ ӨЗЕНІ СУЫНЫҢ САПАСЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІН БАҒАЛАУ. Е.Ж.Сыдыманов. Алматы облысының Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау Департаменті, Талдықорған қаласы.	173
ПЕСТИЦИДТЕР ӘР ТҮРЛІ КЛАССЫНЫҢ ОРГАНИЗМГЕ КЕЛТІРЕТІН ҚҰРАМА УЛЫ ӘСЕРІ. Г.К.Әшірбеков, Ж. К.Сәрсенбаева, Г.Ж.Әжиханова. Х.Жұматов атындағы гигиена және эпидеми- ология ғылыми орталығы, № 15 Қалалық емханасы, Алматы қаласы.	175
МАНҒЫСТАУ ОБЛЫСЫ АУМАҒЫНДА РАДИАЦИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗДІКТІ ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ КЕШЕНДІ БАҒДАРЛАМАСЫ. З.Ахметова. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау Министрлігі	176
ИНФЕКЦИЯ ОШАҚТАРЫНДА «А» ГЕПАТИТІНІҢ ШҰҒЫЛ АЛДЫН АЛУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ. М.Ж.Қадыр. Мемлекеттік санэпидқадағалау департаменті Маңғыстау облысы, Ақтау қаласы.	179
МЕГАПОЛИС ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ЖАС ӨСПІРІМДЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘЙ-КҮЙІ МЕН ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСЫНЫҢ ПЕРСИСТЕНЦИЯСЫ. А.Д.Сембаева. С.Ж.Асфендияров атындағы КазҰМУ, Алматы қаласы.	180



ДИСБАКТЕРИОЗДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ. А.К.Куандыкова, П.А.Кулибаева. Х.А.Ясави атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, СанЭпид сараптау Орталығы, Түркістан қаласы, Шымкент қаласы. 181

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ҚАЛА МЕН АУЫЛ БАЛАЛАРЫ АРАСЫНДА КЕҢ ТАРАҒАН АУРУ КЛАССТАРЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ. Ж.А.Қалмақова. Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті, Қызылорда қаласы. 181

ЕЛЕУЛІ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯЛЫҚ ЖҮРЕК АУРУЫНАН ЗАРДАП ШЕГЕТІН НАУҚАСТАР БАУЫРЫНЫҢ ҚЫЗМЕТТІК ЖӘЙ-КҮЙІНЕ ANTIARITМИЯЛЫҚ ТЕРАПИЯНЫҢ ҚОСАЛҚЫ САЛДАРЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ. Н.Г.Малюченко, Л.К.Бадина, Н.В.Васильева, Р.Д.Конанбаева, А.Р.Алина. Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қаласы. 184

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ҚОЛАЙСЫЗ РАДИОЭКОЛОГИЯЛЫҚ АЙМАҒЫНЫҢ ТҮРҒЫНДАРЫНДА ҚАЛҚАНША БЕЗ ТҮЙІНДІК ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ПРОБЛЕМАСЫ. А.М.Токешева. Мемлекеттік медицина университеті, Семей қаласы. 185

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ОНКОЛОГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ҰЙЫМДАСТЫРУ АСПЕКТІЛЕРІ. К.Д.Ержанов. Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы. 187

ҚАЛА ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ ХИРУРГИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІ ОҢТАЙЛАНДЫРУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ АСПЕКТІЛЕРІ МЕН ПРОБЛЕМАЛАРЫ. Б.А.Наржанов, Г.Р.Жапбаркулова. А.Н.Сызғанов атындағы Хирургия ұлттық ғылыми орталығы, Қазақстан медицина университеті, Алматы қаласы. 190

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫР АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ТӨМЕНДЕТУ МӘСЕЛЕСІ. Г.К.Каусова, И.А.Самченко, Г.К.Жакиманова, Т.Б.Дауытов. Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы. 192

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖҮРЕК ҚАН-ТАМЫР АУРУЛАРЫНАН БОЛАТЫН ӨЛІМ ЖАҒДАЙЛАРЫН ТӨМЕНДЕТУ СТРАТЕГИЯСЫ. Г.К.Каусова, В.Ш. Атарбаева, М.А. Булешов, А.Р. Кожатаева, Р.К. Курманғалиева. Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы. 193



СОДЕРЖАНИЕ

СТРАТЕГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЙ ПОДХОД ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРА- ВООХРАНЕНИЕ

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. С.А.Диканбаева. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.	25
НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Т.И.Слажнёва. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК.	28
БАЗОВОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ПО ВНЕСЕНИЮ КАЗАХСТАНСКОГО ШКОЛЬНОГО ПРЕДМЕТА ПО ВОСПИТАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ЧИСЛО ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН. Огихара Атсуши. Университет Васеда, Япония.	32
ПРОФИЛАКТИКА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ: ИТОГИ ОДНОГО ГОДА ВНЕДРЕНИЯ КОМПЬЮТЕРИЗИРОВАННОЙ ПРО- ГРАММЫ «МАТЬ И ДОЧЬ». С.П.Шинке, К.С.Коул, Линь Фан. Колумбийский университет, Нью-Йорк, Университет Торонто, Канада.	37
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО СНИЖЕНИЮ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕВОЧЕК: АПРОБАЦИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ «МАТЬ И ДОЧЬ» ПРОГРАММЫ. С.П.Шинке, К.С.Коул, Линь Фан. Колумбийский университет, Нью-Йорк.	41
О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ И СПИД СЛУЖБ В г.АЛМАТЫ. В.Г.Слесарев, Т.Давлетгалиева, Е.Кудусова, С.Суртаева, М.Кульшарова, Н.Р.Мукушев, Г.Т.Утепкалиева. Республиканский Центр СПИД, Американский Красный Крест в Центральной Азии, Городской тубдиспансер, г.Алматы.	48
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕ- НИИ. Т.С.Хайдарова, Б.С.Наржанов, Г.Р.Жаппаркулова, А.А.Акимбаева. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, ННЦХ им. А.Н.Сызганова, г.Алматы.	52
ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕ- НИЮ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. Б.А.Наржанов. Националь- ный научный центр хирургии МЗ РК, г.Алматы.	55
УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ О ЗНАЧЕНИИ ДЛЯ ЗДО- РОВЬЯ ФОРТИФИЦИРОВАННОЙ ПШЕНИЧНОЙ МУКИ. И.Г.Цой, Ш.С.Тажибаев, Н.Н.Тасмагамбетова, А.А.Нургабилова. Казахская академия питания, г.Алматы.	57
ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МИРОВОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КА- ЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ. Л.И.Каламкарлова, Л.П.Мамонова, Л.П.Храмова. Казахская академия питания, г.Алматы.	58



ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЕХ СТРУКТУР ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Ж.С.Тотанов. Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова МЗ РК, г.Алматы.	61
ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ –ПУТЬ К УСТОЙЧИВОМУ РАЗВИТИЮ. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, А.Ж.Молдакарызова, Ж.Д.Бекмагамбетова, Н.Е.Алимова. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.	62
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ. Г.П.Касымова, К.Д.Ержанов. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.	64
ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ. М.А.Граф, Г.И.Боштаева, Г.А.Ермаханова, М.К.Зейтын. Институт развития здравоохранения МЗ РК	67
ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРЕ. Д.З.Акшалова. Институт развития здравоохранения МЗ РК	70
ПРЕДПОСЫЛКИ И ПУТИ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА УРОВНЕ РЕСПУБЛИКИ. Б.А.Наржанов. ННЦХ им. Сызганова, г.Алматы.	72
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФЗОЖ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	
ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ. Т.П.Палтушева., Г.А.Куанышбекова. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.	74
ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТА КАК СОЦИАЛЬНАЯ ИНВЕСТИЦИЯ. А.А.Имангалиева, Ш.Е.Каржаубаева, Г.К.Каусова. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Высшая Школа Общественного Здравоохранения, г.Алматы.	78
ЛОГИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. Е.Д.Даленов. АО «Медицинский университет Астана», г.Астана.	79
ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА. Б.А.Наржанов. Национальный научный центр хирургии им. Сызганова, г.Алматы.	80
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ. Г.Н.Талиева, Ф.Сыдын, Б.К.Есембаева. Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗРК, Департамент ГСЭН Карагандинской области, г.Караганда, Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, г.Темиртау.	82
ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА. У.З.Зинулин, А.К.Калмуханова, А.М.Куатбаева, А.Т.Исмагулов. Департамент Комитета Госсанэпиднадзора по Атырауской области, г.Атырау, Казахская Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, Научный центр гигиены и эпидемиологии имени Х.Жуматова, г.Алматы.	84



- ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Ж.С.Тотанов. Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова МЗ РК, г.Алматы. 84
- О ВОЗМОЖНОСТЯХ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИИ ГЦТ «АСТАНАТЕЛЕКОМ». Л.Ж.Исмагамбетова, Е.Д.Даленов, В.Б.Хасин. ТОО «Городской центр ЗОЖ», АО «Медицинский университет Астана», г.Астана. 86
- ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. Б.Т.Нурашева, А.Т.Турсунова, О.В.Желябина. Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 87
- СОВРЕМЕННАЯ ЭКОЛОГО - ГИГИЕНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ. Г.К.Турдунова. Государственный медицинский Университет, г.Семей. 88
- К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ УЗЛОВОЙ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕГИОНА СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА. А.М.Токешева. Государственный медицинский университет, г.Семей. 89
- СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАРАЧАГАНАКСКОГО РЕГИОНА. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, Г.М.Аликеева, А.И.Анамбаева. Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 91
- МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ НЕФТЕГАЗОВЫХ РЕГИОНОВ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Ж.А.Айбасова, К.А.Суюнгарев. Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени М.Оспанова, г.Актобе. 93
- ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ НЕФТЕГАЗОВОГО РЕГИОНА ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА. У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, Д.М.Сыздыков, К.К.Абдижаббарова. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 96
- МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА НЕФТЕГАЗОВЫХ МЕСТОРОЖДЕНИЙ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА. Н.Ж.Жакашов, У.И.Кенесариев, К.К.Абдижаббарова, Д.М.Сыздыков. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 98

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

(первичная, вторичная и третичная профилактика заболеваний)

- ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. А.М.Нугманова, С.А.Диканбаева. Научный центр педиатрии и детской хирургии, Республиканская клиническая больница «Аксай», г.Алматы. 100



ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «БАЛБУЛАК». З.М.Курманбекова, К.К.Мусаева, Т.В.Варзина, Э.К.Надырова, Н.Т.Ибрагимова, Г.А.Куанышбекова. Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак», Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы. 101

МУЗЫКОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ. З.М.Курманбекова, Т.В.Варзина, А.Ж.Жунисова, Э.К.Надырова, Н.К.Туякова, Т.П.Палтушева. Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак», Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы. 104

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ОЗДОРОВЛЕНИИ ПРИРОДНЫМИ ФАКТОРАМИ. Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы. 107

РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ (обзор). А.А.Адаева. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы. 111

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА. Г.М.Усатаева, Л.Ж.Камзебаева. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы. 114

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВОЕ МОЛОКО», КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. В.Н.Кожевников. Молочный союз Казахстана, г.Алматы. 116

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И ЕЕ РОЛЬ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ПЕРЕЛОМОВ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА. А.А.Турекулова, У.Д.Джуманов, Г.А.Кадырова. Центральная городская клиническая больница, г.Алматы. 118

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ ОЧАГИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ. Е.А.Шуашева. Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент. 119

ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА. А.А.Кабулбеков, Ж.А.Кыстаубаева. Т.К.Супиев. КазНМУ, г.Алматы. 122

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА УТОПЛЕНИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. Г.М.Усатаева. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы. 124

ИНВАЛИД И ДЕТСТВО: АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №5 г.ПАВЛОДАРА. К.Г.Шарапатова, Т.Б.Баймаханов, А.М.Ахметжанова, А.У.Туребаев, Е.А.Скрипниченко, З.У.Иманжусупова, М.С.Оразалина М.М.Бабажанова, К.Т.Кабулова. Управление здравоохранения Павлодарской области, Областной центр формирования здорового образа жизни, ККГП Поликлиника № 5, отдел МСЭ №3 МТСЗН, г.Павлодар. 124



РОЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ, ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

- ОБ ОЦЕНКЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДОПРИЗЫВНОЙ МОЛОДЕЖИ.
Н.В.Сливкина, Б.С.Саттыклышов. АО «Медицинский университет Астана», г.Астана. 127
- О РАЗРАБОТКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ».
Б.С.Саттыклышов, Н.В.Сливкина. АО «Медицинский университет Астана», г.Астана. 128
- ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ЗАНЯТИИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.
А.Р.Абзалиева. Поликлиника №17, г.Алматы. 128
- ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ШКОЛЬНИКОВ.
Э.Т.Абдраимова. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 129
- ОБ ИЗУЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ. А.К.Текманова. КазНМУ им
С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 131
- ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, МЕТОДЫ ОЦЕНКИ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ.
А.К.Текманова. КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 132
- ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ЗАНЯТИИ НА ОРГАНИЗМ УЧАЩИХСЯ ШКОЛ.
А.Р.Абзалиева. Поликлиника №17, г.Алматы. 134
- ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И АДАП-
ТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ШКОЛЬНИКОВ. Э.Т.Абдраимова. КазНМУ им.
С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 135
- ПРИМЕНЕНИЕ АПИФИТОТЕРАПИИ ПРИ УПРАВЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ.
Т.Д.Дуйсенов. Медицинский центр «ТЕАД», г.Алматы. 136
- РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ИНТЕРАКТИВНОГО СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ
В РАЗВИТИИ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ. Т.Д.Дуйсенов. Медицинский центр «ТЕАД»,
г.Алматы. 137
- ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ.
Ж.Г.Тезекбаева, С.Г.Маштахова, Р.Н.Жундабекова. Алматинский медицинский колледж,
г.Алматы. 139

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

- РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ
ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА. С.А.Диканбаева, С.М.Кабиева, А.С.Жумакаева,
С.А.Курганская. Карагандинский Государственный медицинский университет, Областная дет-
ская клиническая больница, г.Караганда. 144
- КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК.
А.М.Нугманова, С.А.Диканбаева. Научный центр педиатрии и детской хирургии, г.Алматы... 145



ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕГИОНЕ ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА «АЗГЫР». Н.Ж.Жакашов, Л.М.Касимова, М.К.Амрин. Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы. 146

ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ. Е.К.Куандыков, Г.Т.Асилбекова, А.А.Абласанов, А.А.Майлыкараева. Международный Казахско-Турецкий университет имени А.Ясави, г.Туркестан. 148

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО А.С.Биболова, Н. К.Тузельбаев, К.С.Казбекова, Ф.А.Бердалиева, О.Ж. Ташимбетова. Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А.Ясави, г.Шымкент. 149

ОБМЕН СЕЛЕНА В ОРГАНИЗМЕ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ. Е.Т.Дадамбаев, И.З.Мамбетова, З.А.Жумабаева, В.К.Махатова, А.Р.Алимбаева, КазНМУ, г.Алматы. 150

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА, ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ВСПЫШКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ СТРОИТЕЛЕЙ В ПОСЕЛКЕ КАРАБОТАН, АТЫРАУСКАЯ ОБЛАСТЬ. А.М. Куатбаева, К.С.Оспанов, В.Н.Шеянов, А.С.Кенбеилова, М.В.Бердычева, М.Т.Рахимжанова, К.З.Зинулин, А.Т.Жумагалиев, Г.Х.Калиева, Г.А.Ирбатырова, М.Мендигалиева, Р.С.Султангалиева, Г.Н.Сагидуллина, Г.Т.Нукенова, А.Каспирова, Д. Набилова. Комитет Госсанэпиднадзора МЗРК, г. Астана. 152

РЕЗУЛЬТАТЫ РАССЛЕДОВАНИЯ ВСПЫШКИ КРАСНУХИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ. А.М.Куатбаева, А.А.Мантакова, К.С.Оспанов, В.Н.Шеянов, С.И.Иманкул, И.Ф.Гребенюк, С.Н.Щербина, И.А.Зайцева, М.Н.Айнабекова. Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы. 157

ВАКЦИНАЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Б.В.Каральник. Научный центр гигиены и эпидемиологии, г.Алматы. 161

ФАКТОРЫ, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВОВ У ФТИЗИО-ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. А.Ш.Зетов. Национальный центр проблем туберкулеза, г.Алматы. 164

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ. Г.В.Хван, А.А.Каракулова, Р.Б.Хасанова, К.Д.Абубакирова, В.Г.Слесарев. РЦ СПИД, г.Алматы, ОЦ СПИД, г.Атырау. 166

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В КАЗАХСТАНЕ ЗА 1985-2008гг. В.А.Меркер, Е.А.Лавлинская, И.Х.Шуратов. Департамент Госсанэпиднадзора города Алматы, городская клиническая инфекционная больница, Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Хамзы Жуматова, г.Алматы. 167

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА. Е.А.Лавлинская, В.А.Меркер, И.Х.Шуратов. Городская клиническая инфекционная больница им. И.Жекеновой, Департамент комитета гос.сан-эпиднадзора МЗ РК по городу Алматы, Научный центр гигиены и эпидемиологии им.Хамзы Жуматова, г.Алматы. 168



ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ НА ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ. А.Т.Умбетпаев. Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова МЗ РК, г.Алматы.	170
ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР У СТУДЕНТОВ. А.Д.Сембаева. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.	172
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СТОЧНЫХ ВОД НА КАЧЕСТВО ВОДЫ РЕКИ ИЛИ. Е.Ж.Сыдыманов Департамент Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Алматинской области, г.Талдыкорган.	173
КОМБИНИРОВАННОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ПЕСТИЦИДОВ НА ОРГАНИЗМ. Г.К.Аширбеков, Ж.К.Сарсенбаева, Г.Ж.Ажиханова. Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова, Городская поликлиника № 15, г.Алматы.	175
О КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ МАНГЫСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ. З.Ахметова. Министерство здравоохранения Республики Казахстан	176
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИИ. М.Ж.Кадыр. Департамент Госсанэпиднадзора Мангистауской области, г.Актау.	179
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА. А.Д.Сембаева, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.	180
К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИСБАКТЕРИОЗА. А.К.Куандыкова, П.А.Кулибаева. МКТУ им. Х.А.Ясави, Центр СанЭпид экспертизы, г.Туркестан, г.Шымкент.....	181
ХАРАКТЕРИСТИКА КЛАССА ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИРОКО РАСПРОСТРАНЕННЫХ СРЕДИ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ ПО КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Ж.А.Калмакова. Кызылординский Государственный университет имени Коркыт Ата, г.Кызылорда.	181
ПРОФИЛАКТИКА ВАЖНЕЙШИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
ПРОФИЛАКТИКА ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. Н.Г.Малюченко, Л.К.Бадина, Н.В.Васильева, Р.Д.Конанбаева, А.Р.Алина. КГМУ, г.Караганда.	184
К ПРОБЛЕМЕ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ. А.М.Токешева. Государственный медицинский университет, г.Семей.	185
МЕДИКО – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В КАЗАХСТАНЕ. К.Д.Ержанов. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы	187



ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ. Б.А.Наржанов, Г.Р.Жапбаркулова. ННЦХ им. Сызганова, Казахстанский медицинский университет, г.Алматы 190

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ И СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. Г.К.Каусова, И.А.Самченко, Г.К.Жакиманова, Т.Б.Дауытов. Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы. 192

К СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КАЗАХСТАНЕ. Г.К.Каусова, В.Ш.Атарбаева, М.А.Булешов, А.Р.Кожатаева, Р.К.Курмангалиева. Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы. 193



CONTENTS

HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT STRATEGY, INTERSECTORAL APPROACH TO PUBLIC HEALTH

HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. S.A. Dikanbaeva. National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty.	25
SCIENTIFIC SUBSTANTIATION OF MODERN ORGANIZATIONAL AND MANAGEMENT APPROACHES TO HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PRIMARY HEALTH CARE. T.I.Slazhneva. National Center for problems of healthy lifestyle development under MHRK.	28
BASIC STUDY OF ISSUES ON INTRODUCTION OF HEALTHY LIFESTYLE SUBJECT INTO SCHOOL CURRICULA IN KAZAKHSTAN. Ogihara Atsuschi. Waseda University, Japan	32
PREVENTING SUBSTANCE USE AMONG ADOLESCENT GIRLS: 1-YEAR OUTCOMES OF A COMPUTERIZED, MOTHER–DAUGHTER PROGRAM. S.P.Schinke, Lin Fang , K.C.Cole. Columbia University, New York, University of Toronto, Canada Keywords: Adolescent girls, substance use, prevention programming, family approaches	37
GENDER-SPECIFIC INTERVENTION TO REDUCE UNDERAGE DRINKING AMONG EARLY ADOLESCENT GIRLS: A TEST OF A COMPUTER-MEDIATED, MOTHER-DAUGHTER PROGRAM. S.P.Schinke, K.C.Cole, Lin Fang. PH.D. School of Social Work, Columbia University, New York	41
ABOUT PROJECT ON INTERACTION OF TB AND AIDS SERVICES IN ALMATY. V.G.Slesarev, T.Davletgalieva, E. Kudusova, S.Surtaeva, M. Kulsharova, N.R. Mukushev, G.T.Utepkalieva. Republican AIDS Center, American Red Cross in Central Asia, City TB dispensary, Almaty.	48
EFFECTIVENESS OF MEDICAL AND PREVENTIVE TECHNOLOGIES IN HEALTH CARE. T.S.Khaidarova, B.S.Narzhanov, G.Zhapparkulova, A.A.Akimbaeva. National Center for problems of healthy lifestyle development, Sientific center of surgery named after A.N. Syzganov, Almaty.	52
CONTINUITY OF PRIMARY AND TERTIARY POPULATION HEALTH CARE ON PREVENTION OF SURGICAL DISEASES. B.A. Narzhanov. Sientific center of surgery named after Syzganov under Ministry of Health RK, Almaty.	55
KNOWLEDGE OF SELECTED POPULATION GROUPS ON IMPORTANCE FOR HEALTH OF FORTIFIED WHEAT FLOUR. I.G Tsoi, Sh.S. Tazhibaev, N.N. Tasmagambetova, A.A. Nurgabilova. Kazakh Academy of Nutrition, Almaty.	57
BASIC ASPECTS OF WORLD AND DOMESTIC CONTROL SYSTEM OF QUALITY AND SAFETY OF FOOD PRODUCTS. L.I.Kalamkarova, L.P.Mamonova, L.P.Hramova. Kazakh Academy of nutrition, Almaty.	58
KEY ASPECTS OF PREVENTIVE ACTIVITIES OF ALL PRACTICAL HEALTH CARE SETTINGS. Z.S.Totanov. Science Centre of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov under MH RK, Almaty.	61



ECOLOGICAL EDUCATION – THE WAY TO SUSTAINABLE DEVELOPMENT. U. I. Kenesariyev, N.Zh. Zhakashov, A.Zh. Moldakaryzova, Zh.D.Bekmagambetova, N.E. Alimova. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty. 62

RESEARCH OF QUALITY OF LIFE IN ONCOLOGY. G.P.Kasymova, K.D.Erzhanov. School of public health, Almaty. 64

EVALUATION OF PATIENTS SAFETY CONDITIONS ON THE BASIS OF ACCREDITATION STANDARDS. M.A.Graf, G.I.Boshtaeva, G.A.Ermakhanova, M.K.Zeytyn. Institute of health care development under Ministry of Health RK 67

ORGANIZATION OF PATIENT SAFETY AT A HOSPITAL. D.Z.Akshalova. Institute of Health care development under Ministry of Health RK 70

BACKGROUND AND WAYS OF RESTRUCTURING NETWORK OF HEALTH ORGANIZATIONS AT THE REPUBLICAN LEVEL. B.A.Narzhanov. Scientific center of surgery named after Syzganov, Almaty. 72

THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF HLD SYSTEM IMPROVEMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

INFLUENCE OF SOME BEHAVIOURAL RISK FACTORS ON HEALTH OF YOUNG MEN. T.P.Paltusheva, G.A.Kuanishbekova. National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty. 74

STUDENT’S HEALTH AS SOCIAL INVESTMENT. A.A.Imangalieva, Sh.E.Karzhaubaeva, G.K.Kausova. National Center for problems of healthy lifestyle development, School of Public Health, Almaty. 78

DEVELOPMENT OF HEALTHY LIFESTYLE LOGIC. E.D.Dalenov. «Astana medical university» JSC, Astana. 79

PREVENTION OF SURGICAL DISEASES RELATED TO BEHAVIORAL RISK FACTORS. B.A.Narzhanov. Scientific center of surgery named after Syzganov, Almaty. 80

THE HYGIENE CHARACTERISTIC OF ACTUAL NUTRITION OF THE FOOD-STUFFS INDUSTRY WORKERS. G.N.Talieva, F.Sydin, B.K.Esembaeva. National center of labour hygiene and occupational diseases MH RK, Karaganda oblast Department of state sanitary-epidemiological inspection, Karaganda, Center for sanitary-epidemiological expertise, Temirtau. 82

INFLUENCE OF ENVIRONMENTAL POLLUTION ON HEALTH OF POPULATION LIVING IN ECOLOGICAL RISK ZONE. U. Z. Zinulin, A.K. Kalmukhanova, A.M. Kuatbaeva, A.T. Ismagulov. Department of Committee on sanitary and epidemiological inspection of Atyrau oblast, Atyrau, Kazakh Republican sanitary-epidemiological station, Science Centre of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov, Almaty. 84

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL APPROACH TO OPTIMIZING PREVENTION AT PRIMARY LEVEL OF HEALTH CARE SYSTEM. Z.S.Totanov. Science Centre of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov under MH RK, Almaty. 84



ABOUT POSSIBILITY OF DISEASE RATE DECREASE AND STRENGTHENING OF WORKERS HEALTH IN «ASTANATELECOM» ENTERPRISE. L.J.Ismagambetova, E.D. Dalenov, V.B. Khassin. City healthy lifestyle center, JSC «Astana medical university», Astana. 86

IMPORTANCE OF PHYSICAL ACTIVITY FOR ATHEROSCLEROTIC DISEASES PREVENTION. B.T.Nurasheva, A.T.Tursunova, O.V.Zhelyabina. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty. 87

MODERN ECOLOGO - HYGIENIC SITUATION OF SEMEY. G.K.Turdunova. State medical university, Semey. 88

TO THE ASSESSMENT OF ENVIRONMENTAL FACTORS EXPOSURE IN THE DEVELOPMENT OF NODES THYROID PATHOLOGY IN POPULATION OF SEMIPALATINSK NUCLEAR TEST SITE REGION. A.M.Tokesheva. State medical university, Semey. 89

COMPARATIVE ESTIMATION OF THE POPULATION'S SOCIAL LIFE CONDITIONS IN KARACHAGANAK REGION. U.I.Kenesariyev, N.Zh.Zhakashov, G.M.Alikeeva, A.I.Anambaeva. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty. 91

MEDICO-SOCIAL STATUS OF THE POPULATION OF OIL-AND-GAS FIELD REGIONS OF AKTUBINSK OBLAST. Zh.A.Aybasova, K.A.Suyungaraev. West-Kazakhstan state medical university named after M.Ospanov, Aktobe 93

FEATURES OF POPULATION'S LIFE CONDITION AT OIL AND GAS REGION IN WESTERN KAZAKHSTAN. U.I.Kenesariyev, N.Zh.Zhakashov, D.M.Syzdykov, K.K.Abdizhabbarova. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty. 96

MEDICO-SOCIAL PRIORITIES OF POPULATION AT OIL-AND-GAS FIELDS REGION OF WESTERN KAZAKHSTAN. N.Z.Zhakashov, U.I.Kenesariyev, K.K.Abdizhabbarova, D.M.Syzdykov. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty. 98

MODERN TECHNOLOGIES OF POPULATION HEALTH PROTECTION AND PROMOTION (primary, secondary and tertiary diseases prevention)

THE RISK FACTORS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL FAILURE. A.M.Nugmanova, S.A.Dikanbaeva. Scientific center of pediatrics and children's surgery Republic Children's Hospital "Aksai", Almaty. 100

FORMATION OF SKILLS OF THE HEALTHY LIFESTYLE AT CHILDREN IN THE CONDITIONS OF «BALBULAK» REHABILITATION CENTER. Z.M.Kurmanbekova, K.K.Musaeva, T.V.Varzina, E.K. Nadyrova, N. T. Ibragimova, G.A. Kuanyshbekova. National Children's Rehabilitation Center «Balbulak», National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty. 101

USE OF MUSIC FOR REHABILITATION OF HEALTH OF CHILDREN. Z.M.Kurmanbekova, T.V.Varzina, A. Z.Zhunisoova, E.K.Nadyrova, N.K.Tuyakova, T.P.Paltusheva. National Children's Rehabilitation Center «Balbulak», National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty. 104



THE MAINTENANCE OF SOME HORMONES AT IMPROVEMENT BY NATURAL FACTORS. T.P.Paltusheva, G.A.Kuanishbekova. National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty.	107
ROLE OF HEALTHKEEPING BEHAVIOR IN TEANAGERS' HEALTH PROTECTION AND PROMOTION (review). A.A.Adaeva. National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty.	111
THE MAIN DIRECTIONS OF BURNS PREVENTION AMONG INFANTS. G.M.Ussatayeva, L.Zh. Kamzebayeva. Kazakhstan School of Public Health, Almaty.	114
“HEALTHY MILK” PROGRAM REALIZATION AS ONE OF THE WAYS TO FORM HEALTHY WAY OF LIFE AND IMPROVE HEALTH OF THE POPULATION. V.N.Kozhevnikov. Kazakhstan Milk Union, Almaty.	116

PRIMARY HEALTH CARE AND ITS ROLE IN THE IMPROVEMENT OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT

PREVENTION OF FRACTURES AT PATIENTS WITH OSTEOPOROSIS. A.A.Turekulova, U.D.Djumanov, G.A.Kadyrova. Central City Clinical Hospital, Almaty.	118
RESULTS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF PATIENTS WITH RHEUMATISM, HAVING CHRONIC LOCUS OF STREPTOCOCCAL INFECTION. E.A.Shuasheva. South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent.	119
SUBSTANTIATION OF RATIONAL METHOD FOR CARIES PREVENTION. A.A.Kabulbekov, J.A.Kystaubaeva, T.K.Supiev. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty.	122
EPIDEMIOLOGY AND PREVENTION OF DROWNING AMONG CHILDREN. G.M.Ussatayeva. Kazakhstan School of Public Health, Almaty.	124
DISABILITY AND CHILDHOOD: ANALYSIS OF CHILD DISABILITY IN PAVLODAR CITY POLYCLINIC № 5. K.G. Sharapatova, T.B.Baimakhanov, A.M.Akhmetzhanova, A.U.Turebaev, E.A.Skripnichenko, Z.U.Imanzhusupova, M.S.Orazalina, M.M.Babazhanova, K.T.Kabulova. Health Department of Pavlodar oblast, Oblast Center for healthy lifestyle development, Polyclinic № 5, department of medical-social expertise № 3, Pavlodar.	124

ROLE OF EDUCATION, ISSUES OF NUTRITION AND PHYSICAL ACTIVITY IN HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT

ASSESSMENT OF ADAPTIVE CAPACITIES OF PRE-CONSCRIPTION YOUTH. N.V.Slivkina, B.S.Sattyklyshov. JSC « Astana Medical University », Astana.	127
ABOUT THE DEVELOPMENT OF «HEALTH OF STUDENTS» INTEGRATED PROGRAM. B.S.Sattyklyshov, N.V.Slivkina. JSC « Astana Medical University », Astana.	128
THE INFLUENCE OF COMPUTER LESSON'S FOR CHILDREN'S AND TEENAGER'S HEALTH. A.R.Abzalieva. №17 polyclinic, Almaty.	128



CARDIOVASCULAR SYSTEM DISEASES AMONG SCHOOL AGE CHILDREN. E.T.Abdraimova. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.	129
STUDYING OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOL CHILDREN. A.K.Tekmanova. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.	131
PHYSICAL DEVELOPMENT OF SCHOOL CHILDREN, ASSESSMENT METHODS, MODERN CONDITION. A.K.Tekmanova. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.	132
THE INFLUENCE OF COMPUTER LESSONS FOR BODY OF SCHOOL CHILDREN. A.R.Abzalieva. №17 polyclinic, Almaty.	134
PHYSIOLOGICAL PARTICULARITY OF FUNCTIONAL CONDITION AND ADAPTIVE CAPACITY OF CHILDREN'S BODY. E.T.Abdraimova. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.	135
APPLICATION OF APIPHYTOTERAPY IN PHYSICAL ACTIVITY MANAGEMENT. T.D.Duisenov. «TEAD»medical center, Almaty.	136
IMPLEMENTATION OF INTERACTIVE STRATEGIC PLANNING PRINCIPLES IN THE DEVELOPMENT OF SPORTS MEDICINE. T.D.Duisenov. «TEAD»medical center, Almaty.	137
THE FORMATION OF STUDENTS HEALTHY LIFESTYLE IN PEDAGOGICAL PROCESS. Zh.G.Tezekebaeva, S.G.Mashtahova, R.N.Zhundabekova. Almaty medical college, Almaty.	139

MATERNAL AND CHILD HEALTH PROTECTION

RESULTS OF CATAMNESTIC MONITORING FOR CHILDREN WITH TRANSIENT MYOCARDIAL ISCHEMIA. S.A.Dikanbaeva, S.M.Kabieva, A.S.Zhumakaeva, S.A.Kurganskaya. Karaganda State Medical University, Oblast children clinical hospital, Karaganda.	144
CARDIOVASCULAR DISEASES IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL DISEASE. A.M.Nugmanova, S.A.Dikanbaeva. Scientific center of pediatrics and children's surgery, Almaty....	145
TRENDS IN INFANT MORTALITY IN THE REGION of «AZGYR» NUCLEAR TEST. N.Z.Zhakashov, L.M.Kassimova, M.K.Amrin. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.	146
DYNAMICS OF PERINATAL MORTALITY AT SOUTH KAZAKHSTAN OBLAST. E.K.Kuandykov, G.T.Asilbekova, A.A.Ablasnov, A.A.Maylykaraeva. International Kazakh-Turkish University named after H.A.Yassau, Turkestan.	148
EFFECT OF MOTHER'S HEALTH ON A NEW BORN HEALTH CONDITION. A.S.Bibolova, N.K.Tuzelbaev, K.S.Kazbekova, F.A.Berdalieva, O.Zh.Tashimbetova. International Kazakh-Turkish University named after H.A.Yassau, Shymkent.	149
SELENIUM EXCHANGE IN AN ORGANISM AT HEALTHY AND SICK CHILDREN. E.T.Dadambaev, I.Z.Mambetova, Z.A.Zhumabaeva, V.K.Makhatova, A.R.Alimbaeva. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty.	150



SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE, INFECTIOUS DISEASES PREVENTION

SALMONELLOSIS INFECTIVE EPISODE AMONG BUILDERS IN KARABOTAN SETTLEMENT, ATYRAUSKAYA OBLAST. A.M.Kuatbayeva, K.S.Ospanov, V.N.Sheyanov, A.S.Kenbeilova, M.V.Berdycheva, M.T.Rakhimzhanova, K.Z.Zinulin, G.Kh.Kaliyeva, G.A.Irbatyrova, M.Mendigaliyeva, R.S.Sultangaliyeva, G.N.Sagidullina, G.T.Nukenova, A.Kaspirova, D. Nabirova. Committee of State sanitary inspection of Ministry of Health RK	152
RESULTS OF INVESTIGATION OF RUBELLA OUTBREAK AMONG THE POPULATION OF URALSK. A.M.Kuatbayeva, K.S.Ospanov, V.N.Sheyanov, A.A.Mantakova, S.I.Imankul, I.F.Grebenyuk, C.H.Sherbyna, I.A.Zaitseva, M.N. Ainabekova. Kazakh Republican Sanitary Epidemiology Station, Almaty.	157
VACCINATION AS THE IMPORTANT PART OF HEALTHY LIFESTYLE: POSSIBILITIES, RESTRICTIONS AND RESPONSIBILITY. B.V.Karalnik. Science Centre of hygiene and epidemiology, Almaty.	161
THE FACTORS LEADING TO DEVELOPMENT TREATMENT FAILURE AND RELAPSES IN PHTHISIOSURGICAL PATIENTS. A.Sh.Zyetov. National Center for TB Problems, Almaty.	164
PREVENTION OF HIV INFECTION AMONG LABOR MIGRANTS OF ATYRAU OBLAST. G.V.Khvan, A.A.Karakulova, R.B.Khasanova, K.D.Abubakirova, V.G.Slesarev. Republican AIDS center, Almaty, Oblast AIDS center, Atyrau.	166
ANALYSIS OF MUMPS INCIDENCE IN KAZAKHSTAN DURING 1985- 2008 YEARS. V.A.Merker, E.A.Lavlinskaya, I.Kh.Shuratov. Department of Committee on sanitary and epidemiological inspection MH RK Almaty, City Clinical Hospital of Infectious Diseases, Scientific Center of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov, Almaty.	167
MUMPS VACCINATION. E.A.Lavlinskaya, V.A.Merker, I.K.Shuratov. City Clinical Hospital of Infectious Diseases named after I. Zhekenova, Department of Committee on sanitary and epidemiological inspection MH RK Almaty, Scientific Center of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov, Almaty.	168
PREVENTION OF NEGATIVE EFFECTS OF PESTICIDES ON HEALTH OF RURAL POPULATION. A.T.Umbetpaev. Science Centre of hygiene and epidemiology named after K.Zhumatov under MH RK, Almaty.	170
EPSTEIN-BARR VIRUS PERSISTENCE IN STUDENTS. A.D.Sembaeva. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty.	172
THE ESTIMATION OF SEWAGE INFLUENCE ON WATER QUALITY OF ILI RIVER. E.Z.Sidimanov. Almaty oblast Department of state sanitary-epidemiological inspection, Taldykorgan.	173
THE COMBINED ACTION OF VARIOUS CLASSES OF PESTICIDES ON AN ORGANISM OF ANIMALS IN CHRONIC EXPERIMENT. G.K.Ashirbekov, Z.K.Sarsenbaeva, G.Z.Azhihanova. Science Centre of hygiene and epidemiology named after	



K.Zhumatov, City polyclinic № 15, Almaty. 175

ABOUT THE COMPLEX PROGRAM OF MAINTENANCE OF RADIATING SAFETY IN TERRITORY OF MANGYSTAUSKY AREA. Z.Akhmetova. The Ministry of Health of Republic of Kazakhstan 176

EFFICACY OF EMERGENCY HEPATITIS A PREVENTION IN THE FOCUS OF INFECTION. M.Z.Kadir. Department of State sanitary-epidemiological inspection Mangistau oblast, Aktau. 179

HEALTH CONDITION OF ADOLESCENTS AND EPSTEIN-BARR VIRUS PERSISTENCE AT MEGAPOLIS. A.D.Sembaeva. Kazakh national medical university named after S.D.Asphendiarov, Almaty. 180

TO ISSUE OF DYSBACTERIOSIS DIAGNOSIS AND PREVENTION. A.K.Kuandykova, P.A.Kulibayeva. International Kazakh-Turkish University named after H.A.Yassai, Center for sanitary and epidemiological expertise, Turkestan, Shymkent. 181

CHARACTERISTICS OF WIDE-SPREAD GROUP OF DISEASES AMONG URBAN AND RURAL KIDS IN KYZYLORDA OBLAST. Zh.A.Kalmakova. Korkut Ata Kyzylorda state university, Kyzylorda. 181

PREVENTION OF MAJOR NONCOMMUNICABLE DISEASES

PREVENTION OF SIDE EFFECTS OF ANTIARRHYTHMIC THERAPY ON LIVER FUNCTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC ISCHEMIC HEART DISEASE. N.G.Malyuchenko, L.K.Badina, N.V.Vasilyeva, R.D.Konanbaeva, A.R.Alina. Karaganda state medical university, Karaganda. 184

THE PROBLEM OF NODES THYROID PATHOLOGY IN THE REGION RADIOLOGICAL EXPOSURE OF EASTERN KAZAKHSTAN OBLAST. A.M.Tokesheva. State medical university, Semey. 185

MEDICAL – ORGANIZATIONAL ASPECTS OF ONCOLOGICAL PATHOLOGY IN KAZAKHSTAN. K.D.Erzhanov. School of public health, Almaty 187

ORGANIZATIONAL ASPECTS AND PROBLEMS OF MEDICAL CARE OPTIMIZATION FOR PATIENTS WITH SURGICAL PATHOLOGY IN URBAN SETTING. B.A.Narzhanov, G.R.Zhapbarkulova. Scientific center of surgery named after Syzganov, Kazakhstan medical university, Almaty. 190

TO THE ISSUE OF PREVENTION AND REDUCTION OF CARDIOVASCULAR MORBIDITY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. G.K.Kausova, I.A.Samchenko, G.K.Zhakimanova, T.B.Daulytov. School of public health, Almaty. 192

STRATEGY TO REDUCE CARDIOVASCULAR DISEASES MORTALITY IN KAZAKHSTAN. G.K.Kausova, V.Sh.Atarbaeva, M.A.Buleshov, A.R.Kozhataeva, R.K.Kurmangalieva. School of public health, Almaty. 193



ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Диканбаева С.А.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу «Казахстан - 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев» отмечена необходимость повышения уровня охраны здоровья населения, которая состоит из многих составляющих как медицинского, так и немедицинского характера: «По мере того, как мы строим свое общество, необходимо применять нарастающие усилия в том, чтобы наши граждане были здоровыми на протяжении всей своей жизни, и их окружала здоровая природная среда».

В последние годы государство уделяет особое внимание вопросам развития здравоохранения. Только за последние пять лет финансирование здравоохранения возросло почти в три раза и достигло 400 млрд. тенге [К. Саудабаев, 2008].

В то же время, конечные результаты, т.е. здоровье населения, динамика его улучшения неадекватны средствам и усилиям, вкладываемым в развитие здравоохранения страны. Показатели здоровья населения и продолжительности жизни граждан являются причиной низких рейтингов Казахстана в глобальном индексе конкурентоспособности – практически все основные показатели не превышают 90-го места среди 134 стран. Только за последние годы распространенность ВИЧ-инфекции в Казахстане возросла в 2 раза, на высоком уровне сохраняется заболеваемость туберкулезом, не снижаются и случаи регистрации запущенной онкопатологии. Вызывают серьезную тревогу высокие показатели материнской и младенческой смертности.

Социально-значимые болезни наносят существенный экономический урон в Казахстане и снижают ожидаемую продолжительность жизни, уровень которой в 2009 году составил 63,2 лет, а в Австралии 81,3 года [Доскалиев Ж.А., 2009]. Наибольшую значимость представляют болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, туберку-

лез и ВИЧ/СПИД. Смертность от травм, несчастных случаев и отравлений занимает второе место среди причин смертности населения Республики Казахстан. Актуальной задачей остается дальнейшая стабилизация санитарно-эпидемиологической ситуации и улучшение общественного здоровья.

Потери вследствие сердечно-сосудистых заболеваний и травм составляют почти 60% всех потерь. Именно здесь находится главная точка приложения усилий системы здравоохранения. Как и по всему Казахстану потери из-за преждевременной смертности в регионах на $\frac{2}{3}$ представлены сердечно-сосудистой патологией и травмами. В Казахстане ежегодно около 600 тысяч человек получают различные повреждения из них - 20% составляют дети, 10% - подростки и 70% - взрослые.

Стандартизованный коэффициент смертности от этих причин превышает уровень европейских стран вдвое и составляет для сердечно-сосудистых заболеваний, рака и травм 713, 167 и 160 смертей на 100 тыс. населения. На каждом случае смерти Казахстан теряет 16 лет по кардиоваскулярным болезням и 24 года по травмам.

В текущем году основные законодательные акты по формированию и пропаганде здорового образа жизни вошли в Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», получили поддержку в Указе Президента РК «О Государственной программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 годы», а с 2005 года Постановлением Правительства РК включена в Перечень Гарантированного объема медицинской бесплатной помощи.

Приказами Министерства здравоохранения утверждены типовые штаты и штатные должности, стандарты материально-технического оснащения, учетные и отчетные формы организаций службы ФЗОЖ, которые в настоящее время пересматривается в соответствии в рам-



ках Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

На сегодняшний день в Казахстане расширяется сеть и укрепляется структура службы формирования здорового образа жизни. Под координацией и методическим руководством НЦПФЗОЖ в стране функционируют 14 областных, 2 городских, 40 районных структурных подразделений Центров ФЗОЖ как самостоятельные организации, 242 Центра укрепления здоровья и более 500 кабинетов профилактики и ЗОЖ, здорового ребенка и специализированных кабинетов с общим количеством сотрудников более 1800 человек.

Серьезным вопросам обеспечения жизнедеятельности организаций ФЗОЖ по реализации Комплексной программы «Здоровый образ жизни» является их обеспеченность адекватным финансированием. Финансирование службы ФЗОЖ с 1998 года по 2009 год поступательно возросло с 32 млн. тенге до 744 млн. тенге. Вместе с тем финансирование региональных Центров формирования здорового образа жизни из местного бюджета осуществляется совокупно и 85% из них направляется на содержание Центра включая заработную плату, корпоративные налоги, арендную плату и других выплат.

Финансирование Комплексной программы «ЗОЖ» в РК (в млн. тенге)

	2004 год	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год
Республиканский бюджет	33,5	40,0	88,5	81,6	51,6	81,7
Региональный бюджет	149,0	196,0	168,2	199,4	684,6	744,0
Всего	182,5	236,0	256,7	281,0	684348,0*	825,7*

•учтены выделенные средства МКИ РК и МТС РК

С текущего года, для доведения финансирования программы до 1% от бюджета здравоохранения и согласно постановления Правительства РК от 18 февраля 2009 года № 186 выделены дополнительные средства из республиканского бюджета в виде целевых текущих трансфертов для поддержки проведения мероприятий Плана реализации программы «Здоровый образ жизни». Выделенные трансферты направлены на разработку, тиражирования печатных информационно – образовательных материалов для населения и аудио и видеоматериалов для проката на каналах СМИ. Учитывая необходимости усиления материально – технической базы организаций ФЗОЖ направлены 20% средств и 10% на реализацию социальных проектов НПО. По состоянию на 1 ноября т.г. освоены более 800 млн. тенге или 76,2% выделенных средств.

Высокая распространенность факторов риска, недостаточный уровень навыков безопасного поведения сформировали высокую заболеваемость хронической неинфекционной

патологией. Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют структуру заболеваемости и смертности населения Казахстана.

Для привлечения внимания всей общественности к данной проблеме проводятся широкомасштабные акции, приуроченные к международным и всемирным дням с охватом около 5 млн человек; проведение информационно-образовательных компаний с распространением печатных и аудио-, визуальных материалов, выпущенных в рамках целевых текущих трансфертов из республиканского бюджета на сумму 626 628,8 тыс тенге; широкое вовлечение СМИ в освещение проблем социально значимых заболеваний и травматизма, информирование и обучение всех слоев населения первым признакам и последствиям заболеваний, а также основам безопасности жизни, само-и взаимопомощи при получении травм. За 2009 год проведено 5 выездных межрегиональных семинаров с охватом более 300 специалистов службы ФЗОЖ и ПМСП по повышению информированности населения о ФЗОЖ. Среди акций 2009 года следует отметить Денсаулық Жолы с акцентом на



скрининг и профилактику сахарного диабета, в которой приняли участие более 500 тыс человек; «Узнай свое давление» (1 485 745 человек), акции и конкурсы в рамках месячника по предупреждению дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей, подростков и молодежи «Научим детей сегодня – предупредим травмы завтра!» (137 753 человек), тренинги-выставку «Маршрут безопасности» по профилактике ИППП и ВИЧ/СПИДа, охране репродуктивного здоровья, информационные кампании по профилактике обморожений, обострения сердечно-сосудистых заболеваний в жаркое время года, предупреждению пандемического гриппа.

Большая роль отводится разработке и внедрению программ, направленных на информирование уязвимых групп населения по вопросам безопасного поведения, профилактики ИППП, ВИЧ/СПИД, туберкулеза, других инфекционных заболеваний на основе привития жизненных навыков и использования современных технологий обучения (волонтерское движение, обучение по принципу «равный равному», молодежные веб-сайты, информационно-образовательные молодежные центры и другие).

В целях мониторинга реализации программы «Здоровый образ жизни» и профилактики заболеваний на региональном уровне в соответствии приказа МЗ РК создана межведомственная комиссия, которая в 2008-2009 годах провела проверку в 10 регионах страны. Как показали итоги мониторинга на региональном уровне мероприятия программы проводятся с привлечением государственных, неправительственных, общественных организаций обеспечивая участие в них всей общественности. Отмечено, что по пропаганде здорового образа жизни и поведенческих факторов риска социально значимых заболеваний на уровне ПМСП задействованы бола 45% медицинских работников, созданы школы здоровья по различным направлениям.

Для ранней диагностики социально значимых заболеваний проводится мониторинг проведения скрининговых обследований с обсуждением на Республиканском семинаре-совещании с участием представителей региональных управлений здравоохранением.

По данным широкомасштабного 4-го на-

ционального исследования (2007г.) по мониторингу поведенческих факторов риска развития НИЗ распространенность табакокурения остается высокой и составляет по РК 27%, потребление алкоголя составляет 35,6%, повысилось число лиц, занимающихся физической культурой и спортом и готовых вести здоровый образ жизни.

В Казахстане продолжается создание Молодежных Центров Здоровья (МЦЗ), в соответствии с приказом МЗ РК ОТ 19 октября 2006 года № 491 «О внедрении услуг, дружественных к молодежи» в рамках Соглашения с ЮНИСЕФ в сотрудничестве с ВОЗ, в целях укрепления здоровья подростков и молодежи. На сегодня открыто 14 МЦЗ в Астане, Алматы, Шымкенте, Таразе, Уральске, Семее, Талдыкоргане, Караганде. Это более современная форма работы с молодежью, адаптированная к потребностям этой целевой группы, позволяющая оказывать комплекс услуг в виде профилактической, лечебно-диагностической и психо-социальной помощи подросткам и молодежи.

Таким образом, в связи с вышеизложенным в НЦПФЗОЖ МЗ РК проводится большая организационно-методическая и научная работа по совершенствованию профилактических мероприятий, внедрению скрининговых исследований для повышения выявляемости заболеваний, ФЗОЖ среди населения, мониторингу поведенческих факторов риска, по разработке новых медико-организационных научно-обоснованных подходов к укреплению здоровья детей и подростков, и научному обоснованию здоровья работающих на предприятиях различных форм собственности и созданию здоровых рабочих мест.

Литература:

1. Выступление Госсекретаря РК К. Саудабаева на коллегии Министерства здравоохранения РК, 18 декабря 2008 г. Астана.

2. Мажилис-Минздрав: «Пути улучшения предоставления гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», 5 октября, Дом Мажилиса, Астана, 2009 г.



ТҰЖЫРЫМ

Соңғы жылдары мемлекет денсаулық сақтау саласының мәселелеріне ерекше назар аударуда. Тек соңғы бес жылда денсаулық сақтау саласының қаржыландырылуы бес есеге өсті және 400 млрд. теңгені құрады.

Сонымен қатар, аяқталу нәтижелері, атап айтқанда халық денсаулығы, оның жақсаруының өзгерістері еліміздің денсаулық сақтау саласына бөлінген қаржыға сәйкес емес.

Сондай-ақ, халық денсаулығы көрсеткіштерінің жақсару қарқыны кәзіргі заманғы талаптарды қанағаттандырмайды.

Денсаулық сақтау саласын дамытудың басты бағыты - аурулардың алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру болуы қажет.

Осыған байланысты Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығында аурулардың алдын алу және анықтау, халық арасында СӨСҚ арттыру, профилактикалық іс-шараларды жетілдіру бойынша ұйымдастыру-әдістемелік және ғылыми жұмыстар өткізілуде.

SUMMARY

In recent years, the state pays special attention to health care development. In the last five years, funding for health care has increased nearly threefold and reached 400 billion tenge.

At the same time, the end results, i.e. population health, the dynamics of its improvement are inadequate to money and effort invested in the development of country's health care. Also, the rates of population health improvement do not meet modern requirements.

The main focus of health care development should be made on disease prevention and healthy lifestyle development (HLD).

Due to above stated, in NCPHLD MH RK the organizational-methodological and scientific work is carried out to improve preventive activity, prevention and improvement of diseases diagnosis, as well as HLD among the population.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Т.И.Слажнёва.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗРК

Развитие системы формирования здорового образа жизни в Казахстане требует решения вопросов совершенствования работы в первичном звене здравоохранения и разработки новых организационных форм и методов оптимизации

деятельности по укреплению и развитию здоровья.

Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни проведено научное исследование по разработке и мониторингу



детерминант здоровья детей среднего и старшего школьного возраста в Республике. Дано научное обоснование оказания комплексных медико-психо-социальных услуг подросткам и молодежи, основанных на межсекторальном подходе. В качестве новой формы для обслуживания подростков и молодёжи предложено создание молодёжных центров здоровья.

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. В анализе участвовало 4136 анкет (в г. Алматы 1387 анкет, г. Астана – 1321, г.Шымкент 1428). Исследование проводилось методом опроса школьников по анкетам, разработанным для самостоятельного заполнения. Основными разделами исследования явились вопросы питания, показатели физического и психологического состояния школьников, поведенческих факторов риска, социально-экономические параметры семьи.

При изучении ответов на вопросы раздела «питание», выяснилось, что среди школьников имеет место нарушение режима и рациона питания. В вопросах поведенческих факторов риска важно отметить, что среди опрошенных наиболее высокий процент курящих встречался в возрастной категории 15 лет – 17,0%, употребление алкогольных напитков в данной возрастной категории встречалось в 19,1% случаях.

13,6% респондентов ответили, что имели половые контакты. Лиц мужского пола (28,9%) оказалось в десять раз больше лиц женского пола (2,8%).

По вопросу об уровне обеспеченности семьи получены следующие данные: в 29,8% случаях школьники считают, что их семья очень хорошо обеспечена; чуть менее половины отметили вариант ответа «довольно хорошо»; 23,1% опрошенных выбрали пункт «семья со средним достатком»; на малую обеспеченность указали 1,4% школьников.

43,7% школьников оценили свое здоровье как «хорошее» и «отличное». 36,1% опрошенных отмечают, что в течение последних 6 месяцев периодически чувствовали головные боли.

23,8% всех опрошенных испытывали боль в желудке. 18,6% указывали на боли в спине за последние 6 месяцев. 33,5% всех опрошенных отмечают чувство подавленности. Каждый четвертый (25,9%) испытывает раздражительность. 37,5% опрошенных в той или иной степени испытывали нервозность. Каждый пятый испытывает проблемы со сном (21,2%). 12,3% школьников отмечали тошноту.

Анализ результатов по проблеме насилия показал, что 7,3% опрошенных детей и подростков на вопрос «Били ли тебя в течение последних 12 месяцев?» ответили, что такое случилось 1 раз за последний год; на 2-3 раза указали 3%.

На вопрос: «Как ты относишься к созданию Молодежных центров здоровья?» 63,4% опрошенных ответили положительно. Каждый пятый респондент (21,1%) затруднялся с ответом. 12,1% были против создания подобных центров.

В анкете школьники перечислили, какие именно услуги они хотели бы получить в молодежных центрах здоровья. 40,6% респондентов выбрали психологическую помощь; видеофильмы, беседы на актуальные для молодежи темы предпочли 23,4% детей и подростков, юридическая помощь и телефон доверия отметил каждый пятый школьник; услуги врачей урологов и акушер-гинекологов выделил, в среднем, каждый шестой ученик.

Психосоциальные особенности подростков, социальная незрелость, неумение оценить состояние здоровья и проявление тех или иных заболеваний, негативный опыт общения со службами охраны здоровья обуславливают необходимость создания системы качественных и доброжелательных медико-социальных услуг для подростков и молодежи.

В настоящее время в стране действуют двенадцать Молодежных центров здоровья, которые были открыты в разные годы, начиная с 2005 г. как структурные подразделения АПО или регионального центра ЗОЖ.

Помощь в МЦЗ оказывается по следующим позициям - лечебно-консультативная помощь, диагностика, психологическое консультирование, социально-правовая помощь, работа с волонтерами, проведение тренингов, профи-



лактическая работа. Основные проблемы, с которыми обращаются в МЦЗ – психологического характера, вопросы репродуктивного здоровья, контрацепции.

Опрос, проведенный среди обратившихся в Молодежные центры здоровья показал, что в большинстве случаев отмечена достаточно высокая степень удовлетворенности их деятельностью и, соответственно, их высокую социальную эффективность. Социологический опрос сотрудников показал, что за последнее время наметилась тенденция роста обращаемости в МЦЗ, позволил определить пути улучшения качества работы центров.

Общие расходы при открытии центра составляют 12.497273,4 тенге. Из них наибольшая доля затрат приходится на капитальные расходы – 55,0%. Прямые затраты на непосредственное оказание услуг составляют 27,2%, а косвенные – 17,8%.

Несмотря на малый срок функционирования МЦЗ в стране, можно сделать вывод, что их создание имеет достаточно высокую социальную эффективность, отражающуюся в высокой степени удовлетворенности пациентов их работой и решает проблемы изменения мотивации к ведению здорового образа жизни.

Новое методологическое обоснование и методы работы предложены в улучшение деятельности по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний работающего населения. Научным Центром выполнено исследование по разработке модели оценки риска воздействия предприятий различных отраслей промышленности на здоровый образ жизни работающих на популяционном и индивидуальном уровнях в рамках реализации международного проекта «Здоровые рабочие места».

В настоящее время в рамках общественного здравоохранения сформировалось новое понимание «здорового рабочего места» и роли здорового образа жизни, как возможности снижения риска здоровью работающих, повышения производительности и экономической эффективности предприятия(1-4).

В соответствии с этим, Всемирная Организация Здравоохранения рассматривает рабочее место как один из приоритетов для защиты и укрепления здоровья в 21 столетии. В 2002 г.

в Казахстане начато внедрение проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места». Проект «Здоровые рабочие места» является одним из аспектов Государственной программы «Здоровье народа» и Республиканской комплексной программы «Здоровый образ жизни».

В качестве базы для проведения настоящего исследования были избраны один из крупнейших угольных разрезов ТОО «БАК», г.Экибастуз, Павлодарская область, картонно-рубероидное производство, г.Капчагай, ОАО «Рахат», РДРЦ «Балбулак».

На предприятии ТОО «БАК» проведено комплексное исследование, включающее медицинский осмотр, анализ ЗВУТ, оценку психологического статуса, социологический опрос и скрининг знаний работающих.

Опрос работников проведен по специально разработанной анкете, включающей более 80 вопросов об образе жизни, состоянии здоровья, условиях труда. Также анкета содержала раздел по оценке психологического статуса, включающей шкалу по оценки уровня депрессии Холмса-Рея, шкалу по оценки уровня тревожности Тейлор и шкалу по оценки уровня утомления Эклза. В рамках интервьюирования проведен скрининг знаний работающих по профилактике социально-значимых заболеваний, профессиональной патологии и укреплению здоровья.

Работа в условиях открытой добычи угля предъявляет повышенные требования к здоровью и соответственно к образу жизни работающих. В результате опроса установлено, что на момент исследования курят более 70% респондентов. Расчет анамнеза курения показал, что 15,7% респондентов имеют выраженную степень табачной зависимости и 21,1% - умеренную. (Наибольшее число лиц злоупотребляющих алкоголем отмечено в основных подразделениях в самых трудоспособных возрастных группах 30-39 и 40-49 лет. Следует отметить, что значительная доля лиц на предприятии – 41,5% питаются без соблюдения режима питания. Выявлена высокая физическая активность на предприятии, что обусловлено физическим характером труда работающих.. Отметили, что занимаются спортом 22,3% опрошенных, делают физические упражнения – 45,2%, соверша-



ют пешие прогулки – 58,3%. Также более половины опрошенных работают на участке или даче.

Вместе с тем, выявлен недостаточный уровень знаний работающих в ряде вопросов. Так, о влиянии табакокурения на здоровье знают 59,3% респондентов, о роли пассивного курения - 58,6%, о влиянии алкоголя на здоровье - 65,1%. Важным элементом профилактики профессиональных заболеваний является информированность работающих о реальном риске неблагоприятных факторов производства для здоровья. О влиянии производственной пыли на организм знает каждый второй респондент, о влиянии шума - 68,4% , о влиянии вибрации - 11,6%. Также, следует отметить низкий уровень информированности по профилактике инфекционных заболеваний. На предприятии около 70% респондентов недостаточно знают, как предупредить заражение туберкулезом. О путях заражения туберкулезом знают 24,7% респондентов, о путях передачи ВИЧ/СПИДа - 45,9% респондентов. На вопрос об инфекциях передающихся половым путем ответили правильно 32,7% респондентов, о мерах профилактики ИППП - 69,1%. Следовательно, особенности образа жизни рабочих и их информированность не позволяют проводить эффективные лечебно-профилактические мероприятия на предприятии. Медицинские знания, необходимые для поддержания здоровья работающие получают по телевидению и радио (73,6%), из научно-популярной литературы (54,0%), от врачей (23,4%), из специальной литературы (16,2%). Анализ заболеваемости с ВУТ показал, что в последние годы на предпри-

ятии наблюдается рост заболеваемости с ВУТ с 65,8 в 2004 г. до 113,7 случаев на 100 работающих в 2007г. Расчет адаптационного потенциала показал, что только каждый пятый работающий имеют удовлетворительную адаптацию. 76,9% осмотренных испытывают напряжение механизмов адаптации и относятся к группе риска по развитию патологических синдромов и заболеваний. Для эффективной работы предложена модель оценки риска воздействия предприятий различных отраслей промышленности на образ жизни работающих на популяционном и индивидуальном уровнях, которая позволит обеспечить эффективность внедрения проекта ВОЗ «Здоровые рабочие места» и способствует реализации потенциала первичной медико-санитарной службы предприятий. Разработаны и внедрены алгоритмы формирования профилактических программ для медицинских работников обслуживающих рабочих.

1. Литература. Белоног А., Онищенко Г., Слажнева Т., Корчевский А. Научные основы управления гигиеническими факторами общественного здоровья. – Алматы, 2003. – 209 с.

2. Кацнельсон Б.А., Привалова Л.И. Оценка риска и гигиеническая регламентация - альтернативы или взаимодополняющие подходы // Токсикологический вестник. – 1996. – № 4. – С. 5-10.

3. Авалиани С.Л., Андрианова М.М., Печеникова Е.В., Пономарева О.В. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья (мировой опыт). – М.: Консультационный центр по оценке риска, 1996. – 45 с.

4. Киселев А.В., Фридман К.В. Оценка риска здоровью. – Спб.: Дейта, 1997. – 75с.



БАЗОВОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСОВ ПО ВНЕСЕНИЮ КАЗАХСТАНСКОГО ШКОЛЬНОГО ПРЕДМЕТА ПО ВОСПИТАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ЧИСЛО ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

Огихара Атсуци. Университет Васеда, Япония.

Введение

После приобретения независимости в 1991 году, Республика Казахстан, как страна-экспортер природных ресурсов, стала одной из привлекаемых стран для всего мира, а показатель экономического роста за последние годы держится на уровне 9%.

Вместе с этим огромный спектр проблем здоровья, таких как: последствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и высыхания Аральского моря, массовое заражение детей ВИЧ/СПИД-ом в Чимкенте, проблемы избыточного веса и исходящие от него болезни кровеносной системы и кровоизлияний в мозг, распространение табакокурения среди школьников, употребления алкоголя, наркомания и т.д. требует срочного решения.

Во многих странах одним из решений подобных проблем здоровья является проведение школьных программ здорового образа жизни. Школьные программы по охране здоровья играют огромную роль в формировании здоровья человека, и их необходимость растет с каждым годом.

В настоящее время в Казахстане проводится школьный предмет о здоровье «Валеология», во всех начальных и средних классах обучения но, к сожалению, он является факультативным предметом обучения в среднем образовании, к тому же существует проблема профессионализма кадров и недостаток учебных материалов, как для школьников, так и для самих преподавателей. Также в Казахстане сейчас вносятся изменения в систему образования связанные с переносом с 11-ти летнего среднего образования на 12-ти годичное образование. На фоне этих событий была разработана учебная программа «Здоровье и жизненные навыки», являющаяся синтезом нескольких дисциплин по охране здоровья. В настоящее время, данная программа экспериментируется в нескольких школах.

О задачах по воспитанию здорового образа жизни школьников Казахстана, я рассказывал в предыдущих докладах: спр.№1) 2), а в этот раз хотел бы рассмотреть вопрос о введении пред-

мета о здоровье в число обязательных дисциплин и обсудить некоторые задачи связанные с этим вопросом.

Перемены в проблемах со здоровьем в Японии и воспитанию здорового образа жизни школьников.

В настоящее время средняя продолжительность жизни в Японии, у женщин 86,05 лет, у мужчин 79,29 лет. В обоих случаях показатели обновлены по сравнению с показателями прошлых лет. Средняя продолжительность жизни женщин вот уже на протяжении 24 лет, продолжает находиться на 1-м месте во всем мире, а у мужчин с прошлого года опустившись на 1 место, находится на 4-м месте. Кстати, на 1-м месте среди мужчин находится Исландия, с показателем 79,6 лет. Есть предположения, что из числа детей родившихся в 2008 году, до 65 лет проживут 93,4 %-женщин и 86,6%-мужчин, более того, пропорция людей живущих до 90 лет и выше женщины-44,8%, мужчин-21,1%.

Что касается причины продления средней продолжительности жизни, нужно отметить, что основным фактором является снижение смертности по причине «рака», «сердечно-сосудистых заболеваний», «кровоизлияний в мозг», сокращение смертности в результате транспортных происшествий, считавшихся главными причинами смерти японцев.

Раньше главной причиной смертности считался туберкулез, затем на смену пришли кровоизлияние в мозг и рак. Если посмотреть еще немного на цифры, можно перечислить следующие проблемы здоровья, как: инфекционные заражения дыхательных и пищеварительных органов→проблемы окружающей среды и здоровья рабочих→болезни жизненных привычек, на смену пришло самоубийство. Что касается молодежи, как и в Казахстане, главными проблемами являются: табакокурение, алкоголь, наркомания, ВИЧ/СПИД, психологическое здоровье.

В соответствии с выше перечисленными проблемами, произошли изменения и в содержании школьного образования по охране здоро-



вья. В своем предыдущем докладе я уже рассказывал об особенностях и изменениях японской системы образования по охране здоровья в школах. Образование ЗОЖ в японских школах организовано из учебного предмета «Охрана здоровья» (в начальной школе - предмет физическая культура, в средних и старшей школе - предмет охрана здоровья и физическая культура), и из «руководств по здравоохранению», проводимых вне учебных занятий (различные активные кружки).

Политика по образованию ЗОЖ в Японии ставит целью воспитание таких навыков как высокие умственные способности, самостоятельное принятие решений и практика, которые, не только сегодня, но и в будущем, должны помочь в решении различных проблем со здоровьем.

В настоящее время, в системе образования нашей страны, «Охрана здоровья» как учебный предмет, особенностью которой является сплетение сфер здравоохранения и физической культуры, являясь обязательным предметом, изучается, начиная с 3-го класса начальной школы по 2-ой класс старшей школы (с 9-17 лет).

Пересмотренное содержание учебного предмета «Охрана здоровья» в школах Японии.

Со дня формирования, учебный предмет «Охрана здоровья» в Японии, имеет историю свыше 60 лет. Примерно 1 раз в 10 лет вносятся корректировки в содержание предмета, до настоящего времени поправок было 7 раз. В этих поправках отражаются такие обстоятельства, как: строение содержания предмета, сокращения в структуре составления учебного плана. При внесении поправок учитываются такие 3 направления, как: идеология и направление школьного воспитания того времени, отношение к здоровью и проблемам, связанным со здоровьем, научные результаты и методология решения этих проблем 3)

Содержание современного японского предмета «Охрана здоровья» показана в таблице-1, конечно же, нужно сказать, что и в этот раз без критики по поводу нынешнего содержания не обошлось.

В связи с образовательной политикой под девизом «Свободная школьная жизнь», сократилось содержание и количество часов и по оздоровительному воспитанию. В результате, возникли проблемы с не соответствием стре-

мительного развития и подъема разных наук, связанных с жизнью и существованием человека и разнообразием и запутанностью проблем со здоровьем, соответствующей им медицины, науки о жизни, науки об окружающей среде. Не смотря на необходимость расширения основных знаний и навыков, роста уровня по предмету «Охрана здоровья», которого требует время, данное количество часов такой возможности не дает.

Сделав акцент на «способности самостоятельного изучения и мышления», «способности самостоятельного решения проблем», пересмотрев способы изучения, смещение пошло в сторону активных занятий. В то же время, является фактом, то, что больше внимания начали уделять ЗОЖ, как оружию против болезней жизненных привычек.

Однако, в связи с этим опять же возникло недовольствие, что не обсудив полностью связь между знаниями и навыками, пошло чрезмерное смещение в сторону перемен в содержании предмета по формированию навыков, без получения базовых знаний. Иными словами, это критика означающая, что предмет, в котором отсутствует базовое содержание знаний, какие бы способности (навыки) не прививал, не убедит ребенка в их необходимости и соответственно, жизненные навыки не привьет.

Во всяком случае, не оспоримо то, что для детей развивающегося возраста, обязательный предмет по здравоохранению - это единственная возможность обеспечивающее получение систематического и планомерного образования о здравоохранении с помощью специалиста, на основе общего учебного плана. Конечно же, есть люди, которые отмечают важность обязательного предмета по здравоохранению, есть и те, кто думает, наоборот, о его ненужности в качестве обязательного предмета. Однако людей, которые думают что осуществление оздоровительного воспитания, не влияет на здоровье и среднюю продолжительность жизни японцев нет.

Задачи в осуществлении школьного оздоровительного воспитания в Республике Казахстан.

Несомненно в казахстанских школах главную роль в образовании по воспитанию ЗОЖ играет факультативный учебный предмет «Валеология». Изначально, в 1997 году данный предмет был учрежден президентом РК,



для изучения с 1-11 классах средней школы. В связи с этим, с сентября 1998 года он начал изучаться как факультативный предмет во всех классах средней школы (1 раз в неделю, по 45 минут). Однако, по причине того, что он не является обязательным предметом, финансирования и проблем со специалистами изучаемость предмета в школах с каждым годом снижается. Итак, давайте подумаем, есть ли улучшения в проблемах со здоровьем после изучения предметов «Валеология» и «Здоровье и жизненные навыки»? Снизилось ли количество молодежи, употребляющих сигареты, алкоголь, наркотики, чтобы можно было не бороться с этими проблемами в школе? Есть ли рост показателей по средней продолжительности жизни? Показатели средней продолжительности жизни казахстанцев на 2006 год, было у мужчин-60,55; у женщин-72,03. На прошлый год этот уровень оставался неизменным. Показатели же Японии были приведены выше. Сейчас, как раз то время, когда нужно бороться на пути улучшения здоровья. Необходимость внесения значительного вклада в развитие оздоровительного воспитания в начальной и средней стадиях обучения понимают во всем мире.

Возможно, существует много различных мнений по поводу задач и проблем учебного предмета «Валеология», внедренного в систему образования 10 лет назад, я хотел бы выделить минимум 3 задачи данного предмета.

1. Научный контроль.
2. Разработка учебного процесса различными специалистами.
3. Поддержка разработок учебного материала и их сбор.

Под первой задачей «Научный контроль» имеется в виду проведение сравнений и анализа состояния здоровья и знаний в области ЗОЖ, детей и подростков, прошедших курс по предметам «Валеология» и «Здоровье и жизненные навыки», и школьников, не изучавших данные предметы. Также необходимо провести опрос по поводу требований и пожеланий образования ЗОЖ в школе среди родителей и педагогов. По поводу проведения подобного совместного анализа, начиная с этого года, было заключено соглашение с Центром ЗОЖ при Министерстве Здравоохранения РК.

Вторая задача - разработка учебного процесса различными специалистами - подразуме-

вает не только специалистов системы образования, но и специалистов физиологии, анатомии, клинической медицины, общественной гигиены, здравоохранения и др. Когда-то, в нашей стране, специальной комиссией был разработан учебный план, который основывался на мнениях специалистов этой области, в основе содержания стояло получение специальных знаний. В последствии это вызвало критику со стороны педагогов на местах, что «содержание слишком сложное». Сейчас, создана комиссия в основе, которой учителя школ, содержание же склоняется в сторону «легко усваиваемости материала школьниками» и «посильности», сократился объем специальных знаний о здоровье в пользу получения специальных умений и навыков. Этот исторический опыт, показывающий важность сохранения двустороннего баланса, нужно учесть и в корректировке содержания образования в Казахстане.

И наконец о 3-ей задаче - «Поддержка разработок учебного материала и их сбор». Учебный предмет «Валеология», был внедрен в систему образования 10 лет назад как факультативный предмет, история этих лет является достаточно весомой. За 10 лет существования «Валеологии», на энтузиазме, рвении и оригинальных идей педагогами предмета были разработаны и собраны великолепные учебные материалы. Уверен, что разработанные и собранные учебные материалы облегчат работу других педагогов и предоставят возможность совершенствовать обучение предмета, а также создавать новый учебный материал. Необходимо создать благоприятную атмосферу для создания учебных материалов, целью которых является здоровое будущее детей, получение и повышение знаний здорового образа жизни. Очень важны поддержка и помощь в проведении уроков образования ЗОЖ.

Заключение

В Казахстане не смотря на быстрое развитие экономики, проблемы здоровья населения требуют незамедлительного принятия мер. Не преувеличу, сказав, что если есть необходимость борьбы с такими основными проблемами как: рак, сахарный диабет, болезни головного мозга, сердечно-сосудистые заболевания, так называемые болезни жизненных привычек - наркомания, табакокурение, алкоголизм важно



Таблица-1. Содержание образования по здравоохранению (обязательного предмета) в «Учебном руководстве»

Начальная школа (7-12 лет), предмет: Физическая культура. Здравоохранение.
Цель:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Воспитание основ способностей и качеств для сближения с физической активностью учеников ▪ Воспитание активного и оптимистичного поведения для повышения охраны здоровья и физических сил
Содержание обучения:
(3-4классы)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Понимание здорового образа жизни, осознание важности здоровья ▪ Понимание развития и роста организма
(5-6 классы)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Подход к личностному развитию и преодолению стрессов ▪ Профилактика травм ▪ Профилактика болезней
Количество часов:
3-4 классы: 8 кредита
5-6 классы: 16 кредитов
(1 академ. час: 45 минут)
Средняя школа (13-15 лет), предмет: Здравоохранение и Физическая культура. Сфера Здравоохранения.
Цель:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Воспитание основ способностей и качества для сближения с физической активностью учеников ▪ Воспитание практики для охраны здоровья и повышения физических сил ▪ Воспитание духовно-богатого и оптимистичного поведения
Содержание обучения:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Понимание развития функций организма и здоровья духовного состояния ▪ Понимание здоровья и окружающей среды ▪ Понимание профилактики травм ▪ Понимание ЗОЖ и профилактики болезней
Количество часов:
48 стандартных академ. часов (1 академ. час: 50 минут)
Старшая школа (16-18 лет), предмет: Здравоохранение и Физическая культура. Сфера Здравоохранения.
Цель:
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Углубление понимания о личном и социальном образе жизни и безопасности ▪ Воспитание и совершенствование способностей и качеств для контролирования собственного здоровья
Содержание обучения:
(1) Современное общество и здоровье
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Мышление о здоровье ▪ Повышение охраны здоровья и профилактика болезней ▪ Духовное здоровье ▪ Правила дорожного движения ▪ Первая медицинская помощь
(2) Здоровье школьников
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Здоровье школьников на каждом этапе ▪ Здравоохранение, система медицины, здравоохранение и медицинские учреждения на



закачивать здоровый образ жизни с малых лет. Безусловно, и то, что для самореализации молодежи необходимо крепкое здоровье. Соответственно, для светлого развития страны, необходимо здоровое будущее. Поэтому, убедительно настаиваю на необходимости внесения предмета по воспитанию ЗОЖ в число обязательных предметов.

При осуществлении оздоровительного воспитания, получение знаний и навыков будет более эффективным не в больницах или поликлиниках, а в школе под руководством коллектива. В этом случае, с помощью обязательного учебного предмета ЗОЖ появится возможность планомерного и систематического обучения детей развивающегося возраста, на основе общего учебного плана.

В то же время, хочу особо отметить, важность соблюдения цепи «идея→проблемы здоровья→нормативная база (стандарт обучения) →урок, руководство→контроль, оценка».

Необходима осторожность с корректировкой и реорганизацией учебных предметов «Валеология» и «Здоровье и жизненные навыки» без наработки достаточного опыта и изучения по этим предметам.

Материалы ссылок:

1)Огихара А: Рекомендации по воспитанию и ведению здорового образа жизни школьников на примере японской системы образования. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 3-4: 15-18 (2007)

2) Огихара А: Задачи в образовании здорового образа жизни школьников республики Ка-

захстан на примере реформ системы образования Японии и формирования образовательных программ в Казахстане. Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, 2: 55-60 (2008)

3) Ogihara A: A study on the content and the construction of health instruction in schools, Research Bulletin of Master's Program in Health and Physical Education in the University of Tsukuba, 19: 665-670 (1997) *Japanese article

Использованная литература:

1) Mori T: Мышления о сути нового учебного руководства по охране здоровья, уроки физической культуры, 56(8): 50-53 (2008) *Japanese article

2) Министерство Образования Японии: «Новое Учебное руководство»: Начальная школа. 2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/syo/syo.pdf.

3) Министерство Образования Японии: «Новое Учебное руководство»: Средняя школа. 2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/chu/chu.pdf. Accessed Oct 18, 2009

4) Министерство Образования Японии: «Новое Учебное руководство»: Дошкольное воспитание. 2008. Available at: http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/new-cs/youryou/you/you.pdf. Accessed Oct 18, 2009

5) Система подготовки учителей, университетская конференция по охране здоровья School Health Handbook, Gyosei, 2005



PREVENTING SUBSTANCE USE AMONG ADOLESCENT GIRLS: 1-YEAR OUTCOMES OF A COMPUTERIZED, MOTHER–DAUGHTER PROGRAM

S.P.Schinke, Lin Fang, K.C.Cole. Columbia University, New York, University of Toronto, Canada
Keywords: *Adolescent girls, substance use, prevention programming, family approaches*

1. Introduction

Rates of substance use for girls are approaching and, in some instances, surpassing rates for boys (National Center on Addiction and Substance Abuse, 2006). Teenage girls use more illicit prescription drugs, inhalants, and methamphetamines than teenage boys, and girls' alcohol consumption patterns are similarly closing the gender gap (Embry, Hankins, Biglan, & Boles, 2009; Newes-Adeyi, Chen, Williams, & Faden, 2007; Office of National Drug Control Policy, 2007). Contrary to recent trends, American girls are not reducing their cigarette use (Wallace et al., 2003). Once girls start using harmful substances, they are more likely than boys to become dependent (National Center on Addiction and Substance Abuse, 2003). Health risks from substance use also differ by gender. Tobacco and alcohol use is associated with eating disorders among girls (Weiss, Merrill, & Gritz, 2007). Drinking and marijuana use by girls increases the likelihood of their having unprotected sex (Hoggart, 2006). Girls who use substances are not only vulnerable to unintended pregnancy, STIs, and HIV infection, but also to sexual assault and date rape (American Medical Association, 2004; Waller et al., 2006). To reverse these disquieting trends, gender-specific approaches are needed to prevent substance use among adolescent girls. Investigators have begun to address this need, and the resulting programs show potential (Elliot et al., 2008; Schinke, Di Noia, Schwinn, & Cole, 2006; Schinke & Schwinn, 2005; Weiss & Nicholson, 1998). Still lacking, however, are gender-specific approaches grounded in theory, supported by longitudinal data, and designed to reach girls in a user-friendly, inexpensive manner (Wetherington, 2007).

Computer-based interventions offer promise for the development of such approaches (Elliott, Carey, & Bolles, 2008; Portnoy, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2008; Prokhorov et al., 2008). Holding particular attraction for technology savvy adolescents, computer interventions let users access and navigate program content at their own pace.

These interventions also permit developmentally and culturally tailored audio, animation, graphics, and video. Protocol fidelity, portability, ease of use, low variable costs, and data storage are added desirable characteristics of computer-mediated programs. Conducted in 2006–2008, the present study sought to exploit the advantages of computer-mediated prevention programming for reducing substance use among adolescent girls. Informed by family interaction theory, the program focused on reducing risk factors and, concurrently, on building protective factors associated with the prevention of smoking, drinking, and illicit drug taking by adolescent girls (Brook, Brook, Gordon, Whiteman, & Cohen, 1990). Family interaction theory focuses on parent–child attachment, especially that between mother and child. If mothers have warm, nurturing relationships with their daughters, according to the theory, girls may be less likely to use harmful substances. Conversely, if mothers fail to supervise and support their daughters, girls may attach to their peers, particularly to deviant ones. Theoretically, the risks of adolescent substance use can be vitiated by fostering parent-child attachment, supervision, and support. When mothers model controlled behavior, girls will feel less frustrated, aggressive, and rebellious, and will identify more with their mothers, thereby incorporating parental values and behavior.

2. Methods.

2. 1. Participants. Recruited through advertisements posted in local newspapers, online, in subway trains and buses, and broadcast on the radio, study participants were 591 pairs of adolescent girls and their mothers from New York, New Jersey, and Connecticut. Girls and mothers who responded to the advertisements were screened on three eligibility criteria: 1) both members of the mother-daughter dyad needed to commit to study participation, 2) girls had to be 11, 12, or 13 years of age, and 3) girls and mothers needed private access to a personal computer. For study purposes, girls' "mothers" included not only their biological mothers, but also



women who assumed the mother role— e.g., aunts, grandmothers, stepmothers, and legal guardians. Eligible girls assented to participate and obtained parental permission, and mothers consented to participate. The research protocol was approved by the Columbia University Morningside Campus Institutional Review Board.

2.2 Procedure.

Once enrolled, each study participant was provided a username and password and directed to the study website. There, participants completed online self-administered baseline measures. Mother-daughter dyads were then randomly divided between intervention and control arms, with more dyads assigned to the control arm owing to the disproportionate likelihood of these participants leaving the study prematurely. Intervention-arm girls and mothers received a nine-session, computer-delivered substance use prevention program. Control-arm girls and mothers received no intervention. All participants completed online post-intervention and 1-year follow-up measurements. After control-arm participants completed outcome measures at each data collection occasion and after intervention-arm participants completed the entire intervention program and outcome measures, each girl and each mother received an incentive. Distributed online as coupons or gift certificates for merchants of participants' choosing, individual incentives at the three measurement occasions were respectively valued at \$20, \$25, and \$30.

2.3. Measures. For girls and mothers, baseline, post-intervention, and follow-up measures were composite questionnaires comprised of scales from extant instruments. Primary outcomes for the study were assessed by scales asking girls to report their use of cigarettes, alcohol, marijuana, and prescription and over-the-counter drugs for nonmedical purposes over the past 30 days (Rocky Mountain Behavioral Institute, 2003; $\alpha = 0.72-0.94$). Secondary outcomes for girls were measured by scales on mother-daughter communication (Melby et al., 1998; $\alpha = 0.80-0.84$), family rules about children's substance use (Komro et al., 2006; $\alpha = 0.77-0.83$), awareness of parent monitoring of girls' discretionary time (Li, Feigelman, & Stanton, 2000; $\alpha = 0.77$), accuracy of knowledge about peer norms regarding substance use (Oetting, Beauvais, Edwards, & Waters, 1987; $\alpha = 0.82$), depression

(Kovacs, 1992; $\alpha = 0.79-0.81$), problem-solving skills (Heppner & Peterson, 1982; $\alpha = 0.82$), body esteem (Harter, 1988; $\alpha = 0.80-0.86$), drug refusal self-efficacy (Macaulay, Griffin, & Botvin, 2002; $\alpha = 0.83-0.85$), and intentions to use cigarettes, alcohol, or illicit drugs in the future (Hansen, 1996; $\alpha = 0.84$). Additional secondary outcomes were assessed for mothers by scales that measured their mother-daughter communication (Melby et al., 1998; $\alpha = 0.74-0.76$), establishment of family rules about their children's substance use (Komro et al., 2006; $\alpha = 0.74$), and monitoring of their daughters' discretionary time (Gorman-Smith, Tolan, Zelli, & Huesman, 1996; $\alpha = 0.82$).

2.4. Intervention. Guided by family interaction theory, the intervention program aimed to reduce girls' substance use through mother-daughter interactions. The program helped mothers learn to better communicate with their daughters, monitor their daughters' behavior and activities, build their daughters' self-image and self-esteem, establish rules about and consequences for substance use, create family rituals, and refrain from communicating unrealistic expectations. In the program, girls acquired skills for managing stress, conflict, and mood, for refusing peer pressure, and for enhancing body esteem and self-efficacy. Working together in their homes and at times convenient to them, mother-daughter dyads interacted with the program's nine sessions. Though participants were advised to complete one session per week, completion time varied somewhat. On average, participants required roughly 45 min to complete each intervention session. Session content was delivered by voice-over narration, skills demonstrations, and interactive exercises for mothers and daughters to complete jointly. In an illustrative session, girls and mothers learned about managing their moods and employing adaptive ways to reduce stress. Session material covered the importance of interpersonal relationships as a source of emotional support for girls and how interpersonal stress may threaten emotional well-being. Through animated vignettes and video demonstrations, girls and mothers learned how depression can result from stress, pressure to succeed, or to look a certain way. An interactive activity in this session emphasized the importance of valuing personal character and accomplishments. Thus, girls matched puzzle



pieces depicting their accomplishments and talents with parts of their bodies. For example, a girl could have selected “ I am good at sports” from a list of possibilities. She would have then dragged that item to the feet of her animated character representation. If she selected “ I am good at drawing,” she would have dragged that item to the hands of her animated character. Toward enhancing girls' emotional closeness to their mothers, session content urged mothers and daughters to plan a special day together. To help girls and mothers develop the plan, the program listed various ideas and a suggested schedule. Another activity in this session asked girls and mothers to share difficult feelings with each other. The program then illustrated healthy, supportive ways to process those difficult feelings. The fidelity of program completion was enhanced in two ways. First, girls and their mothers could only advance to the next session if each of them separately answered correctly questions on the prior session. Second, participants could not access post-intervention and follow-up measures unless they finished all program sessions. Of the 252 mother-daughter dyads assigned to the intervention arm, 244 (96.8%) completed all program sessions. And, of the eight dyads that failed to complete the entire prevention program, two dyads finished only one session, two completed two sessions, two completed three sessions, one finished four sessions, and one dyad completed five sessions. Demographic and available outcome data did not differ between mother-daughter dyads who completed the program and those who did not.

2.5. Statistical analysis. Baseline measures between intervention and control arms were compared with t tests for continuous variables and with X² tests for categorical variables. Adjusted for covariates of girls' and mothers' age, ethnic-racial group membership, and household composition, generalized estimating equations (GEE) tested between-arm differences for repeated measures outcome variables (Zeger & Liang, 1986). Short-term intervention effects were tested by modeling differential change between arms from baseline to post-intervention. To examine overall intervention effects, GEE analyses were repeated across baseline, post-intervention, 1-year follow-up measurements. GEE analyses yielded the Wald X² test statistic. The data were analyzed with SPSS 16.0 software.

3. Results

At baseline, the intervention arm contained more White girls and the control arm had more Black girls (X²=40.27, 4df, pb0.0001). Intervention-arm girls reported better baseline patterns of communication with their mothers than control-arm girls (t₂=-2.25, 583df, pb0.05). Girls' mothers were older in the intervention arm than in the control arm (t₂=-2.1, 590df, pb0.05). More control-arm mothers were heads of single-parent households, whereas more intervention-arm mothers were in two-parent-headed households (X²=10.29, 1df, pb0.001). Rates of girls' lifetime substance use did not differ between arms for cigarette smoking, drinking, marijuana use, and use of prescription drugs for nonmedical purposes.

At post-intervention and 1-year measurements, respectively, 9 and 50 mother-daughter pairs prematurely left the study. Girls who attrited prior to 1-year follow-up did not differ from nonattriters on measured baseline demographic and available outcome variables.

Changes from baseline to post-intervention and 1-year follow-up measurements favored intervention-arm girls over control-arm girls on communication patterns with their mothers (X²=9.80, 1df, pb0.01), knowledge of family rules about substance use (X²=0.455, 1df, pb0.05), awareness that their parents were monitoring their discretionary time (X²=5.57, 1df, pb0.05), non-acceptance of peer substance use as normative behavior (X²=5.96, 1df, pb0.05), ability to refuse peer pressure (X²=8.14, 1df, pb0.01), reduced use of alcohol (X²=6.11, 1df, pb0.05), marijuana (X²=6.75, 1df, pb0.01), and prescriptions and over-the-counter drugs for nonmedical purposes (X²=12.45, 1df, pb0.0001), and lower intentions to use tobacco, alcohol, and other drugs in the future (X²=8.02, 1df, pb0.01).

Relative to control-arm mothers, intervention-arm mothers reported better post-intervention and 1-year outcomes on measures of communication with their daughters (X²=9.26, 1df, pb0.01), rules against their daughters' substance use (X²=5.41, 1df, pb0.05), and monitoring of their daughters' out-of-home activities (X²=21.99, 1df, pb0.0001). 4. Discussion. Study findings suggest that a computer-delivered, parent-involvement substance use prevention program can effect positive changes in



adolescent girls and their mothers. Outcome results showed improvements 1 year after program delivery for intervention-arm girls relative to control-arm girls on variables associated with lower risks for substance use, variables that can protect adolescents against future substance use, current use of alcohol, marijuana, and prescription drugs, and intentions to use tobacco, alcohol, and drugs in the future. Intervention-arm mothers uniformly benefited from the program across all of their measured outcome variables.

At baseline, girls' 9.4% rate of 30-day alcohol use was slightly higher than the national average rate of 8.7% for comparably aged youths (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008). By this same comparison, 30-day rates of girls' tobacco and marijuana use (1.5% and 1.9%) were lower than the respective national rates (5.4% and 3.6%). Prescription drug use in our sample of adolescent girls, however, was reported at twice the national rate (7.1% vs. 3.4%).

Over time, girls in both arms increased their cigarette, alcohol, and marijuana use and their intentions to smoke, drink, and use illicit drugs in the future. Due to these increases, differences between arms on girls' reported 30-day substance use are notable. Baseline to 1-year follow-up increases in cigarette, alcohol, and marijuana use for intervention-arm girls were more modest than those for control-arm girls. Whereas nonmedical use of prescriptions rose for girls in the control arm, girls in the intervention arm reported less prescription drug use from baseline to 1-year follow-up. Across the sample, rising rates of substance use implicate developmental effects, given that most girls were approaching age 14 years by time of follow-up.

The early teen years are a time of experimentation for adolescents.

The study's limitations include reliance on self-report data, a relatively short follow-up period, and a modestly-sized sample from the American Northeast. Potential confounds of between-arm base-line differences were mitigated by analytic adjustments using girls' and mothers' demographic characteristics. Indeed, more positive 1-year follow-up differences for intervention-arm participants on 12 of the 16 outcome variables imply that completion of the prevention program exerted salubrious effects on girls and mothers beyond any preexisting within-arm circumstances.

The study's strengths may outweigh its weaknesses. The research adds knowledge on how prevention science can address substance use risks among adolescent girls. Engaging mothers increased the likelihood of tapping a potential source of bonding, positive social support, role modeling, and shared problem solving (Boyd, Ashcraft, & Belgrave, 2006). Delivering intervention by computer may have overcome barriers to enrolling and capturing the attention of busy families—a number of which were headed by one parent. The computer approach was designed to encourage frank discussions about substance use in the privacy and comfort of participants' homes. In these discussions, girls were encouraged to disclose problems and mothers were urged to offer constructive guidance, gained in part from the prevention program. The significance of computer-based and family-oriented intervention approaches is great as more investigators explore this line of gender-specific substance abuse prevention programming.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл еңбекте гендерлік сипаттағы, жанұя көлемінде өзара бірлескен әрекеттер теориясына негізделген және жасөспірімдер арасында психобелсенді заттарды қолданудың алдын алуға бағытталған компьютерлік бағдарлама зерттелді. Атқарылған жұмыстар нәтижесінде бағдарламаны іске асырғаннан кейін бір жыл өткен соң тәжірибе тобындағы қыздар, бақылау топтағы қыздармен салыстырғанда, психобелсенді заттарды қолдану қауіп-қатері азаюына, олардың аналарымен қарым-қатынастарының жақсаруына, есірткілерді қолдану туралы жанұялық ережелерді білуін қоса, баланың бос уақытын ата-аналардың бақылау қажеттігін түсінуіне, құрбылардың психобелсенді заттарды қолдануын құптамауға, проблемаларды шешу бойынша дағдыларға, есірткілерді қолдануға құрбылар жағынан қысымға қарсы тұруға байланысты көрсеткіштерінің жақсарғаны анықталды.

Бақылау тобындағы қыздармен салыстырғанда, тәжірибе тобындағы қыздар 30 күн бойына алкоголь мен марихуананы сирек қолданды, сондай-ақ темекі шегуге, алкоголь ішуге және келешекте есірткілер қабылдауға ниеті болмады. Тәжірибе тобындағы қыздардың аналары бағдарламаға қатысқаннан кейін өз қыздарымен қарым-қатынастарының



жаксарғанын, есірткілерді қолдану жайлы, сондай-ақ қыз балаларының бос уақытын өткізу мониторингінің жанұялық ережелерін құрғанын хабарлады. Зерттеулердің нәтижелері жасөспірім қыздардың психобелсенді заттарды қолдануының профилактикасы бойынша гендерлік компьютерлік тәсілдердің потенциалын дәлелдейді.

РЕЗЮМЕ

В работе изучалась компьютеризированная программа гендерного характера с участием родителей, основанная на теории взаимодействия семьи и направленная на предотвращение употребления психоактивных веществ среди подростков. В результате через год после осуществления программы девочки из опытной группы демонстрировали улучшение показателей по сравнению с девочками в контрольной группе, связанных с уменьшением рисков употребления психоактивных веществ, включая общение с их матерями, знание семейных правил об употреблении наркотиков, осознание родительского контроля за досугом, неприятие употребления психоактивных веществ сверстниками, навыки по решению проблем, умение отказаться от давления со стороны сверстников к употреблению наркотиков. По сравнению с девочками из контрольной группы, девочки опытной группы также реже употребляли алкоголь и марихуану в течение 30 дней и имели меньше намерений курить, пить алкоголь и принимать наркотики в будущем. Матери девочек из опытной группы сообщали об улучшении взаимоотношений с дочерьми после участия в программе, о создании семейных правил об употреблении наркотиков, а также о мониторинге свободного времени своих дочерей. Результаты исследований свидетельствуют о потенциале гендерных компьютеризированных подходов по профилактике злоупотребления психоактивных веществ среди девочек-подростков с активным вовлечением родителей.

GENDER-SPECIFIC INTERVENTION TO REDUCE UNDERAGE DRINKING AMONG EARLY ADOLESCENT GIRLS: A TEST OF A COMPUTER-MEDIATED, MOTHER-DAUGHTER PROGRAM

S.P.Schinke, K.C.Cole, Lin Fang. PH.D. School of Social Work, Columbia University, New York

Alcohol use is on the rise among adolescent girls. Girls are starting to drink at younger ages than ever before (American Medical Association, 2004; Grun-baum et al., 2004; Hingson et al., 2006). Before entering high school, one third of all girls have drunk alcohol recreationally; once in high school, girls drink at the same rate as boys (Johnston et al., 2005; National Center on Addiction and Substance Abuse, 2003, 2006). Indeed, girls' rates of heavy drinking (i.e., consumption of five or more drinks in a row) are growing faster than boys' rates (Newes-Adeyi et al., 2007). If alcohol industry advertising is a gauge, girls are likely to continue these patterns (Center on Alcohol Market-ing and Youth, 2006). Over a 1-year period, girls' exposure to low-alcohol refresher advertising increased 216%; boys' exposure increased 46% (Jernigan et al., 2004). That girls' underage drinking is associated with their unsafe sexual behavior, violence, school failure, riding in automobiles with impaired drivers, and later misuse of alcohol and other substances adds to the significance of girls' early use of alcohol (Cook et al., 2006; Miller et al., 2007; Shepherd et al., 2006; Zakrajsek and Shope, 2006).

Efforts to prevent underage drinking among girls need to recognize gender-specific risk and protective factors. Because problems in female development often relate more to connection than to separation, girls may benefit from relationship-building interventions. Data indicating that poor attachment to parents is a stronger risk factor for alcohol use among girls than among boys illustrate this connectivity factor (Amaro et al., 2001). Similarly, low parental monitoring and an unstructured home environment correlate more with substance use among girls than among boys (Freshman and Leinwand, 2001). The protective nature of girls' families is suggested by evidence that girls who regularly eat dinner at home are less likely to drink alcohol than girls who seldom enjoy family dinners (Fisher et al., 2007). Parallel research documents that girls' positive parental relationships can moderate negative peer influences (Luthar and Goldstein, 2008). Not only are parental rules about substance use associated with girls' abstinence, but girls also may benefit disproportionately from parental control and supervision, strong family ties, and positive social supports (Alegria et al., 2004; Harakeh et al., 2005).



Efforts to inform prevention programs with gender-specific data have demonstrated positive effects. Elliot and her colleagues (2004) found that, relative to untreated controls, girls who received gender-specific intervention showed improved substance-use knowledge, decreased drug use, and increased intentions to avoid substance use. A prevention program for poor minority girls reduced the incidence and onset of drinking (Weiss and Nicholson, 1998). Employing mass media, another gender-specific program reduced girls' weekly smoking by 40%, with effects maintained at 4-year follow-up (Worden et al., 1996).

Because girls tend to identify with and remain close to their mothers, even during the often turbulent adolescent years, family interventions hold special promise as a prevention approach (Kumpfer et al., 2003). Indeed, investigators have found that enhancing parent-child relationships can reduce underage drinking (Spoth et al., 2004). The most efficacious family approaches engage parents and children together (Dishion and Kavanagh, 2003; McDonald and Sayger, 1998). But family programs are costly, logistically complex, and ill-suited for poor parents who cannot easily attend intervention sessions because of job, child care, and single-parent-household demands.

Computer-mediated programs may overcome these and other obstacles to delivering family programs (Schinke et al., 2004). For adolescents, computer interventions may hold greater appeal than programs delivered face to face (Paperny, 2004). Computer programs are inexpensive to deliver, can reach participants at home at their convenience, and are associated with positive behavior changes among youth in such areas as underage drinking, drug use, depression, violence, and sexually transmitted diseases (Bellis et al., 2002; Bewick et al., 2008; Christensen et al., 2002; Cunningham et al., 2005; Portnoy et al., 2008).

The purpose of the present study was to test a computer-mediated, gender-specific prevention program for strengthening protective factors to help adolescent girls reduce their risks for underage drinking.

Method. Participants. Study participants were 202 pairs of adolescent girls (mean [SD] age = 12.2 [0.95] years; ethnicity: 67.8% white, 14.1% Latina, 9.5% black, 0.5% Asian, and 8% other) and their mothers (mean age = 41.07 [6.8] years) from New York, New Jersey, and Connecticut who responded

to newspaper advertisements and postings on Craigslist.org. To be eligible, participant dyads needed to include a daughter between the ages of 10 and 13 years, have private access to a personal computer, and assure that daughter and mother would complete measurement and intervention procedures. Of the initial 380 pairs of girls and mothers who expressed interest in the study, 178 dyads either failed to meet inclusion criteria or to return signed consent/assent statements within the study's 2-week enrollment period. Procedure. The study protocol was reviewed and approved by Columbia University's Morningside Campus Institutional Review Board. Girls assented and gained parental consent, and mothers consented before study enrollment. Stratified by age and ethnic-racial background, girls were randomly divided between intervention and control arms; mothers shared their daughters' arm assignments. Girls and mothers completed online pretest measures. Intervention-arm participants subsequently interacted with a 14-module underage drinking-prevention program. At the end of the program and 2 months later, all participants completed online posttest and follow-up measures, respectively.

Control-arm participants gained access to the intervention program after the 2-month follow-up data collection. During the study period, intervention- and control-arm girls and mothers received identical reminders to complete outcome measurement instruments.

Instrumentation. At pretest, posttest, and 2-month follow-up measurement occasions, girls completed a battery of instruments that assessed nine constructs.

Mother communication. The Family Problem Solving Communication Index (McCubbin et al., 1996) measures how family members communicate when faced with problems and conflicts. Adapted for our purposes, the instrument asked girls to indicate their agreement with such statements as "I can discuss my beliefs with my Mom without feeling restrained or embarrassed." The instrument has an α reliability of .78.

Perceived rules. The Intervention-Targeted Parenting Behaviors Scale (Spoth et al., 2002) measures perceptions of family rules regarding adolescent substance use. As adapted for our study, the scale asked girls to indicate their agreement with such statements as, "My mother has explained the consequences of not following her rules against



my drinking alcohol.” The scale’s reliability is $\alpha = .82$.

Parental monitoring. The Parental Monitoring Scale (Li et al., 2000) assesses children’s awareness of how closely their parents monitor their friendships and out-of-home activities. The scale asked girls to report their agreement with such statements as, “If I am going to be home late, I am expected to call my Mom to let her know.” Alpha reliabilities range from .87 to .92.

Conflict management. The Individual Protective Factors Index (Phillips and Springer, 1992) measures contributors to children’s resiliency. Adapted for our study, items from the Index asked girls about the way that their families manage conflict. Illustrative is, “My mother often seems angry with me.” The instrument has an α reliability of .67.

Normative beliefs. Relevant items from the American Drug and Alcohol Survey (Beauvais et al., 2004) ask youths about whether and how much their peers drink and use other substances. Normative beliefs items from this measure are illustrated by, “How many of your friends get drunk?” The scale’s reliability is $\alpha = .82$.

Self-efficacy. The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (DiClemente et al., 1994) asks respondents to assess their own confidence in abstaining from alcohol use in various situations. The scale includes such statements as, “I am confident that I won’t drink when I see others drinking at a party.” The scale’s reliability is $\alpha = .95$.

Refusal skills. The Life Skills Training Questionnaire (Macaulay et al., 2002) asks youths about their capacity to refuse offers of alcohol. Illustrative is, “If my best friend offered me a drink, I would say, ‘No’ and would not take it.” For the refusal skills subscale, the measure has an α reliability of .85.

Alcohol use. The American Drug and Alcohol Survey (Beauvais et al., 2004) quantifies patterns of past, recent, and current substance use among young people. Girls were asked to reflect on the past week, month, and year to report their consumption of beer, wine, and distilled spirits, responding to such questions as, “How often in the last week have you had alcohol to drink?” Reliabilities across items on the Survey range from .86 to .94.

Drinking intentions. The American Drug and Alcohol Survey (Beauvais et al., 2004) subscale

items ask youths to quantify the likelihood that they intend to regularly consume alcohol when they are adults. Scaled items include such questions as, “Do you think you will drink alcohol when you are an adult?” The intentions scale has an α reliability of .78.

At each outcome measurement occasion, mothers completed instruments on three constructs that paralleled relevant scales completed by girls.

Daughter communication. The Family Problem Solving and Communication Index (McCubbin et al., 1996) that girls completed also provided items for mothers to describe the frequency and quality of communications with their daughters in response to such questions as, “During the past month when you and your daughter have spent time talking or doing things together, how often did you let your daughter know that you appreciated her ideas?” Inventory items completed by mothers had α reliabilities ranging from .74 to .76.

Parental rules. The Intervention-Targeted Parenting Behaviors Scale (Spoth et al., 2002) items for mothers are illustrated by, “I have explained the consequences of not following my rules concerning alcohol use to my child.” Alpha reliability is .85.

Parental monitoring. The Parenting Practices Questionnaire (Gorman-Smith et al., 1996) items determine the extent to which parents monitor their children’s whereabouts, activities, and friends. Illustrative is, “I set a time when my daughter is expected home.” Reliability is $\alpha = .82$.

Intervention. Conceptually, the intervention program was informed by family interaction theory (Brook et al., 1990). Family interaction theory focuses on parent-child attachment, specifically the mother-child dyad. The theory suggests that if mothers have warm, nurturing relationships with their daughters, girls may be less likely to drink and take drugs. Conversely, if mothers fail to supervise and support their daughters, girls may attach to their peers, particularly to deviant peers. Theoretically, the risks of underage drinking can be reduced by fostering parent-child attachment, supervision, and support (Windle et al., 2008). Grounded in this theory, our gender-specific prevention program had two aims: (1) enhance the quality of girls’ relationships with their mothers and (2) teach girls cognitive-behavioral skills to avoid underage drinking. To accomplish these aims, girls and their mothers interactively completed



14 computer-mediated intervention modules. The first five modules focused on rapport building as a foundation of positive parent-child communication, interpersonal relationships, and respect between girls and their mothers. The next five modules addressed conflict management, ground rules for negotiating arguments, the value of being polite and respectful, and empathic listening. The last four modules helped participants analyze media portrayals of drinking, enabled girls to correctly understand peer norms around underage drinking, and taught girls alcohol use-refusal skills that they practiced in role-play scenarios.

Each intervention module, which was programmed onto a CD-ROM and available online, was introduced and demonstrated by animated characters portraying an adolescent girl and her mother. Mother-daughter pairs completed between four and five intervention modules at home each week. Twice-weekly emails reminded participants of the intervention delivery schedule. Intervention program exercises taught mothers and daughters the value of listening to each other, spending time together, understanding one another's personality, negotiating mutually agreeable decisions to problems, and giving each other gifts of time, compliments, and personal favors. In a gift-giving exercise, for example, mothers and

daughters identified compliments they could give to each other. One participant would turn her back to the computer screen while the other participant used the mouse to drag five "gifts"—in the form of praise statements—to a wrapped-box icon. Turning around, the first participant clicked the wrapped box to reveal and hear, one by one, each chosen compliment. Following the activity, mothers and daughters shared how the gift exchanges made them feel, altered their perceptions of one another, and could be integrated into their everyday lives.

At the completion of each module, embedded program commands transmitted the data from the mothers and daughters to our server. CD-ROM versions of the program instructed participants' computers to transmit comparable data the next time the users were online. Monitoring data captured the duration, progress, and accessed sequences of the intervention program; scores on postsession quizzes; and whether and how frequently research staff contacted girls and mothers. To help ensure that mothers and daughters jointly interacted with the material, the program required participants to independently log on to the study's Web site and to complete questions about each module's content. Participants could not advance the program until both mother and daughter answered the questions correctly.

TABLE 1. Girls' and mothers' ratings of the intervention program

Rated parameter	Girls Mean (SD)	Mothers Mean (SD)
Improved mother-daughter relationship	4.14 (0.35)	4.25 (0.29)
Learned information useful for mother-daughter relationship	4.16 (0.38)	4.13 (0.34)
Enjoyed intervention program	4.07 (0.39)	4.20 (0.34)
Found time to complete program online	3.04 (0.37)	3.24 (0.33)

Note: Scores are responses to 5-point scales where 5 = "strongly agree" and 1 = "strongly disagree."

Process data. When asked to anonymously rate the program, intervention-arm girls and mothers were uniformly favorable in their opinions of (1) whether the program improved their relationship with each other, (2) whether they learned information from the program that was useful for their relationship, (3) the extent to which they enjoyed the intervention program, and (4) their ability to find time to complete interactive modules

together (Table 1). Most (92%) intervention-arm participants accessed the program online. No differences in demographic data, process findings, and outcome results were discernible between participants who accessed the program online and those who employed the CD-ROM version. All girls and mothers who completed pretest measures also completed posttest measures. Between the posttest and follow-up measurements, two pairs (2%) of girls



and mothers in the intervention arm and one pair (1%) of girls and mothers in the control arm were lost to attrition. Statistical analysis. We compared the demographic background characteristics of intervention- and control-arm participants with t tests and chi-square statistics. Outcome variables were examined with general linear model repeated-measures analyses. At each measurement occasion, outcome variables comprised the within-subject factor; study arm assignment was the between-

subject factor; and girls' ages and ethnic-racial backgrounds and mothers' ages and education were covariates. We used Mauchly's method to determine whether sphericity was violated (Mauchly, 1940). If so, we adjusted the repeated-measures analysis of variance using the Greenhouse-Geisser correction and used the epsilon-corrected value for hypothesis testing (Keselman et al., 2001). Effect size was calculated by eta squared (η^2). All analyses were conducted at $p < .05$.

TABLE 2 Pretest, posttest, and 2-month follow-up scores for girls

Outcome	Pretest		Posttest		2-month follow-up		Time ^d		Intervention ^e		Interaction ^f	
	Intervention Mean	Control Mean (SD)	Intervention Mean (SD)	Control Mean (SD)	Intervention Mean (SD)	Control Mean (SD)	F	η^2	F	η^2	F	η^2
Mother communication	2.29 (1.22)	2.25 (1.37)	2.89 (1.30)	2.29 (1.25)	2.70 (1.16)	2.41 (1.32)	0.23	.00	4.13*	.02	3.33*	.02
Parental rules ^g	1.51 (0.50)	1.50 (0.50)	1.77 (0.42)	1.53 (0.50)	1.73 (0.45)	1.59 (0.49)	0.46	.00	4.59*	.02	6.29†	.03
Parental monitoring ^g	3.89 (0.38)	3.83 (0.36)	3.92 (0.31)	3.75 (0.66)	3.92 (0.31)	3.74 (0.54)	2.07	.01	8.97†	.04	4.34*	.02
Conflict management ^g	2.42 (0.67)	2.48 (0.65)	2.63 (0.67)	2.38 (0.64)	2.67 (0.61)	2.36 (0.67)	0.46	.00	5.15*	.03	8.89‡	.04
Normative	1.58 (1.05)	1.55 (1.14)	1.34 (0.68)	1.71 (1.32)	1.24 (0.58)	1.76 (1.37)	0.38	.00	5.66*	.03	9.01‡	.05
Self-efficacy ^g	3.63 (0.59)	3.59 (0.69)	3.74 (0.57)	3.52 (0.73)	3.77 (0.47)	3.51 (0.69)	0.57	.00	6.60*	.03	3.18*	.02
Refusal skills ^g	3.46 (0.55)	3.44 (0.54)	3.67 (0.46)	3.47 (0.60)	3.72 (0.45)	3.52 (0.67)	0.25	.00	4.86*	.03	4.15*	.02
30-day alcohol	0.33 (0.47)	0.30 (0.46)	0.18 (0.39)	0.31 (0.47)	0.26 (0.44)	0.30 (0.46)	0.37	.00	0.79	.00	3.96*	.02
7-day alcohol use ^g	0.17 (0.38)	0.10 (0.30)	0.08 (0.27)	0.12 (0.32)	0.08 (0.27)	0.16 (0.37)	1.40	.01	0.56	.00	4.74†	.02
1-year alcohol	0.47 (0.50)	0.35 (0.48)	0.31 (0.47)	0.35 (0.48)	0.35 (0.48)	0.39 (0.49)	1.00	.01	0.01	.00	6.18†	.03
Drinking	4.22 (2.73)	4.90 (2.95)	3.71 (2.46)	4.35 (2.71)	3.35 (2.34)	3.98 (2.72)	0.14	.00	4.98*	.02	0.02	.00

*Responses to 5-item scales; higher scores are better; b) responses to 5-item scales; lower scores are better. number of alcohol drinks consumed (e.g., glasses of wine or mixed drinks; cans or bottles of beer; shots of distilled spirits); d)2/386 df; e)1/193 df. † $p < .05$; ‡ $p < .001$.

TABLE 3. Pretest, posttest, and 2-month follow-up scores for mothers

Outcome variable	Pretest		Posttest		2-month follow-up		Time ^a		Intervention ^b		Interaction ^a	
	Intervention Mean (SD)	Control Mean (SD)	Intervention Mean (SD)	Control Mean (SD)	Intervention Mean (SD)	Control Mean (SD)	F	η^2	F	η^2	F	η^2
Daughter communication	1.94 (1.31)	2.11 (1.29)	2.00 (1.24)	2.01 (1.18)	2.09 (1.29)	1.84 (1.16)	3.63*	.02	2.41	.01	3.95*	.02
Parental rules	2.11 (1.24)	1.90 (1.28)	2.42 (0.99)	2.06 (1.29)	2.60 (0.90)	2.06 (1.33)	7.85‡	.04	5.57*	.03	3.10*	.02
Parental monitoring	3.39 (0.63)	3.45 (0.61)	3.51 (0.52)	3.45 (0.65)	3.55 (0.47)	3.46 (0.69)	1.11	.01	0.41	.00	3.23*	.02

Notes: Scores are responses to 5-item scales where higher scores are better. a)2/386 df; b)1/193 df. * $p < .05$; ‡ $p < .001$.

Results. Means and standard deviations for girls' and mothers' outcome measurement variables at pretest, posttest, and follow-up appear in Tables 2 and 3. Pretests failed to differ between arms for girls or mothers on any demographic variable. The

only outcome variable to show pretest differences was girls' intentions to drink as adults, which favored intervention-arm girls. Girls' outcomes. Relative to control-arm girls, intervention-arm girls reported improved communication with their



mothers at posttest and follow-up ($p < .05$) and also reported greater improvement than control-arm girls over time ($p < .05$). At posttest and follow-up, intervention-arm girls reported more parental rules against drinking than control-arm girls ($p < .05$); over time, parental rules scores increased from pretest to follow-up more for intervention-arm girls than for control-arm girls ($p < .01$). Compared with intervention-arm girls, control-arm girls reported less parental monitoring of their out-of-home activities at posttest and follow-up ($p < .01$) and over time ($p < .05$). Reports of girls' family conflict management skills improved more for girls who received intervention than for girls in the control arm ($p < .05$); girls in the intervention arm also showed greater improvements than girls in the control arm in these skills over time ($p < .001$). Compared with control-arm girls, intervention-arm girls reported better normative beliefs about underage drinking at posttest and follow up ($p < .05$) and over time ($p < .001$). Scores on girls' self-efficacy about avoiding alcohol also revealed positive intervention effects ($p < .05$) and greater improvements over time ($p < .05$) relative to control-arm girls. Girls' alcohol use-refusal skills favored the intervention arm relative to the control arm ($p < .05$) and over time ($p < .05$). Intervention by time interactions found intervention-arm girls reporting less alcohol consumption than control-arm girls in the past week ($p < .01$), month ($p < .05$), and year ($p < .01$). At pretest, posttest, and 2-month follow-up, fewer intervention-arm girls than control-arm girls said that they intended to drink alcohol when they became adults ($p < .05$). Mothers' outcomes Across measurement occasions, intervention-arm mothers reported increased mother-daughter communication ($p < .05$), whereas control-arm mothers reported decreased communication with their daughters over time ($p < .05$). Parental rules against underage drinking as reported by mothers revealed main effects for time ($p < .01$), for intervention ($p < .05$), and for an Intervention \times Time interaction ($p < .05$), in favor of the intervention arm relative to the control arm. Finally, an intervention by time interaction showed closer monitoring of daughters' out-of-home behavior for intervention-arm mothers than for control-arm mothers ($p < .05$).

Discussion Study findings modestly support the viability of a mother-daughter, computer-mediated program to prevent underage drinking

among adolescent girls. Two months following intervention delivery, girls and their mothers reported improved patterns of communication, parental rules, and monitoring. Girls additionally improved their conflict management and alcohol use-refusal skills, self-efficacy, and normative beliefs, and they reported less alcohol use and lower intentions to drink as adults. These outcomes suggest that the gender-specific program provided an efficacious means to help adolescent girls avoid problems with alcohol and, hence, to potentially reverse disquieting trends toward high rates of drinking among young women. Lending credence to the tested program's potential were the absence of time effects on any variable for girls and the presence of intervention by time interactions on 10 variables for girls. Moreover, intervention effects were seen on eight variables including girls' drinking intentions, the only outcome that did not show an intervention by time interaction. Data for mothers showed intervention by time interactions on each of three measured variables: time effects on the daughter communication and parental rules variables and intervention effects on the parental rules variable. Various programmatic components directly addressed some of the measured outcome variables that in turn indicated change favoring the intervention arm. Girls and their mothers learned how to communicate more effectively with one another and acquired strategies for resolving mother-daughter conflicts in a nonconfrontational manner. Changes in variables measuring these qualities are unsurprising. Also expected were changes in girls' normative beliefs and refusal skills, variables mirrored in two additional intervention components. Additional positive outcomes from the program in girls' alcohol use may have come about through the aforementioned mediating variables that gave focus to the intervention. Other outcomes occurred for variables that were implicit in the intervention program. These include parental rules and monitoring, both of which changed for girls and mothers, as well as girls' self-efficacy. The total constellation of positive outcomes for intervention-arm participants may thus reveal the direct and indirect effects of components included in the intervention program. Study outcomes compare favorably to other investigations of computer-delivered interventions for promoting health and for reducing health behavior risks in general and to Web-based interventions for decreasing alcohol



consumption in particular. Regarding the general universe of health-promoting and risk-reducing interventions, our findings strengthen conclusions that computer-based approaches can lead to short-term changes in theoretically indicated mediator variables that can precede behavior change (Portnoy et al., 2008). Our data substantiate behavior change at 2-month follow-up, which adds evidence to this conclusion. As for Web-based approaches to reducing alcohol use, our study findings are somewhat unusual. To date, for example, most such alcohol-focused approaches have engaged adults, and are often evaluated for their processes rather than for their outcomes; concomitantly, these approaches have lacked adequate controls, including randomized designs (Bewick et al., 2008). The current study advances knowledge in three areas. First, our data have implications for gender-specific approaches to prevention programming. These approaches, which are in relatively short supply, are increasingly warranted given trends in girls' drinking and other substance use. By addressing risk and protective factors that are particular to girls, gender-specific programs may attract populations that would not otherwise be engaged by alcohol-prevention programming (Lewis et al., 2007; Rohrbach and Milam, 2003). Second, the study confirmed the salubrious effects of family programs, as documented by others (Dishion and Kavanagh, 2003; Spoth et al., 2007). Because girls often turn to their mothers for support and guidance, approaches that enhance mother-daughter bonds can draw from readily accessed resources (Boone and Lefkowitz, 2007). Third, the study argues for the viability of computer-mediated prevention programming. Because intervention was delivered by computer, mothers and daughters could access the program in their own homes and at times of their choosing. Concurrently, the program yielded objective and confidential reports on its fidelity, while unearthing any problems encountered

by participants to allow research staff to address the issues nearly in real time. Process data underscore the program's perceived value to intervention-arm participants. Despite and in part owing to its innovations, the study has weaknesses. Although it represented a cross-section of early adolescent girls in New York, New Jersey, and Connecticut, the sample was nonetheless small. Despite the size of the sample, the randomized design controlled all major threats to internal validity except testing—because both arms were pretested before program delivery—but the external validity of study findings are limited. We engaged only girls and mothers who had computer access and who likely were comfortable with this mode of information acquisition. Further, most participants enjoyed high-speed online access, another characteristic that is not typical of all American homes. Because we engaged only girls and mothers and a single-intervention approach, we cannot examine interactions of gender and prevention program components. Moreover, the program was brief, as was follow-up measurement. Also, measured outcomes relied on self-report. **Conclusions** A gender-specific intervention program aimed at protective factors between adolescent girls and their mothers and designed for home delivery via personal computer helped girls reduce their risks for underage drinking. Prevention programming expressly for girls has the capacity to address gender-specific influences that may explain troubling rates of alcohol use among female adolescents. Efforts to involve mothers in prevention programs aimed at their adolescent daughters can nurture and sustain powerful bonds between parents and children while encouraging parents to impose and monitor appropriate limits and controls. The potential of computer approaches has only begun to be tapped and will doubtless be subject to further study. The possibilities for intervening through new and creative ways, especially with youth, are myriad.

ТҮЖЫРЫМ

Зерттеу жасөспірім қыздар арасында алкогольді тұтынудың алдын алу бойынша компьютерлік бағдарламаның тиімділігін бағалайды. Зерттеуге қыздар мен олардың аналары қатысты, олар тест өткізгеннен кейін 2 тоқа бөлінді: тәжірибелі топ және бақылау тобы. Тәжірибелік топтағы қыздар мен олардың аналары ана мен қыз бала арасындағы қарым-қатынастарды нығайтуға, сондай-ақ қыз балаларды жанжалдарды басқару дағдыларына үйретуге, бұқаралық ақпарат құралдарының ықпалына қарсы тұруға, алкоголь мен есірткілерден бас тартуға, жасөспірімдер арасында есірткілер, темекі мен алкогольді тұтыну бойынша құрбылар арасында норма қалыптастыруға бағытталған компьютерлік бағдарлама жұмыс істеді. Зерттеу аяқталғаннан кейін бағдарламаға қатысушылардың барлығы тестер тапсырды және бақылаудан өтті.



Нәтижелер: бағдарламада екі ай қатысқаннан кейін, тәжірибе тобындағы қыздар мен аналардың өзара қарым-қатынастары жақсарды және өзара түсінісуге қол жеткізілді, сондай-ақ қыздардың алкоголь тұтынуына қатысты ата-аналардың бақылауын пайдалану мен ереже орнатуы қажет. Сонымен қатар, кейінгі бақылау қыздар арасында жан-жалдарды басқару бойынша дағдылардың және алкогольден бас тартудың, жасөспірімдердің алкогольді тұтынуының нормативтік түсінігінің жақсарғанын көрсетті; қыздар алкоголь тұтынудан бас тартуда зор белсенділік танытты; зерттеу өткізілгеннен 7 күннен, 30 күннен және бір жылдан кейін алкогольді аз тұтынды.

РЕЗЮМЕ

Исследование оценивает эффективность компьютерной программы по профилактике употребления алкоголя среди несовершеннолетних девочек. В исследовании участвовали девочки и их матеря, которые после тестирования были поделены на 2 группы; опытную и контрольную. Девочки и их мамы в опытной группе работали с компьютерной программой нацеленной на укрепление взаимоотношений между матерью и дочерью и обучающей девочек навыкам управления конфликтом, противостоянию влиянию средств массовой информации, отказа от алкоголя и наркотиков, коррекции норм среди сверстников по употреблению алкоголя, наркотиков и курения среди несовершеннолетних. После окончания исследования все участники прошли тесты и наблюдения.

Результаты: после двух месяцев участия в программе, девочкам их матерям из опытной группы удалось улучшить взаимоотношения между собой и их восприятие и применение родительского контроля и установления правил по отношению к употреблению алкоголя девочек. Кроме того, последующее наблюдение показало улучшение среди девочек навыков по управлению конфликтами и отказу от алкоголя; здоровые нормативные представления о употреблении алкоголя несовершеннолетними; девочки продемонстрировали большую эффективность в способности избегать употребление алкоголя; меньше употребляли алкоголь через 7 дней, 30 дней и год после исследования.

О РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ПО ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ И СПИД СЛУЖБ В г.АЛМАТЫ

*В.Г.Слесарев, Т.Давлетгалиева, Е.Кудусова, С.Суртаева, М.Кульшарова, Н.Р.Мукушев,
Г.Т.Утепкалиева. Республиканский Центр Спид, Американский
Красный Крест в Центральной Азии, Городской тубдиспансер, г.Алматы.*

Целью данного проекта являлось создание эффективной модели взаимодействия между противотуберкулезной и СПИД службами, улучшение доступа больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией к услугам данных служб.

Задачи проекта:

1).Создать возможности для взаимодействия служб; 2) Выявить проблемные участки; 3) Внедрить разработанный комплекс мероприятий проекта для улучшения доступа больных к качественным услугам служб противотуберкулезной и СПИДа; 4) Оценить результаты, провести анализ; 5) Выработать рекомендации.

На 1 января 2009 года в республике выявлено 1032 случая туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, в т.ч. в МЛС выявлено 306 случаев, на выявление в МЛС приходится

30,0% от общего числа зарегистрированных случаев ВИЧ+ТБ.

Только за 2008 год выявлено 407 случаев туберкулезных больных (ТБ) среди ВИЧ-инфицированных (56 сл. в МЛС), это порядка 17,4 % от общего числа всех случаев ВИЧ-инфекции, выявленных в 2008г. В 2007 году было выявлено 272 случая туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, рост в 2008г. по сравнению с 2007г. составил 135 случаев или 1,5 раза.

В Республике Казахстан туберкулез диагностируется в среднем у 23 % пациентов, находящихся в симптоматических стадиях ВИЧ – инфекции и составляет 41 % в структуре причин смерти ВИЧ – инфицированных лиц (2007г.-35%). Среди больных, умерших от СПИДа, ту-



беркулез зарегистрирован у 71,5% лиц в 2007 году и у 74,0% - в 2008 году.

Удельный вес выявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в структуре оппортунистических инфекций составил по годам: 2006 – 24,0%, 2007 – 18,0%, 2008 – 23,0%.

Одним из направлений профилактической деятельности по снижению заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных, является своевременное проведение химиопрофилактики (ХП). ХП туберкулеза у ВИЧ-инфицированных назначается и проводится в соответствии с Периодическими протоколами (стандартами) диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ-инфекции и СПИДе (Приказ МЗ РК № 150 от 12.02.04г.).

Согласно Периодическим протоколам химиопрофилактика туберкулеза ВИЧ-инфицированным должна назначаться и проводится фтизиатрами противотуберкулезной службы. Но данная ситуация не одинаковая в областях. К примеру в ЮКО, Мангистауской, Жамбылской, г.Алматы ХП туберкулеза проводится фтизиатрами противотуберкулезной службы, в остальных – центрами СПИД. В этой связи, необходим единый подход в организации проведения ХП туберкулеза: закуп, назначение и проведение профилактического лечения возложить на противотуберкулезную службу. Это будет способствовать увеличению охвата ВИЧ-инфицированных ХП ТБ. В пенитенциарной системе, как и в общественном здравоохранении, охват осужденных и следственно арестованных ХП ТБ остается на низком уровне. Для этого также необходимо обучение фтизиатров, работающих в пенитенциарных учреждениях, а также отработка механизма проведения ХП и взаимодействие с противотуберкулезной службой.

В 2008 году нуждались в профилактическом лечении туберкулеза- 924 человека, проведено у 656 ВИЧ – инфицированных, что составило 71,0 %, в целом по республике, охват ХП ТБ значительно увеличился по сравнению с 2007г. (17,2%).

На момент начала проекта взаимодействия двух служб складывалось не на должном уровне, а именно:

- не соблюдались принципы этапности оказания медицинской помощи, особенно в отношении больных с двойной инфекцией.

-отсутствовало взаимодействие между противотуберкулезной и СПИД службами.

-отсутствие единых подходов и стандартов в вопросах преемственности между службами и при ведении больных с двойной инфекцией.

-недостаточная координация деятельности органов управления здравоохранением в целом между противотуберкулезной и СПИД службами с другими службами -наркологической и кожновенерологической, органами труда и социальной защиты, образования, юстиции и другими

-отсутствие подготовленных, квалифицированных специалистов по ведению больных с двойной инфекцией.

С июля 2008 г., после выхода Приказа Департамента здравоохранения г. Алматы, началась реализация модели, разработанной Рабочей группой экспертов (РГЭ) по ТБ/ВИЧ в пилотном регионе, который охватывал учреждения здравоохранения г. Алматы. План реализации модели предусматривал следующие этапы:

1 этап: Экспертиза, оценка потребностей (разработка протоколов оценки и инструментов сбора информации, проведение базовой оценки);

2 этап: Проведение рабочей встречи с ключевыми партнерами из пилотных учреждений (создание временной команды - РГЭ; подготовка плана взаимодействия; создание команд тренеров и мониторинга по ТБ/ВИЧ; процесс определения политики взаимодействия ТБ/ВИЧ).

3 этап: Подготовка совместно с РГЭ протоколов и рекомендаций (по ведению больных с ВИЧ/ТБ и взаимодействию ВИЧ/ТБ служб); распространение разработанных документов и планов, проведение совещания (с целью оповещения) по вопросам взаимодействия служб руководителей здравоохранения и вышеназванных ведомств, международных и национальных партнеров, занимающихся той или иной деятельностью по ТБ или ВИЧ в стране); подготовка экспертов/тренеров - региональных; подготовка учебных материалов; создание протокола мониторинга, инструментов, индикаторов мониторинга и оценки; обучение специалистов (противотуберкулезных и СПИД центров), предоставляющих медицинскую помощь по вопросам диагностики и лечения ТБ у ЛЖВС и СПИДа у больных туберкулезом; обучение специалистов мониторинга и оценки механизму МиО.



Таблица №1. Данные мониторинга модели взаимодействия служб РЦС и ГТД, 2008г.

#	Индикатор	1 кв. (январь-март 2008)	2 кв. (апрель-июнь 2008)	3 кв. (июль-сентябрь 2008)	4 кв. (октябрь-декабрь 2008)	Результат базовой оценки	Результаты завершающей оценки
		Данные мониторинга модели				Результаты оценки	
Индикаторы деятельности							
1.1	Наличие координирующего органа - рабочей группы экспертов по вопросам междежмента пациентов с двойной инфекцией					Нет	Да
1.2	Наличие протокола (методических рекомендаций по выявлению, регистрации, лечению и профилактики ТБ среди ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-инфекции среди больных ТБ)					Нет	Да
1.3	Наличие регистрационных форм для учета и ведения пациентов с двойной инфекцией					Нет	Да
1.4	Количество специалистов пилотных учреждений, предоставляющих услуги, обученных по вопросам выявления, регистрации, лечения и профилактики ТБ среди ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-инфекции среди больных ТБ	0	56			n/a	n/a
1.5	Количество руководителей пилотных учреждений, обученных вопросам ведения пациентов с двойной инфекцией	0	4			n/a	n/a
Индикаторы эффективности							
2.1	% лиц с ВИЧ, прошедших R-гр. или ФГ грудной клетки из числа выявленных в нетуберкулезных учреждениях в учетном квартале	81%	74%	35%	100%	67%	100%
2.2	% ВИЧ-инфицированных, выявленных в нетуберкулезных учреждениях	93%	94%	85%	97%		
2.3	% лиц с ВИЧ, которым установлен диагноз туберкулеза	0%	44%	9%	0%		
2.4	% лиц с ВИЧ, которым химиопрофилактика туберкулеза проводится	0%	38%	50%	100%	0%	50%
2.5	% ВИЧ-инфицированных (с жалобами, подозрительными на ТБ), обследованы на туберкулез	100%	100%	100%	100%		
2.6	% ВИЧ-инфицированных, бывших в контакте, полностью обследованы на ТБ (R-гр гр.кл., мокрота, осмотр и т.д.)	50%	n/a	67%	100%	no data available	100%
2.7	% ВИЧ-инфицированных, выявленных в противотуберкулезных	7%	6%	15%	3%		



4 этап: Утверждение разработанных документов в Департаменте здравоохранения г. Алматы.

5 этап: Процесс реализации принятого приказа по взаимодействию ВИЧ/ТБ служб в соответствующих учреждениях; внедрение полученных навыков специалистами на местах; заключительная оценка (МиО), заключительное совещание РГЭ: обсуждение итогов, оценка результатов внедрения модели, рекомендации для последующего распространения успешного опыта внедрения модели с целью дальнейшего использования партнерами.

Оценка производилась дважды: в начале (базовая) - перед внедрением модели, и в конце (завершающая) – по завершении мероприятий по взаимодействию. Мониторинг мероприятий по внедрению модели производился ежеквартально, при этом сбор данных («накопление») производился на рутинной основе.

Данные мониторинга мероприятий в пилотных участках области до внедрения модели показали отсутствие механизма взаимодействия служб и организации совместного ведения больных. Это касалось и всех остальных индикаторов, отражающих специфичные показатели регистрации, учета, обследования больных.

Данные мониторинга в ходе реализации модели убедительно доказывают эффективность внедренного механизма взаимодействия служб. А именно, по всем индикаторам мониторинга отмечаются позитивные сдвиги, свидетельствующие о налаживании самого механизма взаимодействия и системы регистрации, учета больных и оказания им соответствующих услуг (ниже приводятся данные мониторинга пилотных учреждений здравоохранения за январь – декабрь 2008 г.)

Результаты проекта

1. Налажено взаимодействие между службами;

2. Создан координирующий орган;

3. Департаментом Здравоохранения г. Алматы издан совместный приказ по г. Алматы о мерах по усилению борьбы с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ, утверждающий протоколы по двойной инфекции;

4. Разработан необходимый пакет документов (протоколы, методические указания, регистрационные формы и т. п.);

5. Обучены 70 специалистов (в том числе 56 специалистов из взаимодействующих противотуберкулезной и СПИД служб), которые выполняют весь спектр предписанных им мероприятий в отношении больных с двойной инфекцией;

6. Подготовлены специалисты по МиО в вопросах ТБ/ВИЧ;

7. Шесть учреждений пилотной области охвачены плановыми мероприятиями в рамках модели ТБ/ВИЧ: 4- противотуберкулезной службы, 1 - ОЛС и 1- СПИД служба;

Более 1 000 больных получили услуги служб в рамках плановых мероприятий модели;

8. Руководители учреждений противотуберкулезной и СПИД служб пилотного города, национальных и международных партнеров приняли участие в совещании по вопросам ТБ/ВИЧ и взаимодействия служб;

9. Проведен анализ результатов, выявлены проблемные участки;

10. Подготовлены рекомендации для распространения опыта.

Рекомендации:

Для достижения долгосрочных результатов – стабилизации показателей распространённости больных с двойной инфекцией ВИЧ/ТБ, снижение смертности от туберкулеза ВИЧ-инфицированных – целесообразно распространять механизм взаимодействия в проблемных областях и в дальнейшем на Республику в системе здравоохранения и медицинской службе пенитенциарной системы.

Выводы

Реализация данного проекта на территории г. Алматы позволила показать роль взаимодействия служб, включая в себя все необходимые аспекты, отвечая нуждам служб и может быть рекомендован для распространения на всей территории Республики. Внедрение данной модели будет во многом способствовать улучшению качества медицинских услуг.

Предложенный механизм взаимодействия, включающий в себя эффективное сочетание клинического, программного, финансового управления, отвечает нуждам служб и может быть рекомендован для распространения на другие проблемные области с дальнейшим расширением по всей территории Республики.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Т.С.Хайдарова, Б.С.Наржанов, Г.Р.Жаппаркулова, А.А.Акимбаева. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, ННЦХ им. А.Н.Сызганова, г.Алматы.

Получить максимальный результат с минимальными затратами возможно только при условии своевременного проведения всестороннего медико-экономического анализа медицинской помощи (МП) с одномоментным рассмотрением медицинского, социального и экономического эффектов в контексте сохранения и приумножения человеческого капитала. Поэтому нашей целью стала разработка и усовершенствование универсальных методологических подходов и конкретных методик к анализу эффективности в медицине и здравоохранении, позволяющих оценивать, прогнозировать и научно обосновывать целесообразность использования медицинских профилактических технологий (МПТ).

Методики оценок отобраны с учетом критериев доказательной медицины основе системного анализа литературных данных. Представленные методологические подходы и методики расчетов могут быть применены на всех уровнях и во всех сферах медицины и здравоохранения, так как в полной мере отвечают универсальным требованиям экономико-управленческих механизмов. В случае необходимости возможна адаптация методик под поставленные цели и задачи исследования.

Эффект от реализации МПТ — конкретный результат, выраженный качественными или количественными показателями либо измерениями в денежных единицах.

Эконометрический анализ результатов крупных профилактических программ, показывает высокую эффективность гигиенического образования и воспитания в достижении генеральных целей укрепления здоровья. Так, реализация межсекторальных программ укрепления здоровья обеспечивает соотношение стоимости затрат и полученного выигрыша как 1 к 7, то есть каждый вложенный рубль экономит обществу 7 рублей из средств, которые необходимо было бы потратить на устранение последствий, вызванных курением, употреблением алкоголя и наркотиков, нерациональным питанием, не-

правильным сексуальным поведением и т.д [1].

Медицинский эффект характеризует деятельность медицинских работников и организаций здравоохранения с точки зрения достижения положительного результата с учетом критериев качества, адекватности и результативности МП. Он определяется снижением заболеваемости, повышением уровня качества медицинских услуг, снижением летальности, увеличением коэффициента достижения результатов и др.

Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) является ключевым элементом МПТ, в основных документах Правительства РК – в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг, в Стратегическом плане Министерства здравоохранения РК на период 2009 -2011 гг. целевым индикатором определен показатель - увеличение ожидаемой продолжительности жизни для оценки ФЗОЖ; а целевыми показателями являются снижение распространенности поведенческих факторов риска: табакокурения (2007 г. - 22,8%; 2009 г. – 21,4%; 2011г. 18,6%; злоупотребление алкоголем (2007 г. -18,1%; 2009 г. 16,9%; 2011 – 14,%; избыточной массы тела (2007 г. – 36,9%; 2009 г. – 35,3%; 2011 г – 33,7%).

По данным 4-го национального исследования распространенность табакокурения (2007 г) по РК составляет 27% (против 22,7 в 2004 году, т.е. 3 –е национальное исследование; употребления алкоголя 35,6% против 41,9 в 2004 году – 3-е нац. исследование).

Следовательно, эффективность МПТ в виде санитарно-просветительной работы, проводимой системой организаций областных, районных центров ФЗОЖ и врачами ПМСП проявляется в виде повышения информированности населения о ведущих факторах риска развития заболеваний, таких как табакокурение – удержание показателя на уровне 27%, отмечено снижение табакокурения у детей в возрастек 11-14 лет на 0,6%, а в возрасте 15-17 лет на 5,5%; По



фактору риска - употребление алкоголя – по данным опроса отмечено снижение по РК – 6,3 %, нерациональное питание, гиподинамии – увеличение доли лиц, занимающихся физической активностью – на 5,3%.

Интегральной величиной является экономический эффект, слагаемый из прироста внутреннего валового продукта (ВВП), сокращения выплат по временной и стойкой нетрудоспособности, сокращения затрат на лечение и реабилитацию и т. п.

Понятие эффективность определяется как отношение полученного полезного результата к затратам, обеспечивающим его достижение:

$$\text{Эффективность} = \text{эффект} / \text{затраты}$$

Независимо от того, в натуральных или в стоимостных показателях выражен полезный

эффект, повышение эффективности всегда означает, что на каждую тенге затрат получен результат большей стоимости.

На макроуровне расчеты по определению экономической эффективности процесса ФЗОЖ можно провести исходя из вышепредложенной методики. При этом, за эффект взять данные по ВВП на душу населения (точнее 3% от ВВП, так как ВВП формируется комплексно, не только в результате приумножения производительных рабочих сил, которые поддерживаются усилиями здравоохранения за счет снижения смертности, заболеваемости населения, увеличения средней продолжительности жизни работающих граждан), а за затраты взять затраты на содержание службы и центров ФЗОЖ по РК.

Таблица 1. Данные по расчету экономической эффективности ФЗОЖ на макроуровне (2004-2007 гг.).

Период времени, годы	Ср.ожидаемая продолжительность жизни	ВВП на душу населения, в тыс тенге	Доля ВВП на здравоохранение 3,0%, тенге	Затраты на службу ФЗОЖ тыс. тенге	Численность населения по РК	Затраты на душу населения по ФЗОЖ, тенге.	Экономическая эффективность на макроуровне тыс тенге на душу населения)	Соотношение затраты /экономическая эффективность
2004	66,14	391000	11730	144501,0	15012984	9,6	1 221,8	0,07
2005	65,91	491000	14730	192000,0	15147029	12,6	1 170,0	0,1
2006	66,19	617100	18513	242512,0	15308085	13,8	1 340,0	0,1
2007	66,38	765000	22950	280812,0	15484192	18,1	1 267,9	0,1

По данным Таблицы №1 видно, что при сравнении данных за 2004 год и 2007 годы наблюдается увеличение средней продолжительности жизни на 0,24 лет, а также отмечено увеличение ВВП на душу населения на 374 000 тенге за данный период. Расчеты показывают, что каждое увеличение средней продолжительности жизни на 0,1 выражается увеличением ВВП, т.е. экономическим эффектом на душу населения на 187 000 тенге за 3 года, в расчете за один год – 62 333 тенге. По затратам на душу населения по реализации ФЗОЖ разница составляет 8,5 тенге при сравнении 2007 и 2004 гг.). ВВП на душу населения составляет в 2004 году 391 000 тенге, а доля здравоохранения в ВВП равна 3%, т.е. 11730 тенге, и соответственно в 2007 году доля ВВП на душу населения равна 765 000 тенге, доля ВВП на здравоохранение – 22950 тен-

ге. Таким образом, показатели эффекта от ВВП -11730 тенге (2004 г.) и 22 950 тенге (2007 г.), в качестве затрат на ФЗОЖ определить 9,6 тенге (2004 г.), и 18,1 тенге (2007 г.) в расчете на душу населения. Разница показателей затрат на душу населения по ФЗОЖ по республике составляет 8,5 тенге. При использовании формулы определения экономической эффективности (Эффективность = эффект/затраты) получим следующие цифры: $11220/8,5=1320$ тенге в расчете на душу человека. Таким образом, экономическая эффективность процесса ФЗОЖ на макроуровне при сравнении показателей 2004 и 2007 гг. составляет 1320 тенге на душу населения.

Проведенные расчеты показывают, что в экономической эффективности отражена взаимосвязь и взаимообусловленность многочисленных медицинских, социальных и экономи-



ческих аспектов МПТ, и данные расчеты носят характер косвенных расчетов. Показатель соотношения затрат к экономической эффективности за рассматриваемые годы (2004, 2005, 2007 гг.) колеблется от 0,07 до 0,1 соответственно. В сравнении с литературными данными, которые свидетельствуют о соотношении затрат к эффективности как 1 к 7, наши показатели ниже. Однако, надо учитывать, что показатели ВВП, многофакторный и зависит от многих других факторов, кроме здравоохранения, поэтому необходимо интерпретировать и анализировать комплексно [2].

Результат полезной деятельности всех институтов государства и общества по сохранению и укреплению здоровья отражает социальный эффект, который измеряется рядом показателей: увеличение продолжительности жизни людей, в том числе трудоспособного периода, повышение рождаемости, снижение инвалидности и т. д. Важными аспектами социального эффекта являются доступность МПТ и удовлетворенность пациентов качеством МПТ.

Главным механизмом повышения эффективности системы здравоохранения является ее интенсификация за счет улучшения использования всех имеющихся ресурсов — материаль-

ных, трудовых, финансовых — во всех областях медицинской науки и практики.

Необходимо отметить, что на схеме представлены только основные направления повышения эффективности МПТ. Поэтому на практике область исследования может быть расширена.

Таким образом, программа действий по увеличению эффективности МПТ предполагает выбор направления, постановку цели и определение результата. Пользуясь представленной методикой, руководители могут определить имеющиеся резервы повышения результативности реализации МПТ в зависимости от сфер деятельности и поставленных задач. Для этого определяется влияние каждого элемента на систему в целом. Объединение элементов модели в единый алгоритм позволяет получить данные, соответствующие системным целям прогнозирования.

Литература:

1. Окушко А.Б. Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения// гл. врач. – 2002.-№5. – С.22-26.
2. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. ВОЗ, 2008 г.

ТҰЖЫРЫМ

Салауатты өмір салтын қалыптастыру процессінің экономикалық тиімділігін макродеңгейде анықтау бойынша есепті келесі әдіспен шығарады: Тиімділік = нәтиже/шығын мөлшері. Бұл ретте нәтижені - ішкі жалпы өнім (ІЖӨ) бойынша деректер құрайды (атап айтқанда ІЖӨ 3%, ал шығындар ретінде Қазақстан Республикасы бойынша СӨСҚ қызметіне және орталықтарына шығындалатын шығыстар алынады).

SUMMARY

At the macro level calculations to determine the economic efficiency of the Healthy Lifestyle development (HLD) process can be made on the basis of the following methodology - Efficiency = effects / costs. Thus, for the effect to take data on GDP per capita (more precisely, 3% of GDP), and for the costs to take the cost of maintenance of HLD service and centers the Republic of Kazakhstan.



ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Б.А.Наржанов.

Национальный научный центр хирургии МЗ РК, г.Алматы.

Среди неинфекционных заболеваний (НИЗ) болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗН), болезни желудочно-кишечного тракта (БЖКТ) и органов дыхания (БОД) имеют огромное значение для здоровья населения РК, являясь основными причинами смерти населения страны. Вклад этих болезней по данным литературы в общую смертность составил: БСК- 56,9%, ЗН – 13,09%, БЖКТ – 4,1%, БОД – 3,8%, суммарный вклад БСК, ЗН и ВП в общую смертность населения страны наибольший: в 2006г. он составил 82,2%. [1].

Выделены 3 модели поведения, связанного со здоровьем в целом: профилактическое, болезненное, ролевое болезненное поведение. Под профилактическим поведением понимались любые действия, предпринятые человеком для поддержания здорового образа жизни с целью профилактики заболеваний и для выявления болезни на бессимптомной стадии. Примером профилактического поведения может служить прекращение курения для профилактики заболеваний. Эти меры не предотвращают наступление события, но снижают его риск.

Профилактические модели поведения в свою очередь подразделялись на модель первичной профилактики (физические упражнения для снижения избыточной массы тела (ИМТ), артериального давления (АД) и др.) и модель раннего выявления (или модель вторичной профилактики), и модель третичной профилактики – эффективного лечения для предупреждения осложнений имеющих заболевания.

По данным ВОЗ курение табака является ведущей причиной плохого здоровья и преждевременно смертности. Курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, респираторные, некоторые формы рака. С курением связаны до 90% всех случаев рака легких, 75% случаев хрониче-

ского бронхита и эмфиземы легких, 25% случаев ишемической болезни сердца. Профилактика заболеваний является основной задачей врачей ПМСП. В соответствии с Государственной программой реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. предполагается переход на общеврачебную практику в системе ПМСП, а основу стационарной медицинской помощи должны составлять многопрофильные стационары, где больному будет оказана медицинская помощь по различным профилям, а качество вспомогательных служб станет обеспечиваться их централизацией.

В соответствии с долгосрочной программой развития здравоохранения РК до 2020 года специализированная медицинская помощь должна быть выстроена так, что 60 % ее объема оказывалось на первом уровне - районная специализированная служба [2]. Это требует подготовки и переподготовки специалистов по основным 12-18 видам специализации, оснащения и переоборудования учреждений, разработки и утверждения протоколов и стандартов лечения, пересмотра инновационной, кадровой политики на местах.

В случае успешного решения этих вопросов новое соотношение специализированных служб позволит, во-первых, расширить доступность населения к этим видам помощи, во-вторых, реально улучшить работу по профилактике болезней и укреплению здоровья населения.

Областные и региональные центры должны взять на себя все сложные и виды и формы специализированной помощи, практически до 90 % сегодняшнего объема высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП), оказываемой республиканскими центрами, такими как ННЦХ им.Сызганова.

На уровне ВСМП должно оставаться 10 % специализированной медицинской помощи, при этом в этих оснащенных самым современным оборудованием центрах должны проводиться



действительно самые уникальные и сложнейшие методы диагностики, лечения и реабилитации.

Организация общеврачебной практики предполагает расширение диапазона предоставляемых врачом медицинских услуг за счет оказания многопрофильной первичной медицинской помощи, в том числе, отдельных услуг хирургического, отоларингологического, офтальмологического и других профилей.

Необъемлемой частью работы врача общей практики должно стать оказание неотложной помощи обслуживаемому населению. Предусмотрено, что врачами индивидуальной общей практики неотложная помощь будет оказываться в период с 8 до 19 часов, врачами групповой общей практики – круглосуточно. Врач при этом будет обеспечиваться санитарным автотранспортом, устойчивой телефонной связью.

Предусматривается, что врач общей практики будет иметь возможность оказывать медицинскую помощь больным в условиях стационарзамещающих технологий: дневных стационаров, стационаров на дому. Подобная организация лечебной, диагностической и реабилитационной помощи не только в амбулаторных, но и подобных полустационарных условиях, позволит уменьшить нагрузку на учреждения вторичного и третичного уровней.

В целях обеспечения доступности специализированной амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению планируется организация межрайонных консультативно-диагностических центров на базе наиболее крупных центральных районных больниц. Будет продолжена практика выездной работы на селе республиканских учреждений и организована выездная работа указанных центров.

В работе врачей общей практики планируется расширить показания и увеличить объемы хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, для чего планируется укрепление материально-технической базы и повышение квалификации кадров амбулаторных хирургических служб.

Высвобождению ресурсов из затратного стационарного сектора, повышению клинической

эффективности лечения будет способствовать развитие реабилитационных служб, ориентированных на оказание помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного пребывания, при этом максимально приближенных к месту жительства пациента. Диапазон форм оказания реабилитационных услуг широк: от массажа и простейших дыхательных упражнений на уровне фельдшерского пункта до центра восстановительного лечения, оснащенного современным оборудованием и специально подготовленными кадрами.

Часть круглосуточных коек будет переведена в разряд сестринского ухода, хосписов. Вместе с тем, широкое развитие в системе здравоохранения услуг по долгосрочному социальному уходу не планируется. Эти услуги в республике в настоящее время оказывает достаточно широкая сеть учреждений, функционирующих в системе социальной защиты (дома инвалидов, дома престарелых, медико-социальные центры для пожилых и т.д.).

Таким образом, актуальность проблемы реструктуризации стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи связана с необходимостью перехода от экстенсивной модели здравоохранения на прогрессивные медико-организационные формы оказания помощи с целью повышения эффективности использования ограниченного материального, финансового и кадрового потенциала отрасли. Система реструктуризации предполагает переход на многоуровневую систему оказания помощи, осуществление ступенчатого размещения средств по этапам обслуживания. Получают развитие ресурсосберегающие технологии, переход на систему общей врачебной практики.

Литература:

1. Руководство ВОЗ и Всемирной организации семейных врачей «Улучшение системы здравоохранения. Вклад семейной медицины», 2003.
2. Долгосрочная программа развития здравоохранения Республики Казахстан до 2020 года (проект)



УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ О ЗНАЧЕНИИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ФОРТИФИЦИРОВАННОЙ ПШЕНИЧНОЙ МУКИ

*И.Г.Цой, Ш.С.Тажимаев, Н.Н.Тасмагамбетова, А.А.Нургабилова.
Казахская академия питания, г.Алматы.*

В рамках реализации совместно с ЮНИСЕФ проекта Международного фонда «GAIN» впервые в Казахстане в конце 2008 года было проведено специальное исследование по оценке уровня осведомленности различных групп населения отдельных регионов Казахстана о значении для здоровья фортификации пшеничной муки высшего и первого сортов. Респондентами являлись женщины репродуктивного возраста, врачи учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), производители муки и хлебобулочных изделий (ПМ), представители средств массовой информации (СМИ) и руководители местных администраций (РМА). Степень информированности оценивали по пятибалльной системе: 1 - <20% опрошенных дали положительные ответы, 2 – 21-40%, 3 - 41-60%, 4 - 61-80%, 5 - >81%. О том, что железодефицитная анемия (ЖДА) связана непосредственно с недостаточным и неполноценным питанием, практически все опрошенные дали положительный ответ (5 баллов). 4-бальные ответы были получены во всех четырех группах относительно снижения физической активности при ЖДА, однако по такому негативному последствию, как снижение умственной активности и познавательной деятельности, 4-бальные ответы отмечались только у врачей ПМСП и руководителей местных администрации. На риск врожденных

патологий при ЖДА указывало менее 40% респондентов всех групп. От 40 до 60% опрошенных знали, что методом профилактики ЖДА является потребление фортифицированной муки, в том числе 57,9% медицинских работников. Вместе с тем, в качестве собственных действий по предупреждению ЖДА только 37,3% врачей указали на дачу рекомендаций по употреблению фортифицированной пшеничной муки. В 3 балла была оценена информированность женщин репродуктивного возраста и представителей СМИ об обогащении муки витаминами и минералами, при этом даже врачи ПМСП имели 4 балла. Очень низким оказался уровень знаний относительно состава комплекса, которым обогащается пшеничная мука. Только на 3 балла была оценена информированность относительно железа, не выше 2 баллов – фолиевой кислоты, по остальным ингредиентам фортификанта (витамины В1 и В2, цинк, ниацин) соответствующий балл не превышал 1, т.е. менее 20% опрошенных во всех группах были осведомлены об этих компонентах. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости существенного усиления на постоянной основе многоуровневых коммуникационных действий по проблеме роли фортификации пшеничной муки первого и высшего сортов в здоровом питании населения республики.



ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ МИРОВОЙ И ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ

Л.И.Каламкарова, Л.П.Мамонова, Л.П.Храмова. Казахская академия питания, г.Алматы.

Продовольственная безопасность - одна из основных составляющих социальной и экономической безопасности страны, а также здорового образа жизни. Производство пищевых продуктов является одной из важнейших сфер экономики республики, которая призвана решать задачу удовлетворения потребностей населения в безопасных и качественных продуктах питания.

Сегодня Казахстан строит политику в вопросах регулирования безопасности пищевых продуктов в соответствии с международными требованиями. В Казахстане вопросы пищевой безопасности регулируются Законом “О безопасности пищевой продукции”(2008). Данный закон разработан в рамках законодательства о техническом регулировании, содержит общие требования безопасности для всех видов пищевой продукции и максимально приближен к пищевому законодательству Европейского Союза.

Согласно международных требований, производство продуктов питания по безопасности должны соответствовать требованиям HACCP, ISO, Codex alimentarius, FAO, WHO.

HACCP (Система Безопасности Продуктов Питания - Hazard Analysis and Critical Control Points) – это признанная в мире система, построенная на анализе рисков и управлении критическими контрольными точками, целью которой является предупреждение появления опасных продуктов питания путем контроля факторов риска в течение производственного процесса (от приемки сырья до транспортировки готовой продукции).

Данная система основывается на семи принципах: 1) проведение анализа рисков; 2) идентификация критических контрольных точек (ССР – critical control points); 3) установление критических пределов для каждой ССР; 4) установление требований к мониторингу ССР; 5) разработка корректирующих действий; 6) установление процедур проверки системы HACCP; 7) установление процедуры управления документацией и записями.

Система HACCP включает в себя многие элементы системы менеджмента качества ISO 9001:2000, цель которой является установление причин возникновения опасных для здоровья человека факторов на протяжении всей цепи производства продуктов питания, начиная с входных контроля сырья и материалов и заканчивая доставкой продукта конечному потребителю.

Следует отметить, что до сентября 2005 года существовали только международные стандарты ISO 9000 b 14000, по которым проводился менеджмент в области Безопасности Продуктов Питания. 1 сентября 2005 г. Международная организация по стандартизации (ISO) опубликовала международный стандарт ISO 22000:2005 «Food safety management systems – Requirements for any organization in the food chain» («Система менеджмента безопасности продуктов питания – Требования к организациям цепи производства и поставки» (МС ИСО 22000-2005), который был разработан экспертами ISO в пищевой отрасли и представителями специализированных международных организаций в тесном сотрудничестве с Комиссией Кодекса Алиментариуса на основе принципов HACCP. При этом ISO 22000 приведен в соответствие с ISO 9001 для лучшей совместимости двух стандартов.

Цель ISO 22000 заключается в том, чтобы помочь всем типам организаций в цепи производства и поставки пищевых продуктов внедрить систему менеджмента безопасности продуктов питания. К таким предприятиям относятся: 1) производители кормов, 2) производители сырья для продуктов питания, 3) фермеры, 4) производители ингредиентов, 5) непосредственные производители пищевых продуктов, 6) предприятия пищевой сферы, 7) предприятия общественного питания, 8) организации, занимающиеся очисткой, транспортировкой, хранением, распространением и розничной торговлей, 9) другие организации, косвенно связанные с цепочкой создания пищевых продуктов – поставщики оборудования, чистящих средств, упаковочных



материалов и других материалов, контактирующих с пищевыми продуктами.

Необходимость разработки данного стандарта была вызвана:

- увеличением числа заболеваний, связанных с ухудшением качества пищевых продуктов;
- реальной угрозой здоровью и жизни людей;
- увеличением экономических затрат на медицинское обслуживание, а также компенсаций и выплат в результате болезней от потребления людьми недоброкачественных продуктов;
- увеличением потерь компаний в результате отсутствия сотрудников на рабочих местах и выплат по нетрудоспособности.

В настоящее время система ISO получила одобрение ЕС и во многих странах Европы наличие такой системы является обязательным для предприятий пищевой отрасли.

Критерии и методы оценки безопасности пищевой продукции установлены Codex alimentarius. Соблюдать нормативы данного документа страны обязаны в законодательном порядке.

Согласно имеющимся международным требованиям система контроля качества и безопасности пищевой продукции состоит из трех элементов, включающих:

- административное управление, действующее на центральном и местном уровнях;
- инспекцию, выполняющую функции инспектирования продовольственных помещений, возбуждающую в случае необходимости дела, процессы или иски за невыполнение или несоблюдение пищевого законодательства, расследование случаев вспышек заболеваний, передаваемых через пищу, рассмотрение жалоб потребителей с рекомендациями по их устранению.
- аккредитацию специально выделенных официальных лабораторий по контролю за пищевыми продуктами для достижения независимых гарантий и их компетентности и обоснованности проведенных тестов и полученных данных.

В связи с этим правительство Республики Казахстан разработало комплексную программу развития сектора здравоохранения в рамках Государственной программы реформирования

и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. Центральным элементом данной Программы является разработка и внедрение новой системы контроля качества и безопасности продуктов питания, основанная на международных требованиях к качеству и безопасности пищевого сырья и продуктов питания.

Сегодня в Казахстане имеется законодательная и нормативно-правовая база, обеспечивающая производство, хранение, реализацию пищевых продуктов на потребительском рынке. Однако с введением в действие Закона «О техническом регулировании» необходимо актуализировать (а точнее - переработать) действующий нормативно-правовой фонд с целью его приведения в соответствие с требованием этого Закона, т.е. необходимо создать фонд национальных стандартов, являющихся доказательной базой выполнения требований технических регламентов.

Одним из требований Соглашения по техническим барьерам ВТО является то, что международные стандарты должны быть основой при принятии технических решений.

Необходимо также отметить, что при любом уровне гармонизации технических регламентов, национальных стандартов с международными нормами, успех в бизнесе, конкурентоспособность организации зависят в первую очередь от исполнения этих требований. Только в случае, если выпускаемая предприятием продукция является безопасной, отвечает требованиям потребителя, обеспечено ее стабильное качество, можно говорить о конкурентоспособности, как продукции, так и предприятия. Обеспечить выполнение этих условий предприятие может путем совершенствования своей системы управления, т.е. посредством создания системы менеджмента качества на основе стандартов ИСО серии 9000. Эти стандарты признаны во всем мире, направлены на обеспечение конкурентоспособности организации за счет повышения качества продукции, снижения затрат на ее производство. Не зря их называют стандартами успешного бизнеса. При оценке соответствия продукции установленным требованиям во многих системах и схемах сертификации, в том числе и в ЕС, наличие сертификата на СМК является одним из необходимых доказательств.



Одним из важнейших пунктов реформы технического регулирования является то, чтоб основная ответственность за качество, безопасность продукции и услуг переносится с государства, государственных ведомств на производителя и продавца.

В Казахстане в последние годы достигнуты определенные успехи в применении международной практики технического регулирования в пищевой промышленности, в которой активно используется система управления качеством и безопасностью продукции – НАССР.

На предприятиях, работающих по системе НАССР, практически полностью предотвращается риск нарушений технологии, перекрестной контаминации вырабатываемых продуктов. Микробиологические исследования продукции здесь предусматриваются в основном с целью верификации правильности НАССР. Основными же показателями контроля, свидетельствующими о правильно проведенном технологическом процессе, являются различные физико-химические и иные параметры в критических точках производства, измеряемые в реальном времени, и их соответствии заданным величинам, гарантирует выпуск доброкачественной продукции.

Таким образом, в настоящий момент пищевые предприятия для обеспечения безопасности производимых ими пищевых продуктов могут выбирать более простой вариант - систему НАССР или более сложный, но обеспечивающий более высокий уровень доверия отечественных и особенно зарубежных потребителей – по МС ИСО 22000:2005. Система менеджмента безопасности продукции по ИСО 22000:2005 является наиболее удачной и результативной моделью управления для пищевых предприятий. Очень часто предприятия, работающие по стандарту ИСО 22000:2005, предпочитают, чтобы и их поставщики также работали по этому стандарту. Стандарт ИСО 22000:2005 предусматривает контроль всей цепи создания пищевой продукции.

Основываясь на принципах системы НАССР, стандарт ИСО 22000:2005 включает в себя многоуровневую систему управления безопасностью пищевых продуктов.

Гармонизация требований казахстанских стандартов с международными, проводимая преимущественно, в части методов контроля пищевой продукции, идентификации ее показателей, требований, предъявляемых к упаковке и маркировке, для снятия технических барьеров в торговле между странами и обеспечения объективной и достоверной оценки качества и безопасности, поставляемой на рынок продукции позволит способствовать развитию торговли безопасными пищевыми продуктами и внесет свой экономический вклад в создание и улучшение условий жизни в странах-экспортерах продовольствия. Следует отметить, что в этой методологической части, нам предстоит огромная работа, т.к., по многим показателям качества и безопасности их допустимые уровни имеют значительные расхождения с международными требованиями.

Существующая сейчас система контроля качества и безопасности продуктов питания в Казахстане все еще далека от совершенства. В настоящее время контроль качества и безопасности пищевой продукции осуществляют несколько министерств (Министерство здравоохранения РК, Министерство сельского хозяйства РК, Министерство экологии РК, Министерство индустрии и торговли РК и Комитет по техническому регулированию и метрологии РК). При этом взаимодействие между этими структурами налажено не в достаточной степени. Так например, контроль качества и безопасности пищевой продукции осуществляет несколько ведомств и организаций по сертификации, однако, в случае возникновения пищевых отравлений и развития других патологий алиментарного порядка вся ответственность по установлению причин и разработке мероприятий по устранению сложившейся ситуации ложится на Министерство здравоохранения РК.

В связи с этим считаем, что успешность решения проблемы качества и безопасности продуктов питания в РК обуславливается несколькими факторами:

- Организацией единой системы безопасности продуктов питания в РК;
- Совершенством законодательной базы контроля качества и безопасности продуктов питания согласно Codex Alimentarius, систем



НАССР и ISO;

- Соответствием стандартов по показателям и уровням безопасности, методов контроля продуктов питания в РК международным стандартам;

- Соответствием материально-технической базы лабораторий санитарно-эпидемиологической службы и других ведомственных лабораторий международным стандартам;

- Обеспеченностью высококвалифицированными кадрами;

- Степенью развития инновационных технологий в республике;

- Состоянием загрязненности объектов окружающей среды контаминантами химического и биологического происхождения;

- Наличия единой базы данных о состоянии проблемы качества и безопасности продуктов питания в РК.

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСЕХ СТРУКТУР ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ж.С.Тотанов.

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

Социально-профилактическое направление в деле охраны и укрепления здоровья населения включает в себя медицинские, санитарно-гигиенические и социально-экономические мероприятия. Создание системы предупреждения заболеваний и устранения факторов риска является важнейшей социально-экономической и медицинской задачей государства. Приоритетным структурным элементом системы здравоохранения является профилактика. Выделяют индивидуальную и общественную профилактику. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 вида профилактики.

Первичная профилактика - это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний. Вторичная профилактика - это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Третичная профилактика рассматривается как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Эта широко используемая классификация спо-

собствует тому, что понятие профилактических услуг расширяется, и граница между профилактическими и лечебными вмешательствами в ряде случаев стирается (Gordon 1983, Leaf 1999). Главенствующая роль в реализации первичной профилактики обычно отводится амбулаторно-поликлиническим учреждениям и организациям службы формирования здорового образа жизни. Роль санитарно-эпидемиологической службы определена недостаточно четко, тогда как гигиеническая и санитарно-гигиеническая направленность является основой первичной профилактики, в которой можно выделить три основных аспекта:

- 1) эколого-гигиенический, направленный на оздоровление природной, бытовой и производственной среды;

- 2) биологический, предусматривающий выявление и минимизацию индивидуальных, биологических факторов риска человека;

- 3) формирование здорового образа жизни.

Ведущее значение для первичной профилактики имеет формирование здорового образа жизни, так как среди факторов, определяющих здоровье человека, 50% принадлежит образу жизни, который ведет индивидуум. Успешное решение вопросов профилактики факторов ри-



ска сопряжено с уровнем осведомленности о них широких слоев населения. В работе по формированию установок на здоровый образ жизни должны участвовать все структуры здравоохранения. Кроме того, все более возрастает медико-социальная активность неправительственных организаций, вносящих весомый вклад в профилактику социально обусловленных заболеваний.

Третьим важным компонентом первичной профилактики является охрана здоровья здоровых, включающая диспансерный метод и мероприятия по созданию невосприимчивости к инфекционным болезням (иммунизация населения).

Понятие «здоровье здоровых» имеет две составляющих: здоровье абсолютно здоровых лиц, (5-7% от общей численности населения) и здоровье 70-75% людей, которые имеют 1-2 хронических заболевания в стадии устойчивой ремиссии.

В качестве наиболее оптимальной мето-

дологии охраны здоровья здоровых, в соответствии со стратегией ВОЗ, рассматривается мониторинг функциональных резервов, донологическая диагностика на ранних стадиях развития адаптационного синдрома и своевременная коррекция функционального состояния и иммунного статуса организма.

Таким образом, на современном этапе профилактика рассматривается как совокупность государственных, общественных и медицинских мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, предупреждение заболеваний путем создания здоровых условий жизнедеятельности, пропаганде здорового образа жизни, обеспечение медицинского наблюдения за здоровьем здоровых, содействие повышению социального благополучия. Мероприятия первичной профилактики должны реализовываться комплексно, практически всеми звеньями системы общественного здравоохранения с четким разделением функций и задач, и исключением дублирования друг друга.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПУТЬ К УСТОЙЧИВОМУ РАЗВИТИЮ

*У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, А.Ж.Молдакарызова, Ж.Д.Бекмагамбетова, Н.Е.Алимова.
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.*

Устойчивое развитие — формирование экологической культуры, основу которой должно составить экологическое образование. Главным основанием экологического образования следует считать признанное мировым сообществом право человека на благоприятную среду жизни. Качество окружающей среды определяет здоровье — основное право человека и главную цель развития цивилизации. Экологическое образование, поэтому должно не просто проникнуть в структуру образования, а стать одним из ее важнейших оснований. Если литература и история нужны для усвоения ценностей духовной культуры, естествознание — для познания за-

кономерностей природы, то экологическое образование необходимо для формирования подлинного человеческого отношения к природе, определения допустимой меры преобразования природы, усвоения закономерностей и нормативов поведения, при которых возможно дальнейшее существование и развитие человека.

Экологическое образование должно иметь приоритетное значение в условиях нашей страны. Сильная зависимость Казахстана, ее истории, культуры от естественных факторов, климата, бескрайнего пространства, характера народонаселения в должной мере еще не осознается. Уверенность в однозначном осла-



блении зависимости социального развития от природных факторов по мере технического прогресса оказалась наивной. Адаптация общества к экстремальным природным условиям на основе новых технологий реальна, но она происходит ценой огромных экономических затрат, которые отражаются на уровне и качестве жизни людей.

Предмет экологического образования ведут у нас вот уже более 30 лет биологи, географы и социологи. Речь должна идти об интегративном предмете, объединяющем на основе ключевых понятий такие направления экологии, как биологическая экология, медицинская экология, геологическая экология, экология человека и социальная экология. Среди естественных наук экология впервые включает в свое содержание интересы человека, вопросы улучшения условий жизнедеятельности людей с возрастающей сложностью: от рассмотрения влияния человеческой деятельности на окружающую среду до рассмотрения мотивов и закономерностей этой деятельности, оценки эффективности освоения природы и так далее. Социальная экология, которая непосредственно занимается поиском закономерностей устойчивого развития системы «общество — природа», должна стать значительной частью экологического образования.

Концепция УР придала новый смысл и новое значение экологическому образованию, под которым понимается непрерывный процесс обучения, охватывающий школьное, среднее профессионально-техническое, высшее и дополнительное образование, т.е. эта часть непрерывного образования и воспитания населения, направленная на усвоение знаний об окружающей среде, умений и навыков природоохранной деятельности, формирование общей экологической культуры.

Потенциальными угрозами стабильности экономики страны являются существенная зависимость от сырьевого сектора, слабый уровень подготовленности отдельных отраслей к вступлению во Всемирную торговую организацию (ВТО), рост внешнего долга, проблемы «теневой» экономики.

Имеет место существенный разрыв в экономическом и социальном положении регионов Казахстана сохраняются проблемы в демогра-

фической ситуации и состоянии здоровья населения страны, имеет место пока недостаточный уровень его правовой, экономической, экологической грамотности.

Преодоление этих барьеров должно стать главной этапной задачей на пути перехода Республики Казахстан к «устойчивому развитию».

Во-первых, это повышение экономической устойчивости. Согласно концепции, экономическая устойчивость должна достигаться за счет более эффективного использования ресурсов - природных, человеческих, финансовых. Еще в 2006 году Президент назвал одной из главных задач существенное снижение энергопотребления, сбережение уникального «водного капитала», индустриально – инновационный прорыв. Без прорывных технологий, которые были бы созданы нашими лучшими учеными и могли бы иметь шанс «догнать и перегнать» зарубежные аналоги, устойчивого развития достичь нельзя.

Во-вторых, это демографическая стабилизация. По многим объективным и субъективным причинам наша страна на протяжении долгих лет отставала от западных стран по показателям продолжительности жизни населения. И в концепции была поставлена четкая задача — преодолеть это отставание. Причем были намечены конкретные меры в здравоохранении, в обеспечении безопасности, во внедрении новых стандартов образа жизни.

В-третьих, это улучшение экологической ситуации. Нам следует вернуть природе ее главенствующее место в общественном сознании, в приоритетах экономической политики. Ведь чистая вода это настоящая драгоценность, и стоит она дороже многих и многих ресурсов, на которых базировалась экономика прошлого века. Вот три основных «рецепта», которые предлагала концепция перехода к устойчивому развитию для нового «прорыва» нашей страны.

В контексте концепции УР экологическое образование определяет стратегическую цель и основное направление образования в целом. А идеалом образовательных систем в свете концепции УР становится формирование личности, обладающей определенной внутренней



свободой, независимостью в своих мнениях и поступках, строящей свои отношения с окружающей средой на основе понимания ее целостности, то есть воспитание экологической ответственности как меры свободы человека в условиях экономической необходимости.

Значительная доля экологического образования должна отводиться социальной экологии, которая непосредственно занимается поиском закономерностей УР системы “общество-природа”, изучает перспективы ее развития и гармонизации на различных уровнях - локальном, региональном, глобальном.

Особое значение приобретают нормативно-правовое и организационное обеспечение региональной деятельности, направленное на устойчивое эколого-безопасное развитие.

Особая сложность экологического образования заключается в необходимости убеждения людей в вероятности далеко не очевидных процессов, идущих подчас незаметно и переходящих затем в масштабные последствия. Одним из ключевых условий перехода к УР становится подготовка специалистов новой формации, умеющих прогнозировать развитие и создавать

модели региональных социально - экономически - экологических систем, способных стратегически мыслить, занимать активную гражданскую позицию и адекватно отвечать на вызовы времени. Потребность в таких специалистах остро ощущается уже сейчас и будет возрастать в будущем.

Список используемой литературы:

1. Наше общее будущее: Пер. с англ. - М.: Прогресс, 1989.
2. Барлыбаев Х.А. Путь человечества: самоуничтожение или устойчивое развитие. М: Изд. Госдумы, 2001, 143 с.
3. «Все зависит только от нас». «Казахстанская правда», 2009, № 44 - 45, стр. 5 - 6.
4. Горшков В.Г. Энергетика биосферы и устойчивость состояния окружающей среды. – Итоги науки и техники. Сер. Теоретические и общие вопросы географии. - т. 7, М.: ВИНТИ, 1990, 238 с.
5. Кузнецов О.Л., Кузнецов П.Г., Большаков Б.Е. Система природа-общество-человек устойчивое развитие. М.- Дубна: Изд. дом «Ноосфера», 390 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОНКОЛОГИИ

Г.П.Касымова, К.Д.Ержанов.

Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.

Своевременность выявления злокачественных новообразований зависит от целого ряда факторов: уровня квалификации медицинских работников, доступности медицинской помощи и современных методов обследования, охвата населения профилактическими осмотрами и качеством их проведения, медицинской активности населения. Однако, приходится констатировать, что, несмотря на значительные научные достижения в области онкологии, недостаточный уровень финансирования здравоохранения и оснащения лечебно-профилактических

учреждений оборудованием, предопределяет несвоевременную диагностику злокачественных новообразований и последующее лечение с применением современных эффективных и, как правило, достаточно дорогостоящих методик.

Наряду с этим, исследования качества жизни в онкологии играет исключительно важную роль. Изменения составляющих качество жизни особенно специфично для онкологических больных, при этом данные изменения определяются этапом развития опухолевого процесса. На ранних стадиях заболевания физическое



состояние пациента, в большей степени, не нарушено, но имеет место изменение психологического и социального функционирования. В поздних стадиях онкологического заболевания пациент переживает критические изменения во всех сферах жизнедеятельности: физической, психологической, духовной и социальной. Уникальность идеи исследования качества жизни в онкологии состоит в том, что именно данная методология открывает возможности точного описания и измерения сложной гаммы многоплановых нарушений, которые происходят с онкологическим больным в процессе развития злокачественной опухоли.

Диапазон симптомов при онкологических заболеваниях достаточно широк и обусловлен, как самим, так и осложнениями используемой терапии. Наиболее часто онкологические больные испытывают следующие симптомы: недомогания, боль, слабость, одышка, тошнота, депрессия, нарушения сна, нарушение аппетита, апатия, раздражительность и другие. В то же время, ранее каждый симптом исследовался отдельно, комплексные исследования диапазона симптомов в онкологической практике почти не проводились. В большинстве случаев в онкологии применяют специальные опросники, наиболее распространенными из них являются следующие:

- SF – 36 (Medical Outcomes Study)
- EORTC QLQ – C – 30
- FACT – G
- Rotterdam Symptom Checklist (RSC)
- Function Living Index – Cancer (FLIC)
- Cancer Inventory of Problem Situations (CIPS)
- Rehabilitation Evaluation System (CARES)

В данном исследовании использовался опросник качества жизни SF – 36.[1] Инструмент состоит из 36 вопросов, которые формируют 8 шкал. Количество вопросов в каждой из шкал опросника варьирует от 2 до 10, на каждый вопрос предлагаются различные варианты ответов. Чем выше балл по шкале опросника SF – 36, тем лучше показатель качества жизни. Опросник SF – 36 переведен на русский язык и прошел валидацию в популяционном исследовании в России [2].

Для определения характеристики выраженности симптомов нами рассчитан интегральный показатель качества жизни для каждого онкологического больного. Интегральный показатель качества жизни – представляет собой суммарный индекс адаптации человека к воздействию внешних и внутренних факторов, отражающий субъективную оценку индивидуумом его физического, психологического и социального функционирования.

Интегральный показатель качества жизни рассчитывался нами с помощью метода интегральных профилей на основании данных опросника SF – 36, который включает в себя показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF – 36 и имеет вариации от 0 до 1. При этом, чем выше значение интегрального показателя, тем лучше качество жизни больного. Степень снижения модифицированного интегрального показателя качества жизни был определен нами на основании сравнения модифицированного интегрального показателя качества жизни больного с величиной интегрального показателя популяционной нормы.

Определение интегрального показателя качества жизни проведено у 468 больных раком трахеи, бронхов и легких – мужчин (контрольная группа – 480 мужчин, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения Медеуского и Бостандыкского районов г. Алматы) и 490 больных раком молочной железы – женщин (контрольная группа 472 женщины обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения Медеуского и Бостандыкского районов г. Алматы).

Были выделены следующие степени снижения модифицированного интегрального показателя качества жизни:

1. Отсутствие снижения (нет различий в значении модифицированного интегрального показателя качества жизни больного и интегрального показателя популяционной нормы)
2. Незначительное снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни (снижение интегрального показателя < 25% от интегрального показателя популяционной нормы)
3. Умеренное снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни



(снижение интегрального показателя от 25 до 50% от интегрального показателя популяционной нормы)

4. Значительное снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни (снижение интегрального показателя от 51 до 75% от интегрального показателя популяционной нормы)

5. Критическое снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни (снижение интегрального показателя $> 75\%$ от интегрального показателя популяционной нормы).

Определение пациентов в зависимости от степени снижения модифицированного интегрального показателя качества жизни проведено нами на основании значения модифицированного интегрального показателя качества жизни, полученного для каждого больного.

У 10,0% пациенток с раком молочной железы отсутствовало ухудшение качества жизни. У 8,3 % отмечалось незначительное снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни; 20,8% пациенток имели умеренное снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни. Следует отметить, что большинство пациентов с раком молочной железы имели значительное или критическое снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни (26,7% и 34,2% больных, соответственно). Средние значения модифицированного и интегрального показателя качества жизни в группах имели статистически значимые отличия.

Распределение пациентов с раком органов дыхания (мужчин) показывает, что у 28,3% и 42,2% имелось значительное или критическое снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни . У 3,5% больных с данной патологией отсутствовало ухудшение качества жизни, т.е. значение модифицированного интегрального показателя качества жизни не отличалось от показателя популяционной

нормы. У 8,5% и 17,5% пациентов наблюдалось незначительное и умеренное снижение модифицированного интегрального показателя качества жизни, соответственно. Средние значения модифицированного интегрального показателя качества жизни в группах имели статистически значимые отличия.

Установлено, в что наиболее распространенным симптомом у пациентов раком молочной железы (женщин) и раком бронхов и легкого(мужчин) была слабость, которая встречалась у подавляющего числа пациентов (82% и 89% в группе с раком молочной железы и раком бронхов и легкого, соответственно). Также были распространены симптомы психологического дистресса (печаль, подавленность, нарушения сна). В группе мужчин с раком бронхов и легкого отмечалась высокая встречаемость боли (77,2% пациентов). Промежуточное положение по выраженности как в группе рака молочной железы, так и рака бронхов и легкого занимали следующие симптомы: нарушения аппетита, сонливость, сухость во рту, одышка, ощущение онемения или покалывания, нарушение памяти.

Таким образом, в зависимости от градации снижения модифицированного ИП качества жизни установлено пять групп больных как для популяции пациенток с раком молочной железы, так и пациентов с раком бронхов и легкого. Встречаемость и спектр актуальных симптомов у данных групп больных различаются в группах с различной градацией снижения модифицированного ИП качества жизни.

Список использованной литературы:

1 Novik A., Ionova T., Povzun A., Maximov A. Fatigue as the most sensitive EORTC QLQ-C30 scale in lymphoma patients // Qual.Life Res. – 1999, vol.8, N7. – P.642.

2 Novik A., Ionova T., Povzun A. et al. Quality of life in patients with different types of leukemia // Qual.Life Res. – 2000, vol.9, N3. – P.294.

ТҮЖЫРЫМ

Өмір сапасының модифицирленген интегральді көрсеткішінің төмендеу градациясына байланысты кеуде обыры немесе рагі анықталған әйелдер мен бронх және өкпе обыры бар емделушілердің популяциясы үшін науқастардың бес тобы тұрақтанған. Өмір сапасының моди-



фицирленген интегральді көрсеткішінің әртүрлі градациялы топтарында берілген топтардағы науқастарда кездесетін өзекті симптомдардың спектрі мен кездесушілігі ажыратылады.

SUMMARY

Depending on gradation of decrease of modified integrated indicator (II) in the quality of a life it is established five groups of patients as for population of patients with a mammary gland cancer, and patients with a cancer of bronchial tubes and a lung. Occurrence and a spectrum of actual symptoms at the given groups of patients differ in groups with various gradation of decrease modified integrated indicator (II) in quality of a life.

ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТОВ АККРЕДИТАЦИИ

*М.А.Граф, Г.И.Боштаева, Г.А.Ермаханова, М.К.Зейтын.
Институт развития здравоохранения МЗ РК*

Системы здравоохранения во всем мире, при всем их многообразии, по сути, были созданы и существуют для единой цели – сохранение и улучшение состояния здоровья населения. Сегодня, главным требованием к системам здравоохранения стало предоставление качественной медицинской помощи, обеспечивающей безопасность пациентов.

Одним из критериев Всемирной организации здравоохранения, признающим медицинскую помощь качественной, является уровень технического обеспечения и информированности населения. Качество медицинской помощи начинается с системы качества медицинской организации и продолжается системой качества жизни пациента вне больничных стен.

Каждому этапу в процессе оказания медицинской помощи свойственна небезопасность: при входе в медицинскую организацию, пребывании в ней, при получении медицинских услуг и т.д. Неблагоприятные реакции могут наступать в результате проблем, связанных с практикой, продуктами или системами.

Программы по безопасности пациентов во всем мире создаются для обеспечения безопасной окружающей обстановки для пациентов и посетителей.

Ни одна программа мер безопасности не сможет обеспечить полной гарантии того, что пациенты никогда не получат травму от несчастного случая. Эффективная программа управления безопасностью разрабатывается с целью создания условий, представляющих минимальную степень риска для пациента. Должным образом управляемая программа безопасности может повысить экономическую эффективность услуг, снизить количество и объем жалоб и претензий, компенсационных выплат персоналу в результате производственных несчастных случаев.

В рамках научно-технической программы «Научно-обоснованные подходы к формированию и реализации политики управления безопасностью пациентов в Республике Казахстан» (2009-2011гг.) РГП «Институт развития здравоохранения» разработал экспертную карту по оценке условий обеспечения безопасности пациентов (таблица 1).

Оценка безопасности пациента при оказании медицинской помощи является обязательной для всех организаций здравоохранения и должна проводиться с учетом стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную, первичную медико-санитарную и консультативно-диагностическую помощь,



Таблица 1 - Экспертная карта оценки условий обеспечения безопасности пациентов

№ п/п	Параметры	Наличие	В рабочем состоянии	Оценка
1	Подъездные пути (Стандарт 6.3.1)			
2	Наличие гаража, зон для парковки (Стандарт 6.3.2)			
3	Наличие лифта (Стандарт 6.1.10)			
4	Наличие пандусов (Стандарт 6.1.10)			
5	Наличие вывесок о правах пациентов при получении медицинской помощи (Стандарт 8.1.1)			- удовлетворительно - неудовлетворительно - непрезентабельно - не информативно - ограниченная доступность для пациентов - устаревшая информация
6	Вывески с предупреждением о травмоопасных участках			- удовлетворительно - неудовлетворительно - непрезентабельно - не информативно - ограниченная доступность для пациентов - устаревшая информация
7	Наличие скользких полов			
8	Наличие лестничных пролетов со скользкой поверхностью			
9	Наличие креплений для рук пациентов в ванных, душевых комнатах			
10	Наличие достаточного количества каталок, кресел – каталок			
11	Наличие журнала для регистрации жалоб пациентов (Стандарт 8.1.3)			
12	Наличие комиссии для рассмотрения жалоб пациентов и ее работа			
13	Наличие условий для соблюдения пациентами личной гигиены (туалет, душ, ванная комната, раковина)			
14	Соблюдение санитарно - дезинфекционного режима (Стандарт 6.1.6)			
15	Доступность водоснабжения для пациентов (Стандарт 6.3.4 и Стандарт 6.3.5)			
16	Отопление (Стандарт 6.3.8)			
17	Вентиляция (Стандарт 6.3.7)			
18	Кондиционеры (Стандарт 7.2.9)			
19	Соблюдение лечебно-охранительного режима в отделении			
20	Освещение (Стандарт 6.3.9)			
21	Наличие комиссии по инфекционному контролю и ее работа (Стандарт 7.2.1)			
22	Соблюдение мер противопожарной безопасности (Стандарт 6.3.10)			
23	Наличие инструкций по противопожарной безопасности для пациентов, персонала			- удовлетворительно - неудовлетворительно - непрезентабельно - не информативно - ограниченная доступность для пациентов - устаревшая информация
24	Наличие схем эвакуации больных при пожаре, ЧС			- удовлетворительно - неудовлетворительно - непрезентабельно - не информативно - ограниченная доступность для пациентов - устаревшая информация
25	Соблюдение мер по радиоактивной защите			
26	Способы идентификации пациентов (в			



согласно приказу МЗ РК №103 от 20.02.09г.

Данная карта может служить механизмом для систематического контроля за окружающей обстановкой, анализа и оценки безопасности пациентов и создаваемых угроз для безопасности, а также необходимости принятия последующих действий.

Заполнение указанной карты позволит выявить «слабые» стороны медицинских организаций, получить информацию какие этапы являются рискованными в данном медицинском учреждении для пациентов.

Этапы «опасности» для пациентов следующие:

1. При входе или въезде в медицинскую организацию (п.1, п.2 и п.4).

2. При нахождении в медицинских организациях (п.3, п.7, п.8 и п.10) - наличие скользких полов и лестничных пролетов могут повысить показатель травматизма.

3. Санитарно-гигиенические условия (п.9, п.13-20) – имеются ли условия для соблюдения личной гигиены, в рабочем ли состоянии душевые кабины, туалет; соблюдается ли санитарно-дезинфекционный режим в организации; соблюдение требований к нормированию помещений.

4. Информированность пациента (п.5, п.6, п.23-24, п.28, п.31-32) – наличие инструкций,

схем и информации о мерах соблюдения безопасности пациентов (противопожарной, радиоактивной, лекарственной безопасности).

5. Соблюдение мер и контроль по обеспечению безопасности пациентов (п.11-12, п.21-22, п.25-27, п.29-30).

Данная экспертная карта была апробирована в двух регионах Южно-Казахстанской области (4 объекта: Областной кардиологический центр, Областной эндокринологический центр, СИРБ с. Аксукий, ГССМП г. Шымкент) и Северо-Казахстанской области (2 объекта: городская поликлиника №1 и Областная кардиологическая больница). По итогам данного исследования были выявлены основные недопущения – скользкие полы, отсутствие вентиляции, не в рабочем состоянии пандусы, отсутствие информационных вывесок. Для 3 медицинских учреждений из 4 в Южно-Казахстанской области характерны скользкие полы и лестничные пролеты. Санитарно-гигиенические условия и меры по соблюдению и контролю обеспечения безопасности пациентов во всех организациях находятся на хорошем уровне. Таким образом, «опасными» для пациента являются этапы при входе в медицинское учреждение, при нахождении в медицинских организациях и отсутствие достаточной информированности пациентов.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада айналадағы жағдайды жүйелі бақылау үшін механизм қызметін атқара алатын емделушілер қауіпсіздігін қамтамасыз ету жағдайын бағалау, емделушілер қауіпсіздігін талдау мен бағалау және қауіпсіздік үшін туындайтын қауіп-қатерлер, сондай-ақ кейінгі әрекеттерді қабылдау қажеттілігіне арналған сараптама картасы ұсынылған.

SUMMARY

In the article the expert card of measures of the patient safety supply, as the mechanism for the systematic control of environment, analysis and patient safety assessment and threats of patient safety, and also adoption necessity of step-by-step activities is given.



ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА В СТАЦИОНАРЕ

Д.З.Ақшалова. Институт развития здравоохранения МЗ РК

Сохранение и укрепление здоровья граждан относится к числу основных государственных приоритетов и в современных условиях жизненно важно для сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Реформирование системы здравоохранения стран СНГ требует адаптации классических и поиска новых адекватных методов управления здравоохранением на научной основе [1].

Совершенствование лечебно-диагностического процесса и повышение его качества зависят не только от управления, но и от разумного внедрения новых технологий. Особое значение при этом приобретает безопасность пациента [2]. Ее обеспечение достигается, прежде всего, путем применения вмешательств с максимально высокой клинической результативностью и минимальным риском для больного, что легло в основу доказательной медицинской практики [3].

В докладе института медицины США «Человеку свойственно ошибаться: построение более безопасной системы здравоохранения» (1999), отмечалось, что в американских больницах «ошибки медицинского характера» каждый год приводят к смерти 44 - 98 тыс. человек. Рабочая группа по качеству стационарной медицинской помощи организации «Больницы для Европы» представила данные о том, что в 2000 году каждый десятый пациент европейских больниц пострадал от предотвратимого вреда здоровью или нежелательных эффектов лечения.

В 2004 г. 57-я Всемирная ассамблея здравоохранения рассмотрела предложение о формировании Международного Альянса по улучшению ситуации в области безопасности пациентов в качестве одной из глобальных инициатив. В 2005 г. под эгидой ВОЗ в г. Москва был проведен День Альянса за безопасность пациентов, что позволило руководителям отрасли здравоохранения нашей страны обратить внимание на эту проблему.

Для решения проблемы обеспечения безопасности пациентов необходим комплексный

подход, включающий оценку всех параметров жизнедеятельности. В настоящее время доказано, что показатели качества жизни больного обладают независимой прогностической ценностью и являются не менее точными критериями определения состояния пациента в процессе лечения, чем показатели оценки общесоматического статуса [5].

Медицинское обслуживание должно быть безопасным, эффективным, своевременным, квалифицированным, адекватным и ставящим в центр внимания - пациента. Следовательно, широкое внедрение мероприятий, направленных на повышение безопасности пациентов, представляет особый научный и практический интерес.

Разработка методологии и методических приемов измерения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре.

Одним из примеров организации обеспечения безопасности пациентов в стационаре является комплексная система внедренная в клинической больнице Ставропольского края [6].

Основной целью внедрения в работу Ставропольской краевой клинической больницы комплексной системы обеспечения безопасности пациентов в условиях реализации индустриальных технологий управления качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре явилось, прежде всего, увеличение общей частоты положительных исходов лечения, снижение госпитальной летальности и частоты осложнений (клиническая результативность лечения), увеличение числа пролеченных больных и оборота койки (производительность лечения), уменьшение продолжительности лечения и снижение его общей стоимости (экономическая эффективность лечения).

К основным структурным составляющим безопасности пациентов в многопрофильном стационаре относятся: осложнения медицинских вмешательств, психологические конфликты, неудовлетворенность пациента медицинской помощью. При этом среди главных причин



осложнений медицинских вмешательств выделяются их специфические отрицательные последствия и дефекты в организации работы медицинского персонала, которые лежат в основе развития психологических конфликтов.

Для измерения уровня безопасности пациентов в многопрофильном стационаре наиболее эффективным является использование следующих индикаторов:

- летальность больных в стационаре, исчисляемая как доля больных, умерших в период нахождения в стационаре от общего числа пролеченных в стационаре пациентов;

- удельный вес выписанных больных, у которых к концу госпитализации не получен запланированный клинический исход (отрицательные несмертельные исходы);

- удельный вес пациентов с любым развившимся осложнением после проведения диагностических или лечебных процедур (осложнения медицинских вмешательств);

- удельный вес больных с развившимся новым воспалительным осложнением в стационаре (внутрибольничные инфекции);

- удельный вес больных, у которых при анонимном анкетировании получен хотя бы один отрицательный ответ на вопросы, касающиеся удовлетворенности качеством, результатом и процессом оказания медицинской помощи (неудовлетворенность пациентов);

- удельный вес больных, при лечении которых развился хотя бы один конфликт между больным, его родственниками и медицинским персоналом учреждения (наличие психологических конфликтов).

Основой профилактики дефектов организации работы медицинского персонала являются индустриальные технологии управления качеством медицинской помощи, основанные на процессном анализе, всеобщем участии в управлении всего персонала и стратегическом планировании непрерывного совершенствования лечебно-диагностического процесса. Базисным направлением при внедрении индустриальных методов управления рекомендуется считать проектирование лечебно-диагностического процесса методом клинических путей и структурного анализа, его последующее измерение и сетевое согласование потоков работ в различных подразделениях и службах.

Для предупреждения осложнений медицинских вмешательств рекомендуется в каждом лечебно-профилактическом учреждении внедрение медицинских технологий с доказанной клинической эффективностью в виде адресного перечня медицинских вмешательств и обучение персонала основам доказательной медицинской практики.

Адресный перечень необходимо формировать из вмешательств, для которых имеются убедительные доказательства их клинических преимуществ и отсутствуют доказательства об их вредном воздействии на организм больного.

Для профилактики психогенной ятрогении у пациентов необходимо использовать систему открытого и обстоятельного информирования больного и его родственников о характере заболевания, преимуществах и недостатках альтернативных методов лечения. Приоритетным направлением комплексной системы обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре, у которых поведение оказывает значительное влияние на клинический исход, следует считать повышение их образовательного уровня по поводу своего заболевания и профилактики его в стационаре и после выписки на уровне амбулаторно-поликлинического звена.

Литература:

1. Стародубов В.И., Хальфин Р.А., Разработка новых методов мониторинга здоровья населения на основе системных моделей, 2004
2. Donabedian A., 1990; Deming W.E., 1999;
3. Вардосанидзе С.Л., Ю. Э. Восканян. Безопасность пациента как интегральный критерий качества стационарной медицинской помощи // Проблемы управления здравоохранением. - 2003. - N 1. - С. 18-20;
4. Филатов В.Б., Жилиева Е.П., 2003; Стародубов В.И., 2005.
5. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э., 1998; Власов В.В., 2001
6. Новик А.А., Ионова Т.И., 2002; Кучеренко В.З., 2004; Кунпан И.А. с соавт., 2004.
7. И.Б. Шикина, Ю.Э. Восканян, Н.В.Сорокина, К.А. Муравьев Пути обеспечения безопасности пациентов в многопрофильном стационаре, 2006



ТҰЖЫРЫМ

Мақалада көп бағдарлы стационарда емделушілер қауіпсіздігін өлшеудің әдіснамасы мен әдістемелік тәсілі сипатталған.

SUMMARY

In the article the methodology and methodological techniques of patient safety measurement in the in-patient hospitals is described.

ПРЕДПОСЫЛКИ И ПУТИ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА УРОВНЕ РЕСПУБЛИКИ

Б.А.Наржанов. ННЦХ им. Сызганова, г.Алматы.

В соответствии с недавно принятым Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», которым определяется организация и этапы предоставления медицинских услуг населению (статьи 33-34) возникает необходимость пересмотра некоторых аспектов порядка предоставления медицинской помощи населению страны. По данным литературного обзора во многих странах мира организация медицинской помощи имеет свои отличительные особенности и принципы, система организации медицинской помощи характеризуется одним большим преимуществом – 3-х или 4-х уровневый порядок оказания медицинской помощи населению, т.е. многоуровневая система организации медицинской помощи [1].

Многоуровневая система медицинской помощи – это способ обслуживания населения в общественном секторе здравоохранения с использованием технологически ранжированной на уровне и методологически распределенной на последовательные периоды схемы лечения пациентов, позволяющий на каждом из этапов обеспечить минимально необходимый объем медицинской, оздоровительной или реабилитационной помощи и при этом исключить использование лечебных ресурсов избыточного или недостаточного уровня.

Основными принципами работы такой системы являются:

- медицинская сортировка и определение индивидуальных маршрутов пациентов на всех этапах необходимой медицинской, оздоровительной, реабилитационной и профилактической помощи;

- регламентация целей, задач, объемов и технического уровня медицинского обслуживания на каждом последовательном этапе лечения в соответствии с государственными медико-технологическими и экономическими стандартами;

- интеграция отдельных элементов первичной (лечебно-профилактической), паракоспитальной («скорой» и патронажной), госпитальной (стационарной) и иных видов медицинской и оздоровительно-профилактической помощи в единый медико-технологический комплекс, в наиболее рациональной форме обеспечивающий преемственность, непрерывность, адекватность и своевременность всех необходимых процедур и манипуляций;

- единые подходы в методологии и технологии лечебного процесса, условиях обслуживания пациентов, системе финансирования, контроля качества и пр. на всех уровнях и этапах оказания помощи.

Поэтому, пересмотр этапности и порядка организации медицинской помощи для Казахстана имеет особую актуальность.

В соответствии со статьями 33 - 48 Кодекса РК предусмотрено оказание медицин-



ской помощи в соответствии с гарантированным объемом, в который входит скорая медицинская помощь и санитарная авиация, амбулаторно-поликлиническая помощь (ПМСП), консультативно-диагностическая, и стационарная помощь по направлению специалиста ПМСП и профильных специалистов в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов), определяемых уполномоченным органом,

по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления, и стационарозамещающая медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации; а также восстановительное лечение и медицинская реабилитация;

В главе 11 статьи 38-48 говорится о видах медицинской помощи, основными видами медицинской помощи являются: 1) доврачебная медицинская помощь;

2) квалифицированная медицинская помощь; 3) специализированная медицинская помощь; 4) высокоспециализированная медицинская помощь;

5) медико-социальная помощь.

В статье 42 дано определение высокоспециализированной медицинской помощи: медицинская помощь, оказываемая профильными специалистами при заболеваниях, требующих использования новейших технологий диагностики, лечения и медицинской реабилитации в медицинских организациях, определяемых уполномоченным органом. Это, в первую очередь, операции на открытом сердце, трансплантация сердца, печени, почек, нейрохирургические вмешательства при опухолях головного мозга, лечение наследственных и системных заболеваний, лейкозов, тяжелых форм эндокринной патологии, хирургические вмешательства высокой степени сложности.

По Кодексу высокоспециализированная медицинская помощь может оказываться в стационарных и в стационарозамещающих медицинских организациях [2].

Следовательно, можно сделать заключение, что в основе системы здравоохранения лежит жесткий двухуровневый принцип построения,

представленный двумя самостоятельными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической и госпитальной системами.

На наш взгляд, основой современной системы оказания стационарной медицинской помощи должны стать крупные больничные комплексы, в которых концентрируются специализированные и высокоспециализированные виды помощи и современные медицинские технологии. В этих условиях стационарные учреждения местного уровня (участковые больницы и городские больницы небольших поселений) практически исчерпали себя как этап больничной помощи. Маломощные центральные районные больницы оказываются не в состоянии на уровне современных требований обеспечить населению специализированные виды помощи. В результате этого снижается доступность квалифицированной стационарной помощи для населения, проживающего в небольших городских поселениях и сельской местности.

Таким образом, актуальность проблемы реструктуризации стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи связана с необходимостью перехода от экстенсивной модели здравоохранения на прогрессивные медико-организационные формы оказания помощи с целью повышения эффективности использования ограниченного материального, финансового и кадрового потенциала отрасли. Система реструктуризации предполагает переход на многоуровневую систему оказания помощи, осуществление ступенчатого размещения средств по этапам обслуживания. Получают развитие ресурсосберегающие технологии, переход на современную систему организации медицинской помощи населению.

Литература:

1. Матвеев Э.Н., Леонов С.А., Сон И.М. Предпосылки и пути комплексной реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне. 2008 г.

2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Астана, Аккорда. 2009 г.



ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ

Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова.

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

Проведенные, на значительном числе молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет, исследования показали, что значительная ее часть, не страдая какими-либо заболеваниями, находится в стадии предболезни. То есть по степени адаптированности к окружающей среде организм молодых людей находится в состоянии напряженной адаптации и даже близкой к дезадаптации или предболезни.

Важной причиной определяющей это состояние является, в том числе и образ жизни, поведенческие привычки, такие как курение, нерациональное питание, употребление алкоголя, низкая или наоборот чрезмерная физическая активность, хроническое нервно-психическое напряжение, частые стрессовые ситуации. Следствием вышеперечисленного, является вероятность развития заболеваний как острых, так и хронических, что в свою очередь обеспечивает низкий индекс здоровья людей, снижает качество и продолжительность здоровой жизни.

Общепринятая медицинская статистика фиксирует обычно сдвиги, возникающие в организме человека в результате истощения и декомпенсации адаптационных механизмов, т.е. регистрируется болезнь. И это только видимая «надводная» часть «айсберга», не позволяющая оценить его основную «подводную» часть – состояние напряжения адаптационных механизмов организма или донозологическое состояние [1].

Донозологические состояния отличаются от заболеваний преобладанием неспецифических изменений над специфическими, что связано с тем, что их определяют одни и те же механизмы адаптации целостного организма к воздействию разных неадекватных факторов внешней среды, в связи с этим имеют достаточно однородные изменения неспецифических общих механизмов адаптации [2].

В результате определенных воздействий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, можно обеспечить переход от недостаточной или неудовлетворительной адаптации организма человека - к удо-

влетворительной. Преодоление донозологических отклонений, это возможность укрепления и сохранения потенциала здоровья, возможность предупреждения болезненного состояния, которое может возникнуть в более поздние зрелые годы. [3].

Целью наших исследований было проведение донозологической диагностики отклонений в состоянии здоровья молодых людей, проживающих в городе Алматы и Алматинской области.

Методика исследований: Проведено обследование молодого контингента, возраст которых составлял 18-30 лет. Были розданы анкеты –опросники, в которых содержались вопросы касающиеся состояния их здоровья, курения, питания и т.д. Данные опросники разработаны специалистами НЦПФЗОЖ. Одновременно у этих обследованных групп была изучена вариабельность ритма сердца (ВРС) на аппарате «ВНС-Спектр. Россия», а также, общепринятыми в физиологии простыми методами, такими как (антропометрия, измерение артериального давления, определение частоты пульса, проведение функциональных проб на задержку дыхания в разные ее фазы), а также использовано заключение специалистов (кардиолога, эндокринолога, офтальмолога, онколога, акушера-гинеколога), проводивших осмотр.

Для статистической обработки материалов был использован пакет Microsoft Excel – 2000, модификации С.Н.Лапач. Для определения различий между группами были использованы параметрический критерий Т- критерий Стьюдента, не параметрический критерий Х- квадрат.

Результаты исследования

Анализ полученных анкетных данных по выявлению частоты курения показал, что из всех обследованных курящих было 16,3% соответственно не курящих выявлено 83,7% ($P > 0,001$), в т. ч. мужчины составили 84,6%, женщин соответственно 13,4%. Т.о. оказалось курящих мужчин в 6 раз больше, чем женщин (таблица 1).



Таблица 1 - Частота курения

Место жительства	Пол	Курите ли Вы в настоящее время?					
		не ответили		нет		да	
		абс	%	абс	%	абс	%
Город	м	2	18,18	6	54,55	3	27,27
	ж	10	30,30	22	66,67	1	3,03
Всего м+ж		12	27,27	28	63,64	4	9,09
село	м	10	19,23	22	42,31	20	38,46
	ж	45	25,57	129	73,30	2	1,14
Всего м+ж		55	24,12	151	66,23	22	9,65
Всего(город+село)	м	12	19,05	28	44,44	23	36,51
	ж	55	26,32	151	72,25	3	1,44
Итого	272	67	24,63	179	65,81	26	9,56
		P>0,001					

При сравнении наших полученных результатов с данными Первого национального исследования Агентства по делам здравоохранения и НЦПФЗОЖ по Южному региону страны проведенного в 2000 году, показало, что распространенность табакокурения среди молодых людей в возрасте 18-29 лет среди обследованного контингента молодых людей оказалась меньше в 2,7 раза, при этом отмечено равномерное уменьшение распространенности табакокурения, как среди мужчин, так и женщин, как среди городских, так и сельских жителей обследованных регионов.

Проведенное исследование уровня текущего функционального состояния организма методом исследования вариабельности ритма сердца выявило, что 72,7% имели отклонения в состоянии здоровья были курящие, у 87,5% имеется сформированная патология сердечно-сосудистой системы имеются дистрофические изменения миокарда, нарушение проводимости пучка Гиса и др. У значительного большинства курящих стаж курения составил в среднем от 1 до 10 лет.

Т.о. результаты исследований подтверждают данные ВОЗ о том, что не существует безопасной сигареты или безопасного уровня курения, полученные данные свидетельствуют о том, что курение чревато риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Анализ анкетных данных о частоте и уровне употребления слабых и крепких алкогольных

напитков выявил, что из общего числа опрошенных людей в возрасте 18-29 лет употребляют алкогольные напитки 75,1% опрошенных, в т.ч. 42,6% употребляют слабые и 32,5% - крепкие алкогольные напитки. Наибольшее число молодых людей употребляющих алкогольные напитки составили городские жители.

Анализ частоты употребления слабых алкогольных напитков показал, что несколько раз в год пьют 65,5% опрошенных, 2-3 раза в месяц -19,0%, 2-3 раза в неделю- 7,1% и 1,2 % обследованных употребляют слабые алкогольные напитки (пиво) ежедневно.

Сравнение данных по употреблению слабых алкогольных напитков у молодых людей обследованной группы (2008 год) и данных Первого национального исследования в 2000 году по Южному региону страны, показало, что распространенность употребления слабых алкогольных напитков в обследованной группе меньше (1,5 раза) чем в группе молодых людей того же возраста по Южному региону и составило 42,6% против 64,0% соответственно.

Из общего числа опрошенных молодых людей, как в городе, так и на селе употребляющие крепкие спиртные напитки составили 32,5%, подавляющее большинство которых (75,6%) - это курящие мужчины (P>0,001).

Употребляющих алкогольные напитки от 1 до 3 раз в неделю составило - 4,5%, 2-3 раза в месяц - 5,2%, несколько раз в год - 18,0%.

Анализ состояния здоровья людей употре-

бляющих крепкие алкогольные напитки выявил, что у каждого второго имеются отклонения в состоянии здоровья, характеризующихся нарушениями как функционального состояния важных органов и систем организма, так и уже сформировавшимися соматическими заболеваниями, в большинстве своем - сердечно-сосудистой системы.

Полученные данные свидетельствуют и подтверждают отрицательное влияние крепких алкогольных напитков на состояние здоровья, и прежде всего на вегетативную нервную и сердечно-сосудистую системы, даже в дозах не превышающих допустимые.

Из результатов наших данных по исследованию variability ритма сердца уста-

новлены определенные отклонения функционального состояния практически здоровых молодых людей, употребляющих слабые и крепкие алкогольные напитки, что подтверждает положение о том, что употребление алкоголя приводит к развитию сердечно-сосудистой патологии, конечным итогом которой будет артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт, инсульт и другие социально-значимые заболевания, для предотвращения которых необходимо проведение систематических антиалкогольных рекламных мероприятий, с обязательным учетом возрастных и местных особенностей.

Анализ данные по физической активности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Физическая активность молодого населения

Место жительства	пол	Не ответили	В основном сию	В основном хожу	Поднимаю и переношу небольшие тяжести	Зан.тяж физ. работой	Затрудняюсь ответить
		%					
город	м	18,2	27,3	54,5			
	ж	30,3	21,2	48,5			
Всего м+ж		27,3	22,7	50,0			
село	М	23,1	17,3	48,1	3,8	7,7	
	ж	30,1	13,1	35,8	7,9	9,1	4,0
Всего м+ж		28,5	14,0	38,6	7,0	8,8	3,1
Всего (г+с)	М	22,2	19,0	49,2	3,2	6,3	
	ж	30,1	14,3	37,8	6,7	7,7	3,3
Итого		28,3	15,4	40,4	5,9	7,3	2,6
P > 0,001							

Как видно из таблицы, малоподвижный, сидячий образ жизни отмечен в 15,4% случаев, большую часть которых составили городские жители. Из ответивших положительно на вопрос об уровне физических нагрузок - 21,5% ведут подвижный образ жизни, большую часть которых как в городе, так и селе составляют женщины. «В основном хожу» ответили 56,4% респондентов, тяжелой физической работой

заняты - 18,3% (P<0,001), подавляющее большинство которых составили мужчины сельской местности. Занятия физической культурой и подвижными видами спорта занимается около 10,0% опрошенных, подавляющее большинство которых составляют жители города. Т.о. 43,6% молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет, нуждаются в коррекции физической нагрузки, из которых у 21,5% низкая физическая



активность, у 78,5% чрезмерная физическая нагрузка, оба фактора являются факторами риска развития заболевания и нуждаются в коррекции, как физической нагрузки, так и состояния здоровья.

Таким образом, анализ полученных данных выявил, что у молодых людей, у которых в анамнезе только курение, употребление легких алкогольных напитков (вино, пиво), уже регистрируются неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья, проявляющиеся функциональным напряжением организма, снижением уровня адаптации.

А у молодых людей, у которых обычным образом жизни является регулярное курение, употребление, как легких, так и крепких алкогольных напитков (даже в дозах, не превышающих допустимые ВОЗ) в сочетании с низкой физической активностью или наоборот тяжелым физическим трудом, несбалансированным питанием, во всех случаях исследования выявлены симптомы сформированных заболеваний таких как, артериальная гипертония 1 степени, миокардиодистрофия, пролапс митрального

клапана, синусовая брадикардия, тахикардия, аллергические поллинозы, нейроциркулярная дистония.

Опираясь на полученные результаты, можно сделать заключение, что поведенческие факторы риска, как по одиночке так и особенно в сочетании оказывают значительное влияние на формирование здоровья молодых людей, и поэтому изменение образа жизни в сторону здорового, является необходимым для сохранения здоровья, улучшения качества здоровой жизни, активного долголетия. А использование естественных способов укрепления здоровья, снижает риск развития острых и хронических заболеваний.

Литература:

1. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология, Киев, 2000г.-214с.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний, М. Медицина, 1997г.-235с.
3. Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке.» 2005г. 287с.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 18-29 жастағы қала және ауыл тұрғындары жастардың денсаулығына тәртіптік қауіп-қатер факторлары әсерін зерттеулердің нәтижелері берілген. Кешенді зерттеулер, тәртіптік қауіп-қатер факторларының болуы немесе болмауына қатысты, денсаулық жәй-күйіне баға беру өткізілді.

SUMMARY

The article provides the results of the study influence of behavioral risk factors on health of young people aged 18-29 years, residents of cities and villages. A comprehensive study was carried out, assessed the state of health, depending on the presence or absence of behavioral risk factors.



не только инвестиций, но и введения нового понятия как «студенческая экономика».

Здоровье студентов - это не только вопрос отраслевой политики. Это ключевое условие повышения качества жизни, а в конечном итоге – повышения их деловой и общественной активности.

Литература:

1. Назарбаев Н.А. Стратегия «Казахстан - 2030», 1997, 31 с

2. Утеев А.А. Медико-социальные основы организации оздоровительных учреждений для студенческой молодежи в современных условиях: Автореферат. – Астана, 2008.-С.3.

3. Решетников А.В., Григорьев А.И., Орлов В.А. и др. Эффективность и социальная значимость технологии комплексного изучения состояния здоровья «Навигатор здоровья»//Социология медицины.-2007.-№2(11).-С. 50-55.

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЛОГИКАСЫ

Е.Д.Даленов. «Астана медициналық университеті» АҚ, Алматы қаласы.

Елімізде салауатты өмір салтын қалыптастыру жұмыстары «Қазақстан - 2030» стратегиялық бағдарламасы негізінде іске асырылуда оның ғылыми, құрылымдық, ақпараттық, біліми, құқықтық негіздері қаланған. 14 облыстық, 8 қалалық және, СӨҚП ҰО 4 ғылыми филиалдары халқымыздың гигиеналық білімін көтеруде, аурудың алдын – алу мәселелерінде, әр азаматтың өз денсаулығына жауапкершілігін күшейтуде және салауатты өмір салты принциптерін енгізуде көптеген іс – шаралар жүргізуде және жүргізіп келеді. Салауатты өнеркәсіп орындары, салауатты университеттер мен мектептер, салауатты қалалар, денсаулық нығайту орындары құрылып, аурудың алдын – алудың интеграциялық бағдарламалары жасалынып, біраз жетістіктерге жетті. Қазіргі кезде қатерлі инфекциялық ауруларды негізінен салыстырмалы түрде жеңе алдық деп айтуға болады. Ал, бүгінгі күні әлемдегі халықтардың денсаулық көрсеткіштері инфекциялық емес аурулар эпидемиясымен, яғни жүрек – тамыр, қатерлі ісік, диабет, остеохондроз т.б. аурулармен байланысты. Болжам бойынша 2020 жылы бұл аурулар барлық өлімнің 73% және аурулардың 60% құрайтын болады. Ғылыми деректер бойынша бұл аурулар негізінен тағаммен

организмге түсетін тұздың, майдың, қанттың көп мөлшерімен, шектен тыс стресс, темекі тарту, арақ ішу және қозғалыстың азаюымен байланысты. Осының бәрі барлық адамдарды тез қартаю үрдісіне алып келетіндігіне күмән жоқ.

Оның үстіне дүниежүзілік денсаулық сақтау ұжымы адамдарды өлімге әкелетін қатерлі фактордың 60% дұрыс тамақтанбаумен байланысты екенін, сыртқы ортаның қолайсыз факторының 80% тек тамақ арқылы әсер ететінін мәлімдеп отыр. Міне осы негізде нақты профилактикалық жұмыстар жүргізу алдымызда тұрған үлкен міндет.

Меніңше, халқымызға салауатты өмір салтын қалыптастыру идеологиясын түсіндірген сияқтымыз, яғни теориялық негізін қаладық деуге болады. Бірақ іс жүзінде осы бағыттарда мазмұнды, көңілге тұрарлық, жүйелі, сапалы, бүкіл тұрғындарды қамтитын жұмыстар жүргізіліп жатыр деп айта алмаймыз. Әрбір 100000 адамның жартысына жуығы әртүрлі аурулармен ауырады. Бала туу көрсеткіші мен жас ұзақтығы жағынан Орта Азиялық көрші республикалардан соңғы орындамыз.

Сондықтан, толық қанды практикалық іс – шараларға көшуіміз керек. Ол үшін үкіметтің, министрліктердің жергілікті әкімшіліктердің



қолдауымен барлық облыстарда, аудандарда адамдардың денсаулық дәрежесін анықтайтын, аурулардың алдын – алу шараларын үйрететін мамандары бар поликлиникалар және профилактикалық орталықтар ашылу керек. Өйткені қазіргі кездегі денсаулық сақтау ұжымдары негізінен тек аурулармен айналысатын және ауруды емдейтін, денсаулықты емес, ауруды қорғайтын жағдайда сияқты.

Ал тиянақты, адамдардың денсаулық дәрежесін анықтайтын, оны қорғайтын, аурулардың алдын – алуын және аурудың асқынуын болдырмайтын шараларды үйрететін ұжымдар жоқтың қасы. Міне осындай орталықтар ашылып, басқа поликлиникалар мен ауруханалармен бірігіп жұмыс істеп жатса халқымыздың денсаулық дәрежесі біраз көтеріліп қалатындығына күмән жоқ. Және де осы негіздегі жұмыстар елбасының жақында баяндаған ғылыми жұмыстар туралы бағдарламасының 4 пунктіндегі – қартаюға қарсы (өмірді ұзарту) шаралар жүргізу керектігіне нақты жауап болар еді.

Ол үшін, біріншіден, аурудың алдын – алуда адамдар өміріндегі қалыпты жағдайда кездесетін дамуындағы қиын - қыстау кезеңдеріне мұқиятты көңіл аудару керек (мысалы: ұрықтың ана құрсағындағы даму кезеңдеріне; мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы балалар денсаулығына; репродукциялық және потенциалдық қызмет кезеңдеріне; зейнеткерлік кезеңдегі денсаулығына; егде тартқан, қартаю жасындағы денсаулықтың ауытқуларына). Екіншіден, салауатты өмір салтын қалыптастыруда біріншілікті, екіншілікті, үшіншілікті профилактикалық шараларды қолдану және оларды үйрету. Үшіншіден, адамның барлық даму кезеңдерінде олардың тағамдық статусы мен аурудың алдын – алудағы және емдеудегі тағамның ролін анықтау, қолдану, дұрыс тамақтануға үйрету. Сонда ғана мемлекетіміздің негізгі міндеті – халқымыздың денсаулығын сақтау және нығайту мәселелері жүйелі түрде іске асады.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, СВЯЗАННЫХ С ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

Б.А.Наржанов. Национальный научный центр хирургии им. Сызганова, г.Алматы.

В настоящее время одна из главных угроз для здоровья и благополучия людей заключается в нездоровом образе жизни, ведущей характеристикой которого является продолжающийся рост табакокурения, употребления алкоголя, малоподвижный образ жизни, с которыми связаны повышение массы тела человека и ряд заболеваний, в том числе и хирургического профиля [1,2,5,6, 7, 8, 9].

В соответствии с определением ВОЗ, курением принято считать употребление одной или более сигареты в день, а опасным пьянством - употребление трех и более доз алкоголя (эквивалентных 12 г этанола) в сутки. ВОЗ считает именно потребление алкоголя проблемой, а не

злоупотребление, имеется ряд исследовательских работ, свидетельствующих, что распространенный среди населения и медицинских работников аргумент «в пользу того, что данные о снижении риска возникновения ИБС у умеренно потребляющих алкоголь не соответствует действительности» [Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя, 2007].

В доступной литературе имеются данные МВД РК, указывающие на уровень потребления алкоголя в большинстве стран СНГ, в т. ч. И в Казахстане, на душу населения, он составляет 20-25 литров в год, и это без учета кустарного производства.



По данным НИИ гигиены и эпидемиологии, проведенным в 2008 году и по данным Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (2007 г) распространенность употребления алкоголя составляет 23,0 % и 35,6% соответственно. Распространенность табакокурения в среднем по всему населению в возрасте от 11 лет и до 70 лет составляет 27% по РК, а в разрезе возрастных контингентов данные варьируют в пределах 36,1 % [8]

Наиболее очевидным последствием широкого распространения вышеперечисленных факторов риска стало прогрессирующее увеличение числа больных сердечно-сосудистой патологией, болезнями органов дыхания, пищеварения и злокачественными новообразованиями. Это способствует сохранению высокого уровня инвалидизации и преждевременной смертности населения и обуславливает рост потребности в профилактике и лечении никотинзависимых заболеваний. Согласно оценке экспертов Всемирной организации здравоохранения, более 1 млрд человек в мире являются курильщиками. Они составляют треть от общего числа всего населения в возрасте старше 15 лет [7]. По имеющимся данным [2], в настоящее время от заболеваний, связанных с курением, во всем мире ежегодно погибает более 5 млн человек. Их число к 2020 году достигнет 8,4 млн, а к 2030 году возрастет до 30 млн человек.

Высокая частота табакокурения среди сестринского персонала здравоохранения негативно отражается на эффективности профилактики и лечения табачной зависимости, являясь одним из основных факторов, препятствующим формированию у населения установок на ведение здорового образа жизни. Наличие табачной зависимости у медицинских сестер в значительной степени определяет их лояльное отношение к самому факту курения, вследствие чего даваемые рекомендации по его прекращению не вызывают у пациентов должного доверия. Опыт развитых стран, успешно противодействующих росту табакокурения, доказывает, что основной вклад в организацию этого дела вносят медицинские работники первичного звена здравоохранения [5].

Не вызывает сомнений тот факт, что первоначальные усилия антитабачной пропаганды должны быть направлены прежде всего на

снижение распространенности табакокурения среди медицинских сестер, наиболее постоянного, а нередко и единственного контакта населения с системой здравоохранения. Важным аспектом решения данной проблемы является формирование у медицинских сестер установок на здоровый образ жизни и негативного отношения к курению на этапе додипломной подготовки, а также систематическое обновление специальных знаний в непрерывном процессе их последипломного обучения.

Следует отметить, что в связи с выходом и утверждением Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» [9] и его статьями 154 «Формирование здорового образа жизни», статьей 157 «Профилактика неинфекционных заболеваний, в том числе профессиональных и травматизма», статьей 159 «Профилактика и ограничение табакокурения и алкоголизма» в нашей стране решение проблемы ФЗОЖ и поведения здоровых и больных с заболеваниями вышеперечисленных классов, будет решаться на основе использования системного комплексного подхода к разработке и реализации государственной социальной политики по усилению мер антитабачной пропаганды и обучения населения здоровому образу жизни.

Таким образом, в ближайшем будущем здоровье населения преимущественно будет определяться степенью интенсивности отказа людей от курения, а меры по снижению распространенности табакокурения являются наиболее перспективным направлением профилактики хронических неинфекционных заболеваний, снижения смертности и увеличения продолжительности жизни.

Литература:

1. Бабанов С. А. Клинико-иммунологические особенности, факторы риска и прогнозирование течения хронической обструктивной болезни легких в крупном промышленном центре Среднего Поволжья : автореф. дис. ...доктора мед. наук/ С. А. Бабанов. – Самара, 2008. – 42 с.

- С.2 - 4.

3. Двойников С.И. Организация деятельности медицинской сестры общей врачебной практики / С. И. Двойников // Сестринское дело. - 2004. - № 6, - С. 12-14.



4. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких/ Пер. с англ. под ред. Чучалина А.Г. М.: Издательский дом «Атмосфера», 2007. - 96 с.

5. Кваша Е. А. Роль медицинских работников в борьбе с курением/ Е. А. Кваша// по данным сайта <http://www.rql.kiev.ua/cardio>

6. Левшин В.Ф. Табакокурение – один из ведущих факторов риска раковых и нераковых заболеваний. Медицинская помощь в профилактике и отказе от табакокурения/ В.Ф. Левшин// по данным сайта <http://www.pgor.ru>.

7. Научно обоснованные рекомендации ВОЗ по лечению табачной зависимости/ Публикация Европейского регионального Бюро ВОЗ для Всемирного банка, Копенгаген. 2001. С. 18.

8. Хайдарова Т.С. «Сравнительный анализ изменения поведенческих факторов риска у населения с целью профилактики неинфекционных заболеваний» // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - №1, 2008г. - Стр.36-39.

9. Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Астана, Аккорда, 18 сентября 2009 г. - 195 с.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ РАБОТНИКОВ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ.

Г.Н.Талиева, Ф.Сыдын, Б.К.Есембаева.

*Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗРК,
Департамент ГСЭН Карагандинской области, г.Караганда, Центр
санитарно-эпидемиологической экспертизы, г.Темиртау.*

В действующих в Республике Казахстан «Нормах физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР» (1991г.) представлен обширный перечень основных профессий и профессиональных групп с рекомендуемыми нормами питания, но отсутствуют работники пищевой промышленности. Отметим, что в эпоху научно-технического прогресса изменения характера труда сочетаются с профессиональной дифференциацией, что ведет к необходимости разделения профессиональных групп, для которых определялись нормы питания. Это положение может распространяться на ведущие профессии отдельных отраслей пищевой промышленности. Разработка данного вопроса остается актуальной до настоящего времени.

В связи с этим целью настоящей работы явилось изучение состояния фактического питания работников пищевой промышленности.

Материалы и методы. Фактическое питание изучено у практически здоровых работников ведущих профессий двух отраслей пищевой промышленности в возрасте от 18 до 52 лет. Всего было изучено состояние фактического питания у 82 работников.

Результаты и обсуждение. При изучении питания полученные усредненные данные о потреблении продуктов имеют своего рода компромиссный характер. Во-первых, некоторые обследуемые в дни изучения их питания не потребляли тех или иных продуктов, хотя среди обследованных не было лиц, придерживающихся каких-либо видов нетрадиционного питания. Во-вторых, хотя ассортимент указанных в материалах продуктов разнообразен и включает практически все их основные группы и виды, действительное разнообразие потребляемых продуктов шире представленных сведений. Это объясняется тем, что при групповом расчете



средние величины массы некоторых продуктов (орехи, мед, икра, чипсы и др.) оказались крайне малыми - менее 1 г/сутки, так как их потребление имело место только у отдельных обследованных. Поэтому данные о таких продуктах не были включены в материалы или они были «поглощены» другими продуктами (так, мед вошел в группу «кондитерские изделия»).

С одной стороны, у работников отдельных отраслей пищевой промышленности различия в потреблении ряда продуктов (крупы, овощи, коровье масло и др.) относительно невелики. Это положение относится не только к количественной стороне продуктового набора, но и к его ассортименту. Так, у работников всех производственных цехов пищевых производств «бобовые» были представлены в рационе только горохом. Широко представлен ассортимент мясопродуктов – сардельками, сосисками, ветчиной и др.

С другой стороны, прослеживается количественная зависимость потребления некоторых групп продуктов от специфики пищевых производств, где работали обследуемые. Так, у работников молокозаводов потребление молока и молочных продуктов составляло суммарно 250 г/сут, что в 1,5 раз больше, чем у работников соответственно хлебопекарного, мясоперерабаты-

вающего производств. Такая же закономерность выявлена у работников мясоперерабатывающего производства: они потребляли в среднем 203 г/сут мяса и мясных продуктов, что в 1,8 раз больше, чем у работников соответственно хлебопекарного, молокоперерабатывающего производств.

В значительно меньшей степени связь потребления отдельных групп продуктов со спецификой места работы обследуемых проявлялась в отношении хлеба и хлебобулочных изделий. У работников хлебозаводов суммарное потребление этих продуктов оказалось только в 1,2 раза большим, чем у работников других пищевых производств. Одновременно в рационах работников хлебозаводов было меньше круп, макаронных изделий и картофеля, чем у работников других пищевых производств.

Таким образом, представленные материалы позволили, во-первых, оценить с гигиенических позиций положительные и отрицательные стороны фактического питания работников пищевой промышленности и, во-вторых, выявить зависимость, хотя и далеко не полную, количественных и качественных особенностей питания от специфики пищевых производств - места работы обследованных работников.

ТҰЖЫРЫМ

Тамақ өндірісі жұмысшыларының нақты тамақтануы зерттелген. Зерттеу нәтижесі тамақ өндірісінің ерекшелігіне сәйкес тексерілгендердің жұмыс орындарына байланысты азық-түліктердің кейбір топтарын қабылдауының сандық тәуелділігін көрсетті.

SUMMARY

To studied of the nutrition of the peoples who worke on food-stuffs industry. The results is demonstrated quantitativ dependence to consumption of some groups of products from specific of food-stuffs industry where the work the inspective peoples.



ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

*У.З.Зинулин, А.К.Калмуханова, А.М.Куатбаева, А.Т.Исмагулов.
Департамент Комитета Госсанэпиднадзора по Атырауской области, г.Атырау,
Казахская Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция,
Научный центр гигиены и эпидемиологии имени Х.Жуматова, г.Алматы.*

Проведено изучение состояния здоровья населения нефтегазового промышленного района Атырауской области по материалам общей заболеваемости, углубленных медицинских осмотров и демографических показателей.

Количественные показатели обращаемости населения за медицинской помощью в лечебные организации района за 2003-2007г.г. превысили в 1,5-2,0 раза аналогичные значения контрольного района. При этом, во всех случаях между показателями заболеваемости в анализируемых районах имеются высокие достоверные различия ($P < 0,001$).

Наиболее отчетливое различие получено при сравнении многолетней заболеваемости взрослого населения, подростков и детей с прогнозной оценкой заболеваемости этих групп населения на ближайшие годы. В ближайшие годы в Жылойском районе снижение заболеваемости населения не следует ждать, особенно в группах взрослого населения и подростков.

Результаты медицинского осмотра в исследуемом районе показали чрезвычайно высокий уровень заболеваемости в разрезе всех

изучаемых групп населения. Так, общее число выставленных диагнозов в группе детей на всех участках составило $281,4 \pm 0,04$ на 100 обследованных, в группе подростков $342 \pm 0,1$ на то же число осмотренных, и самая высокая заболеваемость выявлена у взрослого населения $518,6 \pm 0,06$ на 100 осмотренных.

Так, показатели заболеваемости на 100 осмотренных составили: взрослые – $596 \pm 0,07$; подростки – $441,0 \pm 0,14$; дети – $346,3 \pm 0,06$. В других населенных пунктах эти значения были несколько ниже и составили соответственно: Аккизтогай (395,1; 289,2; 202,1), г.Кулсары (413,3; 312,6; 192,8). Во время медосмотра около 75% диагнозов были выставлено впервые.

Крайне обострена проблема охраны материнства и детства в изучаемом районе. За наблюдаемый период в 1,5 раза вырос уровень материнской смертности: на 20% увеличилось число случаев врожденных патологии плода. Полученные данные свидетельствуют о наличии серьезных нарушениях репродуктивной функции женщин в результате негативного влияния комплекса экологических факторов риска.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПЕРВИЧНОМ УРОВНЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

Профилактическое здравоохранение – это комбинация превентивных мер, направленных на укрепление физического и душевного здоровья, предотвращение болезней и удлинения

продолжительности жизни индивида, при этом особое внимание уделяется проблемам охраны здоровья на национальном уровне. Повышение эффективности профилактической работы всех



структур системы здравоохранения может быть достигнуто усилением деятельности в следующих направлениях:

- эпидемиологический надзор инфекционных и приоритетных неинфекционных заболеваний;

- укрепление здоровья, важнейшей частью которого является формирование у населения медико-социальной активности и установок на здоровый образ жизни, повышения уровня информированности населения об основных аспектах здоровья и социальных факторах риска;

- активизация межсекторальной работы для контроля основных детерминант здоровья на основе доказательной медицины.

С учетом того, что до сих пор социально значимые заболевания играют определяющую роль в формировании показателей заболеваемости, инвалидности и смертности населения нашей страны возникла необходимость внесения изменений в стратегию профилактики. Наиболее действенным стратегическим направлением является реформирование организационного обеспечения профилактической деятельности, предусматривающее создание единой структуры, позволяющей обеспечивать взаимодействие и преемственность органов практического здравоохранения, центров гигиены и эпидемиологии, неправительственных профилактических организаций, а также различных ведомств. Баланс между профилактическими мероприятиями сектора ПМСП и усилиями по укреплению здоровья на общественном уровне предполагает укрепление межотраслевой координации, особенно в вопросах формирования здорового образа жизни и улучшения качества социальной, психологической и экологической среды. Эта координация является важным инструментом формирования общественного здоровья и, в конечном итоге, приведет к снижению потребности в оказании медицинских услуг.

Создание специализированной сети службы профилактической медицины на базе ПМСП с включением в штаты специалистов медико-профилактического профиля позволит расши-

рить функции и перераспределить полномочия как санитарно-эпидемиологической службы, так и медицинских организаций, с исключением их дублирования. При этом в целях усиления профилактической направленности деятельности органов санэпиднадзора на уровне первичной медико-санитарной помощи необходимо перенести центр тяжести с надзорных и административных функций на обучающие и стимулирующие, опирающиеся на принцип солидарной ответственности граждан и государства за охрану здоровья и окружающей среды.

Разработанная нами модель профилактического здравоохранения регионального уровня представляет центр (отделение) медицинской профилактики, являющийся структурным подразделением центра ПМСП. Центр (отделение) медицинской профилактики представляет собой объединение специалистов медико-профилактического профиля, специалистов по формированию здорового образа жизни и медико-социальной службы. Внедрение разработанной модели показало положительную динамику в плане улучшения профилактической работы. Такое объединение позволяет четко разграничить функции между представителями различных служб здравоохранения в проведении профилактической работы, и одновременно дополнять их деятельность целым рядом новых функций профилактической направленности и обеспечивать тесное взаимодействие со специалистами амбулаторно-поликлинического звена. ПМСП при этом становится более разнообразной и концентрированной, а совместная работа всех специалистов с четким распределением функций и обязанностей позволяет оперативно решать вопросы, связанные с оказанием медико-профилактической и медико-социальной помощи населению обслуживаемой территории.

Таким образом, ПМСП является гибкой и весьма «отзывчивой» системой, где усилия по ее оптимизации даже за сравнительно короткий срок, приводят к существенному улучшению оцениваемых показателей профилактической деятельности.



О ВОЗМОЖНОСТЯХ СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ НА ПРЕДПРИЯТИИ ГЦТ «АСТАНАТЕЛЕКОМ»

Л.Ж.Исмагамбетова, Е.Д.Даленов, В.Б.Хасин.

ТОО «Городской центр ЗОЖ», АО «Медицинский университет Астана», г.Астана.

Проблема сохранения работоспособности специалиста актуальна, технический прогресс сопровождается непрерывным повышением роли человека на любом участке производства.

В свою очередь это предъявляет повышенные требования к состоянию нервной системы, уровню физической и функциональной подготовленности и, в целом, к состоянию здоровья работника. Практика ведущих компании мира показывает, что ключевую роль в успехе играет четкое соблюдение требований безопасности, охраны здоровья и условий труда всеми работниками.

Исходя из этого, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) разработан и предложен к внедрению Проект «Здоровые рабочие места».

Пионером в реализации этого проекта в Астане стало предприятие ГЦТ «Астанателеком». Совместно с ТОО «городской центр ЗОЖ» и кафедрой питания и профилактической медицины АО «Медицинский университет Астана» на предприятии разрабатывается система мер по охране и укреплению здоровья работающих.

На первом этапе реализован проект ВОЗ «Оценка воздействия на здоровье» (ОВЗ). Информация, которую обеспечивает применение ОВЗ, дает возможность людям, ежедневно связанным с процессом принятия решений (ЛПР), узнать:

- как повлияет на здоровье принятие тех или иных решений;
- какие возможности выбора существуют с точки зрения оптимизации пользы для здоровья или уменьшения потенциального ущерба здоровью.

Таким образом, для ОВЗ дает возможность вносить изменения в планы, проекты, программы, их разработку и внедрение в свете защиты и улучшения здоровья.

Исходя из этого, проведена аттестация рабочих мест по условиям труда,

различные оздоровительные системы обсуждены с руководителями подразделений предприятия, учтены их замечания и предложения и уже на этой основе разработана и внедряется собственная система сохранения и укрепления здоровья работающих.

Наряду с этим ведутся аппаратные исследования состояния здоровья работающих с использованием аппаратно-программного комплекса «Истоки здоровья», позволяющего определить физическое, функциональное и психическое состояние обследуемых, а так же их пищевой статус, и на основании полученных результатов выдать научно обоснованные персональные рекомендации по здоровому образу жизни.

С работниками предприятия проведен ряд семинаров: «Психоэмоциональный стресс, предупреждение его негативных последствий», «Двигательная активность и ее влияние на здоровье», «Основы рационального сбалансированного питания», «Профилактика ИБС, инфарктов, инсультов» и др.

Учитывая тот факт, что важную роль в организации профилактических и восстановительных мероприятий, направленных на устранение отрицательных последствий нервных перегрузок, эмоционального стресса и других неблагоприятных состояний, играет проведение их непосредственно на производстве, такие мероприятия организованы в медицинском пункте предприятия.

Организованы систематические занятия работающих физической культурой и спортом.

Анализ самочувствия работающих и их настроений в подразделениях предприятия показал возросший интерес к элементам здорового образа жизни: значительно увеличилось число работников, посещающих занятия в спортивных секциях, обращающихся за личными консультациями в здравпункт предприятия. Отмечена тенденция к снижению простудных заболеваний в осенний и весенний периоды.



ЗНАЧЕНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Б.Т.Нурашева, А.Т.Турсунова, О.В.Желябина.

Казахский Национальный Медицинский Университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Метаболический синдром является распространенным заболеванием, которое приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Лица с метаболическим синдромом имеют высокий суммарный риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) (>20%) даже при легкой или умеренной выраженности каждого из факторов риска (ФР). При первичной или вторичной профилактике атеросклеротических заболеваний первостепенное значение имеют немедикаментозная коррекция и изменение образа жизни.

Коррекция питания при метаболическом синдроме.

Особое внимание уделяется снижению массы тела как за счет уменьшения калорийности питания, рационализации состава потребляемой пищи, так и за счет увеличения расхода энергии при физической активации пациента. Однако при метаболическом синдроме основным мероприятием является как можно большее снижение общего количества жира; на жиры должно приходиться примерно 30% жира от общей калорийности рациона, но насыщенный животный мир надо максимально заменять растительным. Диетическая коррекция метаболического синдрома состоит в том, чтобы на долю углеводов приходилось не более 50% калорийности пищи, и чтобы они поступали в организм в составе растительных продуктов, имеющих большой процент нерастворимой и не всасывающейся в кишечнике клетчатки.

Особое значение придается резкому ограничению простых сахаров и сахаросодержащих продуктов. Диета должна содержать не более 300 мг холестерина в день и включать выводящую холестерин растворимую клетчатку зерновых продуктов и фруктов. Вклад белков в калорийность - примерно 20%, в основном это белки растительного происхождения (бобовые), нежирных сортов мяса, птицы и любой рыбы. Улучшение состояния здоровья при метаболическом синдроме можно констатировать при

потреблении пищи, энергетическая ценность которой составляет 1500 ккал./неделю; существенное снижение массы тела можно достичь начиная с 2500 ккал./неделю.

Вопрос о повышающем антиатерогенные функции ЛВП действия малых доз алкоголя (20-30 г этанола в день для мужчин и 10-20 г - для женщин) можно считать решенным. Однако опасность привыкания и произвольного увеличения пациентами потребляемых доз не позволяет широко рекомендовать малые дозы алкоголя для профилактики атеросклеротических заболеваний. Из биологически активных препаратов растительного происхождения, возможно, окажутся полезными витамины-антиоксиданты (особенно витамин Е - до 200-400 МЕ в день) и препараты клетчатки. Ограничение потребления пищевой соли (менее 3 г в день) и воды (до 1.5 л) также обосновано как мера немедикаментозной коррекции метаболического синдрома.

Наряду с коррекцией питания назначаются специальные физические упражнения, направленные на снижение массы тела.

Увеличение физической активности оказывает положительное действие на все параметры метаболического синдрома. Повышенная физическая активность оказывает следующие влияния:

- Снижение общей жировой массы.
- Значительное снижение объема жира на животе; у лиц, которые ведут активный образ жизни, объем жира на животе минимальный.
- Увеличивается плотность капилляров скелетных мышц, потребление глюкозы, активизируется процесс образования гликогена и окисления жирных кислот.
- Уменьшается процесс образования глюкозы в печени.

Перечисленные выше эффекты можно обнаружить только при большом объеме физических тренировок. Больные с метаболическим синдромом должны заниматься спортом как минимум по три-пять часов в неделю, или повышать



свою повседневную физическую активность.

Таким образом, с помощью немедикаментозных методов воздействия на факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, удается улучшить качество жизни больных.

Литература:

1. Алмазов В.А., Благодосклонная А.В., Шляхто В.В. Метаболический сердечно-сосудистый синдром. Ст-Петербург: Изд-во СПбМУ 1999:68-69.

2. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Функциональные пробы в кардиологии. Москва, «МЕДпресс-информ», 2002.

3. Чазова И.Е., Мычка Б. Метаболический синдром. М: Media Medica 2004:48.

4. Кухарчук В. в. Атеросклероз. Актуальные вопросы профилактики и терапии. 2002;2:3:80—85,

5. Мамедов М. И. Артериальная гипертония в рамках метаболического синдрома: особенности течения и принцип медикаментозной коррекции. Кардиология 2004;4:95-100.

СОВРЕМЕННАЯ ЭКОЛОГО - ГИГИЕНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ГОРОДЕ СЕМЕЙ

Г.К.Турдунова. Государственный медицинский Университет, г.Семей

Город Семей является одним из крупных городов ВКО, экономическим и культурным центром с железнодорожным узлом и развитой производственной и социальной инфраструктурой. В настоящее время в городе сформировалась сложная экологическая обстановка, которая привела к возникновению ряда проблемных ситуаций.

Одной из основных экологических проблем является загрязнение атмосферного воздуха. В г.Семей загрязнение воздуха обусловлено выбросами крупных промышленных предприятий (ТОО «Силикат», «Цементный завод», «Семипалатинский машиностроительный завод», АО «Восточно – Казахстанский мукомольно – комбикормовый комбинат» и др.), ТЭЦ, мелких котельных (расположенных внутри жилых районов, на долю которых приходится значительная масса вредных выбросов.) и автотранспорта.

На территории города функционируют около 600 промышленных предприятий и производств, количество которых возрастает, увеличивая объем выбросов в атмосферу ежегодно в 1,5 раза.

Повышенный уровень загрязнения атмосферного воздуха формируют существующие теплоисточники г.Семей с устаревшим котель-

ным оборудованием, низкоэффективными системами очистки газов от золы и отсутствием газоочистных установок.

По данным лаборатории наблюдения ВК ГМЦ состав выбросов в атмосферу города характеризуется содержанием пыли, оксида углерода, фенола, диоксида азота, диоксида серы. За последние шесть лет (2003-2008 гг.) превышение ПДК отмечалось по следующим ингредиентам: диоксид азота - 1,0 -1,4 ПДК, фенол – 1,2 ПДК, оксид углерода - 1,4 ПДК, пыль – 1,2 ПДК. Максимальное значение индекса загрязнения атмосферы (ИЗА) отмечено в 2005 г. (4,9 доли ПДК), а минимальное (3,6 доли ПДК) – в 2003 г. Проведенная расчетным путем оценка загрязнения атмосферного воздуха г.Семей выбросами промышленных предприятий и теплоисточников показала, что уровень загрязнения на территории жилой застройки характеризуется преимущественно как низкий (ИЗА<5), на территории, прилегающей к промышленным узлам - повышенный (ИЗА 5-6), а на территории промышленных предприятий - высокий (ИЗА 7 -13) и очень высокий (ИЗА >14).

Существенным источником загрязнения атмосферного воздуха является автомобильный транспорт. Общий объем выбросов загрязняю-



щих веществ от автотранспорта в среднем составляет около 40 тыс. тонн в год. За последние пять лет, произошло увеличение транспортного потока: легковых автомашин на 13,9%, грузовых на 13,4%, автобусов и маршруток на 14,4%, что послужило причиной существенного превышения максимально разовой ПДК оксида углерода и без(а)пирена в районах с интенсивным движением автотранспорта.

Актуальной остается проблема охраны поверхностных и подземных вод, т.к. продолжается загрязнение реки Иртыш вследствие незавершенности строительства сооружений биологической очистки сточных вод, отсутствия в городе ливневой канализации; неудовлетворительного технического состояния канализационных дюкеров, наличия очага загрязнения подземных вод авиакеросином (керосиновое озеро - зона чрезвычайной экологической ситуации) и угрозы прорыва нефтепродуктов в р.Иртыш и ряд других причин.

Еще одной проблемой является загрязнение городской территории твердыми бытовыми отходами (ТБО). Существующий полигон ТБО не отвечает санитарным и экологическим требованиям. Не имеется полигона для складирования твердых промышленных отходов.

Кроме этого, в городе наблюдается повышенная естественная запыленность воздуха, особенно в теплое время года. Повторяемость пыльных бурь составляет в среднем 15 – 23 дней за летний период.

В результате пожаров и самовольной рубки площадь леса на территории реликтового ленточного бора в последние годы значительно уменьшилась.

Невосполнимый ущерб здоровью людей и окружающей природной среде города нанесли испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне.

В результате многолетнего негативного антропогенного воздействия в окружающей среде и здоровье населения города произошли устойчивые отрицательные изменения с тенденцией к росту заболеваемости по отдельным классам болезней всего городского населения.

Решение экологических проблем и оздоровление населения в силу их масштабности, многоплановости и актуальности требует объединения финансовых ресурсов и совместного участия государственных структур разных уровней.

К ОЦЕНКЕ ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ УЗЛОВОЙ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ РЕГИОНА СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

А.М.Токешева. Государственный медицинский университет, г.Семей.

В настоящее время внимание многих исследователей акцентировано на проблеме прогрессирующего роста тиреоидной патологии в регионах с неблагоприятным экологическим фоном [1,2]. Для Семипалатинского региона данная проблема является одной из актуальных, так как в этом регионе удельный вес тиреоидной патологии в общей структуре эндокринных заболеваний на протяжении последних десятилетий остается лидирующим с отчетливой

тенденцией к росту. Многие специалисты аргументируют этот факт кризисной экологической обстановкой, обусловленной, прежде всего влиянием многолетнего функционирования Семипалатинского ядерного полигона, что привело к радиоактивному загрязнению обширных территорий.

Наше исследование по изучению распространенности узловых заболеваний щитовидной железы среди коренных жителей 8 населен-



ных пунктов Восточно-Казахстанской области (Большая Владимировка, Долонь, Канонерка, Коростели, Ново-Покровка, Караул, Кайнар, Саржал), показало, что у 30,4% обследованных жителей имеются узловые заболевания щитовидной железы. На наш взгляд, у обследованного населения в развитии узловой тиреоидной патологии имеют значение следующие факторы. Во-первых, радиационный анамнез обследованных лиц, то есть постоянное проживание на территории радиационного риска с периода проведения наземных ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне. Во-вторых, возрастной фактор: в период проведения наземных ядерных взрывов возраст обследованных лиц был детским и подростковым, когда, как известно, щитовидная железа отличается повышенной радиочувствительностью. В этом возрасте на фоне повышенной потребности в тиреоидных гормонах для щитовидной железы характерна наибольшая ростовая активность, и она способна интенсивно поглощать йод, в том числе и радиоактивный. В-третьих, природный йодный дефицит, имеющий место на территории проживания обследованных лиц, способствовал усилению радиационных эффектов в щитовидной железе, и, полагаем, создал предпосылки к активации пролиферативных процессов и ускоренному развитию узловых образований органа. Являясь природным очагом йодного дефицита, территория Семипалатинского региона является также зоной с повышенным уровнем загрязнения почвы, воздуха, водной среды. Наряду с радиационной составляющей, указанные факторы оказывают сочетанное влияние на состояние щитовидной железы, индуцируя развитие патологии данного органа, которую следует рассматривать как проявление целого комплекса экологического дисбаланса. По данным Казахского НИИ радиационной медицины и экологии, село Ново-Покровка, где

отмечена нами минимальная частота изучаемой патологии (22,6%), находилось на расстоянии 186км от эпицентра взрыва (29.08.1949г.), а его население получило суммарную дозу облучения 130мЗв. Жители села Канонерка, где зафиксирована нами максимальная частота узловой тиреоидной патологии (42,7%) и находившегося на расстоянии 135км от эпицентра взрыва (29.08.1949г.), получили суммарную дозу облучения 455мЗв [3]. Эти данные позволяют полагать, что на показатель частоты изучаемой патологии оказала влияние и близость расположения сёл к испытательному полигону, определившая уровень суммарной дозы облучения, а также уровень дозовой нагрузки на щитовидную железу.

Таким образом, узловая тиреоидная патология у коренных жителей населенных пунктов региона Семипалатинского ядерного полигона, является результатом сочетанного влияния нескольких экологических факторов, среди которых приоритетную роль играют радиационный фактор и природный йодный дефицит. Отдаленный эффект поражающего действия продуктов ядерного взрыва на щитовидную железу в условиях природного йодного дефицита манифестировал высокой частотой узловой патологии у лиц, переживших наземные ядерные испытания в детском и подростковом возрасте.

Литература:

1. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Руководство.3-е изд. – СПб: Питер, 2006. – 368с.
2. Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B.R. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer/ Thyroid.2006.-Vol.16.-P.1-33.
3. Апсаликов К.Н., Свердлов А., Гусев Б.И. и др. Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2006, т.51, № 5. – С.27-31.



СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАРАЧАГАНАКСКОГО РЕГИОНА

У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, Г.М.Аликеева, А.И.Анамбаева.

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Изучение эколого-гигиенических аспектов и проблем образа жизни населения неразрывно связано с исследованием жизнедеятельности общества; нет внешней среды вне социального. Естественно, что перед экологами выдвигаются обоснованные требования об усилении социологических исследований и проведении мониторинга. Оно предполагает изучение тех сторон социальных явлений, которые соприкасаются с экономикой и другими сторонами общественной жизни. Это цепи взаимосвязанных проблем: заработная плата – потребление – услуги – жилищные условия – здоровье – внешняя среда и многие другие.

В связи с этим, в целях выявления особенностей социальных условий жизни населения Карачаганакского региона и изучения социально-психологических аспектов жизнедеятельности, было выполнено в динамике социологическое

исследование взрослого контингента региона в 1998 и 2007 годах. Всего в 1998 году опросом было охвачено 1953 человека, в 2007 – 622 человека.

Как показало исследование, в целом среди респондентов за 10 лет динамика показателей медико-социальных проблем имела позитивную тенденцию: 2007 год был последним предкризисным и в тот период уровень социальной напряженности населения заметно снизился в сравнении с 1998 годом (таблица 1). Например, в 2 раза уменьшилось число лиц, указывающих на высокую стоимость жизни, заметно сократился показатель безработицы, в три раза стало меньше респондентов с нехваткой денег на продукты и одежду, что свидетельствует об улучшении социально-экономического положения жителей региона.

Таблица 1

Показатели медико-социальных проблем, волнующих население региона КНГКМ (в процентах от общего числа респондентов)

Проблемы	Годы			
	1990	1995	1998	2007
1. Нехватка денег на продукты питания	5,8	7,5	97,5	26,7
2. Нехватка денег на одежду	—	—	61,8	21,1
3. Невыплата зарплаты, пенсий, пособий	12,2	16,8	46,9	6,6
4. Отсутствие топлива	—	—	16,0	3,5
5. Проблемы с водой	3,1	2,8	52,3	31,9
6. Проблемы с жильем	—	—	23,3	17,2
7. Безработица	9,6	10,8	41,8	24,2
8. Высокая стоимость жизни	20,9	22,6	76,7	39,1
9. Экологические проблемы	16,3	10,8	74,8	64,0
10. Ухудшение уровня жизни	10,7	7,6	20,8	20,6
11. Инфляция	6,7	4,0	62,0	10,8
12. Проблемы здоровья	4,1	6,1	54,4	38,3

Опрос населения в 2007 году показал, что санитарно-экологические проблемы региона по-прежнему очень волнуют все слои населения. Именно этот показатель остается самым высоким по данным анкетирования (78,4% и 64,0%). При углубленном анализе оказалось, что данный показатель наиболее высокий был

в группе с высшим образованием (82,0%), у респондентов со средним специальным образованием он составлял 76,8%, среди лиц с начальным образованием – 46,5%.

Интересно, что уровень образования среди респондентов несколько изменился в сторону снижения показателя лиц с высшим образова-

нием (с 16% до 9,2%) и соответственно ростом лиц с общим основным и средним образова-

ем (таблица 2). Необходимо особо отметить, что в регионе появились необразованные лица.

Таблица 2

Сравнительная характеристика уровня образования респондентов (в процентах к итогу)

Образование	Годы	
	1998	2007
Высшее	16,0	9,2
Незаконченное высшее	0,8	-
Среднее специальное	38,8	20,9
Среднее общее	37,3	42,9
Основное общее	4,9	20,7
Начальное	2,2	4,3
Не образованный	-	1,9
Итого	100	100

Практически не изменились показатели семейного положения респондентов в 1998 и 2007 годах: в полных семьях живут 71,3% (1998) и 68,6% (2007) респондентов, холостых было 20,2% и 17,2%, разведенных 4,8% и 4,8%, матери-одиночки составили 0,8% и 0,6%. Возрос в 2007 году лишь удельный вес вдов и вдовцов с 2,9% до 8,7%.

Основную часть респондентов, как и прежде, составляли жители, постоянно проживающие в данной местности более 10 лет (в 1998 году - 55,3%, в 2007 году - 77%), удельный вес проживающих 6-10 лет был соответственно 24,4% и 13,5%, 3-5 лет - 7,5% и 5,9%, до 3-х лет - 12,7% и 3,5%. Эти данные свидетельствуют, что в регионе нефтегазразработок снизился уровень миграции.

Распределение респондентов по национальности показало, что основная часть опрошенных представлена казахами, чей экстенсивный показатель возрос (с 55,3% до 68%). Русских, украинцев и белорусов стало меньше (34,2% в 1998 году и 22,9% - в 2007 году).

По сведениям Областного статистического управления средняя заработная плата по Карачаганакскому региону является наиболее высокой в Западно-Казахстанской области. Результаты анкетирования показали, что за 10 лет увеличился удельный вес лиц с заработной платой свыше 10000 тенге (с 22,2% до 48,7%). Однако здесь следует учитывать процесс инфляции. Поэтому нельзя однозначно оценивать уровень жизни по данному показателю.

Для анализа и оценки уровня жизни следует обязательно определять средний доход на

одного члена семьи. Исследование показало, что в 1998 году 21,2% респондентов имели подушевой доход в семье до 1000 тенге, от 5000 и более было 14,4% опрошенных. В 2007 году эти показатели стали соответственно 10,3 % и 28,6%. При этом результаты анкетирования населения свидетельствуют, что многодетные семьи имеют подушевой доход на грани прожиточного минимума или ниже. Материальная обеспеченность семей с одним-двумя детьми заметно выше.

Уровень материальной обеспеченности семьи всегда тесно связан с аспектами питания семьи. Опрос показал, что среди проблем питания первое ранговое место занимает стоимость продуктов: на высокие цены продуктов питания указали 90,1% (1997) и 62,2% (2007) респондентов, низкое качество продуктов отметили 5,8% (1997) и 14,9% (2007), на отсутствие нужных продуктов питания - 4,2% (1997) и 13,9% (2007). Показательно, что на высокие цены продуктов питания указывают респонденты всех возрастных групп. Кроме того, 41,8% опрошенных отмечают нерегулярное питание.

Нет позитивной динамики показателя обеспеченности жилой площадью. Значительное число лиц проживают в условиях переуплотнения - 35,6% (1998) и 28,5% (2007). Лишь 34,7% (1998) и 27% (2007) имеют относительный достаток жилой площади. Чаще неудовлетворительные условия проживания и переуплотненность были среди респондентов, проживающих в коммунальных квартирах и общежитиях. В целом 38,3% респондентов ответили, что условия жилья их не удовлетворяют.



Таким образом, анализ показателей социальных условий жизни населения свидетельствует, что для исследования проблемы соотношения экономического развития региона и демографических показателей населения важное значение имеет государственная концепция социально-экономической политики и целенаправленные инвестиции на социальные, медико-санитарные и экологические потребности.

Демографическая политика и образ жизни населения имеют органическую связь. Разработка общей стратегии и тактики государственной политики народонаселения возможна лишь с учетом объективных закономерностей взаимосвязи экономических, медико-социальных и экологических проблем региона.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС НАСЕЛЕНИЯ НЕФТЕГАЗОВЫХ РЕГИОНОВ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ж.А.Айбасова, К.А.Суюнгареев.

Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени М.Оспанова, г.Актобе.

Целью наших исследований явилось изучение медико-социального статуса в нефтегазовом регионе Актюбинской области.

Данные о санитарно-гигиенических и социально-экономических условиях проживания, образа жизни, занятости населения, отношений жителей к сложившейся экологической и социально-экономической ситуации получены в результате социологического опроса 700 человек, проживающих в пп. Кенкияк, Сарыкол, Шубаршы, расположенных в непосредственной близости к месторождениям нефти и газа.

Практически отсутствует в изучаемых населенных пунктах лица, не имеющие образование, за исключением п. Сарыкол – 1,5% (1 чел.), начальное образование имеет только 1 чел. в пос. Кенкияк, что составил – 0,4% от числа изучаемого контингента, а также 14 чел. в пос. Покровка (8,8%).

Распределение опрошенных лиц по семейному положению показало, что основная масса состоит в браке, так в пос. Кенкияк доля лиц, состоящих в браке – 63,4%, Сарыкол – 61,8%, п. Шубаршы – 76,2%.

В контрольном пос. Покровка данный показатель составил 52,5%, в связи с тем, что в данном поселке преобладают лица еще не имеющие семьи (26,9%) и вдовы (19,3%) в сравнении с опытными поселками.

Показатель разведенных лиц составил в среднем от 4,6% до 7,8% в опытных поселках, данная категория абсолютно отсутствует среди опрошенных лиц в контрольном пос. Покровка.

Обращает на себя внимание преобладание в пос. Кенкияк матерей-одиночек – 5,0% в сравнении с другими изучаемыми поселками.

Полученные результаты изучения свидетельствуют, что удельный вес лиц, имеющих семью, превышает по всем населенным пунктам другие категории по семейному положению.

Важными социальными характеристиками, определяющими в значительной степени состояние здоровья населения, являются показатель занятости и характер трудовой деятельности.

Количество лиц, у которых отсутствует на сегодняшний день постоянная работа преобладает во всех изучаемых населенных пунктах Кенкияк – 29,1%, Сарыкол – 42,7%, Шубаршы – 34,8%, Покровка – 41,9%.

Работники государственной структуры преобладают в пос. Кенкияк и составил 14,4%. Лица, имеющие частное хозяйство преобладают в пос. Покровка – 16,2%.

Среди изучаемого контингента наименьшее число работников сельского хозяйства и не превышает в среднем 1,4% опрошенных лиц.

В виду особенностей расположения опыт-



ных поселков вблизи нефтегазового месторождения, категория работников данной промышленности составил в пос. Кенкияк – 14,4%, Сарыкол – 13,2%, Шубаршы – 15,3%, данная группа работников преобладает в контрольном пос. Покровка, где составил – 16,9.

Распределение опрошенных лиц по принадлежности к профессии или той и иной общественной группе показало, что среди изучаемого контингента приоритетной является группа «Рабочие», основная доля которых сосредоточено в пос. Кенкияк – 31,5%.

Следующую группу составляют «домохозяйки», которые составили в опытных пос. Кенкияк – 15,2%, Сарыкол – 14,7%, Шубаршы – 23,2%, данная группа самая наименьшая в контрольном пос. Покровка – 6,9%.

Не уступает среди изучаемых лиц группа «Интеллигенция», наибольший показатель приходится также на пос. Кенкияк – 17,1%, наименьшее количество интеллигенции проживают в пос. Шубаршы – 7,9%. Пенсионеры преобладают в контрольном пос. Покровка – 33,8% в сравнении с опытными поселками.

Профессиональную вредность (химическую) имеют опрошенные лица в поселках Шубаршы – 21,0%, Кенкияк – 18,0%, Сарыкол – 5,8%, а в контрольном пос. Покровка – 1,9%. При этом в пос. Кенкияк свыше 10 лет имеют профессиональную вредность 43,0% опрошенных, Шубаршы – 34,8%, Сарыкол – 32,4% опрошенных.

Среди опрошенных лиц во всех изучаемых опытных поселках более 50,0% населения имеют постоянную работу, наименьший показатель лиц, имеющих работу в контрольном пос. Покровка – 40,6% можно объяснить преобладанием среди опрошенных лиц – пенсионеров, домохозяек, студентов.

Распределение опрошенных лиц на наличие детей показало, что среди изучаемого контингента как опытного, так и контрольного поселков преобладают лица, имеющие двоих детей, что составил в пос. Кенкияк – 26,8%, Шубаршы – 26,0%, Сарыкол – 22,0%, Покровка – 24,4%.

Семьи, имеющие трое детей составили среди населения исследуемых поселков от 22,0% до 28,8%. Лица, не имеющие детей преобладают в контрольном пос. Покровка – 25,0% в

сравнении с опытными пос. Кенкияк, Сарыкол, Шубаршы.

Оценка опрошенными неблагоприятных условий окружающей среды является центральным вопросом наших исследований.

Необходимо отметить, что наибольшая часть опрошенных лиц как в опытном, так и в контрольном поселках указывают на наличие неблагоприятных факторов окружающей среды от 93,8 до 100%.

При этом в большей части население ощущает запах нефтепродуктов, что связано близостью расположения к нефтегазовому месторождению населенных пунктов Кенкияк, Шубаршы, Сарыкол.

Среди запахов имеет место также ощущение запаха «тухлых яиц» и «аммиака», на что указывают респонденты пос. Кенкияк, Шубаршы, Сарыкол.

Изучение образа жизни населения показало, что доля некурящих составил в опытных поселках Кенкияк, Шубаршы, Сарыкол от 72,4% до 80,0%, наибольший показатель отмечается в контрольном пос. Покровка – 90,6%.

Число лиц, курящих 5-10 лет незначительно и не превышает 8,8% среди всех лиц, курящих пачку в день абсолютно отсутствует в контрольном пос. Покровка и не превышает показатель 5,8% среди опрошенных в опытных поселках Кенкияк, Шубаршы, Сарыкол.

Не употребляют алкоголь одновременно опрошенные лица во всех изучаемых поселках от 66,5% в пос. Кенкияк до 80,9% в пос. Сарыкол и употребляют редко от 19,1% в пос. Сарыкол до 32,3% в пос. Кенкияк.

Полученные результаты свидетельствуют о понимании населением вреда от табака и алкоголя, об их негативном влиянии на здоровье человека.

Среди опрошенных лиц изучаемых населенных пунктов Кенкияк, Шубаршы, Сарыкол, Покровка основная доля лиц не занимаются физической культурой от 60,3% в пос. Сарыкол до 96,2% в пос. Покровка.

Большинство респондентов имеют свои индивидуальные дома, максимальное значение достигает в контрольном пос. Покровка – 99,4% от всех опрошенных лиц, благоустроенные квартиры имеют 35,8% респондентов.



Более 50,0% респондентов имеют состав семьи в количестве от 5 до 7 человек. Средний доход на одного члена семьи составляет 5000 тг. и более во всех изучаемых населенных пунктах и составил в контрольном п.Покровка, а в п.Кенкияк - 32,0%, п.Сарыкол -45,6%, п.Шубаршы – 47,0% респондентов.

Основное количество населения пп. Сарыкол и Шубаршы, контрольного пос. Покровка обеспечиваются водой из общественных колодцев. В п.Кенкияк 50,2% респондентов имеют водопровод в доме или 32,3% водопровод во дворе.

Основная доля лиц, имеющих детей среди опрошенных лиц отметили, что дети болеют редко 1-2 раза в год в пп. Кенкияк, Сарыкол и Шубаршы – 45,0-90,2% респондентов, в контрольном п.Покровка – 73,3%.

В контрольном пос. Покровка доля лиц, у которых дети болеют часто 4-6 раз в год незначительно и составляет 1,7%, а в п.Кенкияк – 11,4%, п.Сарыкол – 5,8%, п.Шубаршы – 4,5%.

В поселках Кенкияк, Сарыкол, Шубаршы до 57,3% всех опрошенных лиц оценивают свое состояние как хорошее, напротив в контрольном пос. Покровка намного ниже и составил – 38,2%, как слабое – 30,6%.

Самооценку здоровья в настоящее время как «очень слабое» отметили только 3,0% опрошенных лиц в опытном пос. Шубаршы из всех изучаемых населенных пунктов.

Респонденты указывают, что наиболее важными проблемами, которые волнуют население региона являются экологические проблемы (в пп.Кенкияк, Сарыкол и Шубаршы – 40,9-53,9% и в п.Покровка – 95,6%). На втором месте стоят проблемы с водой – от 16,3-31,1%. Далее респонденты отмечают высокую стоимость жизни 16,1-29,3%, в п.Покровка – 91,2%. На инфляцию в пп. Кенкияк и Шубаршы указывают до 13,2% респондентов. Проблемы здоровья волнуют 2,9-9,7% респондентов, тогда как в п.Покровка – 26,9%.

Таблица 1 – Проблемы волнующие население нефтегазового региона (в % респондентов)

Проблемы	Кенкияк	Сарыкол	Шубаршы	Покровка
Нехватка денег на продукты питания	6,6	10,3	6,5	0,6
Нехватка денег на одежду	3,5	5,9	5,6	0,6
Проблемы с водой	31,1	30,9	16,3	0
Проблемы с жильем	5,4	4,4	1,0	0
Отсутствие работы (безработица)	5,4	28,0	15,8	4,4
Высокая стоимость жизни	25,7	16,1	29,3	91,2
Экологические проблемы	40,9	48,5	53,9	95,6
Ухудшение уровня жизни	3,1	2,9	9,8	3,8
Инфляция	13,2	0	4,2	0,6
Проблемы здоровья	9,7	2,9	3,7	26,9
Рост преступности	0,4	13,2	1,9	0

Таким образом, основными проблемами в осваиваемых нефтегазовых месторождениях Актюбинской области являются вопросы охра-

ны окружающей среды и условия жизни населения региона..



ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ НЕФТЕГАЗОВОГО РЕГИОНА ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА

*У.И.Кенесариев, Н.Ж.Жакашов, Д.М.Сыздыков, К.К.Абдижаббарова.
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.*

Цель исследования: оценка экологических и социально-бытовых условий проживания населения нефтегазового региона.

Введение: известно, что гигиенические условия проживания, социальные и медико-экологические особенности влияют на состояние здоровья и определяют качество жизни населения. Поэтому рассмотрение этих показателей имеет важное научно-практическое значение. Эти показатели являются чувствительными индикаторами общественного здоровья, они отражают взаимодействие социально-гигиенических, экономических и экологических факторов. Динамика и характер тенденции развития народонаселения, комплекс демографических показателей дополняют характеристику состояния здоровья населения.

Исследование проводилось в районе Карачаганакского месторождения, в 2,5 км к юго-востоку от которого расположен п. Березовка, подвергающийся неблагоприятному воздействию этого месторождения и поэтому являющийся опытным населенным пунктом. Поселок

Александровка находится в 50 км от месторождения в юго-западном направлении и является контрольным, т.к. практически не подвержен влиянию загрязнения. В целях изучения условий проживания в регионе, нами было проведено социологическое исследование взрослого населения (15 лет и старше).

Всего было опрошено в п. Березовка 499 респондентов, а в контрольном п. Александровка – 123 респондента, что составило соответственно 38,8 и 21,8% всех взрослых.

В ходе проведенного опроса было выявлено, что одной из острых проблем на селе остаётся безработица - среди опрошенных таковых было больше в п. Александровка в 2,3 раза (22,8% против 10,1%).

Получена и соответствующая самооценка состояния семьи. В п. Березовка 32,9% респондентов оценили состояние семьи как низкое, 62,3% дали среднюю оценку, а высокую – лишь 5,7%. В п. Александровка, где были получены равные показатели подушевого дохода, все респонденты дали среднюю оценку.

Таблица 1 – Самооценка состояния семьи

Самооценка	п. Березовка	п. Александровка
Низкое	32,9	-
Среднее	62,3	100,0
Высокое	5,7	-

Немаловажной характеристикой при оценке качества жизни семьи является показатель качества жилья и количество квадратных метров жилой площади на одного человека в семье. И результаты анкетирования показали, что жи-

лищный вопрос остается самым актуальным. Например, в п. Березовка 12,8% опрошенных живут в крайне стесненных условиях и лишь 14,2% имеют жилую площадь на 1 члена семьи более 10 кв. метров (таблица 2).

Таблица 2 - Число квадратных метров жилой площади в семьях респондентов

Площадь в м ²	п. Березовка	п. Александровка
До 3 – х	12,8	33,3
3-5	14,2	-
5-7	15,2	33,3
8-10	11,2	33,3
Более 10	14,2	-



Уровень материальной обеспеченности семьи всегда тесно связан с аспектами питания семьи. Опрос показал (таблица 3), что среди проблем питания первое ранговое место занимает стоимость продуктов: на высокие цены продуктов питания указали 65,1% и 50,0% ре-

спондентов, 14,9% - отметили низкое качество продуктов, 13,9% и 50,0% отсутствие нужных продуктов питания. Кроме того, лишь 22,5% опрошенных отмечают соблюдение режима питания.

Таблица 3 – Проблемы питания

Проблемы питания	п. Березовка	п. Александровка
Высокие цены	65,1	50,0
Отсутствие необходимых продуктов в торговле	13,9	50,0
Низкое качество продуктов	14,9	-
Соблюдаю режим питания	22,5	-

В целях изучения распространенности вредных привычек среди населения, были определены показатели употребления алкоголя, (таблица

4). Не употребляющих алкоголь респондентов оказалось значительно больше в п. Александровка – 94,3% против 63,1%, т.е. в 1,5 раза.

Таблица 4 - Коэффициенты употребления алкоголя среди респондентов

Употребление алкоголя	п. Березовка	п. Александровка
Не употребляю	63,1	94,3
Употребляю редко	35,9	5,7
Употребляю часто	0,8	-
Употребляю очень часто	0,2	-

При определении отношения респондентов к физкультуре и спорту оказалось, что всего 6,6% опрошенных в п. Березовка и 0,8% в п. Александровка регулярно занимаются спортивными играми и упражнениями, 25,7% и 0,8% соответственно занимаются редко, в п. Александровка 98,4% - совсем не занимаются. По-видимому, отчасти это можно объяснить тем, что все респонденты п. Александровка были жителями индивидуальных домов, где физическая нагрузка обеспечивается каждодневным трудом.

Совершенно отчетливо даны ответы на неблагоприятные условия окружающей среды. В п. Березовка 90,0% опрошенных отметили плохие условия. Почти все жители п. Александровка, проживающие отдаленно от места разработки этого не отмечают (97,5%).

Таким образом, анализ показателей социальных и бытовых условий жизни насе-

ления свидетельствует о неблагоприятных условиях проживания населения не только в промышленно-развитых и экологически опасных регионах, но также и на первый взгляд вполне «благополучных» населенных пунктах. Важное значение для решения этой проблемы имеет целенаправленная государственная политики в демографической и социальной сферах, ориентированная на удовлетворение медико-санитарных и социальных потребностей общества.

Проведенные социологические исследования условий проживания населения региона Карачаганакского месторождения позволяют утверждать о низком качестве жизни населения, что требует принятия скорых государственных мер по изменению сложившейся неблагоприятной ситуации.



МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИОРИТЕТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА НЕФТЕГАЗОВЫХ МЕСТОРОЖДЕНИЙ ЗАПАДНОГО КАЗАХСТАНА

Н.Ж.Жакашов, У.И.Кенесариев, К.К.Абдижаббарова, Д.М.Сыздыков.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

В настоящее время медико-социальным факторам отводится ведущее значение в формировании здоровья населения, его трудоспособности.

Цель исследования: выявление медико-социальных приоритетов населения нефтегазового региона.

Показатели медико-социального статуса населения являются чувствительными индикаторами общественного здоровья, они отражают взаимодействие социально-гигиенических, экономических, экологических факторов.

Социологический опрос охватил в п. Березовка 499 респондентов (опытный поселок), в п. Александровка 123 респондента (контрольный посёлок), что составляет соответственно 38,8% и 21,8% взрослого населения.

Результаты социологического опроса показали, что удовлетворенными качеством медицинской помощи оказалось более половины опрошенных (66,9% в п. Березовка и 50,0% в п. Александровка).

Изучение причин отказа от медицинских услуг выявило, что значительная часть опрошенных п. Березовка указывает на высокую стоимость лечения и отсутствие финансовых средств – 29,0% респондентов, на втором месте причина в неудовлетворительном лечении. Но жители п. Александровка в числе главных причин указали отсутствие времени (66,7%) и отсутствие необходимости в лечении (33,3%).

Неудовлетворенность медицинской помощью респонденты связывают с отсутствием оборудования – 35,7%, высокой стоимостью услуг – 34,8%, низкой квалификацией медперсонала – 27,1% и отсутствием медикаментов – 23,3%.

При самооценке здоровья всего 3,2% респондентов п. Березовка отметили полное здоровье,

24,2% - отметили хорошее здоровье, но 64,3% указали на слабое здоровье и 8,3% - очень слабое. В то же время в п. Александровка полностью здоровыми или с очень слабым здоровьем себя никто не считает; 33,3% отметили хорошее здоровье, 66,7% имеют слабое здоровье.

Проведенным медико-социологическим опросом населения установлено, что более 90,0% респондентов имеют заболевания (таблица 1).

Выявлены очень высокие показатели социальных проблем, волнующих население и по разным аспектам жизнедеятельности (таблица 2).

Таким образом, анализ показателей медико-социальных условий жизни населения свидетельствует, что для исследования проблемы соотношения промышленно-экономического развития региона, экологических характеристик и демографических показателей населения важное значение имеет государственная концепция демографической политики и целенаправленные инвестиции на социальные, медико-санитарные и экологические потребности.

Демографическая и экологическая политика имеют органическую связь. Разработка общей стратегии и тактики государственной политики народонаселения возможна лишь с учетом объективных закономерностей взаимосвязи экономических, медико-социальных и экологических проблем региона.

Таким образом, исследования медико-социальных приоритетов населения региона КНГКМ позволяют утверждать о сложной ситуации в сферах социального и медицинского обеспечения населения.



Таблица 1. Ответы респондентов на вопрос: Какие заболевания у Вас имеются?

Заболевания	п. Березовка	п. Александровка
Туберкулез	11,0	-
Органов пищеварения	19,8	16,7
Заболевания крови	2,6	-
Ревматические болезни	15,4	-
Гепатит	1,4	-
Болезни сердца	29,9	16,7
Болезни легких	4,6	-
Злокачественные опухоли	1,6	-
Болезни почек	27,1	-
Болезни нервной системы	20,8	-
Заболевание печени	15,8	-
Заболевания желчного пузыря	10,8	-
Болезни глаз	25,9	33,3
Эндокринные заболевания	3,6	-
Заболевания кожи	8,4	-
Инфекционные заболевания	21,0	-
Острые респираторные заболевания	9,8	-
Гинекологические заболевания	5,4	22,2
Не указали болезни	7,8	-

Таблица 2. Медико-социальные проблемы, волнующие население региона КНГКМ (в процентах от общего числа респондентов)

Проблемы	Поселки	
	Березовка	Александровка
Нехватка денег на продукты питания	33,2	-
Нехватка денег на одежду	26,3	-
Невыплата зарплаты, пенсий, пособий	8,3	-
Отсутствие топлива	4,4	-
Проблемы с водой	34,6	20,0
Проблемы с жильем	21,4	-
Безработица	24,9	20,0
Высокая стоимость жизни	39,4	40,0
Экологические проблемы	74,7	20,0
Ухудшение уровня жизни	25,6	-
Инфляция	13,4	-
Проблемы здоровья	47,7	-
Рост преступности	5,1	-



ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.М.Нугманова, С.А.Диканбаева.

*Научный центр педиатрии и детской хирургии,
Республиканская клиническая больница «Аксай», г.Алматы.*

Проблема кардиоренальных взаимоотношений одна из ключевых в кардиологии и нефрологии. Достижения в одной из этих областей оказываются полезными для другой. В связи с этим, ранняя диагностика и устранение факторов сердечно-сосудистого риска имеют определяющее значение для профилактики прогрессирования поражения почек и кардиоваскулярных осложнений.

Цель работы. Выявление факторов риска сердечно-сосудистых нарушений у детей с хронической почечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 53 больных в возрасте от 2 до 17 лет, находившиеся в отделении экстракорпоральной детоксикации. Средний возраст $13,6 \pm 3,5$ лет. Среди них ХПН, обусловленная врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы встречалась у 28 (52,8%), и с гломерулярными заболеваниями было 25 (47,2%) детей. Проводились все общепринятые методы исследования: ОАК, биохимические исследования крови. СКФ определялась по формуле Шварца. Артериальное давление измеряли стандартным сфигмоманометром в утренние и вечерние часы.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют, что АГ является нередкой у пациентов с ХПН как на фоне врожденных ($125/84$ мм.рт.ст.), так и гломерулярных ($132/89$ мм.рт.ст.) заболеваний почек, получающих лечение гемодиализом (ГД) и тенденция к повышению

артериального давления при гломерулярной патологии выражена больше, чем при врожденных заболеваниях почек. От уровня АД зависит величина постнагрузки, определяющая массу миокарда левого желудочка и АГ, сохраняющаяся на ХГД, имеет неблагоприятное прогностическое значение. Анализ данных показывает, что у детей как с ВЗП в стадии ХПН ($88,7 \pm 15,9$ г/л), так и при гломерулярных заболеваниях ($90,7 \pm 14,8$ г/л) в стадии ХПН имеет место, анемия, способствующая повышению сердечного выброса, а также снижению обеспечения миокарда кислородом и вазодилатационного резерва. Нарушения фосфорно-кальциевого играют важную роль в патогенезе и развитии сердечно-сосудистых заболеваний при ХПН. Так у детей при ХПН, наступившей на фоне ХГН имеют место гипокальциемия ($1,87 \pm 0,32$) и более выраженная гиперфосфатемия ($2,03 \pm 0,63$), тогда как у детей с ХПН, явившейся следствием ВПР более выражена гипокальциемия ($1,76 \pm 0,39$), и уровень фосфора в пределах допустимых значений у пациентов с терминальной ХПН ($1,73 \pm 0,57$). При нарушении фосфорно-кальциевого обмена значительно повышается летальность.

Заключение. Таким образом, при ХПН значительно повышается риск сердечно-сосудистых нарушений и ухудшается прогноз заболевания, что ассоциируется с повышением частоты как традиционных, так и специфических для болезни почек факторов риска.



ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА «БАЛБУЛАК»

*З.М.Курманбекова, К.К.Мусаева, Т.В.Варзина,
Э.К.Надырова, Н.Т.Ибрагимова, Г.А.Куанышбекова.*

*Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»,
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.*

Здоровье человека в понимании ВОЗ - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических недостатков.

Выделяют три аспекта здоровья или благополучия. Это физическое, душевное (психологическое) и социальное.

Физическое - определяется состоянием и функционированием организма. Если человек физически здоров, то он может выполнять все свои текущие обязанности без излишней усталости. У него достаточно энергии, чтобы успешно заниматься и делать все необходимые дела дома.[1]

Душевное - определяется тем, насколько человек доволен собой и как успешно справляется со своими ежедневными функциями. Если человек душевно здоров, он обычно нравится самому себе таким, каков он есть, он удовлетворен своими достижениями и может делать выводы из своих ошибок. Для поддержания душевного здоровья необходимо уделять достаточное время отдыху и увлечениям, иметь возможность получать новый опыт и делиться своими чувствами и переживаниями с другими людьми, которые могут тебя понять.[1]

Социальное здоровье определяется тем, насколько человек ладит с другими людьми. Социально здоровый человек может устанавливать и поддерживать отношения любви и дружбы с другими людьми, он уважает их права, умеет оказывать людям помощь и способен сам принять ее, поддерживает здоровые отношения с родственниками, умеет находить новых друзей, умеет выразить свои потребности и нужды так, чтобы они стали понятны окружающим.[1]

При таком понимании здоровья можно сказать, что основная цель образования - научить

детей быть здоровыми в течение всей жизни.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) - это поведение и мышление человека, обеспечивающие ему охрану и укрепление здоровья. [2]

ЗОЖ - модель поведения индивида в данных конкретных условиях жизни, уменьшающая риск возникновения заболеваний. Таким образом, разные условия жизни предполагают различные модели здорового поведения. [3]

Образ жизни формируется обществом или группой в которой живет человек. Поэтому формирование ЗОЖ- задача не только медицинская, но и прежде всего воспитательная.

Человек ведущий здоровую, а значит благополучную жизнь имеет высокое качество жизни.[3]

Всемирная организация здравоохранения к наиболее распространенным факторам, отрицательно влияющим на здоровье современного человека при неправильной организации жизни, относит: психоэмоциональные перегрузки, недостаточную физическую активность, нерациональное питание и связанную с этим избыточную массу тела, поведенческие факторы риска - курение, злоупотребление алкоголем, наркоманию. Важно подчеркнуть, что отрицательное влияние большинства из этих факторов можно уменьшить или предотвратить мерами, осуществляемыми самим человеком, то есть путем самооздоровления. [2]

К сожалению, в настоящее время хорошее здоровье, здоровый образ жизни не является нормой для большинства учащихся и их родителей; отношение к здоровью как к ценности не имеет приоритетного значения. Здоровый образ жизни – это оптимальная система повседневного поведения, позволяющая человеку максимально полно реализовать свои духовные



и физические качества для достижения душевного, физического и социального благополучия. [1] Здоровый образ жизни создаёт наилучшие условия для нормального течения физиологических и психических процессов, что снижает вероятность различных заболеваний, увеличивает продолжительность жизни человека и его работоспособность.

В нашем центре проводится активная работа по формированию здорового образа жизни у детей и их родителей, в рамках научно-технической программы Национального центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК. Работа направлена на выполнение следующих задач:

1. Повышение уровня притязаний и самооценки детей;
2. Привитие учащимся навыков здорового образа жизни в процессе обучения и контроль над их освоением;
3. Улучшение психологического климата в семье.

Выполнение поставленных задач проводится по разработанной схеме-программе, где предусмотрены индивидуальные занятия и занятия в группах по 3-5 человек. В начале обычно проводится психолого-педагогическое тестирование, составляется портрет семьи, оценивается уровень ориентации в окружающем мире, определяется уровень социально-бытовой адаптации. В работе принимают участие психологи, дефектологи, логопеды, социальный педагог, музыкотерапевт, трудотерапевт и воспитатели. Занятия проводятся индивидуально и в группах по 3-5 детей.

Формирование навыков здорового образа жизни происходит интегрировано через различные занятия (музыка, ЛФК, изобразительное искусство, трудотерапия, агротерапия, валеология). В течение месяца проводятся различные мероприятия: сюжетно-ролевые игры, дискуссии, инсценировки сказок, танцтерапия, что значительно повышает эффект работы по формированию ценностных установок к здоровью, т.к. информацию передают как педагоги, так и сами дети. В нашем центре занятия кото-

рые проводятся с детьми с ограниченными возможностями не отличаются от занятия со здоровыми детьми

Во время проведения занятий детям даются основные понятия о здоровье, вредных привычках, о семейных ценностях, о преимуществах активной интересной жизни здорового человека. В сюжетно-ролевых играх дети реализуют полученные знания и закрепляют их на практике, разыгрываются реальные жизненные ситуации, что позволяет ребенку сделать самостоятельный выбор, ощутив себя в роли положительного или отрицательного героя.

Большое внимание уделяется приобретению самостоятельных навыков во время агротерапии (работа на участке, зимний сад), когда ребенок может своими руками посадить, вырастить растение. Близость с природой позволяет ему лучше понять ценность родной земли, узнать, что такое родной край с его природными богатствами. Что любое растение требует ухода, заботы, большого труда для того, чтобы оно было сильным, цветущим и плодородным. Точно также и человек должен прилагать большие усилия, чтобы быть здоровым. Здоровым не только физически, но и нравственно. В этом большую роль играет семья, которая закладывает все основы. Но зачастую у наших детей семьи бываю неполные, не в каждой семье здоровый психологический климат. Именно в таких ситуациях особенно важна роль психолога, который за короткий срок реабилитации помогает найти правильное решение, выход из сложных ситуаций для родителей и их детей.

С целью укрепления физического здоровья в центре с 1998 года пропагандируется система оздоровления с использованием природных факторов, используется рефлексотерапия, которая способствует укреплению здоровья у детей.

Неотъемлемой частью системы формирования ценностного отношения к здоровому образу жизни является спортивно-массовые мероприятия, т.к. данная профилактика должна быть частью всей системы воспитания. Ежемесячно



в центре проводится спартакиада “ Солнце, воздух и вода – наши лучшие друзья!” на свежем воздухе, где в эстафетах участвуют не только дети, но их родители и сотрудники. Главным спортивным мероприятием является Олимпиада, на которой наши дети могут показать свои спортивные достижения. Проведение спортивных мероприятий пробуждает у детей волю к победе, стремление к совершенству, потому что быть первым – это значит быть здоровым.

Здоровый человек красив и душой и телом, и поэтому особое внимание уделяется эстетическому воспитанию детей. С этой целью проводятся занятия по музыкотерапии с прослушиванием классических музыкальных произведений, народной музыки. Организованы занятия в танцевальном кружке, где каждый ребенок может проявить себя с творческой стороны. Выступление перед зрителями во время культурно-массовых мероприятий значительно повышает уровень самооценки ребенка.

С целью повышения уровня информированности родителей по формированию здорового образа жизни проводятся занятия в «Школе матерей», во время которых специалисты дают родителям рекомендации, советы, делятся практическим опытом.

Здоровый образ жизни является нормой

всех граждан. Воспитание подросткового поколения является обязанностями как родителей так и педагогов.

Самостоятельным направлением является профилактическая работа проводимая педагогическим коллективом, которая имеет информативный и обучающий характер. Целью является повышение компетентности в вопросе формирования установок и навыков здорового образа жизни, а также повышение ценностного отношения к своему здоровью. Педагоги являются реальными значимыми лицами для детей и их родителей.

Таким образом, для формирования навыков ЗОЖ у детей с ограниченными возможностями требуется всесторонний подход, который должен отражать совместную деятельность всего психолого-педагогического и медицинского состава центра.

Литература:

1. Татарникова Л.Г. Педагогическая валеология: Генезис. Тенденции развития. - СПб: Петроградский и К°, 1995. - 352 с.
2. Вайнер Э.Н. Общая валеология: Учебное пособие. - Липецк: Липецкое изд-во, 1998. - 183 с.
3. Степанова Э.А. Теория и методика физвоспитания и развития ребенка. - М.: Академия, 1995.



МУЗЫКОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ

*З.М.Курманбекова, Т.В.Варзина, А.Ж.Жунисова,
Э.К.Надырова, Н.К.Туякова, Т.П.Палтушева.*

*Республиканский детский реабилитационный центр «Балбулак»,
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.*

Музыкотерапия - психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства. Музыкотерапия — это лекарство, которое действует через слух. Лечебное действие музыки на организм человека известно с древних времен. В древности и в средние века вера в целебное воздействие музыки была исключительно велика. Об этом говорят литературные и медицинские свидетельства излечения хореомании (пляски святого Витта) с помощью музыки. О том, что музыка способна изменить душевное и физическое состояние человека, знали еще в Древней Греции, Азии и т.д.[1].

Музыкотерапия имеет четыре основных направлений лечебного действия, это - Эмоциональное активирование в ходе вербальной психотерапии, - Развитие навыков межличностного общения (коммуникативных функций и способностей), - Регулирующее влияние на психовегетативные процессы, - Повышение эстетических потребностей.

Музыкотерапия существует в двух основных формах: активной и рецептивной. Активная музыкотерапия представляет собой терапевтически направленную, активную музыкальную деятельность: воспроизведение, фантазирование, импровизацию с помощью человеческого голоса и выбранных музыкальных инструментов[1]. Рецептивная музыкотерапия предполагает процесс восприятия музыки с терапевтической целью. В свою очередь рецептивная музыкотерапия существует в трех формах:

- Коммуникативной: (совместное прослушивание музыки направлено на поддержание взаимных контактов, взаимопонимания и доверия)

- Реактивной: (направленной на достижение катарсиса)

-Регулятивной: (способствующей снижению нервно-психического напряжения) [1].

В нашем центре в комплексе с другими видами реабилитации в лечении детей с ограни-

ченными возможностями используется музыкотерапия. Данная работа проводится в рамках совместной научно-исследовательской работы с Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни, в части использования безмедикаментозных методов укрепления здоровья детей с ограниченными возможностями.

Цель занятий музыкотерапии - создание положительного эмоционального фона реабилитации (снятие фактора тревожности, возникающего у данного контингента детей вследствие резкого изменения социального и личностного статуса); стимуляция двигательных функций; развитие и коррекция сенсорных процессов (ощущений, восприятий, представлений) и сенсорных способностей; растормаживание речевой функции.

Музыкотерапия включает: прослушивание музыкальных произведений; пение песен; ритмические движения под музыку; сочетание музыки и изодейтельности.

Работа проводится по разработанной схеме, на индивидуальном и групповом уровнях. Группы детей формируются по возрасту, а индивидуальная работа проводится с учетом тяжести заболевания. Обычно формируются 3 группы, это - Младшая группа – дети в возрасте от 3-х до 7 лет. - Старшая группа - дети в возрасте от 8-ми и старше.

- Индивидуальная группа по 1-му ребенку, с тяжелыми формами неврологической патологии.

Индивидуальная работа - один из главных моментов в музыкальном воспитании детей с различными нарушениями. В общении с глазу на глаз выполняются различные коррекционные задания, выясняются возможности ребенка, желания, интересы. В индивидуальном общении с детьми можно добиться того, что невозможно во время фронтальных занятий. При повышенной возбудимости (раздражительности, агрессивности,



сти) предлагаем ребенку спокойную мелодию в замедленном темпе. Во время работы с детьми заторможенного характера (пассивность, вялость, пугливость, тревожность, медлительность) используем веселую, быструю музыку.

Дети младшей и старшей группы прослушивают специально подобранные музыкальные произведения, а затем обсуждают собственные переживания, воспоминания, мысли, ассоциации, фантазии, возникающие у них в ходе прослушивания.

Прослушивание классических произведений таких композиторов как, И.С.Бах, Л.В.Бетховен, В.А.Моцарт, П.И.Чайковский А.Хачатурян, Шуман, Шуберт, Ф. Лист, Гайдн и т.д. обычно мы используем для регуляции психоэмоционального состояния детей, уменьшения чувства тревоги, неуверенности, раздражительности, разочарования [2]. Проведенные исследования показали, что при прослушивании классических произведений наступает общее успокоение, выше становится общий жизненный тонус, улучшается самочувствие, настроение детей.

Важное место в коррекционном процессе занимают музыкальные игрушки и детские музыкальные инструменты, которые вовлекают ребенка в сферу музыки, способствуют развитию моторики рук, динамики, темпа, слуха, голоса, артикуляции, развивают умение своевременно начинать и заканчивать игру [2].

Детям с церебральным параличом осваивать музыкальные инструменты мешает скованность в движениях, различные поражения рук, пальцев, произвольные движения, неусидчивость, медлительность. Музыкальные инструменты подбираются для каждого ребенка с учетом индивидуальных особенностей тяжести заболевания, физического и умственного развития.

Многие детские музыкальные инструменты, которые мы предлагаем детям (металлофон, треугольник, дудочка, и т.д.), помогают им научиться различать звуки по высоте. Особую радость доставляет детям игра на дудочках и свистульках. В процессе игры дети развивают не только непослушные свои пальчики, но и дыхание, что очень важно для развития речи.

Кроме того, в центре при лечении двигательных и речевых расстройств, таких как тики, заикание, нарушения координация, расторможенность, моторные стереотипы, широко ис-

пользуется музыкальная ритмика. Музыкальная ритмика способствует коррекции недостаточного психомоторного развития, чувства ритма, речевого дыхания. С детьми дошкольного возраста она осуществляется в форме ритмических игр, дыхательной гимнастики, закрепляются занятия воспроизведением заданного ритма как в ускоряющемся, так и в замедляющемся темпе.

Музыка используется также в качестве сопровождения во время выполнения детьми самостоятельной работы, когда исключается речевое общение. Исключение составляет мелочтение (чтение под музыку) заикающихся детей. Анализ полученных данных показал, что в процессе пения у детей расширяется словарный запас, дети лучше и точнее произносят звуки и слова, улучшается артикуляция речи, дыхание. У детей повышается слуховая активность, слуховое внимание, они способны различать звуки по высоте, слышат движение мелодии вверх, вниз, могут выделить вступление к песне.

В связи с тем, что у многих детей с детским церебральным параличом (ДЦП) нарушен фонематический слух, для его развития мы используем различные упражнения в пении, движения с пением, речитативами [3].

Разработка и проведение музыкотерапии в центре проводится в тесном творческом сотрудничестве врачей, психологов, музыкальных педагогов. Использование музыкотерапии при речевых патологиях органического происхождения оказалось, весьма оправданным и перспективным, за счет мощного воздействия музыки на эмоциональную сферу детей [3].

Опыт работы по использованию музыкотерапии в коррекционной работе с детьми, имеющими речевую патологию, позволяет сделать следующие выводы:

1. Для прослушивания можно использовать только то произведение, которое нравится абсолютно всем детям (мажорного характера);
2. Использовать музыкальные произведения из мультипликационных фильмов, которые знакомы детям.
3. Продолжительность прослушивания должна быть не более 10 минут в течение всего занятия.

Цели стимуляции музыкой могут быть различными:

1. Снять или уменьшить контроль ребенка



за своей речью. Пение, особенно групповое, настолько увлекает ребенка, что он перестает следить за тем, как он говорит.

2. Стимулировать активность, поднять эмоциональный и мышечный тонус.

3. Вовлечь ребенка с нарушением речи в процесс пения через подражание поющим детям и взрослым.

Музыкальное занятие - это не просто последовательность упражнений, это каждый раз цельное драматическое действие, в котором все элементы связаны и объединены общим ритмом [4]. Построение занятия зависит от того, какие дети в нем участвуют, и какие проблемы должны решаться на данном этапе. Например, если в группе есть ребенок со страхами или нарушением общения, которого нужно вовлечь в общее действие, занятие начинается со спокойной, нерезкой музыки, дети слушают, плавно переходя от одной игры к другой. Постепенно интенсивность действия нарастает, дети активнее включаются в занятие (поют, играют на музыкальных инструментах).

Некоторые элементы должны обязательно присутствовать на каждом занятии: это движение под разную музыку, чтобы ребенок вошел в мир музыки, услышал ее и при этом понял или вспомнил, что разной музыке соответствуют разные типы движения (под марш дети ходят, под вальс кружатся и т.д.). После этого дети садятся полукругом около пианино и поют, некоторые песни сопровождаются игрой на музыкальных инструментах. На некоторых этапах пение полезно начинать с распевания. Важно также позволить детям отдаться во власть ритма, например, при игре на шумовых инструментах (маракасах, трещотках).

Для «тревожных» детей и детей с неврозами, в начале проводятся занятия по индивидуальной программе, а затем уже ребенок включается в общие занятия. Педагоги проводят работу очень гибко, так, если после прекращения предварительного проигрывания ребенок стал тревожнее, негативнее и напряженнее, необходимо вернуться к началу программы и медленно снимать индивидуальную поддержку ребенка и подводить к общим занятиям. И только после того, как ребенок начинает привыкать к занятиям в группе, переходить к выполнению дви-

жений под музыку. После освоения ребенком этих навыков, т.е. ребенок прыгает, изображая зайчика, раскачивается как медведь, хлопает в ладоши в нужный момент и делает это легко, благодаря соответствующему характеру музыки, эмоциональному настрою, помогающему войти в образ, можно усилить экспрессивность занятий. Этого можно достичь разными способами - меняя темп (ускоряя и замедляя), или пригласив на занятие кого-нибудь нового, или нарядив ребенка во что-то новое, если это для него важно (это может быть красивый бант, шарфик и т.д.).

Педагогу необходимо петь вместе с ребенком, глядя ему в глаза и отчетливо пропевать слова. Желательно, чтобы эти слова были связаны с определенным движением. В конце концов, в результате этой работы ребенок начинает повторять слово, пропевать его сам, при этом важно подобрать песню, которая нравится ребенку. В этой песне должен быть подходящий мотив, т.к. для каждого ребенка существуют более «удобные» ритмы, которые ему легко поддерживать, и менее «удобные», которые он плохо усваивает.

Особое место в нашей работе с детьми с ограниченными возможностями занимает также танцтерапия, т.к. именно во время этих занятий дети испытывают наибольший эмоциональный подъем. Уроки танцев раскрывают скрытые таланты наших детей. Научившись выполнять определенные танцевальные движения, ребенок учится контролировать движения своего тела, учиться управлять им. А постановка танцев в ярких костюмах и в присутствии зрителей значительно повышает самооценку ребенка, стимулирует положительные эмоции, стремление к дальнейшему самосовершенствованию и активному участию в публичных мероприятиях. Ребенок приобретает уверенность в себе, что играет огромную роль в реабилитации. После занятий танцевальной терапией улучшается не только психоэмоциональное состояние детей, но и их двигательные функции: осанка, походка, координация движений. Занятия в танцевальных парах, группах развивают у детей чувство коллективизма, поддержки друг друга. Способствуют формированию межличностных взаимоотношений. Особо хочется отметить,



что в танцах участвуют даже самые маленькие дети, а также дети с выраженными двигательными нарушениями и нарушениями психоречевого развития.

Для оценки эффективности проведенной коррекционной работы, в центре организуются праздники, концерты, развлечения, конкурсы, где каждый ребенок может применить приобретенные знания и навыки. Кроме того, такие мероприятия являются стимулом для дальнейшего духовного и физического развития детей. За период (месяц) пребывания детей в центре проводятся 5-7 мероприятий с музыкальным оформлением, разучиваются 3-4 песни, 5-6 танцев. В течение 1 года в центре разучивается более 50 танцев, 47 разнохарактерных песен.

Таким образом, музыкотерапия является неотъемлемой частью комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями, способствующей улучшению общего эмоционального состояния детей, улучшению координации движений (развиваются выразительность, ритмичность, координация, плавность, серийная организация движений), коррекции и развитию ощущений, восприятий, представлений; стимуляции речевой функции, нормализации произносительной стороны речи (темп, тембр, ритм, выразительность интонации). Проведение заня-

тий музыкотерапии можно рекомендовать, как один из дополнительных методов, способствующих повышению эффективности реабилитационных мероприятий у детей с ограниченными возможностями.

Список литературы:

1. Нетрадиционные методы в коррекционной и лечебной педагогике // Поваляева М.А. Справочник логопеда. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.

2. Битова А. Л., Липес Ю. В. Специальные занятия музыкой, ориентированные на стимуляцию речи у детей с тяжелыми нарушениями речевого развития // Организация педагогической среды для детей с эмоционально-волевыми нарушениями и нарушениями общения: Метод. Рекомендации для музыкальных педагогов, логопедов, воспитателей, 1994.

3. Филичева Т.Б., Туманова Т.В. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. Учебно-методическое пособие. –М.: «Гном-Пресс», 1999.

4. Кононова Н.Г. Коррекция нарушенных функций у детей с церебральным параличом средствами музыки. //Пособие для учителя-дефектолога. Москва «Владос» 2008г.

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ПРИ ОЗДОРОВЛЕНИИ ПРИРОДНЫМИ ФАКТОРАМИ

Т.П.Палтушева, Г.А.Куанышбекова.

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

Как в Казахстане, так и во всем мире растет потребность в усилении мер по укреплению здоровья населения. На здоровье человека и его способности к профессиональной деятельности оказывает влияние не только ухудшение экологической ситуации, но и антропогенное – природное и социальное загрязнение внешней среды.

В связи с этим, актуальным является изучение механизмов нарушения основных функций

жизнеобеспечения организма и разработка методов их коррекции.

Не секрет, все увеличивающийся поток лекарственных препаратов позволяет решить какую-то часть проблем. В то же время их качество и цена играют свою отрицательную роль. Все это привело к ситуации, когда широкие слои населения пытаются найти свои пути, как в поисках методов лечения, так и оздоровления. При этом все больше и больше людей



обращаются к не медикаментозным методам. Большой популярностью в нашей стране пользуется метод (природно-оздоровительный), состоящий из кратковременного низкотемпературного воздействия, дозированного голодания и аутотренинга. Этот метод оздоровления предполагает многостороннее воздействие на человека, приводя в гармонию основные составляющие системы здоровья: физическую, психическую и духовную, поэтому использование этого метода оздоровления в качестве модели изучения перестройки адаптационных механизмов в процессе оздоровления представляет научный интерес.

За время работы обследованы люди разных возрастных групп, в т.ч. дети, беременные женщины, в нем представлены результаты изучения динамики гормонов поджелудочной железы, надпочечников и некоторых медиаторов.

Применяемые для оздоровления факторы (низкотемпературное воздействие, дозированное голодание) являются стрессом для организма. По современным представлениям первоначальная фаза любой стрессовой реакции связана с возбуждением симпатического отдела нервной системы и усилением секреции катехоламинов[1,2]. Последние оказывают стимулирующее влияние на гипоталамус, который в свою очередь способствует усилению секреции гормонов.

Ранее нами был исследованы изменения нейрогормонального статуса молодых военнослужащих, применяющих вышеупомянутую методику, а также влияние этого метода на гормональную регуляцию у медицинского персонала Республиканского реабилитационного центра [4]. Однако, до настоящего времени не были изучены механизмы воздействия, метода оздоровления на организм людей старшего возраста, применяющих вышеупомянутые оздоровительные процедуры в течение длительного времени.

Целью данной работы было изучение динамики секреции адаптационных гормонов и медиаторов при использовании природно-оздоровительных процедур более 10 лет у людей в возрасте 60 и более лет.

Материалы и методы Материалом для исследования была кровь людей занимающихся

оздоровлением с использованием природных факторов, а также людей ведущих обычный образ жизни. Кровь собирали из локтевой вены утром натощак в охлажденные центрифужные пробирки с гепарином, которые помещали в сосуд с тающим льдом. Полученную кровь центрифугировали 20 минут в рефрижераторной центрифуге ($t=+4^{\circ}\text{C}$, 4000 об/мин). Плазму отделяли, замораживали и хранили до проведения исследования при $t=-20^{\circ}\text{C}$.

Содержание кортизола, пролактина и инсулина определяли радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов. Радиоиммунологический анализ гормонов основан на конкурентном связывании. Исследуемые образцы плазмы крови инкубируют с гормонами, мечеными йодом-125, в пробирках, покрытых моноклональными антителами к данным гормонам. Затем содержимое пробирок удаляли и измеряли их радиоактивность. Подсчет радиоактивности производился на автоматическом счетчике «Гамма-12». Всего было проведено 126 радиоиммунологических анализов.

Содержание биогенных аминов изучали флюориметрическим методом.

В данной части исследования проведено сравнение концентраций гормонов и нейромедиаторов у людей, применяющих оздоровительные процедуры более 10 лет, с аналогичными показателями в контрольной группе (рис. 1). Для большей наглядности полученных результатов был произведен подсчет уровней изученных соединений у людей, занимающихся оздоровлением, в процентах по отношению к таковым в контроле, (взятым за 100%).

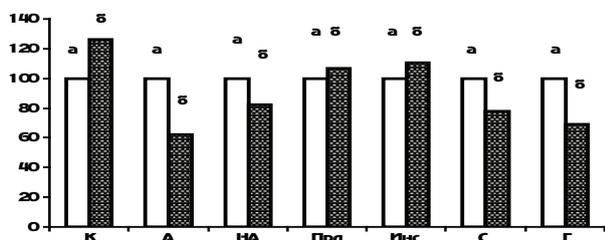
Результаты и дискуссии: Всего было обследовано 126 человек в возрасте от 60 до 68 лет занимающихся оздоровлением с использованием природных факторов (основная группа). Контрольную группу составили 113 человек аналогичного возраста, не занимающихся оздоровлением.

Анализ полученных результатов показал, что у людей, длительно занимающихся природно-оздоровительной методикой, наблюдаются изменения в содержании всех исследованных гормонов и нейромедиаторов. Наиболее значительная разница была найдена для био-



генных аминов. Было выявлено, что у людей, основной группы наблюдается уменьшение содержания биогенных аминов: адреналина – на 37,8%, норадреналина – на 18%, серотонина – на 21,9%, гистамина – на 31,9% ($p < 0,05$). При этом уровни кортизола, пролактина и инсулина были выше нормы на 26,4%, 6,6% и 10,7% соответственно.

В отличие от катехоламинов, содержание кортизола у людей длительно занимающихся оздоровлением по сравнению с контрольной группой было незначительно повышенным - $228,64 \pm 29,63$ ммоль/л против $260,72 \pm 20,43$ ммоль/л. Повышение содержания кортизола является компенсаторным падению уровня аминов, что необходимо для поддержания гомеостаза.



По оси абсцисс: исследуемые соединения: К – кортизол, А- адреналин, НА – норадреналин Прл – пролактин, Инс – инсулин, С – серотонин, Г – гистамин.

По оси ординат: содержание гормонов и нейромедиаторов у лиц, длительно занимающихся оздоровительными процедурами (б) в % по отношению к таковому в контрольной группе (а).

Рисунок 1 - Содержание гормонов и нейромедиаторов в плазме крови у лиц, длительно занимающихся оздоровительными процедурами

Колебания концентрации серотонина и гистамина при использовании оздоровительных процедур в течение длительного срока были понижены, по сравнению со значениями контрольной групп. Сравнение групп с разными сроками оздоровления выявило, что содержание катехоламинов было меньше у людей, занимающихся оздоровлением более длительное время. Тогда как концентрации серотонина и гистамина у них были повышены. Уровни адреналина и норадреналина отражают функциональное состояние симпато-адреналовой системы [3,4]. Считается, что секреция адреналина более соответствует активности гормонального звена

симпато-адреналовой системы (мозговой слой надпочечников), а норадреналина – ее медиаторного звена (нервная система). При воздействии острого стресса секретируется в основном адреналин, а секреция норадреналина в основном характерна для стресса хронического и отображает более высокие адаптационные возможности человека.

Понижение содержания катехоламинов при длительном применении оздоровления является благоприятным признаком для поддержания здоровья обследованных людей, так как свидетельствует об изменении в содержании гормонов. Процедуры, используемые при оздоровлении в частности, кратковременное низкотемпературное воздействие (обливания холодной водой), направлены в основном на тренировку этой системы. В частности, адреналин участвует в адаптации организма к воздействиям низких температур [6]. При обследовании молодых военнослужащих и медицинского персонала Реабилитационного центра нами было выявлено, что начальный период занятий по этой системе сопровождается значительным увеличением концентраций катехоламинов. Наиболее сильные изменения наблюдались в первые три месяца тренировок. Стабилизация адаптационных процессов наступала после шести месяцев занятий.

Видимо стрессорное воздействие применяемых процедур не являлось чрезмерным для организма, так как верхние границы концентрации этого гормона не поднимались выше нормы. Наоборот, оздоровительные процедуры способствовали поддержанию оптимального уровня кортизола, тогда как в контрольной группе его концентрация была ниже нормы. Возможно, увеличение содержания кортизола является компенсаторным падению уровня катехоламинов и необходимо для поддержания гомеостаза в этих условиях.

Концентрация пролактина и инсулина при длительном использовании системы оздоровления была несколько выше, чем в контрольной группе. Данные гормоны обладают очень сходным действием, ускоряя утилизацию глюкозы и стимулируя анаболические процессы, в частности, образование жира из углеводов. Поэтому параллельное повышение содержания ин-



сулина и пролактина можно рассматривать как реакцию организма, необходимую для нормализации обмена углеводов при длительном воздействии применяемых стресс-факторов. Ранее нами также было выявлено активное участие этих гормонов в регуляции обменных процессов у обследованных людей, особенно в начальный период использования оздоровительных процедур[5].

Таким образом, изменения гормонального статуса в организме людей старшего возраста длительное время применяющих природные оздоровительные процедуры свидетельствуют о том, что повышается адаптационный потенциал их организма, проявляющийся в уменьшении секреции катехоламинов на холодовые воздействия, ускорении утилизации глюкозы, нормализации углеводного обмена, стимуляции анаболических процессов.

Литература:

1. Ахтямова Э.Э. Муталов А.Г. Мусин З.Х. Состояние сердечно-сосудистой системы при воздействии кратковременных холодовых экс-

позиций., Современные методы диагностики ,лечения и реабилитации больных сахарным диабетом с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, Башкирский мед. институт,Уфа.1990 ,с.22-27

2. Ахтямова Э.Э.. Муталов А.Г. Реакция вегетативной нервной системы на действие холодового раздражителя , Вопросы теорет. и практич. медицины .Башкирский мед. институт 1991 , с.138-139

3. Авакян О, М, Симпато-адреналовая система – Методы исследования освобождения рецепции и захват катехоламинов , Л.»Наука » .1977

4. Држевская И.А. , Основы физиологии обмена веществ в эндокринной системе, Москва,1994

5. Дюсембин Х,Д., Палтушева Т.П., Смирнова А.Г.. Куанышбекова Г.А., Динамика секреции стрессорных гормонов при занятиях по системе «Детка» ,Вестник Каз.НУ , серия биол., 2003, № 2 , с. 115-118

6. Теппермен Д.Ж., Теппермен Х, Обмен веществ и эндокринная система ,М. «Мир» , 1999

ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыста табиғи сауықтырумен ұзақ уақыт бойына айналысатын аға буын өкілдерінің (60 жастағы және одан үлкен) гормоналдық мәртебесі жәй-күйін талдау берілген. Гормондар мен медиаторлардың шоғырлануынан анықталған өзгерістер суықтың әсерінен катехоламиндер секрециясының азаюымен, глюкозаны пайдаланудың үдеуімен, темірсу алмасуының қалыпқа келуімен, анаболиялық процесстерді ынталандырумен, организмнің бейімделу шамасының артуы арқылы білінетін организмнің жауап реакциясын дәлелдейді.

SUMMARY

In the given work an analysis of hormonal status at elderly people (60 and more years) long term practicing natural health improving procedures is presented. Revealed changes in hormones and mediators concentrations testify to organism response, shown in reduction of catecholamines secretion on exposure to cold, acceleration of glucose utilization, normalization of carbohydrate metabolism, improving of body adaptation potential.



РОЛЬ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В СОХРАНЕНИИ И УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ (обзор)

А.А.Адаева.

Национальный Центр проблем формирования зорового образа жизни, г.Алматы.

Охрана здоровья подрастающего поколения является одной из наиболее актуальных задач общества, поскольку в последние десятилетия в стране прослеживается выраженная негативная тенденция к ухудшению их здоровья. Объясняется это не только экономической ситуацией, нарастанием процессов социальной напряженности в обществе, экологической обстановкой и накопившимися проблемами в здравоохранении, но и прочно укоренившимся в сознании большинства людей безответственным, потребительским, а порой и пренебрежительным отношением к собственному здоровью [1, 2, 3].

Сложившиеся в предшествующие годы тенденции ухудшения здоровья подростков приняли устойчивый характер и в современных условиях характеризуются высокой распространенностью морфофункциональных расстройств, хронических заболеваний, нарушений физического и психического развития [4, 5, 6].

Показатель общей заболеваемости подростков Казахстана с 2005 по 2008 гг. увеличился с 111 861,2 до 130006,5 на 100 000 соответствующего населения. Как и в прежние годы, показатель формируется за счет класса «Болезни органов дыхания» - 39604,0 на 100 000 подросткового населения. На втором месте – заболевания пищеварительной системы – 12889,0, на третьем – болезни глаза и его придатков - 11202,9. Резко возросла заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов, остаются на стабильно высоком уровне заболевания мочеполовой системы. Ежегодно в Казахстане регистрируется порядка 10 тысяч случаев подростковой беременности, из них 6 тысяч заканчивается абортми, остальные случаи - родами.

В большинстве крупных научных исследованиях последнего десятилетия рост заболеваемости связывается с несоблюдением подростками здорового образа жизни, выбором ими патологических форм поведения, существенно влияющих на состояние здоровья и качество

жизни. При этом подчеркивается, что среди факторов риска развития патологии ведущее место занимает образ жизни [7, 8, 9, 10]. Поэтому весьма важным в оценке состояния здоровья подростков является изучение показателей, характеризующих отношение индивида к своему здоровью – самооценки здоровья, места здоровья в системе жизненных ценностей, медицинской грамотности, наличия вредных привычек, характера питания и т.д. [11].

Решение вопросов оздоровления подростков и молодежи связано с преодолением специфических трудностей, поскольку именно в этот возрастной период возникают риски развития аддиктивного поведения, которые наряду с другими факторами, включая недостаток информации и образования в области формирования навыков здорового образа жизни, а также многими достижениями научно-технического прогресса, приводящими к пассивному образу жизни, неправильному питанию, сказываются на качестве здоровья молодого поколения. Поэтому основная задача гигиенического обучения и воспитания — сформировать потребность в здоровье и обеспечить ее высокую конкурентоспособность относительно других потребностей. Идеалом в этом случае выступает стратегия здоровьесберегающего поведения, под которой понимают систему действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, снижение заболеваемости и увеличения продолжительности жизни, оно включает в себя установки на здоровый образ жизни в самом широком смысле. Сюда входит не только отсутствие вредных привычек, но и профилактика заболеваний, эстетика здорового тела, и, главное, ценностное отношение к собственному здоровью [11, 12].

Таким образом, под готовностью к здоровьесбережению следует понимать сложное интегративное образование, включающее мотивы, специальную информированность, здоровьесберегающие навыки. Готовность к здоровьесбе-



режению имеет четырехкомпонентную структуру и включает мотивационно-потребностный, информационно-диагностический, операционально-действенный и поведенческий компоненты. Отсутствие системности и целостности при построении процесса формирования ценностного отношения к здоровью приводит к тому, что подростки имеют смутные представления о здоровом образе жизни, их знания и умения отличаются узостью и однотипностью; у большинства учащихся нет убежденности в ценности здоровьесберегающего поведения.

Изучение специфики отношения подростка к здоровью позволяет установить его реальную значимость для личности, «удельный вес» среди других ценностей (труда, свободного времени, образования). Изучение представлений о здоровье позволяет более четко понять поведение современного подростка, неиспользованные возможности профилактики определенных болезней, выявляет тенденции структурных преобразований в обществе, а также имеет практическое значение для внедрения программы по продвижению здорового образа жизни.

В современном мире именно здоровье отнесено к числу общечеловеческих ценностей и является одним из основных критериев определения развитости цивилизации. Это справедливо, так как от уровня здоровья и его качественных характеристик зависит полнота и интенсивность многообразных жизнепроявлений человека. Здоровье – качественная предпосылка будущей самореализации подрастающего поколения, их активного долголетия, способности к созданию семьи, к сложному учебному и профессиональному труду, общественно-политической и творческой активности [13].

В настоящее время ощущается явный недостаток зрелой идеологии, совершенной системы медико-социальной поддержки молодежи, которая обеспечивала бы принятие необходимых превентивных мер и способствовала бы нивелированию последствий влияния стихийного развития рынка. Все острее ощущается рассогласование деятельности традиционных общественных институтов, участвующих в процессе социализации, воспитания и образования личности (семья, учебное заведение, средства массовой информации), что не позволяет им

в полной мере способствовать реализации потребностей индивидуума. В коррекционной практике имеются значительные проблемы, показывающие неэффективность и несвоевременность проводимых мероприятий. При исследовании здорового образа жизни как средства исправления отклоняющегося поведения усилия, в основном, сосредотачиваются лишь на преодолении отдельных факторов риска (табакокурение, наркомания) [14].

Рост негативных явлений в среде подростков вызывает обоснованную тревогу общества и государства. Существующая проблема самосохранительного поведения подростков заключается в противоречии между сознанием в области здоровья и реальным поведением, в основе которого лежат самые различные, иногда конфликтные, потребности. При этом значительная часть видов поведения, оказывающих влияние на здоровье, обуславливается мотивами, часто непосредственно несвязанными со здоровьем. Поведение подростков в сфере здоровья является, главным образом, результатом общепринятой деятельности, не требующей приложения особых усилий и определяемой существующими в обществе социальными нормами. Сочетание наименьшей социальной и психологической защищенности с новыми общецивилизованными тенденциями страны создает для подростков повышенную зону риска. Малая предсказуемость сегодняшней действительности дает основание выделить подростков как носителя человеческого потенциала завтрашней страны в особую социальную группу. Подростки наиболее пластично восприимчивы к различного рода инновациям, включая формирование новых представлений и ценностей. Именно в подростковом возрасте возможна эффективная коррекция патологических отклонений.

Поэтому разработка и оценка качественных подходов к проблеме сохранения и укрепления здоровья молодого поколения, как в соматическом, так и в социальном аспекте, своевременность и целенаправленность их реализации являются актуальными задачами, к решению которых должны быть привлечены специалисты различных областей, поскольку эта проблема носит комплексный медико-социальный характер [15, 16, 17].



Необходимость разработки конкретных медико-социальных мероприятий в области охраны здоровья и активизация коммуникативных программ, направленных на изменение привычек и поведения с рискованного на здоровьесберегающее, требует проведения углубленной оценки различных поведенческих стереотипов подростков, сопряженных с риском для их здоровья. Выделение приоритетных для подростков факторов риска создает возможность влиять на сложившуюся ситуацию, определить новую стратегию сохранения здоровья, основанную на социальной ценности здоровья личности и идеи ответственного отношения каждого человека за свое здоровье [18].

Формирование у учащихся здорового жизненного стиля, подразумевающего успешную адаптацию, социализацию, стремление к саморазвитию возможны только при повышении уровня медицинской культуры, знаний о том, как эти установки правильно реализовать, которые в дальнейшем позволят вчерашнему школьнику самостоятельно способствовать сохранению и укреплению своего здоровья.

Проблема охраны здоровья подростков привлекает к себе все большее внимание медицинской общественности, так как систематический анализ и изучение особенностей состояния их здоровья в динамике, выявление ведущих факторов и условий, оказывающих самое непосредственное воздействие на здоровье, является важнейшим моментом в разработке программ целенаправленной профилактики. Нивелирование негативных и активное воздействие на позитивные детерминанты, внедрение здоровьесберегающих технологий в деятельность лечебно-профилактических, образовательных организаций позволят существенно улучшить показатели здоровья подростков.

Использованная литература:

1. Поздеева Т.В. Оценка и формирование самосохранительного поведения как инструмент профилактики репродуктивного здоровья // Проблемы городского здравоохранения: выпуск 11, сб. научных трудов под общ. ред. проф. Вишнякова Н.И. – Санкт-Петербург, 2006. – Изд-во НИИХ СПб. ГУ. – С. 294-297.
2. Сысоева О.В. Особенности формирования

здоровьесохраняющего поведения учащейся молодежи (на примере Хабаровского края) // Материалы научно-практической конференции «Состояние здоровья коренных народов Дальнего Востока», посвященной 60-летию подготовительного отделения народов Севера. – Хабаровск: ГОУ ВПО ДВГМУ. – 2009. – С. 92-100.

3. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // СОЦИС: Социол. исслед. - 2000. №5. - С. 66-75.

4. Соловьев Е.Ю. Методические подходы к оценке функционального состояния организма подростков / Науч. тр. ГИУВ МО РФ. – М.: Изд-е ГИУВ МО РФ, 2007. – Т. VII. – С. 92.

5. Сухарев А.Г. Методика социально-гигиенического мониторинга детского и подросткового возраста // Здоровье населения и среда обитания. Информационный бюллетень. - №2. - 2002. - С. 4-10.

6. Федоров А.И., Шарманова С.Б. Здоровье и поведение школьников: социально-педагогический мониторинг здоровья, физической активности и образа жизни школьников: Уральский федеральный округ. - Челябинск, 2004. – 88 с.

7. Савельева Л.Г. Факторы риска и здоровье студентов колледжей Юго-Западного административного округа г. Москвы // Науч. тр. ГИУВ МО РФ. – М.: Изд-е ГИУВ МО РФ, 2006. – Т. V. - С. 24.

8. Комков А.Г., Лубышева Л.И., Малинин А.В., Утенко В.Н. Здоровье и поведение российских школьников. Отчет – 2003: Национальные и региональные особенности. – СПб.: СПбНИИФК, 2004. – 228 с.

9. Currie, C., Roberts, A., Morgan, R., Smith, W., Settertobulte, O., Samdal, V., Rasmussen. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2004. – 248 p.

10. Кульжанов М.К., Мергенова Г.А., Сарымсакова Б.Е., Балабаев Т.Ф. Гендерные различия некоторых поведенческих факторов риска подростков // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2005. - № 2,3. - С. 49-54.

11.Абросимова М.Ю. Отношение к здоровью и самосохранительное поведение учащихся подростков // Здоровье населения и среда обитания: информационный бюллетень. - 2004. - №3(132). – С. 18-20.

12.Маджуга А.Г., Сабитова Л.Б., Антонова О.В. Валеологический подход к формированию здоровьесберегающих стратегий поведения личности // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. - 2009. - № 3.- С.50-53.

13.Гафиатулина Н.Х. Здоровье учащейся молодежи как социальная проблема // Тезисы докладов и выступлений Всероссийского социологического конгресса «Глобализация и социальные изменения в современной России». Т. 12. (Москва 3-5 октября 2006 года). М.: Альфа-М. 2006. – С. 35-36.

14.Биловус В.К., Михайлова О.Н. Участие медицинских работников в формировании здоровьесберегающего поведения молодежи. Волгоград. ВДСП. - 2006.

15.Безруких М. М., Сонькина В. Д. Здоровьесберегающие технологии в общеобразовательной школе: методология анализа, формы, методы, опыт применения - М.: Триада-фарм, 2002. - 114 с.

16.Вайнер Э.Н. Формирование здоровьесберегающей среды в системе общего образования // Валеология.- 2004. - №1. - С.21-26.

17.Милюков В.А., Стронгина Т.Б. Некоторые формы привлечения общественности к работе с детьми и подростками. // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2007. – №3. – С. 58-60.

18.Баранов Л. А., Кучма В., Тутельян В.Л., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России // Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. - С. 7-26.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

Г.М.Усатаева, Л.Ж.Камзебаева.

Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.

Введение

Травматизм, как причина летального исхода, занимает первое место среди причин смерти у детей и подростков /1/. Ежегодно несчастные случаи являются причиной около 22 млн. травм, отравлений и ожогов и сотен тысяч смертельных исходов среди детского населения /2, 3/. Основными причинами гибели детей по всему миру являются дорожно-транспортные происшествия (ДТП), утопления, ожоги и падения /4/.

Ожоги являются повреждением, при котором поражается кожа или другие ткани при воздействии термического фактора /5/. У детей ожоги проявляются тяжелее, чем у взрослых по при-

чине площади тела, толщины кожи и слизистых оболочек, и времени реакции. Ожоги являются одной из ведущих причин смертности, инвалидности заболеваемости детей в большинстве стран мира /6/.

Эпидемиологическая характеристика ожогов

В среднем, мировой показатель детской смертности по причине ожогов составил 3,9 на 100000 человек соответствующего населения. Показатели детской смертности по причине ожогов в странах с низким и средним уровнем развития экономики (страны Африки, Юго-Восточной Азии и Ближнего Востока) в 11 раз превышает аналогичный показатель в высоко-



развитых странах (страны Западной Европы, Австралия): 4,3 и 0,4 на 100000 человек соответственно /3/. В Казахстане показатель смертности по причине ожогов в 2004 году составил 1,0 на 100000, что в 2,5 раза превышает показатель в странах Западной Европы /7/.

Наибольший риск ожоги представляют для детей грудного возраста. В этом возрасте дети наиболее уязвимы, как в отношении получения ожогов, так и в отношении выживания после данного вида повреждений /8/.

На сегодняшний день первичная профилактика ожогов является наиболее эффективным мероприятием по снижению смертности и заболеваемости среди детей грудного возраста. Для обоснования профилактических мероприятий было проведено исследование по определению основных факторов риска и обстоятельств получения ожогов среди детей в возрасте до 1 года.

Методы исследования

Объектом исследования стало детское население в возрасте до одного года, находившееся на стационарном лечении по причине травм, отравлений и других последствий воздействия внешних причин в Детской городской клинической больнице №1 города Алматы (ДГКБ).

Было проведено сплошное ретроспективное

Таблица 1. Обстоятельства получения ожога

Обстоятельства получения ожога	всего		мальчики		девочки	
	абс	%	абс	%	абс	%
во время кормления/за столом	31	30,7	19	30,2	12	31,6
во время купания	2	2,0	1	1,6	1	2,6
в ходе игры с ребенком	14	13,9	9	14,3	5	13,2
оставлен без присмотра	54	53,4	34	53,9	20	52,6
Всего	101	100	63	100	38	100

Выводы и заключение

В структуре госпитализации по поводу бытовой травмы первые места заняли термические ожоги, случайные падения и отравления. Среди всех причин госпитализаций детей в возрасте до одного года ожоги составили 30%. Мальчики чаще страдали от термических ожогов (62,3%), чем девочки (37,7%). Повреждающим факторами для ребенка в возрасте до 1 года стали горячие жидкости или поверхности. Чаще всего в момент получения ожогов дети

исследование. В качестве источника информации использовалась медицинская карта стационарного больного (форма 003-у). Было отобрано 338 единиц наблюдения (только случаи бытового травматизма). Для ввода и обработки данных использовались программы MS Excel версии 7.0 и SPSS версии 11.0.

Результаты

Первое место в структуре бытовых травм среди детей до 1 года заняли термические ожоги. Из 338 детей 101 ребенок (30%) был госпитализирован по причине получения ожогов. Среди пострадавших по причине ожогов детей 62,3% составили мальчики, 37,7% - девочки. Преобладание мальчиков среди пострадавших детей было статистически значимо, $p < 0,05$.

В таблице 1 отражены обстоятельства получения ожогов госпитализированных детей. Все действия, манипуляции связанные с уходом за ребенком или отсутствием его, которые создали травмоопасную ситуацию, были разбиты группы (таблица 1). Чаще всего дети в момент получения ожога оставались без присмотра (53,4%), находились за столом или принимали пищу (30,7%). Мальчики чаще получали ожоги, чем девочки, за исключением купания. И девочки и мальчики чаще получали травмы, когда оставались без присмотра.

находились без присмотра или за столом.

Таким образом на основании полученных данных мы можем сформулировать несколько основных направлений для разработки профилактических мероприятий по снижению ожоговых повреждений среди детей до 1 года:

- создание безопасной окружающей среды путем элиминации повреждающих агентов или создания препятствий для достижения опасных предметов детьми.
- повышение осведомленность родителей



об обстоятельствах получения детьми грудного возраста ожогов;

•обучение родителей оказанию правильной первой помощи детям при ожогах.

Как показывает опыт многих стран, достигших значительного снижения детской смертности и заболеваемости по причине травм и ожогов, только сочетание различных подходов и совместные усилия общества являются эффективными в предотвращении травм среди детского населения.

Список литературы:

1.Крупеня В.И. Эпидемиологические аспекты изучения и проблемы травматизма // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1988. - №1. – С. 67-68.

2.Patterson M. Prevention: the only cure for pediatric trauma. // Orthopaedic Nursing. 18(4):16-20, 1999 Jul-Aug.

3.World Report on Child Injury prevention. Geneva, World Health Organization, UNICEF, 2008.

4.WHO (2005). Child and Adolescent injury prevention: a global call to action. Geneva, Switzerland.

5.Facts about injuries: burns. Geneva, World Health Organization and International society for burn injuries, 2006.

6.Mason J., Chan N., Chiu T., Burd A. Prevention of Paediatric Burn Injuries in Europe and around the World//1st European Conference on Injury prevention and Safety Promotion.-Vienna, 2006.- P.84.

7.WHO (2008). European Report on Child Injury Prevention. Copenhagen, WHO Regional office for Europe.

8.WHO mortality database: tables. Geneva, World Health Organization, 2008

9.Основные показатели травматолого-ортопедической службы Республики Казахстан в 2004 году (статистический сборник). Министерство здравоохранения Республики Казахстан, НИИ травматологии и ортопедии. Астана, 2005.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВОЕ МОЛОКО», КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В.Н.Кожевников. Молочный союз Казахстана, г.Алматы.

Две смерти в мире из восьми можно было предотвратить только за счет правил питания. Однако на данный момент потребление такого необходимого продукта как молоко в Казахстане на душу население в два-три раза ниже, чем в развитых странах мира. Немаловажным является и тот факт, что 96% молока потребляемого в Европе прошло заводскую обработку, что является гарантом качества и безопасности продукта. В нашей стране большая часть молока сомнительного качества, приобретается во дворах и вдоль дорог. Такое молоко экспертами признается не соответствующим требованиям к качеству и безопасности.

На сегодня в Казахстане стоит проблема обеспечения безопасности молока как продукта. Для этого необходимо осуществить комплекс мер на всех этапах. Необходимо добиться цивилизованного и непрерывного продвижения молока по цепи «хозяйство - молокоприемный пункт - перерабатывающее предприятие - потребитель».

В настоящее время только 27% надоенного молока попадает на молокоперерабатывающие предприятия и проходит заводскую обработку. Почти 50% молока не попадает под надзор ветеринарно-санитарных органов и исполнительной власти, о чем говорит отсутствие со-



проводительной документации у продавцов стихийной торговли, факты продажи разлитого молока в не предназначенных для этого местах. Регулярно выявляются факты продажи как фальсифицированного разлитого молока в условиях такой торговли, так и зараженного бактериями бруцеллеза.

С целью увеличения производства и потребления молока, обеспечения качества и безопасности продукта, культуры его потребления в целом, укрепления здоровья населения Казахстана Молочным союзом была инициирована программа «Здоровое молоко». Программа «Здоровое молоко» предусматривает такие шаги как:

- совершенствование и применение Технического регламента Республики Казахстан «Требования к безопасности молока и молочной продукции» ко всем производителям на всех этапах производства, не зависимо от формы собственности и владения, в том числе одиноким частным производителям;

- участие в экспертизе государственных программ по совершенствованию молочной отрасли, что будет способствовать получению здорового молока-сырья;

- создание центров качества молока;

- предложение комплекса мер по защите прав потребителя;

- проведение информационной кампании в пользу выбора «здорового молока»;

- разъяснение преимуществ ультрапастеризованного молока (УНТ), которое по сохранению витаминов, кальция и белка является наиболее перспективным направлением для потребительского выбора.

Одной из основных целей программы является привлечение внимания правительственных органов и общества, объединение всех заинтересованных сторон для формирования культуры питания, потребления «здорового молока», как продукта способствующего профилактике как многих хронических, системных болезней так и, укрепляющего здоровье населения в целом.

ТҰЖЫРЫМ

Әлемнің дамыған елдерімен салыстырғанда, Қазақстанда сүтті пайдалану 2-3 есеге төмен. Алайда сүт сапасы және оның денсаулыққа қауіпсіздігі көбіне талаптарға сай келмейді. Мысалы, Қазақстанда өндірілетін сүттің тек 27% ғана өндірістік өңдеуден өтеді. Сатылатын сүттің шамамен 50% санитарлық – ветеринарлық бақылаудан өткізілмейді. Осыған байланысты, Сүт одағы «Пайдалы сүт» бағдарламасын ұсынды. Бағдарлама мақсаттары – сүт өнімдерінің қауіпсіздігі проблемасына қоғам мен мемлекеттік органдардың назарын аудару, созылмалы аурулардың алдын алуға және халықтың денсаулығын жақсартуға ықпал ететін «пайдалы сүтті» қолданудың мәдениетін қалыптастыру.

SUMMARY

Milk consumption in Kazakhstan in 2-3 times more low than in the developed countries of the world. However quality of milk and safety for health in many cases does not meet the requirements. So, for example, only 27 % of milk in Kazakhstan are delivered industrial processing. About 50 % of sold milk there does not pass the sanitary-veterinary control. In this connection, the dairy union initiated the program «Health milk». The purposes of the program - attraction of attention of the public and the state bodies to a problem of safety of dairy products, formation of culture of the use of «healthy milk», promoting preventive maintenance of chronic diseases and improvement of health of the population.



ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ ПЕРЕЛОМОВ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

*А.А.Турекулова, У.Д.Джуманов, Г.А.Кадырова.
Центральная городская клиническая больница, г.Алматы.*

Остеопороз является самым распространенным заболеванием костной ткани и заслуживает пристального внимания травматологов-ортопедов и организаторов здравоохранения из-за высокого риска развития переломов при воздействии малоэнергетической травмы на ослабленную остеопорозом кость. Переломы на фоне остеопороза и остеопении являются одной из ведущих причин инвалидности и смертности среди больных неинфекционными заболеваниями.

На сегодняшний день бисфосфонаты рассматриваются в качестве препарата первой линии в лечении остеопороза. Способность бисфосфонатов подавлять патологическую резорбцию костной ткани и стимулировать образование кости определяет их лечебное действие при остеопорозе. Одним из таких препаратов, зарегистрированным в Казахстане, является Осталон (алендронат).

Целью настоящего исследования являлась выявление остеопороза среди пациентов с различными неинфекционными заболеваниями с помощью изучения состояния минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и оценка эффективности препарата Осталон в комбинации с Кальций-Д3 Никомед Форте в предотвращении потери МПКТ у пациентов с остеопорозом.

Материалы и методы исследования. Диагностика остеопороза среди больных с различными неинфекционными заболеваниями с помощью определения МПКТ на уровне большеберцовой кости и лучевой кости, а также комплексное лечение его проводились на базе Центральной городской клинической больницы г.Алматы. Определение МПКТ осуществлялось на ультразвуковом денситометре фирмы Sunlight Omnisense 7000P (Израиль).

Препарат Осталон (70 мг 1 раз в неделю утром натощак) получили 9 пациентов (3 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 40 до 59 лет (средний возраст - 50,2) с остеопорозом. Структурно-функциональное состояние кост-

ной ткани определяли на основании критериев ВОЗ, по результатам ультразвуковой денситометрии, где у всех больных имелись изменения МПКТ по Т-критерию ниже нормы от -1,4 до -3,8. Одновременно в течение полугода больные ежедневно получали Кальций-Д3 Никомед Форте по 1 таблетке (500 мг кальция и 400 МЕ витамина Д3) 2 раз в день, прошли курс лечебной гимнастики и были даны рекомендации по здоровому питанию.

Результаты. Исследование динамики МПКТ показало, что среди больных с остеопорозом уже через 6 месяцев после лечения было достигнуто увеличение МПКТ в большеберцовой кости на 1,2% и в лучевой кости на 0,3%. Все пациенты хорошо переносили комплексную терапию препаратами Осталон и Кальций-Д3 Никомед Форте. Не отмечено побочных реакций на прием препаратов. На фоне комплексной терапии пациенты отмечали снижение болевого синдрома, расширение двигательного режима, физической активности и улучшение общего самочувствия.

Таким образом, во всех случаях отмечалось увеличение показателей МПКТ по Т-критерию. По данным литературы, увеличение МПКТ приводит к снижению риска переломов костей, соответственно можно предполагать, что комбинация Осталона и Кальций-Д3 Никомед является профилактикой тяжелых осложнений остеопороза – переломов. Необходимо продолжить исследование в данном направлении.

Заключение.

Назначение Осталона (алендронат) в комбинации с Кальций-Д3 Никомед Форте, курса лечебной гимнастики и коррекция питания (достаточное употребление пищевого кальция) позволяют снизить интенсивность резорбции при остеопорозе и остеопении в относительно короткие сроки.

Коррекция структурно-функционального состояния костной ткани при остеопорозе и остеопении должна быть комплексной.



РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ ОЧАГИ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Е.А.Шуашева. Южно-Казахстанская Медицинская Академия, г.Шымкент.

До настоящего времени проблема диагностики, лечения и профилактики ревматических болезней остается актуальной. Большое количество публикаций свидетельствует о высеваемости бета-гемолитического стрептококка группы А у больных накануне перенесших обострение хронического тонзиллита, острый тонзиллофарингит, а в сыворотке найдены повышенные титры антистрептококковых антител (АСЛ-О, антидезоксирибонуклеазы В, антистрептокиназы, антигиалуронидазы). Поэтому возникает вопрос о наиболее целесообразной санации небных миндалин при ревматических заболеваниях. (1,3). Существующие различные способы лечения хронического тонзиллита не эффективны, об этом свидетельствует огромное количество методов консервативного, полухирургического и хирургического лечения. (2). Поэтому вопросы лечения хронического тонзиллита и профилактики системных осложнений являются весьма важными и актуальными, успешное решение которых возможно лишь при применении современных технологий.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование и лечение 70 больных. Возраст больных варьировал от 15 до 56 лет. Высокая эффективность применения озон/Но ультразвукового метода при лечении хронического тонзиллита у 70 больных хроническими ревматическими заболеваниями была подтверждена в клинической практике. Контрольное обследование (клиническое и бактериологическое) больных хроническим тонзиллитом (ХТ) проводилось на 5 сутки, 10 сутки, через 6 месяцев и один год после лечения. Данные фарингоскопии и микрофарингоскопии оценивались на 3-е, 5-е, 10-е сутки лечения и в отдаленные сроки (1 год).

Результаты собственных исследований

Клинические результаты лечения хронического тонзиллита у больных хроническими ревматическими заболеваниями получены хорошие и удовлетворительные результаты, кото-

рые отражены на графике №1.

При хороших результатах у 51 (72,8%) больных к концу лечения исчезали как объективные так и субъективные признаки хронического тонзиллита (ХТ): при удовлетворительных у 19 (27,2%) больных, исчезали частично объективные, полностью субъективные признаки.

При лечении озон/Но ультразвуковым методом в группе с хорошими результатами у больных хронической ревматическими заболеваниями в динамике у них нормализовалась фарингоскопическая картина, исчезли признаки тонзиллогенной интоксикации, нормализовались показатели лабораторных исследований.

Удовлетворительный результат наблюдался у 19 (27,2%) больных хроническими ревматическими заболеваниями при лечении озон/Но ультразвуковым методом.

Под влиянием лечения у них улучшилась фарингоскопическая картина (уменьшение размеров небных миндалин, изменение цвета слизистой оболочки до розовой, уменьшение застойных явлений в дужках), проявление тонзиллогенной интоксикации исчезли у 7 (12%) больных. Со стороны лабораторных тестов отмечена положительная динамика.

В динамике лечения хронического тонзиллита (ХТ) у больных хроническими ревматическими заболеваниями прослежены изменения фарингоскопической и микрофарингоскопической картины под действием озон/НО ультразвукового метода.

После проведения трех сеансов лечения у больных отмечалось некоторое усиление гиперемии слизистой оболочки небных дужек, исчезал цианотичный оттенок, что обусловлено переходом венозной (застойной) гиперемии в артериальную.

Устья лакун расширялись, определялись более четко, их просвет был свободен от патологического содержимого. Небные миндалины уменьшались в размере.

После 5 сеансов лечения у больных храни-



ческими ревматическими заболеваниями наблюдался положительный клинический эффект, заключающийся в исчезновении неприятных ощущений в горле. Больные отмечали чувство “свежести” и “легкости” в глотке. При фарингоскопии отмечалось уменьшение небных миндалин в размере, уменьшение застойных явлений в глотке лакуны очищались от патологического содержимого, подчелюстные лимфоузлы уменьшались в объеме, при пальпации безболезненны.

После 10 сеанса озон/NO ультразвукового метода, у больных хроническими ревматическими заболеваниями отмечено дальнейшее уменьшение небных миндалин в размере, ткань их стала более эластичной, слизистая оболочка их стала розовой, эластичной. Исчезновение симптомов Преображенского, Зака и Гизе наблюдалось у 25 (49%) больных. Устья лакун приобретали щелевидную форму. У 45 (88,2%) больных исчезли явления регионарного лимфаденита. Больные отмечали исчезновение усталости, неприятных ощущений в глотке, неприятного запаха изо рта. Значительно повышался общий тонус организма, повышалась работоспособность.

При контрольном осмотре больных через год после лечения озон/NO ультразвуковым методом установлено, что рецидивов заболевания не наблюдалось.

Результаты лечения ХТ у больных ХРБС и ХРА показали, что лечение озон/NO ультразвуковым методом снижает количество рецидивов, уменьшает сроки временной нетрудоспособности.

Удовлетворительный результат наблюдался у 19 (27,2%) больных при лечении озон/NO ультразвуковым методом.

В динамике проводимого лечения у них улучшилась фарингоскопическая картина (уменьшение размеров миндалин, изменение цвета слизистой оболочки до розовой, уменьшение застойных явлений в дужках), проявления тонзиллогенной интоксикации.

Бактериологическое исследование содержимого лакун небных миндалин в возникновении ревматических заболеваний, ведущую роль играют микроорганизмы, вегетирующие в лакунах небных миндалин. Установлена взаимосвязь между состоянием небных миндалин и их бактериальной обсемененностью. Эффективность консервативного лечения мы оцениваем динамикой качественного и количественного состава микрофлоры лакун небных миндалин.

Микробиологические исследования мы проводили в аэробных условиях до лечения, на 5-е и 10-е сутки. Микрофлора лакун небных миндалин представлена в таблице № 1.

Таблица №1. Результаты микробиологических исследований

Вид микрофлоры	До лечения	5 сутки	10 сутки	Через 1 год
β – гемолитический стрептококк группы А	ОР	СР	Нет роста	ОСР
<i>Streptococcus viridans</i>	УР	СР	Нет роста	ОСР
<i>Staphylococcus aureus</i>	УР	СР	Нет роста	ОСР
<i>Staphylococcus saprophiticus</i>	ОР	Нет роста	Нет роста	ОСР
<i>Candida albicans</i>	ОР	Нет роста	Нет роста	Нет роста



СР- скудный рост (10-25 колоний)
УР- умеренный рост (не менее 50 колоний)
ОР- обильный рост.(сплошной рост)
ОСР-очень скудный рост (до 10 колоний)

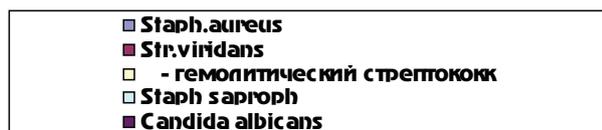
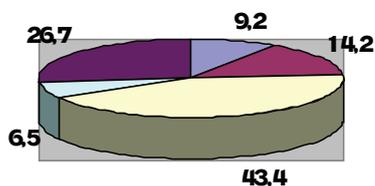


Рисунок 1. Видовой состав микрофлоры лакун небных миндалин представлена на рисунке

Необходимо отметить, что данные микроорганизмы высевались как в виде монокультур, так и в виде ассоциаций.

Наиболее часто определяли β - гемолитический стрептококк группы А- 43,4%.

Candida albicans- 26,7%.

Зеленящий стрептококк -14,2%.

Золотистый стафилококк-9,2%.

Сапрофитный стафилококк-6,5%.

Установлено, что бактериальная микрофлора сохраняется качественно, но идет ее уменьшение количественно. Из приведенной таблицы видно, что озон/НО ультразвуковой метод лечения оказывает не только антибактериальное действие, но и выраженный фунгицидный эффект.

Выводы

Применение озонотерапии на хронические очаги инфекции на миндалинах способствует значительному уменьшению количества β – гемолитического стрептококка и быстрому снятию признаков воспалительного процесса, что приведет к предупреждению рецидива ревматической болезни.

Литература:

1.Абельдиев Д.В., Шостак Н.А., Брико Н.И., Тимофеев В.Т. и др. Нозологическая диагностика и исходы артрита, ассоциированного со стрептококковой инфекцией . Тер.архив 2007.№5.Том 79. с 59-64

2.Педдер В.В., Овчинников Ю.М., Кротов Ю.А., Сургутскова и др//Озон NO - ультразвуковые технологии в лечении заболеваний лор органов. Метод. Рекомендации.-Омск.2005. – 68с

3.Плужников М.С., Лавренова Г.В., Никитин К.А. Ангина и хронический тонзиллит.- СПб., 2002.-150 с.

ТҰЖЫРЫМ

Баспа ауруларын емдеу максатында қолданылған озонотерапия инфекция ошағындағы β – гемолитикалық стрептококктың саның қуат азайтып, қабыну белгілерін жояды. Осыдан ревматизм ауруының рецидив беруінің алдын алады.

SUMMARY

Application ozeonotherapy on the chronic centers of an infection on mindalin's promotes significant reduction of quantity – gemolitical a streptococcus and to fast removal of attributes inflammatory process that will lead to prevention of relapse of rheumatic illness.



ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО МЕТОДА ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА

А.А.Кабулбеков, Ж.А.Кыстаубаева. Т.К.Суниев. КазНМУ, г.Алматы.

В Казахстане принят метод организации лечебно-профилактической помощи детям по Т.Ф. Виноградовой. Его применение затруднено из-за низкой информативности учитываемых факторов риска. Интенсивность кариеса не отражает предрасположенность организма к кариесу, не является универсальным из-за колебания интенсивности и сам метод сложен при исполнении. Общий статус не отражает склонность к поражению зубов (1).

В литературе приведены многочисленные варианты профилактики (Л.И. Косарева, В.Б. Недосеко и др., Морозова Н.В., Пахомов Г.Н.). Леус П.А. рекомендует воспитание здорового образа жизни, контроль потребления сахара, обработка фторидами. В Нидерланды, Англии, Ирландии, Дании, Швеции, США проводят комплексную профилактику, которая включает в себя предупреждение общих заболеваний, гигиеническое обучение и воспитание, борьба с микроорганизмами, улучшение профилактических мер. Причем исполнителями этих методов являются специально выделенные зубные гигиенисты(1,3,4,5,7).

В возникновении кариеса зубов играет роль многие факторы. Поэтому в профилактике имеет значение особенности развития организма детей и их отношение к своим зубам. Этапы развития детей можно разделить на 4 по Ушакову Г.Н. [11].

1. Моторный этап до 1 года;

2. Сенсомоторный до 6-7 лет. Уже в 2 года ребенок пытается чистить зубы;

3. Аффективный до 12 лет. В это время формируется сознание. Удобно для проведения уроков гигиенического воспитания и обучения;

4. Рассудочный от 12 лет и старше. Формируется личность ребенка.

Эти данные совпадают со временем критического периода, который установил Настоящий В.И. на основании ситуационного анализа стоматологического здоровья(7).

Нами на основании изучения заболеваемости кариесом установлено, что возрастные пе-

риоды в 6-7, 12,15 лет поражаемость кариесом возрастает. В эти периоды происходит смена и прорезывание зубов [2]. Профилактические меры, проведенные с учетом этапов развития привели к стабилизации и снижению интенсивности кариеса. В периоды развития при нарушении питания, прорезывания происходили изменения в содержании макро-микроэлементов слюны и зубов. Наибольшие сдвиги происходили при приеме сахара. При этом рентген-структурным анализом установлено, что эмаль меняется от апатита до аморфного фосфата кальция.

В условиях Казахстана отсутствуют конкретные исполнители профилактических мер, а стоматологи свое основное время использует для лечебной работы. Поэтому у них нет возможностей полноценно выполнять роль профилактиста.

Исходя из анализа, эпидемиологии кариеса и состояния стоматологической службы можно выдвинуть следующие практические рекомендации для детских стоматологов:

1. Для внедрения комплексной регионально-ориентированной профилактики стоматологических заболеваний необходимо внедрить службу зубных гигиенистов, т.е. «исполнителей» программы, как принято в развитых странах;

2. В условиях рыночной экономики бесплатные санации полости рта должны проводиться по обращаемости и добровольно, родители школьника совместно решают, где и как лечиться. Сплошная санация не оправдала себя, не предупреждает появление новых полостей. В то же время, учитывая сложность проблемы, можно оставить проведение бесплатной санации у детей в критические моменты развития зубов и пародонта:

I. 7-8 лет – в период созревания эмали;

II. 11 лет – в период гормональных перестроек в организме.

3. Стоматологическая санация и профилактика по схеме Виноградовой Т.Ф. себя оправдала в условиях советской социальной медицины,



но в новых условиях объем не выполним, т.к. даже в лучшие годы объем охвата доходил до 65-75% детей.

4. В основу деления детей на профилактические группы необходимо использовать определение стоматологического статуса и уровня здоровья [2,4,5].

Предлагается разделить на следующие три группы:

I. Здоровые – с наименьшим риском возникновения кариеса и болезней пародонта.

II. Дети со средним уровнем здоровья.

III. Дети с активным течением болезней.

К первой группе относятся дети у которых имеется мягкий налет на зубах с хорошим состоянием гигиены, КПУ до 2,0.

Ко второй группе относятся дети мягким и твердым налетом на зубах, гингивитом, удовлетворительным уровнем гигиены, КПУ выше 2,0 до 4,0.

К третьей группе относятся дети с неудовлетворительным уровнем гигиены, КПУ выше 4,0; гингивитом и др. заболеваниями.

5. Кратность профилактических мероприятий в группах определяется состоянием полости рта. Средства и методы зависят от правильности выбора.

6. В данное время необходимо издать новый совместный приказ Минздрава и Минобразования о проведении профилактики стоматологических заболеваний в организованных детских коллективах. Во всех школах создать кабинеты профилактики стоматологических заболеваний. Уроки гигиены полости рта должны входить в

расписание занятия (по одному занятию в неделю у младших, по два в месяц у детей средних классов и 1-2 раза в полугодие у старшеклассников). Во всех мероприятиях проводимых стоматологом должны принимать участие родители, воспитатели, органы здравоохранения и образования.

7. Основой для улучшения качества стоматологической помощи является достижение высоких результатов профилактики и проведение клинического аудита с целью выявления и устранения недостатков.

Литература:

1. Виноградова Т.Ф. Диспансеризация детей у стоматолога // М.-1988.-25-40с.

2. Кабулбеков А.А., Негаметзянов Н.Г., Кыстаубаева Ж.А. Профилактика стоматологических заболеваний у детей // Алматы, 2007.-11-32с.

3. Леус П.А., Васина С.А., Гудкова Н.Л. и др. // Методы рекомендации- М.- 1990.-38с.

4. Лукиных Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта // М., 2003.-18-92с.

5. Окушко В.Р., Косарева Л.И. Методика выделения дисп. групп диагностики кариеса зубов // Стоматология.- 1983.-№6.-С. 8-10.

6. Настоящий В.И. Выявление критического периода на основе ситуационного анализа // Комплексное лечение и профилактика стоматологических заболеваний. – Киев «Здоровье».- 1993.-308-309с.

7. Ушаков Г.Н. Детская психиатрия- М., Медицина, 1973.- с.57-58.

ТҰЖЫРЫМ

Тіс кариесінің шығу себептерін тексерудің нәтижесінде оның алдын алу әдісі ұсынылды.

SUMMARY

The causes of caries and their preventive treatment have been recommended.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА УТОПЛЕНИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Г.М.Усатаева. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы.

Утопления по уровню детской смертности вследствие травм и несчастных случаев уступают лишь дорожно-транспортным происшествиям.

Средний показатель детской смертности по причине утоплений в 2004 году составил 7,2 на 100000 человек соответствующего населения. Данный показатель сильно варьирует в различных регионах Мира. Показатель смертности по причине утоплений в развивающихся странах в 6 раз выше, чем в развитых.

Дети в возрасте от 1 до 4 лет являются наиболее уязвимой группой в отношении утоплений: показатель смертности в этой группе в развивающихся странах составил в 2004 году 10,2 на 100000 человек. Для сравнения в этих же странах, но в возрастной группе 5-9 лет и 10-14 лет показатель смертности по причине утоплений составил 7,0 на 100000 и 6,8 на 100000 соответственно. Даже в развитых странах, где уровень смертности по причине утоплений является низким, прослеживается разница в показателях между возрастными группами: 2,0 на 100000 среди детей 1-4 лет; 0,8 на 100000 в возрастной группе 5-9 лет и 0,7 на 100000 человек – в группе детей 10-14 лет.

Среди стран Европейского региона ВОЗ первое место по уровню смертности по причине утоплений занимает Республика Казахстан – 6,9 на 100000 человек населения. Самый низкий уровень детской смертности по причине утоплений был отмечен в Соединенном Королевстве, где соответствующий показатель составил 0,3 на 100000 человек соответствующего населения.

В настоящее время во многих странах мира успешно внедряются программы по профилактике утоплений среди детей: обязательное обучение детей плаванию, проектирование бассейнов со специальными ограждениями, использование спасательных жилетов при плавании на лодках и прочих видах водного транспорта, обучение родителей и т.п.

В Республике Казахстан существует необходимость в разработке профилактической программы по снижению смертности в результате утоплений. Разработка и внедрение подобной программы потребует совершенствование законодательной базы, скоординированного межсекторального взаимодействия и активного участия населения страны.

ИНВАЛИД И ДЕТСТВО: АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №5 г.ПАВЛОДАРА

*К.Г.Шаранатова, Т.Б.Баймаханов, А.М.Ахметжанова, А.У.Туребаев, Е.А.Скрипниченко,
З.У.Иманжусупова, М.С.Оразалина М.М.Бабажанова, К.Т.Кабулова.*

*Управление здравоохранения Павлодарской области, Областной центр формирования
здорового образа жизни, ККГП Поликлиника № 5, отдел МСЭ №3 МТСЗН, г.Павлодар.*

В декларации ООН 1975 года о правах инвалидов сказано «инвалид» означает любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить

полностью или частично потребности нормальной личной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или приобре-



тенного, его или ее физических и умственных возможностей».

Основополагающим законодательным актом в отношении инвалидов в Казахстане является Закон РК от 13 апреля 2005 года «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан», в котором обозначен переход от преимущественно медицинской модели социальной защиты к медико-социальной.

Уровень инвалидов в мире по данным ВОЗ в среднем составляет 10%, то есть каждый десятый житель планеты является инвалидом. При этом в Китае инвалиды составляют 5% (60 млн. инвалидов), в США 19% (54 млн. инвалидов) от численности населения. В России официально зарегистрированные и состоящие на учете инвалиды составляют менее 6% населения.

Наблюдается увеличение числа инвалидов во всех развитых странах мира и, особенно, среди числа детей. Так если в Великобритании дети-инвалиды составляют 0,12%, то в Канаде до 18% от общего числа инвалидов.

В зависимости от причины возникновения инвалидности условно можно выделить три группы:

- наследственно обусловленные;
- связанные с внутриутробным поражением плода, повреждением во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка;
- приобретенный в результате заболеваний, травм (техногенный травматизм).

Достижения перинатологии привели к увеличению выживаемости младенцев с экстремально низкой массой тела. Данное обстоятельство сопровождается увеличением частоты их инвалидности. Улучшение выживаемости недоношенных, сопровождается увеличением ча-

стоты их инвалидности и ухудшением качества жизни.

Так по данным Перинатального центра Кливленда (США, 2005 год) выживаемость младенцев увеличилась с 49% (1982-1989гг.) до 67% (1990-1989гг.). При этом частота неврологических расстройств, главным образом за счет ДЦП, увеличилась с 16% до 25%, нарушения нервно-психического развития с 26% до 36%, частота глухоты с 3% до 7%.

Анализ причин первичной инвалидности в РК (2004г.) показал:

- на первом месте причины связанные с заболеваниями,
- на втором месте инвалидность с детства,
- на третьем (2%) заболевания, связанные с ядерными испытаниями на Семипалатинском ядерном полигоне, как следствие действия чрезвычайных экологических ситуаций. Данное обстоятельство подтверждает высокую значимость влияния экологических факторов на уровень инвалидности населения и Павлодарской области, как зона действия Семипалатинского ядерного полигона.

В 2008 году в Павлодарской области интенсивный показатель выхода на инвалидность составил 29,7% (2007г – 27,8). Впервые признано инвалидами детей до 16 лет в 2008 году – 298, в 2007 году – 259, т.е. рост на 13%.

Материалы и методы: нами проведен ретроспективный анализ показателей инвалидности детского населения, на территории обслуживаемого поликлиникой №5 г. Павлодара.

Населения поликлиники составляет – 67580 человек, в т.ч. 12652 детей до 14 лет, из них 1036 до года.

Таблица №1

Показатели первичного выхода на инвалидность за 2007-2008 гг. (на 100 000 населения).

	2007	2008
Павлодарская область	27,8	29,7
Поликлиника №5	27,2	29,5

Сравнение показателя первичного выхода на инвалидность за 2007-2008 гг. по поликлинике соответствует областным значениям и от-

мечается в 2008г. рост на 7,8% в сравнении с предыдущим годом (Таблица №1).



Таблица №2

Состав первично освидетельствованных детей-инвалидов (0-16 лет) по поликлинике №5 г. Павлодар за 2005-2008 гг.

	2005		2006		2007		2008	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего детей от 0 до 16 лет	22		10		19		25	
В т.ч. детей от 0 до 3 лет	11	50	4	40	13	31,5	16	64

Инвалидность среди детей (0-16 лет) в 2008 году выросло на 12,0% в сравнении с 2005 годом. В то же время среди детей раннего возраста (0-3 лет) рост на 31,2%, с 11 в 2005 году до 16 в 2008 году.

Удельный вес детей в возрасте от 0 до 3 лет в разные годы составлял от 31,5% в 2007 до 64% в 2008 году (таблица №2).

Таблица №3

Структура детской инвалидности по поликлинике №5 г. Павлодар за 2005-2008 гг. (0 до 16 лет)

	2005		2006		2007		2008	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего детей от 0 до 16 лет	22		10		19		25	
Детский церебральный паралич	10	45,4	4	40,0	5	26,3	10	40,0
Врожденные пороки развития	3	13,6	4	40,0	7	36,8	7	28,0
Прочие	9	40,9	2	20,0	7	36,8	8	32,0
в том числе детей от 0 до 3 лет	11		4		13		16	
Детский церебральный паралич	8	72,7	2	50,0	5	38,4	8	50,0
Врожденные пороки развития	2	18,1	2	50,0	6	46,1	5	31,2
Прочие	1	9,0			2	15,3	3	18,7

Выводы:

В анализируемой поликлинике отмечается рост показателя детской инвалидности на 12,0%, в том числе значительный среди детей раннего возраста на 31,2%. В структуре инвалидности детского населения до 70% приходится на детский церебральный паралич и врожденные пороки развития. В последние годы рост инвалидности вследствие врожденных пороков развития более, чем в два раза.

Для эффективного снижения детской инвалидности необходимо в полной мере использовать потенциал службы первичного звена (ПМСП). Развитие

В структуре инвалидности у детей преобладают детский церебральный паралич от 26,3% (2007г.) до 45,4 (2005г.) и врожденные пороки развития от 28,0% (2008г.) до 40,0% (2006г.), на которые приходится до 68% (2008г.). (Таблица №3).

За последние четыре года прослеживается рост инвалидности вследствие врожденных пороков развития на 2,3 раза.

программы скрининга и пренатальной диагностики плода, охрана репродуктивного здоровья.

Литература:

1. Инвалид, общество и право А.Е. Думбаев, Т.В. Попова Алматы 2006 – 180 стр.
2. Данные отчета главного педиатра управления здравоохранения Павлодарской области
3. Данные отдела МСЭ №3 МТСЗН г. Павлодар
4. Данные отчета кабинета статистики поликлиники №5 г. Павлодар



ОБ ОЦЕНКЕ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДОПРИЗЫВНОЙ МОЛОДЕЖИ

Н.В.Сливкина, Б.С.Саттыклышов. АО «Медицинский университет Астана», г.Астана.

Состояние здоровья человека определяется количеством и мощностью его адаптационных резервов. Поэтому для объективной оценки здоровья и повышения эффективности оздоровительных мероприятий среди подростков должны определяться показатели адаптивности и саморегуляции организма (Казначеев В.П., Баевский Р.М. и др.).

Целью наших исследований являлось изучение адаптационных возможностей допризывной молодежи. Для этого использовалась кардиоинтервалография по Р.М. Баевскому. Исследования проводились среди подростков 15-17 лет.

При анализе ВСР было отмечено, средние значения RR-интервалов (М) не имели достоверных различий ($p < 0,5$) среди подростков 15, 16 и 17 лет.

Значения SDNN, отражающего общую вариабельность сердечного ритма достоверно не отличались среди подростков 15-17 лет.

На основании анализа ритмограмм выявлено, что среди подростков 15-ти лет в 54,9% случаев обнаружено преобладание парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы, в 33,7% - симпатического и только в 11,4% - эйтония. К 16-ти годам процент подростков с преобладанием парасимпатических влияний снижается до 41%, при этом несколько возрастает количество обследованных со смешанным тонусом – 19,8%, преобладания симпатического тонуса обнаруживались в 39,2% случаев. А среди 17-ти летних подростков преобладающим типом регуляции являлась уже симпатикотония (45,5%), в то время как парасимпатический и смешанный тонус выявлялись в 26,1% и 28,4% случаев соответственно.

Что касается степени напряжения регуляторных систем, то избыточное напряжение систем регуляции за счет значительного рассогласования влияний симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы было выявлено среди 57,2% подростков 15-ти лет. Среди 16-ти летних школьников избыточное напряжение регуляции уже определялось в 51% и среди 17-ти летних – в 61,5% случаев. Регуляция с увеличенным влиянием парасимпатической нервной системы была выявлена у 13% подростков 15-ти лет. Среди 16-ти и 17-ти летних подростков чаще встречалась регуляция с увеличенным влиянием симпатической нервной системы в 12% и 16,8% случаев соответственно. Нормальное

состояние систем регуляции среди 15-ти летних подростков определялось лишь среди 12,3%, среди 16-ти летних – 15,6% и среди 17-ти летних – 8,4%.

При обследовании мы учитывали и реакцию организма подростков на ортопробу. Увеличенная реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу была выявлена среди 37,5% подростков 15-ти лет, 34,6% 16-ти летних учащихся и 38,4% - среди подростков 17-ти лет. Снижение реакции определялось в 31,8% случаев среди 15-ти летних подростков, в 33,4% случаев среди 16-ти летних и 33,2% среди 17-ти летних учащихся. А вот адекватная реакция сердечно-сосудистой системы на ортопробу встречалась среди 30,7% подростков 15-ти лет, 32% - 16-ти летних учащихся и 28,4% среди 17-ти летних подростков.

На основании совокупности заключений об активности вегетативной нервной системы в покое и ортостазе, состоянии систем регуляции сердечного ритма, характере переходного процесса была проведена оценка функционального состояния организма. 42,3% 15-ти летних подростков находились в стадии срыва адаптации, 7,5% в состоянии неудовлетворительной адаптации, у 44,9% подростков обнаружено напряжение механизмов адаптации и только у 5,3% ребят выявлена удовлетворительная адаптация. Среди 16-ти летних подростков случаи срыва механизмов адаптации снизились до 33%, неудовлетворительная адаптация выявлялась - в 6% случаев. Процент случаев с напряжением механизмов адаптации существенно не изменился и составил 46%, а вот процент обследованных с удовлетворительной адаптацией увеличился до 15%. Что касается 17-ти летних подростков, то частота срывов адаптации составила 44,9% случаев, неудовлетворительная адаптация диагностировалась в 7,9%. Напряжение механизмов адаптации определялось среди 44,3% обследованных и удовлетворительная адаптация в 2,9% случаев.

На наш взгляд, полученные данные объясняются тем, что 15-ти и 17-ти летние подростки – учащиеся 9-х и 11-х классов сталкиваются с возрастающими психо-эмоциональными нагрузками, увеличивающейся гиподинамией, связанными с подготовкой и сдачей ЕНТ. В период же между экзаменами (10-й класс) большее количество подростков находятся в состоянии удовлетворительной адаптации.



О РАЗРАБОТКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ».

Б.С.Саттыклышов, Н.В.Сливкина. АО «Медицинский университет Астана», г.Астана.

Подготовка будущего высококвалифицированного специалиста понимается сегодня не только как обучение с применением современных образовательных технологий, но и воспитание личностных качеств направленных на ценностное отношение к здоровью.

Обучение в высшей школе - сложный и длительный процесс, предъявляющий высокие требования к пластичности психики и физиологии молодых людей. Анализ состояния здоровья студентов показал, что на младших курсах преобладают ОРЗ и вегето-сосудистые дистонии, причем студенты 2 курса болеют значительно чаще первокурсников. Это связано с перенапряжением механизмов адаптации. К концу периода обучения число заболеваний заметно снижается, что свидетельствует о наступлении адаптированности к условиям вуза. На старших курсах преобладает заболеваемость, вызванная длительными воздействиями хронических психоэмоциональных стрессов. К концу периода обучения возрастает количество больных гипертонической болезнью, язвенной болезнью желудка, неврозами. Это является отражением неблагоприятного течения адаптивных процессов, срыва адаптации и в значительной степени связано с особенностями ЦНС и высшей нервной деятельности каждого студента.

На базе кафедры питания и профилактической медицины Медицинского университета Астана про-

водится изучение связи между успеваемостью студентов и уровнем их здоровья. С этой целью отобраны группы студентов факультетов общая медицина, лечебное дело, стоматология различных курсов в зависимости от успеваемости. Первая группа - студенты с общей успеваемостью по итогам двух последних сессий 5.0 - 4.7, вторая группа - 4.6 - 4.3, третья группа — 4.2 - 3.8. Для оценки здоровья студентов используется методика Апанасенко Г.Л. Также проводится анализ заболеваемости студентов указанных групп согласно медицинских карт. Исследователи указывают, что интенсификация современного учебного процесса в вузе приводит к психоэмоциональному перенапряжению и ухудшению здоровья студенческой молодежи. В своем исследовании мы ставим цель провести сравнительный анализ зависимости между уровнем успеваемости и здоровья студентов нашего университета в рамках разработки комплексной программы «Здоровье студентов». Данная программа будет включать систему мониторинга психического и соматического здоровья, и социальной адаптации студентов с анализом факторов негативного влияния, системы мер профилактического, адаптивного и реабилитационного характера, связанных с лечебно-оздоровительными мероприятиями, психологической поддержкой студентов, а также автоматизированную систему оценки уровня здоровья.

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ЗАНЯТИИ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.Р.Абзалиева. Поликлиника №17, г.Алматы.

Видеодисплейные терминалы используют в процессе повседневной деятельности миллионы людей во всем мире. Наряду с признанием несомненной пользы применения компьютерной техники вызывает беспокойство за свое здоровье и многочисленные жалобы пользователей видеодисплейных терминалов (ВДТ) (1).

В последние годы широкое распространение в образовательном процессе получают

компьютерные средства обучения (КСО), или электронные учебники. Визуально-агрессивная среда (экран монитора) может воздействовать на здоровье детей и подростков. К основным отрицательным сторонам относят зрительную сложность восприятия информации с экрана, неконтролируемый режим работы с КСО при дистанционном обучении, а так же отсутствие специальных требований, регламентирующих



оформление информации на экране и способы ее предъявления для разных возрастных групп. (2-4)

В связи с этим проблема физиолого-гигиенического обоснования организации обучения и труда детей и подростков на компьютерах, которая бы соответствовала их психофизиологическим особенностям и индивидуальным качествам, обеспечивающим успешное овладение им и дальнейшее усовершенствование в ней без ущерба для здоровья, чрезвычайно актуальна (5).

Образование представляет быстро и бурно меняющуюся сферу деятельности, которая постоянно реформируется как под воздействием политики государства, так и развития педагогических технологий. Нередко дети становятся участниками широкомасштабных экспериментов без должного обоснования и научно-методического сопровождения. Повышение учебных и эмоциональных нагрузок, наряду со снижением возраста приема в школу, приводит к развитию стрессовых состояний, нарушениям режима с дефицитом сна, уменьшению двигательной активности следствием чего является увеличение распространенности среди детей нервно-психических нарушений и функциональных отклонений со стороны сердечно-сосудистой системы (6).

В плане научной разработки проблемы биологического действия и гигиенического значения электрических и магнитных факторов окружающей среды достигнуты несомненные успехи. Однако многие вопросы этой важной и

относительно новой проблемы требуют разрешения и нуждаются в углубленном исследовании (2).

Таким образом предотвращение развития выше перечисленных наиболее распространенных симптомов дискомфорта лежит в области правильной организации работы с ВДТ, организации рабочего места с точки зрения эргономики и гигиены.

Литература:

1. Григорьев Ю.Г., Степанов В.С., Григорьев О.А., Меркулов А.В. Электромагнитная безопасность человека. М.: Наука, 1999. – С.185-197
2. Сраубаев Е.Н., Текебаева А.М. Влияние неионизирующего излучения на здоровье населения // Экология и гигиена. – КГМА, Караганда, 2004. - №4/33. – С.40-44.
3. Плеханов Г.Ф. Электричество, магнетизм информация и живые системы – Томск., 1978. – С.13-18
4. Фатхутдинова Л.М., Амиров Н.Х. Влияние работы с видеодисплейными терминалами на состояние нервной системы // Медицина труда и пром. Экология – 2003. - №12. – С.16-20
5. Гаркави Л.Х. Магнитные поля, адаптационные реакции и резистентность организма., М.: Наука, 1978. – С.131 -148.
6. Антонова С.Г., Вахрушева А.А. Современная учебная книга. – М., 2004.
7. Антонова С.Г., Вахрушева А.А. Современная учебная книга. – М., 2004.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СЕРДЕЧНО СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ШКОЛЬНИКОВ

Э.Т.Абдраимова. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Здоровье народа является высшей ценностью общества. Здоровье детей – основа здоровья семьи, общества, нации, залог ее будущего здоровья (1). В современных условиях особую

актуальность приобретает проблемы воздействия различных факторов на организм детей и подростков. Проблема повышения эффективности функционирования организма и его



отдельных систем под воздействием различных факторов окружающей среды является темой изучения многих научных дисциплин.

Экономический кризис, обострение социальных проблем отрицательно сказались на здоровье населения. В последние годы существенно изменился спектр сердечно-сосудистых заболеваний, основное место среди которых занимает функциональные кардиоваскулярные расстройства (2). Для Алматы характерны и признаки мегаполиса – более высокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, травм и отравлений. Здоровье детей школьного возраста находятся прямой зависимости от неблагоприятных условий обучения, пониженной двигательной активности неправильного чередования нагрузки и отдыха, условий семейного воспитания. Показатели здоровья школьников города по группам здоровья свидетельствуют о снижении числа детей относящихся к первой группе здоровья: если в первом классе в среднем 43% детей относятся к первой группе, то к 15 годам показатель снижается до 34% (3).

Адаптация детей и подростков к обучению представляет сложный социально-психологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма. Постоянное умственное – психоэмоциональное напряжение в период учебы и экзаменов старшеклассников на фоне неблагоприятных условий жизни (несоблюдение режима питания, сна, вредные привычки, низкая физическая активность и др.) может привести к срыву адаптационных механизмов. Сдвигу целого ряда функциональных и биохимических показателей и в конечном итоге – заболеваниям. Изучение изменения сердечно-сосудистой системы детей школьного возраста с вегето-сосудистой дистонией г. Астаны с применением ЭКГ, ЭхоКГ, РЭГ, ЭЭГ методов исследования выявлены изменения больше функционального характера вегетативной дисфункций по типу кардионейропатий с преобладанием парасимпатической направленности что предлагают школьным врачам сосредоточить внимание на лечении вегетативных расстройств (4).

Известно, что умственный труд существенным образом изменяет состояния системы кровообращения, причем от характера, продолжительности и интенсивности нагрузки зависит степень колебаний гемодинамических показателей.

Следует помнить, что значительную часть времени каждый ребенок школьного возраста проводит в условиях учебно-воспитательной среды. Поэтому на сегодня различные стороны учебно-воспитательного процесса без учета физиологических особенностей организма негативно сказывается на состоянии здоровье детей и подростков, увеличивая число детей с хронической патологией.

Исследования, которые мы рассматривали до сих пор, касается в основном феноменологии различных показателей системы кровообращения при умственной деятельности. Изучение возрастных особенностей сердечно-сосудистой системы школьников и определение его количественных характеристик не только в состоянии покоя, но и при умственной деятельности является важной и актуальной задачей. Все это и послужило основанием для проведения настоящих исследований.

Литература:

1. Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения. – Алматы, 2008. – 184с.
2. Абдуллина З.Г., Отгонбаяр Р. Структура и клиническая картина заболеваний сердца у детей из кризисной зоны Приаралья //Экология и здоровья детей. – Алматы, «Гылым». – 1996. – С.92-102
3. Девятко В.Н., Захаров И.С., Лаврентьева И.К. Паспорт здоровья населения - механизм совершенствования медицинской помощи региона. - Материалы –11 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2002. - Том 1.С. 595-96 (г. Астана, 4-5 декабря 2002г.)
4. Ерекешов А.Е., Абдрахманова С.Т., Зинкевич Е.И. Особенности сердечно-сосудистой системы у детей с синдромом вегетативной дисфункции. - Материалы –11 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 2002. - Том 2.С. 78-79. (г. Астана, 4-5 декабря 2002г.)



ОБ ИЗУЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ

А.К.Текманова. КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Детское население является наиболее чувствительным контингентом при влиянии неблагоприятных факторов различной природы. Любое резкое изменение социальных, экономических, а также экологических условий жизни в первую очередь отражается на показателях здоровья подрастающего поколения. Именно поэтому дети и подростки считаются общепризнанной «группой риска» при изучении воздействия на население какого-либо негативного процесса [1,2].

Последнее десятилетие XX века охарактеризовалось серьезными политическими, социальными и экономическими преобразованиями во всех странах СНГ, включая Республику Казахстан, что не могло не отразиться на здоровье его населения. Появились новые хозяйственные взаимоотношения, резким колебаниям подвергался экономический статус населения, появились учебные заведения нового типа, существенно изменились показатели здоровья населения.

Интегральным показателем отражающим санитарно-гигиеническую характеристику окружающей среды и социально экономические особенности условий жизни как индивида, так и коллектива является физическое развитие. Организм детей и подростков характеризуется значительной пластичностью и большей степени, чем у взрослых подвержен влиянию различных факторов окружающей среды (как благоприятных, так и вредных). При этом влияние факторов среды на состояние организма не ограничивается только моментом их воздействия, но сказывается и на его дальнейшем развитии и формировании. Только систематический контроль за физическим развитием дает возможность своевременно оценить изменения в физическом развитии ребенка, показать ее причины [3].

Но, к сожалению в последние годы в связи с трудоемкостью методики его определения, особенно при разработке гигиенических стандартов, все меньше сообщений посвящается проблеме физического развития детей и подростков современности, так, как последние

должны обновляться каждые пять лет, а в случаях существенного изменения социальной или экологической ситуации – ежегодно.

В городе Алматы проводилось изучение физического развития отдельных возрастнополовых групп детского населения, но лишь в детских дошкольных учреждениях и общеобразовательных школах [4-6].

Однако исследования по гигиенической оценке физического развития учащихся школ нового типа (гимназии, лицеи) практически не изучено, хотя представляет большой научный интерес, в силу новизны этих учреждений для Казахстана.

В нашей республике так же выполнено две диссертации, посвященные гигиеническому изучению школ нового типа на материале г. Караганды [7-8].

Однако их основная цель была посвящена оценке влияния экспериментальных программ обучения на показатели здоровья учащихся, но физическое развитие не получило в этих работах должного гигиенического освещения.

Новые инновационные учебные заведения (гимназии, лицей, частные школы...) по многим вопросам, первую очередь по сложности учебной нагрузки существенно отличаются от общеобразовательных школ и в указанном плане практически не изучены. Сказанное определяет необходимость изучения данной проблемы, определением состояния физического развития школьников новых школ с разработкой стандартов физического развития.

Литература:

1. Сердюковская Г.Н., Сухарев Л.М., Воронова Б.З. и др. Научно-исследовательская деятельность НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков в 1993-98 гг. // Гиг. и сан. – 1998. - №11. – С. 4-5
2. Кучма В.В. Оценка риска влияния факторов окружающей среды на здоровье детей // Гиг. и сан. – 2002. - № 6. – С. 51-53.
3. Киек О.В., Засорин Б.В., Боев М.В. Комплексная оценка физического развития мальчиков школьного возраста в условиях промышлен-



ного города. (РК. Г. Алга. Актюб. обл.) – 2000. - №1. – С.74-76

4.Сирота Т.Б., Мусагалиева Г.М., Неменко Б.А. т.б. Влияние факторов окружающей среды на физическое развитие школьников - казашек //Здравоохранение Казахстана. – 1992. - №2. – С.18-20

5.Дакинова К.Т. Антропогенное влияние факторов окружающей среды на показатели физического развития школьников г.Алматы: Автореф. дис... канд. мед. наук.- Алматы, 1999.- 27 с

6.Уважанова А.С. Гигиеническая оценка влияния тяжелых металлов на состояния здоро-

вья дошкольников в условиях крупнейшего города (На примере Алматы). // Дис. ... канд. мед. наук. – Алматы, 2000 – 107 с.

7.Кабиева С.М. Здоровья учащихся экспериментальной гимназии как показатель допустимости учебной нагрузки. Дисс. канд, мед. наук. Караганды, 2000 – 25с.

8.Приз В.Н. Гигиенические основы формирования здоровья учащихся при экспериментальных программах обучения в школах нового типа. Дисс. ... докт. мед. наук. - Караганды, 2004. – 35 с.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, МЕТОДЫ ОЦЕНКИ, СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

А.К.Текманова. КазНМУ им С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Физическое развитие, характеризуя процессы роста и развития ребенка, по праву считается одним из важнейших информативных критериев состояния здоровья детского населения, результаты оценки физического развития отражают всю совокупность факторов, влияющих на организм человека, и служат информативными гигиеническими критериями [1-3]. Вместе с тем в последние годы в анализах показателей физического развития используются различные подходы, которые по мнению ряда специалистов, могут в итоге приводить к различиям в конечной оценке полученных результатов. Об актуальности данной проблемы были посвящены множества работ [4,1-3]. Из всех работ обращает на себя внимание работы группы авторов посвященной на сопоставление результатов полученных с помощью различных методов оценки физического развития детей [4]. В доступной литературе подобных исследований не обнаружено.

К числу наиболее распространенных подходов по оценке физического развития относится использование центильных таблиц, как отечественных, так и зарубежных авторов [5,6], а так

же показателя Z – скор, который наиболее широко применяется в последние годы. Группами авторов [5] проведено сравнительный анализ трех различных способов оценки результата антропометрических измерений отечественные, зарубежные, центильные шкалы, а так же Z – скор.

При исследовании всех методов оценки физического развития вычислялись 3 антропометрических индекса: длины тела по возрасту, и массы тела по длине тела и при сопоставлении трех наиболее распространенных способов оценки, выявлено тесная корреляционная связь (от 0,9 до 0,99) между массы тела по возрасту и массы тела для длины тела. Полученные данные позволили говорить о правомерности использования любого из этих методов. Таким образом, дано ответ интенсивной дискуссии по вопросу о преимуществах того или иного метода оценки.

Разработка региональных стандартов в настоящее время при наличии современной вычислительной техники и пакетов специальных статистических программ не представляет трудности. Однако о правильной и и своев-



ременной информации о состоянии ФР детей страны требуют унифицированного подхода к оценке каждого ребенка, которая должна быть строго стандартизированной. «Оценочные таблицы» должны быть репрезентативными (отражать региональные особенности, быть численно насыщенными), релевантными (использоваться только для характеристики той популяции, на которой разработаны) и каждые 15-20 лет обновляться. Кроме того они должны отвечать трем условиям, сформулированным ВОЗ в качестве обязательных для массовых исследований: обладать доступностью использования, надежностью и направленностью на решение конкретных задач [7]. Такая схема оценки ФР разработана и многократно апробирована на конкретных материалах в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков ГУ НЦЗД РАМН. С 1990-х годов этот подход, основанный на региональных стандартах длины, массы тела и их соотношений в шкалах регрессии, достаточно широко используются органами здравоохранения и образования России в мониторинге детского населения. Впервые медицинскую практику эта схема оценки была введена в качестве одного из компонентов медицинских указаний, и неоднократно рекомендовались для внедрения в практику.

Такую оценку ФР ребенка (подростка) по региональным «оценочным таблицам» можно по праву считать наиболее отвечающей задачам практического здравоохранения – своевременному выявлению отклонений в развитии детей и подростков, установлению и устранению причин этих отклонений, разработке системы мер оздоровления и коррекции.

Поэтому, учет региональных особенностей ФР подрастающего поколения страны и его стандартизованная оценка, основанная на региональном материале и представленная в виде шкал регрессии массы тела, по длине тела, диф-

ференцированная с учетом пола и возраста, являются надежным инструментом мониторинга детской популяции. Это в частности подтверждено ее использованием в зарубежной практике [7,8].

Таким образом, литературный обзор в области современного состояния изучения и оценки физического развития детей и подростков дает нам возможность на использование любых из методов широко используемых в странах СНГ и зарубежом.

Литература:

1. Дети России 2000-2001гг. – М., 2003.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р. Методы исследования физического развития детей и подростков в популяционном мониторинге: Руководство для врачей. – М., 1999. – 152с.
3. Сердюковская Г.Н., Сухарев А.Т., Белостоцкая Е.М. Гигиена детей и подростков. Руководство для санитарных врачей. – М., 1986. – ...с.
4. Негашева М.А., Михайленко В.П., Корнилова В.М. Разработка нормативов физического развития юношей и девушек 17-18 лет // Педиатрия. – 2007. – Т.86.- №1. – С.69-73.
5. Волкова Л.Ю., Копытко М.В., Конь И.Я. Физическое развитие школьников Москвы: современное состояние и методы оценки// Гиг. и сан. – 2004.. - №4. - С. 42-45.
6. Доскин В.А., Келлер Х., Муравенко Н.М., и др. Морфофункциональные константы детского организма. Справочник. . М., 1997 – 93с.
7. Ямпольская Ю.А. Региональные разнообразие и стандартизованная оценка физического развития детей и подростков. //Педиатрия. -2005. - №6. – С. 73-76.
8. Ямпольская Ю.А. Физическое развитие и функциональные возможности подростков 15-17 лет, обучающихся в школе и профессиональном училище. //Педиатрия. – 2007. Т. 86. - №5. – С.69-72.



КОМПЬЮТЕРЛІК САБАҚТАРДЫҢ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫ ОРГАНИЗМІНЕ ТИГІЗЕТІН ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.Р.Абзалиева. №17 емхана, Алматы қаласы.

Қазіргі кезде мектеп оқушыларының оқуы, демалысы компьютерлік техниканы қолдануға байланысты болып келеді. Бұл жағдайлар әдеттегі оқу, демалыс түрлерін өзгертумен қатар, организмге түсетін психоэмоционалдық жүктемені де жоғарылатуда. Халықты кеңінен компьютерлендіру, әсіресе балалар оқу, еңбегіне техникалық оқу-жабдығы құралдарын кеңінен пайдалану өсіп келе жатқан организмнің денсаулығына кері әсерін тигізуі мүмкін. Сондықтан медицина және педагогика қызметкерлері компьютерлік техниканың балалар организмнің функционалдық жағдайына, жалпы қызмет қабілетіне, денсаулығына тигізетін әсерін жақсы хабардар болуы қажет (1,2).

Қазіргі кезде көптеген отандық, алыс-жақын шет елдік компьютерлік оқу бағдарламасы жетерлік. Олар оқушылардың, сонымен қатар, мұғалімдердің де өз еркімен жұмыс істеу тиімділігін арттырып, жаңа оқу, шығармашылық мүмкіндіктеріне жол ашады. Сонымен қатар балалар мен жасөспірімдердің персоналдық компьютерлерді пайдалануы олардың организмдеріне қолайсыз әсерін тигізуімен қатар жүреді. Бұл жағдай балалардың өсіп, даму ерекшелігіне және сол компьютерлердің конструкциясына байланысты болып келеді. Білім беру жүйесінің компьютерлендіруі мен балалардың демалыс уақытында компьютерлік ойындарға қызығуы оқу ақпаратының жоғарылауы, статикалық, психоэмоционалдық жүктеме жоғарылайтыныдықтан олардың организмдеріне қолайсыз әсерлермен қатар жүреді. (4).

Бірақ, жалпы алғанда компьютердің балалар организмдеріне тигізетін әсерін зерттеуге арналған жұмыстарды көп деп айтуға келмейді (5). Біздің елімізде де кейінгі жылдары орындалып жатқан аздаған еңбектер бар. Ақтөбе

қаласында жасалған жұмыс нәтижесі бойынша балалар аурулары (көз, жүйке жүйесінің аурулары, лор органдары) мен жұмыс аспатсындағы оқу жаттығулары, компьютермен ұзақ уақыт айналысу, үйінде компьютері бары сияқты көрсеткіштердің арасында оң байланыс байқалған (6)

Әртүрлі бағыттардағы жаңадан ашылып жатқан мектептер арасында компьютерлік жұмыстардың оқушылар организмдеріне тигізетін әсеріне салыстырмалы мәліметтер жоқ деп айтуға болады. Сондықтан қазіргі мектептік оқу орындарының түрлеріне байланысты салыстырмалы түрде мәлімет жинап, зерттеу жүргізудің қажеттілігі жоғары деп табылды.

Әдебиеттер:

1. Азевич А.А. Гигиеническое обоснование внешкольных форм обучения к информатике. – Автореф. канд. биол. Наук. – М., 1996. – 23с.

2. Обреимова Н.И., Петрухин А.С. Основы анатомии, физиологии и гигиены детей и подростков. – М., 2000. – 260с.

3. Кучма В.Р., Текшева Л.М., Милушкина О.Ю. Методические подходы к гигиенической классификации технических средств обучения // Гиг. и сан. - 2008. - №3. – С.53-55

4. Глушкова Е.К., Сазанюк З.И., Степанова М.И. Физиологические и гигиенические проблемы компьютеризации школьного обучения // Вестник Российской АМН. – 1993. - №5. С. 40-46

5. Романовский К.М., Сидорова М.В. Влияние средств вычислительной техники и условий труда на состояние здоровья работающих (обзор) // Гиг. и сан. - 1991. - №6. – С.35 – 38

6. Кибатаев К.М. Влияние компьютерной техники на здоровье школьников Актюбинской области. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – ЗКГМА, 2004. – 27с.



ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И АДАПТИВНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОРГАНИЗМА ШКОЛЬНИКОВ

Э.Т.Абдраимова. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Одной из характерных черт современного образа жизни человека является, ограниченная двигательная активность, отрицательно воздействующая на структуру и функции всех тканей, приводящая к понижению защитных сил организма и увеличивающая риск возникновения нарушений и формирования патологий. Проблема гиподинамии особенно актуальна для лиц занимающихся умственным трудом, среди которых необходимо выделить учеников школ и студентов.

Иновационный бум в сфере образования привел к усложнению программного материала, введению дополнительных дисциплин, компьютеризации процесса обучения, в результате чего учащиеся вынуждены длительное время проводить в полусогнутом, сидячем положении за учебным столом, в малопроветриваемых помещениях у экранов мониторов.

Следует особо отметить, что поступление в школу, переход к предметному обучению и в старшие классы вызывает дополнительное напряжение функциональных систем организма ребенка и может привести к истощению психоэмоциональных ресурсов. Нельзя забывать и о возрастных кризисах в процессе обучения. Гормональная перестройка, лабильность вегетативных процессов, неустойчивость самооценки и другие показатели – все это способствует нарушению процессов адаптации и при неблагоприятных условиях может привести не только к развитию или обострению психосоматических заболеваний, но и к формированию отклоняющегося поведения как способа снятия перенапряжения, ухода от реальности.

Для Алматы характерны и признаки мегаполиса – более высокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, травм и отравлений. Здоровье детей школьного возраста находятся в прямой зависимости от неблагоприятных условий обучения, пониженной двигательной активности неправильного чередования нагрузки и отдыха, условий семейного воспитания.

Современная школа с особой остротой ставит проблему оптимизации учебной деятельности. Основными факторами, актуализирующими задачи сохранения здоровья и повышения эффективности обучения являются внедрение новых форм и методов обучения, перегрузка учебными занятиями, низкий уровень двигательной активности, нарушения в учебном процессе и режима дня, неудовлетворительное отношение учащихся к своему здоровью (1). Приоритетная роль в оптимизации обучения в общеобразовательной школе принадлежит адаптации организма учащихся к воздействию различных внутришкольных факторов. В охране и укреплении здоровья учащихся школ особо важное значение имеет рациональная организация учебно-воспитательного процесса (1,2). Необходимым элементом приспособления старшеклассников в учебной деятельности является умственная работоспособность. Она относится к наиболее быстро меняющимся функциональным показателям. Умственная работоспособность, с одной стороны обеспечивает эффективность освоения знаний, умений, навыков, с другой – является физиологическим критерием сдвигов в функциональном состоянии организма под воздействием учебной нагрузки (УН). В случае несоответствия ее (УН) величины функциональным возможностям организма развивается утомление, начиная с первых дней учебной недели, которое в свою очередь обуславливает неблагоприятные отклонения в состоянии здоровья и снижает эффективность учебной деятельности (2-4).

Адаптация детей и подростков к обучению представляет сложный социально-психологический процесс и сопровождается значительным напряжением компенсаторно-приспособительных систем организма. Постоянное умственное – психоэмоциональное напряжение в период учебы и экзаменов старшеклассников на фоне неблагоприятных условий жизни (несоблюдение режима питания, сна, вредные привычки, низкая физическая актив-



ность и др.) может привести к срыву адаптационных механизмов. Сдвигу целого ряда функциональных и биохимических показателей и в конечном итоге – заболеваниям.

Важнейшим звеном в адаптационной перестройке организма является изменение уровня функционирования сердечно-сосудистой системы. Рассмотрение проблемы школьной адаптации основано на изучении состояния здоровья, возраста, половой и этнической принадлежности, периода обучения, региона проживания детей и подростков.

Таким образом, проявление сердечно-сосудистых заболеваний сформированный в школьном возрасте могут продолжаться на всю оставшуюся жизнь. Все это указывает на необходимость принятия специальных мер по

разработке здоровьесберегающих технологий, профилактических и коррекционных программ для общеобразовательных учреждений.

Литература:

1. Гребняк Н.П., Гребняк В.П. Валеологическая оптимизация госнадзора по гигиене детей и молодежи. – Донецк, 2005.

2. Гребняк Н.П., Щудро С.А. Адаптация старшеклассников к обучению. // Гигиена сан. – 2008. - №1. – С.55-58

3. Баранов А.А. Здоровье детей России (состояние проблемы) – М., 1999

4. М. М. Безруких Возрастные особенности физиологических систем подростков. М., 1989. – С. 249-254

ПРИМЕНЕНИЕ АПИФИТОТЕРАПИИ ПРИ УПРАВЛЕНИИ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Т.Д.Дуйсенов. Медицинский центр «ТЕАД», г.Алматы.

Развитие апифитотерапии происходит в последние годы в нарастающем темпе. Объясняется это тем, что мед, прополис, маточное молочко, пыльца, пчелиный яд, воск обладают ценнейшими свойствами: противомикробным, противовирусным, противовоспалительным, иммунобиологическим, радиопротекторным, стимулирующим, десенсибилизирующим и др. Именно этими свойствами и определяется их высокий терапевтический эффект в лечении и профилактике.

В Казахстане активное использование БАПП (биологически активных продуктов пчеловодства) началось в 2000-х годах и быстро стало пополнять ряды своих сторонников. Возросло число апитерапевтов. Нет ни одной отрасли медицины, где бы ни использовались продукты пчеловодства, это кардиология, оториноларингология, гериатрия, гематология и др. Начали широко использоваться БАПП в экспериментальных условиях: космос, геология, альпинизм, спорт.

Приближается 2012 Олимпийский год и внедрение и использование метода апифитотерапии а так же, централизованного режима тренировки и отдыха спортсменов становится весьма актуальным. Согласование внедрения вышеназванных методик потребовало достаточно больших усилий со стороны врачей спортивной медицины, тренеров, педагогов, гигиенистов, апифитотерапевтов, организаторов, управленцев. Абсолютно ясно, что в результате напряженных нагрузок в организме спортсменов происходят определенные закономерные изменения: уменьшение его энергетических, пластических ресурсов, накопление продуктов распада и т.д. Все это ведет к изменению общего состояния спортсменов, появлению травм. Успешное управление всем процессом подготовки спортсменов возможно на базе реабилитационного центра, удачно сочетающим тренировки с использованием диетического питания, апитерапии, бань, медовых ванн, физиопроцедур, целебного ульевого воздуха.



В процессе данной подготовки также необходимо применение средств апифитотерапии компании Тенториум (г.Пермь) мирового лидера по производству апифитопрепаратов, в частности, «хлебина», крем «Тенториум», драже «Тенториум» (+), Апиток, Апитонус, Тополек, Полянка, препарат «Эй-Пи-Ви».

Действие этих средств направлено на быстрое восстановление организма спортсменов, при этом снимается чувство усталости, повышаются защитные приспособительные реакции организма, улучшается кровоснабжение тканей и процессы клеточного метаболизма. Начальные исследования по данной тематике проводилась в период с 2005 по 2009 годы. Перед прохождением процедур (апитерапии) и после спортсмены подвергались тщательному дополнительному обследованию. При необходимости курсы назначались дополнительно.

Об эффективности действия препаратов судили по субъективным (сон, аппетит, самочувствие, желание тренироваться) и объективным (пульс, масса, АД, ЭКГ, определение физической работоспособности по тесту РВ С-170) данным.

Установлено, что спортсмены разных категорий и групп, получавшие препараты, хороший жизненный и мышечный тонус, достаточный и глубокий сон, бодрое самочувствие, повышенную работоспособность, наиболее быстрое восстановление систем организма. При этом они не имели пропуска тренировочных занятий по болезни, у них повышалась устойчивость к неблагоприятным факторам внешней среды, также отмечалась ускоренная адаптация к временному климатическому фактору. Об окончательных результатах будем судить после Олимпиады, хотя тенденция к улучшению результатов отмечается.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИНЦИПОВ ИНТЕРАКТИВНОГО СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ В РАЗВИТИИ СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Т.Д.Дуйсенов. Медицинский центр «ТЕАД», г.Алматы.

Современные высшие достижения в спорте, предполагают учет современных тенденций в развитии человеческого сообщества. Утвердившиеся теории развития общества (цивилизационная, информационная, социализационная) рассматривают один критерий - уровень и качество здоровья нации. Безусловным фактором, характеризующим данный критерий, являются достижения в спорте.

Современные игровые виды спорта отличаются от индивидуальных не только особенностями формирования и развития командных качеств, но и социально-психологическими установками на выигрыш, гордостью за свою страну и естественно, сложностью тренировочного и соревновательного процесса.

Вместе с тем, особое место в подготовке спортсменов высокого уровня занимает науч-

ное обоснование этапности, уровня их физической и психологической подготовки, начиная с молодого возраста, вплоть до соревнований международного класса.

В проблеме улучшения качества подготовки выдающихся спортсменов международного уровня, важнейшая роль принадлежит научно обоснованным методикам, организационным и технологическим аспектам всего тренировочного процесса. Эта задача может быть решена только при условии эффективного использования накопленного в современной спортивной медицине научного, кадрового и материального потенциала и требует кардинальной перестройки работы, быстрее решения ключевых проблем современного спортивного движения в игровых видах спорта. Однако в решении этой проблемы ещё много нерешённых вопро-



сов, которые требуют дальнейшего углубленного изучения и конкретизации для различных уровней и регионов с учётом особенностей и возможностей спортивной медицины на разных этапах развития. Это требует тщательной разработки всех методических и практических вопросов, чёткого взаимодействия всех заинтересованных организаций и лиц, координации их совместных усилий для обеспечения конечного результата - достижения международного признания в игровых видах спорта.

Несмотря на определённые успехи, достигнутые за последние десятилетия в игровых видах спорта, проблема подготовки спортсменов международного уровня продолжает оставаться одной из сложных и актуальных разделов спортивной медицины, в силу нескольких причин:

-отсутствия научно обоснованной комплексной и системной программы подготовки спортсменов, начиная с детского возраста;

-не разработанностью, как методологических основ классификации, так и методических аспектов медицинского мониторинга подготовки самих команд, особенностей медицинского сопровождения тренировочного и соревновательного процесса;

-крайней недостаточностью разработки психологических основ оценки спортсменов к соревнованиям высокого уровня, критериев готовности их к борьбе за высокие достижения, психологической готовности команды к борьбе с сильным противником;

-отсутствия критериев оценки эффективности подготовительного этапа и достижения конечных результатов.

Необходимость постоянного совершенствования эффективности организационного, медицинского, социально-гигиенического и психологического сопровождения хода тренировочного и соревновательного процесса несомненна.

Тенденцией развития спортивной медицины является разработка все более глубоких научно обоснованных методов физиологических, биохимических, нейрофизиологических и других видов исследования, в том числе и специальных психофизических методов не только изучения стереотипов поведения спортсменов, но и воздействия на них в ответственные моменты соревнований.

Не менее актуальной тематикой в современной спортивной медицине, обусловленной прежде всего социально-экономическими причинами, является оказание профилактической помощи в условиях соревновательного процесса. Сегодняшние реалии определяют необходимость поиска неинвазивных технологий, обеспечивающих эффективное медикаментозное воздействие на спортсменов, применение малотравматичных, строго избирательных и патогенетических обоснованных воздействий на организм спортсменов.

Ярким примером для вышеперечисленного служит волейбол. Выбор волейбола для изучения всех проблем игровых видов спорта не случаен. Волейбол имеет ряд отличий от других видов игровых видов спорта таких как: во-первых, низкая агрессивность, т.е. члены команды не имеют непосредственного контакта со своим противником; во-вторых, контакт с мячом наименьшей, по сравнению с другими видами спорта; в третьих, наиболее выражен принцип командности; в четвертых, весьма актуальна пространственная ограниченность.

Также актуальнейшей проблемой в настоящее время является вопрос социально-психологической коррекции широкого спектра предпатологических изменений, развивающихся в период стрессовых событий. Разработка и использование комплексной программы, включающей в себя современные средства профилактики стресса, с программированным физиологическим режимом и нового поколения необходимых нелекарственных препаратов с поливалентным механизмом действия, позволяют обеспечить оптимальные условия для выполнения поставленных задач и достижения высоких спортивных результатов международного уровня.

Вместе с тем, в последние годы во всех сферах деятельности человека все больше и активнее привлекаются современные достижения науки управления, активное внедрение которых позволили достичь больших успехов в деятельности не только международных корпораций, но средних и малых фирм, особенно в применении винчурных программ. Поэтому, вполне оправданным является использование теории интерактивного стратегического планирования



с использованием креативного менеджмента в достижении высоких результатов в игровых видах спорта, на примере волейбола.

Кроме того, качество управления тренировочным процессом на базе ИСО 9000 предполагает внедрение компонентов триады Донабедиана: анализ и коррекцию качества ресурсов, качество технологий и качество результатов. Качество ресурсов в подготовке волейболистов мирового класса, играет особое значение в достижении качества результатов.

К ресурсам качества относятся: человеческий ресурс - спортсмены с их физическим, психологическим, социальным и биологическим потенциалом; тренерский капитал с их опытом и талантом; административный потенциал. К финансовым ресурсам относятся: содержание команд; фонд поддержки спортсменов; мотивационный фонд и другие инвестиционные вклады. К производственным ресурсам относятся: здания и сооружения; оборудование необходимое для тренировок, для медицинского и психологического обследования спортсменов; транспортные и другие средства.

К качеству технологий относятся: технологии тренировок; технологии предсоревновательного и соревновательного этапа: технологии тренеров; технологии самоподготовки спортсменов; инновационные управленческие

технологии тренировок, медицинские адаптационные, восстановительные и реабилитационные технологии, социально - психологические коучинговые технологии.

К качеству результатов относятся: индивидуальные физические и психологические достижения; командные достижения высоких результатов; стабильность и предсказуемость результатов; достижения модели спортивных, социальных, экономических и психологических результатов.

Вместе с тем, коммерциализация игровых видов спорта, в том числе и волейбола, является неопровержимым общественным явлением, которое необходимо учитывать в достижении высших спортивных результатов, а поэтому использование интерактивного стратегического планирования в форме креативного менеджмента предусматривает безусловное использование творческого начала тренерского состава и спортсменов.

Таким образом, применение современных инновационных управленческих и организационных технологий в тренировочный, предсоревновательный и соревновательный периоды в волейболе, предусматривает всесторонний учет всех составляющих элементов управления качеством подготовки спортсменов волейболистов высшего уровня.

ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ПРОЦЕССТЕ СТУДЕНТТЕРДІҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

*Ж.Г.Тезекбаева, С.Ф.Маштахова, Р.Н.Жундабекова.
Алматы медицина колледжі, Алматы қаласы.*

Педагогикалық процессте студенттердің денсаулығы мен физикалық дамуын арнайы соматикалық бағытта емес, олардың өз денсаулығына деген саналы көзқарасын және жеке тұлғалық мінез-құлқын салауатты өмір салтының құралы ретінде қалыптастыру қажет.

Жалпы педагогикалық процессте салауатты өмірді ойдағыдай қалыптастыру үшін,

педагогтың бойында кәсіби сапасының негізі болып табылатын адамгершілік қасиет болуы тиіс. Салауатты өмір салтын қалыптастыру жағдайларының бірі ретінде адамгершілік тәрбиесі мен дене тәрбиесі негіз болатын адам жөніндегі толық көзқарасты қалыптастырудың тәсілдері арқылы денсаулықты зерттеу үшін комплекстік ықпалды жүзеге асыруды атауға



болады. Тағыда бір айта кететін жәйт, «дене тәрбиесі» өз алдына тек қана студенттердің физикалық қабілеттерін, сана қабілетін, сезім мүшелері мен денені зерттеумен ғана шектелмеу керек. Бұл жағдайда студенттердің салауатты өмір салтын қалыптастырудың әдістемелік принциптері оның жеке қабілеттеріне, өзіндік ұстанымдарына, қажеттіліктеріне, қызығушылықтарына, физикалық даму деңгейі мен оған дайындығына сай келетін жеке тұлғаның физикалық мәдениетіне тірек болуы тиіс. Физикалық тәрбиелеу процесінде кезең (этап) бойынша жүзеге асатын бүгінгі күнге сай сауықтыру технологиялары қолданылуы керек, яғни осының нәтижесінде жан жақты дамыған, шығармашылық жағынан белсенді тұлға қалыптасуы қажет.

Сонымен, салауатты өмір салтын қалыптастыру толықтай алғанда оның белсенді процесіне түрткі болатын механизмдерін оқыту, тәрбиелеу, дамыту және насихаттау болып табылады. Осы аталған жағдайларды салауатты өмір салтын қалыптастыру процесінде жүзеге асыру үшін біз бірнеше бағыттарды анықтадық, яғни: мемлекеттік саясаттың, жастар жұмысымен байланысты қызмет жасайтын үкіметтік емес ұйымдардың бағыттылығы; жағдайлары жоқ жанұяларға материалдық қолдау көрсету және салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелерін шешу үшін жағдай туғызатын мекеменің қаржылық жағдайын құру; жастардың өз денсаулығы жөнінде уақытымен толық мәлімет алуы; жастардың денсаулығын сақтауға және салауатты өмір салтын қалыптастыруға қызығушылықтарын дамытуға, қаржыландыруға қолдау көрсету.

Қорыта айтқанда, салауатты өмір салтын қалыптастыру жұмыстары бүтін педагогикалық процестің барлық субъектілері бір-бірімен тығыз байланыста атсалысатын болса тиімді болады. Жоғарыда айтылғандардың барлығы әрбір адамның өз денсаулығын сақтаудың үнемі қамын жасауын талап етеді, бұл, біздің ойымызша, салауатты өмір салтын қалыптастыру жүйесінің бірнеше бағыттарын айқындауды қамтамасыз етеді:

1). Әлеуметтік-экономикалық, психологиялық-педагогикалық ұйымдар бағытында жанұя денсаулығын сақтау және нығайту. Адамдарға

салауаттылықты ұсына отырып, күнделікті өмірдегі мәселелерді шешу процесіне сәйкес жағдайларды құру қажет, әсіресе жалақы деңгейі төмен, материалдық деңгейі нашар жанұялардың қолы жететін қарапайым жүйелерді ойластыру керек (әке-шешелерінің және олардың қамқоршыларының жалақыларын көтеру, көп балалы жанұяларға жеңілдік (льгота) бөлу, мөлшерлі тамақпен қамтамасыз ету, уақытылы денсаулыққа диагностика және т.б).

Біздің ойымызша, республикамыздың мемлекеттік саясатында тұрғындарға, ең алдымен студенттерге әлеуметтік қолдау көрсетуді қамтамасыз ету шараларын іздестіру керек. Бұл негізінен денсаулықты нығайту мен сақтаудың қалыпты-заң актілерін қабылдауға, әлеуметтік және мәдени құндылықтарға бейімделген тұрақты адами және материалдық ресурстарды құруға, яғни адамдардың салауатты өмір салтын таңдауына бағытталған.

Бір қуанарлығы, қазіргі уақытта Қазақстан «Қазақстан-2030» әлеуметтік даму докторинасын дамытуды ұсынады. Бұл докторинада республикадағы салауатты өмір салтын белсенді қалыптастыру мен денсаулықты нығайтуды дамытудың бағыты айқын көрсетілген. Осы құжатты қабылдау уақытынан бастап (қазан, 1997) Республикада салауатты өмір салтының заңды-құқықтық базасы қайта қарастырылған: «Халық Денсаулығы» Мемлекеттік бағдарламасы, ҚР үкіметінің қаулысымен «Салауатты өмір салты» кешенді бағдарламасы жасалып іске көшті, бірқатар колледждерде, университеттер мен академияларда «Валеология» оқу бағдарламасы енгізілді, жоғарғы оқу орындарының базаларында салауатты өмір салтының әр түрлі аспектілері бойынша оқытушылардан, дәрігерлерден, медбикелерден мамандарды дайындау ұйымдастырылды.

2). Жоғарғы оқу орындарында, отбасында, қоғамда жанға жайлы, адамгершілікті, ұнамды ортаны қалыптастыруға жағдай туғызу, әрбір адамның салауатты өмір салтын жүзеге асыруында оны қоршаған ортаның кез келген аспектісі маңызды: жекетұлғаның денсаулығын нығайтуға бағытталған қоғамдық саясат, қоршаған жағымды орта, әркімнің өз денсаулығына тиімді жеке біліктілігі мен дағдысы және адамдардың жағымды әрекеттері.



Бұл бағытта білім беру жүйесінің маңызды функциясы ретінде жастардың денсаулығын тек қана гигиена, санитария немесе өз ағзасын білу жолымен ғана шектеп қоймай, сонымен қатар, студенттердің колледж қабырғасында өзін жайлы және әлеуметтік қауіпсіз сезінуі, жәйлі жағдайда оқып жұмыс істеуі үшін оқытушылардың, студенттердің, ата-аналардың өзара келісімді достық қарым-қатынастарын қалыптастыру аса маңызды.

3). Әрбір студенттің өз денсаулығын сақтау және нығайту жөніндегі қалыпты заң актілерінің маңыздылығы мен мазмұны жөнінде терең біліммен қарулануы. Біздің көз-қарасымыз бойынша, білім күнделікті өмірде жеке тұлғаның өзін құрметтеу сезімін қалыптастыруда байқалуы тиіс, және алған білімін өзінің денсаулығын, өз өмірін бақылауға алуды жүзеге асыру үшін күнделікті өмір тәжірибесінде қолдануы тиіс.

Демек, колледж алдында қоғам бұл сұрақты студенттердің өз денсаулықтарын қазіргі уақытта да, болашақта да сақтай білу мәселесіне көңіл бөлуге қабілетті етерліктей қылып шешуді ұсынады. Бұл мақсатқа жету тұлға құрылымында өмірлік біліктілікті, шешім қабылдауды, кикілжіндерді талдауды, шешуді, аурудан, жағымсыз қылықтардан аулақ болуға көмектесетін мінез-құлықты қалыптастыруды қамтиды. Бұл жағдайды жүзеге асыру үшін Республикада білім беру бағдарламалары енгізілген: жоғарғы оқу орындарында, колледждерде валеология бағдарламасы енгізілген және әр түрлі оқу мекемелерінің базасында салауатты өмір салтын қалыптастыру сұрақтары бойынша мамандарды даярлау және қайта даярлау ұйымдастырылған.

4). Студентті ақырғы нәтижені алдын ала болжай білуге, өзін ыңғайлы және жайлы сезінетін қоғамға сіңуге сенімділікке үйрету. Өйткені, әр түрлі жағдайлар мен қиындықтарда өз мүмкіндіктері мен жеке қабілеттері оянады, өзінің ұлттық менталитетінің ерекшелігін ескере отырып, жеке басын қорғай алады.

Біздің ойымызша, әр бір студенттің өзінің болашағына сенімділігі мен мүмкіндіктеріне сай болашақта салауатты өмір салтын таңдау стимулы туындайтынына кәміл сенеміз. Ғалым-мамандардың дәлелдеуі бойынша,

тура осы кезең адамның тұлға ретінде, жанұя қамқоршысы ретінде, өзі кіретін қоғамның жұмысшысы мен мүшесі ретінде қалыптасуы үшін аса маңызды.

5). Соңғы кездері белсенді әрекет ететін мемлекет тіркеуінде жоқ мекемелердің шынайы шығармашылық миссияларының ұйымдастырылуына іс әрекет арқылы жақындауды жүзеге асыру қажет. Бір ескере кететін жайт, бүгінгі күнде шынайы шығармашылық қызмет тәжірибесінде студенттердің салауатты өмір салтын ұйымдастыруда іс-әрекет ыңғайына тірек әлі де жеткіліксіз. Бірақ, мақтанарлық жайт, соңғы уақытта көптеген мемлекеттен тыс мекемелер белсенді әрекет етуде. (Сауықтыру орталықтары, демеушілікті және меценатстваны қолдану, жастар орталықтарын құру және т.б).

Бүгінгі қоғамда салауатты өмір салтын қалыптастыру жұмысын жекеше қарастыруға болмайтынын өмір дәлелдеді, яғни ол өз негізінде денсаулықты нығайтудың жалпы мәселелері мен қызығушылықтарын тасымалдайтын әртүрлі заңды және физикалық күштердің бірігуі негізінде құрылуы тиіс. Тура осы принципте көптеген ұтымды бастамалар мен шаралар тек қана Қазақстан Республикасында ғана емес, сонымен қатар әлемдік масштабта жүргізілді. Қазақстан Республикасында осы сұрақты шешу барысында прогрессивтік құбылыстар байқалды. Мысалы, бүгінгі күнде біздің мемлекетте барлық мемлекет аралық ұйымдармен салауатты өмір салтын құру үшін келісім жасалды, оның бағасы 6 млн. долларды құрайды; денсаулық сақтау министрлігімен және білім және ғылым министрлігімен, мәдениет министрлігімен келісім-шарт жасалған; Қазақстанда «Дені сау қалалар» (Талғар, Талдықорған, Көкшетау, Алматы, Щучинск) жобасымен келісе отырып ВОЗ жобасын іске енгізу; «дені сау университеттер» (Алматы қ. денсаулық сақтау университеттер), денсаулықты бекітуге арналған мектептер (Алматы мен басқа қалаларда 20) құрылуда; елімізде әр квартал сайын салауатты өмір салты мәселесіне арналған үлкен масштабты акциялар жүргізіледі; күнделікті 2 телекөрсетілім, 2 радиокөрсетілім, 1 газеттік мақала салауатты өмір салтын құрастыру мәселесін жарнама-



лайды. Әр түрлі орталықтар, қорлар, фирмалар мен компаниялар студенттердің денсаулығын сақтау бағдарламаларына ат салысулары керек, соның негізінде студенттердің салауатты өмір салтын құру міндеттерін шешуге жалпы ыңғайлану қажет, бірақ әлі де денсаулықты нығайту қозғалысының жақтастарын кең көлемде қызықтырып, тарту қажет.

6). Барлық білім беру мекемелері қызметінің мақсаттарында, мазмұнында, формалары мен әдістерінде салауатты өмір салтын қалыптастырудың біркелкі тәрбиелік бағыттылығын құруды қарастыру. Бұл жоспарда студенттермен жұмыс жүргізуде студент алған білімін тек өз-өзіне көмек көрсету үшін ғана емес, өзінің өмір сүру салтын бақылауды жүзеге асыруға пайдалануы тиіс. Біздің ойымызша, тұрғындарға салауатты өмір салтын әртүрлі деңгейде насихаттау, осы мақсаттағы іс-әрекеттерді біріктіру мен нығайту әрбір адам мен қоғамның денсаулығын нығайту мен сақтауда оң нәтижелерін береді.

7). Студенттердің физикалық белсенділігіне жүйелі түрде үнемі қолдау көрсету. (дене шынықтырудың барлық түрлерін дамыту, жанұялық сайыстарды құру, турнирлер мен жарыстарды, көкке шығу, туристік қыдыру және т.б.). Бұл бағыт жоғарыда аталып өткендей, «2030» Стратегиясында кең көлем алды. Бірақ колледждің, отбасының, және қоғамның өмірінде оның жеткіліксіз жүзеге асырылатыны байқалады. Осы орайда, денсаулықты нығайту стратегиясы барлық оқу мекемелерінің іс-әрекетінде студенттердің физикалық белсенділігіне жүйелі түрде қолдау көрсетуді талап етеді.

Қазіргі уақытта Қазақстанның бірқатар оқу орындарында позитивтік өзгерістер жүріп жатыр, бұл өзгерістердің мақсаты – студенттер денсаулығын нығайтуда оқытушылар белсенділігін арттыру, студенттердің қосымша физикалық белсенділігі арқылы сауықтыру процесіндегі профилактикалық шараларға оқытушылар назарын жоғарылату. Көбінесе, дене шынықтырудан беретін оқытушылар мен спорт жаттықтырушылары бүгінгі күнде студенттердің салауатты өмірінде маңызды орын алуда. Сондықтанда олардың денсаулықты бекітуге бағытталған колледж жұмыстарына

белсенді қатысулары және олардың өзіндік жағымды мысалдары тек колледжбен ғана шектеліп қоймай, сонымен қатар жалпы тұрғындарға пайдалы болуы тиіс.

8). Оқу жылы мен демалыс күндерінде толық демалуды жан-жақты қарастыру керек. Күнделікті тіршілікте студенттер физикалық және рухани күштерін қалпына тез келтіру мүмкіндіктерімен ерекшеленеді деген пікір қалыптасқан. Бірақ біздің ойымызша, үлкендерге қарағанда жастардың ағзасы олардың демалысын жан-жақты ойластырып ұйымдастыруды қажет етеді. Біздің көз-қарасымыз бойынша студенттердің денсаулығын нығайту жұмыстарын кеңейтуде мына жағдайды естен шығармау керек: студенттердің оқу жылы ағымында және демалыс күндерінде толық демалуын жан-жақты жүзеге асыру керек. (тауға, теңізге серуендеу, туристік саяхаттар т.б.) Ғалымдардың дәлелдеуі бойынша, студенттердің бос уақытын қалай өткізгеніне байланысты, олардың денсаулығы, физикалық және психикалық жағдайлары өзгереді. Сондықтан да мамандардың ойынша, ой еңбегімен, оқумен айналысатындарға физикалық жаттығулар, туристік саяхаттар, экскурсиялар, серуендеулер, құрылыс отрядтарында жұмыс жасау пайдалы.

Және керісінше, физикалық еңбекпен айналысатындарға бос уақытта кітап оқу, музейге, көрмелерге бару аса пайдалы.

Біздің зерттеп жатқан мәселеміздегі алаңдататын нәрсе күнделікті білім беру жүйесінің компьютерленіп жатқаны. Әрине бұл жүйенің көптеген жақсы жақтары бар, бірақ жас ағзаға компьютердің кері әсерінің көп екендігін ұмытпаған жөн. Бұған дәлел ретінде компьютерлік мәселелерге байланысты көптеген диссертациялардың жазылып жатқаны, яғни оқыту сапасын көтеру негізінде тиімді шара ретінде қаралса да, осы ойындардың салдарынан жастарымыздың физикалық және психикалық өзгерістерге ұшырауы қатты алаңдатады. Сондықтан, жастардың компьютерлік ойындармен көп уақытын өткізуіне орай қажетті шаралар қолдану қажеттігін ойланған жөн. Үрейлендіретін тағы бір жайт, ата-аналардың әсіресе жазғы демалыс кезінде балаларының арнайы ойын



залдарына кетуіне жол беретіндіктері, ол жерде баланың бірнеше сағат бойы өз денсаулығына нұсқан келтіретіндігін білмеуі. Біздің ойымызша, бұл сұрақ ғалымдардың зерттеулерінде арнайы мәселе ретінде қарастырылуы тиіс. Бұл мәселені шешуде тек оқытушылар, медицина қызметкерлері, ата-аналар ғана емес, өз қызметіндесалауаттыөмірсалтынқалыптастыру жағдайларымен байланыстағы философтар, со-

циологтар, экономистер, психологтардың да атсалысқаны жөн.

Сонымен, біздің ойымызша, жоғарыда аталып өткен барлық бағыттар толығымен белгілі бір жүйемен қарастырылуы тиіс, бұл бағыттардың жүзеге асырылуы салауатты өмір салтын қалыптастыруға теориялық негіз болады.

РЕЗЮМЕ

В данной статье определены основные педагогические направления формирования у студентов разумного отношения к себе и нравственное становление личности как средство здорового образа жизни.

SUMMARY

The article identifies the main directions of developing among students reasonable attitude towards their self and moral formation of personality as a mean to a healthy lifestyle.



РЕЗУЛЬТАТЫ КАТАМНЕСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРАНЗИТОРНУЮ ИШЕМИЮ МИОКАРДА

*С.А.Диканбаева, С.М.Кабиева, А.С.Жумакаева, С.А.Курганская.
Карагандинский Государственный медицинский университет,
Областная детская клиническая больница, г.Караганда.*

В структуре болезней сердца у новорожденных и детей грудного возраста особое место отводится гипоксическим поражениям миокарда. В соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра они включены в рубрику сердечно-сосудистые нарушения, возникшие в перинатальном периоде (P-29); под рубрикой P-29.4 указана преходящая ишемия миокарда у новорожденных.

Постгипоксическое поражение миокарда, по данным разных авторов, встречается у 15-50% новорожденных. Чаще всего постгипоксические изменения сердечно-сосудистой системы имеют благоприятное течение и нивелируются к концу периода новорожденности на фоне метаболической терапии. Однако в ряде работ имеются упоминания о различной длительности сохранения изменений в сердце при постгипоксической транзиторной ишемии миокарда. Перенесенная транзиторная дисфункция миокарда, создает возможность формирования в дальнейшие периоды жизни детей функциональных кардиопатий, миокардиодистрофий и нарушение вегетативных параметров.

В связи с этим назрела необходимость проведения более углубленных комплексных исследований, дающих возможность дифференцированного подхода как к диагностике транзиторной ишемии миокарда, так и ее последствий в раннем детском возрасте.

Цель работы: оценка функциональных резервов миокарда у детей грудного возраста, перенесших в перинатальном периоде транзиторную ишемию миокарда.

В катмнезе наблюдалась группа детей (52) грудного возраста (от 3 месяцев до 1 года), перенесших транзиторную ишемию миокарда в перинатальном периоде. Из них у 23 (44,2%) отмечены остаточные изменения перенесенного поражения сердца вследствие гипоксии: у 9 детей диагностирована гипоксически-ишемическая кардиопатия (I группа), у 14 детей

- цереброкардиальный синдром (II группа).

Результаты нашего исследования показали, что у детей, перенесших перинатальную гипоксию, в периоде новорожденности у 15,4% были отмечены нормальные показатели сократительной способности миокарда: фракции выброса (ФВ=66,6±0,6%) и фракции укорочения (ФУ=34,7±0,4%). У большинства же детей (67,3%) в исходном положении зарегистрированы повышенные показатели систолической дисфункции миокарда (ФВ=79,9±0,8%, ФУ=46,1±0,6%). У 17,3% пациентов выявлено снижение сократительной способности миокарда (ФВ=61,2±0,6%, ФУ=31,0±0,5%).

Проводя антиортостатическую пробу, мы оценивали толерантность к физической нагрузке и динамику показателей систолической функции миокарда.

После проведения функциональной пробы только лишь у 23,1% новорожденных детей зарегистрирован удовлетворительный резерв адаптации миокарда к нагрузке.

Около трети новорожденных детей (30,8%) были отнесены к группе с напряженным вариантом адаптации миокарда к нагрузке. Показатели сократительной способности миокарда этих детей характеризовались высокими цифрами: ФВ (от 79 до 87%) и ФУ (от 45 до 53%), которые после пробы увеличились: ФВ до 81-94% и ФУ до 48-63%. Данный вариант свидетельствовал о незначительных гемодинамических и метаболических изменениях в миокарде и достаточной компенсаторной реакции миокарда.

У 28,9% показатели сократительной способности характеризуют субкомпенсированный вариант функциональных резервов. У детей данной группы повышенные показатели сократимости миокарда: ФВ от 76% до 84% и ФУ от 42% до 50%, снизились после нагрузки: ФВ снизилась менее, чем на 10%, а ФУ менее чем на 14%.

Декомпенсированный вариант функцио-



нальных резервов отмечен в 17,2% случаев и характеризовался значительным изменением систолической функции миокарда: ФВ составила менее 65% и ФУ менее 37%. После нагрузочной пробы ФВ снизилась более, чем на 10%, ФУ более чем на 14%. Такие изменения свидетельствуют об истощении резервных возможностей миокарда.

В динамике наблюдения на первом году жизни у 22,2% детей I группы зарегистрирован напряженный вариант адаптации миокарда к нагрузке (исходные показатели ФВ составляли $78 \pm 5,7\%$, а после нагрузки $78,7 \pm 6,5\%$). У 22,2% детей до нагрузки ФВ составляла $76,7 \pm 13,7\%$, после нагрузки – $72,2 \pm 15,9\%$, что можно оценивать как субкомпенсированный вариант функциональных резервов миокарда. У 55,6% детей ФВ составляла до нагрузки $72,1 \pm 3,96\%$, после нагрузки $64,2 \pm 2,9\%$ - декомпенсированный вариант.

Во II группе 14,3% детей имели удовлетворительный резерв адаптации (исходные показатели ФВ составляли $71,1 \pm 2,3\%$, после нагрузки $74,1 \pm 0,9\%$). У 35,7% детей напряженный вариант адаптации миокарда к нагрузке ($76,2 \pm 2,6\%$ - $79,3 \pm 2,2\%$). У 28,6% детей до нагрузки ФВ составляла $78,4 \pm 14,0\%$, после нагрузки – $76,5 \pm 5,5\%$ (субкомпенсированный вариант). У 21,6% детей ФВ составляла до нагрузки $66,9 \pm 10,4\%$, после нагрузки $55,1 \pm 9,7\%$ - декомпенсированный вариант.

Таким образом, данные катamnестического наблюдения показывают высокую частоту остаточных явлений транзиторной ишемии миокарда и снижение функциональных резервов миокарда при отсутствии своевременной коррекции, что обуславливает неблагоприятный прогноз.

КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

А.М.Нугманова, С.А.Диканбаева.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г.Алматы.

Целью исследования явилось изучение изменений гемодинамики у детей с хронической болезнью почек с использованием показателей ЭхоКГ.

Материалы и методы. Мы провели эхокардиографическое обследование сердца 37 больных. Согласно NKF Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease (2002) 11 (29,7%) детей имели 2-3 стадии и 26 (70,3%) – 5-ю (диализную) стадию ХБП. Исследование проведено на диагностическом сканере «Vivid-7, GE» Норвегия в В и М - режимах импульсным датчиком 4 МГц, в положении больного на правом боку. Измеряли толщину межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), определяли конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический

размер (КДР) левого желудочка, ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ).

Массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) определяли по формуле: $ММЛЖ = 1,04 \times [(МЖП + ЗСЛЖ + КДР)^3 - (КДР)^3] - 13,6$. Относительную толщину стенки (ОТС) левого желудочка рассчитывали по формуле: $ОТС = (МЖП + ЗСЛЖ) / КДР$, если последний превышал 0,45, то больного относили к концентрическому типу ГЛЖ, если был меньше 0,45 – к эксцентрическому типу ГЛЖ.

Результаты. ГЛЖ была диагностирована у 62,2% детей. ГЛЖ характеризовалась существенным увеличением массы миокарда, с увеличением линейных размеров и объемных характеристик левого желудочка. Относительная толщина стенок ЛЖ не превышала 0,45, что



свидетельствовало о преобладании эксцентрической гипертрофии миокарда. В наших наблюдениях, как и в исследованиях других авторов, между массой миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и уровнем креатинина (Ссг) имелась тесная связь. Так у больных ХБП со 2-3 стадиями при Ссг $0,10 \pm 0,02$ ммоль/л ММЛЖ составила $93,3 \pm 46,6$ гр., у больных с 5 стадией ХБП по мере нарастания Ссг $0,77 \pm 0,06$ ммоль/л, отмечается выраженное увеличение массы миокарда $163,2 \pm 99,9$ гр..

Среди негемодинамических факторов риска ГЛЖ при ХБП обсуждается значение нарушений гомеостаза кальция и фосфора. При ХБП 2-3ст. показатели кальция крови при всех уровнях Ссг находились в диапазоне нормальных значений, тогда как в группе пациентов, получавших диализную терапию прослежива-

лась тенденция к гипокальциемии ($1,91 \pm 0,43$) и гиперфосфатемии ($1,88 \pm 0,66$). Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей с терминальной играет важную роль в патогенезе и развитии сердечно-сосудистых заболеваний при ХБП. При нарушении фосфорно-кальциевого обмена значительно повышается летальность.

Заключение. Хроническая болезнь почек у детей, как и у взрослых, сопряжена с высочайшим риском ускоренного развития сердечно-сосудистой патологии. Кардиоваскулярные нарушения могут возникать уже на ранних стадиях заболевания и их частота возрастает по мере прогрессирующего падения функции почек. Эти изменения проявляются гипертрофией миокарда левого желудочка, увеличением массы миокарда левого желудочка, нарушением фосфорно-кальциевого обмена.

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕГИОНЕ ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА «АЗГЫР»

Н.Ж.Жакашов, Л.М.Касимова, М.К.Амрин.

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

С целью выявления причин младенческой смертности нами проанализированы тенденции смертности детей до 1 года за период с 2000 по 2008 годы по Курмангазинскому району Атырауской области, а также по Азгырскому и Суяндукскому сельским округам, расположенным в непосредственной близости от ядерных площадок.

Как видно из данных таблицы 1, в регионе ядерного полигона «Азгыр» наблюдаются высокие уровни младенческой смертности. Так, в 2002 году на территории Суяндукского сельского округа был зарегистрирован самый высокий уровень младенческой смертности, который составил 51,0 случая на 1000 родившихся, что превышает показатели по Курмангазинскому району в 3,07 раза, а по Атырауской области – в 2,61 раза. На территории Азгырского сельско-

го округа уровень младенческой смертности в 2002 г. составил 40,1 случая на 1000 родившихся, который превысил таковую по району – в 2,41 раза, по области – в 2,05 раза.

В отдельные годы в регионе имеет место чрезвычайно высокие уровни младенческой смертности. Так, в 2000 г. по Суяндукскому сельскому округу его уровень составил 81,0 случая на 1000 родившихся, при среднереспубликанском показателе 15,9 и среднеобластном – 18,5. Необходимо отметить, что в отдельные годы по некоторым сельским округам регистрация младенческой смертности отсутствует, что зависит от плохой организации учета и неправильной отчетности.

Нами также проанализированы причины младенческой смертности по Курмангазинскому району в сравнении с данными Атырауской



области. В результате анализа установлено, что основными причинами младенческой смертности являются врожденные аномалии развития, такие как аномалии развития легких, желудочно-кишечного тракта, которые являются причиной смерти младенца в 60% всех случаев, что превышает показатели по Атырауской области почти в 2,0 раза. Второе место среди причин младен-

ческой смертности занимают травмы, полученные в родах, которые составляют 20,0% от всех случаев. Бронхопневмония является причиной смерти младенцев в 13,3% случаев и занимает третье место среди всех причин младенческой смертности. Инфекционные заболевания (кишечные инфекции) являются в 6,7% причинами младенческой смертности.

Таблица 1 – Тенденции изменения младенческой смертности в Курмангазинском районе за 2000-2008 годы

Населенный пункт	Годы								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Балкудукская СБ	32,7	13,3	40,1	21,4	20,4	20,8	18,0	15,2	-
Суондукская СВА	81,0	12,5	51,0	30,1	11,4	10,2	16,0	-	50,8
Кудряшовская СБ	-	9,6	23,3	23,0	9,9	35,7	28,3	20,9	27,2
Нуржауская СВА	-	47,6	42,3	36,2	20,8	-	12,0	-	-
Кировская СВА	-	29,0	28,6	-	-	-	12,2	13,2	12,1
Алгинская СВА	-	21,7	48,8	18,5	-	21,7	19,5	17,3	43,2
Енбекшинская СВА	-	16,9	34,4	-	-	-	-	-	64,7
Шортанбайская СВА	-	-	-	41,7	78,9	-	-	-	18,6
Калининская СВА	-	21,2	-	56,8	-	-	-	-	-
Утеринская СВА	-	-	27,0	24,8	22,7	25,0	34,4	43,8	46,9
п. Ганюшкино	-	19,7	13,8	20,7	5,2	17,6	12,9	8,1	10,9
Курмангазинский район	15,9	19,3	16,6	15,6	15,8	10,1	10,6	11,4	26,5
Атырауская область	18,5	15,8	19,5	17,3	13,8	11,5	12,3	13,7	21,7
РК	19,6	19,4	17,4	15,3	14,5	15,2	13,7	14,6	20,8

Сравнительный анализ младенческой смертности показал, что удельный вес основных причин по Атырауской области намного ниже, чем по региону ядерного полигона «Азгыр». Высокий уровень врожденных аномалий среди причин младенческой смертности свидетельствует о генетических последствиях проведенных ядерных испытаний. В то же время, высокий удельный вес травм в родах среди причин младенческой смертности указывает на низкую квалификацию медицинских работников, оказывающих помощь в родовспоможении и недостатки в медико-организационных вопросах

оказания помощи беременным женщинам и детям.

Таким образом, в регионе ядерного полигона «Азгыр» наблюдается низкая рождаемость населения, которая ниже районного, областного и республиканского показателей. В сельских населенных пунктах, в непосредственной близости от полигона «Азгыр» регистрируется высокая младенческая смертность, которая превышает показатели по Курмангазинскому району в 1,9 раза, Атырауской области – в 2,3 раза. Основными причинами младенческой смертности являются аномалии развития (до 60% всех случаев) и травмы при родах (20,0%).



ДИНАМИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Е.К.Куандыков, Г.Т.Асилбекова, А.А.Абласанов, А.А.Майлыкараева.
Международный Казахско-Турецкий университет имени А.Ясави, г.Туркестан.*

Стратегия снижения перинатальной заболеваемости и смертности не теряет своей актуальности и является приоритетной задачей современного акушерства. По данным ВОЗ (1997), каждый год в мире умирает почти 40 000 новорожденных из 4 млн, перенесших асфиксию различной степени тяжести. В Казахстане в 2001 году в структуре перинатальной смертности ведущее место занимала внутриутробная гипоксия, асфиксия – 50,7%.

Многочисленные исследования свидетельствуют, что в структуре перинатальной и детской смертности второе место занимает врожденные пороки развития. По данным литературы, каждый 10-й мер-творожденный имеет ВПР, каждый 5-ый умирает в первые 6 суток жизни от различных ВПР. Причем уровень этих заболе-

ваний, как в разных странах, так и в отдельных регионах Казахстана, различен.

По данным официальных органов статистики, доля перинатальной смертности в младенческой смертности в отдельных регионах ежегодно превышает республиканский показатель. Так в ЮКО показатель перинатальной смертности ежегодно выше, чем по республике в период с 2000 до 2007 года (табл.–1). Сравнительно высоким остается показатель по г. Туркестан, Шымкент, а также Арысского и Отрарского районов. Из всех ВПР в общем количестве преобладают пороки развития сердечно-сосудистой системы. Немало выявляются и ВПР центральной нервной системы, более половины которых, в большинстве случаев, не доживают до 7 дней внеутробной жизни.

Таблица–1. Показатель перинатальной смертности на 1000 живорожденных

Регионы /годы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Шымкент	17,3	24	13,5	12,6	12,4	14,7	17,4	13,4
Туркестан	16	15,7	14,7	12,3	16	16,2	14,9	17,5
Арысский район	15,8	12	9	13,1	10,6	7,7	11,6	16,8
Отрарский район	14,2	20,3	31	17,4	15,3	13,3	14,7	17,2
ЮКО	16,8	15,8	16,2	15	15,4	16,3	16,3	14,1
Казахстан	16	15,5	14,3	13,9	13,1	13,4	13	12,2

Таким образом, потери в перинатальном периоде заслуживают особого внимания т.к. в настоящее время существует реальная возмож-

ность активно выявлять и проводить профилактику рождения детей с грубыми и неизлечимыми пороками развития.



ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

*А.С.Биболова, Н. К.Тузельбаев, К.С.Казбекова, Ф.А.Бердалиева, О.Ж. Ташимбетова.
Международный Казахско-Турецкий университет им.Х.А.Ясави, г.Шымкент.*

В последние годы у врачей вызывает тревогу ухудшение показателей качества здоровья у плода и новорожденного. Возникает неотложная необходимость переноса внимания на коррекцию внутриутробного развития человека. Отмечено, что к нарушению адаптации ребенка к внеутробной жизни чаще приводят неконтролируемые причины: иммуноконфликтная беременность, внутриутробные инфекции, синдром дыхательных расстройств.

С позиции теории системогенеза наименее адаптированными являются нервная, эндокринная и иммунные системы плода и новорожденного.

Мы изучали состояние здоровья беременных женщин, новорожденных детей, а также проводили анализ заболеваемости нервной системы в условиях поликлиники, среди беременных женщин и детей, проживающих на территории обслуживания клиники МКТУ.

Изучение состояния здоровья женщин позволило выявить следующую закономерность:

у женщин с осложненным течением беременности и преждевременными родами (основная группа) значительно чаще встречались нарушения менструальной функции по сравнению с беременными контрольной группой (25% против 6,7%). Акушерский анамнез у женщин основной группы был отягощен наличием медабортов (30%), самопроизвольных выкидышей (33,3%), преждевременных родов 38,3%.

Обратил на себя внимание тот факт, что почти у всех женщин основной группы (90%) было выявлено железодефицитное состояние (ЖДС). Инфекционные заболевания в этой группе женщин зарегистрированы в 38,3% случаев против 13,3%, среди экстрагенитальной патологии преобладали инфекции мочевыводящей системы (23,3%).

Структура заболеваемости новорожденных детей в основной группе (рожденных от матерей с осложненным течением беременности и преждевременными родами), а также в контрольной группе представлена в таблице 1.

Таблица 1

Структура заболеваемости новорожденных детей в основной и контрольной группе

Наименование патологии	Основная %	Контрольная %
Внутриутробная гипоксия и асфиксия	32	4,7
Замедленный рост	8	3
Родовая травма	13	6
ВПР	0,6	-
Геморрагические и гемолитические нарушения	3,8	1,7
Синдром дыхательных расстройств	0,6	

Анализ, проведенный в детской поликлинике позволил выявить высокую распространенность перинатальной энцефалопатии (90%). Поражение головного мозга, возникшее в перинатальный период является основной причиной инвалидизации и дезадаптации детей.

У большинства детей (65%) диагностирована легкая степень перинатальной энцефалопатии (ПЭП), средне тяжелое течение наблюдалась в 30% случаев и тяжелое течение зарегистрировано у 5% детей. Согласно синдромологической классификации у 40% больных выявлен

синдром повышенной нервно-мышечной возбудимости, синдром угнетения наблюдался у 9%, синдром двигательных расстройств у 20%, синдром внутричерепной гипертензии у 22%, синдром гидроцефалии у 3% детей.

Анализ анамнеза беременности у матерей этих детей позволил выявить ЖДС в 92% случаев, гестоз II половины беременности у 48%, угрозу прерывания беременности у 22%, хронический пиелонефрит наблюдался у 30% женщин.

Распространенность соматических и гине-



кологических заболеваний среди женщин роже-ниц, высокий процент ЖДС и др. обуславливают высокий риск беременности и родов. Одной из основных причин ЖДС считается некачественное питание. Как показывают эпидемиологические исследования последних 15-20 лет роль недостаточного или несбалансированного питания во время беременности может быть сопоставима с ролью генетических факторов и активных химических или инфекционных воздействий.

Особенно настораживает высокий уровень заболеваемости нервной системы у детей. При этом большая часть патологии связывается с перенесенной асфиксией. Перечень психоневрологических расстройств, связанных с гипоксическими повреждениями головного мозга, чрезвычайно широк, от задержки психомоторного развития до тяжелых форм детского церебрального паралича, сопровождающегося умственной недостаточностью, двигательными расстройствами, судорогами и др.

По мнению Г. А. Самсыдиной здоровье но-

ворожденного не может зависеть от какой либо одной причины, и следовательно не может быть заботой только семьи медицины общества. Необходимо взаимодействие всех этих составляющих чтобы реально обеспечить нормальное развитие и здоровье человека.

Следует подчеркнуть, что тот краткий миг “перинатальный” определяет качество здоровья в последующем, потому очень важна неразрывная связь акушерства и педиатрии.

Ввиду того, что наши статьи “Философские аспекты формирования здорового образа жизни” и “Принципы восточной философии и восточной медицины в формировании здорового образа жизни” были возвращены по причине несоответствия основной тематике научных направлений конференции “Формирование здорового образа жизни – главная стратегия Казахстана” мы сочли возможным представить на конференцию статью на тему “Влияние здоровье матери на состояние новорожденного”.

Работа выполнена на базе клиники МКТУ им. Х. А. Ясави.

ОБМЕН СЕЛЕНА В ОРГАНИЗМЕ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Е.Т.Дадамбаев, И.З.Мамбетова, З.А.Жумабаева, В.К.Махатова, А.Р.Алимбаева, КазНМУ, г.Алматы.

Медицинская общественность мало информирована о биологическом значении микроэлемента селена в организме человека. По содержанию в организме человека селен, уступая жизненно важным микроэлементам - меди и цинку, играет немаловажную роль в обменных процессах. Он являясь компонентом пептидов, аминокислот и ферментов (глутатион – пероксидазы и др.), выполняет роль антиоксиданта, обезвреживает вредное действие органических перекисей и свободных радикалов на клеточные мембраны.

Селен в организме депонируется в печени, почках и эритроцитах. Содержится он преимущественно в митохондриях клеток, при недостатке или избытке селена вызывается де-

струкция митохондрий с угнетением тканевого дыхания.(Л.В.Кактурский с соавтор. 1990 и др.)

По данным Н.А.Голубкиной с соавтор. (1998), в эндемическом регионе у здоровых детей содержание селена в сыворотке крови должны находиться в пределах $81,6 \pm 4,3$ мкг/л, в волосах $500 \pm 35,2$ мкг/кг, в суточной моче 41 ± 3 мкг/л. Снижение содержания селена в организме ими обнаружено у больных детей с фенилкетонурией.

Так как изменения концентрации селена в организме вызывает деструкцию митохондрий клеток с угнетением тканевого дыхания, то не исключается участие нарушенного селенового обмена в патогенетической цепи развития вос-



палительных процессов в бронхолегочной системе. Однако, подтверждающих данных в доступной литературе мы не нашли.

Поэтому, мы задались целью изучить содержание селена в организме у здоровых детей и у детей с заболеваниями бронхолегочной системы.

Содержание селена изучали флуорометри-

ческим методом в сыворотке крови, в моче и в волосах обследуемых детей. Контрольную группу составляли 15 практически здоровых детей в возрасте от 3 до 15 лет. Одновременно обследовано 15 часто болеющих детей идентичных возрастов с респираторными инфекциями. Результаты исследования приведены в таблице №1.

Таблица №1

Показатели содержания селена у здоровых и часто болеющих детей с респираторными инфекциями.

Показатели	Здоровые дети (n=15)	Больные дети с респираторной инфекцией(n=15)	P
Se сыворотки крови, мкг/л	38,2± 1,4	29,0± 4,5	<0,05
Se суточной мочи, мкг/л	24,1±2,0	19,2± 1,0	<0,05
Se волос, мкг/кг	397,4± 55,0	337,2± 33,4	>0,1

Примечание: P- достоверность различия показателей между двумя группами.

Как видно из таблицы №1, содержание селена в биологических субстратах детей с респираторными инфекциями были значительно ниже, по сравнению с контрольной группой здоровых детей. Это снижение было более достоверно в сыворотке крови и в суточной моче (P <0,05). У часто болеющих детей с респираторными инфекциями, содержание селена в сыворотке крови составляло 29,0± 4,5 мкг/л, а у здоровых детей 38,2± 1,4 мкг/л. У больных детей одновременно отмечено снижение экскреции селена с мочой (19,2± 1,0 мкг/л) по сравнению со здоровыми детьми.

Кумуляция микроэлемента селена в волосах была низкая (337,2± 33,4 мкг/л) у часто болеющих детей. По-видимому, этим объясняются низкие показатели незаменимого микроэlemen-

та селена в организме часто болеющих детей. Концентрация селена в волосах у больных детей с респираторной инфекцией хоть и была сниженной, однако достоверно мало отличалась от показателей здоровых детей (P >0,1).

Таким образом, нами установлено снижение обеспеченности селеном у часто болеющих детей с респираторными инфекциями. Это диктует необходимость коррекции селенодефицитных состояний у них для оптимизации лечения, так как селеносодержащие лекарственные препараты обладают не только антиоксидантным действием, но и иммуномодулирующими эффектами.

Поэтому использование селеносодержащих препаратов в лечении и профилактике заболеваний бронхолегочной системы является новым и эффективным направлением в современной пульмонологии.



ВСПЫШКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ СРЕДИ СТРОИТЕЛЕЙ В ПОСЕЛКЕ КАРАБОТАН, АТЫРАУСКАЯ ОБЛАСТЬ

*А.М. Куатбаева, К.С. Оспанов, В.Н. Шеянов, А.С. Кенбеилова, М.В. Бердычева,
М.Т. Рахимжанова, К.З. Зинулин, А.Т. Жумагалиев, Г.Х. Калиева, Г.А. Ирбатырова,
М. Мендигалиева, Р.С. Султангалиева, Г.Н. Сагидуллина, Г.Т. Нукунова,
А. Каспирова, Д. Набирова.*

*Комитет Госсанэпиднадзора МЗРК, г. Астана, Департамент Комитета
Госсанэпиднадзора по Атырауской области, Центр санэпидэкспертизы по Атырауской
области, г. Атырау, Центр по профилактике и контролю за заболеваниями,
Казахская Республиканская санэпидстанция КГСЭН МЗ РК, г. Алматы.*

Введение

Сальмонеллез встречается во всех регионах мира и, несмотря на значительные усилия по борьбе с ними является одним из наиболее распространенных антропозоонозов в странах с развитой экономикой. Обобщенные данные отечественных и зарубежных исследователей свидетельствуют о том, что к основным источникам и резервуарам инфекции относятся птицы и животные (1-3).

Несмотря на стойкую тенденцию к снижению показателей заболеваемости в последнее десятилетие, проблема сальмонеллезных инфекций среди населения Казахстана продолжает оставаться актуальной на протяжении многих лет. Ежегодно в республике регистрируется от трех до пяти тысяч случаев заболевания сальмонеллезом, в разные годы в период с 1992 по 2006 годы уровень заболеваемости колебался от 55,4 до 15,7 на 100 тысяч населения (2).

На эпидемиологию инфекции влияют и особенности практики землепользования и ведения фермерских хозяйств, технологии выращивания птиц и сельскохозяйственных животных, технологии обработки продукции, связанные с недостаточной тепловой обработкой мяса птиц и другого продовольственного сырья (1,3).

Так, за период с 2001-2006гг. и за 5 месяцев 2007 года в республике зарегистрировано 18 вспышек сальмонеллезной этиологии, в том числе 2 - внутрибольничные.

Одна из крупных вспышек сальмонеллезной инфекции с количеством пострадавших 497 человек произошла в период с 28 по 31 марта 2007 года в вахтовом поселке Каработан Атырауской области. Вспышка сальмонеллезной инфекции зарегистрирована среди строителей турецкой

компании «Гате-иншаат», расположенной на административной территории «КАМП-6500» в поселке Каработан, с общим количеством работающих - 4239 человек.

При поступлении в стационары клиницистами состояние больных оценивалось как легкое - у 338 (70,7%), средне-тяжелое - 125 (26,1%) и тяжелое - 15 (3,2%).

Цели и задачи исследования

1. Описание вспышки по месту и времени, установление этиологии заболевания.

2. Определение факторов риска, связанные с возникновением заболеваемости.

3. Разработка рекомендаций для профилактики острых кишечных инфекций (ОКИ) в предприятиях общественного питания.

Методика

Для подтверждения предварительной гипотезы о факторе передачи использован аналитический метод эпидемиологии - исследование по типу «случай-контроль». Эпидемиологическое расследование проведено как для заболевших (Случаи), так и среди группы здоровых лиц (Контролей) - строителей данной строительной компании. Для подтверждения или отрицания роли факторов в возникновении вспышечной заболеваемости оценено их сравнительное действие.

Исследуемая популяция - работники турецкой компании «Гате-иншаат».

В исследовании использованы следующие определения:

Определение - случай: работник п. Каработан, питавшийся в столовой предприятия - ЛОТ1 и раздаточных пунктах ЛОТ2 и Пайпшоп, в период с 25 по 27 марта 2007г. И имеющих симптомы: температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$ и диарея.



Определение - контроля: работник п. Каработан, питавшийся в столовой предприятия - ЛОТ1 и раздаточных пунктах ЛОТ2 и Пайпшоп, в период с 25 по 27 марта 2007г. И не имеющий следующие симптомы: температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$ и диарея.

Для аналитической части исследования из общего числа опрошенных был отобран 201 Случай и 109 Контролей соответствующие определениям соответственно.

Источники и методы сбора информации:

Сбор данных производился путем анкетирования при индивидуальном опросе Случаев и Контролей, изучении историй болезни, беседы с врачами-клиницистами, изучении санитарно-эпидемиологического состояния объектов питания и результатов бактериологических исследований в центре санэпидэкспертизы Атырауской области.

Источниками данных служили: Данные системы эпиднадзора (журнал регистрации экстренных извещений, журнал учета больных в инфекционных стационарах и отделениях, выписки из истории болезней, амбулаторные карты больных, беседы с клиницистами), санитарно-эпидемиологического обследования столовой и

2 раздаточных пунктов и результаты лабораторных исследований.

Лабораторные исследования

Бактериологические исследования материалов от больных и объектов окружающей среды (пищевых продуктов, смывов, воды) проведены в бактериологических лабораториях: центра санэпидэкспертизы (ЦСЭЭ) Атырауской области, областной инфекционной больницы. Изучение антибиотикограмм выделенных культур *S. enteritidis* проведено в Центре санэпидэкспертизы (ЦСЭЭ) Атырауской области.

Анализ данных

Проанализированы данные по распространности клинических проявлений заболевания среди строителей, эпидемическая кривая; моновариабельный и мультивариабельный анализы проводились с применением программы Epi Info, версия 3.2., 2003г. Кроме того, проанализированы результаты санитарно-эпидемиологического обследования, бактериологических исследований (материалы от больных, пищевые продукты и сырье, суточные пробы, смывы с объектов внешней среды).

Описание Случаев представлено в таблице 1.

Таблица 1. Описание случаев (n=201)

		n	%
Пол	муж	161	80
	жен	40	20
Национальность	казахи	125	62,19
	турки	62	30,85
	другая	14	6,97
Место проживания	общежитие	104	51,7
	дом	97	48,26
Возраст	Средний	31	
	Диапазон	19-58	

По результатам опроса первый случай зарегистрирован 27.03.07г. в 15-30 часов. Максимальное количество случаев заболевания пришлось на 04-00 – 08-00 часов утра 28.03.07г. - 43 случая (Гистограмма 1).

Каработан, Атырауская область, 29.03.-04.04.07 (n=201)

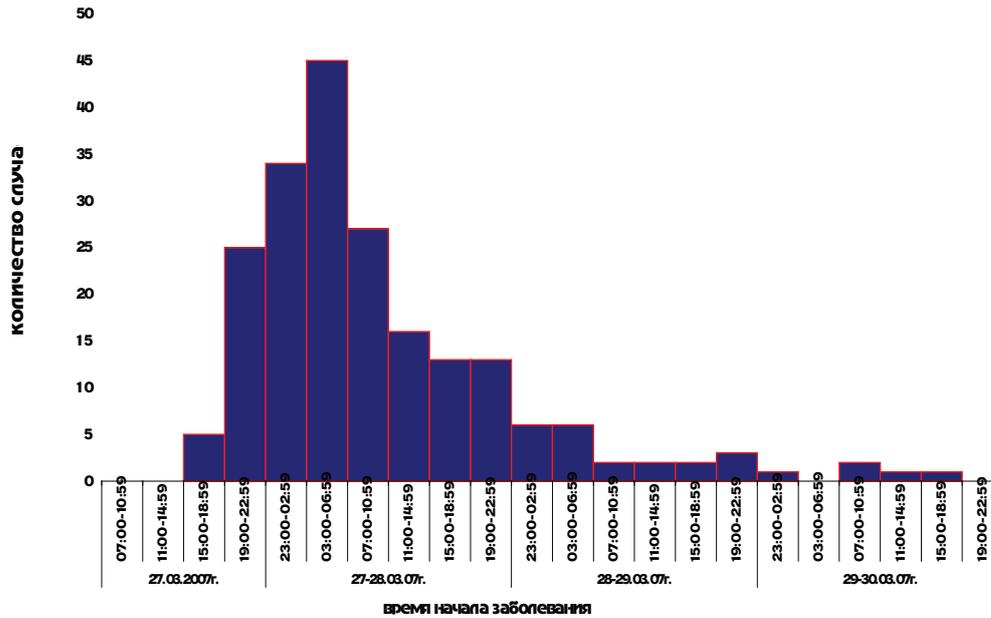
(Эпидемическая кривая)

Эпидемическая кривая характеризуется рез-

ким подъемом и более выраженным, постепенным снижением, что указывает на вспышку с однократно действовавшим источником.

Среди случаев отмечались следующие основные симптомы: диарея (97,1%), боли в животе (93,03%), температура $\geq 38^{\circ}\text{C}$.

Для оценки влияния и распространения возможных факторов риска на заболеваемость сальмонеллезом как мера измерения связи использовано соотношение шансов (СШ)..



Гистограмма 1. Распределение случаев по времени с 4-х час. интервалом, п.

По результатам моновариабельного анализа наибольший риск заболеть (OR) имеют лица, употреблявшие 27.03.07г. куриные окорочка, панированные в сухарях, с картошкой, («3» - 3-й день изучения) в обед («2» - кратность приема пищи в день) - OR=141,9, 95% доверительный интервал от 19,1 до 1052,4, р-значение <0,001 (таблица 2).

Для дальнейшей оценки роли случайности или истинности результатов проводился статистический анализ – многофакторный или мультивариабельный анализ факторов с полученными результатами Соотношения Шансов

(OR), не равном «1». По результатам мультивариабельного (многофакторного) анализа, проведенного для выявления основных факторов причин заражения и исключения дополнительных факторов, употребление в обед 27.03.07г. куриных окорочков, панированных в сухарях, с картошкой в столовой ЛОТ1 и раздаточном пункте Пайп-шоп сильно ассоциированы с развитием сальмонеллеза среди строителей в вахтовом поселке Каработан Атырауской области OR=183,22; 95% доверительный интервал от 17,15 до 999,90, р-значение <0,001 (Таблица 3).

Таблица 2. Связь между изучаемыми факторами риска и заболеванием (моновариабельный анализ), п.Каработан, Атырауская область, 28-31.03.2007, (n=201)

Исследуемые факторы	OR	95% CI		P-value
		Min	Max	
Куриные окорочка, панированные в сухарях, с картошкой 32	141,9	19,1	1052,4	<0,001
Хлеб 32	11,9	5,3	27,0	<0,001
Отварной рис 32	4,8	2,7	8,6	<0,001
Обед 3 Пайп-шоп	2,8	1,5	5,3	<0,001
Ужин 3 Пайп-шоп	1,3	0,1	0,1	0,86
Обед 1 Пайп-шоп	1,2	0,6	2,3	0,58
Обед 3 ЛОТ2	0,9	0,5	1,5	0,58

Отсутствие связи между употреблением аналогичного продукта «куриных окорочков, панированных в сухарях, с картошкой в обед

от 27.03.07г. в раздаточном пункте ЛОТ2 и развитием заболевания, возможно, связано с недостаточным количеством больных, включенных в выборку.



Таблица 3. Ассоциация между факторами риска и заболеванием (мультивариальный)
п.Каробатан, Атырауская область, 28-31 марта 2007г., (n=201)

Исследуемые факторы	OR	95% CI		P-value
		Min	Max	
Куриные окорочка, панированные в сухарях, с картошкой	183,22	17,15	999,90	<0,001
Обед 3 Пайп-шоп	2,71	1,23	5,97	0,013
Обед 3 ЛОТ1	2,27	1,10	4,69	0,026

Результаты санитарно-эпидемиологического обследования пищеблока ЛОТ1, раздаточных пунктов ЛОТ2 и Пайп-шоп:

1.Базовая столовая ЛОТ1 работала с перегрузкой в 3-4 раза. Общее количество рабочих, которым было организовано питание, составило 2550 человек.

2.Грубо нарушались требования СанПиНа № 4.01.069.03. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания» (п.п. - 104, 106, 118, 121, 116(6,8), 70)): приготовление куриных окорочков, панированных в сухарях, проводилось с нарушениями технологических и санитарно-гигиенических режимов; технологическое оборудование (жарочные шкафы) не оснащено температурно-измерительными приборами, тем самым не обеспечивается должный контроль за достижением необходимого температурного режима; оснащение холодильным и технологическим оборудованием не соответствовало мощности предприятия, имеющиеся оборудование способно обеспечить приготовление обеда только на 600 порций натуральных рубленых изде-

лий из мяса птицы; выявлены нарушения при дефростации мяса птицы, допускалось повторное замораживание после оттаивания, что способствовало дополнительному обсеменению сырья бактериальной микрофлорой; выявлен факт транспортировки куриных окорочков «навалом» в грязном автотранспорте, где стены и пол внутренней поверхности изотермического кузова не промывались длительное время; санитарный паспорт на автомашину с просроченным сроком действия; мясные блюда, гарниры готовились большими партиями за 4-5 часов до подачи на линию раздачи и хранились с нарушением температурного режима; в столовой, кроме того, согласно представленного меню выявлена выработка турецкого йогурта (айрана), который по технологии является «самоквасом» и его приготовление запрещено на объектах общественного питания.

В очаге отобраны и исследованы в бактериологической лаборатории пробы пищевых продуктов, воды, смывов с объектов окружающей среды; результаты исследований представлены в таблице 4.

Таблица 4. Результаты лабораторных исследований материалов от больных и окружающей среды

Наименование объектов	Исследовано	Не соответствуют требованиям НД	%
Пищевые продукты и продовольственное сырье:	90	15	16,7
в т.ч. суточные пробы	48	13	27,1
сырая продукция	42	2	4,8
Вода водопроводная на пищеблоке	4	-	-
Смывы с объектов пищеблока	167	3 (БГКП)	1,8
Материал от людей:	653	204 (S.enteritidis)	31,2
в т.ч. от больных	498	139 (S.enteritidis)	27,9
декретированного контингента	155	65 (S.enteritidis)	41,9



Лица декретированного контингента (155) обследованы по принципу «внезапно»; среди обследованных выявлен бактерионоситель, у которого выделена *S. enteritidis* без клинических проявлений заболевания.

С целью определения чувствительности к антибиотикам, из общего числа (204) выделенных культур *S. enteritidis* были изучены 16 штаммов, в т.ч. выделенные из готовой продукции «куриных окорочков, панированных в сухарях» (1), от больных и сотрудников пищеблока в бактериологической лаборатории ЦСЭЭ Атырауской области (10), от больных в бактериологических лабораториях инфекционных стационаров г. Атырау (4) и Индерского района (1). Высокая чувствительность выделенных возбудителей сальмонеллеза определена к левомецетину и цефтриаксону, умеренная чувствительность к ампициллину и гентамицину, устойчивость к доксициклину.

Выводы и заключения

1. В период с 27 по 31 марта 2007 года произошла вспышка сальмонеллеза среди строителей поселка Каработан Атырауской области.

2. Есть свидетельства связи вспышки сальмонеллеза с употреблением куриных окорочков, панированных в сухарях, приготовленных в базовой столовой ЛОТ1 на обед 27.03.07г.

3. Вспышка произошла на фоне грубых нарушений требований СанПиНа №4.01.069.03. «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания» в пищеблоке ЛОТ1 и раздаточных пунктах ЛОТ2 и Пайп-шоп.

4. Не исключается роль бактерионосителя *S. enteritidis* среди работников пищеблока ЛОТ1, допущенного как для разделки сырой продукции, так и для работы в чистой зоне.

5. Культуры *S. enteritidis*, выделенные в трех лабораториях от больных, получавших лечение в разных стационарах области и из готовой продукции, можно считать идентичными штаммами по антибиотикограмме.

Литература:

1. Магдей М.В., Слизар В.Н., Рожнова С.Ш. Анализ групповой заболеваемости сальмонеллезом в республике Молдова// Журн.микробиол. 1993. № 4, с. 47-52.

2. Стат. данные Республиканской СЭС, Инфекционная заболеваемость в Республике Казахстан за 1992-2006гг.

3. Torok T.J., Tauхе R.V., Wise R.F. et al. A large community outbreak of salmonellosis caused by intentional contamination of restaurant salad bars// JAMA, 1997. V. 278, N5. P. 389-395.

ТҰЖЫРЫМ

Қазақстан Республикасы үшін тұрғындар арасында сальмонеллездің топтық бұрқ етпесінің бас көтеруі бұрынғыдай маңызды бір мәселелердің бірі болып қала бермек. Солардың ішінде ең ірі сальмонеллез бұрқ етпесінің бірі 2007 ж Атырау облысының Қаработан вахталық поселкесінде тіркеліп, 497 адам ауырған. Тексеру барысында «жағдайлық тексеру» эпидемиологиялық әдісі қолданылды. Моновариабельді сараптама қорытындысы бойынша қауіп –кәтер(OR) топтарына тауық етіні көп пайдаланғандар, түс уақытысында 27.03.07г. OR=141,9; 95% сенім интервалы 19,1 дан 4, р-мағынасы <0,001. Зақымданудың негізгі себебін және негізгі факторларды анықтау үшін жүргізілген мультивариабельді (көпфакторлы) эпидемиологиялық әдістің нәтижесі көрсеткендей ЛОТ1 асханасындағы және Пайп-шоп тарату пунктінде түс уақытысында 27.03.07 берілген кепкен нанға аунатылған тауық еті Атырау облысындағы Қаработан вахталық поселкесіндегі құрылысшылардың арасында болған бұрқ етпенің пайда болуына тығыз байланысты. OR=183,22; 95% сенім интервалы 17,15 до 999,90, р-мағынасы <0,001.

Жалпы 497 науқастың ішінде бактериологиялық тексеру нәтижесінде 139 *Salmonella enteritidis* бөлінді. *S. enteritidis* антибиотикке сезімталдығын тексеру барысында Дакылдың антибиотикке сезімталдығын анықтау нәтижесі бойынша облыстың әр түрлі стационарларында ем қабылдаған науқастардан және дайын өнімнен бөлінген штаммдар антибиотикограммада бірдей деуге болады.



SUMMARY

Actuality of group salmonellosis diseases of population remains in the Republic of Kazakhstan as before. In 2007 there registered one the major salmonellosis infective episodes with quantity of 497 men at the camp Karabotan, Atyrauskaya Oblast. A method of epidemiology type "case-control" was used during inquest. By the results of mono-variable analysis there defined that most risk of developing a disease (OR) have those who takes coated chicken meat with potato for dinner on 27.03.2007 OR=141.9; 95% of confidence interval from 19.1 up to 1052.4 p-value comes to <0.001. By the results of multi-variable (multiple-factor) analysis, carried out for detection of main factors of infection reasons and exception of additional factors, taking of coated chicken meat with potato for dinner on 27.03.2007 in the canteen LOT1 and at the distributing center "Pipe shop" was strongly associated with development of salmonellosis among builders at the camp Karabotan, Atyrauslaya Oblast OR=183.22; 95% of confidence interval from 17.15 up to 999.90 p-value comes to <0.001.

Salmonelle enteritidis was defined in 139 men from the total quantity of sick men (498) during bacteriological inspection. It can be deemed an identical state of antibiotic-gram by the results of examination of antibiotic-sensitiveness culture S.enteritidis, defined in three laboratories from the sick men, who took a care at different hospitals of the Oblast and from integrated products.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАССЛЕДОВАНИЯ ВСПЫШКИ КРАСНУХИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ

*А.М.Куатбаева, А.А.Мантакова, К.С.Оспанов, В.Н.Шеянов, С.И.Иманкул, И.Ф.Гребенюк,
С.Н.Щербина, И.А.Зайцева, М.Н.Айнабекова.*

*Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция, г.Алматы, Департамент
КГЭН по Западно-Казахстанской области, Центр санэпидэкспертизы по Западно-
Казахстанской области, Городское управление Госсанэпиднадзора по г.Уральск, г.Уральск.*

Введение

Краснуха - повсеместно распространенное вирусное инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, протекающее, как правило, в легкой, иногда бессимптомной форме. Возбудителем краснухи является РНК-вирус, единственный представитель рода Rubovirus семейства Togaviridae.

Медицинская и социальная значимость краснухи обусловлена, прежде всего, тератогенным действием вируса краснухи [1]. Благодаря небольшим размерам, вирус способен проникать через плаценту, что приводит к инфицированию плода и, в зависимости от срока беременности, может привести к прерыванию беременности, смерти плода или к рождению детей с врожденной краснушной инфекцией (ВКИ) или с синдромом врожденной краснухи (СВК).

денной краснушной инфекцией (ВКИ) или с синдромом врожденной краснухи (СВК).

В довакцинальный период краснуха оставалась неуправляемой инфекцией. Формирование коллективного иммунитета происходило за счет перенесенной инфекции, особенно наиболее интенсивно среди детей младших возрастных групп и к подростковому периоду - 15-18 годам жизни до 80% восприимчивых лиц приобретали постинфекционный иммунитет к краснухе [2].

Единственным научно обоснованным методом профилактики ВКИ и СВК является вакцинация. Вакцинация против краснухи в Республике Казахстан введена в Национальный календарь профилактических прививок в 2005 году. В 2005 году проводились в 2 тура массо-



вые профилактические прививки более 2 миллионов женщин детородного возраста от 15 до 45 лет. В 2009 году планируется проведение массовой кампании иммунизации против краснухи детей и подростков от 8 до 14 лет включительно.

Материалы и методы

Для анализа эпидемиологической ситуации по краснухе в г. Уральск и Западно-Казахстанской области использованы материалы официальной статистической отчетности по регистрации заболеваемости краснухой за 1995-2007 гг. и индивидуальных случаев в период вспышки краснухи с 21 декабря 2007г. по 08 февраля 2008г. Лабораторные исследования сывороток от предполагаемых на краснуху больных проведены на комплексе оборудования для ИФА (с микропланшетным ридером и Вошером).

Для сбора и обработки эпидемиологических данных использованы общепринятые методы эпидемиологического анализа заболеваемости инфекционными болезнями [1-3].

Обсуждение

В период подъема заболеваемости краснухой в эпидемиологический процесс вовлечены все административные территории Западно-Казахстанской области. Наибольшее эпидемиологическое неблагополучие отмечается в г. Уральске, где зарегистрировано 78,2% случаев (323) краснухи от общей заболеваемости по области, в том числе школьников 172 (53,2%), организованных детей 122 (37,8%), неорганизованных детей и взрослого населения 29 (9,0%).

В годовой динамике регистрации краснухи за 2007 год в г. Уральске основная регистрация отмечается за период с апреля (28сл.) по июль (28сл.) месяцы с пиком заболеваемости в мае месяце 2007г., когда зарегистрировано 48 случаев. В течение апрель-май месяцы зарегистрировано 60 случаев краснухи в 12 школах и 8 ДДО. От 4 до 13 случаев были зарегистрированы в 4-х, 3-6 случаев в 2-х ДОО.

Затем, в области с августа по ноябрь месяцы 2007г. отмечается эпидемиологическое благополучие по заболеваемости краснухой.

При анализе ежедневной регистрации заболеваемости краснухой эпидемиологическое

неблагополучие отмечается с 21 декабря 2007 года, выпадающее на 50 неделю 2007 года. В период регистрации вспышечной заболеваемости краснухи (21.12.07г. – 08.02.08г.) в области всего зарегистрировано 413 случаев краснухи, с показателем заболеваемости на 100 тыс. населения 68,7. Удельный вес детей до 14 лет составил 91,0%. Наиболее пораженным контингентом явились школьники и дети организованных коллективов в возрасте от 4 до 15 лет - 67%. Все случаи заболевания краснухой с легким течением – 100%.

Заболеваемость краснухой в области по возрастам распределилась следующим образом: до 1 года - 2 сл.; 1-4 года - 43 сл.; 5-9 года - 176 сл.; 10-14 лет - 155 сл.; 15-19 лет - 31 сл.; 20-29 лет - 3 сл.; 30 лет и старше - 3 случая.

Среди ранее привитых и беременных женщин случаев краснухи не зарегистрировано.

В г. Уральске заболеваемость краснухой с 49 недели 2007 года зарегистрировано в 29 школах из 47 (57,4%), с 48 недели 2007 года в 19 (59,3%) из детских дошкольных организаций и в 2 из 11 (18,1%) детских организаций для детей и подростков с круглосуточным пребыванием.

При этом, от 1 до 3 случаев зарегистрировано в 14 организациях (48,3%), 4-5 случаев в 5 школах (17,2%), 6-9 случаев в 3 школах (10,3%), 10-19 случаев в 5 школах (17,2%), 39-40 случаев в 2 школах (6,9%) (рис 1).

В имеющихся 1006 классов в 29 школах, где зарегистрирована заболеваемость пораженность классов составляет - 11,7%. Максимальное число случаев до 39-40 зарегистрировано в школах №11 и №30, где пораженность классов составляет соответственно 38,2 и 20,3%. Высокие показатели пораженности классов отмечены в школах №2 (29,6%) и №28 (22,6%).

Рост заболеваемости в детских дошкольных организациях прослеживается аналогично - с 49 недели 2007 года. Наибольшее количество в течение одного инкубационного периода (с №4 по №6 недели 2007г.) зарегистрировано в детском саду «Ивушка» (27 сл), с №1 по №6 недели в Областном детском доме (23сл.) и детском саду №5 (15сл.) еженедельно регистрировалась от 1 до 10 случаев, с максимальным числом случаев 6 (в детском саду №5) и 10 (в областном детском доме) за № 5 неделю 2008г.



За анализируемый период было госпитализировано 76 больных, в организованных коллективах с круглосуточным пребыванием изоляция детей была организована непосредственно в указанных организациях.

При анализе многолетних данных заболеваемости краснухой за период с 1995 по 2007гг. установлено, что последняя крупная вспышка краснухи в области отмечено в 2002 году, когда зарегистрировано 3923 случая с показателем заболеваемости на 100 тыс. 649,5, в том числе городе Уральске зарегистрировано 2848 случаев (1395,5). В г. Уральск в течение 2002 года заболеваемость была сконцентрирована в период с февраля по июнь месяцы – 89,2% (2542 сл.), т.е. инфекция продолжалась в течение 6-7 инкубационного периода. Удельный вес школьников среди случаев составил 66,2% (1884сл.), организованных детей ДДО – 22% (603сл.) (рис 2).

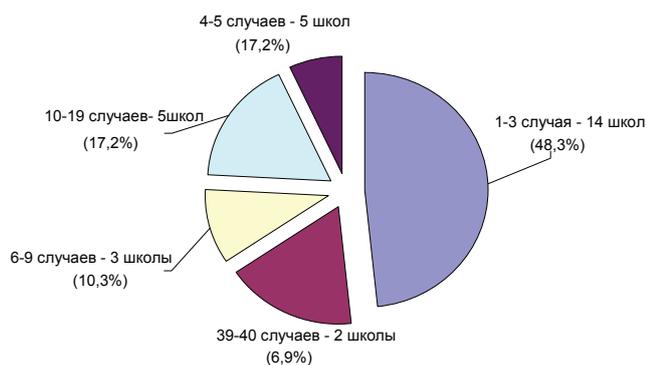


Рисунок - 1. Пораженность краснухой школ г. Уральск, декабрь 2007г. - февраль 2008г.(абсолютные данные)

При проведении расчетов потребности вакцины против краснухи для организации и проведения в организованных коллективах по эпидпоказаниям за основу были использованы данные заболеваемости краснухой за 2002г. (год последней вспышки краснухи в данной области) и 2007-2008гг. При этом, наиболее поражаемыми возрастными группами оказались дети 11-14 лет – 28% (в настоящее время им 16 лет и старше) и наименее подверженные возрастные группы в период вспышки 2002 года явились: дети от 1 до 2-х лет – 2,5% (в период вспышки 2008г. исполнилось 6-7 лет); дети 7-10 лет – 20,0% (в период вспышки 2008г. исполнилось 12-15 лет).

В связи с большой вероятностью регистра-

ции основной заболеваемости среди детей ранее не вовлеченных в эпидпроцесс в 2002г. к проведению прививок моновакциной подлежат дети 15, 14, 13 и 12 лет (при наличии и поступлении дополнительной вакцины и 11-8 лет), на комбинированную вакцину 5-6 лет (и 7-8 лет не получившие возрастные прививки против кори).

На основании расчетов профилактические прививки по эпидпоказаниям проводились более 15 000 детям в области.

Этиологическая расшифровка вспышки краснухи проведена в вирусологической лаборатории ЦСЭЭ Западно-Казахстанской области, размещенной в типовом здании и имеющей разрешение МЗ РК №121 от 27.09.06г. (3-4 группы патогенности) и оборудованной соответствующим лабораторным оборудованием для проведения ИФА исследований. Выборочные положительные и отрицательные результаты лабораторных исследований подтверждены в Национальной Референс-лаборатории РСЭС.

Выводы

В декабре 2007г. и феврале 2008 года в Западно-Казахстанской области зарегистрирована вспышка краснухи, с 413 случаями и с показателем заболеваемости на 100 тыс. населения 68,7. Удельный вес детей до 14 лет составил 91,0%. Наиболее пораженным контингентом явились школьники и дети организованных коллективов в возрасте от 4 до 15 лет - 67%. Среди ранее привитых против краснухи и беременных случаев краснухи не зарегистрировано.

При анализе ежедневной регистрации заболеваемости краснухой эпидемиологическое неблагополучие отмечалось с 50 неделю 2007 года. В дальнейшем накоплению инфицированных лиц, возможно, поспособствовало продолжительные выходные и праздничные дни, а также школьные каникулы, после которых с 10-11 января 2008 года отмечается рост регистрации случаев краснухи среди организованных детей, особенно среди школьников.

Противоэпидемические мероприятия – прививки по эпидпоказаниям организованы и проведены более 15 000 детям и подросткам на основании расчетов с учетом эпидемиологической ситуации среди наиболее подверженной риску инфицирования группы населения. Экстренная



специфическая профилактика против краснухи в период эпидемиологического неблагополучия среди уязвимых групп населения способствова-

ло снижению и дальнейшей стабилизации эпидемиологической ситуации по заболеваемости краснухой в области с 13-14 недели 2008 года.

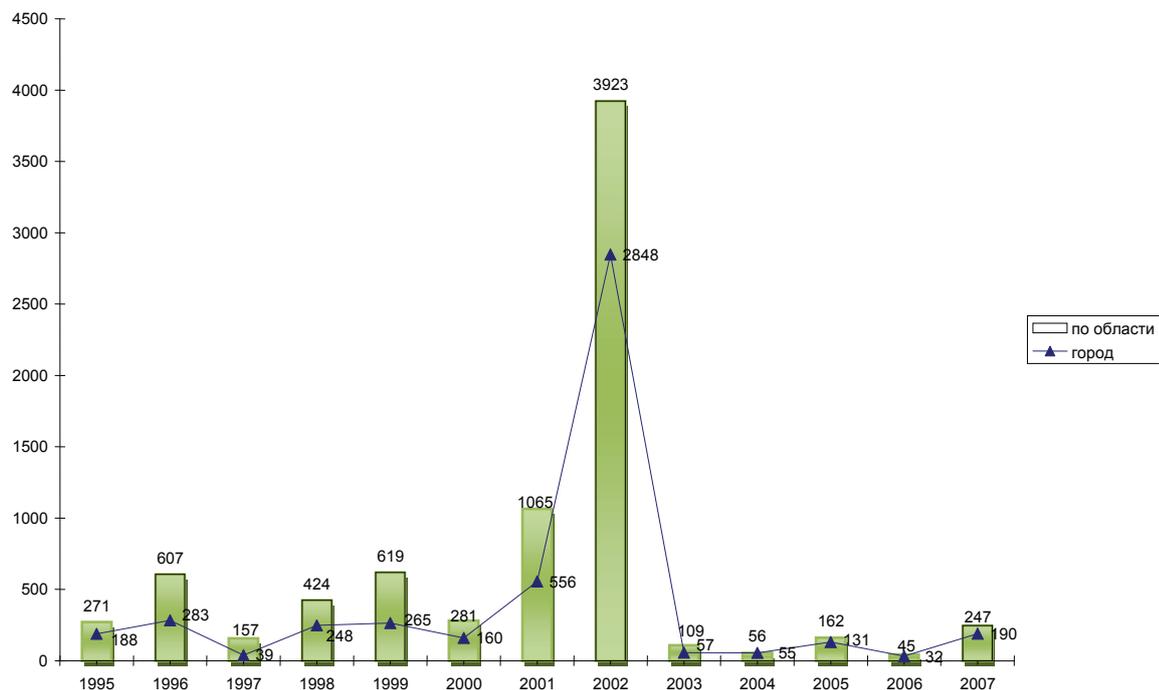


Рисунок – 2. Сравнительные данные многолетней динамики заболеваемости краснухой в Западно-Казахстанской области и г. Уральск.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыстың негізіне Орал қаласында 2008 жылы болған қызамық бұрқ етпесінің эпидемиологиялық зерттеу нәтижелері жатқан.

Вакцинамен басқарылатын жұқпа – қымабықтың одан әрі ушуғуына жол бермеу үшін сырқаттанушылықтың ретроспективті және проспективті талдауы жүргізіліп, алдын алудың жедел және бірден бір жолы – қауіп қатер тобына жататындады егу ұсынылды.

Жүргізілген жұмыс нәтижесінде сырқаттанушылықтың 2008 жылдың 13-14 апталарынан бастап төмендеп, бірқалыпты бола бастағанын көре аламыз.

SUMMARY

In this article there are discussed the results of epidemiological investigation of roseola outbreak in the population of Uralsk in 2008 year. With the aim of prevention of further circulation of vaccine adjustable infection of roseola in Uralsk city there were carried out retrospective analyses of its morbidity and recommended urgent measure of prevention – vaccination of most vulnerable age groups. The results of done job was the decrease and further stabilization of epidemiological situation of roseola incidence in the region from the 13-14th week of 2008.



ВАКЦИНАЦИЯ КАК ВАЖНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ: ВОЗМОЖНОСТИ, ОГРАНИЧЕНИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

Б.В.Каральник. Научный центр гигиены и эпидемиологии, г.Алматы.

Инфекционные агенты и вызванные ими заболевания сопровождают эволюцию всего живого мира, включая человека. Не так давно, по историческим меркам, они занимали ведущее место среди всех заболеваний и смертности от болезней. Благодаря развитию науки человечество получило возможность корректировать естественный отбор, разрабатывая методы защиты человека от самых опасных и массовых инфекций. Наиболее эффективной защитой является профилактика, прежде всего - вакцинация. Ее значение иллюстрируется неоспоримыми фактами. До создания оспенной вакцины потери от оспы исчислялись миллионами жизней, сейчас оспа искоренена в масштабах всего мира. Благодаря вакцинации против полиомиелита он искоренен в большинстве стран мира. На американском континенте последний случай этой тяжелейшей по последствиям инфекции зарегистрирован 18 лет назад; странами, свободными от полиомиелита признаны также Россия и Казахстан. Уже к 2001 г. в мире число заболевших полиомиелитом снизилось до 537 по сравнению с 350 000 в 1988 г. Если бы не было вакцинации против кори, риск умереть от этой инфекции сохранялся бы на уровне до 1 %, у 1 – 6 % заболевших развивалась бы пневмония; постинфекционный энцефаломиелит и подострый склерозирующий панэнцефалит возникали бы соответственно в 2000 и 100 раз чаще, чем после вакцинации. Если бы не было вакцинации против дифтерии, риск заболеть ею был бы у 20 % людей. Даже после сравнительно недолгого перерыва в вакцинации против этой инфекции в 90-е годы в нашей стране за 1 год только зарегистрировано было 1100 больных, 6 % из них погибли. При отсутствии вакцинации против эпидемического паротита 0.1 % заболевших становятся глухими, многие – бесплодными. При отсутствии вакцинации против гепатита В высок риск стать хроником с перспективой развития цирроза и рака печени. Отсутствие предшествующей вакцинации против краснухи создает у беременных высокий риск родить ре-

бенка с синдромом врожденной краснухи с тяжелейшими последствиями. Получены данные, свидетельствующие о том, что многие неинфекционные заболевания, пусковым фактором которых являются вирусы, чаще развиваются у переболевших вирусными инфекциями. Например, сахарный диабет чаще развивается у переболевших краснухой, а вакцинация против нее снижает этот риск. Вакцинация против гриппа пожилых людей резко уменьшает риск таких тяжелых последствий этой инфекции, как инфаркт миокарда и инсульт. Подобные примеры можно продолжать, но и их достаточно, чтобы осознать, что вакцинация должна рассматриваться как одна из составляющих здорового образа жизни, приоритетов здравоохранения и, в целом, национальной безопасности любой страны.

В силу указанных причин и признания мировым сообществом роли специфической иммунизации для человечества вакцинология, интегрирующая достижения иммунологии, микробиологии, вирусологии, эпидемиологии, генетики, биотехнологии, является одной из наиболее быстро развивающихся отраслей медицины. Уже разработаны вакцины против ряда распространенных инфекций, против которых в Казахстане ранее не вакцинировали, например, ротавирусная вакцина, вакцина против пневмококковой инфекции. В нашей стране зарегистрированы папилломавирусные вакцины двух производителей, защищающие от наиболее распространенных онкогенных сероваров возбудителя – причины рака шейки матки и ряда других локализаций. Постоянно совершенствуются вакцины против многих инфекций, уже контролируемых активной иммунизацией.

Успехи вакцинологии несомненны. Вместе с тем следует учитывать определенные ограничения возможностей вакцинации, имеющие объективный характер. Прежде всего, это невозможность защиты вакцинацией от новых, впервые выявленных инфекций до тех пор, пока не будут разработаны и произведены соот-



ветствующие вакцины. Путь преодоления этого ограничения – скоординированные усилия по скорейшей разработке и быстрой организации производства новых вакцин. Это требует внимательного изучения возбудителя, прогноза/оценки наносимого инфекцией ущерба, выявления групп повышенного риска, законодательной разработки правил ускоренной регистрации новых вакцин в форсмажорных обстоятельствах и т.д. Пример – угроза пандемии птичьего гриппа (H5N1) и сегодняшняя развивающаяся пандемия свиного гриппа (H1N1). Кандидатные вакцины в обоих случаях, благодаря успехам науки, были разработаны довольно быстро. Но их производство в необходимых при пандемических ситуациях количествах столкнулось с рядом проблем. Культивирование вирусов гриппа в развивающихся куриных эмбрионах (РКЭ), которое применялось ранее, не могло обеспечить нужного и быстрого объема производства, для него не хватило бы возможностей всех птицефабрик мира. Кроме того, вирус птичьего гриппа вызывал гибель значительного количества РКЭ, что еще более осложняло положение. Это стимулировало разработку методов культивирования вируса на различных культурах клеток, вплоть до культивирования в биореакторах большого объема. В целом это привело к совершенствованию производства и безопасности вакцин. Разрабатываются и новые принципы получения вакцин против гриппа.

Ни одно из явлений, природных или антропогенных, не является идеальным с позиций пользы и вреда для человека. Объективный характер имеет также неидеальность некоторых вакцин. Из известных вакцин наиболее далека от идеала БЦЖ. Она не защищает от всех форм туберкулеза, но самые тяжелые – миллиарный туберкулез, туберкулезный менингит у детей эффективно предупреждает. Большинство из зарегистрированных осложнений вакцинации приходится именно на эту вакцину. Но не все они – результат недостатков вакцины, многие обусловлены нарушением техники внутрикожного введения вакцины. Несмотря на то, что БЦЖ, по сравнению с другими вакцинами, дает больше нежелательных реакций и осложнений, БЦЖ вакцинация представляет многократно меньший риск в сравнении с риском заболеть

туберкулезом. Пока не создано более эффективной и безопасной вакцины, БЦЖ применять необходимо, особенно в странах с высокой заболеваемостью туберкулезом. Именно поэтому БЦЖ вакцинация детей обязательна в 64 странах, более чем в 100 странах - официально рекомендована. Для снижения риска осложнений нужно повышать квалификацию персонала по технике введения БЦЖ. Целесообразно проанализировать, с учетом заболеваемости туберкулезом, возможность более позднего, к концу первого года жизни, введения БЦЖ и возможность отмены ревакцинации в 6 лет.

Объективной, с позиций сегодняшнего уровня знаний, является необходимость ежегодной вакцинации против гриппа. Это обусловлено не столько малой длительностью защиты, сколько быстрой изменчивостью самого вируса, а также серовар- и штаммоспецифичностью защиты, создаваемой имеющимися вакцинами. Но ведется активный научный поиск преодоления этих ограничений путем создания гриппозных вакцин более широкой специфичности.

Многие нежелательные последствия вакцинации удается преодолеть благодаря коррекции схем вакцинации, особенно выбором более безопасных вакцин того же назначения. Так, переход от живой полиомиелитной вакцины на инактивированную предупреждает риск даже немногих случаев вакциноассоциированного полиомиелита, а в период высокого охвата прививками – риск частичной реверсии вакцинных штаммов в исходные вирулентные. Применение АКДС с бесклеточным коклюшным компонентом предупреждает большинство неблагоприятных последствий вакцинации.

Особая ситуация создается в предпандемический по гриппу период в отношении применения живых гриппозных вакцин против сезонного гриппа. Такую вакцину российского производителя вне указанного периода применяли в Казахстане. Но с 2008 г. до сегодняшнего времени в ее перерегистрации отказано из-за вероятности встречи живых вакцинных вирусов человека с циркулирующими вирусами птиц (теперь и свиней) в организме человека, опасности обмена их генами, что может привести к возникновению опасного рекомбинантного штамма и «подтолкнуть» развитие



пандемии. Поскольку производитель продолжал настаивать на перерегистрации своей живой вакцины, Министерство здравоохранения, по моему предложению, обратилось в ВОЗ за разъяснением. Ответы ВОЗ подтвердили обоснованность решения об отказе в перерегистрации живой вакцины в предпандемический период.

Ряд осложнений вакцинации обусловлен так называемым чело-веческим фактором. В первую очередь, это несоблюдение предусмотренных действующими нормативными документами противопоказаний к проведению вакцинации. С 2009 года в Казахстане действует обновленный Приказ № 636 «О противопоказаниях к иммунизации, учете и расследовании поствакцинальных осложнений». Важно своевременное периодическое обновление подобного документа с учетом меняющихся при изменении эпидемиологической ситуации и при улучшении качества вакцин соотношения риска заболеть/стать инвалидом/умереть и риска получить осложнение от вакцинации. Совершенно необходимо улучшить активное наблюдение за вакцинированными детьми в ближайший поствакцинальный период. Причиной нежелательных последствий вакцинации могут явиться нарушения в процессе производства, доставки к потребителю и хранения вакцин. Важно усилить контроль на этих стадиях, в том числе – проанализировать возможность в нашей стране сертификации завозимых партий зарегистрированных вакцин.

Таким образом, действующая система вакцинопрофилактики инфекций не только защищает от опасных инфекций, но и обеспечивает, при соблюдении предусмотренных правил, высокую безопасность иммунизации. Удивительно, что, несмотря на это, имеются активные противники вакцинации. Они появились сразу после первых прививок коровьей оспы: «Прививки коровьей оспой приведут к вырождению рода человеческого в коров – у вакцинированных отрастут рога, копыта и вымя (в зависимости от пола)» («Таймс», август 1796 г.). Теперь аргументация изменилась лишь в плане наукообразности: вакцинация якобы снижает «неспецифическую реактивность», нарушает иммунный статус, повышает инфекционную заболеваемость, вызывает аллергию, аутоиммун-

ные процессы, «онкологическую готовность» и массу других неблагоприятных эффектов. Все эти суждения никогда не были научно обоснованы, но вели к многочисленным отказам от вакцинации. Поэтому для противодействия реальному неблагоприятному влиянию такой пропаганды на здоровье населения потребовались многочисленные научные, дорогостоящие многоцентровые исследования в разных странах. Ни в одном из них «доводы» противников вакцинации подтвердить не удалось. Тем не менее антивакцинальная кампания продолжается.

Противников вакцинации можно отнести к трем группам. Первая - не-профессиональная. Чаще всего это родственники привитых детей, у которых возникли те или иные нарушения здоровья в поствакцинальном периоде. Нельзя винить этих людей – их суждения основаны на личном, ограниченном опыте, они не всегда могут оценивать его с позиции «Не все, что после этого, значит из-за этого». Например, дети первых 6 месяцев жизни практически постоянно находятся в поствакцинальном периоде. Естественно, родители склонны увязывать любое заболевание ребенка с недавно проведенной вакцинацией. Но в этот период так же и даже чаще болеют и невакцинированные дети. Очень часто названная непрофессиональная группа образуется благодаря сенсационным публикациям СМИ. Авторы подобных публикаций представляют вторую группу. Она формируется по вине медицинских работников и непрофессионального подхода некоторых журналистов. Вина медицинских работников налицо – люди должны быть полноценно и объективно информированы медиками о важности вакцинации, показаниях и противопоказаниях к ней и, в необходимых случаях, о необходимости профессионального расследования случаев нарушения здоровья в поствакцинальном периоде. Активное обеспечение такой информированности будущих родителей можно начинать еще со школы и оно должно постоянно продолжаться в различных формах. Вина ряда журналистов – тиражирование научно не обоснованных суждений противников вакцинации.

Третья группа представлена некоторыми медицинскими работниками, публикующими в СМИ научно не подкрепленные суждения сен-



сационного характера, рассчитанные на неподготовленную аудиторию и, как это ни горько признавать, отражающие их личный непрофессионализм. Последствия их заявлений - самые негативные, поскольку ведут к массовым отказам от вакцинации. Как этому противостоять? Несомненно, нужно существенно улучшить вузовскую подготовку врачей в сфере иммунопрофилактики. Но это даст эффект только в перспективе. Каждый врач должен сознавать, что его отношение к вакцинопрофилактике – важный индикатор его права на медицинскую деятельность. Заслуживает внимания такой пример. 11 лет назад в Великобритании А. Wakefield опубликовал статью, в которой развитие аутизма поставил в связь с вакцинацией против кори. Эта публикация привела к массовым отказам от вакцинации. Результат – впервые за 14 лет в Великобритании разразилась эпидемия кори (499 заболевших, один умер). Вскоре после указанной сенсационной публикации в разных странах были проведены научные проверки, не подтвердившие сообщение автора. Медицинская

общественность Англии после специального расследования обвинила А. Wakefield по 10 пунктам в неправомερных профессиональных действиях с серьезными последствиями: этот любитель сенсаций вынужден был покинуть свою страну и теперь занят продажей медицинских диагностических препаратов в США. Мы же до сих пор как будто стесняемся говорить об ответственности авторов необоснованных сенсаций. Полагаю, что Министерству здравоохранения РК, как и всей медицинской общественности, нужно со всей серьезностью рассматривать каждую подобную ситуацию.

Защита населения от инфекционных заболеваний методами вакцинации, направленная на сохранение здоровья и жизни, должна стать одним из приоритетов формирования здорового образа жизни для каждого человека. Государство осознает важность проблемы вакцинации, это отражено в ряде документов. Видимо, защите здоровья и жизни людей следует признать одним из приоритетов и национальной безопасности.

ФАКТОРЫ, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВОВ У ФТИЗИО-ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.Ш.Зетов. Национальный центр проблем туберкулеза, г.Алматы.

По литературным данным на эффективность хирургических методов лечения больных туберкулезом легких влияют наличие лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам, нарушение иммунобиологического состояния больных перед операцией, наличие сопутствующих заболеваний, возраст, социальное положение больного и многие другие факторы [1,2,3].

Нами анализированы причины развития послеоперационных осложнений и рецидива заболевания у 30 оперированных больных туберкулезом легких.

Возраст больных колебался от 20 до 53 лет. Мужчин среди них 16 (53,3%), женщин – 14

(46,7%). 3 (10,0%) больных были оперированы по поводу инфильтративного туберкулеза легких, остальные 27 (90,0%) по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

Следует отметить, что в 10,0% случаях туберкулез установлен после проведенной операции путем морфологического исследования резекционного материала. 36,7% больных были оперированы на фоне химиотерапии противотуберкулезными препаратами (ПТП) I ряда.

Среди случаев повторного лечения рецидивы отмечены у 33,3% больных, среди которых лечение ПТП I ряда получали - 33,3%, ПТП II ряда - 3,3%. В 16,7% случаях неудачи лечения ПТП I ряда получали 13,4% лиц, ПТП II ряда



– 3,3%. Больным были проведены различные по объему операции: сегментарных резекций – 33,3%, лобэктомий – 43,3%, пневмонэктомий

– 13,3%, комбинированных резекций – 3,3%, ТТОГБ (трансстернальной трансперикардальной окклюзии главного бронха) – 6,7%.

Таблица 2 – Характер проведенных операций больным туберкулезом легких

	Сегментарные резекции	Лобэктомии	Комбинированные резекции	Пневмонэктомия	ТТОГБ
Новый случай	5 / 16,7%	6 / 20,0%	-	3 / 10,0%	-
Рецидив	2 / 6,7%	5 / 16,7%	1 / 3,3%	1 / 3,3%	2 / 6,7%
Неудача лечения	3 / 10,0%	2 / 6,7%	-	-	-
Всего	10 / 33,3%	13 / 43,3%	1 / 3,3%	4 / 13,3%	2 / 6,7%

В ближайший послеоперационный период эмпиемы плевры с бронхиальными свищами развились у 4 (13,3%) больных среди новых случаев, у 5 (16,7%) - среди рецидивов, у 2 (6,7%) - среди лиц с неудачей лечения. Реактивация туберкулезного процесса в оперированном лег-

ком отмечена у 8 (26,7%) больных среди новых случаев.

В отдаленный послеоперационный период в различные сроки (от 1 года до 10 лет) повторно заболели туберкулезом (рецидив) 11 (36,7%) больных.

Таблица 3 – Причины послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания у оперированных больных

	МЛУ	ШЛУ	Сопутствующая патология	Операция без ПТП	Непереносимость
Новый случай	7 / 23,3%	-	-	3 / 10,0%	1 / 3,3%
Рецидив	14 / 46,7%	-	-	-	1 / 3,3%
Неудача лечения	2 / 6,7%	1 / 3,3%	1 / 3,3%	-	-
Всего	23 / 76,7%	1 / 3,3%	1 / 3,3%	3 / 10,0%	2 / 6,7%

Причиной развития эмпием плевры, реактивации процесса в послеоперационный период и рецидивов заболевания среди всех типов явилось наличие множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) в 76,7% и широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) в 3,3% случаях (таблица 3).

В 10,0% случаях оперативные вмешательства были проведены без применения химиотерапии. У 6,7% больных в анамнезе отмечена непереносимость ПТП и отрыв от лечения. В 1 (3,3%) случае причиной рецидива явилась сопутствующая патология – сахарный диабет II типа.

Таким образом, в 90,0% случаях развитие неудачи лечения и рецидивов при применении хирургических методов лечения было связано с отсутствием или проведением нерациональной

химиотерапии больным туберкулезом легких в предоперационный период, сущность которой должна заключаться в выборе схем лечения с учетом лекарственной чувствительности.

Список литературы:

1. Перельман М.И. Хирургия туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза.- 1998.- № 3.- С.27-32.
2. Репин Ю.М. Хирургия отягощенных форм туберкулеза легких.- Л.: Медицина, 1984.- С.87-89.
3. Аленова А.Х., Джунусбеков А.Д., Исмаилова А.Т., и др. Клинико-иммунологическая и молекулярная оценка предоперационного состояния фтизиохирургических больных // Туберкулез сегодня. Проблемы и перспективы (памяти проф.М.М.Авербаха).- М., 2000.- С.22-23.



ТҰЖЫРЫМ

30 өкпе туберкулезімен ауырған науқастардың хирургиялық ем нәтижесінің талдау барысында емінің сәтсіздігінің және қайта ауыру себебі 90%-да химиотерапия болмаған немесе дұрыс қолданбаған деп қорытынды берілген.

SUMMARY

At analysis of effectiveness of the surgical treatment of 30 patients with pulmonary TB in 90.0% of cases of treatment failure and relapses was due to the absence of unavailable implement of chemotherapy in the preoperative period which is to be directed on the reliable choice of treatment schemas taking into account the drug sensibility.

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

*Г.В.Хван, А.А.Каракулова, Р.Б.Хасанова, К.Д.Абубакирова, В.Г.Слесарев.
РЦ СПИД, г.Алматы, ОЦ СПИД, г.Атырау.*

Эпидемия ВИЧ-инфекции в Казахстане продолжает распространяться преимущественно в группах населения, практикующих рискованное поведение, к которым относятся и трудовые мигранты. Согласно исследованиям, проведенным во многих странах мира, в регионах с высокой сезонной и долгосрочной миграцией отмечается и более высокий уровень ВИЧ-инфекции.

В Казахстане трудятся около 200тыс. зарегистрированных трудовых мигрантов. По данным РЦ СПИД (2008г.), обучение по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции проведено лишь у 6,6% работающих вахтовым методом. Так, в Атырауской области на 8 самых крупных предприятиях с числом вахтовиков 5533 профилактические мероприятия по вопросам ВИЧ-инфекции вообще не проводились. Трудовая миграция может стимулировать развитие ВИЧ не только среди самих рабочих, но и среди членов их семей.

Цель: Снижение риска инфицированности ВИЧ среди трудовых мигрантов путем повышения уровня информированности вахтовиков и формирования безопасного поведения.

Задачи:

1. Получить информацию об уровне знаний вахтовиков о ВИЧ-инфекции.
2. Повысить уровень знаний о ВИЧ-инфекции и снизить долю исследуемых с рискованным поведением путем проведения обучающих семинаров.

Объект и методы исследований: Исследования, инициированные РЦ СПИД, проводились в рамках проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции на предприятиях, использующих вахтовый метод работы» при поддержке Проекта по контролю за СПИД в ЦА (СААР). Работа осуществлялась среди вахтовиков компании «Декхолм Жолдас» в Атырауской области в 3 этапа: проведение исходного анкетирования и обучающих семинаров с раздачей ИОМ на русском и казахском языках, заключительного анкетирования на выживаемость знаний и через 2 месяца – анкетирование для оценки изменения поведения. Охвачено 328 рабочих. Проведено 2 этапа.

Результаты:

Среди вахтовиков преобладали мужчины (90,5%). Преимущественное большинство - молодого возраста: рабочих в возрасте до 40 лет было 72,2 %, старше 50 лет - 3,7%.



Преобладающая национальность - казахи 98,8%. Миграционный стаж у 61,3% вахтовиков превысил 3 года. Состоящих в браке людей было больше – 76,6%. Уровень информированности и правильного представления о ВИЧ/СПИД по данным исходного анкетирования был невысок и равнялся 63,5%. При этом количество половых партнеров за последние полгода, в среднем, составило 2,1 и лишь 16,3% респондентов использовали презервативы, 70,5% - не использовали совсем, а 6,6% применяли не всегда. Положительно о контактах со случайными половыми партнерами ответили 32,7%; в то же время использовали презервативы в течение последних 2-х месяцев и при последнем половом акте соответственно лишь 52,5 и 56,1% опрошенных. Наиболее частая причина «незащиты» - «не считаю необходимым» (66,7%). На вопрос: «можно ли избежать или снизить риск

заражения ВИЧ?» 38,1% вахтовиков ответили «нет» и «не знаю».

После проведения обучающих семинаров процент информированных и давших правильные ответы вахтовиков вырос до 90,0. В процессе изучения вопрос об изменении рискованного поведения на основании полученных знаний.

Выводы:

1. Исходный уровень знаний и представлений о ВИЧ-инфекции среди вахтовиков низкий и составляет 63,5%.

2. Рискованное половое поведение имеют 32,7% рабочих, имея половые контакты со случайными партнерами, из них 45,7% - не используя при этом презервативы.

3. Проведение обучающих семинаров с использованием ИОМ для вахтовиков позволило повысить информированность и уровень знаний с 63,5 до 90,0%.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ В КАЗАХСТАНЕ ЗА 1985-2008гг.

В.А.Меркер, Е.А.Лавлинская, И.Х.Шуратов.

Департамент Госсанэпиднадзора города Алматы, городская клиническая инфекционная больница, Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Хамзы Жуматова, г.Алматы.

Эпидемический паротит представляет актуальную проблему общественного здравоохранения Казахстана в силу своей распространенности среди детей и взрослых, а также тяжелых клинических осложнений в виде менингитов, орхитов и др.

Нами проанализирована заболеваемость населения эпидемическим паротитом и динамика эпидемического процесса этой инфекции в Казахстане за 1985-2008 годы.

Анализ показал, что в 1985-87 годах регистрировалась высокая заболеваемость (показатель на 100 тысяч населения в 1986г. по Казахстану составил 351,6, по г. Алматы – 702,6). В 1987 году была введена однократная вакцинация против паротита против паротита детей в 1 год, что привело к снижению заболеваемости. В 1988 году показатель заболеваемости составил

82,4 ‰. Дальше вплоть до 2003 года показатели заболеваемости колебались в пределах от 3-5 до 84,2 ‰. В течение 2002-2004гг. отмечена вспышечная заболеваемость (показатель 83,8 ‰).

Следует отметить, что несмотря на низкие показатели заболеваемости в течение 1988-2004гг, эпидемиологический процесс сохранил цикличность с продолжительностью в 2-3 года и с интервалом 3-4 года. Такие активные фазы отмечены в 1990-1992гг, 1996-1997гг и 2002-2004гг.

Следующей особенностью эпидемического процесса явился сдвиг заболеваемости паротитом старшие возрастные группы населения. До 1995 года удельный вес детей до 14 лет в структуре заболевших составлял 87-90,1%, взрослых – 9,9-13%. Удельный вес детей и взрослых в



структуре заболевших за 1996-2008гг приведен на рисунке.

Как видно, в 1996г. удельный вес детей составлял 90,2%, взрослых – 9,8%. К 2008 году удельный вес детей, снижаясь с колебаниями по годам, достиг 50,8%, удельный вес взрослых составил 49,2%. Очевидно, что такая динамика заболевания по возрастным группам связана с проводимой вакцинопрофилактикой эпидпаротита.

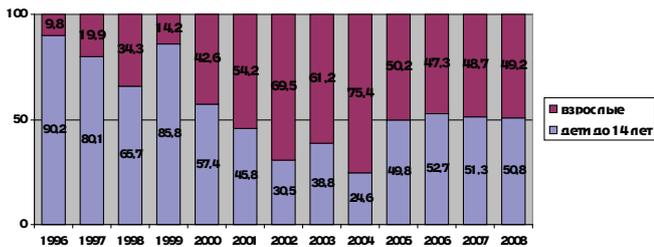


Рисунок – Удельный вес детей до 14 лет и взрослых в структуре заболевших Паротитом

Анализ динамики показателей заболеваемости (‰) паротитом за 2003-2008гг показал, что в 2003г. он составил среди всего населения 89,5‰, детей – 143,9 ‰. Эти показатели соответственно в 2004г. составили 26,9 ‰ и 44,2‰; в 2005г. – 6,1‰ и 11,8‰; в 2006г. – 2,13‰ и 4,42‰; в 2007г. – 1,72‰ и 3,85‰; в 2008г. – 1,53‰ и 3,27‰. Таким образом, по сравнению с 2003 годом в 2008 году заболеваемость среди всего населения снизилась в 58,5 раза, среди детей – в 44,0 раза.

Анализ распределения заболеваемости паротитом по областям показал, что наиболее высокие показатели среди детей отмечаются в Аты-

рауской (16,4), Западно-Казахстанской (12,9), Северо-Казахстанской (10,1), Мангистауской (8,7) областях и в г. Алматы (12,3). Среди всего населения на первом месте г. Алматы (8,8), затем следуют Атырауская (7,1) и Мангистауская (4,4) области. Самые низкие показатели в Кустанайской, Жамбылской, Актюбинской, Карагандинской областях.

Среди детей больше всего заболевание встречается у детей 3,6 и 9 лет. Среди взрослых у лиц в возрасте 15-19 лет и 20-29 лет.

Распределение заболеваемости паротитом по социально-профессиональным группам населения выглядит следующим образом: организованные дети – 11%, неорганизованные дети дошкольного возраста – 13%, школьники – 34%, студенты – 12%, рабочие и служащие – 9% и не работающие – 19%.

Анализ заболеваемости по прививочному статусу заболевших выявил, что 37,4% составляют не привитые, 51,5% - привитые однократно и 11% - привитые двукратно.

Эти данные свидетельствуют об определенных упущениях и недостатках в организации и проведении профилактической прививки против паротита. Нельзя не учитывать и слабую иммуногенность ранее применявшейся вакцины из штамма «Л-3» [Зотин, Валькович, 1996].

Можно надеяться, что использование MMR – вакцины, сертифицированной ВОЗ, для вакцинации детей в 1 год и ревакцинации в 6 лет с 95% охватом всех подлежащих прививке позволит резко снизить заболеваемость паротитом в Республике.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Е.А.Лавлинская, В.А.Меркер, И.Х.Шуратов.

Городская клиническая инфекционная больница им. И.Жекеновой, Департамент комитета гос.сан-эпиднадзора МЗ РК по городу Алматы, Научный центр гигиены и эпидемиологии им.Хамзы Жуматова, г.Алматы.

Как известно, наиболее эффективным средством борьбы с эпидемическим паротитом является активная иммунизация детей вак-

цинными препаратами (Зотин, Валькова, 1996, Попов и др., 1997).

В Казахстане вакцинопрофилактика эпиде-



мического паротита была внедрена во второй половине 80-х годов, которая предусматривала иммунизацию детей в возрасте до 2-х лет однократно живой паротитной вакциной из аттенуированного штамма «Л-3» вируса паротита. Следует подчеркнуть, что данная вакцина выпускалась без стабилизатора, отличалась термоллабильностью и не была сертифицирована ВОЗ препаратами (Зотин, Валькович, 1996).

Тем не менее однократная иммунизация детей привела к резкому снижению заболеваемости. Так если до внедрения вакцинации в 1985-1987гг. показатели заболеваемости в Республике составляли 270-3400/0000, в г.Алматы 657-7020/0000, то в 1990 году они почти сравнялись и составляли 50-650/0000. Однако характер эпидемического процесса в отношении его цикличности остался неизменным: наблюдались фазы его активности продолжительностью 2-3 года (1991-1992гг; 1996-1997гг. и 2003-2004гг.). Заболеваемость переместилась в более старшие возрастные группы детей – школьников и подростков (молодых людей).

В связи с этим с 2002 года в Казахстане была внедрена ревакцинация против эпидпаротита детей в 12 лет.

К сожалению поставка паротитной вакцины из штамма «Л-3» осуществлялась производителем нерегулярно из-за малой мощности производства. В связи с этим часто нарушался календарь прививок против паротита как в плане вакцинации, так и ревакцинации.

В соответствии с Национальной интегрированной программы МЗ РК по элиминации кори, снижения заболеваемости краснухой и профилактики СВК на период 2003-2010гг с 2004 года страна пришла к использованию

трехкомпонентной MMR-вакцины против кори, краснухи и паротита производства Serum Institute of India LTD. В данной вакцине паротитный компонент предоставлен аттенуированным штаммом «Дж. Линн» вируса паротита.

Согласно рекомендации Американской ассоциации педиатров планировалось вакцинацию проводить в 12 месяцев, ревакцинацию – в 12 лет (MMWR.1994).

Уже в 2004 году в г.Алматы было привито 16538 детей до 2-х лет, в 2005 году – 18110 детей. В последующие годы прививкой было охвачено 98,3% детей до 2-х лет.

В Республике в 2005 году было привито детей до 2-х лет – 252661, в 2006 году – 267737 детей

Естественно, внедрение новой вакцины, произведенной из совершенно другого штамма вируса, обосновывало изучение ее иммунологических свойств и протективной эффективности.

Исследование сывороток 268 привитых детей показало наличие анти Mups IgG у 250 (93,3%) и его отсутствие у 18 (6,7%) детей. Другими словами, общая иммунологическая эффективность MMR-вакцины против паротита составила 93,3%. У других авторов этот показатель колебался от 73,2% до 96,0%. (Watson, 1996; Condorelli et al. 1998; Matter et al. 1997; Самойлович и др., 1998).

Коэффициент иммунологической эффективности вакцинации составил 66,6%.

Протективную эффективность вакцинации против паротита определяли методом высчитывания разности между вероятным количеством случаев после внедрения вакцинации (Филатов и др., 2004). Расчеты приведены в таблице 1.

Таблица 1

Расчеты числа предотвращенных случаев паротита среди детей в возрасте до 5 лет

Характеристика случаев заболевания	Среднее число случаев до вакцинации	Годы				Всего
		2005	2006	2007	2008	
Зарегистрировано	37	23	11	17	1	29
Предотвращено	-	-	26	20	36	82

Как видно из расчетов (таблица 1), из возможных 111 случаев паротита при отсутствии вакцинации предотвращено путем вакцина-

ции детей 82 случая. Другими словами 82 ребенка из 111 детей оказались защищенными от заболевания паротитом в результате вакцинации.



Анализ динамики содержания антител против паротита по возрастным группам показал, что среди привитых детей 2-3 лет они выявляются в 87-93% случаев. Затем постепенно снижаясь к 6-7 годам сохраняются только у 43% детей.

Анализ заболеваемости паротитом по возрастным группам также показал ее рост среди детей 6-7 лет (200 случаев за 2001-2004гг.). Вышеприведенные результаты находятся во взаимосвязи и свидетельствуют о том, что к 6-7 годам увеличивается прослойка восприимчивых к паротиту детей.

В свете этих данных было предложено ревакцинацию против эпидпаротита также, как

против кори и краснухи, проводить в 6 лет в место 12 лет, так как к этому сроку (12 лет) большинство детей успевают переболеть паротитом. Это предложение нашло понимание со стороны Комитета Госсанэпиднадзора МЗ РК и она включена в календарь прививок в 2008 году.

Таким образом, по новому календарю прививок вакцинация MMR-вакциной детей против эпидпаротита проводится в 12 месяцев (1 год) и ревакцинация – в 6 лет. Такой подход призван обеспечить надежную защиту и резко снизить заболеваемость среди детского населения Республики.

ПРОФИЛАКТИКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПЕСТИЦИДОВ НА ЗДОРОВЬЕ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

А.Т.Умбетпаев.

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

В настоящее время невозможно представить успешное развитие сельского хозяйства без применения пестицидов, представляющих собой химические вещества, преднамеренно вносимые в окружающую среду для борьбы с вредителями и болезнями сельскохозяйственных растений и животных. Однако помимо желаемых эффектов – защиты урожая и ограничения численности вредителей – пестициды обладают неблагоприятным воздействием на здоровье человека посредством загрязнения объектов окружающей среды и продуктов питания. Возможные последствия для здоровья, связанные с действием остаточных количеств химических средств защиты растений включают нарушения нервной, эндокринной и иммунной систем организма, а также развитие злокачественных новообразований. Наиболее чувствительный контингент к отрицательному воздействию пестицидов являются беременные женщины, дети и подростки. В районах с высокой интенсивностью применения химических средств защиты растений отмечается рост числа врожденных

аномалий, регистрируются более высокие показатели заболеваемости детей пневмонией, особенно на первом году жизни, у подростков часто диагностируются железодефицитная анемия, туберкулез, вирусный гепатит, ОРВИ.

В течение длительного времени на территории Казахстана в сельском хозяйстве применялся широкий спектр химических средств защиты растений с различными токсико-гигиеническими свойствами. На сегодняшний день устойчивая тенденция роста объемов применения пестицидов в сельскохозяйственном производстве сохраняется. Ассортимент пестицидов постоянно расширяется, синтезируются новые препараты, обладающие избирательной активностью, малой устойчивостью в объектах окружающей среды и имеющие низкие нормы расхода. Многие пестициды, применяющиеся для химической обработки зерновых культур, являются препаратами нового поколения и относятся к 3 и 4 классу опасности. Но, в связи с тем, что долговременные отрицательные экологические последствия современных пестицидов



практически не изучены, оценивая степень их влияния на здоровье населения, необходимо исходить из того, что каждый пестицид потенциально опасен для человека. Кроме того, специфические особенности применения пестицидов (распыление на сельхозугодиях, повторяемость обработок сельскохозяйственных культур в течение одного сезона препаратами разных химических групп) ведут к одновременному загрязнению нескольких объектов окружающей среды. Первично остатки пестицидов могут поступать в организм человека ингаляционно и перкутанно во время обработок сельхозугодий, но основной путь – это вторичное поступление с продуктами питания и водой, как результат миграции пестицидов в контактирующие среды. Таким образом, в реальных условиях может иметь место одновременное воздействие на организм сельских жителей нескольких пестицидных препаратов. Этот факт диктует необходимость интегрированного подхода к оценке опасности суммарного действия химических средств защиты растений для сельского населения и разработке мер по охране здоровья сельского населения.

Комплекс профилактических мероприятий, направленный на снижение отрицательного воздействия пестицидов на состояние окружающей среды и здоровье сельского населения должен предусматривать:

1) Организационные мероприятия, включающие

- гигиеническое картографирование регионов с наиболее интенсивной химизацией сельского хозяйства на основе расчета территориальной нагрузки с целью усиления санитарно-гигиенического и экологического контроля;

- поощрение рациональных методов ведения сельского хозяйства, включая применение нехимических альтернатив;

- активный мониторинг воздействия пестицидов на объекты окружающей среды и здоровье сельского населения;

- совершенствование информационно-пропагандистских и учебных мероприятий для контингентов, которые могут подвергаться воздействию пестицидов на любой стадии их жизненного цикла.

2) Мероприятия по улучшению гигиенических условий труда сельхозпроизводителей:

- все работы по применению пестицидов проводить в строгом соответствии с действующими санитарными нормами и правилами;

- совершенствование малообъемного и ультрамалообъемного методов опрыскивания с широким применением препаративных форм пестицидов в виде водных растворов, суспензий и эмульсий, что снижает опасность поступления пестицидов в воздух во время приготовления рабочих растворов;

- при проведении протравочных работ обязательная герметизация всех технологических линий с оборудованием помещения отделения протравливания эффективной приточно-вытяжной общеобменной вентиляцией и местными отсосами на участках возможного выделения пестицида в воздух рабочей зоны; все работы по протравливанию семян, фасовка, погрузка и разгрузка обработанных пестицидами семян должны быть механизированы;

- обязательное применение и эффективный подбор средств индивидуальной защиты органов дыхания и кожи, гарантирующие безопасность работ с пестицидами, почвой, растениями и оборудованием, подвергавшимся контакту с ядохимикатами;

- формирование необходимого минимума знаний у работающих с пестицидами об их токсическом воздействии на организм человека и окружающую среду, о мерах безопасности в процессе хранения, транспортировки и применения химических средств защиты растений.

3) Лечебно-профилактические мероприятия в сельских регионах интенсивного применения агрохимикатов:

- сведение к минимуму контакта с химическими веществами сельскохозяйственного назначения детей и подростков, а также женщин в период беременности и лактации;

- путем скрининга выявление и взятие на диспансерный учет групп населения повышенного риска: работающих с ядохимикатами, беременных женщин, детей и подростков, постоянно проживающих в непосредственной близости к обрабатываемым сельхозугодиям или животноводческим комплексам;

- путем проведения периодических углу-



бленных медицинских осмотров улучшение диагностики вероятных заболеваний нервной и эндокринной систем, психических расстройств, аллергических состояний, нарушения течения беременности и родов, врожденных аномалий развития и других патологических состояний химической этиологии с целью их своевременного выявления и лечения;

- внедрение системы генетического мониторинга, активное оздоровление детей и женщин детородного возраста в организованных коллективах и на производстве, в том числе обеспечение всех лиц, занятых на работах с пе-

стицидами, бесплатной выдачей молока и других полноценных продуктов питания за счет средств работодателя в соответствии с действующими законодательными и нормативными документами.

Таким образом, система профилактических мероприятий по обеспечению гигиенической безопасности среды обитания должна базироваться на комплексном подходе оценки воздействия на здоровье населения, с учетом эколого-гигиенического неблагополучия конкретной территории.

ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР У СТУДЕНТОВ

А.Д.Сембаева. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Вирус Эпштейна-Барр (ВЭБ) относится к группе герпес вирусов. Вирус поражает эпителиальные клетки слизистой оболочки дыхательных путей, также клетки иммунной системы, в том числе В-лимфоциты. Внедрение вируса в организм происходит в молодом возрасте. В разных странах от 50% до 95% населения имеют этот вирус. Впервые попав в организм вирус, вызывает выработку определенных антител, которая детерминирована во времени, что позволяет определить давность инфицирования и стадию инфекции.

Было обследовано 130 студентов КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, средний возраст, которых был – 18,7 лет. Молодые люди были отобраны методом случайной выборки. Состояние здоровья оценивалось методом анкетирования. Анкета содержала вопросы о месте проживания до поступления в Университет, месте жительства в Алматы и т.д. Полученная из анкет информация была дополнена результатами объек-

тивного осмотра. Присутствие ВЭБ в организме устанавливали методом иммуноферментного анализа, с определением антител. Выработка иммуноглобулинов классов G и M на различные белки вируса (ВЭБ) дифференцирована во времени, что позволяет определить давность инфицирования.

В условиях мегаполиса у студентов из небольших городов чаще, чем у других происходила реактивация ВЭБ. Можно предположить, что около половины студентов всех групп (46%-56,25%) встретились с вирусом после поступления в Университет, на что указывает персистенция в стадии ранней паст-инфекции, т.е. давность внедрения вируса от 3 до 6 месяцев. Отсутствие инфекции имело место только у сельчан (4) и жителей областных центров (4) и небольших городов (2). Таким образом, нам представляется очевидным влияние большого города на здоровье молодых людей. В условиях мегаполиса выше вероятность внедрения ВЭБ.



ЛАСТАНҒАН СУЛАРДЫҢ ІЛЕ ӨЗЕНІНІҢ СУЫНЫҢ САПАСЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІНІҢ БАҒАЛАНУЫ

Е.Ж.Сыдыманов.

*Алматы облысының Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық бақылау
Департаменті, Талдықорған қаласы.*

Алматы қаласының ағынды сулардың жер үсті және жер асты суларының сапасына тигізетін әсері анықталмаған.

Зерттеу мақсатымыз Сорбұлақ оң жағалық арнасының (ОСА) ластанған суларын және Іле өзенінің суының сапасы қауіптілік дәрежесіне баға беру.

СОА ластанған сулардың және Іле өзенінің суының сапасы қауіптілік дәрежесіне қолданылып жүрген тәсілдер бойынша бағаланды. Канализация объектілерінің қауіптілік дәрежесі, ластанған сулардың қосылуы шекті рұқсат етілген қосылудан (ШРЕК) аспайтын болғанда және су пайдалану тоғандарынан (ластанған судан төмен) Іле өзенінің бойындағы елді мекендердің халқына токсикологиялық және эпидемиологиялық қауіп болмағанда ғана анықталады.

Ағыстағы су құрамының қауіптілігі халықтың суды пайдаланғаннан кейін 1-2 айдан соң интоксикацияның алғашқы симптомдары байқалғанда зиянды заттардың концентрациясы ШРЕК 3-5 есе жоғары екендігін көрсетеді. Зияндылықтың санитарлық-токсикологиялық белгісі 2-4 күнде немесе бірнеше күннен кейін 100 пайыз анықталады. Ағыстағы суда ШРЕК 10 есе жоғары болса, ол суды пайдалану халықтың арасында жоғары интоксикациялық симптомдардың пайда болуына әкеліп соғады.

Халықтың арасындағы жұқпалы аурулардың таралуы жағынан судың эпидемиологиялық қауіптілігінің мүмкіндік дәрежесі коли-индекс, коли-фаг (вирусты залалданудың көрсеткіші), патогенді микрофлоралар бойынша бағаланады. Бұл көрсеткіштердің градациясы халықтың ішек ауруларына шалдығуы судың бактериологиялық ластануға байланысты екендігін көрсететін бақылаулар арқылы жасалады. Бұл тәсілдер ТМД елдерінің аумағында, соның ішінде Қазақстанда апробацияланып, қоршаған орта нысандарының сапасын сипаттайтын көрсеткіштерді негіздеуге және олардың токсикологиялық және эпидемиологиялық

қауіптілігінің маңызына қарай іріктеуге мүмкіндік береді.

Ластанған сулар мен тоған суларының сапасы туралы әрбір санитарлық-гигиеналық факторға ең маңызды және ақпаратты көрсеткіштердің кешені анықталған.

Алматы қаласының ағынды суларының сапасының ретроспективті мәліметтер бірқатар өндірістік кәсіпорындардың қолданған технологиясының ластанған сулардың микроэлементтік құрамына, оның ішінде ауыр металлдардың өзгеруіне әсер ететіндігін көрсетті. Қаланың кейбір өндірістік кәсіпорындарының тастандыларында (сұйық және қатты); сынап, қорғасын, кадмий, мыс, ванадий, мырыш, фтор, молибден т.б. заттардың бар екені анықталды.

Өндіріс орындарының арасынан ЖЭО, «Поршень» зауыты, «Кітап» өндірістік бірлестігі, темекі комбинаты, АЕСК, АЗТМ-ның Сорбұлақ көлі мен Алматы қаласының СОА канализациялық тазарту құбырына түсетін ластанған сулардың құрамында зиянды тастандылардың көптігімен ерекше назарға ілікті.

Алматы қаласына тән өндірістік ластанған сулардың шаруашылықтан және жауын-шашыннан шыққан ластанған сулармен үлкен көлемде араласып еритіндіктен көптеген улы элементтердің концентрациясы өндірістік кәсіпорындардың ластанған суларына қарағанда жедел төмендейтіндігі байқалады. Ағынды сулардың өте көп араласуына қарамастан мұндағы кадмийдің мөлшері Сорбұлақ көлінде және СОА даласында биологиялық тазалаудан өткен соң 0,001-0,003 мг/л (1-3 ШРЕК) көлемінде болады.

Алматы қаласының ластанған суларының түбіндегі шөгінділерінде және канализациялық тазарту құбырларында бірқатар улы металлдардың жиналуы, тұнбаны тыңайтқыш ретінде пайдаланудың қауіпті екенін көрсетеді.

Қапшағай су қоймасына және ГЭС-тен



төмен ауданға түсетін Іле өзенінің суының сапасы мен интегралдық көрсеткіш бойынша ластану дәрежесі төмендегінше сипатталады.

Алматы қаласының тазартудан өткен ластанған суының Іле өзенінің суларының сапасына әсерін анықтау мақсатында Іле өзеніне ластанған су келіп құятын, ластанған сулар қосылғанға дейінгі және СОА -ғы тазартылған су қосылған кездегі (жылына екі рет көктем, күз мезгілінде бір айдан) суының сапасына гигиеналық зерттеу жүргіздік.

Зерттеулерде Іле өзенінің су қосылатын жерден төменгі және жоғарғы жерінен суында улы металдар табылған жоқ.

Бірақ Іле өзенінің тазартудан өткен ластанған су қосылатын жерден төменгі суында нитраттардың, хлоридтердің, сульфаттардың және фосфаттардың деңгейі біршама жоғары екені анықталды. Сонымен қатар бұл

Кесте 1 – ОСА ағынды және Іле өзені суларының тұрғындар денсаулығы үшін ластаушы заттар ретінде қауіптілік дәрежесін интегралдық бағалау

көрсеткіштердің концентрациясы ашық суларға арналған ШРЕКтен біршама төмен.

СОА ластанған суларының қауіптілік дәрежесінің интегралдық бағасы №3 су қоймасының ластанған суына органикалық заттар мен ауыр металдардың қауіптілігі 1-4 класқа жататын және жылдам ағыста қауіптілігі орташа және төмен дәрежеде екенін көрсетті (кесте 1).

Біздер ОСА ластанған сулары мен Іле өзенінің суының ластануының эпидемиологиялық қауіптілік дәрежесіне баға бердік.

ОСА ластанған суы 1998-2006 жж-дың анализдері бойынша халықтың сумен кездейсоқ араласуы болған жағдайда, әсіресе су сақтауға арналған №№ 1-3 биотоғандарда коли-индекс, коли-фаг бойынша № 1, 2 су қоймалары эпидемиологиялық қауіптілік төндіруі мүмкін.

Ингредиенттер мг/л	ОСА ның ластанған сулары		Іле өзенінің суы	
	№3 су қоймасы	Тез ағатын бөлімі	Іле өз. судың құйылатын жерінен (500 м) жоғары	Іле өз. судың құйылатын жерінен төмен
Хлоридтер	0,18	0,15	0,1	0,85
Сульфаттар	0,18	0,09	0,19	0,25
Фенолдар	20	-	2,0	0,0
Мұнайіөнімдері	1,2	-	0,5	1,2
СББЗ	3,0	-	1,4	2,0
Аммиак	1,9	-	0,6	0,0
Нитритгер	0,2	-	0,15	0,003
Нитратгар	0,1	-	0,17	0,01
Фосфагтар	0,6	-	0,06	0,03
Темір	0,6	0,3	0,2	0,2
Хром (+3)	0,08	0,02	0,02	0,02
Хром (+6)	0,8	0,2	0,2	0,2
Мыс	0,004	0,003	0,0001	0,003
Мырыш	0,006	0,02	0,008	0,01
Қорғасын	0,3	0,3	0,3	0,3
Никель	0,3	0,3	0,1	0,1
Кадмий	10,0-	3,0	2,0	3,0
Кобальт	-	0,1	0,1	0,1
Марганец	-	0,1	0,1	0,1
Роданидтер	2,4-	2,4	0,4	0,4
Интегральды көрсеткіш	6,5	1,35	2,0	2,20
Құйылатын ағындылар-дың қауіптілік дәрежесі (К сум)	қалыпты	өлсіз	өлсіз	өлсіз



Кейінгі жылдары (1998-2006 жж) ОСА ластанған суының сапасы жақсарды, патогенді микрофлора мен гельминттер анықталған жоқ. Ластанған су қосылатын жерден төменгі Іле өзенінің суы халыққа эпидемиологиялық қауіп төндірген жоқ.

Соңғы жылдары ОСА ластанған суының

сапасы жақсарды, патогенді микрофлора мен гельминттер анықталған жоқ.

Сонымен жоғарыда айтарылғындай мынадай қорытынды жасадық. Ластанған су қосылатын жерден төменгі Іле өзенінің суы халыққа эпидемиологиялық қауіп төндірген жоқ.

КОМБИНИРОВАННОЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ ПЕСТИЦИДОВ НА ОРГАНИЗМ

Г.К.Аширбеков, Ж.К.Сарсенбаева, Г.Ж.Ажиханова. Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова, Городская поликлиника № 15, г.Алматы.

Для повышения эффективности борьбы против многообразия вредителей и болезней сельскохозяйственных культур при помощи химического метода в последние годы все большее значение приобретает комбинированное применение различных классов пестицидов. При этом пестициды часто комбинируются с тем, чтобы при одной обработке провести борьбу с представителями различных видов членистоногих насекомых. Используются также такие смеси пестицидов для одновременной борьбы, как с вредителями, так и с болезнями растений.

Одним из преимуществ комбинированного применения пестицидов является возможность уменьшения нормы расхода отдельных препаратов, что можно предположить – приведет к снижению остаточных количеств пестицидов в обработанных ими сельскохозяйственных продуктах. И вместе с тем, пищевые продукты при совместном применении пестицидов могут быть загрязнены несколькими ксенобиотиками, которые при поступлении в организм человека или теплокровных животных могут оказывать на них комбинированное токсическое действие.

В связи с этим, целью нашего исследования явилось экспериментально изучить комбинированное влияние пестицидов и табачной пыли на состояние организма животных, по биохимическим показателям.

Исследования проводились на белых мышах обоего пола. Животным в/ж вводили на подсолнечном масле инсектицид Суми-альфа и гербицид Лонтрим в дозе из расчета 1/20 от ЛД₅₀. Взвесь из табачной пыли вводили в дозе 3 мг/кг. Данную смесь животным в/ж вводили в течение 4-х месяцев.

После хронической интоксикации, в течение месяца белые мыши проходили восстановительный период. Контрольные животные получали только подсолнечное масло в эквивалентном количестве. Ежемесячно у животных исследовалось в сыворотке крови такие ферменты как кислая и щелочная фосфатаза, лактатдегидрогеназа и холестерин. Использовались в эксперименте реактивы Био-ЛА-Тест® PLIVA – Lachema Чехия. Сыворотку крови исследовали на спектрофотометре Ultrospec® 3300, Англия.

По данным биохимического исследования мы отметили, что у опытных мышей в течение хронического воздействия смесью из Суми-альфы, Лонтрима и табачной пыли отмечалось в основном снижение содержания в сыворотке крови исследуемые показатели. Так, в начале опыта все данные были у опытных животных выше, но с середины эксперимента резко снижались. И в конце хронической интоксикации регистрировалось повышение уровня всех ферментов в сыворотке крови, как лактатдегидрогеназы, так щелочной и кислой фосфатазы.



Содержание холестерина в сыворотке крови у опытных мышей было снижено, по отношению к контрольным животным.

После восстановительного периода, у опытных мышей в сыворотке крови продолжало регистрироваться повышение уровня лактатдегидрогеназы и кислая фосфатаза, а щелочная фосфатаза и холестерин были снижены.

Таким образом, при комбинированном воздействии различных классов пестицидов, в сыворотке крови у опытных животных отмечались необратимые изменения в биохимических показателях, что говорит о поражении организма животных даже после месячного восстановления.

ТҰЖЫРЫМ

Берілген жұмыста эксперименттік зерттеулердің нәтижесі көрсетілген, мұнда 4 ай бойына ақ тышқандарды Суми-альфа инсектицидінің құрама қоспасымен, Лонтрима гербицидімен және темекі шаңымен уландырылды.

Бұл тәжірибеде жануарлардың қан сарысуының биохимиялық көрсеткіштері, лактатдегидрогеназа, холестерин, қышқыл және сілтілі фосфатаза зерттелді.

SUMMARY

In the given work results of experimental researches where white mice by the combined mix инсектицида the Syumi-alpha have been badgered within 4 months, herbicide Lontrim and are submitted by a tobacco dust. Thus in experience biochemical parameters in whey of blood at animals were studied: lactatdegidrogenaza, cholesterol, sour and alkaline chosphataza.

О КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ НА ТЕРРИТОРИИ МАНГЫСТАУСКОЙ ОБЛАСТИ

З.Ахметова. Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Скопление радиоактивных отходов и иных источников ионизирующего излучения отрицательно влияет на санитарно-радиологическую обстановку на территории Мангистауской области.

В соответствии с задачами и принципами обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения ст.3 Закона Республики Казахстан «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 4 декабря 2002г. – совместно с Департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора по Мангистауской области разработана настоящая программа, которая должна обеспечить исполнение требований законодательства Республики Казахстан в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

и радиационной безопасности населения.

Настоящая программа регламентирует совместную работу Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора с государственными учреждениями и организациями региона в области обеспечения радиационной безопасности и радиационного контроля, с целью предотвращения негативного влияния радиационного фактора на здоровье населения и окружающую среду. Программа включает общие меры, необходимые для достижения целей и задач по обеспечению радиационной безопасности.

Цель данной Программы - обеспечение радиационной безопасности на территории Мангистауской области и, а в частности:

1. Не допустить необоснованного переоблуж-



чения населения которое может спровоцировать и усилить ряд заболеваний общей патологии, а так же вызывать генетические эффекты которые могут быть причиной нарушения здоровья у будущего поколения;

2. Предупреждение кризисных экологических ситуаций способных причинить ущерб здоровью населения и окружающей среде. Сохранность окружающей среды для нынешнего и будущего поколения является наиболее значимой задачей, основным принципом которой является предсказать и не допустить радиационной катастрофы в регионе.

Основной задачей программы является – составление регламента по обеспечению контроля за радиационной обстановкой; изучение влияния радиационной обстановки на здоровье населения; своевременное обнаружение, локализация и устранение радиационного загрязнения; учет, классификация, утилизация, транспортировка, хранение и захоронение радиоактивных отходов с территории бывших предприятий среднего машиностроения (уранодобывающий и обогатительный комплекс) и нефтегазовых промыслов.

Основные приоритеты и структура региональной программы радиационной безопасности населения

Общепризнано что, количественная и параметрическая характеристика радиационного загрязнения определяются по результатам радиологического обследования.

Радиологическое обследование должно объективно отображать реальную радиационную обстановку с учетом всех физических, химических, биологических и природных факторов. Обязательному радиологическому обследованию подлежат:

- населенные пункты области (включая общественные места)
 - промышленные зоны городов области
 - крупные промышленные предприятия области
 - атомный реактор БН-350
 - бывший комбинат по добыче и переработке урановой руды (включая заводы, карьеры и др. объекты комбината)
 - радиоактивные отходы с комбината по добыче и переработке урановой руды, в том числе

хвостохранилище Кошкар Ата

- на нефтегазовых промыслах - все технологическое оборудование, имеющее непосредственный контакт с нефтью и пластовыми водами (включая трубопроводы и резервуары);
- участки разлива пластовой воды и нефти;
- участки возможной миграции радиоактивной пыли образованной в результате высыхания р/а нефтешлама и солей;
- участки скопления демонтированного технологического оборудования (трубы, насосы, металлолом и др.), а так же технологические свалки на промысле;
- участки скопления нефтешлама, а так же нефтяные амбары;
- пункты хранения нефтешлама и отработанных буровых растворов;
- пункты хранения радиоактивных отходов;
- рабочие места и вахтовые поселки (жилищно-хозяйственный сектор);
- подъездные дороги и площадки размещения оборудования;

Кратность обследования

В соответствии со ст.11 Закона РК «О радиационной безопасности населения» № 219-1 от 23.04.98г. - В целях защиты населения и персонала от влияния природных радионуклидов должны осуществляться:

- выбор земельных участков для строительства зданий и сооружений с учетом уровня выделения радона из почвы и радиационного фона;
- проектирование и строительство зданий и сооружений с учетом предотвращения поступления радона в воздух этих помещений;
- проведение производственного контроля строительных материалов, приемка зданий и сооружений в эксплуатацию с учетом уровня содержания радона в воздухе помещений и радиационного фона;
- эксплуатация зданий и сооружений с учетом уровня содержания в них радона и радиационного фона
- запрещается использовать строительные материалы и изделия не отвечающие требованиям по обеспечению радиационной безопасности.

Кратность обследования нефтегазовых месторождений будет зависеть от масштаба ра-



диационного загрязнения на данном месторождении, а так же объема производимых работ по устранению радиационных загрязнений на НГП. В том случае если на месторождении отсутствует радиационное загрязнение технологического оборудования и производственных площадей – радиологическое обследование будет проводиться при сертификации месторождения и аттестации рабочих мест в соответствии с действующим графиком.

Нефтегазодобывающие предприятия, имеющие радиационно-загрязненное оборудование и радиоактивные отходы, образованные в результате отложения естественных радионуклидов при проведении технологического процесса добычи нефти - должны проводить систематический радиационный контроль на нефтепромыслах. Порядок проведения радиологического контроля и график утилизации, дезактивации и захоронения радиоактивных отходов и оборудования согласовывается с областным Департаментом Госсанэпиднадзора.

Предприятия, имеющие действующее оборудование с радиационным фоном, превышающим установленные нормы, (насосы, коллектора, буферные емкости, печи подогрева нефти и др.) в соответствии со ст.8 Закона РК «О радиационной безопасности населения» должны организовать собственную службу радиационного контроля.

Оценка нанесенного и возможного ущерба здоровью человека и окружающей среде от радиационного загрязнения

Оценка нанесенного и возможного ущерба человеку и окружающей среде от воздействия ионизирующего излучения производится на основании радиологических исследований. Критериями оценки являются:

- гамма фон местности или объекта;
- загрязненность окружающей среды или объектов альфа и бета излучающими частицами;
- наличие и удельная концентрация (активность) естественных и техногенных радионуклидов в продуктах питания, почве, водоемах, растительности, атмосферных выпадений, животных, стройматериалах и др.;
- содержание (концентрация) радона и его ДПР в воздухе жилой зоны и рабочих местах;
- годовая эффективная доза облучения человека.

Оценка производится на основании радиологических обследований и исследований санитарно-эпидемиологической экспертизы. Оценка нанесенного и возможного ущерба здоровью человека от воздействия ионизирующего излучения производится на основании расчетов эффективной дозы облучения человека, которую он может получить, находясь в зоне воздействия ионизирующего излучения.

Главной целью радиационной безопасности является охрана здоровья населения, от вредного воздействия ионизирующего излучения, путем соблюдения основных принципов и норм радиационной безопасности.

ТҮЖЫРЫМ

Осы мақалада Манғыстау облысы аумағында радиациялық қауіпсіздікті қамтамасыз ету кешенді бағдарламасы туралы баяндалған.

Түйінді сөздер: радиациялық қауіпсіздік, халық, сіңірілген доза, радиоактивты қалдықтар

SUMMARY

The article contains the complex program on maintenance of radiating safety in Mangystausky area

Key words: radiating safety, the population, the absorbed doses, radioactive waste



ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГЕПАТИТА А В ОЧАГАХ ИНФЕКЦИИ

М.Ж.Кадыр. Департамент Госсанэпиднадзора Мангистауской области, г.Ақтау.

В борьбе с гепатитом А (ГА) комплекс мероприятий по разрыву фекально-орального механизма передачи возбудителя вируса гепатита А играет большую роль. К сожалению, в нашей стране наличие существенных недостатков в коммунальном хозяйстве, устранение которых невозможно в короткие сроки и требуют больших средств, не позволяет серьезно изменить эпидситуацию с ГА в ближайшее время. В связи с этим следует признать, что лишь широкое проведение вакцинации дает возможность существенно и в сравнительно короткие сроки повлиять на активность эпидемического процесса ГА.

Нами еще в 2002 г. была показана возможность быстрого купирования начавшейся вспышки ГА в школе с. Таучик путем экстренной вакцинации. Правда, мы одновременно прививали всех детей и молодежь до 17 лет (В.Э.Нейзер и др., 2002).

Учитывая, что ГА в современных условиях передается путем контактов в быту в коллективах (ДДУ, школы) и семьях, мы в течение 2003-2005 годов более подробно исследовали эффективность экстренной профилактики ГА в очагах этой инфекции.

Под наблюдением находились две школы, где были выявлены по 2 случая ГА среди учеников младших классов, с ними в контакте находились 124 ученика. Среди контактных анти-НАV IgM выявлены у 3 (2,4 %) в момент обнаружения источника инфекции, что свидетельствует о свежести заражения. У 38 (30,6 %) выявлены анти- НАV IgG, т.е. они ранее переболели ГА. Исключив этих детей (41 чел.) из числа контактных, оставшиеся 83 ребенка были привиты одной дозой вакцины «Хаврикс-720» в течение первых 10 дней от момента выявления источника.

Одновременно исследовали четыре очага, где проживали заболевшие в школе ученики. В этих семьях проживало 12 детей до 14 лет, контактных с больными, из них 9 детей еще незаразившиеся и ранее не перенесших ГА. Они также были привиты против ГА.

При исследовании сывороток 92 детей, привитых одной дозой «Хаврикс-720» анти- НАV IgG обнаруживали у 75 (81,5 %) детей. После прививки второй дозы вакцины анти- НАV IgG выявляли у 88 (95,6 %) привитых детей.

В качестве контрольной группы выбрали учащихся второго и третьего классов, где было зарегистрировано 3 случая ГА с которыми в контакте по классу находились 61 ребенок. Они не были привиты. При исследовании их сыворотки анти-НАV IgM выявили у 2 (9,5 %) и анти-НАV IgG – у 21 (34,4 %).

При наблюдении в течении 8 недель за остальными 38 детьми были выявлены еще 2 случая свежего заражения ГА, всего в контрольной группе зараженных от источника ГА составило 4 человека. Среди 92 привитых детей к этому сроку не выявлено ни одного случая заболевания ГА.

В следующей серии исследования наблюдали за 3 детскими садами, где было выявлено 4 больных детей и с ними в контакте находились 76 детей. С целью исключения уже заразившихся и ранее переболевших ГА сыворотки контактных исследовали на анти-НАV IgM и анти-НАV IgG. При этом анти-НАV IgM выявляли у 3 (18,7 %) и анти-НАV IgG – у 13 (17,1 %) детей. Остальные 60 детей, восприимчивые к ГА, были привиты двумя дозами вакцины. Сероконверсия после первой дозы вакцины выявлена у 85 %, и после второй дозы – у 96,2 % детей.

В контрольных 2 детских садах с 2 случаями ГА контактными с больными оказались 47 детей. Среди них 10 (21,3 %), оказались переболевшими ранее ГА и 1 ребенок, оказался свежеинфицированным. Дальнейшее наблюдение в течение 8 недель за контрольными детскими садами позволило выявить еще 2 случая свежего заражения ГА среди непривитых контактных. Среди привитых контактных лиц в детских садах заболевание не зафиксировано.

Таким образом, наши исследования показали высокую проективную эффективность экстренной вакцинации контактных лиц в очагах



ГА, которая инфицирует до 95 % сероконверсии у привитых.

В последние годы показано быстрое появление антител к HAV у привитых (на 13-15 день) в защитной концентрации (20-30 мМЕ/мл), вы-

сокий иммуногенной активности вакцин против ГА, ее безопасности, слабой реактогенности, стойкости поствакцинального иммунитета.

(О.А.Лефертова и др., 2004; Van Herck, Van Damme P., 2005)

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И ПЕРСИСТЕНЦИЯ ВИРУСА ЭПШТЕЙНА-БАРР В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

А.Д.Сембаева, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.

Предложенный в 1977 году ВОЗ, период подросткового возраста от 10 до 20 лет, принят во многих странах мира. Это период, характеризующийся рядом психологических и физиологических особенностей. А в мегаполисе другая плотность населения, уровень загрязненности воздуха и отличная от села или небольшого города микробиологическая среда. Целью исследования было определить степень влияния инфицированности вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ) на состояние здоровья подростков в условиях большого города.

130 студентов КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, средний возраст, которых был – 18,7 лет, отобранные методом случайной выборки были проанкетированы и осмотрены. Присутствие ВЭБ в организме устанавливали методом иммуноферментного анализа.

Все обследованные были разделены на 5 групп – 1 группа - жители сел – 48 (37 %), 2 группа – молодые люди из небольших городов – 25 (19,2 %), 3 группа - студенты, проживавшие до поступления в Университет в областных центрах республики – 23 (17,7 %), 4 группа - алматинцы – 18 (13,8 %), и 5 группа - иностранные студенты – 16 (12,3 %).

Наибольшая частота эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ) отмечалась в группе иностранных студентов – 62,5% из них болели от 2 до 6 раз за последний год. При этом в остальных группах почти половина обследованных (от 44 до 50 %) указала на 2-6 эпизодов ОРЗ за последний год, что также составляет высокий процент. 72% студента-алматинца имели то или иное хроническое заболевание. В анкетах 43% сельчан были указания на хроническую патологию, 30% и 32% студентов – жителей областных центров и небольших городов соответственно указывали в анкетах хронические болезни. Таким образом, больше всего студентов с хроническими заболеваниями среди жителей Алматы. В ходе выполненного обследования установлено, что 120 из 130 обследованных студентов имели вирус Эпштейна-Барр. И при этом - все проживающие в мегаполисе были инфицированы, но только 76% из небольших городов и 92 % сельских жителей имели антитела к вирусу, что вероятно, доказывает, что уровень инфицированности зависит от географической зоны и совокупности социальных и экономических факторов.



К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИСБАКТЕРИОЗА

*А.К.Куандыкова, П.А.Кулибаева. МКТУ им. Х.А.Ясави,
Центр СанЭпид экспертизы, г.Туркестан, г.Шымкент.*

Под влиянием различных факторов внешней среды, неправильного питания, антибиотиков и др. Формируются нарушения колонизационной резистентности желудочно-кишечного тракта, которые первично характеризуются угнетением анаэробного компонента нормальной микрофлоры кишечника и местного иммунитета желудочно-кишечного тракта. Своевременная и правильная диагностика дисбактериоза кишечника является одной из важнейших проблем клинической микробиологии. Классификация дисбактериоза кишечника, применяемая на практике, принимает за норму содержание в фекалиях таких условно-патогенных микроорганизмов как *Proteus*, *Klebsiella*, *Clostridium*, *Candida*. На наш взгляд необходимо перейти к классификации, предложенной научными сотрудниками Казахской академией питания. В данной классификации приведены четкие критерии различных степеней дисбактериоза. Согласно данному проекту, содержание бактериоидов в фекалиях должно быть 10^9 КОЕ/г, вместо 10^{10} КОЕ/г; присутствие штаммов, способных к гемолизу эритроцитов, не допускается; лактобактерии – 10^9 КОЕ/г и более, вместо 10^6 - 10^9 КОЕ/г. Споровые анаэробы – клостридии в фекалиях здоровых людей должны отсутствовать, при ранее допустимом уровне до 10^4 КОЕ/г. Наличие дрожжеподобных грибов

и кандид до 10^2 КОЕ/г. Присутствие бактерий рода *Proteus* в фекалиях не допускается, при ранее принятой норме до 10^4 - 10^5 КОЕ/г. Предложен коэффициент отношения ОМЧ анаэробов к ОМЧ аэробов, который при нормобиоценозе должен составлять 1,2 или более; при первой степени – 1,0-1,2; при второй – 0,8-1,0; при третьей – не более 0,8. Следует отметить, что были пересмотрены количественные градации «количественных микроорганизмов», а именно, количество эшерихий с нормальной ферментативной активностью, количество условно-патогенных энтеробактерий, % гемолизирующих энтеробактерий, % лактозонегативных энтеробактерий и % энтеробактерий со сниженной ферментативной активностью.

Особого внимания требует вопрос профилактики дисбактериоза у новорожденных. Тем более, в современных условиях период становления бифидофлоры удлиняется. Возможно, было бы эффективно в асептическую фазу заселения микроорганизмами кишечника ввести *рег ос* новорожденному бифидумбактерии. Наша логика такова: если сразу после рождения новорожденного начинают предохранять от различных инфекций (полиомиелит, гепатит В, туберкулез), то почему бы не провести в первые часы жизни и профилактику дисбактериоза.

ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫНДАҒЫ ҚАЛА ЖӘНЕ АУЫЛ БАЛАЛАРЫ АРАСЫНДА КЕҢ ТАРАЛҒАН АУРУ КЛАСТАРЫНА СИПАТТАМА

Ж.А.Қалмақова.

Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті, Қызылорда қаласы.

Жұмыстың мақсаты болып: Мектеп жасына дейінгі балалардың денсаулық жағдайларының қалыптасуына әсер етуші негізгі факторлар

арқылы баға беріп, балалардың денсаулықтарын нығайту.

Жұмыста қолданылған әдістемелер:

Қызылорда қаласының атмосфералық ауасынан алынған сынамалар: Хроматографиялық әдістер бойынша қарастырылды, ал ақпараттық жүйе деректерін статистикалық өңдеу 112у және 025у үлгілеріндегі деректерді талқылау арқылы жүргізілді.

Қызылорда облысының әр түрлі экологиялық аймақтарында тұрып жатқан мектеп жасына дейінгі балалар арасында (2003-2008 жылдары) тіркелген ауру кластарының таралуын сараптай келе, олардың арасындағы ең жоғарғы көрсеткіштік деңгейдегі ауру кластары тыныс алу, қан және қан түзілу жүйелеріне қатысты екендігі анықталды.

Жалпы облыс көлемінде анықталған осы ауру класына қатысты анықталған шаманың 33,4% мөлшері Қызылорда қаласында тіркелінсе, ал 66,6% ауыл балалары арасында екендігі дәйектелді. Арал ауданындағы бұл көрсеткіштік шама 16,1%, Қазалы ауданында 8,7%, Жаңақорған ауданында 13,7%, Шиелі ауданында 10,9% болып анықталды.

Тыныс алу ағзалары жүйесіне қатысты аурулардың арасында тұмау және жіті респираторлық дерттердің (ЖРД) топ аралық таралуын талдау барысында Арал ауданында тіркелген көрсеткіштік деңгейдің 20,2%, Қазалы ауданында 5,9%, Жаңақорған ауданында 14,4%, Шиелі ауданында 11,2%, Қызылорда қаласында 27,2% болғандығы анық болды.

Осы ауру класына қатысты балалардың өкпе қабынуының (пневмония) облыс көлеміндегі көрсеткіштік деңгейі 14,06% шамасында болып, оның ішінде Қызылорда қаласында анықталған көрсеткіштік деңгейдің үлестік салмағы 22,3%, Арал ауданы 15,9%, Қазалы ауданы 14,9%, Жаңақорған ауданы 12,9%, Шиелі ауданында тіркелінген шаманың 9,3% деңгейде болғандығы тіркелінген.

Зерттеу барысында анықталған деректерді талдай келе, осы ауру класының қала мен ауыл балалары арасында таралуына сараптама жасауға тура келді. Нәтижесінде белгілі болғаны: жалпы тыныс алу ағзаларына қатысты ауру белгілері салыстыру топтарында бірдей шамада таралса да, тұмау, ЖРД және өкпенің қабыну құбылыстарының ауыл балалары арасында жиі кездесетіні тіркелінген (сурет 1).



Ауру кластарының топ аралық таралуы жағынан алдыңғы орындардың бірін иемденетін қан және қан түзілу жүйесі ауруларын талдай келе, облыс көлеміндегі бұл ауру класына қатысты орташа көрсеткіштік деңгей 160,61 шамасында болып, олардың зерттеу топтарындағы таралуының да әр түрлі шамада тіркелгендігі анықталды. Облыс көлеміндегі елді мекендер арасындағы аталмыш ауру класына қатысты ең жоғарғы көрсеткіштік шама Арал ауданында 416,40 болып тіркелінсе, Қазалы ауданында 178,58 көрсеткіштік шама, Жаңақорған ауданында 102,23 көрсеткіштік шама, Шиелі ауданында 81,39 көрсеткіштік шама, Қызылорда қаласында 75,32 көрсеткіштік шама болғандығы белгіленді. Шиелі ауданында анықталған көрсеткіштік шама Арал ауданы көрсеткішінен 5,1 есеге, Қазалы ауданы көрсеткішінен 2,1 есеге, Жаңақорған ауданы көрсеткішінен 1,3 есеге кем болды.

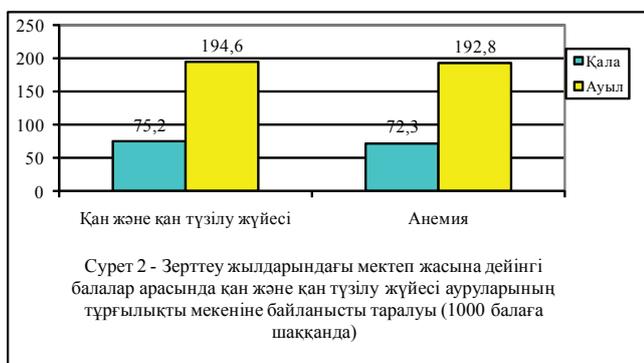
Қан және қан түзілу жүйесі ауруларының 98,8% мөлшері анемия ауруы есебінен құралса, олардың жалпы облыс көлемінде тіркелінген санының 32,8% Арал ауданында, 13,0% Қазалы ауданында, 7,9% Жаңақорған ауданында, 5,5% Шиелі ауданында тіркелгені анықталды. Ең төменгі көрсеткіштік деңгейдегі Шиелі ауданында анықталған шама (80,12) Арал ауданы көрсеткішімен (412,76) салыстырғанда 5,1 есеге, Қазалы аудандық көрсеткішінен (176,34) 2,2 есеге, Жаңақорған ауданы көрсеткішінен (102,23) 1,3 есеге төмен болғандығы тіркелінді.

Қан және қан түзілу жүйесі ауруларының қала және ауыл балалары арасында таралуын зерделеу барысында ауыл балаларында тіркелген орташа көрсеткіштік шаманың (194,6) қала балалары көрсеткішінен (75,2) 2,6 есеге дейін артып және де ол ауытқушылықтардың негізі (99%) анемия ауруы есебінен тұратындығы анықталды. Ауыл балаларында анықталған



көрсеткіштік деңгей олардың қала балаларымен салыстырғандағы деңгейінің 2,7 есеге артық екендігін, яғни ауыл балалары арасындағы балалардың қан аздығының таралуы осынша есеге артық кездесетіндігіне дәлел болды (сурет 2).

Сонымен қатар, ауру кластарының таралуындағы алдыңғы рангілік орындағы қан және қан түзілу жүйесі аурулары негізінен балалардың қан аздығымен негізделіп, осы ауру класына қатысты көрсеткіштік шаманың 99,0% мөлшерін құрайтындығы анықталды. Бақылау тобындағы Шиелі ауданы балалары арасында талданып отырған ауру кластары төменгі деңгейде екендігі тіркеліп, қоршаған орта зиянды факторларының бала денсаулығына тигізер теріс ықпалын айшықтап берді.



Қорыта келгенде зерттеу барысында төмендегі мәселелер анықталды:

1. Арал өңірі елді мекендерінде тұратын мектеп жасына дейінгі балаларда медициналық тексерістер барысында тіркелген ауру кластары арасындағы ең жоғарғы көрсеткіштік деңгейді тыныс алу ағзалары аурулары иемденіп, бұл ауру түрлерінің ауыл балалары арасында кеңінен таралғандығы дәлелденді.

2. Ауылды жерлерде тұратын балалардың әлеуметтік-экономикалық және басқа да сыртқы орта факторларының жайсыз ықпалы әсерінен табиғи қорғаныс қабілеттілік деңгейлерінің төмендеп, қала балаларымен салыстырғанда аурушаң келетіндіктері анықталды.

3. Ауыл балаларында тіркелінген қан және қан түзілу жүйесіне қатысты ауру белгілерінің 99% мөлшерін анемия ауруы құрайтындығы дәйектелді.

РЕЗЮМЕ

В результате исследования было определено что, среди детей дошкольного возраста живущих в разных уголках Кызылординской области, наиболее распространены заболевания системы кровообращения и системы органов дыхания. Также была определена разница распространенности этих заболеваний среди детей городского и сельского населения.

Ключевые слова: показатель заболеваемости, класс болезни, острые респираторные заболевания, процентный уровень.

SUMMARY

The research studied the rates of most common diseases such as respiratory, blood and blood circulation systems diseases among pre-school children from various settings. The differences in the above indicated diseases rates among urban and rural children were found.

Key words: sickness rate, disease class, acute respiratory diseases, percent rate.



ПРОФИЛАКТИКА ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Н.Г.Малюченко, Л.К.Бадина, Н.В.Васильева, Р.Д.Конанбаева, А.Р.Алина.
КГМУ, г.Караганда.*

Проблема антиаритмической терапии в кардиологии является актуальной в связи с прогностической значимостью нарушений сердечного ритма для качества и продолжительности жизни больных и наличия довольно высокой частоты побочных реакций антиаритмических препаратов. Вероятность их значительно возрастает при назначении лекарственных средств в экстренных ситуациях на фоне нарушения нервной и эндокринной регуляции, изменение функции печени и почек, электролитного дисбаланса. Одной из основных причин аритмий является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Среди многих патогенетических факторов ИБС изменению функционального состояния печени отводят определённое место. По данным литературы у больных ИБС выявлены значительные изменения функционального состояния печени: наличие цитолитического синдрома, снижение белковосинтетической функции и нарушение обмена билирубина.

Менаболизм антиаритмических препаратов тесно связан с функциональным состоянием печени. Применение гепатопротекторов позволит уменьшить частоту побочных эффектов лекарственных препаратов и улучшить прогноз и качество больных.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния некоторых антиаритмических препаратов на функциональное состояние печени у больных хроническими формами ИБС и нарушениями сердечного ритма и результатов применения гепатопротектора адеметионина (гептрал) с целью коррекции метаболических нарушений в печени.

Материал и меры исследования. Было обследовано двести пятнадцать больных ИБС (стенокардия, перенесённый инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз). Все больные разделены на три группы: 1 группа (восемьдесят человек) - больные ИБС с аритмиями и заболеваниями печени; 2 группа (шесть-

десять пять человек) - без нарушений ритма, но с сопутствующей патологией печени; 3 группа (семьдесят человек) - больные с нарушениями ритма сердца без патологии печени. Были использованы данные исследования функционального состояния печени у двести восьмидесяти трёх здоровых лиц, кроме общеклинических методов исследования функционального состояния печени определяли активность ферментов: фруктоза-1-фосфатаальдозазы (Ф1ФА), орнитин-карбамоил-трансферазы (ОКТ), щелочной и кислой фосфатаз (щф. кф), сывороточной холинэстеразы (СХЭ); уровень билирубина с фракциями, белковый спектр крови. У пятнадцати больных 1 группы в качестве гепатопротектора использовали адеметионин (гептрал и компания «Эбботт лабораториз СА») в дозе 0,8 г/с в течении 18 +- 3 дня.

Гептрал участвует в трёх реакциях в нашем организме (транسمетилирование, транссульфирование, аминопропилирование), обладает 7 доказанными свойствами:

1. Гепатопротективное
2. Антиоксидационное
3. Антифиброзирующее
4. Холеритическое
5. Холемитическое
6. Депрессионное
7. Ретинирующее.

Результаты исследования показали, что у больных с аритмиями и сопутствующей патологией печени обнаружены значительные изменения функциональных проб печени по сравнению с контрольными группами: повышение индикаторов цитолитического синдрома (Ф1ФА, ОКТ, КФ), билирубина за счет конъюгированной фракции, снижение белковосинтетической функции (СХЭ, альбумины). Так, повышение активности ф1фа зарегистрировано у 66,2 % больных, кф- 56,2 %, окт- 54 %, Щф-37,4 %, снижение активности СХЭ у 60,7 % . Например у больных 1 группы уровень Ф1



ФА был $1,44 \pm 0,4$ ед (у здоровых лиц - $0,04 \pm 0,003$).

Выраженность изменений функционального состояния печени не зависит от вида аритмии. В качестве антиаритмических препаратов дифференцированного в зависимости от формы нарушений ритма применялись кордарон, верапамил, этацизин в адекватных дозах. В динамике проводилось исследование функциональных показателей печени. В этой группе больных антиаритмическая терапия в 20 % случаях усугубила выраженность цитолитического синдрома. Более четкая связь установила при применении этацизина, верапамила. У больных получавших верапамил, было выявлено также небольшое повышение активности ЩФ, что согласуется с литературными данными о возможности гепатоцеллюмерного поражения печени и развития холестатического гепатита. У больных, получавших этацизин, кроме усиления цитолитического синдрома обнаружено недостоверное снижение активных СХЭ; при этом уровень альбумина существенно не изменился.

У больных 1 группы, получавших адеметионин (гептрал), не только не произошло усиление выраженности цитолитического синдрома, но отмечалось его уменьшение в процессе лечения: снижение активности Ф1ФА, ОКТ, КФ.

Существенного влияния адеметионина (гептрала) на белковосинтетическую функцию печени не отмечено.

Таким образом, включение в комплексную терапию больных ИБС с аритмиями и сопутствующей патологией печени гепатопротектора адеметионина (гептрала) позволяет уменьшить побочные эффекты антиаритмической терапии.

Выводы.

-У больных хроническими формами ИБС с аритмиями и сопутствующей патологией печени обнаружены значительные изменения функциональных проб печени по сравнению с больными без нарушений ритма и сопутствующей патологией печени и больными с аритмиями без патологии печени.

- Применение в качестве антиаритмической терапии верапамила, этацизина в 20 % случаев усиливает выраженность цитолитического синдрома.

- Включение в комплексную терапию больных ИБС с аритмиями и сопутствующей патологией печени гепатопротектора адеметионина (гептрала) позволяет существенно уменьшить проявление цитолитического синдрома и следовательно побочных реакций антиаритмических препаратов на функцию печени.

К ПРОБЛЕМЕ УЗЛОВОЙ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГИОНЕ РАДИОЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М.Токешева. Государственный медицинский университет, г.Семей.

Одной из глобальных проблем всего человечества является сохранение и поддержание экологического здоровья. Однако прогрессирующее антропогенное влияние создало экологическую опасность, угрожающую не только природе, но и самому человеку. Полувековые испытания ядерного оружия на Семипалатинском ядерном полигоне по совокупности последствий не имеют аналогов в истории чело-

вечества. В настоящее время не представляется возможной объективная оценка ущерба, нанесенного здоровью людей и природе в результате функционирования полигона. Последствия многолетних ядерных испытаний негативно сказываются на демографической ситуации и уровне заболеваемости населения Семипалатинского региона [1,2].

Среди медико-социальных проблем ре-



гиона радиоэкологического неблагополучия Восточно-Казахстанской области одно из приоритетных мест заняли заболевания щитовидной железы [3,4]. Методом ультразвукового скрининга нами проводилось исследование по изучению распространенности узловой патологии щитовидной железы у лиц, проживающих в регионе Семипалатинского ядерного полигона. Были обследованы коренные жители населенных пунктов Большая Владимировка, Долонь, Канонерка, Коростели, Ново-Покровка, Караул, Кайнар, Саржал Восточно-Казахстанской области в количестве 2221 (из них женщин 1282, мужчин 939), постоянно проживающих в указанных местностях с периода проведения наземных ядерных испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне. В качестве контроля обследовано некоренное население перечисленных населенных пунктов в количестве 776 человек (из них женщин 493, мужчин 283), прибывшее на постоянное местожительство из радиоэкологически незагрязненных регионов. Ультразвуковое исследование ЩЖ проводилось на ультразвуковом сканере фирмы «Hitachi» марки EUB-405.

Результаты исследования показали, что распространенность узловой патологии щитовидной железы среди коренных жителей обследованных населенных пунктов достигала 30,4%, что достоверно превышает показатель некоренного населения (22,2%, $p < 0,001$). Частота узловой тиреоидной патологии у коренных жителей варьировала в диапазоне от 22,6% (в селе Ново-Покровка) до 42,7% (в селе Канонерка). Среди некоренного населения частота выявления изучаемой патологии колебалась в пределах от 12,5% (в селе Долонь) до 29,0% (в селе Караул). Достоверное преобладание частоты узловой патологии щитовидной железы у коренного населения по сравнению с некоренными жителями прослежено нами при обследовании, как женщин (22,2% и 17,9% соответственно, $p < 0,02$),

так и мужчин (8,2% и 4,3% соответственно, $p < 0,001$). Отмечалась отчетливая тенденция к увеличению случаев выявления узловой тиреоидной патологии среди коренного населения обследованных сел, достоверному в сравнении с контрольным показателем в селах Большая Владимировка ($p < 0,001$), Долонь ($p < 0,005$), Канонерка ($p < 0,02$), Саржал ($p < 0,005$), Кайнар ($p < 0,02$).

Таким образом, среди коренных жителей населенных пунктов региона Семипалатинского ядерного полигона распространенность узловой патологии щитовидной железы достаточно высокая и выявлена у 30,4% обследованных лиц. У коренных жителей региона Семипалатинского ядерного полигона, перенесших наземные ядерные испытания в детском и подростковом возрасте, в отдаленные сроки после радиационного воздействия узловая тиреоидная патология выявлена с частотой, достоверно превышающей уровень у некоренных жителей. Лицам с выявленной узловой патологией щитовидной железы необходимо проведение тиреоидной реабилитации.

Литература:

1. Гусев Б.И. Медико-демографические последствия облучения населения некоторых районов Семипалатинской области вследствие испытания ядерного оружия. Дисс. докт. мед. наук. – Алматы, 1994. – 349с.
2. Апсаликов К.Н., Свердлов А., Гусев Б.И. и др. Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2006, т.51, № 5. – С.27-31.
3. Nugent R.W., Zhumadilov Z.S., Gusev B.I., Hoshi M. Health effects of radiation associated with nuclear weapons testing at the Semipalatinsk test site//New-York- Semipalatinsk-Hiroshima, 2000. – P.1-95.
4. Land C., Zhumadilov Zh., Gusev B. et al. Thyroid disease prevalence and fallout exposure in the Semipalatinsk region of Kazakhstan//Science & Health Care. – 2003. – №2. – P.28-31.



МЕДИКО – ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ В КАЗАХСТАНЕ

К.Д.Ержанов. Высшая Школа общественного здравоохранения, г.Алматы

Злокачественные новообразования относятся к группе важнейших неэпидемических заболеваний, значимость которых связана не только с их широким распространением, но и с той ролью, которую эти заболевания играют в смертности и инвалидизации населения, а также в экономическом ущербе для экономики страны из-за временной утраты трудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти. Особую важность приобретает ранняя диагностика злокачественных новообразований.

Проведенный нами анализ заболеваемости населения Республики Казахстан в динамике с 1991 по 2008 годы показывает, что общая заболеваемость по всем классам заболеваний на данный период возросла на 11,5% ($p < 0,05$), при этом, число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни по всем классам заболеваний – на 1,7%. Следует указать, что за период 1991-1997 годов, как общая заболеваемость, так и число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни по всем классам заболеваний, имело тенденцию к снижению, однако, затем наблюдается увеличение показателей, вплоть до 2008 года.

Общая заболеваемость населения по классу «Новообразования» в 1997 году по сравнению с уровнем 1991 года, увеличилась на 51,4%, в то время, как в течение 1991-2008 годов данный показатель увеличился на 59,2%, или в 2,5 раза. Тем не менее, за период 1991-1997 годов, произошло незначительное снижение числа заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни по классу «Новообразования»: с 402,2 до 389,3 на 100 тысяч человек соответствующего населения ($p < 0,05$). Вместе с тем, к уровню 2008 года относительно 1991 года, анализируемый показатель возрос на 16,7% ($p < 0,01$).

Следовательно, очевиден прирост общей заболеваемости населения Республики Казахстан по всем классам заболеваний, в том числе, и по классу «Новообразования», и также числа заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, по всем классам заболеваний, включая число

заболеваний по классу «Новообразования».

Изучение показателей заболеваемости злокачественными новообразованиями, показывает снижение показателей за период 1991-2008 годов, непосредственно, на 11,3% или на 3597 человека. Необходимо указать, что если в целом отмечается снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Республики Казахстан за 18-летний период (1991-2008 годы) в абсолютных цифрах, то в отдельных областях отмечается рост показателя, а именно: в Акмолинской области (на 29,6%), в Восточно-Казахстанской (на 61,4%), в Жамбылской (на 23,3%), в Западно-Казахстанской (на 38,1%), в Карагандинской (на 51,2%), в Костанайской (на 14,1%), в Северо-Казахстанской (на 30,1%), в Павлодарской (на 13,7%), в г.Алматы (на 5,7%).

В отношении числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований, учтенных онкологическими организациями, отмечается снижение абсолютного числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований учтенных онкологическими организациями: в Алматинской области (на 18,1%), в Кызылординской (на 62,3%), Мангистауской (на 65,8%) и Южно-Казахстанской (на 10,2%), Атырауской (на 18,3%), Актюбинской области (на 42,3%). При этом, установлено, что при расчете на 100 тысяч человек населения, в целом имеет место повышение на 4,9% - по республике. В ряде областей отмечено увеличение или снижение показателя заболеваемости онкологическими новообразованиями (на 100 тысяч населения), соответственно, абсолютной численности больных, за исключением г. Алматы, где наблюдается снижение показателя на 7,6%.

Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями городского и сельского населения Казахстана за период 2000-2008 годов по числу больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественных новообразований, показывает некоторое снижение числа



городских жителей на 0,1% и сельских жителей на 1,6% в абсолютных числах. Что касается заболеваемости злокачественными новообразованиями городского населения Казахстана, то при исследовании заболеваемости на 100 тысяч человек населения за 2000-2008 годы, отмечается снижение показателя на 0,5%, в то время, как данный показатель снизился у жителей сельских местностей Казахстана на 12,0%, $p < 0,05$.

Интересно, что самый высокий показатель среди городского населения заболеваемости (на 100 тысяч человек населения) зарегистрирован в Северо-Казахстанской области в 2000 и в 2008 годах (327,9 и 344,8 соответственно), а самый низкий в 2000 году наблюдается в Жамбылской области (140,5) и в 2008 году в Южно-Казахстанской (101,5 на 100 тысяч человек населения). В отношении сельского населения необходимо указать: в 2000 году максимальный показатель имел место в Восточно-Казахстанской области (319,6), минимальный в Южно-Казахстанской (50,7), в то время, как среди сельских жителей республики наибольший уровень онкологической заболеваемости отмечен в 2008 году зарегистрирован в Павлодарской области (213,4), и минимальный в Мангыстауской (50,2 на 100 тысяч человек населения).

Распределение больных в Республике Казахстан с впервые в жизни установленным диагнозом по стадиям заболевания показывает, что в целом за период 2002-2006 годов произошло изменение процентного соотношения онкологических больных с различной стадией заболевания. Так, если по Республике Казахстан в 2002 году на долю онкологических больных с I и II стадией опухолевого процесса приходилось 32,3%, то в 2006 году – 42,9%; с III стадией в 2002 году было выявлено 40,4%, в 2006 году – 36,3%; сократилось число больных с впервые в жизни установленным диагнозом с IV стадией опухолевого процесса за данный период с 22,6% до 16,4%; при этом, также сократилась группа больных с неустановленной стадией процесса (с 2,5% до 1,9%) и почти не изменилась группа не стадируемых больных – 2,3%-2,5%. Приведенные данные свидетельствуют о качественной работе медицинских работников по раннему выявлению рака, в частности, о проведении

санитарно-просветительной и организационной работы среди населения, как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и в условиях специализированных учреждений.

Процент диагностики I-II стадий заболеваний в целом по республике за 2001-2006 годы увеличился на 28,9%. Повышение данного показателя отмечено во всех областях Казахстана, и в городах: Астане и Алматы.

Показатель запущенности визуальных форм опухолей составляют III-IV стадии заболевания. В целом по Казахстану процент больных с III стадией в 2001-2006 годы снизился с 42,0% до 36,3%. Причем, если отмечается снижение данного показателя почти по всем областям республики, то в Павлодарской области в 2006 году по сравнению с 2001 годом произошло повышение числа больных с III стадией заболевания (с 27,2% до 34,4%), и в г. Алматы – с 37,7% до 38,4%.

Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом с IV стадией заболевания в течение 2001-2006 годов сократилось с 23,3% до 16,4%. При этом, если в целом произошло снижение больных с IV стадией заболевания по всем областям и в городах: Астане и Алматы, то в Атырауской области данный показатель увеличился с 15,2% до 19,4%.

Сократился процент больных с неустановленной стадией заболевания в 2001-2006 годах с 4,1% до 1,9%. Одновременно, на фоне снижения процента больных с неустановленной стадией процесса в целом по республике, в Восточно-Казахстанской области произошло повышение показателя (3,0%-3,9%), а также в Кызылординской (1,4%-6,2%) и в Костанайской (5,8%-6,5%) областях.

В отношении распределения больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом, являющихся нестатидируемыми, необходимо отметить, что за период 2002-2006 годов анализируемый показатель почти не изменился (2,3%-2,5%). Однако, отмечается увеличение показателя в городах: Астана и Алматы, а также в Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Карагандинской, Кызылординской и Северо-Казахстанской областях.

За период 1991-2008 годов снизилось абсо-



лутное число больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом в абсолютных числах с 30565 до 27729 человек как в целом по всем формам локализации опухолевого процесса, так и по отдельным локализациям за исключением злокачественных новообразований молочной железы (на 35,7%), шейки матки (на 17,4%) и прямой кишки (на 13,5%).

Параллельно следует указать на рост больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом с I-II-III стадией опухолевого процесса по всем видам локализации за период 1991-2008 годов с 73,7% до 78,8%. Установлено увеличение данного показателя при отдельных формах злокачественных новообразований: при раке пищевода (+8,1%); при раке желудка (+2,9%); при раке прямой кишки (+7,6%); при раке гортани (+1,9%) и раке трахеи, бронхов и легких (+1,9%); при раке кожи (+1,0%); раке молочной железы (+4,4%); при раке шейки матки (+3,1%). В то же время, отмечается снижение данного показателя при злокачественных новообразованиях лимфатических и кроветворных тканей (-2,5%) и раке губы (-2,5%).

Что касается больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом с IV стадией опухолевого процесса, то в целом за 1991-2008 годы отмечается сокращение доли больных в общей структуре всех онкологических больных с 20,5% до 16,2%. Данная закономерность прослеживается по всем видам локализации кроме рака губы (+2,6%).

Анализ числа больных злокачественными новообразованиями с впервые в жизни установленным диагнозом, взятие на учет (рисунок 1)

отражает положительные сдвиги в отношении диспансерного наблюдения за больными с онкологией, что проявляется повышением числа больных с первой, второй и третьей стадией онкологического процесса на 5,1% и снижением на 4,3% больных с четвертой стадией. При этом, в 1991 году 5,8% больных, составляли число не стадируемых или лиц с неустановленной стадией. В 1997 году данный контингент составил 5,4%; в 2001 году – 4,2%; в 2005 году – 4,7% и в 2008 году – 5,0%.

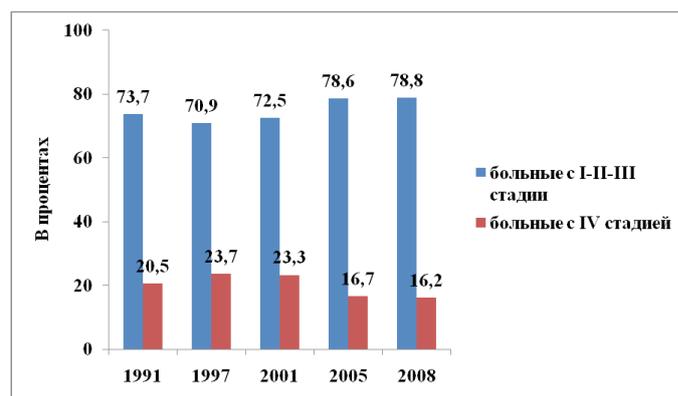


Рисунок 1- Число больных злокачественными новообразованиями, взятые на учет с впервые в жизни установленным диагнозом по стадиям (в %).

Таким образом, проведенное нами исследование медико-организационных аспектов онкологической патологии в Республике Казахстан свидетельствует о приросте общей заболеваемости населения Республики Казахстан в течение 1991 - 2008 годов, как по всем классам заболевания, так и по классу «Новообразования», а также числа заболеваний зарегистрированных впервые в жизни, по всем классам заболевания, включая число заболеваний по классу «Новообразования», отмечается изменение процентного соотношения онкологических больных с различной стадией заболевания.

ТҰЖЫРЫМ

Қазақстан Республикасындағы онкологиялық ақаулардың медициналық-әлеуметтік аспектілеріне жүргізілген зерттеулер 1991-2008 жылдар ағымында Қазақстан Республикасының халқы арасында аурулықтың барлық класстары бойынша, соның ішінде «Жаңа өсінділер» классы бойынша жалпы аурушылдықтың және де «Жаңа өсінділер» классы бойынша аурушылдық санын қосқанда барлық аурулық класстары бойынша өмірінде алғаш тіркелген аурулар санының өскендігі анықталды. Сонымен қатар, аурудың әртүрлі сатысындағы немесе кезеңіндегі онкологиялық науқастардың пайыздық арақатынасының өзгерушілігі байқалады.



SUMMARY

The research of mediko-organizational aspects of an oncological pathology conducted by us in Republic of Kazakhstan testifies about increase of the general disease of the population in Kazakhstan Republic during 1991 - 2008, both on all classes of disease, and on «the New growth» class, and also numbers disease registered for the first time in a life, on all classes disease, including number disease on «the New growth» class, change of a percentage parity of oncological patients with a various stage of disease is marked.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ И ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ

Б.А.Наржанов, Г.Р.Жапбаркулова.

ННЦХ им. Сызганова, Казахский медицинский университет, г.Алматы

Долгосрочная программа развития здравоохранения в Казахстане, рассчитанная до 2020 года, поставила актуальными задачами обеспечение максимальной доступности первичной медико-санитарной помощи, в том числе и стационарных услуг населению, интенсификацию использования дорогостоящего коечного фонда, поиск средств повышения эффективности лечения больных, внедрение в практику стационарных служб ресурсосберегающих технологий. Данные литературы свидетельствуют, что в Казахстане и в странах СНГ проводимые реформы не решили проблем повышения доступности и качества медицинской помощи населению [1].

Постановлением Правительства Республики Казахстан от 9 апреля 2009 утверждены новые нормативы сети организаций здравоохранения, так в соответствии с этими нормативами медицинские пункты создаются в сельских населенных пунктах с количеством населения до 800 человек, и не указывается какое минимальное количество населения, ФАПы создаются при количестве населения от 800 до 2000 человек, врачебная амбулатория при населении от 2000 до 10000, сельская поликлиника при численности от 10000 населения, районная поликлиника в районе, где проживает более 30000 населения [2].

Важнейшими направлениями формиро-

вания прогрессивной модели отечественного здравоохранения являются оптимизация не только планирования и финансирования, внедрение инновационных технологий организации хирургической помощи и коррекция нормативных показателей обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической и стационарной хирургической помощи, но и внесение изменений в организацию медицинской помощи населению. Нам сейчас стало очевидно несоответствие системы оказания медицинской помощи потребностям населения. Начиная с середины XX века наша служба здравоохранения построена по двухуровневому принципу: первичная помощь населению и стационарная. В результате первичная помощь (поликлиническая, амбулаторная) занимается профилактической, лечебной, патронажной деятельностью. Стационар же, наряду с лечебными функциями, выполнял оздоровительные, социальные, общеукрепляющие и профилактические. Именно в стационаре проводили, да проводят и сейчас, те обследования, которые вполне можно провести амбулаторно.

Двухуровневая система организации медицинской помощи была оправдана и необходима на определенном этапе развития нашего общества. Когда основными функциями первичного звена были внедрение санитарно-



гигиенических норм, профилактика массовых заболеваний, в том числе и инфекционных, лечение всех случаев, не требующих госпитализации. Международный опыт свидетельствует: куда эффективнее работают многоуровневые системы медицинской помощи. Есть несколько моделей такой помощи. Главное же, надо, чтобы была четкая система профилактики, постоянное наблюдение за здоровьем здоровых, чтобы они не попадали сразу в разряд больных. Чтобы амбулаторно отслеживались группы риска. Чтобы койки стационара использовались лишь для тех, кто действительно в них нуждается. И чтобы обязательно было звено, которого сейчас фактически нет в нашей системе: послегоспитальное долечивание в условиях дневного стационара, реабилитация и патронажная медицинская помощь [3].

С целью оптимизации стационарного звена хирургической службы, необходимо определить ведущее направление вопросам планирования больничной помощи и оптимальной обеспеченности коечным фондом хирургической службы. Вместе с тем, вопросы амбулаторно-поликлинической хирургической помощи, наряду с оказанием стационарной хирургической помощи являются важными аспектами при планировании ресурсоемкости хирургической службы.

Таким образом, совершенствование организации хирургической помощи населению Республики Казахстан заключается в:

-широком развитии амбулаторно-поликлинического звена хирургической помощи, включающее высокое качество организации

оказания медицинских услуг в городских поликлиниках, в поликлиниках центральных районных больниц, сельских участковых больниц;

-усиление преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями;

-в реформировании деятельности скорой и неотложной помощи;

-в реформировании организации стационарной помощи в многопрофильных организациях;

-в создании межрайонных многопрофильных стационарных организаций;

-внедрение стационарозамещающих методов организации оказания хирургической помощи, способствующих экономии финансовых ресурсов;

-обеспечение оптимальным числом врачей общей хирургической практики, и их эффективное распределение в учреждениях первичной медико-санитарной помощи;

-подготовка квалифицированных кадров – хирургов общей хирургической практики, и их систематическое усовершенствование по вопросам общей хирургии и общественного здравоохранения.

Литература:

1.Аканов А.А. Система здравоохранения Казахстана. Прошлое, настоящее, будущее.- Алматы, 2005 г. – 113 с.

2.Постановление Правительства Республики Казахстан. 9 апреля 2009 г. № 494.

3.Меляниченко Н. Пора выйти из плена иллюзий.// МГ № 86. -2004 г.



К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ И СНИЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Г.К.Каусова, И.А.Самченко, Г.К.Жакиманова, Т.Б.Дауытов.
Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы.*

Во второй половине XX века основную опасность для здоровья населения и проблему для здравоохранения стали представлять сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), которые в настоящее время являются ведущей причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности взрослого населения. Произошло «омоложение» этих заболеваний. Они стали распространяться и среди населения развивающихся стран. В Европе ежегодно умирают от ССЗ приблизительно 3 млн. человек, в США - 1 млн., это составляет половину всех смертей, в 2,5 раза больше, чем от всех злокачественных новообразований вместе взятых, причем 1/4 умерших от ССЗ составляют люди в возрасте до 65 лет. Ежегодные экономические потери в результате смерти от ССЗ в США составляют 56900 млн. долларов.

Особую тревогу в России вызывает рост преждевременной смертности среди населения трудоспособного возраста. Отмечается существенное увеличение смертности от ССЗ, доля которых в структуре преждевременной смертности увеличилась у мужчин с 53 до 61%, а у женщин с 61 до 70%.

В Республике Казахстан (РК) в настоящее время ССЗ занимают первое место среди причин смертности и инвалидности населения республики, по заболеваемости - второе. По данным ВОЗ (2003г.), показатель преждевременной смертности населения РК вследствие ССЗ является вторым по величине среди стран

Европейского региона и почти в 3-4 раза превышает показатель стран Западной Европы.

Общая ССЗ населения РК имела тенденцию к повышению с 8593,1 в 2005г. до 10499,1 в 2008г. на 100тыс. соответствующего населения, в том числе, отмечалось повышение этого показателя среди взрослых и подростков (с 11735,0 и 2941,9 в 2005г. до 14291,6 и 3356,2 в 2008г. соответственно, в то же время отмечилось некоторое снижение общей ССЗ среди детей. Первичная ССЗ (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100тыс. человек соответствующего населения) составила в 2005г. 1749,1 и имела тенденцию к увеличению до 2170,5 в 2008г. по РК, повышение данного показателя отмечено как среди взрослых, так и среди подростков и детей (2255,7; 1228,5 и 440,4 в 2005г. до 2812,8; 1296,3 и 489,3 на 100тыс. соответственно).

Это обуславливает применения концептуальных подходов к использованию комплексных мер борьбы с ведущими факторами риска (такими, как курение, алкоголизм, избыточная масса тела, гиподинамия и т.д.) и необходимости решения проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с ССЗ в РК, а также ведение здорового образа жизни самими гражданами республики. Решение проблемы профилактики ССЗ должно быть сдвинуто в сторону улучшения показателей здоровья населения страны.



К СТРАТЕГИИ СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КАЗАХСТАНЕ

*Г.К.Каусова, В.Ш.Атарбаева, М.А.Булешов, А.Р.Кожатаева, Р.К.Курмангалиева.
Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы.*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) во второй половине XX века стали основной причиной смерти населения в экономически развитых странах, однако, в большинстве из них в течение последних десятилетий отмечена устойчивая благоприятная динамика показателей сердечно-сосудистого здоровья.

Смертность от неинфекционных заболеваний (НИЗ) в мире по данным «Доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2003 г.» составила 32 млн. человек, из них 16,7 млн. – от ССЗ. В структуре смертности от всех причин ССЗ составили 29,2% (27,1% у мужчин и 31,7% у женщин). В экономически развитых странах доля ССЗ в структуре смертности не превышает 40% и только 1 из 5 случаев смерти приходится на возраст до 70 лет. В развивающихся странах доля сердечно-сосудистой смертности продолжает расти и почти каждая вторая смерть по этой причине наступает в возрасте до 70 лет.

Несмотря на значительные успехи в борьбе с ССЗ, в развитых странах мира эта патология остается основной причиной смерти и стоит на первом месте в структуре смертности в Великобритании, Швеции, Финляндии, Германии и многих других европейских странах и связано с демографическим старением населения экономически развитых стран. Исключение представляет Франция, где ССЗ уступают первое место в структуре смертности злокачественным новообразованиям. Доля ССЗ в структуре смертности значительно варьирует: от 35% в странах Западной Европы (Франция, Швейцария), 44% – в США и до 60% (Украина, Молдова, Казахстан, Туркменистан).

В России заболеваемость и смертность от ССЗ в последние годы приобрели характер эпидемий, а связанный с этим демографический и экономический урон превратили проблему ССЗ из медицинской в государственную. Наиболее высокой социально-экономической значимостью среди ССЗ является ишемическая болезнь сердца (ИБС), из-за значительного

ущерба здоровью населения и артериальная гипертония (АГ) вследствие значительной распространенности и влияния на прогноз.

По данным Агентства Республики Казахстан (РК) по статистике, стандартизированный показатель смертности населения ССЗ в 2005г. составлял 846,48 на 100тыс. человек, несколько превысив стандартизированный показатель смертности населения ССЗ России (837,31), однако данный показатель более чем в 3,5 раза превысил стандартизированный показатель смертности населения Великобритании (223,78), Германии (262,82), и Дании (249,67). Следует отметить, что данные 2007г. показывают снижение смертности от ССЗ по РК до 814,69 на 100тыс. человек, также имеется снижение смертности в Великобритании, Германии и Дании.

В Государственной Программе реформирования и развития здравоохранения РК на 2005 – 2010гг. одной из задач было определено разделение солидарной ответственности государства и граждан за охрану здоровья, создание новой модели управления системой здравоохранения и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения.

Для снижения смертности населения от ССЗ в РК в рамках реализации плана мероприятий «Программы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007-2009 годы». Ведется строительство кардиохирургического центра в Астане и Павлодаре, разработана проектно-сметная документация по строительству кардиохирургического центра в г. Алматы. По данным мониторинга эффективности реализации Программы за 2008 год по РК выполнено 3561 кардиохирургических операций (план на 2008 год – 3476 операций), в том числе 789 операций аортокоронарного шунтирования, более 855 операций стентирования коронарных артерий. Открыты кардиохирургические отделения в Северо-Казахстанской, Алматинской, Западно-Казахстанской и Южно-



Казахстанской областях. По итогам 2008 года 58 специалистов кардиохирургического профиля прошли или проходят повышение квалификации в клиниках ближнего и дальнего зарубежья. С 2008 года проводятся скрининговые обследования взрослого населения на выявление ССЗ. В рамках совершенствования лекарственного обеспечения для снижения смертности от ССЗ

продолжается обеспечение пациентов льготными лекарственными средствами.

А пропаганда здорового образа жизни, осуществляемая государством, должна претвориться в желание и готовность каждого гражданина РК применить к себе такие категории, как укрепление здоровья и профилактика заболеваний.

