

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 4. 2012 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

Журнал включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК для публикации основных результатов докторской (кандидатских) диссертаций.

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ФЗОЖ.

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

Главный редактор:

Профессор Батгакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Досаева С.К.

Технический секретарь:

Искакова А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.

(Ташкент), Куаньшбекова Р.Т.,

Жандосов Ш.У., Каржаубаева Ш.Е.,

Булешев М.К. (Шымкент),

Даленов Е.Д. (Астана),

Палтушева Т.П.

Научный совет:

Ахметов В.И., Алчинбаев М.К.,

Арзыкулов Ж.А., Абилдаев Т.Ш.,

Кульжанов М.К.,

Омарова М.Н., Беркимбаев С.Ф.

Редакционный совет:

Сулейманова Г.Р. (Алматы)

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)

Беляева Л.Л. (Петропавловск)

Баймаханов Т.Б. (Павлодар)

Джайлханова А.А. (Ақтау)

Курганов К.К. (Костанай)

Ибраева Р.С. (Актобе)

Курманов М.К. (Астана)

Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)

Сатыбалдиев Ж.Т. (Алматинская область)

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)

Ермеккалиева С.Б. (Уральск)

Иманбекова Г.М. (Тараз)

Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)

Мабиев К.Н. (Караганда)



СОДЕРЖАНИЕ

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

Ж.Е. Баттакова, Ш.Е. Каржаубаева, Л.Н. Шумилина Профилактика табакокурения и пропаганда здорового образа жизни как фактор успешного преодоления табачной эпидемии.....	4
Ж.Е. Баттакова, Т.И. Слажнева, Т.С. Хайдарова, В.Е. Егорычев, Т.К. Сейдамарова, А.И. Галаева Актуальные проблемы состояния здоровья пожилого населения РК.....	8
Ж.Е. Баттакова, Т.И. Слажнева, В.Е. Егорычев, Т.С. Хайдарова, А.А. Адаева, А.А. Акимбаева, Н.Т. Утембаева, Д.О. Длимбетова Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения.....	12
В.Е. Абаев, Р.Д. Абилова Табакокурение учащихся – социальная проблема современного общества.....	16
Ш.А. Балғынбеков, Н.И. Отарова, Т.М. Жайлыбаева Ірі мегаполис тұрғындары арасында темекі шегудің таралуы және оның алдын алу жолдары.....	19
У.Д. Джарылгасова Принципы оздоровления детей в условиях республиканского научно – практического образовательно - оздоровительного центра «Бөбек».....	23

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Т.И. Слажнева, М.А. Даришева, А.А. Акимбаева, Д.О. Длимбетова Анализ затрат времени врачей общей практики и медицинских сестер по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и формированию здорового образа жизни.....	26
Т.С. Хайдарова, К.Ж. Муржакупов, Л.К. Муржакупова Система менеджмента качества на основе международных стандартов в медицинских организациях Казахстана.....	30
Т.С. Хайдарова Развитие интегрированной социально-ориентированной ПМСП - основа реорганизации системы здравоохранения в республике Казахстан.....	33
А.И. Галаева Роль передвижных медицинских комплексов в сельском здравоохранении.....	37
К.Х. Жапаев Совершенствование управления качеством медицинских услуг.....	41
А.С. Шинболатова Применение технологии скрининга, как этапа мониторинга сердечно-сосудистых заболеваний.....	43
Б. Омарұлы Стандартизация информационных систем в больничном управлении.....	45
Б. Д. Демеев Основные методические подходы к оценке и управлению качеством медицинского обслуживания.....	47
Қ.Т. Бердіқұлов Современное состояние оказания медицинских услуг в государственном казенном предприятии.....	52
Қ.Т. Бердіқұлов Организационно-правовые основы общественного здравоохранения.....	54
Г.К. Алтыбаева Пути совершенствования психотерапевтической и психиатрической помощи.....	56
Г.А. Шарипова Организационные основы деятельности государственных медицинских предприятий в рыночных условиях.....	58

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.Т. Утембаева Роль здорового питания в профилактике онкологических заболеваний.....	60
Г.Р. Сулейменова Профилактика табакокурения в г. Алматы.....	65
А.И. Галаева Роль отделений профилактической медицины и специалистов службы формирования здорового образа жизни в профилактике хронических неинфекционных заболеваний.....	66
Е.В. Индершиева, Г.К. Аптаева Основные результаты обследования обучающихся отделения «стоматология» РМК по соотношению факта табакокурения и гигиенического состояния полости рта.....	70
А.Е. Рамазанова Изучение эффективности препарата «Танакан» у детей в подростковом возрасте, с диагнозом: вегетососудистая дистония.....	72
С.С. Қожабекова Психогигиена мен психопрофилактика.....	74
Р.Т. Меирманова Профилактика хронического панкреатита.....	76
З.Б. Тұңғышбаева Темекі құрамындағы кадмийдің адам ағзасына әсер көрсетуі.....	78

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Ш.К. Каирбекова Основы этики и деонтологии в акушерстве. лечебно-охранительный режим.....	82
С.Ш. Байдарбеков Аномалии мягких родовых путей.....	83
Г.У. Исакова Ведение беременности и родов.....	84
Ш.К. Каирбекова Течение беременности и родов. биомеханизм родов.....	85
С.Ш. Байдарбеков, Г.У. Исакова, Ш.К. Каирбекова, А.Т. Кемелханова Жасөспірімдер арасындағы жүктілік белгілері.....	86
Г.У. Исакова Эрозия шейки матки: виды, причины, симптомы, диагностика, лечение.....	88



С.Ш. Байдарбеков, Г.У. Исакова, Ш.К. Каирбекова, А.Т. Кемелханова Акушерский травматизм.....	90
С.Ш. Байдарбеков, Г.У. Исакова, Ш.К. Каирбекова, А.Т. Кемелханова Контрацепцияның кейбір әдістері.....	91
С.Ш. Байдарбеков Планирование семьи.....	93
Н.Н. Макжанова Медико-социальные аспекты материнской смертности в современных условиях.....	95
Н.Н. Макжанова Современные тенденции медико-организационных подходов в решении проблемы бесплодия.....	97
Ш.С. Мухамедгалиева Социальные аспекты перинатальных потерь.....	99
Ш.С. Мухамедгалиева Репродуктивные потери в оценке состояния общественного здоровья.....	101
Б.Ш. Отаршиева Йоддефицитные заболевания и беременность.....	103
Б.Ш. Отаршиева Беременность при сахарном диабете I типа.....	105

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

А.С. Урбанский, К.С. Шабалдина Клинический случай: «лицо курильщика» у молодой женщины.....	107
А.К. Еспаева Применение глазных капель дикло-ф в комплексном лечении аденовирусных конъюнктивитов.....	109
Г.К. Токсанбаева Нейрометаболическая терапия в комплексном ортопто-диплоптическом лечении детей с косоглазием.....	110
Б.М. Аширбеков, Т.А. Дауронова, М.Р. Бакирова, А.М. Умерханова Ноотропные средства в психиатрической практике.....	112
Р.Т. Меирманова Особенности язвенной болезни у пожилых больных.....	114
Г.К. Токсанбаева Эффективность препаратов симпатомиметического действия для лечения и профилактики нарушения зрения у детей.....	116
С.Х. Прохорова, В.В. Грушенкова, Н.А. Утегенова Влияние пигментного обмена у детей на центральную нервную систему.....	118
С.Х. Прохорова синдром Гийена-Барре.....	120
М. Бухарбаев Структура кодов международной классификации болезней по госзаказу Кызылординской железнодорожной больницы в 2011 году.....	122
М. Бухарбаев Госзаказ Кызылординской железнодорожной больницы в 2011 году.....	123
Г. П. Альмаханова Иммуноферментная диагностика лямблиоза у детей.....	125
С.Ю. Дудкина Глазные капли Дикло-ф в лечении аденовирусных кератоконъюнктивитов.....	126
А. Найманбаева Полимодалное лечение послеоперационной боли.....	129
С.Ю. Дудкина Исследование эффективности применения препарата офтолик в лечении болезни сухого глаза.....	131
А. Найманбаева Профилактика интраоперационной гипертензии эбратилом во время анестезии.....	134
С.С. Кожобекова Дисциркуляторная энцефалопатия: проблемы диагностики и основные принципы терапии.....	136
Д.Н. Сулейменова Катаракта.....	138
С.С. Кожобекова Цереброваскулярная патология как междисциплинарная проблема.....	139
Г.Р. Садыкова Медикаментозная гипополипидемическая терапия.....	141
Ж.С. Байбулина Оптимальный выбор терапии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого возраста.....	144
М.Г. Жумадина, М.Н. Рогальская Результаты применения Танакана в комплексном лечении сахарного диабета.....	147

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

Т.С. Хайдарова, К.Ж. Муржакупов, Л.К. Муржакупова Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний и туберкулеза среди детей в возрасте до 5 лет.....	149
К.Ж. Муржакупов, Л.К. Муржакупова Знания о туберкулезе населения.....	151
О. Ж. Абдикеримова Жауапты тәртіп - айтв/житс-нан корғау.....	153
Д. С. Қарымсақова Жыныстық қатынас қызметкерлері және айтв.....	156

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Б. Омарұлы К вопросу детского травматизма предплечья.....	160
Б. Омарұлы Особенности организации оказания медицинской помощи детям с травмами предплечья.....	162
И.Е. Пусовская Применения Ирифрина в лечении компьютерного зрительного синдрома.....	164
А.Н. Айғырбаева Пиелонефрит и беременность.....	166
Н.А. Кауметова Применение препарата Танакан при диабетической ретинопатии.....	168
Н.А. Кауметова Применение антибиотика Ципромед в лечении воспалительных заболеваний роговицы в амбулаторных условиях.....	169
Н.А. Кауметова Применение препарата Офтолик при компьютерном зрительном синдроме.....	171
Б.Ш. Отаршиева Заболевания щитовидной железы и репродуктивная функция женщины.....	172
Б.К. Сейтмамбетова Лабораторная диагностика заболеваний щитовидной железы.....	175
А.Т. Шакарова Применение препарата комбинил-дуо в условиях поликлиники.....	177
А.Т. Шакарова Применение инокаина в поликлинических условиях.....	178
С.А. Аскараров, Б.С. Айтхожин Применение препарата Promed exports Ципромед при кератоконъюнктивитах.....	180
Т.Ф. Балабаев Определение факторов риска ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан.....	181

УДК 613.84-036.22-084:64.2:374:614.39

*статья подготовлена в рамках проведения
5-й международной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии»*

ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ И ПРОПАГАНДА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ КАК ФАКТОР УСПЕШНОГО ПРЕОДОЛЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ

Ж.Е. БАТТАКОВА, Ш.Е. КАРЖАУБАЕВА, Л.Н. ШУМИЛИНА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни г. Алматы

Резюме

Табакочурение является управляемым фактором риска и основной предотвратимой причиной смертности населения. Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни проводятся различные активные мероприятия по борьбе с табачной эпидемией в Казахстане.

Түйін

Темекі шегу халық арасында болатын өлімнің негізгі сақтап қалатын себебі және қауіп-қатердің басқарушы факторы болып табылады. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары Ұлттық орталығымен Қазақстандағы темекі індетімен күресу бойынша әртүрлі белсенді іс-шаралар өткізілуде.

Summary

Tobacco smoking is a risk factor and managed the leading preventable cause of death. National Center for Healthy Lifestyle carried out of various active measures to contention the tobacco epidemic in Kazakhstan.

По данным Всемирной организации здравоохранения, от болезней, вызванных курением, в XX веке умерло 100 миллионов человек, в текущем XXI столетии табак может унести 1 миллиард жителей планеты Земля, если все страны не объединят свои усилия в борьбе с этим вселенским злом.

Ежегодно от инфаркта миокарда, инсульта, рака, заболеваний легких и от других болезней, связанных с употреблением табака, на планете умирают более 5 миллионов человек и около 600 000 человек, четверть из которых составляют дети, погибнут от пассивного курения. В мире 90% смертей от рака легких, 75% - от хронического бронхита и 25% - от ишемической болезни сердца обусловлены курением; каждые десять секунд на планете умирает один заядлый курильщик, а к 2020 году этот уровень может повыситься до одного человека за три секунды.

Статистика потребления табачных изделий в Республике Казахстан демонстрирует все призна-

ки табачной эпидемии. Так по данным 4-го Национального исследования, более 27% населения старше 12 лет, а это 4,2 миллиона человек, курят табак, в том числе кальян. Жертвами табачной эпидемии становятся люди трудоспособного возраста - мужчины 30-55 лет и женщины репродуктивного возраста 15-49 лет. Особую тревогу вызывает рост приобщения к курению сигарет и кальяна подростков и молодежи. За последние 15 лет, в 8 раз возросло потребление табачных изделий на душу населения.

По данным ВОЗ, табакочурение является управляемым фактором риска и основной предотвратимой причиной смертности населения.

Распространение табачной эпидемии является глобальной проблемой, которая имеет серьезные последствия для здоровья людей и требует более широкого международного сотрудничества и участия всех стран в эффективных ответных действиях. Защитить нынешнее и будущее поко-

ление от разрушения здоровья, а также от негативных социальных, экономических и экологических последствий потребления табака и табачного дыма - цель Рамочной Конвенции борьбы с табаком Всемирной организации здравоохранения (РКБТ ВОЗ).

В Казахстане действует Закон РК «О ратификации Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака» от 25 ноября 2006 года, согласно которого страна взяла обязательства привести свое законодательство в соответствие со всеми положениями Конвенции к началу 2012 года. В этой связи Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» в республике с апреля 2013 года появляются пачки сигарет с пиктограммами - фотоизображениями заболеваний, вызванных курением, таких как рак и эмфизема легкого, инфаркт миокарда, гангрена конечностей, импотенция и бесплодие. Эксперты прогнозируют, что после подобных мер около одного миллиона казахстанцев бросят курить. В связи с этим совершенствуется и активизируется деятельность антитабачных центров, созданных на базе ПМСП республики и Школ здоровья по профилактике поведенческих факторов риска. Сегодня в регионах страны открыто и функционирует 68 антитабачных центров и кабинетов.

В течении ряда лет правительство Казахстана в соответствии с международными договорами проводит системную антитабачную работу, такую как запрещение рекламы табака, курения в общественных местах, в учреждениях образования, культуры и здравоохранения, изображения на пачках сигарет «страшилок» - пиктограмм. Чему также будет способствовать и обновление проекта закона «О государственном регулировании оборота табачных изделий», которым предусматривается лицензирование продажи табачных изделий, дальнейший рост акцизов, повышение возраста продажи сигарет с 18 до 21 года и многое другое.

Известно, что одними запретами невозможно снизить уровень табакокурения, поэтому необходимо проведение комплексной, постоянной и совершенствующейся политики по борьбе с табакокурением, а также мониторинга за ее эффективностью.

В настоящее время табакокурение представляет собой огромную социальную опасность для общества и государства, как по тяжести последствий, так и по масштабам распространенности.

По оценочным данным, в Казахстане курение является причиной смерти около 25 тысяч человек в год вследствие рака легких, хронических обструктивных заболеваний легких, ишемической болезни сердца и других. При таких масштабах распространенности табакокурения, охватывающих всю страну, все слои населения: детей, подростков, все трудоспособное население и пенсионеров, это явление приобрело характер эпидемии. Такая ситуация требует мобилизации всех средств и ресурсов на борьбу с эпидемией по табакокурению в национальном, государственном масштабе.

Борьба с табачной эпидемией оправдывается тем, что люди умирают от последствий табакокурения на порядок чаще, чем от СПИДа, наркомании, дорожно-транспортных происшествий, онкологических заболеваний и самоубийств вместе взятых, а от болезней и преждевременной смертности населения экономике страны наносится огромный ущерб. Это не борьба с курильщиками, а стремление помочь им избавиться от пагубной привычки, поскольку многие из них - больные, никотинозависимые люди. И нельзя забывать, что никотин в сигаретах - единственный официально разрешенный наркотик, действующий медленно, но верно, ведя человека к неминуемой гибели, а никотиновая зависимость - это тяжелейшая болезнь, степень запущенности которой общество еще до конца не осознало.

Следует отметить, что при хорошей осведомленности о вреде табакокурения для здоровья, не многие курильщики стремятся избавиться от никотиновой зависимости. Или человек не осознает всей тяжести последствий употребления табака для своего здоровья и считает, что болезнь его не коснется, или привычка курить настолько сильна, что нет возможности от нее отказаться. Отмечено, что чем беднее и менее образованней человек, тем он больше курит.

Курящие никотинозависимые люди - это рабы своей зависимости и табачной индустрии, своего рода отработанный материал, из которого выжали деньги, заработанные упорным многолетним трудом, волю и здоровье. Сегодня главная цель табачной индустрии - молодежь и дети! Именно новая армия будущих рабов гарант благополучия и неуязвимости табачной индустрии - одной из самых богатейших индустрий в мире. Те, кто уже курит, рано или поздно бросят курить, потому что заболеют от последствий табакокурения, или просто умрут.

За последние два десятилетия глобальный масштаб приобрело курение кальяна, ввиду ошибочного заблуждения людей, что кальян менее вреден или вызывает меньшую зависимость чем сигареты. Как показывают последние научные исследования, дым кальяна является очень токсичным, как и дым сигарет. В нем содержится больше - смол в 36 раз, никотина в 7,5 раз и углекислого газа в 8,4 раза. Установлено, что в дыме кальяна образуются канцерогены и содержание дибензоантрацена в 245 раз выше, чем в сигаретном дыме, а пирена - в 75,6 раза. Вследствие высокой токсичности у курильщиков кальяна возрастает риск возникновения: рака легкого в 2 раза, сердечно сосудистых заболеваний в 2,2 раза, респираторных заболеваний и ринитов в 2,3 раза, альвеолита в 3,7 раза, мужского бесплодия в 2,5 раза, остеопороза и патологий ротовой полости в 3-5 раз. В кальянной жидкости накапливаются бактерии, которые вызывают инфекционные заболевания ротовой полости - гингивиты, пародонтоз и язвы. Одноразовые втулки не спасут, так как бактерии «обитают» в трубке и полости кальяна. Традиция передавать друг другу при курении один и тот же наконечник способствует распространению таких инфекций, как гепатит «А», туберкулез, герпес и других вирусных заболеваний. Вред кальяна в такой ситуации особенно коварен. Так британские врачи приравнивали одну порцию кальяна к ста выкуренным сигаретам, а по заявлению Всемирной организации здравоохранения, кальян вреден для здоровья и не является безвредной альтернативой сигарет.

При курении кальяна пассивно курят рядом сидящие люди, в том числе дети, и вдыхают угарный газ, который вредно влияет на сердечно-сосудистую систему, а в организм пассивного курильщика попадают полициклические ароматические углеводороды, обладающие сильнейшим канцерогенным действием, и летучие альдегиды, повреждающие ткань легких. Населению необходимо знать и помнить, что курение кальяна вредит здоровью не меньше табака, а каждый казахстанец несет солидарную ответственность за сохранение своего здоровья.

Серьезной проблемой также является широко распространенное среди школьников и населения южных регионов употребление «насвая». Во многих городах он продается вместе со специями, практически на всех рынках, и выставляется в качестве средства, избавляющего от никотиновой зависимости. Основное действующее

вещество насвая - табак, в результате чего развивается никотиновая зависимость. По мнению специалистов, эта форма табака очень вредна, как и курение сигарет, тем более, что человек получает большую дозу никотина и вредное воздействие извести, входящей в состав насвая, на слизистую оболочку ротовой полости. Употребление насвая вызывает сильную наркотическую зависимость и способствует развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта - гастрита, язвы желудка и других. По данным Узбекского онкологического центра, более 80% больных раком ротовой полости и гортани употребляли насвай. Содержание в составе насвая экскрементов животных способствует заражению различными кишечными инфекциями и паразитарными заболеваниями, включая вирусный гепатит Е.

Одной из приоритетных программ профилактического направления Национального Центра и службы формирования здорового образа жизни является программа «Сокращение потребления табака и табачных изделий». В рамках данной программы проводится информационно-методическая (выпуск плакатов, буклетов, листовок, методических разработок, аудио-видеороликов, телепередач), образовательная и научно-аналитическая деятельность, организация широкомасштабных акций, конференций, форумов и круглых столов, координация деятельности и сотрудничество с различными общественными и международными организациями. Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с региональными центрами проводилась Международная кампания «Брось курить и выиграй», направленная на сокращение табакокурения. В текущем году этот конкурс успешно проведен Алматинским городским центром здорового образа жизни среди медицинских работников, учащейся молодежи и сотрудников предприятий. По опыту стран-участниц, 15-25% участников проводимой кампании остаются некурящими в течение года.

В соответствии с реализацией национальной политики, направленной на сокращение потребления табака, в г. Алматы принята и реализуются целевая программа «Город, свободный от табачного дыма». С целью мониторинга реализации антитабачного законодательства регулярно осуществляются рейды с участием представителей заинтересованных ведомств - органов внутренних дел, здравоохранения, образования, неправительственных организаций, журналистов. Многие

организации, в том числе ПМСП и НЦПФЗОЖ, добровольно объявили свои территории свободными от табачного дыма. Все чаще проводятся различные мероприятия, на которых табакокурение исключено. В январе 2012 года Программа получила международное признание и высокую оценку ВОЗ, которая включила г. Алматы в десятку «Бездымных городов глобального проекта «Smokefree». Подобную программу необходимо принять в каждой области Казахстана.

В текущем 2012 году, по случаю Всемирного дня без табака, отмечаемого мировой общественностью 31 мая, Премьер-министру РК Кариму Масимову была присвоена Специальная награда Генерального директора ВОЗ за вклад в борьбу против табака на глобальном уровне. Данная награда присуждена экс-Главе Правительства РК в знак признания лидирующей роли Казахстана в борьбе против табака и в содействии усилиям, направленным на формирование здорового образа жизни. Казахстан, присоединившийся в 2007 году к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака, добился значительных успехов в осуществлении обязательств, предусмотренных Конвенцией.

Ежегодно каждый третий четверг ноября в большинстве стран мира, в том числе и в Казахстане, по инициативе Международного общества онкологов и при поддержке ВОЗ, отмечается Международный день отказа от курения. В 2012 году он состоялся 15 ноября.

Цель и задачи этого Дня - способствовать снижению распространенности табачной зависимости; вовлекать в борьбу против курения все слои населения и врачей всех специальностей; профилактика табакокурения и информирование общества о пагубном воздействии табака на здоровье; убедить современных молодых людей, что курение - это показатель невежества и дурного тона.

Мировое медицинское сообщество обращает внимание всех людей планеты на опасность курения табака, в том числе кальяна и призывает всех к отказу от табакокурения и сохранения своего здоровья. Врачи уверены, что отказ от любого вида курения табака, в том числе и кальяна - это важная составляющая здорового образа жизни.

В Республике Казахстан, при организационно-методическом руководстве Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, в рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015 годы, к этому дню было приурочено проведение декадника по профилактике табакокурения и пропаганде здорового образа жизни.

Все это вселяет веру, что коллективный разум человечества, в том числе и в виде социальных сетей, сообща выработает новые креативные идеи для успешного преодоления поистине вселенского зла - эпидемии табакокурения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. 2005г.
2. Протоколы заседания рабочей группы по разработке технических требований к графическим изображениям о вреде курения, г. Астана, 13.01.2012г. и г. Алматы, 16.04.2012г.
3. Концепция НЦПФЗОЖ МЗ РК по проведению Всемирного дня без табака 31 мая 2012г. и приуроченного к нему месячника по ограничению и профилактике табакокурения в Казахстане.
4. Пресс-релиз к проведению пресс-конференции «Стоп вмешательству табачной индустрии», посвященной Всемирному дню без табака, г. Астана, 30.05.2012 г.
5. Концепция НЦПФЗОЖ МЗ РК по проведению Международного дня отказа от курения 15 ноября 2012 г. и приуроченного к нему декадника по профилактике табакокурения и пропаганде ЗОЖ.

УДК 613.98-055.1/.2:614.1(574)

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РК

Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЁВА, Т.С. ХАЙДАРОВА,
В.Е. ЕГОРЫЧЕВ, Т.К. СЕЙДАМАРОВА, А.И. ГАЛАЕВАНациональный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы
Областной центр формирования здорового образа жизни, Карагандинская область

Резюме

В статье представлены обзор материалов исследований состояния здоровья (заболеваемость, обращаемость, патологическая пораженность и поведенческие факторы риска) населения Казахстана в возрасте 60 лет и старше.

Түйін

Мақалада жасы 60 және одан асқан Қазақстан тұрғындарының денсаулық жағдайын зерттеу мәліметтеріне шолу көрсетілген (аурушандық, қаралу, патологиялық зақымдану және мінез-құлық қауіп қатер факторлары)

Summary

The article presents an overview of the studies of health (morbidity, uptake, pathological prevalence and behavioral risk factors) of Kazakhstan's population aged 60 years and older.

Состояние здоровья и качество жизни – одна из важнейших проблем населения пожилого возраста. Согласно данным национальной переписи населения РК 2009 года в Казахстане проживает 1558159 человек в возрасте старше 60 лет, что составляет 9,7% [1]. По возрастной классификации Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения люди позднего периода жизни делятся на пожилых людей (60-74 лет), старых людей (75-89 лет) и долгожителей (90 лет и старше) [2,3,4]. В таблице 1 представлены данные о численности населения Казахстана в возрасте 60 лет и старше.

Из неё видно, что пожилое население составляет 75,9% от общей численности лиц возраст-

ной группы 60 лет и старше, 7,4% от общей численности населения республики и имеет тенденции роста за счёт лиц 65-74 лет. Практически двукратное превышение доли женщин сохраняется во всех возрастных группах населения старше 60 лет за последние 10 лет, увеличивается число долгожителей старше 100 лет. Это соответствует общемировым тенденциям увеличения старших возрастных групп населения в развитых странах мира [5]. Старение – результат длительных изменений демографических показателей, сдвигов в характере воспроизводства населения, а так же миграции. Этот процесс имеет свои специфические особенности в каждой стране, в большинстве стран его обусловило снижение смертности

Таблица 1. Численность пожилого населения Казахстана по данным переписей 1999 и 2009 годов (человек)

Возраст		Оба пола		мужчины		женщины	
		1999	2009	1999	2009	1999	2009
все население		1605797	1558159	610274	585114	995523	973045
60-74	60-64	598133	422865	263130	179894	335003	242971
	65-69	368471	390760	152169	153504	216302	237256
	70-74	340472	370214	118355	140321	222117	229893
старые	75-79	153750	185264	43279	62401	110471	122863
	80-84	81548	131602	20134	36455	61414	95147
	85-89	45312	42139	9826	9453	35486	32686
Долгожители	90-94	13355	11072	2634	2303	10721	8769
	95-99	4124	3502	673	700	3451	2802
	100 лет и старше	632	741	74	83	558	658

и увеличение продолжительности жизни. Особенность этого процесса в Казахстане состоит в том, что старение населения является результатом действия двух факторов: снижения рождаемости и высокого уровня смертности, особенно у мужчин трудоспособного возраста [6]. Согласно прогнозам казахстанских экспертов к 2030 году в Казахстане доля лиц в возрасте 65 лет и старше увеличится до 11,5% в общей численности населения. Согласно прогнозу ООН Казахстан среди стран Азиатско-Тихоокеанского региона отнесён к странам с ускоренными темпами процесса старения (25% пожилых людей к 2050 году).

Таким образом, проблема старения населения стала чрезвычайно актуальной, особенно в плане сохранения здоровья, так как этот аспект является одним из определяющих в социальном самочувствии пожилого населения.

Оценка социально-экономического статуса пожилых людей в Казахстане, проведенная Агентством социологических и маркетинговых исследований «Центр изучения общественного мнения» (ЦИОМ), охватившая опросом 1500 респондентов старше 65 лет во всех 14 областях Казахстана показала, что большинство респондентов (59%) оценивают своё здоровье как удовлетворительное: «нормальное»-, 48% скорее «хорошее»-6% и «хорошее»-5%. На плохое состояние здоровья указало 40% респондентов. С увеличением возраста процент лиц, оценивающих своё здоровье как «плохое» возрастает [7].

К особенностям состояния здоровья пожилого населения относится более высокий уровень заболеваемости, первичной инвалидности и смертности, превышающие соответствующие показатели трудоспособного населения в 2-8 раз.

Изучение качества медицинской помощи, проведенное Туребековым Д.К. в городе Астане среди 206 респондентов в возрасте старше 65 лет дала возможность установить что частота обращений в лечебные учреждения высокая, 53% обращаются в поликлинику 3 и более раз [8].

В исследовании Егеубаевой С.А. показано, что основная масса лиц старших возрастов страдает длительно протекающими хроническими заболеваниями, в том числе психическими, при наличии множественной патологии (нередко 3-5 заболеваний у одного больного), распространённостью хронических инвалидизирующих болезней и высоким уровнем травматизма.

Более 60% травм среди лиц старшего возраста классифицируются медицинскими работниками

как бытовые. Основной причиной возникновения бытовых травм среди респондентов в 60,5% случаев явилось падение, основными причинами которого была невнимательность – 59,6%, потеря равновесия – 23,0%.

Наиболее распространенным психическим расстройством среди лиц старшего возраста является деменция – $32,0 \pm 3,3\%$. Среди лиц старшего возраста, обратившихся в поликлиническую службу с жалобами на соматические заболевания, распространённость тревожных состояний достигла $48,7 \pm 2,5\%$, распространённость депрессивных состояний достигла $45,0 \pm 2,5\%$ [9].

Одним из комплексных медицинских обследований, позволяющих в какой-то степени охарактеризовать состояние здоровья пожилого населения в целом по стране, явилось широко-масштабное обследование всего взрослого сельского населения Казахстана, начатое в 2002 г. в рамках Года здоровья [10,11]. В 2002 г. было обследовано 611 285 человек в возрасте 60 лет и старше (14% от общего числа обследованных). Результаты обследования показали, что 25% всех выявленных больных составило пожилое население.

В результате усиления работы системы здравоохранения, диспансеризации в последующие годы отмечался стабильный рост выявляемой патологии среди пожилого населения. Так, по результатам 2004 г. 48% больных от всех обследованных, составили лица 60 лет и старше. Из числа всех осмотренных пожилых лиц выявлено 91,6% больных. Уровень выявленной патологии на 10 000 осмотренных в этой возрастной группе был в 1,7 раза выше среднереспубликанского значения (9157,5 и 5419 0/000 соответственно).

В структуре выявленных заболеваний ведущие позиции занимали болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы, превышающие среднереспубликанское значение в 2,6 и в 2 раза соответственно, болезни органов пищеварения – в 1,4 выше среднереспубликанского значения.

С 2008 года в республике проводятся скрининговые обследования населения на выявление артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца, рака молочной железы и скрининговые обследования на раннее выявление рака шейки матки. С 2011 года введены скрининговые обследования на раннее выявление сахарного диабета, глаукомы, колоректального рака у взрослого населения страны.

Проведение скрининговых осмотров – одна из приоритетных задач Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

Основной целью проведения профилактических осмотров целевых групп населения является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья. В программу целевых групп осмотров населения включены лица 60 лет и старше по различным нозологическим формам.

Анализ проведенных осмотров на выявление болезней системы кровообращения в 2011 году показал высокую выявляемость больных с болезнями системы кровообращения в возрасте 65 лет (50,3%). У данного контингента населения чаще других групп выявляется сахарный диабет и был один из высоких уровней среди других возрастных групп городского населения взятия на диспансерный учёт.

Онкологические заболевания также наиболее часто выявляются в старших возрастных группах населения, глаукома чаще диагностируется в возрасте 60-70 лет [12].

Большой интерес представляет оценка образа жизни пожилого населения, которая во мно-

гом формирует высокий уровень патологии населения. По данным четырёх национальных исследований, проведенных Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Минздрава РК в 1998, 2001, 2004, 2007 годах установлено, что динамика распространённости табакокурения среди респондентов 60 лет и старше за период с 1998 по 2007 года возросла, потребление алкогольных напитков снизилось на 14,5%, занятия физическими упражнениями несколько выросли, но удельный вес нерегулярно занимаются физическими упражнениями составляет 71,8% у женщин и 52,2% у мужчин. Установлен высокий уровень стресса среди населения, в целом распространённость стрессовых ситуаций возросла, группа 60 лет и старше стоит на третьем месте после возрастных групп 40-49 и 50-59 лет.

Нажитый груз патологических поражений отрицательно сказался на уровне самооценки своего состояния здоровья и хотя в целом она во всех возрастных группах населения возросла, но по данным четвёртого национального исследования большинство населения 60 лет и старше считают своё здоровье как удовлетворительное, а 12%-как плохое [13].

Таким образом, анализ материалов исследований и мониторинга за состоянием здоровья на-

Целевые группы скрининговых осмотров

Наименование скринингов	Целевая группа
Болезни системы кровообращения (АГ, ИБС), Сахарный диабет	Мужчины и женщины в возрасте 18, 25, 30, 35, 40 лет, от 40 до 64 лет – 1 раз в 2 года, не состоящие на диспансерном учете по поводу АГ, ИБС и СД 2 типа
Рак молочной железы	женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58, 60 лет
Рак шейки матки	женщины в возрасте 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет
Глаукома	Мужчины и женщины в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет и старше, не состоящие на диспансерном учете по поводу глаукомы.
Скрининг на выявление врожденной и наследственной патологии слуха у детей	Дети раннего возраста (новорожденные и до 3-х лет)
Рак толстой и прямой кишки	мужчины и женщины 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет
Вирусные гепатиты В и С	Лица с заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, находящимися на гемодиализе, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов

Красным выделены измененные возраста

Рис. 1 Виды скрининговых осмотров в РК.

селения Казахстана в возрасте 60 лет и старше показал, что состояние здоровья населения лиц старше 60 лет значительно отличается от других возрастных групп. Однако вся система организации медицинской помощи старшему поколению построена по принципу оказания помощи представителям других возрастных групп взрослого населения без учёта особенностей пожилого возраста. Отсутствует официальная статистика уровня заболеваемости и обращаемости лиц пожилого возраста в медицинские организации. Поэтому нынешняя система оказания медико-профилактических услуг в структуре первичной медико-санитарной помощи лицам пожилого возраста требует индивидуального подхода с профилактическим акцентом на предупреждение заболеваний и травм, а также изменения нормативной базы их обслуживания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пожилое население. Итоги Национальной переписи населения 2009 года в Республике Казахстан. Агентство РК по статистике, Астана, 2010г.
2. Мадридский международный план действий по проблемам старения, ООН, Женева, 2002 год.
3. Мадридский международный план действий по проблемам старения. основополагающее руководство и пакет программ для разработчиков политики и практиков, ООН, Женева, 2002 год.
4. Доклад второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения, издание ООН, 2002 год.
5. Доклад ООН «Старение населения мира: 1950-2050 годы».
6. Отчет о человеческом развитии «Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее», UNFPA, UNDP Kazakhstan, Алматы-2005.
7. Оценка социально-экономического статуса пожилых людей в Казахстане (результаты социологических исследований) Алматы, 2008, С 60.
8. Туребеков Д.К. «Качество медицинской помощи по мнению населения геронтологической группы» Материалы национальной конференции «Социально-экономическое положение пожилых людей в Казахстане: проблемы, перспективы» Алматы, 2008, С 34-42.
9. Егеубаева С.А. Медико-социальные проблемы лиц старшего возраста Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук 2010г., 350 с.
10. Основные результаты медицинского обследования, динамического наблюдения и оздоровления сельского населения Республики Казахстан в возрасте 18 лет и старше. Астана, 2002. Отчет правительству, 156 с.
11. Основные результаты медицинского обследования, динамического наблюдения и оздоровления сельского населения Республики Казахстан в возрасте 18 лет и старше. Астана, 2002. Отчет правительству, 156 с.
12. Отчет по профилактическим (скрининговым) осмотрам целевых групп населения Республики Казахстан за 2011 год., Алматы 2012г, 96 с.
13. Аканов А.А., Тулебаев А.К., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие. Алматы, 2010, 296 с.

УДК 616.1-056.8-036.2-053.9:303.621.35

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, В.Е. ЕГОРЫЧЕВ, Т.С. ХАЙДАРОВА,
А.А. АДАЕВА, А.А. АКИМБАЕВА, Н.Т. УТЕМБАЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА**

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

Резюме

Для того, чтобы определить распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей мы провели анкетирование 202 людей в возрасте от 60 до 74 лет, находящихся под наблюдением поликлиники V Городской больницы г. Алматы. Мы определили, что наиболее распространенными факторами развития данной патологии у пожилых людей являются: избыточная масса тела и ожирение, различные факторы, связанные с питанием – преобладание в пищевом рационе мучных изделий, отсутствие в рационе красного вина, черного шоколада, миндаля, чеснока, употребление овощей и фруктов менее 400 грамм в день. Наиболее распространенными медико-организационными факторами развития являются: несвоевременное обращение в медицинские организации за медицинской помощью, отсутствие регулярного контроля массы тела, холестерина крови, неучастие в профилактических осмотрах. Значительную распространенность среди пожилого населения имели психологические факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний: депрессия, частые стрессы. Мы пришли к выводу, что данные о распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения следует использовать при разработке программ профилактики данной патологии у людей в возрасте от 60 до 74 лет.

Түйін

60-74 жас аралығындағы қарт арасында жүрек-қантамыр жүйесінің даму қауіп факторларының таралуын анықтау үшін, біз Алматы қаласының 5-ші қалалық ауруханасында 202 адамды бақылап анкета (сұраққа жауап беру) әдісін қолдандық. Тексеру барысында қарт адамдарда жүрек-қантамыр патологиясының дамуына әсер ететін кең таралған факторларын біз анықтадық: дененің артық салмағы мен семіру, тамақтанумен байланысты әр түрлі факторлар - ұн өнімдерінің тағам рационында көп мөлшерде болуы, қызыл шараптың, кара шоколадтың, миндалдың, чесноқтың тағам рационында болмауы, күніне 400 г-нан аз жеміс-жидектерді қолдануы. Кең таралған медико-ұйымдастырушы даму факторлары болып табылады: медициналық ұйымға медициналық көмекке уақытында қаралмауы, дененің салмағын, қандағы холестериннің мөлшерін жиі бақыламауы, алдын алу бақылауға қатыспауы. Қарттардың арасында жүрек-қантамыр сырқаттанушылықтардың дамуына әсер ететін психологиялық факторлар кең таралған болып табылады: депрессия, жиі стресстер. Біз 60-74 жас аралығындағы қарттар арасында жүрек-қантамыр сырқаттанушылығының дамуына әсер ететін қауіп факторларының таралу туралы мәліметтерді осы патологияны алдын алу бағдарламаларын құрастыру қажет екен деп қорытынды шығардық.

Summary

In order to determine the prevalence of risk factors for cardiovascular disease in older people we polled 202 people aged 60 to 74 years, under the supervision of clinic V City Hospital Almaty. We have determined that the most common factors in the development of this disease in older people are overweight and obesity, the various factors related to diet - the prevalence in the diet of baked goods, the absence in the diet of red wine, dark chocolate, almonds, garlic, vegetable consumption fruit and less than 400 grams per day. The most common medical-organizational factors of development are: delayed treatment in medical institutions for medical attention, lack of regular monitoring of body weight, blood cholesterol, non-participation in preventive examinations. Significant prevalence among the elderly had psychological factors for cardiovascular disease: depression, frequent stress. We concluded that the prevalence of risk factors for cardiovascular disease among the elderly should be used to develop prevention of this disease in people aged 60 to 74 years.

Введение. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущие позиции в структуре причин заболеваемости и смертности взрослого населения. Кроме того, эта группа болезней часто является причиной инвалидности и ухудшения качества жизни [1,2,7,9]. Особенно велика роль сердечно-сосудистых заболе-

ваний в ухудшении здоровья пожилого населения [4,11]. Развитие этой патологии в значительной степени определяется воздействием различных по природе факторов риска. Для нас особый интерес представляют поведенческие факторы риска, т.к. на эти факторы можно эффективно воздействовать, в том числе в рамках различных

программ укрепления здоровья населения [5,8,10,12,14]. В литературе имеются сведения о воздействии различных поведенческих факторов риска на развитие сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения [3,6,13,15].

Целью нашего исследования было определение распространенности различных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения.

Материалы и методы. Работа проведена в рамках научно-технической программы МОН РК по изучению медико-организационных аспектов развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей. Исследование проводилось на базе поликлиники V городской клинической больницы г. Алматы. В исследование было включено 220 человек в возрасте от 60 до 74 лет. Исследуемый контингент определялся методом случайной выборки.

Критерии включения в исследование: лица в возрасте от 60 до 74 лет, постоянно проживающие в Республике Казахстан.

Критерии исключения: лица моложе 60 лет и старше 75 лет, лица, временно проживающие на территории Республики Казахстан.

18 человек отказались от участия в исследовании. Медико-социальное исследование было проведено среди 202 респондентов. В том числе в возрасте 60-63 года было 63 респондента, 64-69 лет - 80 человек, 70-74 года - 59 человек. Анкетирование осуществлялось с помощью разработанной нами анкета. Анкета включала 66 вопросов, направленных на выявление распространенности поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, определенных на основании литературных источников. С лицами, осуществлявшими анкетирование, до начала исследования было проведено занятие. Масса тела обследуемых оценивалась с помощью индекса массы тела (ИМТ). Обработка полученных данных проводилась в программе SPSS15.

Результаты. Рассматривая распространенность факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний необходимо ответить следующее. Избыточную массу тела имели либо ожирение различных степеней имели 142 (72.0%) респондента. Наличие избыточной массы тела может быть обусловлено нерациональным питанием и низкой физической активностью. Гипокинезия, т.е. ежедневная физическая активность менее 30 минут отмечалась у 56 (28.9%) респондентов.

У 134 (66.3%) обследованных в ежедневном пищевом рационе преобладали мучные продукты. Рассмотрим употребление продуктов, рекомендованных специалистами ВОЗ для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Не употребляли рыбу 47 (23.3%) респондентов, черный шоколад - 119 (58.9%), миндаль - 101 (50.0%), чеснок - 97 (48,0%), красное вино - 151 (74.8%), овощи и фрукты в количестве 400 грамм в день и более - 64 (33.2%). В то же время 45 (23.3%) обследованных употребляли поваренную соль в количестве более 5 грамм в день.

Кроме факторов, связанных с питанием, на развитие сердечно-сосудистых заболеваний влияние могут оказывать факторы, обусловленные психологическим состоянием обследуемых. У 84 (42.3%) респондентов стрессовые ситуации отмечались часто или практически каждый день. У 92 (46.9%) респондентов постоянно, либо периодически отмечались симптомы депрессии (снижение настроения, утрата способности переживать радость, пессимистический взгляд на происходящее). 42 (21.5%) респондентов признались, что испытывают дефицит общения. 50 (24.9%) респондентов сообщили, что они редко, либо вообще не общаются со своими детьми или иными родственниками. У 19 (9.5%) обследуемых взаимоотношения в семье были плохими. 162 (82.2%) респондента указали на то, что у них по месту жительства не созданы клубы или иные организации пожилых людей.

Вредные привычки также могут оказывать воздействие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний. 28 (14.5%) респондентов употребляли табачные изделия. 35 (18.5%) респондентов употребляли алкогольные напитки.

На развитие сердечно-сосудистых заболеваний могут оказывать влияние различные неблагоприятные экологические факторы. 81 (40.5%) респондентов оценили экологическую ситуацию по месту жительства как неблагополучную.

Большое значение в плане профилактики заболеваний имеет медицинская активность. Только 88 (44.2%) респондентов обращались за медицинской помощью во всех случаях при появлении каких либо отклонений в состоянии здоровья. 111 (55.8%) не обращались, либо обращались несвоевременно за медицинской помощью. Учитывая столь низкую медицинскую активность, не вызывает удивления тот факт, что 86 (43.2%) респондентов не выполняли советы врача по укреплению здоровья. Однако и медицинские ра-

ботники не уделяли достаточного внимания вопросам формирования здорового образа жизни. 46 (23.4%) респондентов сообщили, что медицинские работники не проводили бесед на эти темы. 77 (25.2%) респондентов не осуществляли регулярного контроля своего артериального давления, 93 (47.2%) не проводили регулярного контроля уровня холестерина в крови, в 97 (49.0%) случаях не было регулярного контроля массы тела. 89 (45.0%) опрошенных не проходили регулярно профилактических осмотров. 66 (33.8%) респондентов не были удовлетворены качеством медицинского наблюдения в организациях здравоохранения.

Обсуждение. Наше исследование показало, что из факторов, оказывающих, согласно литературным данным, воздействие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний, наиболее распространенным был избыточный вес и ожирение различной степени. Избыточная масса тела была вызвана нерациональным питанием и низкой физической активностью. Среди факторов, связанных с питанием, которые оказывают влияние на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей, самыми распространенными были: преобладание в рационе мучных изделий, отсутствие в рационе красного вина, черного шоколада, миндаля, чеснока, рыбы, употребление овощей и фруктов в количестве менее 400 грамм в день, избыточное употребление поваренной соли.

Следующее по распространенности место занимали факторы, связанные с психологическим состоянием пожилых людей: частые стрессы, депрессия, дефицит общения, сложные взаимоотношения в семье. Воздействие этих факторов можно было бы уменьшить путем создания клубов и иных организаций для пожилых людей по месту жительства.

Весьма распространенными среди пожилых людей были медико-организационные факторы: низкая медицинская активность пожилого населения, отсутствие интереса у медицинских работников к вопросам формирования здорового образа жизни, отсутствие регулярного контроля массы тела, уровня холестерина в крови, артериального давления, неучастие в профилактических осмотрах. Результатом воздействия неблагоприятных организационных факторов явилось отмечаемое у значительной части пожилых людей неудовлетворение качеством медицинской помощи.

В то же время распространенность вредных привычек – употребления алкоголя, табачных

изделий среди пожилых людей была умеренной.

Несмотря на всю субъективность этого показателя, не следует пренебрегать рассмотрением негативной оценки респондентами экологической ситуации по месту жительства, которая отмечалась почти у половины обследуемых.

Ценность данного исследования заключается в том, что полученные сведения о распространенности различных факторов сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей можно использовать при планировании профилактических программ. Однако ограничение проведенного исследования состоит в том, что на развитие сердечно-сосудистых заболеваний в той или иной популяции оказывает воздействие не только распространенность, но и сила воздействия неблагоприятных факторов, которую можно измерить путем использования показателя отношения шансов.

Выводы

1. Наиболее распространенным фактором развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей г. Алматы является избыточная масса тела и ожирение (72.0%).

2. Самыми распространенными факторами развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей являются: преобладание в пищевом рационе мучных изделий (66.3%), отсутствие в пищевом рационе красного вина (74.8%), черного шоколада (58.9%), миндаля (50.0%), чеснока (48.0%), употребление овощей и фруктов менее 400 грамм в день (33.2%), употребление поваренной соли более 5 грамм в день (23.3%).

3. Наиболее распространенными медико-организационными факторами развития сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей являются: несвоевременное обращение в медицинские организации за медицинской помощью (55.8%), отсутствие регулярного контроля массы тела (49.0%), холестерина крови (47.2%), неучастие в профилактических осмотрах (45.0%).

4. Значительную распространенность среди пожилого населения имели психологические факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний: депрессия (46.9%), частые стрессы (42.3%).

5. Распространенность вредных привычек среди пожилого населения является умеренной: употребление табачных изделий – 14.5%, употребление алкогольных напитков – 18.5%.

6. Значительная часть пожилых людей оценивают экологическую ситуацию по месту жительства как негативную – 40.5%.

7. Полученные данные о распространенности факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения следует использовать при разработке программ профилактики данной патологии у людей в возрасте от 60 до 74 лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Под ред. А. Дж. Кэмм, Т. Ф. Люшера, П. В. Серриуса. Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2011, 1480 с.
2. Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения. К.П. Ошакбаев, Т.И. Аманов, Т.И. Слажнева, Н.И. Назирова, Ш.И. Каржаубаева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жылкайдара. Под ред. проф. Ж. Абылайулы, К.А. Тулебаева. Алматы, 2008. 150 с.
3. Alvarez-Sabin J., Quintana M., Hernandez-Presa M.A., Alvarez C., Chaves J., Ribo M. Therapeutic interventions and success in risk factor control for secondary prevention of stroke // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2009, №18 (6), P. 460-465.
4. Barbareschi G., Sanderman R., Kempen G.I., Ranchor A.V. Socioeconomic status and the course of quality of life in older patients with coronary heart disease // *Int.J.Behav.Med.* 2009, №1 (3), P. 197-204.
5. Cop-Blazic N., Zavoreo I. There no healthy level of smoking // *Acta Clin Croat.* 2009, №48 (3), P. 371-376.
6. Haffey T.A. How to avoid a heart attack: putting it all together // *J. Am. Osteopath. Assoc.* 2009, №109 (5), P.14-20.
7. Hoogwegt M.T., Hoeks S.E., Pedersen S.S., Scholte O.P., Reimer W.J., van Gestel Y.R., Verhagen H.J., Poldermans D. Smoking cessation has no influence on quality of life in patients with peripheral arterial disease 5 years post-vascular surgery // *Eur.J.Vasc. Endovasc. Surg.* 2010, № 40 (3), P. 355-362.
8. Hung M.Y., Hsu K.H., Hung M.J., Cheng C.W., Kuo L.T., Cherng W.J. Interaction between cigarette smoking and high-sensitivity C-reactive protein in the development of coronary vasospasm in patients without hemodynamically significant coronary artery disease // *Am. J. Sci.* 2009, №338 (6), 440-446.
9. Karsdorp P.A., Kindt M., Rietveld S., Everaerd W., mulder B.J. Interpretation bias for heart sensations in congenital heart disease and its relation to quality of life // *Int.J.Behav.Med.* 2008, №15 (3), P. 232-240.
10. Koelewijn-van Loon M.S., van der Weijden T., van Steekiste B., Ronda G. et al. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial // *CMAJ.* 2009, №181(12), P. 267-274.
11. Murayama H., Shibui Y., Kawashima T., Kano N., Toratani A., Tachibana R., Shibuta K., Fukuda Y., Murashima S. Homebound status and life space among Japanese community-dwelling elderly in an urban area // *Nihon Koshu Eisei Zasshi.* 2011, №58 (10), P.851-866.
12. Sacco R.L., Khatri M., Rundek T., Xu Q., Gardener H. et al. Improving global vascular risk prediction with behavioral and anthropometric factors. The multiethnic NOMAS (Northen Manhattan Cohort Study) // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2009. №54 (24) P. 2303-2311.
13. Smith-Dijulio K., Anderson D. Sustainability of a multimodal intervention to promote lifestyle factors associated with the prevention of cardiovascular disease in midlife Australian women: a 5-year follow-up // *Health Care Women Int.* 2009, №30 (12), P. 1111-1130.
14. Vinereanu D. Risk factors for atherosclerotic disease: present and future // *Herz.* 2006, № 3, P. 5-24.
15. Willey J.Z., Moon Y.P., Paik M.C., Boden-Albala B., Sacco R.L., Elkind M.S. Physical activity and risk of ischemic stroke in the Northen Manhattan Stady // *Neurology.* 2009, №73(21), P. 1774-1779.

УДК 613.84-053.7:316.356

*статья подготовлена в рамках проведения
5-й международной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии»*

ТАБАКОКУРЕНИЕ УЧАЩИХСЯ – СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

В.Е. АБАЕВ, Р.Д. АБИЛОВА

КазНПУ им. А.Кунанбаева
КазНТУ им. К.И.Сатпаева, г. Алматы

*Трудно себе представить то благотворное изменение,
которое произошло бы во всей жизни людской,
если бы люди перестали одурманивать и отравлять
себя водкой, вином, табаком и опиумом.*

Л.Н.Толстой.

Резюме

В данной статье рассматриваются проблемы употребления учащимися никотина, алкоголя и наркотиков. Если рассматривать эту проблему в свете отдельной социальной группы, то одной из самых актуальных будет эта проблема в среде учащихся средней школы. Поскольку влияние сверстников на не сформировавшееся сознание ученика очень велико, то причин для беспокойства достаточно много.

Түйін

Осы мақалада оқушылардың никотинді, алкогольді және есірткіні тұтыну проблемалары қарастырылған. Егер осы проблеманы жеке әлеуметтік топ жарығында қарастырса, онда өзектісінің бірі орта мектеп оқушыларының ортасындағы проблема болады. Оқушының қалыптаспаған санасына құрдастарының әсер етуі орасан болса, мазасыздануға себеп көп.

Summary

This article discusses the problem of the use of students of nicotine, alcohol and drugs. If we consider this issue in light of a particular social group, one of the most urgent is the problem among high school students. Since the influence of peers on the consciousness of the student has not formed a very large, then to worry about a lot.

В современном обществе мы все чаще сталкиваемся с социальными проблемами, они охватывают все периоды жизни человека: от детства до старости. В своем реферате мы остановимся всего лишь на одной возрастной группе – учащихся (от 12 до 18 лет), которая особенно для нас как педагогов **актуальна**.

Социализация учащихся очень сложный процесс, на него влияют как физиологические, так и психологические изменения личности. Данный процесс чреват множеством проблем: от нетерпимости и дерзости до агрессии и преступности.

Проблема употребления учащимися никотина, алкоголя и наркотиков очень **актуальна** в наши дни. Сейчас потребление табака, спиртных

напитков и наркотических веществ в мире характеризуется огромными цифрами. Например, в международном антинаркотическом центре в Нью-Йорке существует документ, указывающий на число наркоманов на земном шаре – 1 000 000 000 человек.

Особенно губительно злоупотребление в молодежной среде - поражается и настоящее, и будущее общества. От этого страдает все общество, но в первую очередь под угрозу ставится подрастающее поколение: дети, подростки, молодежь, а также здоровье будущих матерей. Ведь все эти вещества особенно активно влияют на не сформировавшийся организм, постепенно разрушая его. При систематическом употреблении ал-

коголя и наркотиков развиваются опасные болезни — алкоголизм и наркомания. Они не только опасны для здоровья человека, но и практически неизлечимы.

Таким образом, все это наносит большой урон обществу, его культурным, материальным и духовным ценностям.

Социализация — (от лат. *socialis* - общественный), процесс становления личности, усвоения человеческим индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей и установок, образцов поведения, позволяющих ему функционировать в качестве полноценного члена общества.

Процесс восхождения от индивида через индивидуальность к личности можно, в какой-то мере, рассматривать и как процесс социализации (влияния общества) с одной стороны и как процесс самосовершенствования человека изнутри, с другой.

Социализация человека начинается с самого раннего возраста и продолжается на протяжении всей его жизни. Избежать этого процесса во взрослом возрасте человек может, лишь изолировав себя от общества, однако в реальной жизни это сделать практически невозможно.

На процесс социализации личности влияет всякого рода **факторы**, но основными можно выделить биологические и социальные. От того, какого рода гены заложены в человека, во многом зависит его развитие, особенно на ранней стадии. Но не обязательно у гениальных родителей рождаются гениальные дети. Очень многое зависит и от окружения, в котором воспитывается человек.

Процесс социализации в основном идет в семье, но чем старше ребенок, тем менее он зависит от семьи, и тем большее влияние на него оказывает «улица», школа и т. д. Причем очень важно наличие и женского и мужского начала в процессе первичной социализации, когда большая часть информации закладывается на подсознательном уровне. В более же старшем возрасте, на социализацию человека особенно важное влияние оказывает трудовой коллектив и общество в целом [1].

Процесс социализации отдельной личности неразрывно связан с развитием всего общества, а в настоящее время, в связи с открытостью границ и возможностью получения информации со всего мира, и всего человечества.

Процесс социализации учащихся имеет ряд особенностей, они связаны и с гормональными изменениями в организме, черты порывистости,

неустойчивости желаний, нетерпимости, дерзости, любопытства, готовности к жертвам и т.д., усугубляемые переживаниями неуверенности и амбивалентности (двойственности) социального статуса учащегося-подростка (уже не ребенок, но еще не взрослый). Перед учащимся стоит ряд социальных задач: освоить новые роли, перенять семейно-брачные установки, подготовиться к экономически самостоятельной жизни, интернализировать ряд ценностей и норм как основу убеждений и социально ответственного поведения.

Для учащихся с их социальной неуверенностью характерно объединение в однородные по возрасту и социальной принадлежности группы сверстников с особой молодежной субкультурой. Ценностные ориентации и нормы группы адаптируют подростка к самостоятельной жизни, удовлетворяя одновременно и специфически молодежные потребности в стиле поведения, моде, досуге, коммуникации. Факторы, отдаляющие подростковую субкультуру от мира взрослых, связаны с противоречивостью норм взрослой жизни, резкими культурными и технологическими изменениями, одиночеством, противоречивым влиянием средств массовой коммуникации, неустойчивостью социальной среды. В таких условиях группы учащихся-подростков и молодежи тяготеют к различным формам отклоняющегося поведения — от социально отчужденных форм до агрессии, фанатизма. Сюда входят и такие формы поведения как **курение, употребление алкоголя и наркотиков**.

Данные формы поведения становятся проблемой не только определенной рассматриваемой нами группы, но и всего общества в целом. Поэтому далее в своей работе остановимся на каждой из проблем подробнее.

Курить — втягивать в себя дым измельченного тлеющего табака как возбуждающее средство; иметь соответствующую привычку.

О проблеме курения и его вреде сказано немало. Однако беспокойство ученых, педагогов и врачей, вызванное распространением этой пагубной привычки, растет, так как пока еще значительное число людей не считает курение вредным для здоровья.

Курение - не безобидное занятие, которое можно бросить без усилий. Это **настоящая наркомания**, и тем более опасная, что многие не принимают в серьез.

Курение является социальной проблемой общества, как для его курящей, так и для некуря-

щей части. Для первой – проблемой является бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, а также – сохранить своё здоровье от продуктов курения, поскольку вещества входящие в выдыхаемый курильщиками дым, не на много безопаснее того, если бы человек сам курил и принимал в себя никотин и многое другое, что входящее в зажённую сигарету.

Первые курильщики завезли семена табака из Южной Америки во времена Колумба и стали его культивировать.

Распространение табака встречало в странах сильное противодействие. В Турции курение табака рассматривалось как нарушение законов Корана, и виноватых сажали на кол. Персидский шах Аббас приказал сжечь торговца, который завез табак в военный лагерь. Римский папа Урбан VII отлучал от церкви тех, кто курил или нюхал табак, а однажды за курение сигар монахов живыми замуравал в стену.

В Россию табак, по-видимому, попал в конце XVI века и тоже был встречен не очень приветливо. За курение полагалось весьма серьёзное наказание - от палочных ударов и порки кнутом до отрезания носа и ушей и ссылки в Сибирь. Торговцев табаком ждала смертная казнь.

Но постепенно запреты на курение отменялись в одной за другой странах. С годами к вредной привычке приобщились мужчины, женщины, молодые люди, подростки и даже дети. Возникла **мода на курение**: сигареты, мол, придают девушкам особую элегантность, а юношам мужественность. Обязательно принадлежностью теле - и киногороев стала сигарета.

Статистика: курильщики всего мира (а их более миллиарда) ежегодно закупают от четырех до пяти триллионов сигарет (около 1000 сигарет на каждого жителя планеты), затрачивая на это от 85 до 100 миллиардов долларов. Ежегодно потребление сигарет в мире возрастает на 2,1%, то есть увеличивается быстрее, чем население планеты.

На Земле ежегодно умирает 1,5 миллионов человек от заболеваний спровоцированных курением. Оно, кроме того, приводит к снижению устойчивости к инфекционным заболеваниям, к ранней потере трудоспособности, а также болезни, вызванные никотином, отнимают у курильщиков 7% рабочего времени. По данным Всемирной организации здравоохранения, 90% всех заболеваний раком легких, 75% всех случаев хро-

нических нефритов и эмфиземы легких, а также 25% всех сердечных заболеваний приходится на курильщиков[2].

Если рассматривать эту проблему в свете отдельной социальной группы, то одной из самых актуальных будет эта проблема в среде **учащихся** средней школы. Поскольку влияние сверстников на не сформировавшееся сознание ученика очень велико, то причин для беспокойства достаточно много. Помимо влияния окружающих, есть личное стремление **«поспешного взросления»** свойственно многим современным детям. Влияние может исходить и от родителей, как дурной пример и просто от взрослых, не находящихся в этом ничего плохого. Детям необходимо большее внимание, как со стороны родителей, так и со стороны учителей, которым надо больше наблюдать за стремлениями и склонностями учащихся [3].

Курение учащихся, в первую очередь, сказывается на нервной и сердечной - сосудистой системах. В 12-15 лет они уже жалуются на отдых при физической нагрузке. В результате многолетних наблюдений французский доктор Декалзне еще 100 лет назад пришел к убеждению, что даже незначительное курение вызывает у детей малокровие, расстройство пищеварения.

Курение отрицательно влияет на успеваемость школьника. Число неуспевающих возрастает в тех классах, где больше курящих.

Курение школьников замедляет их физическое и психическое развитие. Состояние здоровья, подорванное курением, не позволяет выбрать род занятий по душе, добиться успеха (например, юношам стать летчиками, спортсменами, девушкам - балеринами, певицами и др.) [4].

Курение и школьник не совместимы. Школьные годы - это годы роста как физического, так и умственного. Организму нужно много сил, чтобы справиться со всеми нагрузками. Как известно, навыки, привычки, усвоенные в школьном возрасте, самые прочные. Это относиться не только к полезным, но и к вредным привычкам. Чем раньше дети, подростки, юноши, девушки познакомятся с курением и начнут курить, тем быстрее привыкнут к нему, и в дальнейшем отказаться от курения будет очень трудно.

Идет **антипропаганда** наркотиков в средствах массовой информации. Существует система наркологической помощи.

Однако реальным выходом из создавшейся ситуации является привлечение к профилактической работе педагогов и психологов средних школ и других учреждений системы образования. Очевидно, что максимальной возможностью при проведении профилактики обладают люди, имеющие постоянный контакт с детьми и подростками, которые могут уловить те нюансы состояния и поведения, зачастую ускользающие от родителей и специалистов наркологов[5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Краткий словарь по социологии. Москва, 1989.
2. Джон А., С. В. Чебурсон, Г. Соколовский. Наркотики и общество. <http://www.high.ru/cgi-bin/wb.cgi>
3. Детская и юношеская наркомания. // www.medline.narod.ru
4. Дьяченко М. И., Кандыбович Л. А. Психология. Словарь-справочник. Минск, 1998.
5. Кандидат мед. наук Надеждин А.В., Профилактика наркомании основной путь решения проблемы молодежного наркотизма. <http://www.narconon.ru/>

УДК 613.84:303(574:51)

*статья подготовлена в рамках проведения
5-й международной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии»*

ІРІ МЕГАПОЛИС ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДА ТЕМЕКІ ШЕГУДІН ТАРАЛУЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖОЛДАРЫ

Ш.А. БАЛҒЫНБЕКОВ, Н.И. ОТАРОВА, Т.М. ЖАЙЛЫБАЕВА

Абай атындағы Қазақ Ұлттық педагогикалық университеті, Алматы қаласы

Резюме

В статье представлены результаты исследования распространенности потребления табака среди населения крупного города Алматы и определены меры, направленные на борьбу с эпидемией табакокурения.

Түйін

Мақалада Алматы қаласы тұрғындары арасында темекі шегушіліктің таралуын зерттеу жұмысының нәтижелері туралы мәліметтер келтіріліп, темекі шегуге қарсы бағытталған шаралар баяндалады.

Summary

The results of a study of prevalence of tobacco use among the population of large cities of Almaty and identify measures to combat the tobacco epidemic.

Адамдар темекі шегудің денсаулыққа зиян екенін білсе де, бірақ солардың аздаған бөлігі ғана темекінің соншалықты аса қауіпті екенін толық біледі. Темекі шегу өліммен аяқталатын үш түрлі негізгі аурудың дамуына алып келеді. Өкпе ісігі (рак), созылмалы бронхит және эмфизема, қан тамырлы ауру.

Темекі шегу көпшілік әдетке айналған, бірнеше мемлекеттердің мысалында өкпе ісігінен өлімнің 90%-ның, бронхит пен эмфиземаның 75%-ның және жүрек ауруынан

өлімнің шамамен 25%-ның темекінің салдарынан болатындығы дәлелденген. Темекіні тұрақты шегетіндердің 25 пайыздай шамасы шылым шегудің әсерінен уақытына жетпей өледі. Темекі шегудің арқасында қаза болғандардың орташа алғанда өзінің өмірінің 10 – 15 жылынан айырылады [1].

Қазіргі тенденция сақталса, қазіргі уақытта өмір сүріп жатқан адамдардың 500 миллионға жуығы, әлем тұрғындарының 9%-ы ақыр соңында темекінің әсерінен өледі. Қазіргі уақыт-

та темекі пандемиясы Орталық және Шығыс Еуропада, және де Батыс Тынық мұхитының аумағында мен Азия елдерінде ең кеңінен таралған [2].

Соңғы он жылда ғалымдар темекі шекпейтіндердің өзінде, шылым шегушілерге тән аурулардың түрі табылып жүргендігін анықтады. Оның себебі, темекі шекпейтін адамдар ұзақ уақыт бойы шылым шегетіндермен бірге отырып, көп уақыт бірге болған. Шылым шегу кезінде адамның ағзасына 20 – 25% зиянды, улы заттар кіреді, ал 50%-ы дем шығару арқылы ауаға тарайды екен. Ал ол түтіндермен қоршаған ортадағы адамдар дем алады.

Сонда темекі шекпейтін адамдар да шегетін болып шықты. Осыған байланысты арнайы термин пайда болды: ол – «пассивті» темекі шегу деп аталады [3].

Темекі құрамындағы заттар: темекі түтінінде 4000-нан астам химиялық элементтер бар, оның 40-тан астамы онкологиялық ауруларға себеп болатын улы заттар. Шайыр-түтін арқылы адам өкпесіне түседі. Түтін конденсацияға ұшырап, 70% шайыр өкпеде қалады.

Никотин—адамның төуелділігін жылдам қалыптастыратын есірткелік зат. Темекі түтініндегі никотиннің қанға сіңуінен физиологиялық эффект пайда болады, бұның нәтижесінде жүректің соғуы жылдамдап, қан қысымы жоғарылайды.

СО көміртегі – ісімен дәмге жағымды газ. Оны адам еш сезбейді, әйтсе де көп мөлшері адамға қауіпті. Ол темекіні тұтатып, ішке тартқанда пайда болады және қандағы гемоглобинмен әрекеттесіп, оттегінің орнын алмастырып қандағы оның мөлшерін төмендетеді. Мүшелер мен ұлпада оттегінің жетіспеуі, ең алдымен, жүрек қантамыр ауруларын және қан айналымын бұзады. Кадмий – жоғары улы металл, батареяға пайдаланылады. Формальдегид – өте улы зат, өлі денелерді сақтауға пайдаланылады. Ацетон – еріткіш, тұрмыста кеңінен пайдаланылады. Мышьяк – өте улы (кеміргіштерді құрту үшін пайдаланылады)[4].

Темекінің әр талы адам өмірін 12 минутқа қысқартатыны дәлелденген. Сондай – ақ, оның басты зияндылықтарын айтар болсақ: ерін, тіл және өңеш рагына жол ашады, ас қорытуды қиындатады, тәбетті қайтарады, асқазанда жара пайда болуына көп әсері бар, өкпе мен көмекей рагына ұшыратады, қол – аяқ тамырлары бірте – бірте бітеледі (гангренаға айналып, қол, аяқ

кесілуге дейін барады), миды қамтитын тамырларда да қатаю пайда болып, клеткалары өледі және ол орнына қайтып келмейді. Темекі екіқабат әйелдерге де зиян. Сырқат сәбидің дүниеге келуіне негіз болады. Тіпті, баланың өлі тууына да себеп болуы ықтимал. Түсік тастауға да алып келуі ғажап емес. Бала емізетін әйелдерде никотин емшек сүтіне араласып, осы арқылы сәби уланып, туберкулез, өкпе, мазасыздану, т.б. сырқаттарға ұшырайды.

Бір тал темекі тартқан адамның бүйрек үсті бездерінің адреналин және норадреналин деп аталатын гармондардың бұзылуы басталады. Асқазанның қышқыл сұйықтығы артады. Адамның тыныс алуы тездейді. Жүрек соғу жиілеп, оның қалыптан артық жұмыс істеуіне алып келеді. Қан қысымы артады. Міне, мұның бәрі бір тал темекідегі никотиннің әсерінен болған жайттар. Мұның соны адамды аса қауіпті асқынған ауруға душар етуі әбден мүмкін. Шылымқорлар ұмытшақ болады. Олардың күш – қуаты азайып, шаршауы көбейеді. Тәбеті тартпай, ұйқысы қашады. Қазір темекінің мыңнан артық зияны бар екені мәлім болып отыр [5].

Әлі қалыптаспаған ағзаға темекі тартудың қолайсыз әрекеті ретінде ең алдымен тыныс органдары жетілуінің бұзылуын атап өтуге тура келеді. Темекі тартатын жеткіншектердің кеуде жасушасының көлемі мен өкпесінің жетілуі темекі тартпайтын жеткіншектерге қарағанда орта есеппен 25% жетілмеген, көлемі кіші болады. Оларға жиі суық тиіп, ауыра береді.

Шылым шегу жастар арасында, оның ішінде студенттер арасында жағымсыз құбылысқа айналып бара жатыр. Жастар оның өз денсаулықтарына зиян екенін білсе де, білмегендей аға буынға еліктеп, өз денсаулықтарын бұзуда.

Біздің елімізде темекі тартатындардың саны тұрғындардың үштен бір бөлігін құрайды. Алматы қаласында 350 мыңнан астам тұрғындар темекі тартатындығы белгілі.

Жас жеткіншектер мен балалардың темекі тартуы ересектердің темекі тартуынан қарағанда сипатты жағынан ерекшелене түседі. Олар әлі темекі тартуға үйрене қойған жоқ, тек қана тартып көріп, бірте-бірте үйрене бастайды. Балалар мен жеткіншектердің темекі тартуы—ең алдымен ерігу, темекімен ойнау сияқты кең таралған ермектер болып келеді.

Зерттеу жұмыстары Қазақстанның оңтүстік астанасы, еліміздің ең ірі қаласы Алматыда орындалды.

Қала тұрғындары арасында темекі қауіптілігінің таралуын зерттеу мақсатында 598 адамнан тұратын статистикалық репрезентативтік іріктеме топ құралды.

Сауалнамалық зерттеумен қамтылғандар жас ерекшеліктеріне байланысты мынадай топтарға бөлінді: 15-24 жас - 147 адам (24,6%), 25-34 жас – 169 адам (28,3%), 35-44 жас – 213 адам (35,6%) және 45 жас және одан жоғары – 69 адам (11,5%).

Темекі қауіптілігінің таралуын анықтау мақсатымен қолданылған сауалнама іріктеп алынған респонденттерден төмендегі негізгі тақырыптар бойынша жалпы мәліметтер жинап алуға мүмкіндік берді:

- Жалпы ақпарат (жасы, жынысы, этникалық тиесілігі, отбасы жағдайы, отбасының құрамы, отбасындағы психологиялық жағдай);

- Денсаулық жағдайы (өз денсаулығын бағалауы, соңғы 12 ай ішіндегі ауруға шалдығуының жиілігі, созылмалы аурудың бар-жоқтығы).

Темекі шегудің қала тұрғындарының арасында таралуы. Зерттеу нәтежиелерін талдау барысында сауалнамамен қамтылған қала тұрғындарының 34,9% (209 респондент) темекі шегетіндігі анықталды. Темекі шегетіндердің 186-сы (88,9%) ер адамдар болса, 23-і (11,1%) - әйелдер.

Респонденттерге қойылған «Тәулігіне қанша тал шылым шегесіз?» деген сұраққа мынадай жауаптар алынды:

1. Тәулігіне 5 тал шылым – 112 адам (53,4%);
2. Тәулігіне 10-15 тал шылым – 38 адам (18,0%);
3. Тәулігіне 16-20 тал шылым – 33 адам (15,7%);
4. Тәулігіне 20-дан астам тал шылым – 27 адам (12,8%).

Темекі шегушілердің бұл жауаптары қала тұрғындары арасында темекі шегудің қаншалықты белең алғандығынан хабар бере алады. Осылай бола тұра, темекі шегуші респонденттердің 33,9 пайызы шегілген шылымның әрбір талы денсаулығына зиян келтіретінін түсінсе, 12,9% денсаулыққа тәулігіне 10-20 тал шылым шеккенде ғана, 14,4% - 20-дан астам шылым шеккенде ғана зиян келеді деп санайды екен.

Біз респонденттердің алғашқы рет қанша жасында темекі шегуге әуестенгенін де анықтадық. Темекі шегушілердің берген жауаптары:

1. Алғаш рет 10 жасқа дейін – 14 адам (6,7%);
2. 10-14 жас аралығында – 20 адам (9,5%);
3. 15-17 жас аралығында – 50 (24,1%);
4. 18-20 жаста – 62 (29,7%);

5. Жасы 20 және одан асқанда – 63 адам (30,0%).

Біздің осы мәліметтеріміз көптеген зерттеушілердің темекіге негізінен жасөспірімдік кезеңде әуестене бастайтындықтары туралы пікірін қуаттайды.

Алғашқы рет темекі тарта бастаудың негізгі себептері мынадай: әуес көріп, қызығу – 34,3% (72 жауап); құрдас-достарынан көріп, тарта бастау - 22,2% (46 жауап); ересектерге еліктеу - 11,4% (24 жауап); басқа себептер – 32,1% (67 жауап).

Респонденттердің берген жауабынан темекі шегу қоршаған ортаның (дос-құрдастар, ересектер, таныстар, теледидар) көрсеткен үлгіден бастау алатындығын көруге болады. Яғни, жасөспірімдер арасында тиімді күрес шараларының бірі осы зиянды байланысты үзу болмақ.

Сауалнамада қойылған келесі сұрақ: «Сіз неліктен темекі шегесіз?», респонденттердің темекі шегуінің мотивациялық негізін анықтауға мүмкіндік береді. Олардың берген жауаптары мынадай болды: стрессті (күйзеліс, абыржу) басу үшін – 86 адам (41,3%); рахаттану сезімін сезіну үшін – 61 адам (29,2%); қасындағыларды («компанияны») қолдау үшін - 10 адам (4,9%); дағдыланған әдет бойынша – 51 адам (24,6%).

Алынған мәліметтерден көрініп тұрғандай, ірі қала тұрғындарының темекі шегуінің басты себебінің бірі - стрессті басу. Тұрғындардың стресстік жағдайға жиі ұшырауы урбанизациялану үрдісіне тән екендігі белгілі.

Қойылған сұраққа берілген қалған жауаптар да (рахаттану сезімін сезіну үшін, «компанияны» қолдау үшін, дағдыланған әдет бойынша) адамның көңіл-күйімен байланысты жағдайлар екені белгілі. Осыған байланысты, темекі шегудің алдын алу мен күресу бағдарламасын дайындауда психологиялық көмек көрсету шаралары қарастырылуы қажет.

Жоғарыда респонденттердің басым көпшілігінің темекіні тастағысы келетіндігі туралы баяндалған болатын. Сауалнамада қойылған «Сіз ең болмағанда бір рет темекі шегуді қоюға әрекет жасап көрдіңіз бе?» деген сұраққа, 39 респондент (18,5%) – бір рет әрекет жасадым деп, 58 респондент (27,8%) - 2-3 рет әрекеттендім деп көрсетсе, 112 темекі шегуші (53,7%) – темекі шегуді еш қашан қойғым келген емес деп жауап берді.

Темекіні тастауға әрекет жасаудың себептері мынадай екен: денсаулығын жақсарту - 55,5%; темекінің жаман ісінен құтылу - 22,0%; жеке басына жұмсайтын қаражатты үнемдеу - 22,5%.

Темекінің денсаулыққа әсерінен қала тұрғындары қаншалықты хабардар екенін анықтау мақсатында «Темекі шегудің денсаулыққа қандай зиянын білесіз?» - деген сұрақ қойылды. Респонденттердің 61,7% (129 жауап) - өкпе рагы, 52,6% (109 жауап) - жүрек ауруы деп жауап берді. Берілген жауаптардың сипаты темекінің адам денсаулығына зияны туралы қала тұрғындарының білімдері жеткіліксіз деп бағалауға мүмкіндік беріп отыр.

Темекі түтіні ересектермен салыстырғанда, балалар денсаулығына көбірек зиян екендігі белгілі. Осыған байланысты, темекі шегушілер «Сіз темекі шеккен кезде бөлмеде балалар болса не істер едіңіз?» деген сұраққа, 2-51 респондент «Темекі шеге берер едім» (24,5%), 44 респондент - «Темекі шегуді азайтар едім» (21,0%), 114 респондент «Темекі шегуді тоқтатар едім» (54,5%) - деп әр түрлі жауаптар берді. Бұл ересектердің әлі де болса темекі түтінінің балалар организміне тигізетін зиянының күшті екендігін түсінбейтіндігінің көрінісі.

Барлық респонденттерге қойылған келесі сұрақ қоғамдық орындарда темекі шегуге көзқарастарын анықтауға бағытталған еді: «Егер Сізді қоғамдық орындар мен жұмыс орындарында темекі шегу ойландырса, сіздің қасыңызда темекі шекпеу туралы ескерту жасайсыз ба?».

Бұл сұраққа респонденттердің берген жауаптары мынадай болды:

1. «Ешқашан ескерту жасаған емеспін» - 90 жауап (43,3%);

2. «Кей кезде ескерту жасаймын» - 85 жауап (40,9%);

3. «Менің қасымда темекі шекпеуін өтінемін» - 33 жауап (15,8%).

Берілген жауаптардың сипатынан ірі қала тұрғындарының темекі шегумен қоғамдық орындар мен жұмыс орындарында қарсы күресуге енжарлық танытатынын байқауға болады.

Біз сауалнама жүргізу барысында респонденттерден «Сіз пассивті темекі шегу деген термин туралы естідіңіз бе?» - деп сұрадық. Сұраққа қала тұрғындарының 70,3%-ның оң жауап бергені қанағаттанарлық жағдай. Алайда, ақпараттандыру деңгейі өте жоғары қалада тұрғындардың 1/3-не жуығының әлі күнге дейін «пассивті темекі шегу» термині туралы естімегені өкінішті және ойландыратын жайт.

Келесі сұраққа («Сіздің ойыңызша, соңғы екі жылда қала тұрғындары арасында темекі шегушілердің саны қалай өзгерді?») алынған жауап сипаты да ойландырады. Респонденттердің 36,6%-ы Алматы қаласында темекі шегушіліктің деңгейі туралы ешқандай хабардар еместігі туралы көрсетсе, 30,1%-ы темекі шегетіндердің саны азайды деп, ал 4,7%-ы ғана темекі шегудің деңгейі бұрынғыдай деп санайды екен. Бұл жауаптар, бір жағынан темекі шегу мәселесі туралы қала тұрғындарын ақпараттандырудың жеткіліксіз жүргізілетіндігін сипаттаса, екінші жағынан соңғы жылдары атқарылып жатқан іс-шаралардың оң нәтижесі бар екендігі туралы мағлұмат береді.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Коляченко А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении. Рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях.- Москва, 2000.-96с.
2. Малдыбаев Ә. Мұны әркім білуге тиіс. Алматы, 1987.
3. Яновский А.Г. Факторы риска и профилактика заболеваний \Медикоорганизационные основы разработки и научного обоснования целевой программы перехода к диспансеризации всего населения. Сб.научных трудов. ВНИИ СГ и ОЗ им.Семашко.-М,1983. С.88-91.
4. Сарсенғали И. Темекі тегіне зиян. «Валеология. Денсаулық және өмірлік дағдылар », 2007,№5, Б.8-9.
5. Шалипова Г.Ш. «Темекі тартсаң ақырын,азаяр сана, ақылын».Валеология, Денсаулық және өмірлік дағдылар, 2007. №3, Б.23-29.

УДК 614.39:613.95-082

Юбилею «Бөбек» посвящается!

ПРИНЦИПЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА «БӨБЕК»**У.Д. ДЖАРЫЛГАСОВА**Республиканский научно-практический
образовательно-оздоровительный центр «Бөбек», г. Алматы**Резюме**

Залогом эффективного оздоровления, является неукоснительное соблюдение противоэпидемиологических мероприятий, использование рациональных способов восстановительной терапии, в основе которой индивидуальный подход с учетом возраста ребенка, его конституциональных особенностей, наследственной предрасположенности, фоновых состояний и сопутствующей патологии. Климатические условия ННПОЦ «Бөбек» в сочетании с физиотерапевтическими методами оздоровления являются факторами повышения устойчивости, самозащиты, нормализуют иммунный и вегетативный статус детского организма.

Түйін

Тіімді сауықтырудың кепілі эпидемияға қарсы іс шаралардың бұлжытпай орындалуы, баланың жасын, оның құрылымдық ерекшелігін, тұқымқуалаушылығын, түр жағдайы мен бойындағы патологиясын ескере отырып, жеке кадам жасауда болатын негізде қайта қалпына келтіру терапиясының ұтымды тәсілдерін қолдану болып табылады. «Бөбек» ҰҒТБСО-ң физиотерапиялық тәсілдерімен бірге климатты жағдайы өзін өзі қорғау, бала ағзасының иммундық және вегетативтік мәртебесін дұрыстайтын, тұрақтылықты арттыру факторлары болып табылады.

Summary

The key to effective improvement is strict adherence anti-epidemic measures, the use of rational methods of rehabilitation therapy, based on an individual approach to the age of the child, his constitutional peculiarities, hereditary predisposition, background states and comorbidity. Climatic conditions NNPOOTS «Bobek» in combination with physiotherapy health methods is a factor for stability, self-defense, and normalize the immune and vegetative state the child's body.

Знаменательным событием в истории охраны детства в Казахстане явилось открытие 5 ноября 1997 года «Республиканского детского оздоровительно-реабилитационного центра «Бөбек». Это событие было инициировано первой леди Казахстана Сарой Алпысовной Назарбаевой.

5 ноября 1997 г. — в городе Алматы открыт «Республиканский детский оздоровительно-реабилитационный центр, где ежегодно укрепляли здоровье более двух тысяч ребят со всех регионов Казахстана.

Апрель 1999 г. — Центр преобразован в «Республиканский учебно-воспитательный центр» в связи с необходимостью обеспечения учебного процесса для оздоравливающихся детей.

В дальнейшем благодаря идее Сары Алпысовны о внедрении нравственно-духовного образования в образовательную систему Республики Казахстан в **декабре 1999 г.** — детский комплекс переименован в «Республиканский учебно-оздо-

ровительный центр «Бөбек» Министерства образования и науки республики Казахстан.

Ноябрь 2004 г. — Центр «Бөбек» переименован в «Национальный научно-практический образовательный и оздоровительный центр «Бөбек» (ННПОЦ «Бөбек»), реабилитационно - оздоровительное направление центра обогатилось новыми целями в деле охраны здоровья детей. Здоровье стало рассматриваться не только с медицинских но и нравственно-духовных позиций, оздоровительно-реабилитационное подразделение Центра переименовано в психолого-медико-педагогическую службу. В течение 15 лет психолого-медико-педагогическая служба Национального научно-практического образовательного и оздоровительного центра «Бөбек» реализует государственную программу оздоровления, поддержки и сохранения физического и духовного здоровья детей из многодетных, малообеспеченных семей, ребят из детских домов и неблагоприят-

ных экологических регионов Казахстана. А во время летних каникул для детей открывается возможность побывать в оздоровительном лагере. Сотрудники службы выполняют не только в медицинскую, но и нравственно-духовную заботу о детях. Они прекрасно знают, что работая с детьми нужно учитывать особенности условий, в которых они растут, ведь зачастую это дети, которые в силу объективных условий не могут в полной мере ощутить вкус детства; им может не хватать родительского внимания, веселых игр со сверстниками, советов мудрых наставников и просто беззаботного времени, когда не нужно думать, как прожить новый день. В 2012 году, 5 ноября, Республиканский Научно-практический, образовательный и оздоровительный Центр «Бөбек» празднует свое 15-летие. За эти годы более 30-ти тысяч детей из семей, нуждающихся в социальной защите (дети - сироты, дети из многодетных, малообеспеченных, неполных семей, дети безработных родителей) укрепили свое здоровье в условиях ННПООЦ «Бөбек». В течение года проводится 13 оздоровительных сезонов, продолжительностью 22 дня, включающих реабилитацию, оздоровление и обучение по школьной программе. Общее число детей за год 1313, в возрасте 7 – 14 лет со всех регионов Республики с хроническими заболеваниями в стадии ремиссии.

Здоровье ребенка является показателем гармоничного сочетания физических и духовных сил, уравновешенности нервной системы и социального благополучия и составляет основу для формирования потенциала здоровья взрослых. Несмотря на значительные достижения в совершенствовании методов диагностики и терапии на современном этапе развития медицинской науки и практики, отмечается тенденция к неуклонному росту числа «часто болеющих детей». Факторами, способствующими росту данного числа детей, являются

- низкий материальный достаток,
- проживание в экологически загрязненных районах,
- социально-неблагополучные и неполные семьи,
- частые стрессовые ситуации в процессе воспитания,
- вредные привычки родителей,
- низкий уровень общей и санитарной культуры семьи.

Частые или повторные заболевания могут быть причиной задержки физического и нервно-психического развития детей, приводят к снижению функциональной активности иммунитета и срыву компенсаторно-адаптационных механиз-

мов, что в свою очередь приводит к социальной дезадаптации детей из-за разобщения со сверстниками и частых пропусков занятий в школе. В структуре заболеваний, с которыми приезжают дети, преобладают заболевания органов дыхания (от 68,1 до 70,5%), 2-ое место занимают заболевания крови (дефицитные анемии с уровнем гемоглобина от 89 - 110) - 19,3 - 21,5%, процент детей с заболеваниями нервной системы – 11 - 13%, пищеварительных органов – 9 - 11%. Нередко, врачами ННПООЦ «Бөбек» выявляются у детей серьезные патологии со стороны органов и систем, требующие незамедлительного оказания медицинской помощи в условиях стационара для предотвращения негативных последствий. Так, за последние 3 года, число впервые выявленных случаев 8, среди них – врожденные малые аномалии сердца, патология сердечнососудистой системы, заболевание опорно-двигательного аппарата, врожденная патология челюстнолицевой системы. Все дети дополнительно обследованы и консультированы специалистами Научных, Республиканских и городских клиник г. Алматы, рекомендации по дальнейшему наблюдению специалистами по месту жительства ребенка, переданы родителям. Трем детям выданы направления на госпитализацию в Республиканские Центры.

Главной целью оздоровления является формирование у ребенка активной мотивации на заботу, как о собственном здоровье, так и здоровье окружающих, воспитание у них санитарно-гигиенических навыков, развитие двигательной активности. В комплекс оздоровительно-образовательных мероприятий входит:

- плановые лечебно-оздоровительные мероприятия, на базе последних достижений науки и практики;
- внедрение современных традиционных и нетрадиционных методов оздоровления;
- разработка индивидуального плана оздоровления каждому ребенку;
- развитие нравственно-духовных основ через индивидуализацию личности ребенка;
- анализ и психомониторинг оздоровления;
- содействие к стремлению ведения «здорового стиля жизни»;
- санитарно-просветительская работа через беседы, показ фильма.
- обучающая деятельность (аналитическое эссе, деловые игры, демонстрация фильмов)
- формирование активной мотивации на заботу о сохранении и укреплении здоровья, обретение физического и душевного покоя.

Оздоровление это комплекс медико-социальных

мероприятий: организация рационального режима и питания, закаливание, физическое воспитание. Причиной возникновения простудных заболеваний чаще всего является переохлаждение. Закаливание организма — это повышение устойчивости организма ребенка к неблагоприятному воздействию ряда физических факторов окружающей среды. Важным моментом для сохранения и увеличения резервов здоровья ребенка является воздействие на организм естественной природной среды (климата, аэроионотерапия, закаливание, воздушные и солнечные ванны, дозированные прогулки, босохождение, обливание). Режим дня это — рациональное чередование оздоровительно — воспитательных мероприятий; достаточно необходимый по времени ночной и дневной сон; активное пребывание на свежем воздухе; 6-ти разовое питание, удовлетворяющее физиологические потребности растущего организма (белками, жирами, углеводами); обучение в школе; комплекс воспитательных мероприятий в свете нравственно-духовного образования; организация и проведение культурного досуга. Для восстановления общей и местной иммунной активности, улучшения функции внешнего дыхания с первого дня пребывания проводится фитотерапия (травяные сборы и отвары), витаминотерапия, санация полости рта и ЛОР органов, массаж (классический, подводный, криомассаж стоп, гидроаэромассаж, душ Шарко и др), в бассейне и на занятиях лечебной физкультуры опытные инструкторы обучают детей правильному дыханию, плаванию. Сочетание физиотерапевтических и бальнеологических методов оздоровления: УФО носа и зева, ингаляции с минеральной водой «Боржом», различные виды массажа, водолечение (ванны вихревые, солевые, хвойные), гидрокинезотерапия (сауна, бассейн), альфа-массажная капсула с 10-ти программным обеспечением (ароматерапия, релаксация, снижение веса, красота и т.д.), светолечение, лечебная гимнастика, аппаратные методы оздоровления (электрофорез, магнитотерапия, электросон, ультразвуковая терапия и др), направлены на стимуляцию защитных механизмов самого организма ребенка.

Для создания благоприятных условий по сохранению и преодолению психоэмоционального напряжения и тревожности, связанного с тем, что большинство детей, впервые уехали далеко от дома и семьи, ежедневно психолог проводит занятия и тренинги. Целью групповых, индивидуальных занятий психолога являются развитие эмоционально — волевой регуляции поведения ребенка; предупреждение и снижение уровня тревожности; способность управлять своим эмоциональным состоянием; со-

здание чувства принадлежности к группе и развитие коммуникативных навыков у детей. Основа воспитательной деятельности — это организация содержательного отдыха детей, их физического и духовного развития. Программа обучения обогащена опытом нравственно-духовного образования «Самопознание»: день начинается с проведения Кругов радости и добра, завершается Кругами от сердца к сердцу. Воспитательно-досуговые мероприятия проводятся в виде конкурсов, спортивных праздников, дающих заряд положительных эмоций участникам и зрителям, воспитательских часов на различные темы, уроков самопознания. На уроках самопознания, дети узнают много нового о человеке, его возможностях, здоровье, духовном мире. Уроки самопознания помогают приобрести новые знания и умения, строить добрые отношения с окружающими людьми, научиться управлять своими чувствами и эмоциями, находить верные решения в разных жизненных ситуациях. С познавательной целью организованы посещения Центрального Государственного Музея, обсерватории ННПООЦ «Бөбек», Национального Музея народных инструментов, Парка им. Первого Президента РК, 28-ти Панфиловцев, Детского театра им. Н. Сац. Активный отдых с выездом на Кок — Тобе, Тургенское ущелье, Чарынский водопад, Бутаковку, Алматинский зоопарк. Многолетняя дружба сложилась с Городской детской библиотекой им. С. Бегалина и танцевальным коллективом «МИХ». Сочетание оздоровительных мероприятий, посещение исторических и познавательных мест, помогают детям активизировать положительный эмоциональный настрой, способствующий достижению благоприятного результата в деле укрепления здоровья. Залогом эффективного оздоровления, является, неукоснительное соблюдение противоэпидемиологических мероприятий, использование рациональных способов восстановительной терапии, в основе которой индивидуальный подход с учетом возраста ребенка, его конституциональных особенностей, наследственной предрасположенности, фоновых состояний и сопутствующей патологии. Специальные физические упражнения, климатические условия ННПООЦ «Бөбек» в сочетании с физиотерапевтическими методами оздоровления являются факторами повышения устойчивости, самозащиты, нормализуют иммунный и вегетативный статус детского организма.

В результате проведенных оздоровительных мероприятий, ЛФК, закаливающих процедур, санации хронических очагов инфекции полости рта и носоглотки более 89,7% детей уезжают домой с улучшением общего состояния и самочувствия, повышенным эмоциональным тонусом.

УДК: 614.253:331.103.3

**АНАЛИЗ ЗАТРАТ ВРЕМЕНИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

Т.И. СЛАЖНЕВА, М.А. ДАРИШЕВА, А.А. АКИМБАЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы

Резюме

На основе опроса медицинского персонала первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) изучены затраты времени на профилактическую работу по предупреждению сердечно-сосудистой патологии и формированию здорового образа жизни врача общей практики (ВОП) и медицинской сестры. Оценка проводилась по следующим показателям: по времени затраченному на профилактику и формирование здорового образа жизни, на обследование и на проведение Школ здоровья. Уделилось и продлилось время для использования в практике алгоритмов действий медицинских работников ПМСП по профилактике поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в деятельности врача ВОП и медицинской сестры.

Түйін

Жүрек-қантамыр патологиясын алдын алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша №10 қала поликлиникасының екінші жанұя бөлімімен ересек тұрғындарына қызмет көрсеткен жалпы тәжірибелі дәрігерлер мен меіірбикелердің уақыт бөлу хронометражына талдау жүргізілген. Эксперимент жүргізгеннен кейін жалпы тәжірибелі дәрігерлер мен меіірбикелердің алдын алу жұмысында мына көрсеткіштер бойынша уақыт бөлуі ұзартылды: жалпы тәжірибелі дәрігерлер мен меіірбикелер алдын алу жұмысы мен салауатты өмір салтын қалыптастыруға, тексеруге және денсаулық мектептерін өткізуге арналған уақыты ұзартылды. Тәжірибеде біріншілік медико-санитарлы көмек көрсетудің медициналық қызметкерлердің жүрек қан-тамыр жүйесінің сырқаттанушылығына дамуына әсер ететін мінез-құлық факторларын алдын алу әрекеттер алгоритмдарын қолдану үшін уақыт бөлінді және ұзартылды.

Summary

Analyzed the amount of time the timing of a general practitioner (GP) and nurse respondents spent on the adult population served by the second branch of a family city clinic № 10 on the prevention of cardiovascular disease and promote healthy lifestyles. After the experiment lasted for time spent GP doctor and nurse on the following parameters: time spent on prevention and health promotion, and on an examination of the school health. Paid to extend the time for use in the practice of medical algorithms of primary health care for the prevention of behavioral risk factors for cardiovascular disease in the activities of a doctor GPs and nurses.

Рациональное распределение и использование рабочего времени — один из ключевых моментов в обеспечении результатов труда. Особую актуальность приобретает качество и эффективность профилактической работы по предупреждению сердечно-сосудистой патологии в здравоохранении как мера результативности труда медицинских специалистов [1,3,4,5,6,7,8,9]. Важную роль в обеспечении качества оказываемой профилактической работы занимает организация рабочего времени врача общей практики (ВОП) и медицинской сестры [1,2,4,7]. В последние годы увеличилось внимание к порядку распределения и использова-

нию времени в течение врачебного приема, однако большинство работ посвящено анализу хронометража работы врачу ВОП и медицинской сестры [2,3,4,5,7,8,9,10].

В настоящее время актуальным представляется изучать хронометраж затрат времени врачей ВОП и медицинской сестры по предупреждению сердечно-сосудистой патологии и формированию здорового образа жизни в условиях реформирования сферы здравоохранения.

Цель исследования

Изучить затраты времени врачей ВОП и медицинских сестер на профилактическую работу по предупреждению сердечно-сосудистой пато-

логии и формированию здорового образа жизни в процессе деятельности семейного центра.

Материалы и методы исследования

В ходе исследования было опрошено 108 респондентов взрослого населения, обслуживаемых семейным отделением городской поликлиники. Половозрастная структура выборки была следующей: мужчин – 11% человек, женщин – 89% человек; респондентов возрастной группы 18-29 лет – 36,1%, 30-39 лет – 33,6%, 40-49 лет – 19,4%, 50 и более лет – 13,9%.

Анкета, предназначенная для опроса врачей ВОП и медицинских сестер кабинета общей врачебной практики включала в себя разделы по изучению мнения о качестве подготовки врачей общей практики, уровня квалификации по вопросам формирования здорового образа жизни, методам и показателям профилактической работы по предупреждению сердечно-сосудистой патологии, нагрузки и распределения времени работы. В анкетах по определению новых квалификационных требований включены следующие вопросы: ориентация на пациента, формирование группы риска, организация школ здоровья, профилактическое консультирование. По результатам опроса также была оценена эффективность внедрения алгоритмов профилактики сердечно-сосудистой патологии.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием компьютерных программ SPSS 15,0 и MAP, DeBaby, Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ ряда показателей профилактической работы осуществляемой медицинскими специалистами общей врачебной практики по предупреждению сердечно-сосудистой патологии и формированию здорового образа жизни (ФЗОЖ) показал, что по результатам опроса врачи ВОП проводят лекции и беседы с пациентами по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (табл.1).

Большое значение имеет регулярность проводимой профилактической работы врачами ВОП на уровне первично-профилактической санитарной помощи (ПМСП). Отметим, что не хватает времени на проведение профилактики и формирования здорового образа жизни 57,2% респондентов до организационного эксперимента по внедрению алгоритмов профилактики поведен-

ческих факторов риска развития ССЗ в условиях ОВП в пилотной организации, и 42,9% – после эксперимента. В конце эксперимента 57,1% врачей ВОП уделяли время на профилактику и ФЗОЖ во время приема, что на 50,1% превысило по сравнению с началом эксперимента. В начале эксперимента врач ВОП затрачивал на профилактику и ФЗОЖ в течении одного приема в среднем 1,69 минут, после эксперимента – 5 минут. Это значит, что хронометраж врача ВОП затрачиваемый на профилактику и ФЗОЖ продлился на 66,2%. В конце эксперимента увеличилось время на обследование врачей ВОП в профилактической работе с пациентами на 39,9%. Увеличились также затраты времени при проведении Школ здоровья на 19,3%.

Таким образом, после внедрения эксперимента увеличился процент пациентов с выявленными факторами риска развития ССЗ посещающих школы здоровья на 64,9%. Улучшены навыки по использованию алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ среди врачей ВОП пилотной организации на 66,8%. Удалось снизить и решить проблемы такие, как отсутствие мотивации, сложность вовлечения населения, недоверие населения. Врачу ВОП удалось уделить и продлить время для использования в практике алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ на 14,6%.

Как и врачи, большинство медицинских сестер нерегулярно уделяют время на профилактику и ФЗОЖ во время приема пациента (Табл.2). Основные проблемы в осуществлении профилактической работы во время приема медицинские сестры отмечают в недостатке времени и в отсутствии стандарта работы. После проведения эксперимента повысилась регулярность проведения средним медицинским персоналом профилактических бесед на 16,6%. У медицинской сестры среднее количество минут, затрачиваемое на профилактику во время приема несколько выше на 1,5 мин, чем у врача и составляет 3,2 минуты в начале эксперимента и 5 минут в конце эксперимента. Это значит, что хронометраж медицинской сестры на профилактику и ФЗОЖ превысился на 36%.

Таблица 1. Показатели профилактической работы среди врачей общей практики до и после проведения организационного эксперимента, (%)

№	Показатели профилактической работы	Начало эксперимента	Конец эксперимента
1	Проведение бесед, лекций с пациентами по профилактике ССЗ	100	100
2	Уделяете ли время на профилактику и ФЗОЖ во время приема Да- Иногда – Не хватает времени – Отсутствует стандарт -	28,57 57,2 57,16 42,91	57,5 57,2 28,57 28,57
3	Среднее количество минут в течение одного приема затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ	1,69 мин	5 мин
4	Методы ФЗОЖ используемые в профилактической работе с пациентами Опрос- Обследование – Лекция – Профилактическая консультация – Информационно-образовательные материалы- Телефонная связь с пациентами - Интернет линии здоровья	100 42,9 100 0 57,5 0 0	100 71,45 100 42,87 85,74 14,29 0
5	Проведение при поликлинике Школ здоровья	57,6	71,45
6	Количество пациентов посещающих школы здоровья от общего количества лиц с выявленными факторами риска развития ССЗ	10,7	30,5
7	Сложности, возникающие при проведении школ Отсутствие времени – Отсутствие мотивации- Не включено в государственный заказ как самостоятельная услуга – Сложность вовлечения населения – Недоверие населения	100 100 100 85,74 57,16	100 85,74 100 71,45 42,87
8	Наличие алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ	42,87	100
9	Использование в практике алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ Да- Иногда – Нет, отсутствуют алгоритмы Нет, недостаточно навыков по внедрению Нет, недостаточно времени	14,29 28,57 57,14 57,14 100	42,87 14,29 0 28,58 85,74

Как и у врачей, после проведения эксперимента увеличилось время медицинских сестер в профилактической работе с пациентами на обследование на 25 %. Увеличились также затраты времени на проведение Школ здоровья на 21,3 %.

Как среди врачей, так и среди медицинских сестер удалось снизить и решить проблемы такие, как отсутствие мотивации, сложность вовлечения населения, недоверие населения. Медицинской сестре удалось уделить и продлить время для использования в практике алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по

профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ на 25 %.

Увеличился процент пациентов с выявленными факторами риска развития ССЗ посещающих школы здоровья на 64,9 %. Улучшены навыки по использованию алгоритмов среди врачей пилотной организации действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ на 66,8 %.

Таким образом, анализируя хронометраж врача ВОП и медицинской сестры можно сделать следующие выводы:

Таблица 2. Показатели профилактической работы среди медицинских сестер общей практики до и после проведения организационного эксперимента (%)

№	Показатели профилактической работы	Начало эксперимента (%)	Конец эксперимента (%)
1	Проведение бесед, лекций с пациентами по профилактике ССЗ	66,6	79,92
2	Уделяете ли время на профилактику и ФЗОЖ во время приема		
	Да-	26,64	53,28
	Иногда –	59,94	19,98
	Нет, не хватает времени –	79,92	53,28
	Нет, отсутствует стандарт -	40,56	19,98
3	Среднее количество минут в течение одного приема затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ	3,2 мин	5 мин
4	Методы ФЗОЖ используемые в профилактической работе с пациентами		
	Опрос-	79,92	93,24
	Обследование –	59,94	79,92
	Лекция –	59,94	73,26
	Профилактическая консультация –	0	26,64
	Информационно-образовательные материалы-	57,5	73,26
	Телефонная связь с пациентами -	0	13,32
	Интернет линии здоровья -	0	0
5	Проведение при поликлинике Школ здоровья	57,6	73,26
6	Количество пациентов посещающих школы здоровья от общего количества лиц с выявленными факторами риска развития ССЗ	10,7	30,6
7	Сложности, возникающие при проведении школ		
	Отсутствие времени –	59,94	33,3
	Отсутствие мотивации-	79,92	59,94
	Не включено в государственный заказ как самостоятельная услуга –	100	100
	Сложность вовлечения населения –	79,92	59,94
	Недоверие населения	59,94	39,9
8	Наличие алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ	13,2	73,26
9	Использование в практике алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ		
	Да-	13,2	39,68
	Иногда –	47,1	33,24
	Нет, отсутствуют алгоритмы	79,92	19,98
	Нет, недостаточно навыков по внедрению	79,92	26,64
	Нет, недостаточно времени	79,92	59,94

- после эксперимента продлился хронометраж затрат времени врача ВОП и медицинской сестры затрачиваемый на профилактическую деятельность по следующим показателям: по времени затраченному на профилактику и ФЗОЖ, на обследование и на проведение Школ здоровья;

- увеличился процент пациентов с выявленными факторами риска развития ССЗ посещающих школы здоровья в профилактической работе врача ВОП и медицинской сестры;

- уделилось и продлилось время для использования в практике алгоритмов действий меди-

цинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ в деятельности врача ВОП и медицинской сестры.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бубликова И. В. Проблемы и перспективы разработки нормативов нагрузки медицинских сестер, использующих в работе новые сестринские технологии // Главная медицинская сестра: Журнал для руководителя среднего медперсонала ЛПУ. – 2003. – №11. – С.47-49

2. Вартанян Ф.Е., Рожецкая СВ. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе // Здравоохранение. – 2003. – №12. – С.61-67.

3. Иванова М.А. Нормирование труда — один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». — 2008.

4. Труханова И. Н. Анализ затрат рабочего времени медицинской сестры стационара по данным хронометража // Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала ЛПУ. — 2008. — №1. — С.90-96.

5. Шипова В. М. Нормирование труда среднего и младшего медицинского персонала // Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала ЛПУ. — 2008. — №8. — С.37-59.

6. Jacobs N., Evers S., Ament A., Claes N. Cost-utility of a cardiovascular prevention program in highly educated adults: intermediate results of a randomized controlled trial / Int. J. Technol. Assess. Health Care. — 2010. — № 26 (1). — P. 11-19.

7. Bekker-Grob E., Dulmen S., Berg M., Verheij R., Slobbe L. Primary prevention of cardiovascular diseases: a cost study in family practices // BMC Family practice. — 2011. — №12(69). — P.1-9.

8. Pelletier-Fleury N, Le Vaillant M, Hebbrecht G, et al: Determinants of preventive services in general practice. A multilevel approach in cardiovascular domain and vaccination in France. Health Policy. — 2007. — 81. — P.218-227.

9. Steptoe A., Doherty S., Kendrick T., Rink E., Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses // Family practice. — 1999. — №16. — P.158-163.

10. Verheij R.A., Zee V.J.: Collecting information in general practice: 'just by pressing a single button?'. In Morbidity, performance and quality in primary care Dutch general practice on stage. Edited by: Westert G, Jabaij L. Oxon: Radcliffe Publishing Ltd; 2006.

УДК 614.2:658.562.014:006.354

СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА НА ОСНОВЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ КАЗАХСТАНА

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

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

Резюме

Контроль качества услуг в системе менеджмента качества в соответствии с международным стандартом ISO 9001-2008 является одним из элементов системы управления качеством, поэтому все большую популярность приобретает система, основанная на процессном подходе к управлению, позволяющая обеспечить постоянное улучшение деятельности любых организаций.

Summary

Quality control services to a quality management system in accordance with ISO 9001-2008 is part of the quality management system, therefore become increasingly popular system, based on the process approach to management ensures permanent improvement of any organization.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан проводятся государственные мероприятия по повышению качества медицинских услуг в системе здравоохранения: внедрение внутреннего аудита и аккредитации медицинских стационарных организаций, взято направление на непрерывное повышение качества услуг.

Существующая настоящее время в республике система управления здравоохранением представлена в основном административными методами, что в целом предопределяет ее невысокую

эффективность, как по отрасли в целом, так и на уровне отдельных медицинских организаций. Поэтому в настоящее время первоочередными являются мероприятия по реформированию системы управления на всех уровнях, определенные в директивных документах Правительства страны, в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 — 2010 годы, Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, ежегодных Посланиях Президента Республики Казахстан.

Проблема качества медицинской помощи в настоящее время является одной из наиболее важных в здравоохранении. Письма и жалобы граждан свидетельствуют о неудовлетворенности многих из них качеством медицинского обслуживания, а введение в здравоохранение экономических отношений делает проблему качества особенно острой. От качества оказываемых медицинских услуг зависит не только заболеваемость, смертность и инвалидность населения, но и качество жизни, как отдельных людей, так и общества в целом.

По определению ВОЗ, основные требования к качеству медицинской услуги выражаются в следующем: «Каждый пациент должен получить такой комплекс диагностической и терапевтической помощи, который бы привел к оптимальным для здоровья этого пациента результатам; при этом, для достижения такого результата, должны быть привлечены минимальные средства..., пациент должен получить максимальное удовлетворение от процесса оказываемой медицинской помощи...».

Развитие системы здравоохранения в современных условиях будет осуществляться путем функционирования системы контроля качества медицинских услуг и других критериев эффективности работы и предполагает подготовку и внедрение системы управления качеством медицинской помощи с учетом международных требований.

В течение последнего десятилетия средством достижения установленного уровня качества медицинских услуг за рубежом является разработанная, документально оформленная, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии медицинской организацией система качества услуг, соответствующая требованиям международных стандартов ISO серии 9000. Системы качества являются эффективным инструментом для достижения главной цели любой организации здравоохранения – удовлетворения требований потребителя. Принципы всеобщего управления качеством (TQM), изложенные в последней редакции стандартов серии ИСО 9000 (ГОСТ Р ИСО 9000:2009, 9001:2009, 9004:2009), универсальны и могут, и должны применяться в здравоохранении.

Система качества по определению международных стандартов представляет собой совокупность организационной структуры, ответственности, процедур, процессов и ресурсов, необходимых для общего руководства качеством услуг и является средством, обеспечивающим соответствие услуг установленным требованиям.

Отличием систем, основанных на традиционной системе управления (действующей в настоящее время) и систем здравоохранения, внедривших ИСО 9001-2008 является направленность не только на контроль качества конечных результатов работы медицинских организаций и медицинского персонала в виде показателей заболеваемости, смертности, летальности, но направленность на всеобщее (тотальное) управление качеством процесса оказания услуг. При этом контроль качества является только лишь составным элементом всей системы управления качеством медицинских услуг, и показатели для контроля определяются в три группы: показатели входа в процесс, промежуточные критерии процесса, конечные показатели процесса, в соответствии со знаменитой триадой А. Донабедиана. Контроль качества услуг в СМК по ИСО 9001-2008 является одним из элементов системы управления качеством, поэтому все большую популярность приобретает система, основанная на системном подходе к управлению, позволяющая обеспечить постоянное улучшение деятельности любых организаций.

Построение системы менеджмента качества (далее – СМК) не является одномоментным действием, а представляет собой процесс, зависящий от степени развития системы управления. Система качества создается работниками организации, на каждом этапе формирования которой критерием правильности служит положительный результат. В настоящее время назрела необходимость проведения пропаганды идей международных стандартов ИСО по менеджменту и обеспечение широко масштабности, системности и планомерности этой работы в сфере деятельности предприятий, в том числе и медицинских.

На сегодняшний день, мировое признание для оценки и построения СМК получили стандарты ISO серии 9000 версии 2008 года, в которых изложены понятие и требования к системе менеджмента качества, представляющей одну из систем управления предприятием – и систем международных стандартов управления качеством оказания медицинских услуг. При этом в международном стандарте ИСО 9001-2008 изложены основные 8 принципов управления качеством: ориентация на потребителя, лидерство руководителя, вовлечение всего коллектива, принятие решений, основанных на доказанных фактах (доказательная медицина), безопасность пациента, процессный подход, непрерывное повышение

качества, взаимовыгодные отношения с партнерами. Система менеджмента качества, соответствующая ISO 9001:2008, приносит пользу и выгоды всем заинтересованным сторонам, прежде всего пациентам и врачам, так как для пациентов обеспечивает их безопасность, а для медицинского персонала идентифицируются процессы, которые они должны выполнять и за которые они несут ответственность, и определяются четкие критерии оценки их работы. В целом, преимущества и выгоды от создания системы менеджмента качества, соответствующей ISO 9001:2008 можно разделить на 2 группы:

В первую входят выгоды и преимущества, проявляющиеся для управления:

- у руководителей всех уровней появляется инструмент оценки и анализа деятельности в разрезе процессов;
 - идентификация участков улучшения и разработки непрерывной системы повышения качества (на основе цикла PDCA);
 - выгоды при участии в тендерах - при наличии сертификата качества;
 - возможность заключения долгосрочных отношений с потребителями и поставщиками;
 - повышение имиджа медицинской организации при наличии международного сертификата качества;
 - возможность выхода на мировой рынок;
 - появление прозрачности работы организации;
 - идентификация процессов и карты процессов с определением владельцев процессов и их ответственности за процесс;
 - снижение внутренних издержек — возможность снижения цены на услугу или увеличения прибыльности;
 - снижение неэффективно используемого времени, что приводит к повышению эффективности работы организации;
 - повышение мотивации персонала за счёт прозрачности и четкости выполнения функциональных обязанностей;
 - устранение кажущихся неразрешимыми проблем;
 - повышение конкурентоспособности услуги за счёт получения фактических данных для анализа;
- Вторая группа преимуществ связана с преимуществами для медицинского персонала - это возможность мотивации и дифференцированной оплаты труда, определенность и четкость показателей процессов, которые они выполняют.

Системы качества в медицинских организациях являются эффективным инструментом для достижения главной цели — удовлетворения требований пациентов.

В настоящее время интерес к этой деятельности в системе здравоохранения Казахстана все больше возрастает в результате повышения внимания общества к проблемам качества медицинских услуг и целенаправленной государственной политики по ориентации системы здравоохранения на радикальное решение проблем качества медицинского обслуживания населения.

Суммируя литературные данные можно утверждать, что стандарты ISO серии 9000 играют важную роль в мире.

Применение и сертификация системы качества рассматривается сегодня как необходимое условие успешной деятельности и развития организаций любых форм собственности, как наиболее надежная форма гарантии соответствия качества поставляемой продукции и услуг требованиям потребителей.

В Казахстане ежегодно растет количество предприятий, сертифицированных по международным стандартам, возрастает интерес во внедрении СМК и у медицинских организаций, так как процессный подход к управлению позволяет определить пути повышения эффективности деятельности организаций здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Выступление Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева на расширенном заседании Правительства 23 января 2006 года.
2. Послание Президента народу Казахстана «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации», 2004.
3. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.
4. Послание Президента народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2030» на Новом этапе развития Казахстана», 2007.
5. Послание Президента народу Казахстана «Повышение благосостояния граждан Казахстана — главная цель государственной политики», 2008 год.
6. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed // JAMA. — 1988 — 260 (12). P. 1740-1742.
7. Кусаинов А.К. О новой системе технического регулирования//Мир качества. — №1. — 2005. — 3 с.
8. Реформа больниц в новой Европе. Под ред. М. Макки и Дж.Хили//М.: Изд. «Весь Мир», 2003.
9. Нив Г.Р. Пространство доктора Деминга//Тольятти: Городской общественный фонд «Развитие через качество», 1998. — 332 с.

10. Ушаков И.В., Кицул И.С., Князюк Н.Ф. Опыт применения процессного подхода в управлении медицинской организацией. Иркутск. — <http://ISO9000.ok.ru>. — 2004.

11. Мусийчук Ю.И., Цукуров О.А. Проблемы внедрения международных и Российских стандартов на системы менеджмента качества в медицинских учреждениях. — <http://ISO9000.ok.ru>. — 2004.

12. Павлов В.В., Каширин А.К. От контроля — к управлению качеством медицинской помощи. Система стандартизации на территории Самарской области: опыт развития и перспективы//Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2004. — №5. — С.6-8.

13. Бутман Я. Международный опыт в области непрерывного повышения качества медицинской помощи (на примере Нидерландов)//Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2003. — №3. — С.18-23.

14. Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном

лечебно-профилактическом учреждении. Методические рекомендации, 2002.

15. Руководство по применению стандарта ИСО 9001:2000 в области здравоохранения//Пер. с английского Г.Е. Герасимовой. — М., РИА «Стандарты и качество» («Дом качества», вып.11 (20)), 2002.

16. Киянский В.В., Графкин В.Н., Киянская О.В. Системный, процессный и ситуационный подходы к качеству и их внедрение в Казахстане. — Уральск: Полиграфсервис, 2001. — 231 с.

17. Ибраев С.Е. Методологические технологии изменения процессов реформирования здравоохранения Республики Казахстан в новых социально-экономических условиях: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук: 14.00.33. — Алматы: Научный центр медицинских и экономических проблем здравоохранения Агентства РК по делам здравоохранения, 2001. — 50 с.

УДК 614.2:614.88:616-083(574)

РАЗВИТИЕ ИНТЕГРИРОВАННОЙ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПМСП - ОСНОВА РЕОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Т.С. ХАЙДАРОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни г. Алматы

Резюме

Социальная медицина — это форма организации ПМСП, которая оказывается врачом общей практики (семейным врачом), обеспечивающим индивидуальное первичное и непрерывное обслуживание отдельных лиц, семей и населения, независимо от возраста, пола или вида заболевания. Переход к социальной медицине — это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм оптимизации медицинской помощи, но и необходимость интегрального видения человека, его здоровья и болезни.

Summary

Social medicine - a form of organization of primary care, which is provided as a general practitioner (family doctor) provides individual primary and continuing care for individuals, families and the public, regardless of age, gender or type of disease. The transition to social medicine - is not only search for the most effective and efficient forms of optimization of medical care, but also the need for an integral vision of man, his health and disease.

Опыт ведущих стран. В последние годы во многих странах Европы проводятся реформы, которые направлены на усовершенствование служб здравоохранения, включая реорганизацию существующих систем общей практики (и их внедрение в случае отсутствия таковых). Под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ за последние годы были разработаны несколько

документов, посвященных проблемам общей практики, в которых освещались роль ОП в общенациональной интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний, вклад семейных и общепрактикующих врачей, развитие ОП в странах Центральной и Восточной Европы, реформы в области семейной медицины и ОП, стратегия развития семейной практики [1-3].

Мировая врачебная практика сформировала три модели деятельности семейного врача [3]:

- индивидуальная практика (на уровне врача а и/или сестринского медицинского персонала);
- групповая врачебная практика (несколько врачей общей практики, объединенных в группу, что позволяет организовать замену докторов, оптимизировать финансовые затраты и трудовые ресурсы);
- центры здоровья (скандинавская модель) - стационарные амбулатории общей практики.

Актуальность проблемы в Казахстане. В Казахстане система здравоохранения по-прежнему ориентирована на лечение болезней, а не на их профилактику (66% расходов ГОБМП тратится на оказание стационарной медицинской помощи), к тому же система управления и финансирования ориентирована на поддержание мощностей сети, а не на ее эффективность (качество медицинских услуг) и профилактическую направленность [4]. Еще ранее, в Долгосрочной стратегией развития государства «Казахстан - 2030» среди основных приоритетов определены «Здоровье, образование и благополучие граждан» были обозначены наиболее актуальные проблемы в области охраны и укрепления здоровья [4]. Наряду с другими важными проблемами по сохранению здоровья в Стратегии акцентируется внимание на стимулирование здорового образа жизни, а также чистоту окружающей среды и экологии. В соответствии со статистическими данными заболеваемость и смертность населения во всех регионах РК возрастают, особенно среди населения трудоспособного возраста, основную причинно - зависимую роль играют поведенческие факторы риска, такие как курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, не рациональное питание и другие. При этом следует иметь в виду, что 80% - современных болезней человека являются результатом экологических перенапряжений, а более 70% заболеваний связаны с нерациональным питанием, более 55% неинфекционных заболеваний с курением, злоупотреблением алкоголем и низкой физической активностью [6]. Вся сложность проведения мер первичной профилактики связана с тем, что воздействие перечисленных выше факторов риска (немедицинских детерминант) находится вне рамок действия системы здравоохранения, для более полной реализации интегрированной первичной профилактики (СИНДИ) необходима новая модель охраны здоровья населения, которая смогла бы обес-

печить общественный (межсекторальный) подход к профилактическим мероприятиям и укреплению здоровья населения. Не меньшую роль играет также то, что сегодня первичная помощь не соответствует потребностям населения, не имеет доступности, и нет качества услуг. Оказание первичных медицинских услуг в Казахстане построено традиционно - по принципам участковости, унаследовано от бывшей СССР. Следует отметить, что система организации амбулаторно-поликлинической помощи в те годы получила высокую оценку участников международной конференции ВОЗ (Алма-Ата, 1978). В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан (2011-2015 гг) указано формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии социально ориентированной модели ПМСП, предполагается внедрение в ПМСП общеврачебной практики, в целевых показателях к 2015 году доля врачей общей практики должна составить 30% [4]. Также ставится следующая не менее важная задача - развитие интегрированной социально-ориентированной ПМСП. Медико-социальная направленность будет осуществляться путем внедрения института социальной и психологической помощи на уровне ПМСП. В настоящее время происходит совершенствование организационной структуры поликлиник путем создания центров семейного здоровья, службы социально-психологической помощи, отделений профилактической помощи, внедрение молодежных центров здоровья, Школ здоровья.

Цель исследования. Провести организационный эксперимент по внедрению разработанной модели профилактики поведенческих факторов риска развития ССЗ в общеврачебную практику (в пилотных организациях ПМСП).

Результаты исследования. Анализ действующей системы ПМСП. В последние десятилетия развитие ПМСП шло по пути узкой специализации при оказании амбулаторной помощи. Многие лечебно-профилактические функции и врачебные манипуляции, составляющие базовую подготовку участкового врача-терапевта, были переданы другим врачам амбулаторно-поликлинического звена. Это привело к потере ответственности в работе участкового врача-терапевта и других специалистов при определении индивидуальной тактики сохранения здоровья пациента. К тому же в работе участкового терапевта не прослеживается социальная ориентация и не

реализуется профилактическая направленность в плане выявления поведенческих факторов риска, и соответственно не проводится первичная профилактика неинфекционных заболеваний. Участковый терапевт перестал быть центральной фигурой в первичном звене здравоохранения и координатором «медицинского маршрута пациента». Снизились его авторитет и доверие к нему. В падении престижа участкового врача сыграли свою роль многие причины, в т.ч. низкая оплата труда, отсутствие заинтересованности в здоровье пациента и др. Дифференциация медицинских специальностей в амбулаторно-поликлинических учреждениях превратила участкового врача в своего рода диспетчера. Отсутствие механизмов влияния на семью, неадекватное отношение пациентов к своему здоровью и многие другие факторы не позволили претворить в жизнь идею об участковом враче как центральной фигуре здравоохранения.

При нарастающей специализации в поликлинике никто не стал отвечать за здоровье пациента. Принцип коллективной ответственности привел к отсутствию персональной ответственности, включая участкового врача. Нарушилось видение врачом пациента как единого целого

Участковый терапевт не владеет многими методами профилактики, диагностики и лечения больных, не стремится к расширению диапазона своих профессиональных возможностей, интенсификации труда, внедрению ресурсосберегающих технологий. В Казахстане проблема внедрения ОВП поднята намного раньше, были изданы и приняты соответствующие приказы и организована переподготовка ВОП МЗ РК (1998-2000 гг). Но нужно отметить, что реальной реформы первичного звена здравоохранения в стране не произошло. Подавляющее большинство территориальных поликлиник продолжают оказывать ПМСП силами участкового врача-терапевта, а новый институт врачей общей практики (семейных врачей) еще не всегда соответствует параметрам уровня квалификации этих специалистов. Подготовленные врачи общей практики (семейные врачи) не в полной мере действуют как организаторы медицинской помощи своим пациентам. Внедрение службы врача общей практики (семейного врача) в значительной степени тормозится из-за отсутствия механизмов реализации и единых подходов в области реформирования ПМСП.

Таким образом, сформировался социальный

заказ общества на создание в структуре ПМСП службы общей врачебной (социальной) практики. В 2009 году научным отделом НЦПФЗОЖ была подана заявка в Министерство здравоохранения Республики Казахстан на утверждение актуальной научно-технической программы «Научное обоснование комплексных мер по повышению результативности профилактики поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике».

Проведение организационного эксперимента по внедрению профилактического консультирования на уровне пилотной организации. Работа проводилась в два этапа. В начале было проведено исследование профилактической работы на уровне действующей ПМСП, проведена разработка новых практических рекомендаций по повышению объема и видов, а также результативности профилактической работы, основанной на изучении доказательной профилактики и на анализе опыта стран зарубежья (Финляндия, Канада, Англия, Израиль) по внедрению первичной интегрированной профилактики на общегосударственном уровне (макроуровень), на уровне медицинских организаций (мезоуровень), на уровне семейных врачей (микроуровень). На втором этапе проведен организационный эксперимент по внедрению алгоритмов профилактики неинфекционных заболеваний, профилактического консультирования (Школ здоровья - 7 уроков здоровья) по первичной профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ.

Поскольку проведение профилактики зависит прежде всего от производителей медицинских услуг: врачей и среднего медицинского персонала, нами проведено исследование знаний, умений и навыков профилактической работы специалистов ПМСП. Программы обучения специалистов ОВП включали вопросы профилактики, первичной и вторичной, а также методов укрепления здоровья и оценки здоровья населения. Нами разработано учебное пособие для врачей по новым квалификационным требованиям при профилактике поведенческих факторов риска. В своей ежедневной практической работе компетентный специалист ОВП должен соответствовать требованиям в четырех областях деятельности:

а) профилактические технологии, включая профилактическое консультирование по предупреждению ССЗ на уровне организации Школ здоровья с населением, имеющим поведенческие факторы риска;

б) ориентация на пациента и взаимодействие с пациентами, с семьей;

в) руководство отделением врачебной практики и обеспечение профилактической работы;

г) умение осуществлять связи с общественностью, с другими структурами при проведении первичной профилактики с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Проведено социологическое исследование пациентов, врачей и среднего медицинского персонала до проведения профилактических вмешательств и после организационного эксперимента, который заключался в организации ряда семинаров, тренингов со специалистами ОВП по внедрению в практическую работу 7 уроков здоровья (тренинги по рациональному питанию, повышению физической активности, профилактике злоупотребления алкоголя, стрессоустойчивости, коммуникативным навыкам). Анализ полученных данных показал, что после обучения врачи старались соответствовать новым квалификационным требованиям, т.е. больше проводить профилактических консультаций, рекомендаций, увеличился процент врачей применяющих профилактические технологии (алгоритмы профилактики, Школы здоровья, анализ поведенческих факторов риска среди пациентов) в практической работе с пациентами. Среднее количество минут, затрачиваемое врачом общей практики на профилактику, в течение одного приема увеличилась с 1,69 минут (2010 г) до 5 минут (2012 г). После проведения эксперимента врачи стали больше уделять внимание выявлению факторов риска развития ССЗ, как причинной основы, влияющей на развитие ССЗ. Так, увеличилось на 19,8% количество пациентов с факторами риска на участке (выявлены при анкетировании и заполнении статистического талона 025-08/у такие поведенческие факторы, как курение, нерациональное питание с преобладанием в рационе питания твердых жиров, повышенное АД). Увеличилось число пациентов, посещающих Школы здоровья. По мнению врачей, основными сложностями при проведении Школ здоровья по профилактике ССЗ являются отсутствие у врачей времени и мотивации, отсутствие школ здоровья в государственном заказе как самостоятельной профилактической услуги, сложность вовлечения практически здорового населения. Для организационно-методической помощи в сфере профилактики нами разработаны обучающие информационно-методические модули по

актуальным направлениям - «Профилактика гиподинамии», «Профилактика гиперлипидемии и холестерина», «Профилактика злоупотребления алкоголем», «Профилактика табакокурения», «Профилактика неблагоприятного воздействия стрессов», «Использование не медикаментозных средств в профилактике АГ», «Основы коммуникации врач-пациент» для врачей и среднего медицинского персонала ПМСП. Результаты данного научного исследования вошли в несколько приказов Министерства здравоохранения РК (Приказ МЗ от 16 марта 2011 года №145 «О внесении изменений в пр. МЗ от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»; Приказ МЗ РК от 5 марта 2012 года №146 «Об утверждении Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»; Приказ МЗ от 17.02.2012 г. №89 «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»

Заключение

Социальная медицина - всего лишь форма организации ПМСП, которая оказывается врачом общей практики (семейным врачом), обеспечивающим индивидуальное первичное и непрерывное обслуживание отдельных лиц, семей и населения, независимо от возраста, пола или вида заболевания. Переход к социальной медицине - это не только поиск наиболее эффективных и экономичных форм оптимизации медицинской помощи, но и необходимость интегрального видения человека, его здоровья и болезни.

Создание самостоятельной службы общей врачебной (социальной) практики в структуре отечественного здравоохранения позволит совершенствовать первичную медицинскую помощь.

Основные цели любой системы здравоохранения - оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности. Это было еще раз убедительно подтверждено в октябре 2003 г. на конференции в Алма-Ате под девизом: «Здоровье для всех - человек прежде всего», посвященной 25-й годовщине принятия Декларации по первичной медико-санитарной помощи.

Нет сомнения в том, что для улучшения здоровья населения требуется эффективная, гибкая и экономически приемлемая система здравоохранения

ния. «Центр тяжести» медицины все больше перемещается из лечебной деятельности в сферу профилактики. Медицина перестает быть только врачеванием и все более становится здравоохранением.

Стратегия развития общественного здоровья и здравоохранения, в основе которой лежит внедрение социальной модели здоровья и качества жизни, базируется на согласованной деятельности всех секторов общества, включая различные сообщества, в интересах здоровья, развитии межсекторального партнерства и подготовке совместных стратегических планов укрепления здоровья

Амбулаторно-поликлиническая помощь - ведущее звено отечественного здравоохранения - должна получить в XXI в. дальнейшее развитие и совершенствование.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Проект Северная Карелия //Национальный Институт здравоохранения и социального благосостояния (НИИ) в сотрудничестве с фондом проекта «Северная Карелия». Издательство Университета Хельсинки. Хельсинки 2011. — 303 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. «Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях: Основные элементы для действий». 2003г. — 92 с.
3. Вартамян Ф.Е., Рожецкая СВ. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе // Здравоохранение. - 2003. - № 12. - С. 61-67.
4. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» (2011-2015 гг).
5. Послание Президента РК народу Казахстана: Стратегия — Казахстан 2030.
6. Чертухина О.Б. Формирование новых моделей поведения населения. Переход от санитарно-просветительной работы к социальному маркетингу / Общественное здоровье и профилактика заболеваний.-2003.-№2.-С.11-17.
7. Приказ МЗ от 16 марта 2011 года № 145 «О внесении изменений в пр. МЗ от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»;
8. Приказ МЗ РК от 5 марта 2012 года № 146 «Об утверждении Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь»;
9. Приказ МЗ от 17.02.2012 г. № 89 «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь »

УДК 610.21

РОЛЬ ПЕРЕДВИЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ КОМПЛЕКСОВ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

А.И. ГАЛАЕВА

Карагандинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Караганда

Резюме

В статье представлена информация о роли и деятельности передвижных медицинских комплексов по охране здоровья жителей отдаленных населенных пунктов сельских районов Карагандинской области.

Түйін

Қарағанды облысының ауылдық жерлеріндегі елді мекендерде тұрғындардың денсаулығын қорғаудағы жылжымалы медициналық кешеннің ролі мен қызметі туралы ақпарат ұсынылған.

Summary

The article provides information on the role and activities of mobile medical complexes in the protection of health in remote communities in rural areas of the Karaganda region.

В конце XX века в общественном здоровье населения отмечался целый ряд негативных тенденций, явившихся результатом экономических трудностей переходного периода [1].

За годы становления и развития независимого государства ситуация в системе здравоохранения изменилась к лучшему.

Введение новых программ развития здравоохранения, с доминирующим профилактическим направлением, внедрение новых технологий, оснащение медицинских учреждений современным оборудованием появление лечебно-профилактических учреждений с разными организационно-правовыми формами, на порядок улучшили ка-

чество и эффективность медицинского обслуживания населения.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, проводятся скрининговые медицинские осмотры, основной целью которых является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения [2].

Особого внимания для реализации государственной программы требует сельское здравоохранение.

Состояние здоровья сельского населения и уровень медицинского обслуживания значительно отстают от требуемых. Объем и качество оказания медицинской помощи не удовлетворяют растущие потребности населения. Ухудшение здоровья населения усугубляется неблагоприятной экологической обстановкой, недостатком в снабжении чистой питьевой водой.

Материально-техническая база сельских лечебно-профилактических организаций продолжает оставаться в неудовлетворительном состоянии. Медицинские организации в основном размещены в приспособленных помещениях, недостаточно оснащены современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом, в более 1300 сельских населенных пунктах вообще отсутствуют медицинские учреждения, но главной остается кадровая проблема [3].

На сегодняшний день в Казахстане, из 7178 сельских населенных пунктов с общей численностью более 7400 тыс. населения (46,1% от населения РК), официально представленных областными акиматами, в более 500 проживает менее 50 человек, существуют многочисленные станции и разъезды (257), села, включенные в территориальные границы городов (317), где население (более 500000 чел) практически занимается сельскохозяйственной деятельностью и оно считает себя сельским и надеется на внимание государства к проблемам села [4].

Вместе с тем, в мае 2012 г Постановлением Правительства РК утвержден список населенных пунктов с низким уровнем социально-экономического развития, в т.ч. и здравоохранения. В список вошли более 400 сел, в большинстве это небольшие населенные пункты, отдаленных от райцентров, с количеством населения менее 50 человек. Наиболее актуальным это Постановление оказалось для Карагандинской и Восточно-Казахстанской областей, в которых количество

населенных пунктов с низким уровнем жизни составило 69 и 62 соответственно [5].

Для решения вопросов сельского здравоохранения в Программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы предусмотрено внедрение передвижных медицинских комплексов (далее - ПМК), развитие мобильной медицины. По своей сути ПМК представляют собой поликлинику на колесах.

Основная цель ПМК – обеспечение медицинской помощью население отдаленных населенных пунктов.

В 2011 году для проведения своевременных скрининговых и профилактических медицинских осмотров, оказания квалифицированной консультативно-диагностической помощи жителям отдаленных сельских населенных пунктов Управлением здравоохранения Карагандинской области приобретены четыре ПМК, которые находятся на балансе КГП «Областной медицинский центр» г. Караганды, КГКП «ЦБ г. Жезказган», КГКП «Поликлиника № 4 г. Темиртау», КГКП «Поликлиника № 1 г. Балхаш».

Передвижные медицинские комплексы базируются на специальном автотранспорте и укомплектованы современным медицинским оборудованием, позволяющем в полном объеме проводить скрининговые медицинские осмотры целевых групп населения, диспансерный осмотр населения с хроническими формами заболеваний, оказывать плановую консультативно-диагностическую медицинскую помощь населению профильными специалистами, проводить диагностические исследования: флюорографию, рентгенографию, ультрозвуковые исследования, видеокольпоскопию, ректороманоскопию, бесконтактную тонометрию, ЭКГ, ФГДС, цитологические и биохимические лабораторные исследования. ПМК предназначены оказывать экстренную медицинскую помощь на догоспитальном этапе в случаях чрезвычайных ситуаций (катастроф природного и техногенного характера), обеспечивать доступность лекарственных средств жителям сельских населенных пунктов и предоставить лекарственные средства на бесплатной и льготной основе на амбулаторном уровне лечения в соответствии с утвержденным перечнем заболеваний, проводить пропаганду принципов здорового образа жизни [6].

Для проведения медицинских осмотров в ПМК сформированы бригады высококвалифицированных врачей-специалистов: терапевта, гинеколога, офтальмолога, стоматолога, кардиолога, хирурга, врачей лаборантов, врача УЗИ, ФГДС, врача ЗОЖ.

В 2011 году ПМК направлены на проведение скрининговых медосмотров сельского населения восьми районов Карагандинской области: Каркаралинском, Шетском, Жана-Аркинском, Нуринском, Осакаровском, Актогайском, Ультауском, Бухар-Жырауском районах. В основном охвачены отдаленные от районных центров населенные пункты, а также в п. Саяк г. Балхаша, п. Актау г. Темиртау.

Всего обследовано 33213 человек, проведено 49461 осмотров узкими специалистами, 37206 диагностических исследований, 23980 лабораторных исследований. Выявлено 6259 – 18,8 % больных, из них 3303 – 9,9 % - впервые выявленных больных, 2956 – 8,9 % - больных, состоящих на диспансерном учете.

Впервые выявлено 846 больных с диагнозом артериальная гипертония, 85 больных с диагнозом глаукома, 83 больных сахарным диабетом, 10 больных с онкологическими заболеваниями.

На диспансерный учет с выявленными заболеваниями поставлено 1123 - 17,9 % больных, направлено на стационарное лечение – 257 – 4,1% больных, оздоровлено 1007 -16,1% больных.

В 2012 г., согласно утвержденного плана медицинским осмотрам на ПМК подлежат 77565 жителей 191 отдаленных населенных пунктов 9 районов Карагандинской области, г. Балхаш, г. Каражал, п. Жайрем, п. Актау. Задействованы все 4 ПМК.

За 11 месяцев текущего года осмотрено 78969 человек из 196 населенных пунктов 9 сельских районов области и п. Жайрем, Актау, г. Каражал, г. Балхаш.

С учетом географического расположения районов, «разбросанности» населенных пунктов в Нуринском, Актогайском, Осакаровском районах, а также большого количества целевой группы - в Бухар-Жырауском районе, медосмотр проводился в два-три этапа.

Медосмотры проводят выездные бригады высококвалифицированных врачей – специалистов ЦБ г. Жезказган, г. Балхаш, областного медицинского центра г. Караганды, при необходимости привлекаются врачи из других лечебных учреждений. Из-за недостатка врачей у прикрепленных к ПМК медицинских организаций, а также большой нагрузки на выездные бригады врачей, к медицинским осмотрам на ПМК привлечены специалисты Карагандинского Государственного Медицинского университета.

Скрининговым медосмотром в 2012 г. охвачено 30947 человек взрослого населения, что составляет 109,7% от годового плана для выездных бригад ПМК. Во время выездов медицинскими бригадами, кроме скринингового осмотра целевых групп населения, были оказаны консультативно-диагностические услуги (КДУ) – 33867 чел, проведены осмотры детей – 20097 чел. (таблица 1).

Таблица 1. Мониторинг деятельности передвижных медицинских комплексов Карагандинской области за 11 месяцев 2012 года

Наименование района, населенного пункта	Насел. пункты, подлежащие медосмотру	Насел. пункты охваченные медосмотром	Всего подлежат (скрининг, КДУ, дети)	из них подлежат			Всего осмотрено (скрининг, КДУ, дети)	из них осмотрено			% выпол. планового
				скрининг	КДУ	дети		скрининг	КДУ	дети	
Абайский	12	12	6881	3841	2313	727	7157	3512	2352	1293	104,0
Каркаралинский	19	19	8812	4961	3005	846	11324	5838	5217	1269	128,5
Шетский р-н, в т.ч. Агадырь	22	22	6834	2730	2730	1329	7425	2912	3152	1361	108,6
Б-Жырауский	43	43	10951	4065	3606	3280	12320	4317	4513	340	112,5
Нуринский	26	26	4101	1699	1390	1012	7865	1939	4935	1391	191,7
Осакаровский	20	20	5801	2038	1804	1959	5893	2090	2354	1449	101,5
Актогайский	21	21	10237	3840	3403	2994	10024	3812	2943	3269	97,9
г. Балхаш	4	4	3228	722	1399	1107	3129	831	1328	970	96,9
Ультауский	12	12	5753	2202	202	3349	5456	2084	157	3215	94,8
Жанааркинский	15	15	8196	2296	5430	470	7391	2055	4876	460	90,2
п. Жайрем	1	1	2905	400	1521	984	3150	700	1350	1100	108,4
г. Каражал	1	1	2900	1000	988	912	2797	857	690	850	96,5
ВСЕГО	196	196	76484	27791	27836	18969	83931	30947	33867	20097	109,7

В результате проведенных медицинских осмотров впервые выявлено 8908 больных, из них 1253 человека направлены в районные и региональные лечебно-профилактические учреждения на дообследование, с целью верификации диагнозов. За отчетный период оздоровлены 47,7%. Подлежит взятию на «Д» - учет – 8908 человек по 10811 диагнозам. Стационарное лечение рекомендовано 1407 чел. Проводится работа по сбору информации о количестве оздоровленных жителей и верификации диагнозов впервые выявленных больных на ПМК, в первую очередь, это касается исследований на выявление рака молочной железы (РМЖ) и рака шейки матки (РШМ).

Огромную роль в организации работы ПМК отводится межсекторальному взаимодействию. Практически повсеместно ПМК получает поддержку не только объектов здравоохранения, но и акиматов, средств массовой информации, образования, отделов внутренних дел, объектов малого бизнеса.

Таким образом, внедрение передвижных медицинских комплексов, грамотная организация работы выездных бригад решает ряд проблемных вопросов сельского здравоохранения по оказанию гарантированного объема бесплатной медицин-

ской помощи для жителей отдаленных населенных пунктов, обеспечения медицинской помощи высококвалифицированными специалистами, привлеченными из ведущих областных лечебных учреждений и ВУЗа, тем самым способствуют эффективному решению задач поставленных в Государственной Программе развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: Концепция, проблемы и перспективы. Алматы, 2001. 100 с.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113 –Астана, 2011 г. -124 с.
3. Википедия. www.wikipedia.org (Сельский округ - Казахстан).
4. Национальная перепись населения Республики Казахстан 2009 г. Статистический сборник. Агентство по статистике Республики Казахстан. -Астана, - 2010 г.
5. Об утверждении перечня населенных пунктов Казахстана с низким уровнем социально- экономического развития. Постановление Правительства Республики Казахстан от 10 мая 2012 года № 601.
6. Приказ МЗ РК №128 от 11.03.2011 года «О формировании мобильных бригад для оказания медицинской помощи населению РК».

УДК 614.2:614.212:616-051

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**К.Х. ЖАПАЕВ**РГП на ПХВ Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии,
г. Алматы**Резюме**

Совершенствование современной системы управления качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации – это важный рычаг повышения качества и отвечает требованию реформы здравоохранения.

Tүйін

Медициналық ұйым деңгейінде медициналық көмек сапасын басқарудың заманауи жүйесін жетілдіру денсаулық сақтау реформаларының талаптарына жауап беретін және сапаны жақсартуда маңызды құрал болып табылады.

Summary

Improvement of a modern control system by quality of medical care at the level of the medical organization is an important lever of improvement of quality and meets the requirement of reform of health care.

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 28.01.2011г. «Построим будущее вместе» указано, что «Одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения [1].

Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года».

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

лики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113), в числе которых отмечено улучшение качества медицинской помощи, оказываемой населению страны [2].

Совершенствование современной системы управления качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации – это важный рычаг повышения качества и отвечает требованию реформы здравоохранения.

Значительный прогресс в медицине в промышленно развитых странах, достигнутый в течение последних десятилетий, во многом объясняется внедрением новых подходов к управлению в сфере здравоохранения, основанных на концепции непрерывного повышения качества.

Теоретические основы практического внедрения в здравоохранение концепции непрерывного повышения качества были заложены доктором Avedis Donabedian, который выделил три главных направления работы по управлению качеством медицинской помощи – совершенствование структуры, процесса и результата. Взаимосвязь структуры, процесса и результата получила название «триады Донабедиана». По А. Донабедиану, качество медицинской помощи определяется использованием медицинской науки и технологии с наибольшей выгодой для здоровья человека, при этом без увеличения риска.

Как известно, различают несколько основных характеристик качества, которые имеют отношение как к клиническому и организационному

аспектам оказания медицинской помощи, так и к работе вспомогательных служб: профессиональная компетенция; доступность; результативность; межличностные взаимоотношения; эффективность; непрерывность; безопасность; удобство.

Указанные характеристики качества включают в себя почти все аспекты функционирования системы здравоохранения. Важность этих характеристик становится ясной в контексте требований, которые предъявляются со стороны пациентов и медицинских работников. Для пациентов качество медицинской помощи определяется тем, насколько она отвечает их нуждам, является своевременной и насколько вежлив, внимателен медперсонал, оказывающий эту помощь. Пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность, взаимоотношения между ними и медперсоналом, а также на непрерывность медицинской помощи, как наиболее важные характеристики качества. Медицинские работники обычно обращают больше внимания на профессиональную компетенцию, эффективность и безопасность. С их точки зрения, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медработника навыков, ресурсов и условий, необходимых для улучшения здоровья пациентов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности [3].

Достижение всех перечисленных характеристик медицинской помощи, совокупность которых определяет ее качество и выполнения требований, предъявляемых как пациентами, так и медицинскими работниками, возможно при внедрении новых подходов к управлению лечебно-диагностическим процессом.

В целях улучшения качества оказания медицинской помощи необходимо совершенствование организации внешней и внутренней экспертиз качества медицинских услуг в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 24.03.2011 года № 152 «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», а именно:

- проведение службой внутреннего контроля (аудита) анализа оказания медицинской помощи, клинической деятельности медицинской организации, выявление фактов нарушения порядка оказания медицинской помощи и стандартов в

области здравоохранения, а также рассмотрение в срок, не превышающий пяти дней, обращений пациентов, находящихся на лечении, с внесением службой внутреннего контроля (аудита) руководителю медицинской организации предложений по устранению выявленных причин и условий снижения качества оказываемых медицинских услуг;

- анализ учетной и отчетной документации субъекта здравоохранения с целью сравнительного анализа показателей деятельности субъекта здравоохранения за определенный период работы, со средне-республиканскими и средне-областными показателями состояния здоровья населения в сравнении с аналогичным периодом прошлого года;

- проведение клинического аудита путем изучения подробного ретроспективного и/или текущего анализа проведенных лечебно-диагностических мероприятий на предмет их соответствия установленным стандартам.

Система обеспечения качества медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Казахстан в том виде, как она действует в настоящее время, является механизмом контроля и внешнего воздействия на деятельность медицинской организации и обеспечивает лишь выполнение минимальных стандартов оказания медицинских услуг. Данный подход не обеспечивает мотивации медицинского персонала к осуществлению объективной критической оценки собственной профессиональной деятельности и постоянному совершенствованию получаемых результатов.

Совершенно очевидно, наряду с совершенствованием государственного контроля в сфере здравоохранения, необходимо развивать систему управления качеством медицинской помощи на уровне медицинской организации и независимую экспертизу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента Республики Казахстана Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Построим будущее вместе», 2011, 42 с.
2. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, от 29 ноября 2010 года.
3. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. — М: Медицина, 2000. — 368 с.

УДК 6161/9-07(075.9)

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ СКРИНИНГА, КАК ЭТАПА МОНИТОРИНГА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****А.С. ШИНБОЛАТОВА**

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

Резюме

Организационные технологии обследования населения с применением системы скрининга используется как процедура отбора в целях динамического наблюдения, уточнения прогноза и оценки развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Түйін

Скрининг жүйесін қолдана отырып тұрғындарды тексерудің ұйымдастырушылық технологиялары динамикалық бақылау, болжамды нақтылау және жүрек-қан тамырлары ауруының дамуын бағалау мақсатында іріктеу рәсімі ретінде пайдаланылады

Summary

Organizational technologies of population surveys using the system of screening procedure for follow-up, clarifying and evaluating of cardiovascular diseases.

Проблема болезней системы кровообращения (БСК), и в частности сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ) в последнее время приобрела характер мировой эпидемии. Болезни сердца и сосудов занимают лидирующее положение в структуре заболеваемости и смертности в Республике Казахстан (РК), в последние десятилетия наблюдается рост заболеваемости в 5-7 раз.

ССЗ справедливо называют эпидемией XX века, которая, к сожалению, продолжается и в XXI веке. В течение нескольких десятилетий они являются ведущей причиной смерти населения в индустриально развитых странах, где от ССЗ ежегодно умирают примерно 1 млн. 200 тыс. человек (около 55% общей смертности). Заболевания ССЗ являются актуальной проблемой и для Казахстана. Сравнение данных отечественной статистики по заболеваемости отдельными БСК показало, что рост заболеваемости обусловлен в основном повышением заболеваемости гипертонической болезнью (ГБ) и ишемической болезни сердца (ИБС), а также инфарктом миокарда (ИМ) [1].

Проблема борьбы с ССЗ приобретает общегосударственное значение в силу высокой заболеваемости, высокого уровня инвалидности и смертности, длительного, нередко пожизненного, зачастую дорогостоящего медикаментозного лечения. Все это диктует необходимость уделять все большее внимание ранней первичной профилактике этих заболеваний.

На сегодня в Казахстане сердечно-сосудистые заболевания занимает лидирующие позиции в структуре смертности населения Казахстана, которые могут быть успешно предотвратимыми при устранении факторов риска их возникновения.

В связи с этим, в рамках реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусмотрено проведение скрининговых исследований. В переводе с английского языка слово «Скрининг - screening» обозначает «отбор, фильтрация».

В 2011 году будут продолжены и внедрены: скрининг на раннее выявление артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, сахарного диабета путем определения холестерина, глюкозы крови.

Применение технологии скрининга, как этапа мониторинга сердечно-сосудистых заболеваний направлено на изучение распространенности и выявление ранее не распознанных заболеваний среди выбранного контингента для эффективного вмешательства.

Кроме того, организационные технологии обследования населения с применением системы скрининга используется как процедура отбора в целях динамического наблюдения, уточнения прогноза и оценки развития сердечно-сосудистых заболеваний. При этом объемы, виды и характер консультативно-диагностической помощи и стоимости процедур обследования и повторных

визитов к врачу должны быть дифференцированы в зависимости от вероятности наступления заболевания и способов вмешательства.

В процессе мониторинга определяются нормативы консультативно-диагностической кардиологической помощи, и достигается экономия за счет планирования предстоящих объемов. Сочетание технологий скрининга и мониторинга позволяет снизить затраты по двум направлениям: за счет снижения потока пациентов и предоставления адекватного объема консультативно-диагностической помощи при одновременном получении медицинского эффекта от раннего вмешательства.

Технологии скрининга должны использоваться, прежде всего, с профилактической целью: для изучения распространенности сердечно-сосудистых заболеваний и выявления не распознанных ранее заболеваний и факторов риска (ФР) с помощью скринирующих процедур: экспресс-оценки и углубленной оценки состояния здоровья.

При этом скрининг нужно рассматривать в виде комплекса технических процедур: профилактическая процедура (эффективное консультирование и раннее вмешательство); процедура оценки рисков (сегментации состава пациентов по группам медицинского риска); процедура стандартизации (выполнение стандартных действий по услуге, взаимная коррекция процедур обследования).

Скрининг на заболевания сердечно-сосудистой системы в Казахстане проводится в рамках гарантированной бесплатной медицинской помощи во всех районных поликлиниках среди муж-

чин и женщин в возрасте 18, 25, 30, 35, 40 лет, от 40 до 64 лет - 1 раз в 2 года, не состоящих на диспансерном учете по поводу заболеваний сердца и сахарного диабета [2].

В ходе скрининга на заболевания сердца проводится анкетирование для определения факторов риска (наследственной отягощенности, курения, низкой физической активности, чрезмерного употребления алкоголя), определение роста и массы тела с целью выявления избыточного веса, измерение артериального давления, исследование в крови уровня холестерина и сахара.

Оценка вышеперечисленных показателей с высокой степенью достоверности позволяет выявить лиц с высоким риском сердечно-сосудистой смертности и своевременно провести комплекс медикаментозных и немедикаментозных мероприятий по ее предотвращению.

Таким образом, применение технологии мониторинга здоровья (динамического наблюдения за отдельным пациентом) позволяет повысить диагностическую эффективность скрининга через механизм обратной связи - «обучение экспертной скрининговой системы» за счет взаимной коррекции знаний, уточнения поставленных при первичном скрининге диагностических заключений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Жуманов К.Д., Каусова Г.К., Шоршекбаева С.Ш., Сабыров Г.С. Заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в Казахстане. // Тезисы доклада I съезда врачей Казахстана 22-23 ноября 1997г., 127 с.
2. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, от 29 ноября 2010 года.

УДК. 681.322-181.4-51

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В БОЛЬНИЧНОМ УПРАВЛЕНИИ

Б. ОМАРҰЛЫ

ГККП «Детская городская клиническая больница № 2», г. Алматы

Резюме

Сильная сторона внедрения современных информационных технологий в медицину — это многократный рост оперативности получения информации.

Түйін

Медицинаға заманауи ақпараттық технологияларды енгізудің басымдылығы болып алынатын ақпараттардың көп реттік шұғылдығының өсуі табылады.

Summary

Strength of introduction of modern information technologies in medicine is a repeated growth of efficiency of obtaining information.

Стандарты — одна из форм накопления знаний, прежде всего о процедурном и программно-техническом уровнях информационных технологий. В них зафиксированы апробированные, высококачественные решения и методологии, разработанные наиболее квалифицированными специалистами. Они являются основным средством обеспечения взаимной совместимости аппаратно-программных систем и их компонентов.

Система стандартизации базируется на следующих принципах:

1. Принцип согласия: все субъекты, как разрабатывающие требования, так и те, кто будет их применять на практике, должны стремиться к согласию относительно формы и содержания нормативных документов, заложенных в них требований;

2. Принцип единообразия: должен быть установлен единый порядок разработки, согласования и использования нормативных документов по стандартизации;

3. Принципы значимости и актуальности: требования должны быть целесообразными как с научной, так и с практической точек зрения, и соответствовать международному и национальному законодательству, современным достижениям науки;

4. Принципы комплексности: требования, предъявляемые к различным объектам, должны согласовываться между собой, причем требования должны быть проверяемы объективными методами.

Разработка единой информационной системы должна происходить таким образом, чтобы она соответствовала требованиям, как администратора больницы, так и потребностям пациента и врача, но в то же время, при необходимости, могла взаимодействовать с новыми системами или системами других больниц. Это означает, что при разработке информационной системы должны быть использованы открытые стандарты обмена медицинскими данными.

На сегодняшний день, в медицине все более остро встает вопрос о создании и использовании единых международных стандартов обмена медицинскими данными. В разных странах этот вопрос решается по-разному и именно поэтому существует множество различных медицинских стандартов: ASTM, ASC X12, IEEE/MEDIX, NCPDP, HL7, DICOM и т.п. Как правило, стандарты носят названия групп/комитетов и прочих некоммерческих организаций их разрабатывающих.

Наиболее серьезные и интенсивно развивающиеся стандарты находят программно-аппаратную поддержку у таких крупных производителей медицинской техники как GE, Philips, Siemens, Acuson и другие. В ряде стран, вопросы стандартизации обмена медицинскими данными решаются достаточно глобально.

Стандарт позволяет организовать цифровую связь между различным диагностическим и терапевтическим оборудованием, использующим

ся в системах различных производителей. Рабочие станции, Компьютерные (КТ) и Магнитно-резонансные Томографы (МРТ), микроскопы, УЗ-сканеры, общие архивы, сетевые компьютеры и основные программные системы от разных производителей, расположенные в одном городе или нескольких городах, могут «общаться» друг с другом на основе DICOM с использованием открытых сетей по стандартным протоколам, например TCP/IP. С использованием DICOM'a можно проводить различные медицинские исследования в территориально-распределенных диагностических центрах с возможностью сбора и обработки информации в нужном месте.

Согласно данным, приведенным выше примеров интеграции стандартов, очевидными являются несколько выводов. Во-первых, начинать собственную, оригинальную разработку стандарта медицинской терминологии или стандарта передачи записей в электронную историю болезни практически бессмысленно: она займет слишком много времени и финансов. Зарубежные коллеги, которые уже имеют опыт в данной области, будут мало заинтересованы в подобном проекте, что тоже отразится на эффективности стандарта. Во-вторых, принятие оригинального стандарта затруднит обмен медицинской информацией между казахстанскими и зарубежными медицинскими информационными системами. Поэтому наилучшим решением была бы адаптация стандартов HL7 и DICOM к казахстанским условиям.

Стандарт ISO 27799:2008 «Информатика в области здравоохранения. Управление защитой информации в здравоохранении с использованием ISO/IEC27002» касается очень важной области - защиты персональной информации в здравоохранении и применяется ко всем ее аспектам.

Стандарт устанавливает набор инструментов для управления защитой информации и предоставляет наилучшее руководство по защите информации. Также существует положение стандарта ISO/IEC27002:2005 «Информационные технологии. Методы защиты. Свод правил по управлению защитой информации». ISO 27799 содержит план практического действия по применению ISO/IEC27002 в области здравоохранения. Два этих стандарта являются основополагающими в отношении защиты информации в здравоохранении. Стандарт ISO 27799:2008 был разработан техническим комитетом ISO/TC 215 «Информатика для целей здравоохранения».

В государственном стандарте - СТ РК 34.015-2002 «Государственный стандарт Республики Казахстан. Информационная технология. Комплекс стандартов на автоматизированные системы. Техническое задание на создание автоматизированной системы» в подразделе 5.2.6.1 «Требования к системе в целом» описываются требования к надежности; требования безопасности; требования к защите информации от несанкционированного доступа; требования по сохранности информации при авариях; требования к защите от влияния внешних воздействий.

Таким образом, внедряя соответствующие автоматизированные системы, мы можем добиться существенного повышения качества оказываемых медицинских услуг, а также значительно ускорить и сделать доступными результаты многих исследований и разработок, что повысит скорость и качество работы как врачей, так и ученых, исследователей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Назаренко Г.И., Михеев А.Е. Больничные информационные системы (разработка, внедрение, эксплуатация). - М: Медицина XXI. - 2003. - № 3. - С. 53-55.

УДК:616-082-08-07

ОСНОВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ И УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Б. Д. ДЕМЕЕВ

Лечебно-диагностический центр, г. Алматы

Резюме

В статье доказано, что суть концепции управления качеством медицинского обслуживания должна заключаться в принятии управленческих решений на основе анализа целевых показателей деятельности, которые имеют много-ступенчатую структуру и формируются по принципу «дерева целей» для системы здравоохранения в целом, каждого вида деятельности, отдельно взятой медицинской организации, ее подразделения, медицинских работников. Особое место занимает оценка ресурсного обеспечения, поэтому важным моментом в сфере улучшения качества и минимизации затрат является оценка так называемой функции потерь. Повышение качества медицинской помощи способствует росту эффективности ее оказания, сокращению сроков лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, оценка, управление, методология.

Түйін

Бапта дәрігерлік қызмет көрсетуді сапаны басқаруды тұжырымдаманың мәні дәрігерлік қызметкерлер денсаулық сақтау жүйесі үшін максаттардың ағашын қағида бойынша негізінен көп баспалдақты құрылымы болып қалыптасатын қызметтің максаттық көрсеткіштерінің талдауын негізде басқарушылық шешімдерді қабылдануында қызметтің әрбір түрі, бөлек алған дәрігерлік ұйым, оның бөлімшесі болуы керек болатынын дәлелдеген. Ерекше орын қамтамасыз ету қорынын бағасында орналасады, сондықтан сапаны жақсарту және шығындарды барынша азайтуды салада маңызды момент жоғалтуларды функция баға деп аталатын болып табылады. Дәрігерлік жәрдемді сапаның жоғарылатуы оның көрсетуін тиімділіктің өсуі, емдеудің мерзімдерінің қысқартуы, қайтадан госпитализациялар және денсаулық сақтауға шығындар айтарлықтай азайтатын кедергілердің жиілігінің төмендетуіне мүмкіндік туғызады.

Негізгі сөздер: дәрігерлік жәрдемді сапа, баға, басқару, әдістемелік.

Summary

In article it is proved that the essence of the concept of quality management of medical care should consist in adoption of administrative decisions on the basis of the analysis of target indicators of activity which have multistage structure and are formed by a principle of «a tree of the purposes» for health system as a whole, each kind of activity, separately taken medical organization, its division, medical workers. The special place is occupied by an assessment of resource providing therefore an important point in the sphere of improvement of quality and minimization of expenses is the assessment of so-called function of losses. Improvement of quality of medical care promotes growth of efficiency of its rendering, reduction of terms of treatment, decrease in frequency of repeated hospitalization and complications that essentially reduces expenses on health care.

Keywords: quality of medical care, assessment, management, methodology.

Под обычно используемым термином – качество медицинской помощи (КМП) – ряд исследователей подразумевают совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациентов с учетом стандартов, соответствующих современному уровню медицинской науки, а доступностью медицинской помощи – реальную возможность получения населением необходимой медицинской помощи вне зависимости от социального статуса, уровня благосостояния и места проживания [1]. Иными словами, качественная медицинская помощь определяется как своевременная медицинская помощь, оказанная квали-

фицированными медицинскими работниками и соответствующая требованиям нормативных правовых актов (НПА), стандартов оказания медицинской помощи (протоколов ведения больных), условиям договора или обычно предъявляемым требованиям [2].

В соответствии с определением ВОЗ важнейшим критерием КМП является степень снижения риска возможного возникновения болезни, прогрессирования существующего заболевания, развития осложнений вследствие заболевания, обследования и лечения с учетом оптимальности использования доступных медицинских ресурсов и технологий и удовлетворенности пациента

оказанной медицинской помощью (услугой) [3]. Выделяется также понятие адекватности медицинской помощи (по определению экспертов ВОЗ) - показатель соответствия технологии медицинского обслуживания потребностям и ожиданиям населения в рамках приемлемого для пациента качества жизни.

Мировое признание получил подход к обеспечению и оценке качества медицинской помощи, основанный на триаде А. Донабедиана [4]:

1) ресурсы (или структура), включающие оценку стандартов ресурсной базы (кадров, оборудования и медицинской техники; материально-технические условия пребывания больных и работы медицинского персонала);

2) процесс (или технологии), включающий стандарты технологий лечения, диагностики, профилактики;

3) результаты (или исходы), включающие стандарты результатов лечения, профилактики, диагностики, реабилитации, обучения и т.д.

Уже на уровне этих определений прослеживается желание использовать критерии, относящиеся как к организации медицинского обслуживания населения, так и к качеству оказываемой медицинской помощи.

К основным критериям качества организации медицинской помощи (КОМП) можно отнести следующие ее характеристики:

1. Доступность медицинской помощи — это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Доступность медицинской помощи, декларируемая в конституциях различных стран, регламентируется национальными НПА, определяющими порядок и объемы оказания бесплатной медицинской помощи, и обусловлена рядом объективных факторов: сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, наличием и уровнем квалификации медицинских кадров, наличием на конкретных территориях необходимых медицинских технологий, возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации, имеющимися транспортными возможностями, обеспечивающими своевременное получение медицинской помощи, уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Таким образом, доступность медицинской

помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного человека. Нигде не обеспечивается всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Считается, что выходом из такой ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрация усилий на предоставлении равного доступа гражданам к самым эффективным медицинским услугам. Этот подход приводит к справедливому использованию ограниченных ресурсов и называется рационированием и практикуется в разной степени во всех государствах мира. В бедных странах рационирование открытое и повсеместное, затрагивает почти все виды медицинской помощи, в экономически богатых странах оно обычно ограничено дорогостоящими видами помощи или отдельными группами граждан. Кроме того, во многих государствах имеется скрытое рационирование: очереди, из-за которых невозможно получить лечение в разумные сроки, бюрократические препоны, исключение отдельных видов лечения из списка бесплатных услуг и др. [5]. Важно, чтобы рационирование при распределении средств было эффективным, справедливым, профессиональным и гарантировало возможность получения необходимой медицинской помощи.

Механизмом, реализующим право на доступность медицинской помощи, является ее стандартизация. Медицинские стандарты (протоколы ведения больных) составляются с пониманием ограниченности средств и особенностей оказания помощи в различных лечебно-профилактических организациях, поэтому в них закладывается минимальный уровень необходимой помощи.

2. Преимущество и непрерывность медицинской помощи — это координация деятельности в процессе оказания пациенту медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными учреждениями. Преимущество при оказании медицинской помощи обеспечивается стандартными требованиями к медицинской документации, техническому оснащению, процессу и персоналу, что гарантирует стабильность процесса лечения и его результата.

3. Результативность и действенность — соответствие фактического результата, полученного в процессе оказания медицинской помощи ожидаемому результату в конкретных условиях. Эф-

фективное здравоохранение должно обеспечивать оптимальную, а не максимальную медицинскую помощь, т. е. соответствовать стандартам качества и нормам этики. Согласно определению ВОЗ, оптимальная медицинская помощь — это должное проведение (согласно стандартам) всех мероприятий, которые являются безопасными и приемлемыми в смысле затраченных средств, принятых в данной системе здравоохранения.

4. Ориентированность на пациента, его удовлетворенность означает участие пациента в принятии решений при оказании медицинской помощи и удовлетворенность ее результатами, а также условиями оказания медицинской помощи. Этот критерий отражает права пациентов не только на качественную медицинскую помощь, но и на внимательное и чуткое отношение медперсонала, и включает необходимость информированного согласия на медицинское вмешательство и соблюдение других прав пациентов.

5. Безопасность процесса лечения — критерий гарантии безопасности для жизни и здоровья пациента и отсутствия вредных воздействий на больного и врача в конкретном медицинском учреждении с учетом санитарно-эпидемиологической безопасности. Безопасность и эффективность лечения конкретного пациента зависят от полноты информации, которой располагает лечащий врач. Поэтому безопасность процесса лечения зависит от стандартизации процесса лечения и подготовки врача. Например, в США в программу обучения врачей, медицинских сестер и фармацевтов включены тренинг по предотвращению медицинских ошибок, ориентация на оказание качественной медицинской помощи, а также тестирование специалистов здравоохранения на уровень их профессионализма.

6. Своевременность медицинской помощи: оказание медицинской помощи по мере необходимости, т. е. по медицинским показаниям, быстро и при отсутствии очередности. Своевременность оказания помощи конкретизирует и дополняет критерий ее доступности и обеспечивается высокоэффективными диагностическими процедурами, позволяющими своевременно начать лечение, высоким уровнем подготовки врачей, стандартизацией процесса оказания помощи и установлением требований к медицинской документации.

7. Отсутствие (минимизация) врачебных ошибок, затрудняющих выздоровление или увеличивающих риск прогрессирования имеющегося у

пациента заболевания, а также повышающих риск возникновения нового. Эта составляющая непосредственно относится к КМП и напрямую зависит от уровня подготовки врача, использования современных диагностических и лечебных технологий, требует и соответствующей организации, в частности, установления критериев квалификации на конкретном рабочем месте в форме инструкций, лицензий, аккредитаций и обеспечения санитарно-гигиенических и метрологических требований.

8. Научно-технический уровень применяемых методов лечения, диагностики и профилактики позволит оценить степень полноты оказания помощи с учетом современных достижений в области медицинских знаний и технологий. Эта характеристика КОМП иногда включается в критерий адекватности.

В большинстве стран основными механизмами, обеспечивающими доступность и надлежащее качество медицинской помощи, являются нормативно-правовая база отрасли, регламентирующая оказание, управление и контроль медицинской помощи; стандартизация отрасли, осуществляемая посредством нормативно-технических документов, и система экспертизы. Очевидно, что организация и эффективное управление качеством организации медицинской помощи невозможно без создания нормативно-правовой базы, регламентирующей ее оказание на всех уровнях. Нормативно-правовая база отрасли — это система взаимосвязанных НПА от закона до нормативно-технического документа, обязательных к исполнению всеми медицинскими организациями независимо от формы собственности и регламентирующих правовые основы оказания медицинской помощи, ее качества, доступности и контроля. В каждой стране нормативно-правовая база отрасли формируется с учетом национальных традиций оказания медицинской помощи [6].

Качество медицинской помощи основывается на двух основных критериях: адекватности и максимальном выполнении всех требований технологии медицинского процесса. Общим для всех критериев оценки КМП во всех странах является минимизация ошибок путем стандартизации процессов оказания медицинской помощи. Другими словами, медицинская помощь надлежащего качества оказывается квалифицированным врачом в соответствии со стандартами медицинской помощи и выражается в отсутствии врачебных ошибок.

Анализ зарубежного опыта свидетельствует об эффективности использования медицинских стандартов в сфере медицинских услуг как нормативного обеспечения гарантий качества и основного ресурсосберегающего инструмента, обеспечивающего качество медицинской помощи и защиту прав пациентов. Стандарты выступают в качестве важнейшего научно обоснованного механизма, позволяющего принимать решения об общедоступности или ограничении доступности тех или иных медицинских вмешательств [6]. За последние 10–15 лет в экономически развитых странах созданы соответствующие отраслевые нормативно-правовые базы и организационные структуры, обеспечивающие деятельность учреждений здравоохранения и медицинских работников в рамках профессиональных стандартов и доказательной медицины [7].

Таким образом, стандарт медицинской помощи — это нормативный документ, устанавливающий требования к процессу оказания медицинской помощи при конкретном виде патологии с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретной системы медицинской помощи, обеспечивающий ее надлежащее качество [8].

Обязательным условием и основным механизмом оценки и контроля КМП в Республике Казахстан является экспертиза, которая проводится на различных уровнях системы здравоохранения и регламентируется специальными НПА. Следует отметить, что в идеале любая экспертиза должна быть направлена не только на исключение или выявление врачебной ошибки и дефектов оказания медицинской помощи, но и на выявление лучших вариантов процесса лечения в целях последующего их тиражирования.

В медицинской и юридической литературе содержится более 60 определений медицинской ошибки, в то время как в законодательных актах многих стран это понятие отсутствует. В интегрированном виде медицинская ошибка — это причинение вреда здоровью или жизни пациента, вызванное ошибочным действием или бездействием медицинского работника, характеризующееся его добросовестным заблуждением при надлежащем отношении к профессиональным обязанностям отсутствием признаков умысла, халатности, небрежности или неосторожности. Другими словами, под врачебной ошибкой понимают добросовестное заблуждение врача, ос-

нованное на несовершенстве медицинской науки и ее методов, или результат атипичного течения заболевания либо недостаточности подготовки врача, если при этом обнаруживаются элементы халатности, невнимательности или медицинского невежества [8].

Различают субъективные и объективные причины медицинских ошибок. К субъективным причинам относят недоучет или переоценку клинических, лабораторных и анамнестических данных, заключений консультантов, недостаточную квалификацию врача, неполноценной (или) запоздалое обследование больного, недооценку тяжести его состояния. К объективным причинам относят кратковременность пребывания пациента в клинике или позднюю его госпитализацию, тяжесть состояния больного, сложность диагностики из-за атипичности течения болезни и недостаточности сведений о патологическом процессе, недостаток материальных ресурсов и лекарственных средств.

Под дефектом оказания медицинской помощи понимают ненадлежащее осуществление диагностики, лечения больного, организации процесса оказания медпомощи, которое привело или могло привести к неблагоприятному исходу медицинского вмешательства. Ближким и идентичным понятием по отношению к дефектам оказания МП является ятрогения. Ятрогения (ятрогенная патология) — это дефект оказания медицинской помощи, выраженный в виде нового заболевания или патологического процесса, возникшего в результате как правомерного, так и неправомерного осуществления профилактических, диагностических, реанимационных, лечебных и реабилитационных медицинских мероприятий (манипуляций).

Различают следующие дефекты медицинской помощи, являющиеся прямым следствием медицинского вмешательства: умышленные ятрогении — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с умышленным преступлением; неосторожные ятрогении — дефекты оказания медицинской помощи, содержащие признаки неосторожного преступления; ошибочные ятрогении — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с добросовестным заблуждением медицинского работника, не содержащие признаков умысла или неосторожности; случайные ятрогении (несчастный случай) — дефекты оказания медицинской помощи, связанные с непредвиденным стечением обстоятельств, при правомерных действиях медицинских работников.

Согласно данным международной статистики, к наиболее существенным причинам дефектов работы врачей относят недостаточную квалификацию медицинских работников, неполноценное обследование пациентов, невнимательное отношение к больному, недостаток организации лечебного процесса, недооценку тяжести состояния больного. Дефекты организации медицинской помощи составляют не менее 20% всех причин дефектов КМП. По данным Американской ассоциации врачей, ежегодно в США по вине медицинских работников умирают более 200 тыс. человек. Приблизительно такое же количество людей умирает от неправильного назначения или побочных действий лекарств. От 3 до 5% поступлений больных в стационары вызвано побочными эффектами лекарственных средств, что в десятки раз больше, чем вследствие ошибок хирургов [9].

Экспертиза КМП проводится путем выявления дефектов ее оказания, для доказательства которых изучается, прежде всего, лицензионная деятельность учреждения и соблюдение стандартов оказания медицинской помощи. Основные методы экспертизы — изучение мнения коллег-экспертов и сравнение медицинской деятельности учреждения с мировой практикой с использованием стандартов на основе принципов доказательной медицины. Н.И. Вишняков и соавт. (1997 г.) предлагают выделять три основных звена системы экспертизы и контроля КМП: со стороны производителя медицинских услуг (внутренний контроль качества); со стороны потребителя медицинских услуг (потребительский контроль качества); со стороны организаций, независимых от потребителей и производителей медицинских услуг (внешний контроль качества) [10].

Кроме этих видов экспертизы КМП во многих странах эффективно действует система предупредительного контроля, которая является дополнительным механизмом обеспечения надлежащего качества медицинской помощи. В РК, например, предупредительный контроль осуществляется лицензионно-аккредитационной комиссией перед проведением лицензирования и аккредитации медицинского учреждения или физического лица. Цель данного контроля — оценка возможностей медицинского учреждения или физического лица оказывать заявленные виды медицинской помощи, а также соответствия их деятельности установленным стандартам.

Управление качеством — это создание специального технологического процесса, обеспечи-

вающего соблюдение определенных требований и норм. Отклонение от технологических условий (или то, что называют дефектами оказания медицинской помощи) зависит не только от исполнителей, но и от системы, в которой они работают. Каждая страна использует свою методологию управления качеством в здравоохранении, узаконенную в национальных и международных НПА.

Таким образом, суть концепции управления качеством медицинского обслуживания должна заключаться в принятии управленческих решений на основе анализа целевых показателей деятельности, которые имеют многоступенчатую структуру и формируются по принципу «дерева целей» для системы здравоохранения в целом, каждого вида деятельности, отдельно взятой медицинской организации, ее подразделения, медицинских работников. Система показателей разрабатывается в каждой организации и отражает ее специфику и приоритеты. Для этого в учреждении формируется оптимальная организационная структура, в наибольшей степени приспособленная к решению стратегических задач и реализации функциональных стратегий. Особое место занимает оценка ресурсного обеспечения, поэтому важным моментом в сфере улучшения качества и минимизации затрат является оценка так называемой функции потерь.

Считается, что повышение качества медицинского обслуживания неизбежно требует дополнительных затрат времени, усилий и ресурсов. Однако привлечение дополнительных ресурсов вовсе не гарантирует повышение качества медицинского обслуживания. В то же время «выравниванию» качества и минимизации расходов может способствовать внедрение стандартов. В частности, повышение КМП способствует росту эффективности ее оказания, сокращению сроков лечения, снижению частоты повторных госпитализаций и осложнений, что существенно уменьшает расходы на здравоохранение.

Разработка непрерывно обновляющихся стандартов в сфере медицины во всем мире осуществляется на основе баланса «затраты/эффективность», исходя из реальной ситуации, поэтому клинико-экономические исследования являются важнейшей составляющей современной системы контроля качества медицинского обслуживания, определяющей тенденции развития рынка медицинских услуг и позволяющей оптимизировать планирование ресурсного обеспечения здравоохранения.

С развитием доказательной медицины становится очевидным, что многие клинические и организационные аспекты оказания медицинской помощи требуют пересмотра законодательных и регулирующих механизмов. В первую очередь необходима многоуровневая система управления, оценки и мониторинга качества и экспертизы медицинской помощи, увязанная с системой мониторинга ресурсов, затрачиваемых на ее оказание, в качестве которой может выступать система национальных счетов [10].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для ВУЗов /ЮЛ. Лисицын. – М.: ГЭОТАР-МЕД., 2002. – 287 с.
2. Татарников М.А., Вялкова Г.М., Глухова Г.А. Оценка удовлетворенности потребителей медицинских услуг в системе управления здравоохранением // Экономика здравоохранения. 2011. № 155. С. 29-35.
3. Мартынич С.А., Полесский В.А., Лелеко В.В., Соколова О.В., Мартынич Е.А., Запороженко В.Г. Затраты на качество медицинской помощи: вопросы управления // Экономика здравоохранения. 2008. № 3. С. 5-17.
4. Обеспечение качества медицинской помощи с использованием подходов доказательной медицины / Под. ред. А.М. Таранова, О.В. Андреевой. – М.: ФОМС, 2003. – 275 с.
5. Стародубов В.И. Обоснование необходимости повышения структурной эффективности отрасли здравоохранения // Менеджер здравоохранения. – 2004. – №6. – С.4-9.
6. Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования государственной системы здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 2007. – №11. – С. 73-76.
7. Эдлинский И.Б. Контроль качества медицинской помощи в системе здравоохранения // Заместитель главного врача. – 2007. – №5. – С. 114-117.
8. Вахитов Ш.М., Блохина М.В. Качество медицинской помощи как актуальная социальная проблема // Общественное здоровье и здравоохранение. 2005. № 1-2. С. 83-85.
9. Ушаков И.В. Новые подходы к управлению качеством медицинской помощи // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. 2006. № 1. С. 86-89.
10. Каширин А.К. Управление качеством медицинской помощи: современные подходы // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. 2006. № 3. С. 65-67.

УДК 614.2:331.108-005.962

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ГОСУДАРСТВЕННОМ КАЗЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Қ.Т. БЕРДІҚҰЛОВ

ГКП «Казыгуртская центральная больница», г. Алматы

Резюме

Основой успешной деятельности медицинской организации является выбор наиболее эффективных методов управления по отношению ко многим составляющим медицинской деятельности, в том числе и к экономическим ресурсам.

Түйін

Медициналық ұйым қызметінің негізгі жетістігі медициналық қызметке, соның ішінде экономикалық қорларға қатысты басқарудың аса тиімді әдістерін таңдау болып табылады.

Summary

Basis of successful activity of the medical organization is the choice of the most effective methods of management on the relation to many components of medical activity, including to economic resources.

Переход к рыночной системе хозяйствования, обусловил соответствующие изменения и в системе здравоохранения - повышение роли экономических методов управления, как в масштабах всей экономической системы, так и на уровне отрасли, отдельного предприятия.

Система здравоохранения занимает особое место в народном хозяйстве, поскольку производит нематериальные блага — медицинские услуги.

Несмотря на то, что здоровье не относится к товарно-денежным категориям и не представляет собой товар, на его сохранение, укрепление,

восстановление государству приходится затрачивать огромные ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его в опосредованной форме как категорию экономической.

Основой успешной деятельности ОЗ является выбор наиболее эффективных методов управления по отношению ко многим составляющим медицинской деятельности, в том числе и к экономическим ресурсам. В данных условиях особую актуальность приобретает предпринимательская деятельность в здравоохранении, как самостоятельная, инициативная хозяйственно-финансовая деятельность, направленная на получение прибыли, осуществляемая от своего имени на собственный риск и под свою личную имущественную ответственность или от имени и под имущественную ответственность юридического лица.

Нами проведены собственные исследования по экономическим аспектам управленческой деятельности в здравоохранении на примере государственного коммунального казенного предприятия.

В соответствии с ГК РК государственное учреждение является некоммерческой организацией, которая не имеет в качестве цели извлечение дохода, создается государством, в соответствии с законодательством и содержится только за счет государственного бюджета или бюджета (сметы расходов) Национального Банка Республики Казахстан.

В свою очередь, государственное предприятие (как казенное, так и основанное на праве хозяйственного ведения) является коммерческой организацией и создается по решению Правительства или Национального Банка Республики Казахстан, местного исполнительного органа⁴.

В отличие от государственного учреждения государственные предприятия не финансируются государственным бюджетом, а получают деньги в результате исполнения обязательств в рамках договора государственного заказа, при этом выполнение государственного заказа является обязательным для предприятия, или от реализации услуг (продуктов) собственного производства третьим лицам.

Как показал анализ литературных источников, плановое финансирование государственных учреждений с жесткими лимитами расходов и нормативами затрат, а также длительность процедур внесения изменений в план финансирования практически полностью исключает применение экономических механизмов стимулирования за выполненный объем и качество услуг. В то вре-

мя как, казенные предприятия, находясь в более «благоприятных» экономических условиях, чем государственные учреждения однако, ограничены в самостоятельном определении штатной численности, размерах и формах оплаты труда, которые устанавливаются органом государственного управления, что также ограничивает применение экономических механизмов стимулирования за выполненный объем и качество услуг.

Таким образом, предоставляемое право оперативного управления не обеспечивает в полной мере эффективного управления организациями здравоохранения и не позволяет внедрять не только новые методы финансирования, но и применять меры экономического стимулирования.

В условиях рынка высокий уровень управленческой самостоятельности поставщиков медицинской помощи является неотъемлемым атрибутом современной, конкурентоспособной и высокоэффективной системы здравоохранения. В таких условиях, излишняя регламентация и необходимость согласования административных действий с вышестоящей организацией или органом управления, приводит лишь к формальному соблюдению бюрократических процедур, а не на достижение результата оптимальным образом. Для достижения конкретных целей (контроль стоимости, эффективное использование ресурсов и более высокое качество), стоящих перед системами здравоохранения всех стран, и Казахстана в том числе, поставщикам медицинской помощи необходимо обладать большей гибкостью в организационном, кадровом и финансовом аспектах предоставления услуг.

Низкий уровень самостоятельности поставщиков медицинских услуг также способствует росту теневой экономики в системе здравоохранения. Так, по данным Всемирного Банка «теневая экономика получает широкое распространение обычно в странах с чрезмерной бюрократизацией правил хозяйственной жизни». Это обусловлено несколькими факторами, в том числе невозможностью оперативно перераспределять ресурсы, что вынуждает поставщиков компенсировать определенные затраты за счет потребителя, а не за счет внутреннего перераспределения, а также ограниченной возможностью по материальному стимулированию врачей, которые предоставляют качественные услуги на хорошем уровне.

К оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) согласно законодательству республики, могут привлекать-

ся поставщики медицинских услуг как государственной, так и частной формы собственности. Порядок использования бюджетных средств полученных за оказание ГОБМП частными организациями, законодательно, не регламентируется, за исключением уплаты налогов и обязательных платежей в бюджет, что значительно расширяет возможности применения стимулирующих механизмов для мотивации труда и оперативного решения приоритетов затрат.

В свою очередь государственные субъекты здравоохранения функционируют в организационно-правовых формах государственных учреждений и государственных предприятий и имеют особенности в финансово-хозяйственной деятельности, как на этапе планирования, так и в процессе использования бюджетных средств.

Анализ законодательства показал наличие иных организационно-правовых форм создающих условия максимальной самостоятельности го-

сударственных субъектов здравоохранения (акционерные общества, хозяйственные товарищества), однако форсированная реорганизация субъектов здравоохранения в условиях недостатка профессиональных менеджеров, и вывод объектов государственной собственности в «частный» оборот может привести к неоднозначным последствиям.

Оптимальным, на данном этапе, способом повышения самостоятельности государственных субъектов здравоохранения является их реорганизация в государственные предприятия на праве хозяйственного ведения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лебедев А.А., Лисицын Ю.П. Новые подходы в моделировании взаимоотношений различных субъектов здравоохранения в условиях рыночной экономики переходного периода (или о применении маркетинговой стратегии в реформировании здравоохранения) // Экономика здравоохранения — 1996. № 5. - С.5-14.

УДК 641.3:613.9(075)

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Қ.Т. БЕРДІҚҰЛОВ

ГКП «Казыгуртская центральная больница», Южно-Казахстанская область

Резюме

В статье рассматриваются основные принципы законодательного регулирования системы здравоохранения Республики Казахстан.

Түйін

Мақалада Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесін реттеуші негізгі заңнамалық ұстанымдары қарастырылған.

Summary

In article it is considered the basic principles of legislative regulation of health system of the Republic of Kazakhstan.

Система правового обеспечения охраны здоровья граждан Республики Казахстан включает следующие основополагающие акты: Конституция Республики Казахстан; указы Президента Республики Казахстана, имеющие силу закона; законы Республики Казахстан; постановления Парламента Республики Казахстан; постановле-

ния Правительства Республики Казахстан; нормативные акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан (приказы, положения, инструкции и др.)

Функционирование системы здравоохранения Республики Казахстан обеспечивается законодательными документами, основным из которых

является Конституция Республики Казахстан (30 августа 1995 г.). Статья 29 Конституции Республики Казахстан гласит:

1. Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья.

2. Граждане Республики Казахстан вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом.

3. Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.

Каждый гражданин Республики Казахстан наделен этим правом от рождения. Оно закреплено за ним пожизненно и принадлежит ему постоянно, пока он является гражданином Республики Казахстан. Право на охрану здоровья относится к социальным правам, которые могут быть реализованы только при участии государства. И государство, закрепляя в Конституции Республики Казахстан право на охрану здоровья, возлагает на себя обязанности по обеспечению их реализации, включая оказание медицинской помощи в гарантированном объеме за счет средств республиканского и местного бюджетов.

Помимо статьи 29, гражданин Республики Казахстан обладает многими другими правами, имеющими непосредственное отношение к его здоровью: право на жизнь (ст. 15), право на личную свободу (ст. 16), право на неприкосновенность достоинства человека (ст. 17), право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и достоинства (ст. 18), право на свободу труда (ст. 24), включая право на отдых (ст. 24, п. 4), право на жилище (ст. 25), право быть собственником (ст. 26), право на благоприятную для жизни и здоровья окружающую среду (ст. 31), право на социальное обеспечение по возрасту, в случае болезни, инвалидности, потери кормильца (ст. 28), право родителей на заботу о детях и их воспитание (ст. 27), право на образование (ст. 30) и др. Помимо прав и свобод, закрепленных Конституцией, гражданин Республики Казахстан в свою очередь обязан соблюдать Конституцию и законодательство РК, уважать права, свободы, честь и достоинство других лиц (ст. 34).

Охрана здоровья населения выходит за рамки компетенции сугубо системы здравоохранения. В этой связи, деятельность по охране здоровья населения охватывает многие отрасли казахстан-

ского права: административное, гражданское, земельное, муниципальное, семейное, трудовое, уголовное, экологическое право.

Стратегия «Казахстан – 2030» «Процветание, безопасность, и улучшение благосостояния всех казахстанцев» включает долгосрочный приоритет 4. «Здоровье, образование и благополучие граждан». Стратегия в реализации этой цели состоит из следующих компонентов: предотвращение заболеваний и стимулирование здорового образа жизни, борьба с наркоманией и наркобизнесом, сокращение потребления алкоголя и табака, улучшение здоровья женщин и детей, охрана здоровья матери и ребенка, улучшение качества питания, чистота окружающей среды и экологии, обеспечение чистой питьевой водой, соблюдение правил гигиены санитарии.

Последующие ежегодные послания Президента Республики Казахстан народу также включают разделы по совершенствованию системы здравоохранения, в их числе поручения по повышению результативности и повышению качества медицинских услуг; строительству 100 больниц с использованием механизма государственно-частного партнерства; переходу на международные стандарты, включая международные стандарты обучения, аттестации и подготовки врачей и медицинских работников; оплате труда медицинских работников в зависимости от конечного результата труда с учетом его качества, объема и сложности оказываемой медицинской помощи, а также уровня квалификации; повышению заработной платы работникам бюджетной сферы с поэтапным ее приближением к 2-кратному уровню к 2012 г. и др.

В целях реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и обеспечения гарантий их соблюдения в Республике Казахстан принимались многие законы, которые в последующем сформировали основу Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года. Лейтмотивом принятия Кодекса, который заменил собой 11 законов, регламентирующих медицинскую сферу, явилось создание условий для максимального закрепления права граждан на охрану здоровья, повышения статуса национальной медицины, приведения отечественного законодательства в области здравоохранения в соответствие международным стандартам.

На основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здра-

вохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.

В Программе предусмотрены меры по законодательному, инвестиционному, структурному, экономическому и кадровому обеспечению выполнения планируемых мероприятий с учетом межведомственного и межсекторального взаимодействия. Предусматривается адаптация отрасли к рыночным отношениям: развитие многоукладности форм собственности, создание рынка медицинских услуг, конкурентных отношений среди медицинских организаций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 г.
2. Назарбаев Н.А. Послание Президента страны народу Казахстана «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев». – Алматы, 1999. – 67 с.
3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г.
4. О здравоохранении в Республике Казахстан: Основные законодательные акты. – Алматы: ЮРИСТ, 2004. – 182 с.
5. Сагиндыкова А.Н. Конституционно-правовые проблемы охраны здоровья граждан в Республике Казахстан. – Алматы, 1997. – 167 с.
6. Государственная программа «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, от 29 ноября 2010 года.

УДК 616.89-008.441.13-08

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Г.К. АЛТЫБАЕВА

Государственный медицинский университет, г. Семей

Резюме

Психические расстройства являются повсеместной проблемой, наносящей большой ущерб обществу, экономике, благополучию самих лиц, страдающих психическими расстройствами и их семей.

Түйін

Психикалық бұзылыстар қоғамға, экономикаға, психикалық бұзылыстары бар науқастардың және олардың отбасыларының салауаттылығына үлкен шығын әкелетін маңызды мәселелердің бірі болып табылады.

Summary

Mental disorders are the universal problem causing big damage to society, economy, wellbeing of the persons having mental disorders and their families

Психические расстройства являются повсеместной проблемой, наносящей большой ущерб обществу, экономике, благополучию самих лиц, страдающих психическими расстройствами и их семей.

Всемирная организация здравоохранения предложила свою модель организации психиатрической помощи, представленную в пирамиде

услуг для лиц с психическими расстройствами. Пирамида предлагает оптимальную комбинацию услуг, ключевым компонентом которой является первичная медико-санитарная помощь с интегрированными в нее психиатрическими услугами. Интегрированная в первичную психиатрическую помощь поддерживается другими уровнями медицинской помощи и ухода. Модель, пред-

лагаемая ВОЗ, основана на принципиальном положении, что ни одна система психиатрической помощи не сможет удовлетворить все потребности населения в ней. Поддержка, наблюдение, сотрудничество, обмен информацией и просвещение на всех уровнях медицинской помощи являются необходимыми компонентами любой системы.

Данная модель имеет несколько достоинств. Во-первых, интеграция психиатрической помощи в систему ПМСП улучшит доступ к психиатрическим услугам, необходимым людям. Во-вторых, повысится географическая доступность, поскольку вследствие интеграции люди смогут получать такую помощь ближе к их дому. Несмотря на то, что расстояния до поликлиник все еще являются проблемой во многих регионах Казахстана, все же первичная медицинская помощь намного более географически доступна, чем специализированные психиатрические услуги.

Интегрированные услуги в рамках первичной помощи также способствуют процессу укрепления здоровья. Например, вмешательства со стороны ПМСП, направленные на коррекцию внутрисемейных отношений, положительно сказываются на эмоциональном, социальном, познавательном и физическом развитии детей. Что же касается пожилых людей, то владение навыками психотерапии участковым терапевтом может сгладить многие острые и психотравмирующие моменты, возникающие в процессе оказания помощи пожилым людям и тем самым снизить возможный риск стресса, связанного с ухудшением физического здоровья.

Специалисты ПМСП имеют хорошую возможность просвещать членов семьи больных в процессе рутинной клинической работы. Члены семьи, обеспечивающие уход за больными, смогут значительно улучшить качество жизни больных и повысить результативность лечения, если будут понимать природу и особенности определенного психического расстройства и того, какие меры необходимо принимать в определенных обстоятельствах.

Комплексная первичная помощь также способствует ранней диагностике и лечению расстройств и при необходимости исполняет роль пункта приема и перенаправления в специализированные медицинские учреждения психического здоровья. К тому же сотрудничество с другими секторами становится более реализуемым и эффективным на первичном уровне.

Первичная помощь при психических расстройствах имеет потенциал минимизировать стигматизацию и самостигматизацию лиц с психическими болезнями, а также преодолевать психологический барьер при обращении за психиатрической помощью. Во-первых, лица с психическими расстройствами принимают лечение так же, как и лица с соматическими расстройствами. Они стоят с тех же очередях, лечатся у тех же врачей и встречают тот же медицинский персонал, что и все остальные. Это важно как для восприятия этими людьми своих расстройств, так и для правильного восприятия этих расстройств членами их семей, друзьями, другими членами сообщества и само собой специалистами. К тому же посещение терапевта или семейного врача для многих людей психологически легче, чем посещение психиатра или психотерапевта.

Первичные медицинские услуги, как правило, являются наиболее приемлемым в финансовом плане вариантом, как для отдельных лиц, так и для правительства. Вследствие интеграции психиатрической помощи в систему ПМСП, люди с психическими расстройствами и их семьи смогут избежать не прямых затрат, связанных с поиском специалистов и отдаленным расположением соответствующих учреждений. Чем дальше нужно ехать за помощью, тем дороже становится эта помощь, и этот фактор является основной причиной того, что люди отказываются от участия в программах здравоохранения. Местные психиатрические услуги также означают, что больные и их семьи смогут продолжать свои ежедневные занятия и не терять источники дохода. Разумеется, первичная медицинская помощь намного дешевле обходится правительству. Персонал, оборудование и помещение первичного звена всегда требуют меньших финансовых затрат, чем учреждения специализированного и высокоспециализированного уровня.

Депрессивные и тревожные расстройства лечатся в первичном звене на самом высоком стоимости-эффективном уровне, а лечение шизофрении и биполярных расстройств в первичном звене, по оценкам, менее затратные, чем стационарное лечение.

Уже было сказано, что первичная медицинская помощь лицам с психическими расстройствами способствует лучшим результатам лечения. Большое количество исследований показали, что психические расстройства можно успешно ле-

чить, что первичная служба производит хорошие результаты лечения. Доказательства эффективности такого лечения были собраны в разных странах с разными социально-экономическими условиями. Исследования свидетельствуют о том, что с хорошей подготовкой и поддержкой со стороны узких специалистов, работники ПМСП могут успешно опознавать и диагностировать целый ряд психических расстройств и лечить такие распространенные проблемы здоровья как тревожность и депрессия[1].

Результаты проведенного исследования распространенности депрессивных и тревожных симптомов среди лиц старшего возраста, обратившихся в поликлиники, выявил наличие тех или иных форм депрессивных и тревожных синдромов у почти 50%. Необходимо также учесть, что пожилые люди являются активными потребителями поликлинических услуг, и большая часть из них обращается к терапевту. Следует принять во внимание, что лишь малая часть тех, кто ис-

пытывает психологический дискомфорт, обращаются к психотерапевту. Отсюда вытекает необходимость расширения функций терапевтов и включения в них психотерапевтических услуг, поскольку люди очевидно чувствуют себя более комфортно, обращаясь за помощью к терапевту.

Таким образом, профессиональные навыки психолога и психотерапевта будут, которыми будет владеть терапевт или врач общей практики будет способствовать выявлению этих расстройств на первичном уровне, более эффективному лечению физических недугов, лучшим результатам лечения большей удовлетворенности медицинским обслуживанием пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Джуланова К.Н., Балмахаева Р.М., Калмаханов С.Б. О некоторых аспектах качества жизни населения Республики Казахстан на современном этапе//Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2005. - №35. – С. 69-72.

УДК 614.212.470-571.3

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ В РЫНОЧНЫХ УСЛОВИЯХ

Г.А. ШАРИПОВА

КГКП «Поликлиника № 2 смешанного типа», г. Семей

Резюме

Оптимизация системы здравоохранения, поиск наиболее эффективных моделей организаций здравоохранения является актуальной задачей современного государства.

Түйін

Денсаулық сақтау жүйесін оңтайландыру, денсаулық сақтау ұйымдарының ең тиімді үлгілерін іздестіру заманауи мемлекеттің өзекті міндеті болып табылады.

Summary

Optimizing the health care system, finding the most effective models of health care is an important task of the modern state.

Ежегодное увеличение бюджетных средств в РК, направляемых в сферу здравоохранения, находит свое отражение в основных показателях здоровья населения. Отмечается развитие стационарозамещающих технологий. В настоящее время в 50 организациях здравоохранения внедрена Единая информационная система здравоохра-

нения (далее – ЕИСЗ).

В республике продолжается переход на новый государственный норматив сети организаций здравоохранения.

Вместе с тем в секторе здравоохранения имеется ряд фундаментальных проблем. Так, отрасль здравоохранения нуждается в дополнительных

вложениях, особенно в развитие первичной медико-санитарной помощи. Финансирование гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, несмотря на ежегодное увеличение, также нуждается в дополнительных средствах.

Ключевые проблемы связаны не только с недостатком ресурсов, но и с низкой эффективностью их использования, то есть на сегодняшний день управление и финансирование здравоохранения ориентировано на поддержание мощности сети, а не на ее эффективность. Недостаточно используются эффективные механизмы финансирования ПМСП ввиду отсутствия финансирования на стимулирующие выплаты (44%); несовершенства нормативной правовой базы, отсутствия юридических механизмов (25%); слабой подготовки менеджеров здравоохранения (6%).

Кроме того, необъективная система тарифообразования, низкая самостоятельность государственных организаций здравоохранения и отсутствие квалифицированных менеджеров существенно тормозят развитие конкурентоспособности поставщиков медицинских услуг.

Сохраняются неравномерный доступ к медицинским услугам и низкое качество медицинских услуг. Так, несмотря на то, что более 40% населения Казахстана составляют сельчане, в настоящее время инфраструктура здравоохранения сконцентрирована в мегаполисах, в частности, в городах Астане и Алматы. Это значительно затрудняет доступ пациентов из различных регионов страны к качественным и высокотехнологичным медицинским услугам. Соответственно вопросы регионального здравоохранения требуют особого внимания, поэтому одной из задач Госпрограммы является региональное выравнивание финансирования медицинской помощи, которое позволит обеспечить равный справедливый доступ казахстанцев к качественной и высокотехнологичной медицинской помощи. В

настоящее время проблемными остаются вопросы, связанные с недостаточным уровнем материально-технического обеспечения медицинских организаций.

Наряду с этим слабо развиваются общеврачебная практика в первичном звене здравоохранения и здоровье, сберегающие технологии в профилактической работе с населением.

Кроме того, отмечается несоответствие нормативных требований с финансовым обеспечением. Из-за отсутствия бюджета не реализуется Закон Республики Казахстан «О специальных социальных услугах».

Несмотря на активное внедрение ЕИСЗ на сегодняшний день сохраняется недостаточный уровень информационно-коммуникационной инфраструктуры в здравоохранении, низкий уровень компьютерной грамотности среди медицинского персонала и отсутствие автоматизации лечебно-профилактического процесса.

Таким образом, несмотря на предпринятые меры, основными проблемами в области здравоохранения Казахстана остаются качество подготовки кадров, уровень квалификации работающих специалистов, дефицит персонала, оказывающего ПМСП, чрезмерная концентрация медицинских работников в крупных городах, дисбаланс численности медицинских работников, получивших высшее и среднее профессиональное медицинское образование, отсутствие мотивационных стимулов к работе и недостаточная социальная защищенность работников здравоохранения, низкая конкурентоспособность научных исследований, отсутствие инновационных достижений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Экономика и управление здравоохранением: Учебник/ Л. Ю. Трушкина и др. – Изд. 4 –е. Ростов – на – Дону: Феникс, 2005. – 384с.

УДК: 616-006-084:613.2.03

РОЛЬ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Н.Т. УТЕМБАЕВА

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

Резюме

В профилактике онкологических заболеваний важна роль здорового питания организованного и снабженного основными питательными веществами обладающие антиканцерогенным действием. Суточная потребность в витаминах и микро- макроэлементах должна быть сбалансирована. В профилактике рака также необходимо ограничение потребления жира, избыточной высококалорийной пищи.

Түйін

Онкологиялық ауруларын алдын алу жұмысында антиканцерогендік әсері бар негізгі нәрлі заттардан тұратын ұйымдастырылған сау тамақтанудың рөлі маңызды. Витаминдер мен макро- және микроэлементтер тәуліктік қажеттілігінде балансты болуы керек. Сонымен бірге онкологиялық ауруларын алдын алу жұмысында май мен мол жоғары калориялы тағамдарды тұтынуын шектеу керек.

Summary

In cancer prevention important role of healthy food organized and equipped with the basic nutrients have anti-cancer effects. The daily requirement of vitamins and micro-macronutrients should be balanced. In the prevention of cancer is also necessary to limit fat intake, excessive high-calorie foods.

В системе здравоохранения усиление профилактической медицины и борьба за здоровый образ жизни призваны обеспечить коренное преобразование модели здравоохранения по трем основным направлениям — сохранение здоровья, укрепление здоровья и развитие здоровья [1,2,3].

Для Республики Казахстан актуальной проблемой являются онкологические заболевания, в развитии которых важную роль играют социальные условия, модели поведения, снижение иммунитета, и такие факторы, как нерациональное питание, низкая физическая активность и др. [4,7].

Частота онкологических заболеваний растет. Наряду с этим, выросла стоимость скрининговых исследований, терапевтического и хирургического лечения, а также паллиативных мер помощи больным страдающими онкологическими болезнями [4,5,7]. С возрастом снижение иммунитета, иммунодефицит способствует нарушению обмена веществ. Возрастное повышение содержания в крови холестерина способствует развитию атеросклероза сосудов, а снижение иммунитета повышает риск возникновения и развития рака [5].

Необходимым способом противораковой борьбы на международном уровне является профилактика, направленная на исключение возникновения и развития рака [4,5,6,7,8].

Нами проведен анализ литературных данных и определены следующие мероприятия, направленные на профилактику онкологических заболеваний:

- борьбу с курением направленную на укрепление здоровья и снижение риска рака легкого можно рассматривать как первичную профилактику;
- с целью снижения онкологического риска необходимо проводить профилактику других болезней: атеросклероз, ожирение, гипертония, инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет;
- увеличить в рационе долю фруктов и овощей, ограничить использование продуктов животного происхождения;
- совершенствовать пропаганду основ здорового питания и сохранения приемлемой двигательной активности [2,4,5,6,7,8].

Для полноценного усвоения пищи и жизнедеятельности организма необходимо не только снабжение основными питательными веществами, но и сбалансированность между ними.

Формула сбалансированного питания выглядит так: 57-59 % калорий ежедневного рациона должны составлять углеводы (овощи, фрукты, злаки), 11-13 % белки, и 30 % жиры.

Говоря о сбалансированном рационе необходимо отметить о 4-х важных законах здорового питания:

1-й — закон соответствия энергозатрат организма и энергетической ценности рациона, т.е. человек должен получать столько энергии сколько тратит;

2-й — химический состав рациона должен соответствовать физиологическим потребностям в пищевых веществах;

3-й — разнообразие пищи за счет использования различных продуктов;

4-й — санитарно-эпидемиологическая безупречность и безвредность пищи [5].

Научными исследованиями установлено, что для полноценного и сбалансированного питания нужно потреблять в сутки следующие продукты: витамины, макро- и микроэлементы обладающие антиканцерогенным действием [4,5,6,7,8].

Витамин С значительно снижает риск возникновения онкологических заболеваний. Витамин С содержится: в шиповнике, черной смородине, киви, облепихе, красном перце, пищевой зелени, капусте, клубнике, красной рябине, в цитрусовых и других овощах и фруктах. Суточная потребность в аскорбиновой кислоте составляет 75-100 мг (1 апельсин в день). Большие дозы витамина С принимать не следует, поскольку они вероятно могут способствовать развитию атеросклерозу.

Витамин D обладает антиканцерогенным действием. Витамин D содержится в рыбьем жире, морской рыбе, сливочном масле, яйцах и других продуктах. Суточная доза витамина D составляет для взрослых 5 мкг (200 МЕ), для грудных детей (профилактика рахита), беременных и кормящих женщин — 10 мкг (400 МЕ).

Суточная потребность в витамине B2 (рибофлавина) составляет 1,6 мг, в витамине PP (никотиновой кислоты) — 20 мг.

Витамин B6 (пиридоксин) содержится в печени, птице, морской рыбе, крупах, бобовых, отрубях злаковых и др. Суточная потребность в витамине B6 составляет 2,2 мг.

Витамин B9 (фолиевая кислота) содержится в печени, пищевой зелени, бобовых, отрубях зла-

ковых, пшенице. Суточная норма витамина B9 — 0,2 мг.

Витамин P содержится в черноплодной рябине, шиповнике, чернике, малине, землянике, черной и красной смородине, моркови, свекле, красном перце, темном винограде, вишне, сливе, абрикосах, персиках, яблоках, чае и кофе. В этих же продуктах и в красном вине содержатся биофлавоноиды, богатые антиканцерогенными веществами: эллаговой, таниновой, галловой кислотами, апигенином, кверцетином, гангертином, нобилетином и резвератролом [4,5,7,8].

Антиканцерогенным действием обладают также многие макро- и микроэлементы — кальций, калий, йод, цинк, селен, медь, магний, которые содержатся во многих продуктах.

В большом количестве кальций содержится в сыре, твороге и в других молочных продуктах, меньшее количество в пищевой зелени, рыбе, бобовых, орехах, яйцах и морской рыбе.

Калий содержится в овощах: (шпинат и щавель), в бобовых, картофеле, отрубях злаковых, фруктах (чернослив, абрикосы, курага, изюм, яблоки, бананы), в орехах, грибах, морской капусте, морской рыбе.

Йод содержится в морских водорослях, морской капусте, в морской рыбе и других морепродуктах, меньше фейхоа, черноплодной рябине [4,5,7].

Диетическая профилактика дает возможность уменьшить вероятность возникновения опухолей [4,5,6,7,8].

Антиканцерогенные пищевые вещества нейтрализуют канцерогены и стимулируют работу иммунной системы и другие защитные механизмы (таблица 1).

Если исходить из концепции, что не рак не болезнь, а степень нарушения естественной саморегуляции организма, то целенаправленная сбалансированная диета является эффективным методом ее восстановления, нормализации обменных процессов организма в целом.

Среди известных диет созданных для борьбы с опухолями в разные годы, наибольшего внимания заслуживает антираковая диета нидерландского врача Моэрмана, составленная из доступных продуктов. В отчете 1987 году было отмечено, что методом Моэрмана из 150 онкологических больных выздоровели 115 [5].

Таблица 1. Антиканцерогенные пищевые вещества

Антиканцерогенные вещества	Адекватный уровень потребления в сутки	Пищевые источники
Витамин А	1 мг (3300 МЕ)	Печень, рыбий жир, яйца, сливочное масло, молоко
Витамин Е	15 мг	Растительные масла, орехи, семечки, рыбий жир
Витамин D	2,5мкг (100МЕ)	Рыбий жир, яйца, печень, сливочное масло
Витамин С	70 мг	Ягоды, фрукты, овощи
Витамин В ₂	2 мг	Молочные продукты, яйца, зерновые продукты, рыба
Витамин В ₅	20 мг	Зерновые, бобовые, рыба
Витамин В ₆	2 мг	Зерновые, бобовые, орехи, рыба
Витамин В ₉	400 мкг	Бобовые, зелень, орехи, виноград, лимоны, печень
Калий	2500 мг	Отруби злаковых, сухофрукты, орехи, картофель, бананы, бобовые
Кальций	1250 мг	Молочные продукты, зелень, орехи, бобовые
Магний	400 мг	Орехи, семечки, отруби злаковых, крупы, бобовые, изюм
Цинк	12 мг	Печень, морепродукты, отруби злаковых, сыр, яйца, бобовые
Йод	150 мкг	Морские водоросли, морская рыба и другие морепродукты
Селен	70мкг	Отруби злаковых, зерновые, чеснок, морепродукты, мясные субпродукты
Медь	1 мг	Печень, морепродукты, отруби злаковых, орехи, какао
Глюкозинолаты	50 мг	Крестоцветные овощи: капуста, репа, редис, брюква, редька
Ингибиторы протеаз	не определен	Соя и другие бобовые
Каротиноиды	15 мг	Морковь, тыква, зелень, помидоры, абрикосы, облепиха, рябина
Метилксантины	35-50 мг	Чай, кофе, какао
Органические кислоты	500 мг	Ягоды, цитрусовые фрукты, мед, ревень, спаржа
Пищевые волокна	20 г	Отруби злаковых, бобовые, капуста, фрукты и овощи
ПНЖК омега-3 типа	1 г	Рыбий жир, рыба, морепродукты, льняное масло
Полифенольные соединения (флавоноиды)	85 мг	Ягоды, цитрусовые и другие фрукты, бобовые, орехи, кофе, какао, красный перец, яблоки, морковь, свекла, чай, красное вино
Сернистые соединения	4 мг	Чеснок, лук, черемша
Терпеновые соединения	5 мг	Цитрусовые фрукты, укроп, сельдерей, тмин, кардамон
Фитостерины	340 мг	Соя, бобовые, морковь, инжир, кориандр, помидоры, шиповник
Хлорофилл	100 мг	Зеленые листовые овощи, морские водоросли

Таблица 2. Рекомендуемое примерное меню метода Моэрмана

завтрак	сок из 2 апельсинов и 1 лимона, хлеб из муки грубого помола с маслом и сыром или овсянка с фруктами и обезжиренным молоком, травяной чай
второй завтрак	яблочный сок, смешанный с соком свеклы, фрукты
ленч	каша из нешлифованного риса или цельной крупы, овощи, приготовленные на пару, салат приправленный соком 1 лимона и салатным маслом холодного приготовления, фрукты
обед	1 или 2 яичных желтка, взбитых с 20 мл обезжиренного молока, стакан сока 1 грейпфрута, крекеры из муки грубого помола
ужин поздно вечером на ночь	суп из цельного гороха, сырые овощи, биойогурт, фрукты сок 1 лимона стакан теплого обезжиренного молока

Антираковая диета доктора Моэрмана включает в себя большое количество свежих овощей (зеленый горошек, картофель, петрушка, ревен, капуста квашеная), овощи желателно есть сырыми или тушеными на пару, фруктов (инжира, фиников и сладкого винограда), овощных и фруктовых соков, зерновых (хлеба, макарон и крекеров из грубого помола, нешлифованный рис, пшеничные, овсяные и ячменные отруби, пшеничные и кукурузные хлопья). Рекомендуются домашний и плавленый нежирный сыр, брынза, кефир, творог, нежирная сметана, йогурт, яичные желтки, пчелиный мед и зеленый чай.

Диета запрещает употребление мяса и животных жиров, рафинированного сахара, жирных сортов сыра, маргарина, химических искусственных консервантов и красителей, алкогольных напитков.

Формула противораковой диеты выглядит так: больше овощей, фруктов и злаков, меньше животных жиров, мяса и сладостей, т.е. избыточной высококалорийной пищи [4,5,7,8].

Всемирной организацией здравоохранения (2011) определены 10 продуктов побеждающих рак:

1. Брокколи, цветная капуста, кочанная капуста, брюссельская капуста, бок-чой, кресс-салат. Эти овощи желателно употреблять в сыром виде, или после непродолжительной обработки паром.

2. Соевые бобы и любые продукты, приготовленные из сои (тофу, темпех, мисо и соевый соус) предотвращают рост раковых клеток.

3. Чеснок и лук разных сортов снижает вероятность рака желудка.

4. Водоросли бурые содержит много селена, который является мощным антиоксидантом.

5. Орехи и семечки подавляют развитие рака.

6. Льняное и кунжутное семя, тыквенные и

подсолнуховые семечки подавляют развитие рака молочной железы, яичников и матки.

7. Грибы японские и китайские предотвращают рост раковых клеток.

8. Помидоры (томатный кетчуп или соус) содержат ликопен, мощный антиоксидант.

9. Рыба и яйца являются богатым источником омега-3 жирных кислот, угнетающих образование раковых клеток.

10. Цитрусовые фрукты (апельсин, мандарин, лимон, грейпфрут), темный виноград, клюква, клубника, малина, ежевика, черника и гранат замедляют рост раковых клеток [6].

Сегодня считается бесспорным, что ограничение потребления жира является эффективной мерой диетической профилактики рака. Критическим уровнем, повышающим риск рака, является содержание жира в пище более 32% от общей калорийности [4,5,8].

При увеличении в рационе жира до 40 % и более возрастает риск рака половых органов (матки, яичников, предстательной железы). Доказано, что включение в рацион овощей из семейства крестоцветных (различные виды капусты) снижает вероятность заболевания даже при большом потреблении жира. Однако не надо забывать, что при резком ограничении жиров в диете вероятность возникновения рака также возрастает.

Фактором онкологического риска является также низкий уровень холестерина в крови. При недостатке витамина А и каротинов в пище возможен рак мочевого пузыря, гортани и желудочно-кишечного тракта. Но избыток витамина А может оказать токсическое воздействие на организм, что исключено при наличии витамина Е. Витамин Е способен задерживать рост уже возникших опухолей, а при недостатке витамина Е патологический процесс ускоряется [4,5,7,8].

В научных исследованиях доказано, что избы-

Таблица 3. Содержание жира в продуктах на 100 г

Продукт	Жир в %	Жирность
колбасы сырокопченые, майонез, маргарин, масло (растительное, сливочное), мясо с жиром, орехи и семечки	>40	очень высокая
Гусь, колбасы полукопченые и вареные, пирожные, сливки и сметана, сардельки, сосиски, сыры, утка, халва, шоколад	20-40	высокая
Колбасы диетические, курица, сыры плавленные, творог жирный, рыба жирная (палтус, сайра, сельдь, семга, осетрина), икра, яйца	10-19	умеренная
Молоко, кефир, творог обычной жирности; мясо диетическое (телятина, кролик, цыпленок); печень и другие мясные субпродукты; рыба нежирная (горбуша, карп, килька, минтай, скумбрия, ставрида, форель)	3-9	низкая
Грибы, кальмары, креветки, лангусты, мидии, раки; каши крупяные; макароны; молоко, кефир, творог обезжиренные; овощи, фрукты и ягоды; рыба маложирная (окунь, судак, треска, хек, щука); хлеб	<3	очень низкая

Таблица 4. Содержание холестерина в продуктах на 100 г

Продукт	Холестерин в мг на 100 г
Яйца	570
Печень	270
Масло сливочное	210
Сыр жирный	160
Сметана жирная	130
Жир свиной, бараний и говяжий	100-110
Мясо: говядина, баранина, свинина	70-100
Мясо птицы	60-90
Мясо кролика	40
Рыба морская и речная	30-80
Творог жирный	60
Молоко, кефир, йогурт	10-12

ток и недостаток холестерина, содержащегося в продуктах животного происхождения, способствуют развитию злокачественных опухолей [4,5,8].

Рекомендации.

Диетопрофилактика должна сочетаться с физическими упражнениями, интенсивность и объем которых зависят от возраста больного, функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, наличия или отсутствия осложнений и сопутствующих заболеваний. Можно рекомендовать лечебную гимнастику, ходьбу, плавание, садоводство и огородничество. В дальнейшем рекомендуется проводить литературный поиск по вопросам здорового питания в профилактике онкологических заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих

первичную медико-санитарную помощь» от 17 февраля 2012 года № 89.

2. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Положение об организации и деятельности Школы здоровья по поведенческим факторам риска в организациях первичной медико-санитарной помощи» от 5 марта 2012 года № 146.

3. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» от 5 января 2011 года № 7.

4. Беспалов Б.Г. Питание и рак. Диетическая профилактика онкологических заболеваний. – М., 2008. . – 176 с.

5. Жвиташвили Ю.Б. Рак и питание. – Olma Media Group, 2002. . – 319 с.

6. Морозова С. 10 продуктов побеждающих рак // Аргументы и факты. – 2011.-www.aif.ru

7. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. – Алматы: Асем-Систем, 2010. – с.480.

8. Шрайбер Д.С. Антирак / Пер. Воликов А. Электронная библиотека онкологического портала . – 2009. – с.155.

УДК 613.84-084:614.39(574-25)

ПРОФИЛАКТИКА ТАБАКОКУРЕНИЯ В г. АЛМАТЫ

Г.Р. СУЛЕЙМЕНОВА

ГККП «Алматинский городской центр формирования здорового образа жизни», г. Алматы

Резюме

В статье идет речь о цифрах в реализации государственных программ направленных на борьбу с табаком в г. Алматы.

Summary

The article tells about the figures in the implementation of government programs aimed at tobacco control in Almaty.

Курение входит в тройку главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, почти в 30% случаев причиной инфаркта миокарда, инсульта является потребление табака. Курение также является причиной 90% рака легкого, который занимает лидирующее место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями. Табакокурение вызывает развитие и других злокачественных новообразований: гортани, ротоглотки, желудка, прямой кишки, шейки матки, молочной железы. В 85% случаев бронхо-легочная патология обусловлена курением.

С 2008г. в городе для решения наболевших проблем по профилактике табакокурения и формирования здорового образа жизни работала 2-я городская целевая программа «Алматы – город, свободный от табачного дыма на 2008-2011 годы. Азиада 2011», утвержденная решением Маслихата № 374 на заседании XXXI-й сессии Маслихата города Алматы III-го созыва 3 июля 2007г.

С целью формирования позитивного восприятия проводимых интервенций у населения, проводится большая **информационная кампания**. Так, ежегодно издаются и размещаются на основных улицах города билборды по профилактике табакокурения. Постоянно обновляется веб-сайт («almatysmokefree.kz») по освещению вопросов реализации Программы. Созданы документальный фильм и рекламные ролики по профилактике табакокурения, осуществлен пилотный показ фильма в кинотеатрах торгово-развлекательного центра: «Мега Алматы», к Всемирному дню борьбы с курением. В 4 раза, по сравнению с 2008г., увеличилось число ротации социальных видеороликов на местных телеканалах, обеспечено более 15 млн. показов и выходов на LED-проекторах (Банки, ЦОНЫ, налоговые инспекции) города. Во всех антитабачных центрах на постоянной

основе проводится показ разработанных видеоматериалов, общеобразовательные школы антитабачные центры, центры досуга обеспечены информационно-образовательными материалами и видеопродукцией. Каждое мероприятие антитабачной пропаганды сопровождается распространением информационно-образовательных материалов. Только за 2011-2012годы выпущено и распространено среди населения около 56 тыс. экз. плакатов, лифлетов, буклетов и листовок.

По примеру г. Алматы статьей 159 «Об ограничении и профилактике табакокурения и алкоголизма» Кодекса РК 18.09.2009г «О здоровье народа и системе здравоохранения» «Зонами свободными от курения» объявлены все общественные места города (это - все МО, учебные заведения, культурно-развлекательные места, городские общественные автотранспорты и т.д.). В г. Алматы созданы и функционируют Антитабачные центры в 32 медицинских организациях и 16 учебных заведениях и немедицинских организациях. В настоящее время курение запрещено во всех медицинских организациях. В коллективные и трудовые договора ряда медицинских организаций (Городской центр крови, детская стоматологическая поликлиника АГЦФ-ЗОЖ) внесены пункты запрета курения на рабочем месте (в случае не исполнения предусмотрено применение мер по привлечению к ответственности) и отказа от курения в пользу использования основных принципов здорового образа жизни.

Впервые в г. Алматы 2008 г организована и проведена 1-я международная конференция в с участием представителей стран ЦАРК, России и Польши и сегодня проводится уже 5-ая по счету научно-практическая конференция на тему: «Актуальные вопросы профилактики табакокурения».

Анализ выполнения Программы «Алматы - город, свободный от табачного дыма» показывает оп-

ределенные позитивные тенденции. Количество курящих среди взрослого населения г. Алматы снизилось с 2008 г. на 5,8%. (2008 – 31,0%, 2012 г. – 25,7% (за 6 мес.)). Количество курящих мед. работников к 2012 г. снизилось на 5%. На 11% увеличился уровень доступа медицинского персонала к методическому материалу по профилактике табакокурения и лечению табачной зависимости, почти в 2 раза увеличилось число респондентов, прошедших обучение по профилактике и прекращению курения. Уровень распространенности табакокурения среди учащихся 13-15 лет г. Алматы снизился на 5,0% с 14,8% до 9,8%. Уровень информированности подростков о вредном воздействии курения на организм увеличился на 14%. Количество курящих студентов сократилось с 25% до 20,5%, в 1,5 раза увеличилось количество студентов, обеспокоенных курением в общественных местах. В 1,5 раза уменьшилась доля курильщиков, тратящих на приобретение табачных изделий свыше 1000 тенге в неделю.

Алматы первый город Казахстана и стран СНГ, где предприняты конкретные действия, направленные на борьбу с табаком. ВОЗ официально включила г. Алматы в десятку городов «бездымную десятку», борющихся с табакокурением, наряду с такими городами, как Мекка, Медина и Ливерпуль. Высокую международную оценку и вхождение в город получил по результатам работы программы «Алматы – город, свободный от табачного дыма». Главным результатом эффективности реализации Программы стала позитивная динамика уровня заболеваемости населения города, болезнями, напрямую зависящими от этой смертельной привычки (заболеваемость рака легких сместилась с 1-го на 2-ю позицию среди онкологических заболеваний и т.д.). Только общими усилиями с общественностью, государственным и негосударственным сектором можно добиться последовательного снижения уровня распространения табакокурения.

УДК 614.2: 616.1

РОЛЬ ОТДЕЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.И. ГАЛАЕВА

Карагандинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Караганда

Резюме

В статье представлены материалы по организации мероприятий по профилактике хронических неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни на уровне ПМСП с учетом международного опыта.

Түйін

Мақалада БМСК деңгейінде халықаралық тәжірибені есепке ала отырып, созылмалы инфекциялық емес аурулардың алдын-алу және салауатты өмір салтын қалыптастыру шараларын ұйымдастыру жөнінде материал ұсынылған

Summary

The article presents information on the organization of activities for the prevention of chronic non-communicable diseases and health promotion at the PHS level, taking into account the international experience.

Хроническая неинфекционная заболеваемость (ХНЗ), в первую очередь, болезни системы кровообращения представляют собой наибольшую опасность для здоровья населения для всех стран, независимо от степени социально-экономической развитости [1]. По распространенности в структуре ХНЗ преобладают гипертония, сахарный диабет, хронические респираторные

заболеваний. Основной проблемой для многих стран является высокая смертность от ХНЗ, в т.ч. от болезней системы кровообращения (БСК). В тоже время эти заболевания управляемы при внедрении аспектов здорового питания, здорового образа жизни, правильной организации профилактических мероприятий [1,2,3].

В 70-80 гг. XX века смертность от болезней системы кровообращения в развитых странах Европы и в США составляла более 50%, такая же ситуация была и в бывшем Советском Союзе. Интенсивное внедрение национальных программ по профилактике БСК в течение 20-30 лет позволили странам зарубежья снизить показатель смертности до 30-36% [2,3]. Так, в Финляндии в 1969 году был запущен проект «Северная Карелия», который позволил снизить показатель смертности от БСК с 700,0 до 100,0 на 100 тыс. населения в 2005 году [4].

В Казахстане, как впрочем, и в странах СНГ наблюдается рост заболеваемости БСК. Для нашей страны основной проблемой является низкий показатель ранней выявляемости БСК, на фоне интенсивного развития и внедрения высокотехнологичных методов лечения.

Мировой опыт показывает, что фундаментальную основу охраны здоровья населения составляет, прежде всего, профилактическое направление здравоохранения, которое направлено на предупреждение и раннее выявление заболеваний. Известно, что без широкомасштабных профилактических мероприятий, направленных на выявление лиц с высоким риском заболевания и обучения их навыкам безопасного поведения или образа жизни, остановить хроническую неинфекционную заболеваемость не представляется возможным [3,4].

Для решения этих задач впервые в Казахстане принята Государственная программа развития здравоохранения, в основе которой лежит профилактическое направление. В программе акцентировано внимание на раннее выявление заболеваний, путем внедрения массовых скрининговых осмотров населения, информирование населения о факторах риска, пропаганда здорового образа жизни [5].

Для эффективной реализации данной программы необходимо решить ряд проблем на уровне организации скрининговых осмотров и профилактических мероприятий.

Так, в Карагандинской области в 2011 г скрининговый осмотр на раннее выявление болезней системы кровообращения прошли 222332 чел. Осмотр включал, такие индикаторы как охват талии, уровень холестерина, показатели артериального давления, выявление поведенческих факторов риска – табакокурения и чрезмерного употребления алкоголя. Тем не менее, выявляемость БСК на раннем этапе составила 3,2%, т.е. эффективность мероприятий можно назвать невысокой, что особенно заметно на фоне растущего уровня

оказания высококвалифицированной медицинской помощи лицам с БСК в кардиохирургическом центре области. С целью выявления сахарного диабета осмотрено более 209000 чел, выявлено 0,3%, встало на учет для получения дальнейшего лечения и профилактики осложнений всего 66% от числа выявленных.

Учитывая сложившуюся ситуацию, приходим к выводу, что необходимо усилить профилактическую работу, направленную на снижение ХНЗ и здесь основная роль отводится специалистам отделения социально-психологической помощи на уровне ПМСП, специалистам службы формирования здорового образа жизни (ЗОЖ).

Исходя из международного опыта можно выделить два основных профилактических направления: первый – вышеназванный, массовый скрининг, который позволяет выявить факторы риска ХНЗ (курение, повышенное артериальное давление, избыточная масса тела, высокий холестерин) непосредственно у индивида, а затем проводить целенаправленную профилактическую работу по конкретным направлениям на уровне отделений профилактической медицины ПМСП, школ здоровья, кабинетов ЗОЖ, антитабачных кабинетов и т.д.; и второе направление, которое также курирует служба формирования ЗОЖ, направлено на изменение образа жизни, проведения широкомасштабных акций, широкое использование медийных возможностей и других инновационных технологий, способствующих изменению общественного мнения с учетом всех возрастных категорий населения (популяционное направление) [5].

Для развития популяционного направления необходимы рычаги межсекторального взаимодействия, в которых роль координационного центра выполняет службы формирования ЗОЖ. Популяционное воздействие будет эффективным только при тесном взаимодействии государственного и неправительственного секторов общества, направленного на повышение ответственности граждан за свое здоровье, создание условий для сохранения и укрепления здоровья.

Международный опыт показывает, что снижение заболеваемости и смертности от ХНЗ были получены на основании долгосрочных (25-35 лет) программ по пропаганде здорового образа жизни и профилактике заболеваний. В целом имеющиеся материалы международного опыта и отечественных данных свидетельствуют об эффективности массовых профилактических программ [4,6,7].

Переход к здоровому образу жизни (ЗОЖ) способен предотвратить развитие многих неинфекционных болезней, уменьшая потребность в лекарственных средствах и активных медицинских вмешательствах [8,9].

Опыт профилактики ССЗ в Финляндии направлен на борьбу с основными факторами риска в возникновении ИБС: курение, употребление алкоголя, гиподинамия, наследственная предрасположенность, повышенный уровень холестерина, избыточная масса тела и получил результаты через 30-35 лет [5].

В Казахстане служба формирования ЗОЖ действует 15 лет. За эти 15 лет есть определенные положительные тенденции показателей по грудному вскармливанию, снижению младенческой и материнской смертности, показателей заболеваемости туберкулезом, снижению уровня распространенности табакокурения и чрезмерного употребления алкоголя.

Актуальные вопросы формирования ЗОЖ включены в программы среднего, средне специального и высшего образования. Внедрение ЗОЖ является составляющей профессиональной подготовки врачей разных специальностей, медицинских сестер при медицинских колледжах и КГМУ.

Но особенно важную роль в борьбе с неблагоприятными для здоровья факторами индивидуального поведения призваны играть врачи общей практики (ВОП), участковые врачи и медицинские сестры. Как правило, они оказывают пациенту медицинскую помощь на протяжении всей его жизни и хорошо знают его окружение, условия и стиль жизни [3].

Этим определяется ведущая роль ВОП в профилактической работе и пропаганде ЗОЖ. На это указывается, в частности, в стратегическом документе по профилактической деятельности Европейского союза врачей общей практики, который был принят 05.10.02 во Флоренции на Генеральной ассамблее этой организации [8,9].

Практический опыт многих стран показывает, что попытки принуждения пациента к тому, чтобы изменить свои многолетние привычки, обычно приводят к негативному результату. На пациента не следует оказывать агрессивного психологического давления. Напротив, ему необходимо предоставлять соответствующую информацию о пользе ЗОЖ и возможных последствиях вредных привычек, оставляя за ним осознанный свободный выбор. ЗОЖ, он должен обладать не

только определенными знаниями, но и соответствующими навыками и приемами [6,8].

1. Поэтому специальная целевая подготовка кадров в данной области с использованием высоких образовательных стандартов и аспектов психологического воздействия является необходимым условием успешного решения этой задачи. В Казахстан, в помощь специалистам ПМСП разработаны и предоставлены соответствующие рекомендации по работе с пациентами: «Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний» и «Положение об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь», широко распространяются листовки, памятки по формированию ЗОЖ и профилактике заболеваний для пациентов. [10,11]. Используются электронные носители, интернет-ресурсы с информацией по мотивации населения к ведению ЗОЖ. Большое значение при воздействии на пациента имеет личный пример медицинского работника.

В деятельности медицинских работников по внедрению ЗОЖ имеется целый ряд организационных, методических и финансовых проблем. Так, например, консультации по ЗОЖ требуют от врачей значительных затрат рабочего времени. Желательно профилактическую работу проводить в специально выделенных помещениях, а не во время приема пациентов.

Необходимо оптимизировать работу на уровне ПМСП по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни;

- разработать и выдавать каждому пациенту паспорт здоровья с результатами скринингового осмотра, выявленными факторами риска, заключением врача и соответствующими профилактическими рекомендациями. Таким образом, пациент может сам наблюдать за изменениями показателей своего здоровья.

- принять нормативные документы, которые бы мотивировали заинтересованность семейного/участкового врача и врача отделения профилактики выполнять работу по пропаганде ЗОЖ, а население быть здоровыми;

- ввести требования для государственных служащих, медицинских работников быть личным примером в вопросах пропаганды здорового образа жизни;

– в программы обучения медицинских работников ПМСП ввести обязательную подготовку по проведению работы по внедрению ЗОЖ;

Таким образом, основываясь на международном опыте, можно сделать вывод, что решение основных задач Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» в части ранней выявляемости и профилактики заболеваний, во многом зависит от эффективности и качества проводимых мероприятий специалистами ПМСП и службы формирования здорового образа жизни [12].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005 г. // Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения. – Копенгаген, 2005. – 26 с.
2. Шутова И. А., Ползик Е. В. Проблемы медицинской профилактики болезней системы кровообращения / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. – № 9 – С. 21–24.
3. Лашкул З. В. Роль врача общей практики в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Современные медицинские технологии, №3, 2010. – С. 123–126.
4. Пуска П. Проект «Северная Карелия»: от Северной Карелии до Национального масштаба. // Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния, -Хельсинки, -2011. -304 с.
5. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, -Астана, 2011. – 124 с.
6. Мякеля М., Бут Б., Робертс Р. Путешествие в страну качественной первичной медицинской помощи STAKES (Финляндия). -С.-Петербург, 2008, - 170 с.
7. Коваленко В. М., Сіренко Ю. М. Реалізація Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії в Україні // Український медичний часопис. – 2003. – № 5. – С. 97–103.
8. Жияева Е. П., Нечаев В. С., Ефремов Д. В. Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. – №1. С. 47–49.
9. Оганов Р. Г. Здоровый образ жизни и здоровье населения // Вестник РАМН, – 2001. – № 8. – С. 14–17.
10. «Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний», утв. МЗ РК от 17.02.2012 года, № 89.
11. Об утверждении Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, утв. МЗ РК от 05.03.2012 г., № 146.

УДК 616.31-056.7:613.84

статья подготовлена в рамках проведения 5-й
международной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии»

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ОТДЕЛЕНИЯ «СТОМАТОЛОГИЯ» РМК ПО СООТНОШЕНИЮ ФАКТА ТАБАКОКУРЕНИЯ И ГИГИЕНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Е.В. ИНДЕРШИЕВА, Г.К. АПТАЕВА

Республиканский Медицинский колледж,
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6», г. Алматы

Резюме

Проведение работы по профилактике табакокурения начиная со школы, создание условия для оказания помощи лицам, желающим бросить курить, повлияет на количество курящих, что в целом снизит заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями, в которых фактором риска является курение.

Түйін

Осылайша, мектептен бастап темекі шегу профилактикасы бойынша жұмыс жүргізу қажет. Темекіні тастауға құлқы бар тұлғаларға көмек көрсету үшін жағдайлар жасау қажет. Мұның барлығы темекі шегушінің санына әсер етеді, тұтастай, темекі шегу болып табылатын қауіп-қатер факторындағы созылмалы инфекциялық емес аурулармен ауыруды азайтады.

Summary

To work on tobacco prevention from school, the creation of conditions to help those who want to quit, will affect the number of smokers, which generally will reduce the incidence of chronic non-communicable diseases, in which the risk factor is smoking.

29 ноября 2010 года Главой государства подписан Указ «О Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы». Основной целью Госпрограммы является улучшение здоровья граждан, а приоритетом в отрасли здравоохранения - значительное усиление профилактической медицины.

Формирование здорового образа жизни является частью государственной политики Казахстана. Одним из компонентов ФЗОЖ является предупреждение табакокурения. Эта проблема приобретает еще большую актуальность, когда речь идет о подрастающем поколении.

Республиканский медицинский колледж один из первых объявил себя зоной свободной от табакокурения. Мы проводим антитабачные тренинги, семинары, обучающиеся готовят рефераты на эту злободневную тему.

Представленная работа была проведена в рамках деятельности научного кружка отделения «Стоматология». Основная цель научного круж-

ка - научить обучающихся навыкам научно-исследовательской работы. Члены научного кружка провели работу **по соотношению факта табакокурения и гигиенического состояния полости рта**. Задачами исследования являлось проведение опроса обучающихся на предмет выявления наличия вредной привычки - табакокурения, осмотр состояния полости рта для выявления патологий твердых тканей зубов и состояния пародонта, определение зависимости тех или иных заболеваний полости рта с наличием вредной привычки - табакокурения. Объем исследования - 102 обучающихся отделения «Стоматология», которые были отобраны методом сплошной выборки. Возрастной диапазон обследуемых: 18 – 20 лет. Половой состав обследуемых был представлен таким образом – 75,4% юноши, 24,6% девушки.

Для проведения опроса была разработана анкета, включающая в себя паспортные данные, наличие вредной привычки – табакокурения, стаж курения, количество выкуриваемых сигарет в день, наличие данной привычки у родите-



Рисунок 1. Доля курящих и не курящих среди обследованного контингента

лей и друзей, наличие гигиенических навыков, желание бросить курить.

Так же все опрошенные были осмотрены на выявление наличия мягких и твердых зубных отложений, наличие кариеса и заболеваний пародонта. На каждого осмотренного были заведены стоматологические карты, где было отмечено состояние полости рта.

В результате опроса обучающихся была получена следующая картина. Доля курящих среди опрошенных составила 11,8% (рисунок 1).

Средний стаж курения составил 2,7 года. Это говорит о том, что они начинают курить

в школе и поступают в колледж, уже имея данную привычку.

Респонденты отмечали, что количество выкуриваемых сигарет в день варьирует от 2 до 4. В данном случае наблюдается зависимость от стажа курения, т.е. чем больше стаж, тем больше количество выкуриваемых сигарет в день.

64,4% респондентов отметили, что один или два родителя курит, а 84,8% обследованных отметили наличие курящих друзей в своем окружении, что говорит о неблагоприятных внешних условиях усугубляющих данную вредную привычку.

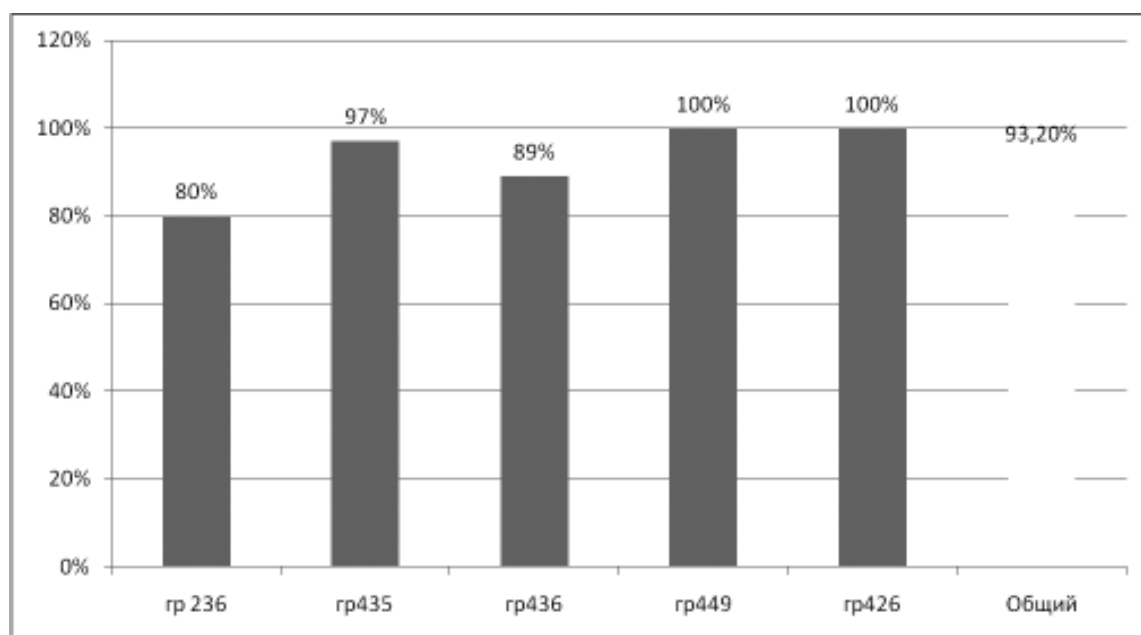


Рисунок 2. Доля желающих бросить курить

Однако следует отметить, что 93,2% (рисунок 2) курящих хотели бы бросить курить. Для этого существуют различные методики отказа от курения, но к каждому курящему необходимо подходить индивидуально в зависимости от типа и стажа курения.

У респондентов был отмечен относительно высокий навык ухода за полостью рта – 77,6% опрошенных чистят зубы 2 раза в день. Однако во время данного исследования не выяснялось, насколько правильно опрошенные чистят зубы. Для этого необходимы дополнительные исследования.

Во время осмотра обследуемой группы обучающихся наблюдалась следующая картина. У более половины обследуемых (50,6%), которые курят, наблюдалась кровоточивость десен, что говорит о наличии тех или иных патологий пародонта. У 78,6% курящих был выявлено наличие зубного налета, который может быть одним из причин возникновения болезней пародонта. У 63,2% обследованных курящих был обнаружен зубной камень, что так же лежит в этиологии возникновения болезней пародонта.

В результате данного исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Во всех обследованных группах на отделения «Стоматология» есть курящие обучающиеся.

2. Стаж курения у обучающихся, как правило, превышает 3 года, что говорит о том, что респонденты начали курить в школе.

3. Обследованных окружают курящие друзья и родители.

4. У большинства опрошенных курящих обучающихся есть признаки заболевания пародонта, такие как зубной налет, зубной камень, кровоточивость десен.

5. Подавляющее большинство курящих (93,2%) хотят бросить курить.

Таким образом, необходимо проводить работу по профилактике табакокурения начиная со школы. Так же необходимо создавать условия для оказания помощи лицам, желающим бросить курить. Все это повлияет на количество курящих, что в целом снизит заболеваемость хроническими неинфекционными болезнями, в которых фактором риска является курение.

УДК 616.12-008.331.053.6:615.225

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ТАНАКАН» У ДЕТЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ, С ДИАГНОЗОМ: ВЕГЕТОСОСУДИСТАЯ ДИСТОНΙΑ

А.Е. РАМАЗАНОВА

г. Павлодар

Резюме

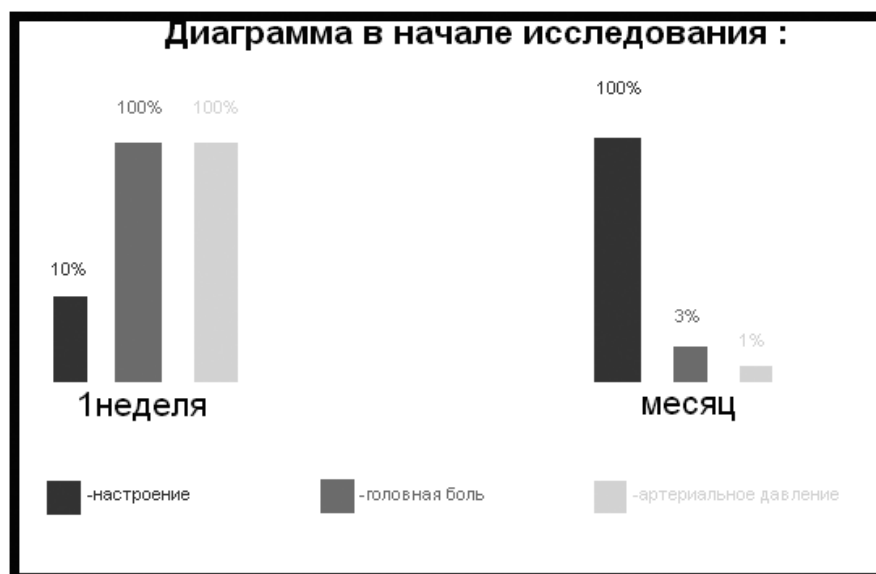
Широкий спектр действия препарата Танакан обеспечивает влияние практически на все звенья патогенеза церебральной сосудистой недостаточности, улучшает кровоснабжение в мозговой ткани, улучшает реологические характеристики крови и препятствует тромбообразованию.

Summary

A wide range of action of the drug provides Tanakan impact on virtually all the pathogenesis of cerebral vascular insufficiency, supplying blood to the brain tissue, improves the flow characteristics of the blood and prevents the manifestation of thrombotic

Целью данного исследования было изучение эффективности препарата Танакан в комплексном лечении детей в подростковом возрасте с диагнозом: ВСД симпатотонического, ваготонического типов. Под наблюдением находилось 8 детей, из них 5 с высоким артериальным давлением и 3 с низким.

Возраст детей от 13 до 17 лет. Период исследования с мая по ноябрь 2012 года. **Диагноз выставлялся на основании:** жалоб, объективного осмотра, измерения АД, наследственной предрасположенности, данных инструментального обследования (ЭЭГ, РЭГ, УЗДГ, ЭКГ), осмотра глазного дна.

**Клинические критерии:**

- нестабильность артериального давления.
- сердцебиение и различные нарушения ритма.
- симптомы сосудистой недостаточности.
- проявления церебро – астенического синдрома, вертебро – базилярной недостаточности.
- астено – вегетативный синдром.
- носовые кровотечения.

Цель этапа лечения:

- купирование вегетативного криза.
- стабилизация деятельности сердечно – сосудистой системы.
- нормализация артериального давления.
- нормализация сердечного ритма.

Патогенетическое лечение вегетососудистой дистонии зависит от типа вегетативной дисфункции (симпато - ваготонического типа).

В комплексное лечение ВСД - включались: гипотензивные препараты (при симпатотоническом типе), витаминотерапия, кардиотрофические препараты, седативные препараты (при невротоподобных состояниях), был включён современный церебропротектор Танакан. Во избежание перекрёстных реакций и взаимодействия с другими медикаментами, прием препарата Танакан был рекомендован через час после приёма других медикаментов. Танакан препарат растительного происхождения, разработанный на основе экстракта из листьев реликтового дерева Гинкго Билоба. Широкий спектр действия препарата Танакан обеспечивает влияние практически на все звенья патогенеза церебральной сосудистой недостаточности, улучшает кровоснабжение в мозговой ткани, улучшает реологические харак-

теристики крови и препятствует тромбообразованию.

Положительная динамика на фоне лечения отмечалась на первой неделе приёма препарата. У подростков с высоким артериальным давлением-стабилизировалось АД (в пределах 110/90), перестала беспокоить головная боль в теменной области, нормализовался ночной сон, исчезла тахикардия, не беспокоили ежедневные носовые кровотечения. У детей с низким артериальным давлением-давление повысилось до 100/80, в поведении стали активнее, в учёбе усидчивыми и внимательными, исчезло головокружение, потливость.

Таким образом, полученные данные позволяют рекомендовать использование препарата Танакан в комплексном лечении больных с диагнозом: Вегетососудистая дистония. Действие препарата чётко проявляется в улучшении психо-эмоционального статуса.

Танакан оказывает положительный эффект при вегетативных, сосудистых, церебральных нарушениях. Отмечалась хорошая переносимость препарата Танакан больными, ни в одном из случаев не наблюдалось проявления нежелательных эффектов. Танакан хорошо переносится, безопасен и удобен в применении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1) Бадалян Л.О. Неврология детского возраста.
- 2) Цукер М.Б. „Клиническая невропатология детского возраста,, г.Москва, Медицина,1986 год.
- 3) Лепесова М.М. „Клиника, диагностика и лечения неврологических синдромов,, г.Алматы 2002 год.

УДК 618.8

ПСИХОГИГИЕНА МЕН ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

С.С. ҚОЖАБЕКОВА

ЖШС «Еуразия медициналық орталығы» филиалы, Аксу қаласы

Психогигиена (гигиеня – көне гректердің денсаулық құдайы) – адамның психикалық қызметіне қолайлы жағдай жасайтын, оның психикалық денсаулығын сақтап және нығайтатын шаралар кешені. **Психопрофилактика** – психикалық аурулардың және невроздардың алдын алу, оларды үдетпеу.

Психогигиена жалпы гигиенаның бір бөлігі бола тұра, айналадағы ортаның әлеуметтік, өндірістік, тұрмыстық себептердің адам психикасына ететін әсерін тексереді. Жер жүзінде кең талқыланып жатқан экология проблемалары жалпы гигиеналық және психогигиеналық мәселелермен байланысты. Психогигиена еңбек пен педагогикалық психологиямен бірге еңбекті, тұрмыс, отбасы некесін, жүкті және бала емізетін әйелдерді, жыныстық тәрбиені, кәрілікті қорғауға әсер етеді.

Психогигиена мен психопрофилактика өзара тығыз байланысты, сондықтан бұлардың объектілерін ажырату қиындыққа түседі.

Психогигиена және психопрофилактика мәселелерімен барлық дәрігерлер шұғылданады, әсіресе психиатрлар, педиатрлар мен гигиенистер.

Бұл мәселелердің көбі тек емдеу ғана емес, әлеуметтік – реабилитациялық көмек көрсететін, қалыпты өмірді насихаттайтын диспансерлік (психоневрологиялық, наркологиялық, онкологиялық және т.б.) мекемелерде шешіледі.

Адамдардың психикалық денсаулығын сақтауда спорт шаралары оны халық арасында насихаттап таратудың маңызы өте зор.

Дене шынықтыру және спорт жеке адамның ұнамды қасиеттерін дамытып, жігерін күшейтіп, айналадағы ортаның қолайсыз жағдайларына деген қарсылығын жоғартылады.

Жасөспірімдердің уақытында және өздеріне барабар келетін мамандықты уақытында сайлауда профориентация мен профконсультацияның мақсаты үлкен.

Балалардың психогигиенасы ата – аналарының денсаулығынан, анасының жүктілігінен, ертерек және физикалық – психикалық дамуынан, тамақтандыру сапасынан, сәби мен ата-

аналарының психологиялық қарым-қатынасынан басталады. Анасы мен әкесінің эмоционалдык әрекетінің маңызы зор.

Ой, дене жұмыстары мен дем алудың дұрыс бөлінуі психопрофилактикада маңызды орын алады. Оқытудың дұрыс ұйымдастырылуы еңбек пен дем алудың ауысуына, олардың біркелкі бөлінуіне және кезектесуіне байланысты. Мектеп дәрігерінің нерв-психикалық зақымданудың алдын алуға ролі тек ағарту жұмысында ғана емес, дәрістердің тиімді ауысуын көздейтін сабақ кестесін жасауға қатысуына да байланысты. Ұнамды эмоцияларға толы белсенді демалысты ұйымдастырудың ролі зор.

Адамдардың қарым-қатынасының дұрыс, психикалық зақымдануды болдырмайтын мәдениетті түрде болуының психогигиеналық маңызы үлкен. Басқаның қайғысына дөрекі, теріс ниетпен, менмендікпен, сыпайсыздықпен, немқұрайлықпен қарау психикалық жаракат тудырады. Мұндай ұнамсыз эмоциялардың топталуы вегетативтік (жүрек соғуының жиіленуі, артериялық қысымның көтерілуі және т.б.) өзгерістер адамның көңіл – күйін төмендетіп, психосоматикалық ауруларды дамытады (гипертониялық ауру, асқазан жарасы, диабет және т.б.)

Психогигиенаның негізгі міндеті – адамдар қарым – қатынасында психиканы зақымдайтын жағдайлар мен себептерді азайту.

Психогигиенаның негізгі міндеттерінің бірі өндірісте де, тұрмыста да шумен күресу. Көшедегі транспорттың, радиоқабылдағыштың, теледидар мен музыка аспаптарының шуы невротикалық реакциялар мен невроз ауруларын тудырады.

Балалық, жасөспірімдік және жастық шаққа байланысты психогигиена міндеттері ағзаның өсуі мен даму, адамның жасқа шамасындағы анатомиялық – физиологиялық ерекшеліктерін білу негізінде ғана кеңейте түседі. Психиканың толысуы бірнеше кезеңдерден өтеді. Әр кезеңнің өзіне тән белгілері болады. Олардың ішіндегі ең маңыздысы мына кезеңдер болып табылады:

- 1- моторлық кезең – 1 жасқа дейін.
- 2 – моторлық кезең – 3 жасқа дейін.

3 – аффектілік кезең – 3жастан 12 жасқа дейін.

4 – идеаторлық кезең – 12 – ден 14 – 16 жасқа дейін.

Психопрофилактика ұйымдастыру үшін мыналарға көңіл бөлу керек: 1) психиканың жасқа байланысты ерекшеліктері; 2) психикалық дамудың әрқелкі, серікмелі сипаты; 3) өмірдің алғашқы жылдарындағы психикалық тұрғыдан неғұрлым жылдам даму фактісі;

4) балалардың психикалық тұрғыдан әсерленуінің типологиялық ерекшеліктері.

Психопрофилактика – психикалық аурулардан және олардың салдарынан сақтанатын шараларды жасаумен айналыса – тиісті инфекциялық психоздар да жойылды.

Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының белгілеген нұсқауына сәйкес, психопрофилактика алғашқы, екінші және үшінші психопрофилактика деп бөлінеді. Алғашқы профилактика психикалық жағынан дені сау халықты психикалық аурулардан сақтандыруға арналған шараларды көздейді. Екінші психопрофилактика басталған психикалық ауруларды неғұрлым ерте анықтауды қарастырады.

Патологиялық процесті оның бастапқы кезеңінде тоқтатуды ойластырып, аурудың жедел түрлерінің дамуына, оның ауыр көріністеріне жол бермеумен, созылмалы барысқа

ұласып кетпеуімен айналысады. Үшінші психопрофилактикада аурулармен арнайы жұмыс жүргізіледі. Психикалық ауру жағдайында мүгедектікке жол бермейтін кедергілер туғызу ойластырылады.

Алғашқы психопрофилактика неғұрлым сапалы биік қызметті қамтамасыз етеді, соған орай, тек медицина қызметкерлері ғана емес, сондай – ақ мемлекеттік және қоғамдық ұйымдардың қатысуымен де өткізіледі.

Екінші және үшінші психопрофилактика ауруға байланысты. Жарақат алғанда жүзеге асы-

рылады. Сондықтан оның соңғы нәтижесі алғашқыға қарағанда едәуір кемшін келеді.

Өндірістегі психопрофилактиканың мақсаты психикалық патологияның ең алдымен, кәсіптік аурулардың алдын алатын шараларды жүзеге асыру болып табылады. Зиянды өндірістік ықпалдар себепші болатын аурулар кәсіптік аурулар болып саналады. Кәсіптік аурулар өзгеше және кәдуәлі болып бөлінеді. Мүлде өзгеше ауруларға өндіріс жағдайында ғана дамып, тұрмыста кездеспейтін аурулар жатады. Ал біршама өзгеше ауруларға әдетте өндірісте пайда болғанымен, тұрмыс жағдайында да кездесетін аурулар жатады. Кәдуәлі ауруларға конвейерде, қала көлігі жүргізушісінде, жолаушылар электропойыздарының машинистерінде және басқа да шектен тыс күш түсуге байланысты аурулар жатады. Бұл аурулар невроз, гипертония, жүйке – психикалық бұзылыстары бар және басқа аурулар болуы мүмкін.

Сонымен психопрофилактикалық шараларды жоспарлау, оларды ұйымдастыру және патологияның өзі, оның себептері мен көріністері, сол сияқты пайда болуына себеп немесе кедергі болатын жағдайларды білу қажеттігі туындайды. Өндірістегі психопрофилактика кәсіптік аурулардың жалпы профилактикасы негізді дамиды. Оған үш бағыт енеді. Олар: 1) заңдық шаралар, 2) санитарлық-техникалық шаралар, 3) кәсіптік зияндылыққа ағзаның бекемдігін жоғарылатуға бағытталған шаралар дігін жоғарылатуға бағытталған шаралар.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Р.Г.Илешева, Психиатрия. Алматы. 1996г. -Б. 239-248
2. Г.М.Құдиярова. Психиатрия. Алматы. 1995г. -Б.289-298
3. Г.И.Зальцман, В.М. Блейхер, Г.М. Құдиярова, Психиатрияның нұсқамасы. Алматы. 1996 г.

УДК 616.37-002-036.12-06-072.1

ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**Р.Т. МЕИРМАНОВА**

Поликлиника КНБ РК, г. Алматы

Резюме

Данная статья посвящена особенностям профилактики хронического панкреатита.

Түйін

Ұсынылып отырған созылмалы панкреатиттің алдын алу ерекшеліктеріне арналған.

Summary

This article concerns the peculiarities of the prevention of chronic pancreatitis.

Хронический панкреатит (ХП) по распространенности, росту заболеваемости, временной нетрудоспособности и инвалидизации является важной социально-экономической проблемой. В структуре заболеваний органов желудочно-кишечного тракта он составляет от 5,1 до 9% [1,2], а в общей клинической практика – от 0,2 до 0,6%.

За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом более чем 2 раза.

Значения показателей заболеваемости постоянно растут и за счет улучшения методов диагностики, появления в последнее время новых методов визуализации ПЖ с высокой разрешающей способностью, позволяющих выявлять хронический панкреатит на более ранних стадиях развития заболевания.

Немаловажным и в клиническом и в социальном плане являются такие особенности хронического панкреатита, как прогрессирующее течение с постепенным нарастанием внешнесекреторной недостаточности, персистенция болей и диспепсического синдрома, необходимость соблюдения диеты, постоянного, вплоть до пожизненного, приема ферментных препаратов. Следует отметить также многообразие этиологических причин хронического панкреатита и недостаточностью разработки вопросов первичной и вторичной профилактики заболевания.

ХП характеризуется значительным снижением качества жизни и социального статуса большого числа больных молодого и среднего, наиболее трудоспособного, возраста. При рецидивирующем течении ХП в 30% случаев развиваются ранние осложнения (гнойно-септические, кро-

вотечения из изъязвлений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, тромбоз в системе портальной вены, стеноз двенадцатиперстной кишки и др.), летальность при этом достигает 5,1% [3].

Многое в проблеме ХП до сих пор остается нерешенным. К неуточненным факторам приходится отнести и такую важнейшую характеристику, как границы самой нозологической формы «хронический панкреатит». С точки зрения ряда исследователей, ХП должен считаться относительно редким заболеванием. По их мнению, за диагнозом ХП нередко скрываются «псевдопанкреатические состояния». Ряд исследователей ограничивает ХП фактически лишь осложненными формами болезни, многие считают правомочным диагноз только в случае «непрерывности» воспалительно-дистрофического процесса в ПЖ. В каждой из этих точек зрения есть свой резон, однако полностью принять их все-таки не представляется возможным. Статистические данные свидетельствуют, что болезни ПЖ не являются редкими. Если ограничатся одними только осложненными вариантами патологии, то автоматически отсекается неосложненный ХП, представляющий собой наиболее курабельные и перспективные для консервативного лечения формы. Действительно, из числа больных ХП, впервые поступивших в стационар, у 30% имеются осложненные формы заболевания, а у 70% - неосложненные. При последующем наблюдении за больными частота осложненных форм обычно увеличивается. Выявление ХП на поздних стадиях заболевание имеет, как правило, неблагоприятный прогноз. Таким образом, мы солидар-

ны с мнением Б. Д. Старостина, считающего, что в настоящее время существует гиподиагностика ХП, причем и данная патология должна быть включена в дифференциальный диагноз во всех случаях необъяснимой абдоминальной боли [4].

В настоящее время достаточно широко используются меры вторичной профилактики хронического панкреатита, играющие важную роль в борьбе с рецидивами болезни и ее прогрессированием.

Вторичная профилактика фактически начинается с установления этиологической характеристики заболевания. Больные не всегда довольны этими этиологическими характеристиками. В первую очередь речь идет о страдающих алкогольным панкреатитом, особенно о лицах, не согласных с режимом абстиненции. Такая же реакция наблюдается у больных страдающих билиарным панкреатитом, особенно о лицах, не согласных на хирургическую коррекцию заболевания. Учитывая возможность развития в дальнейшем новой грозной атаки болезни, этиология заболевания, указывающая на путь вторичной профилактики, должна быть обозначена.

Билиарно зависимый панкреатит требует санации билиарной системы. Она включает ряд мероприятий:

- строгое соблюдение диеты для уменьшения вероятности спазма желчного пузыря с последующей миграцией мелких и мельчайших камней и возможным развитием обструкции вирзунгова протока разной продолжительности;

- проведение литолитической терапии (препараты урсодезоксихолевой кислоты)

- проведение хирургической санации, включающей холецистэктомию, нередко выполняемую в сочетании с папиллосфинктеротомией.

Одна из сложных вопросов – сроки проведения холецистэктомии. В развитых странах уже первая атака билиарного панкреатита однозначно относится к стойким показаниям к оперативному лечению. В нашей стране сразу соглашаются на операцию значительное меньшинство больных. Нередко можно встретить больного, у которой уже 3-4 года и более рецидивируют приступы билиарного панкреатита и который продолжает уклоняться от операции.

Особенно часто согласие на операцию не дают лица, у которых при УЗИ выявляют лишь «билиарный». Оценка находки разными специалистами УЗИ в подобной ситуации бывает различной. Эти различия, как правило, использует больной. Больному необходимо объяснить, что каж-

дый эпизод обострения панкреатита связан с миграцией мелких камней по желчному протоку, это приводит к его повреждению и возможным осложнениям.

Опыт показывает, что при сочетании «билиарной» + рецидивы билиарного панкреатита холецистэктомию необходима. При наличии у подобных больных несанированного стенозирующего дуоденального папиллита холецистэктомию редко полностью снимает боль. Поэтому часто возникает необходимость в папиллосфинктеротомии. Обычно сперва выполняют папиллосфинктеротомию, а через короткий отрезок времени – холецистэктомию. Хотелось бы подчеркнуть, что в большинстве развитых стран меры вторичной профилактики привели к резкому уменьшению числа билиарных панкреатитов.

При хроническом алкогольном панкреатите основной мерой вторичной профилактики является алкогольная абстиненция. Добиться ее очень нелегко.

Во-первых, надо убедить больного, что приступы панкреатита связаны с употреблением алкоголя. Уже отмечалось, что боли нередко возникают в большом временном диапазоне (спустя 4-48ч.). Лиц, у которых боли возникают спустя 1-2 суток после употребления алкоголя, убедить в алкогольного эксцесса, а длительное развернутое обострение следует обычно после запоя. Несмотря на эти две трудности большинство больных все же удается убедить во вредности алкоголя, убедить в алкогольном происхождении болезни особенно трудно.

Во-вторых, не каждый прием алкоголя вызывает приступ. Чаше приступы появляются после второго – пятого алкогольного эксцесса? А длительное развернутое обострение следует обычно после запоя. Несмотря на эти две трудности большинство больных все же удается убедить во вредности алкоголя.

Далее мы рекомендуем обсуждение планов лечения и профилактики в форме своеобразного «консилиума». Приглашают жену и кого-либо из ближайших родственников и, конечно, самого больного. Врач говорит примерно следующее: «У больного опасное жизни заболевание – алкогольный панкреатит. Употребление любых доз алкоголя может привести к тяжелейшему обострению панкреатита. Полное стихания процесса возможно только через годы в этот период запрещается всякое употребление алкоголя». Опыт показывает, что совет выполняется не более 25% больных.

Как видно, из приведенных данных, панкреатиты составляют достаточно актуальную проблему.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Банифатов П. В. Ультразвуковая диагностика хронических панкреатитов // *Consilium medicum*. - 2002. - № 1. - С. 26-29.

2. Махаровский Ю. Х. Хронический панкреатит. Новые данные об этиологии и патогенезе. Современная классификация. Успехи в диагностике и лечении // *РМЖ*. - 1996. - №3. - С. 156-160.

3. Карпов В.В. Хронический гепатит С. // *Имунопат., аллергол., инфектол.*, -2000.-№2. -С.55-74.

4. Газизова А. Р. Хронический панкреатит (Клинико-биохимическое исследование): Автореф. Дис. ...канд. мед.наук. - Уфа, 2001. - 22с.

УДК 613.84:615.9

статья подготовлена в рамках проведения 5-й международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии»

ТЕМЕКІ ҚҰРАМЫНДАҒЫ КАДМИЙДІҢ АДАМ АҒЗАСЫНА ӘСЕР КӨРСЕТУІ

З.Б. ТҰҢҒЫШБАЕВА

Қазақ ұлттық педагогикалық университеті, Алматы

Резюме

Табачный дым содержит около ста химических элементов, в том числе содержится тяжелый металл кадмий, который действует на организм человека губительно. Содержащиеся в окружающей среде кадмий постоянно действует на организм человека, а курящие люди дополнительную дозу кадмия получают от сигареты. В одной сигарете содержится 1 мкг (иногда до 2 мкг) кадмия. Человек потребляющий 1 пачку сигарету в день, получает дополнительную дозу кадмия около 20 мкг. Организм поглощает 10% - 20% кадмия при поступлении через легкие. Отравление через дыхательные пути очень опасно, характерные симптомы при этом эмфизема, головной боль, слабость, дрожь и диарея. В результате такого отравления регистрировались летальные состояния [2]. Поэтому, необходимо проводить среди подростков и молодежи разъяснительные мероприятия о вреде курения и сигареты.

Түйін

Темекі түтінінің құрамында жүздеген заттар бар. Оның ішінде айтыла бермейтін өте улы ауыр металл кадмий адам ағзасына зиянын тигізбей қоймайды. Қоршаған ортадағы кадмийдің әсер көрсетуімен қатар, кадмийдің қосымша мөлшерін темекі тартатын адамдар алады. Бір сигареттің құрамында 1 мкг (кейде 2 мкг дейін) кадмий болады. Күніне бір қораб сигарет тартқан адам, ағзасына қосымша 20 мкг кадмийдің әсер етуіне мүмкіндік туғызады. Ал, өкпе арқылы түскен кезде оның 10% - 20% ағзаға тез сіңіріледі. Тыныс алу барысында кадмиймен улану өте қауіпті, оған тән симптомдар өкпенің ісінуі, бастың ауруы, құсу, әлсіздік, қалтырау және диарея. Мұндай улану нәтижесінде летальді жағдайлар тіркеліп отырған [2]. Сондықтан, жастарға, жасөспірімдерге темекі шегудің ағзаға тигізетін зияны туралы жанжақты түсіндіру шараларын жүргізу қажет.

Summary

Tobacco smoke contains about a hundred chemical elements including contains heavy metal cadmium, which acts on the human body is detrimental. Contained in the environment, cadmium has been in operation on a human body, and smokers are people doplnitel'nuu dose of cadmium from cigarettes. One cigarette contains 1µg (sometimes up to 2 µg) of cadmium. Man consumes 1 pack of cigarettes a day, gets an extra dose of cadmium, about 20 micrograms. The body absorbs 10%-20% of the cadmium entering through the lungs. Poisoning by inhalation is very dangerous, the characteristic symptoms of emphysema, headache pain, weakness, trembling and diarrhoea. As a result of the poisoning are registered lethal condition [2]. Therefore, conducts among adolescents and youth awareness about the dangers of tobacco and cigarettes.

Ертеден келе жатқан зиянды әдеттердің бірі темекі тарту. Осы кезде оны ер және әйел адамдар да, карт та, жас та тартады. Құныққан адам төсектен тұра салып, темекіге ұмтылады. Көп адам темекіні жұмыс үстінде, үзіліс кезінде, көше-

де, далада, қарны ашса да, тамақ ішсе де шегеді. Құмарпаздар бір шылымды шегіп үлгермей екіншісін бастайды. Үлкендерге еліктеп папирос қалдықтарын балалар да ауызына қыстырады. Бұл әдет алғашында еліктеу түрінде болғанымен келе-

келе олар да үйреніп, темекі тартатын болады. Ал, темекі құрамында көптеген улы заттардың болатынын және оның ағзаға қауіпті әсер тигізетінін бірі білсе, бірі біле бермейді. “Темекі шегу – адамның орынсыз тілегінен туған бақытсыздық” – деген болатын орыстың белгілі фармакологы И. М. Догель.

Енді, темекі құрамында қандай улы заттар болатынын қарастырайық. Темекі түтіні – темекінің жануынан пайда болатын өнімдер, олар ауада қалықтаған өте майда құрғақ тозаң, миллимикронмен өлшенетін сұйық тамшылар. Темекі түтінінің құрамында жүздеген заттар бар. Оның ішінде өте улы никотин, көміртетігі тотығы, аммиак, күкіртсутегі, формальдегит, фенол, түрлі қышқылдар, қорғасын, мышьяк, сынап, кадмий, кобальт, радиоактивті элементтер құрамында канцерогенді бензопирен бар темекі шайыры сияқты элементтер бар. Осы аталған заттардың кез келгені адам ағзасына зиянын тигізбей қоймайды.

Никотин – адамның тәуелділігін жылдам қалыптастыратын есірткелік зат. Темекі түтіндегі никотиннің қанға сіңуінен физиологиялық эффект пайда болады, бұның нәтижесінде жүректің соғуы жылдамдап, қан қысымы жоғарлайды. Шайыр – түтін арқылы адам өкпесіне түседі. Түтін конденсация ұшырап, 70% шайыр өкпеде қалады.

СО көміртегі – ісі мен дәмі жоқ улы газ. Оны адам сезбейді, әйтсе де көп мөлшері адамға қауіпті. Ол темекіні тұтатып, ішке тартқанда пайда болады және қандағы гемоглабинмен әрекеттесіп, оттегінің орнын алмастырып қандағы оның мөлшерін төмендетеді. Мүшелер мен ұлпада оттегінің жетіспеуі, ең алдымен, жүрек қан тамыр ауруларын және қан айналымын бұзады.

Кадмий – жоғары улы металл, батареяға пайдаланылады. Формальдегид - өте улы зат, өлі денелерді сақтауға пайдаланылады. Ацетон – еріткіш, тұрмыста кеңінен пайдаланылады. Бензол – еріткіш, химиялық өнеркәсіпте пайдаланылады. Мышьяк – өте улы (кеміргіштерді құрту үшін пайдаланады).

Никотиннің ағзаға зиянды әсер көрсетуі туралы көптеген мәліметтер баспада, интернетте тұрақты түрде жарияланып тұрады. Бірақ, темекі түтіні құрамындағы және қоршаған ортадағы кадмийдің ағзаға әсер көрсетуі туралы мәліметтер өте аз. Әсіресе мемлекеттік тілде ондай мәліметтер кездеспейді деуге болады.

Қоршаған ортаның экоэкологиялық жағдайларының тұрақты түрде төмендеуі ағзаның эндо-

экологиялық микроортасының да ластануына алып келіп, ағзаға жүк түсіреді, кедергі жасайды, сонымен қатар әртүрлі лимфалық аймақтардың немесе жалпы ағзаның құрылымдары бұзылып, қызметтерін жеткілікті атқара алмайды [1].

Қоршаған ортаның ластануына байланысты кадмий қоспалары ағзаға екі жолмен түсуі мүмкін:

1. Тыныс алу жолдары арқылы;
2. Тағам арқылы.

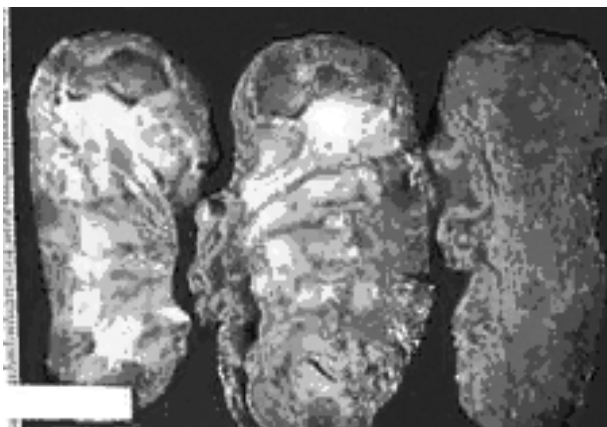
Өндірістерде кадмий тұздарымен ингаляциялық жолмен улану жағдайлары өткен ғасырдың 20 жылдардан бастап әдебиеттерде жарыққа шыға бастады. Уланған жағдайларда эмфизема, өкпеде деструктивті некроз, бауырда, бүйректе (1 – сурет), сүйекте (2 – сурет), буын аппараттарында (3 – сурет), өзгерістер байқалған [2,3,4]. Кадмий тұздарымен ингаляциялық жолмен улану жайындағы мәліметтерге үлкен үлес қосқан ТДМ ғалымдары Н.Ю.Тарасенко мен Р.С.Воробьевтың жұмыстары [3].

Кадмиймен уланғанда бүйректе аминқышқылдарының, фосфордың және кальцийдің сіңірілу процестерінің бұзылуы көрініс береді. Кадмийдің әсері тоқтағаннан кейін, бүйректегі зақымдар қайта қалпына келмейді. Бүйректегі зат алмасу процесінің бұзылуы, сүйек құрамындағы минералдардың өзгеруіне алып келеді [5,6].

Кадмийдің қосымша мөлшерін шылым тартатын адамдар алады, бір сигареттің құрамында 1 мкг (кейде 2 мкг дейін) кадмий болады. Сондықтан, күніне сигареттің бір қорабын тартқан адам, ағзасына қосымша 20 мкг кадмийдің әсер етуіне мүмкіндік туғызады және өкпе арқылы түскен кезде оның 10% - 20 % тез сіңіріледі. Кадмийдің буымен немесе шаңымен тыныс алу барысында улану өте қауіпті, оған тән симптомдар өкпенің ісінуі, бастың ауруы, құсу, әлсіздік, қалтырау және диарея. Мұндай улану нәтижесінде летальді жағдайлар тіркеліп отырған.

Тағам арқылы кадмиймен жедел улану 1944 жылы сипатталып жарияланған, онда кадмиймен жалатылған контейнерлерде сақталған тағамды қолдану арқылы уланған. Мұндай улануға тән белгілер құсу, жедел гастроэнтерит (ағзаға 15 мг кадмий түскенде байқалады) [2]. Ас қорыту жолдары арқылы түскенде кадмийдің сіңірілуі 4% - 7% құрайды.

Кадмиймен созылмалы уланудың классикалық мысалы ретінде XX ғасырдың 50-ші жылдары Жапонияда алғашқы рет сипатталып жазылған «Итай-итай» ауруын келтіруге болады. Оның



1 сурет - Кадмийдің бүйрекке әсері



2 сурет - Кадмийдің сүйекке әсері



3 сурет - Кадмийдің буындарға әсері



көрініс беру белгілеріне бел тұсының сырқырап ауруы, бұлшық еттердің сырқырауы (миалгия), сүйектің жұмсаруы (нәзіктігі, сынғыштығы, сүйектің деформациясы), сонымен қатар қалпына келмейтін бүйректегі зақымдар жатады. Бұл аурудың жаппай көрініс беруі қоршаған ортаның сол кездегі жоғары дәрежеде ластануына және жапондықтардың қоректену үшін, көбіне тағамдарына күріш пен теңіз өнімдерін қолдануларына байланысты болған еді. Аталған өнімдер кадмийдің жоғары концентрациясын жинауға қабілетті. Зерттеу барысында «Итай-итай» ауруымен ауырғандардың ағзасына тәулігіне 600 мкг дейін кадмий түсіп отырғаны анықталды. Кейінірек, қоршаған ортаны қорғау шараларын іске асыру нәтижесінде «Итай-итай» синдромының жиілігі төмендеген [6,7].

Кадмий үшін, бір реттік қабылдаудың летальді дозасы анықталмаған, бірақ ДДҰ бағалауы бойынша 350-3500 мг құрайды.

БҰҰ ортақ комиссиясының эксперттері мен ДДҰ кадмий үшін апталық қолданудың уақытша төзімділік көрсеткішін анықтады. Онда адамның дене салмағының әр килограммына 7 мкг кадмий мөлшері көрсетілген (немесе орташа есеппен 1 тәулікте / 1 мкг, әр кг дене салмағына) [4].

Бүгінгі күнге дейін, кадмийдің канцерогендігі туралы мәліметтер шектелген. Жануарларда жүргізілген тәжірибелерде кадмийді ішкі мүшелерге қабылдау ісіктер санын арттырмағанын көрсетеді. Бірақ, Қатерлі ісіктерді Зерттейтін Халықаралық Агенттілігі бойынша кадмий 2 А тобына жатқызылды. Онда

былай деген: «агенттер, адамдар үшін канцерогенді болуы мүмкін» [1].

Сондықтан, жастарға, жасөспірімдерге темекі шегудің ағзаға тигізетін зияны туралы жанжақты, әсерлі әңгімелеп беру, мысалдар келтіріп, презентация жасау өте қажет шаралар болып саналады. Яғни ата – аналар, оқытушылар, дәрігерлер бірлесіп отырып “әдемі өмір” сүру үшін, денсаулықты сақтап, саналы ұрпақ өсіру үшін, темекі шегумен бітіспес күреске шығу қажет.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Измеров Н.Ф. Кадмий во внешней среде и его гигиеническая оценка. // Гигиена и Санитария. – 1969. - № 10. - С. 77 – 80.

2. Нестерин М.Ф., Коньшев В.А. Кадмий в пище. // Вопросы питания. -1979. -№ 2. –С. 1-3.

3.Тарасенко Н.Ю., Воробьев Р.С. Гигиенические проблемы при использовании кадмия. Вестник АМН СССР. – 1973. - № 10. -С. 37-43.

4. Неменко Б.А., Грановский Э.Н. Загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами и здоровья населения. Вестник КазНМУ. - № 3. – 2006. - С.55-60.

5. Лазеров Н.В. Вредные химические вещества в промышленности. Л., 1971.

6. Шардарбекова Г.У. Современное состояние вопроса о влиянии кадмия и его производных на организм человека и животных. Вестник КазНМУ. - № 2 (20). – 2003. - С.135-140.

7. Сейткұлова Л.М. Кадмий иондары мен биосластиннің ішектегі белоктың транскапиллярлық алмасуының қарқындылығына және тканьдердің жалпы протеолиздік белсенділігінің деңгейіне әсері.// Тезисы Международного симпозиума «Физиология и патология лимфатической системы». - Алматы. - 2006. - С.66-67.

УДК 614.253.58:118.2

**ОСНОВЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В АКУШЕРСТВЕ.
ЛЕЧЕБНО-ОХРАНИТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ**

Ш.К. КАИРБЕКОВА

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации об этике и деонтологии в акушерстве.

Түйін

Берілген мақалада жүктілікке қатысты этика мен деонтология мәселелері қарастырылған.

Summary

This article presents information on the ethics and deontology in obstetrics.

Эффективность обследования, наблюдения и оказания помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам акушерской зависит как от ее медицинских знаний, так и от знания этики.

Этика (от греч. Ethos — обычай, характер) в медицине — это нормы, охватывающие вопросы взаимоотношений с больными и их родственниками, с коллегами, поведение в быту, высокие моральные качества.

Медицинская деонтология (от лат. Deon — должное, logos — учение) является частью этики, включает в себя нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Руководствуясь принципами морали и этики, фельдшер-акушерка должна принимать решения как с учетом собственного понимания ценностей, так и с выяснением их понимания женщиной и другими заинтересованными лицами (муж, родители и родственники беременной). При общении с ними акушерка обязана быть выдержанной, приветливой, наблюдательной, умеющей находить выход в трудных ситуациях. Скромность и опрятный вид должны быть неотъемлемыми чертами внешнего облика медицинского работника.

Нельзя отвлекать внимание больной и врача во время осмотра, обхода. Средний и младший медицинский персонал не должен обсуждать диагноз, лечение, исход заболевания, давать объяснения, касающиеся операций и их результатов. По этим вопросам информацию дает врач. Все врачебные назначения обязательный к выполнению. Успех работы во многом зависит от

слаженности действий, правильного понимания взаимоотношений врач — средний персонал — младший персонал, акушерка — акушерка, акушерка — медицинская сестра, от взаимовыручки и взаимопомощи.

Лечебно-охранительный режим направлен на создание оптимальных условий для лечебного процесса в стационаре. Ограждение от волнений, стрессов, шума, атмосфера доброжелательности способствуют скорейшему выздоровлению больного. В основе лечебно-охранительного режима лежит четкое выполнение назначений врача, режима питания, дня, сна и отдыха. Соблюдение лечебно-охранительного режима важно и является правилом №1 при лечении таких патологий, как гестозы беременных, угроза прерывания беременности. В работе фельдшера-акушерки не должно быть места невнимательности к беременным, роженицам и родильницам, посторонним разговорам, неуместным вопросам, касающимся личных сторон жизни, оскорбляющим чувства стыдливости, материнства, всего, что может ранить психику женщины.

В процессе сбора анамнеза, обследования, наблюдения, оказания помощи беременным женщинам следует руководствоваться принципами милосердия, справедливости, честности и конфиденциальности, соблюдать интересы матери и плода, хранить врачебную тайну.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство: Учебник/Вл. Дуда, В.И. Дуда, О.Г. Дражина; Под ред. И.В. Дуда. — Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. — 463с.: ил.

УДК 618.14/.16-007

АНОМАЛИИ МЯГКИХ РОДОВЫХ ПУТЕЙ

С.Ш. БАЙДАРБЕКОВ

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации об аномалиях мягких родовых путей.

Түйін

Берілген мақалада босану жолдарының жұмсақ тіндерінің ақауларына қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information about the anomalies of soft birth canal.

Аномалии мягких родовых путей также могут служить препятствиями для прохождения плода при родах через естественные родовые пути.

Классификация аномалии мягких родовых путей предусматривает разделение их по этиологии (врожденные и приобретенные) и локализации (вульварное кольцо, влагалище, шейка матки).

Аномалии вульварного кольца и девственной плевы. Ригидность вульварного кольца чаще наблюдается у возрастных первородящих женщин. При этом в процессе родоразрешения нередко приходится прибегать к перинео или эпизиотомии. Рубцовые изменения в области девственной плевы или ее сохранение (отсутствие дефлорации) к моменту родов могут быть причиной больших разрывов родового канала. Показаны дефлорация (при сохранении девственной плевы) путем крестообразных разрывов или рассечение рубцовых образований в процессе родов.

Врожденные и приобретенные стенозы и атрезии влагалища. Врожденные стенозы влагалища обусловлены наличием одной или нескольких поперечных его перегородок с одним или множеством отверстий, а также образованием врожденных тяжей между стенками влагалища. Из врожденных аномалий можно отметить продольные перегородки (полные и неполные), удвоение влагалища.

Приобретенные стенозы влагалища — следствие воспалительных процессов влагалища и околовлагалищной клетчатки, а также результат возможных травм (родовых, операционных и др.).

Атрезии влагалища нередко сочетаются со стенозами и чаще являются приобретенной патологией вследствие оперативных вмешательств.

Родоразрешение женщин со стенозами и атрезиями влагалища возможно через естественные родовые пути и операцией кесарево сечение. Тонкие по-

датливые перегородки и другие образования во влагалище перед родами или даже в процессе их могут быть рассечены и не являются существенными препятствием при родах через естественные родовые пути. Массивные толстые образования при стенозах и атрезиях влагалища являются показанием для родоразрешения операцией кесарево сечение.

Рубцовые изменения и ригидность шейки матки. Патологические изменения шейки матки, препятствующие раскрытию цервикального канала и прохождению через него головки плода, являются следствием всевозможных оперативных вмешательств, произведенных в связи с родовыми травмами, гиперпластическими и дистрофическими изменениями шейки матки (ушивание разрывов, ампутация шейки матки, диатермо- и криоэксцизия). Метод родоразрешения при такой патологии выбирается индивидуально в каждом случае.

Ригидность шейки матки — чаще функциональное понятие.

Несвоевременная диагностика патологических изменений шейки матки и отсутствие должной помощи приводят к тому, что роды могут произойти через разорванное отверстие в шейке матки, которое в последующем преобразуется в шеечно-влагалищный свищ. Это может также случиться, если не будет своевременно снят круговой шов на шейке матки, использовавшийся для лечения невынашивания беременности.

Акушерские свищи и разрывы промежности III степени в прошлом являются обычно показаниями для операции кесарево сечение во избежание тяжелых травматических повреждений при родах через естественные родовые пути.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство: Учебник/Вл. Дуда, В.И. Дуда, О.Г. Дражина; Под ред. И.В. Дуда. — Мн.: Вышш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. — 463с.: ил.

УДК 618.52-035

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**Г.У. ИСКАКОВА**

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации о ведении беременности и родов в акушерстве.

Түйін

Берілген мақалада жүктілік пен босану барысын жүргізуге қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information on the management of pregnancy and childbirth in midwifery.

Ранее ведение беременности и родов при узком тазе представлялось исключительно сложным. В древние времена при таких родах рассекали кости таза (чаще лобок). В последующем у первородящих женщин с узким тазом проводились так называемые «пробные роды», заканчивающиеся благоприятно или плодоразрушающими операциями.

Основным принципом ведения беременности при узком тазе является своевременная его диагностика и госпитализация беременной за 5 – 7 дней до срока родов для определения метода родоразрешения.

При сужении таза III степени и более родоразрешение осуществляется только операцией кесарево сечение. Такой же метод родоразрешения избирается для женщин с различными аномалиями костного таза при выявлении высокой степени риска для матери и плода. Операция кесарево сечение является методом выбора при всех формах и степенях узкого таза у женщин с экстрагенитальными заболеваниями, у возрастных первородящих, при тазовых предлежаниях, перенашивании, крупном плоде и других видах патологии.

При II степени сужения таза ведение родов через естественные родовые пути допустимо лишь у здоровых женщин при плоде с малой массой (до 2500г).

Только у здоровых женщин с узким тазом I степени при доношенной беременности допускается ведение родов через естественные родовые пути. Акушерка должна тщательно соблюдать все правила ведения родов при узком тазе.

Для предупреждения раннего излития околоплодной жидкости роженица в первом периоде родов укладывается в постель в положении на боку, к которому обращены затылок и спинка

плода (при общесуженном тазе), или на противоположный бок (при плоском тазе), что способствует опусканию головки плода. С излитием околоплодной жидкости сразу проводится влагалищное исследование для определения возможного выпадения мелких частей плода или петель пуповины. В случаях необходимости амниотомии при подвижной над входом в малый таз головке плода рукой, введенной во влагалище женщины, проводится предупреждение быстрого излития околоплодной жидкости и выпадения петель пуповины. Четко определяется динамика продвижения головки по костному кольцу таза.

В родах определяют признаки Вастена и Цангемайстера. Всеми доступными методами тщательно оценивают состояние женщины и плода, характер родовой деятельности, своевременно выявляют возможные осложнения (гипоксия плода, слабость родовых сил и т.д.). Допускается проведение традиционных методов регуляции родовых сил (родоактивация при слабости и снижение интенсивных родовых сил при бурной родовой деятельности). При выявлении в процессе родов клинически (функционально) узкого таза или других осложнений со стороны матери и плода выполняют кесарево сечение.

Таким образом, в современном акушерстве родоразрешение женщин с узким тазом в подавляющем большинстве случаев производится операцией кесарево сечение. Осложнения для матери и плода из-за узкого таза должны быть исключены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Акушерство: Учебник/Вл.Дуда, В.И.Дуда, О.Г.Дражина; Под ред. И.В.Дуда. – Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. – 463с.: ил.

УДК 618.52-035

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ. БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ

Ш.К. КАИРБЕКОВА

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации о течении беременности и биомеханизме родов.

Түйін

Берілген мақалада жүктіліктің барысы мен босану биомеханизміне қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information on pregnancy and childbirth Biomechanism.

Клиническое течение беременности и родов при узком тазе имеет ряд характерных особенностей. В норме за 2 — 3 недели до родов головка плода у женщин с нормальным тазом прижата к его выходу, а при узком тазе остается подвижной. Живот при узком тазе имеет характерную форму: у первобеременных женщин он остроконечный, а у повторнобеременных — отвислый. При узком тазе часто возникают неправильные положения плода и вставления его головки в малый таз.

В течение беременности и родов у женщин с узким тазом возникают следующие осложнения: преждевременное и раннее излитие околоплодной жидкости; аномалии родовых сил (первичная и вторичная слабость); выпадение конечностей плода и пуповины; кровотечения; длительное течение родов; травматизм матери и плода. Многие осложнения возникают в связи с отсутствием пояса соприкосновения между головкой плода и тазом женщины.

Биомеханизм родов при узком тазе имеет характерные для каждого варианта особенности.

- При общеравномерносуженном тазе наблюдается:
 - вставление головки в полость малого таза в состоянии резкого сгибания;
 - установление головки во входе в таз стреловидным швом в одном из косых размеров;
 - в выходе из таза головка сильно отходит кзади (из-за острого лонного угла), что способствует травматизации промежности;
 - длительное стояние головки над входом в таз в течение биомеханизма родов.

Для плоскорихитического таза характерны:

- длительное высокое стояние стреловидного шва в поперечном размере;
- умеренное разгибание головки при вставлении в таз с опусканием большого родничка;
- асинклитические вставления головки (чаще переднетеменное - негелевское);
- продолжительное течение родов, особенно в период вставления головки плода.

Биомеханизм родов при простом плоском тазе такой же, как и при плоскорихитическом, с тем различием, что затруднения при прохождении головки наблюдаются не только во входе в малый таз, но и в остальных его отделах.

При общесуженном плоско тазе биомеханизм родов совершается, как при общесуженном или как при плоском, в зависимости от преобладания черт той или иной формы.

Для поперечносуженного таза типичны:

- вставление головки стреловидным швом в одном из косых размеров;
- сильное сгибание головки при вставлении;
- затяжное течение биомеханизма родов.

При всех видах узкого таза чаще возникают такие осложнения, как высокое прямое, среднее и низкое поперечное стояния стреловидного шва.

При узком тазе в родах головка плода приобретает вид огурца, часто с образованием кефалогематомы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство: Учебник/Вл. Дуда, В.И. Дуда, О.Г. Дражина; Под ред. И.В. Дуда. — Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. — 463с.: ил.

УДК 618.2-053.6

ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ЖҮКТІЛІК БЕЛГІЛЕРІ

**С.Ш. БАЙДАРБЕКОВ, Г.У. ИСКАКОВА,
Ш.К. КАИРБЕКОВА, А.Т. КЕМЕЛХАНОВА**
МКК «Перинаталдық орталық», Алматы қаласы

Резюме

В данной статье представлены информации о беременности среди подростков.

Түйін

Берілген мақалада жасөспірімдер арасындағы жүктілікке қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information on teenage pregnancy.

Сен жаңалықтардан, таныстарыңнан, достарыңнан естисің, бірақ мұның қалай болатынын түсінбейсің. Қыз жасөспірімдік шағында босанады, бірақ жүктілік туралы айналасыңдағылар да, қыздың өзі де жүкті екенін білмейді. Бұл қалай болуы мүмкін? Жүктілік қалай білінбей өтеді? Мүмкін үлкен әйелдермен салыстырғанда жасөспірімдерде жүктілік басқаша өтеді ме?

Жүктілік белгілері жас ерекшелігіне қарамастан барлығында бірдей жүреді: бұл етеккірдің тоқтауы, жамбастың ұлғаюы, сүт бездерінің ұлғайып ауыру сезімінің күшеюі, көңіл күй өзгерістерімен салмақтың қосылуы. Әрине, жасөспірімдерде де бұл өзгерістер болады, бірақ олар оны жүктілік белгісі ретінде қабылдамайды.

Жыныстық қатынас пен жүктілікке келгенде кейбір жасөспірімдер мен тек 13 жастамын немесе бұл «бірінші рет», ал бірінші рет жүкті болу мүмкін емес деген ескі қағидаларға сүйенеді.

Жыныстық қатынасқа түскенде жасөспірімдерде үлкен кісілерше жүкті болуы мүмкін. Жүктілік барысын да үлкендерше өткізеді. Ал жасөспірімдердің жүктілікті өткізіп алуы олардың достарынан, құрбыларынан, ақпарат көздерінен толық мәлімет алмауында.

Жыныстық жетілу – бұл жасөспірімдердің өз жүктілігін өткізіп алуының бір белгісі болып табылады. Жасөспірімдер өз денелерінің көптеген сыртқы және функциялық өзгерістерінің пайда болғанын байқайды. Жүктілік белгілерін пайда болған жыныстық жетілу белгілерімен оңай шатастырып алуға болады.

Осыны біле тұра, жыныстық қатынас туралы

аз білетін бойжеткен жүктілікті жыныстық даму белгілерімен шатастырып алғанына таң қалуға болмайды. Жыныстық даму барысында қандай белгілердің пайда болатынын білу өте маңызды, бірақ өкінішке орай жастар мұндай ақпараттар мен нашар қамтылған.

Жыныстық даму барысындағы дене бітімінің өзгеруі жүктілікті әр түрлі жақтарымен жасыруы мүмкін. Даму құрылысы жүктіліктің ерте уақытысын жасыруы мүмкін. Жасөспірімдерде фаза бойынша дамиды. Олар толу фазасын өтіп, артынан ұзару фазасы жалғасады. Бұл жасөспірімдер арасындағы ең кең тараған даму моделі, сондықтан бұл процестер жүктілік күмәндігін тудыра алмайды.

Сонымен қатар жеткіншектерден туылған балалар үлкен әйелдерден туылған балаларға қарағанда кіші болады. Жас жеткіншектердің жүктілігі үлкендермен салыстырғанда кеш білінеді, мысалы 7-ші айында ғана іші шыға бастайды. Жүкті жеткіншек ол мүмкін емес деп өз жағдайын жай салмақ қосып жатырмын деп ойлауы мүмкін.

Өз жүктілігін мойындамау - жеткіншектердің ең басты қатесі. Бұл жүктілікті байқамауы, немесе байқаса да кеш сатыларына түсуінің себебі болып табылады.

Көптеген жеткіншектер жүктілікті онымен ешқашан болмайтындай етіп қабылдайды. Көбісі өздерін әлі жаспыз, жүкті бола алмаймыз дейді. Олар әлі өз денелері жыныстық даму барысында, сондықтан жүкті болмаймыз деп есептейді. Сондықтан да олар жыныстық қатынасқа келгенде қаннен-қаперсіз болады.

Қалаусыз жүктіліктен бас тартқан сайын, жүктіліктің пайда болу мүмкіншілігі жоғарылайтыны барлық ақпараттарда көрсетілген. Бірақ көбісі бұл туралы сөз қозғамайды. Әркім өз өмірін айналадағы ортадан шет ұстағысы келеді, сондықтан да сенің жақын араласып жүрген адамдарыңда саған ол туралы айтпаса оған таң қалма. Ол олардың құқығы.

Егер өзіннің жүкті екенінді білсең медицина көмегіне сүйен. Сонымен қатар өзін сенетін үлкендермен, достарыңмен сөйлес. Бұл саған өз жүктілігің туралы қандай шешім қабылдасанда өз денсаулығыңды сақтап қалуға көмектеседі.

Жүкті әйелде бұл жағдайдан шығатын үш жол бар: жүктілікті қалдырып, босанып, баланы өсіру; ол баланы босанып мемлекетке немесе асырап

алатын ата-анаға беру; ол жергілікті мекен жайы бойынша әйелдер кеңесінде немесе жеке медицина орталықтарында тегін қауіпсіз аборт жасауға құқылы.

Бұл шешімдердің әр қайсысының өзінің «тиімді» және «тиімсіз жақтары» бар, сол үшін дұрыс шешім қабылдаған жөн. Мұндай жағдайда біреумен сөйлесу шынында да көмектесе алады. Сонымен қатар медицина орталықтарынан, ақпарат көздерінен, дәрігерлерден босануға дейінгі көмек, асырап алумен көмек, аборт жасау туралы ақпарат алу міндетті.

Егер сен жүкті болғың келмесе, саған қынаптық жыныстық қатынастардан аулақ болу керек немесе контрацепцияның жақсы әдісін таңдау керек.

УДК 618.146-002.446-07/-08

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ: ВИДЫ, ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Г.У. ИСКАКОВА

ГКП «Перинатальный центр», г.Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации об эрозии шейки матки.

Түйін

Берілген мақалада жатыр мойны эрозиясына қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information about the cervical erosion.

Шейка матки, несмотря на свою эндогенную локализацию, довольно травматична. Выполняя транзитную роль между влагалищем и маткой, она в первую очередь страдает от неблагоприятного воздействия различных факторов, будь то травмы во время родов, воспалительные процессы или гормональный сдвиг. Поэтому риск заполучить «подарок» в виде повреждения выстилающих шейку матки эпителиальных клеток — эрозию — весьма высок.

Канал шейки матки выстлан цилиндрическим однослойным эпителием. Место входа канала во влагалище покрыто пластами многослойного эпителия. Между этими двумя слоями имеется четкая граница, представленная наружным отверстием цервикального канала. Для чего я так подробно на этом останавливаюсь? Дело в том, что очень важно отделять истинную эрозию шейки матки, о которой выше и шла речь, от так называемой, псевдоэрозии. В последнем случае как такового повреждения эпителия не происходит, а имеет место замещение многослойного эпителия влагалищной части шейки матки на цилиндрический, в результате чего вокруг наружного отверстия цервикального канала наблюдается покраснение. Это и есть псевдоэрозия или эктопия. Она может быть врожденной и приобретенной. **Врожденная псевдоэрозия** встречается не менее чем у половины женщин в возрасте до 40 лет, протекает без выраженных симптомов, не перерождается в злокачественную ткань и не требует какого-либо специфического лечения. **Приобретенная псевдоэрозия** — это последствия истинной эрозии, которая спустя 2-3 недели трансформирует-

ся в псевдоэрозию: на месте многослойного эпителия появляется цилиндрический.

Причины эрозии шейки матки

- воспалительные процессы вследствие инфекционных заболеваний мочеполовой сферы. Здесь могут «постараться» хламидии, трихомонады, уреаплазмы, гонококки, стрептококки, стафилококки, кандиды, вирус папилломы человека. Выделяясь из канала шейки матки, воспалительный секрет воздействует на многослойный эпителий, приводя сначала к разъединению эпителиальных клеток, а затем и к отшелушиванию эпителия;

- ранний либо поздний «старт» половой жизни, неупорядоченные (редкие или частые) половые связи;

- травмы, полученные при родах, абортах, сексуальных контактах, оперативном вмешательстве;

- сбой в функционировании иммунной или гормональной систем.

Симптомы эрозии шейки матки

Сложно писать про симптомы, если они практически отсутствуют. Казалось бы, это хорошо: нет симптомов — нет и болезненного состояния, дискомфорта. На самом же деле в отсутствии симптомов и состоит основное коварство эрозии шейки матки. Болезнь, зная себе, развивается, а женщина при этом ничего не подозревает. Зато потом, когда она приходит к гинекологу, ее поджидает весьма неприятный сюрприз. Чтобы не допустить подобной ситуации, следует, как минимум, дважды в год проходить гинекологический осмотр.

Иногда все-таки присутствуют симптомы в виде слизисто-гнойных или кровянистых выделений, не имеющих отношения к менструации,

болевых ощущений при сексуальном контакте. В данном случае следует незамедлительно обратиться в женскую консультацию. Ранняя диагностика — залог успешного лечения.

Диагностика эрозии шейки матки

Сначала производится визуальный осмотр при помощи гинекологического зеркала. Убедившись, что с шейкой матки творится что-то неладное, врач назначает целую серию анализов и исследований:

- кольпоскопия с целью определить точную локализацию пораженных участков эпителия;
- исследование отторгающихся эпителиальных клеток, выделенных из цервикального канала, под микроскопом с целью выявления воспалительного процесса и возможного наличия злокачественных новообразований;
- определение возбудителя инфекции методом ПЦР либо посевом на культуральные среды;
- биопсия (в случае подозрения на онкопатологию).

Лечение эрозии шейки матки

Лечение определяется видом и размером эрозии, а также наличием сопутствующих инфекций.

Врожденная псевдоэрозия требует постоянного наблюдения, с течением времени она, как правило, исчезает.

Истинную эрозию надо не задумываясь ликвидировать. Так как в подавляющем большинстве случаев причиной истинной эрозии является инфекция, то на первом этапе следует уничтожить ее возбудителя. Это достигается приемом антибиотиков. Проводится также симптоматическая терапия противовоспалительными средствами и иммунотерапия. При выраженном воспалении шейку матки местно обрабатывают солкосе-

рилом или актовегином, облепиховым маслом, олазолем.

Если консервативное лечение не приносит ожидаемых результатов, при неоднократных рецидивах, при внушительных размерах эрозии применяют хирургические методы лечения (используются только при псевдоэрозии):

- диатермокоагуляция или, прижигание тканей высокочастотным электрическим током. Метод травматичный. Его следует использовать только у рожавших женщин, да и то только в том случае, если они не планируют забеременеть в течение ближайшего года;
- криодеструкция или прижигание жидким азотом, так называемое «промораживание» пораженных тканей;
- лазеротерапия. Это один из лучших методов терапии, при использовании которого не образуется рубцовой ткани на шейке матки, да и сам процесс заживления более оперативен.

После процедуры назначаются антисептические и ранозаживляющие мази или свечи, которые принимаются курсом до 10 дней.

После того, как результат достигнут, и эрозия вылечена, следует на 3 недели воздержаться от сексуальных контактов и чрезмерных физических нагрузок.

Наличие в анамнезе эрозии шейки матки предполагает более внимательное отношение к личной гигиене: ведь эрозия сама по себе является идеальным местом для размножения патогенных микроорганизмов, при менструациях следует почаще менять тампоны или прокладку (по возможности каждые три часа), вести здоровый образ жизни.

УДК 618.5-001

АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

С.Ш. БАЙДАРБЕКОВ, Г.У. ИСКАКОВА,
Ш.К. КАИРБЕКОВА, А.Т. КЕМЕЛХАНОВА
ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации об акушерском травматизме.

Түйін

Берілген мақалада аралықтың жыртылуына қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information about obstetric injuries.

К акушерскому травматизму относятся травмы плода и женщины в процессе родов. Акушерский травматизм матери – нарушения целостности родовых путей женщины. Травмы могут быть в любом отделе (от вульвы до дна матки), различного характера (от небольших повреждений до смертельных разрывов матки).

Разрывы вульвы в родах встречаются редко, чаще бывают разрывы в области преддверия, локализующиеся по бокам от уретры в области, близкой к клитору. Они могут значительно кровоточить вследствие наличия в данной области кавернозных тел. Менее опасными являются разрывы малых половых губ.

Разрывы влагалища обычно возникают при родах крупным плодом, после операции наложения щипцов, а также при первых родах (наблюдается чаще, чем при повторных). Они происходят в основном в нижней трети влагалища; в верхней части влагалища разрывы бывают реже и являются продолжением разрывов шейки матки. Разрывы стенок влагалища могут сопровождаться значительным кровотечением и способствовать образованию гематом.

Наиболее часто встречаются разрывы промежности. Различают самопроизвольные и искусственные (насильственные) разрывы промежности. Искусственные разрывы – эпизиотомии или перинеотомии, проводимые во втором периоде родов. В этом случае разрыв начинается со слизистой влагалища и переходит на мышцы и кожу промежности.

При угрозе самопроизвольного разрыва кожа белеет, максимально растягивается и блестит.

Далее происходит разрыв задней спайки с переходом на влагалище с одной стороны и на мышцы и кожу промежности с другой.

Причинами самопроизвольных разрывов промежности могут являться быстрее прорезывание головки, неблагоприятные вставления и предлежания головки. К этому виду травматизма predisполагают малый наклон таза, высокая и ригидная промежность, рубцы после операций либо разрывов в предшествующих родах, неправильное ведение родов и погрешности в проведении акушерского пособия и операций, затрудненная конфигурация костей головки вследствие плотности при переносенной беременности.

Различают три степени разрывов промежности

I степень – разрыв задней спайки влагалища, а также кожи промежности (не более чем на 2 см); мышцы промежности остаются неповрежденными;

II степень – повреждаются мышцы промежности – *mm. bulbocavernosus, transversus perineae superficialis et profundus*, а также *centrum tendineum*. Разрыв продолжается на заднюю стенку влагалища справа или слева от *columnae rugarum* или же виллообразно с обеих сторон. Сфинктер и прямая кишка не повреждаются;

III степень – помимо тканей промежности и задней стенки влагалища разрывается наружный сфинктер, а иногда даже и прямая кишка.

Разрывы I и II степени называются неполными, а III степени – полными.

При разрывах промежности значительных кровотечений, как правило, не наблюдается. Диагноз ставят при осмотре родовых путей.

Разрывы промежности могут служить входными воротами для патогенных микроорганизмов. Акушерка должна помнить, что восстановление целостности родовых путей с соблюдением правил асептики и антисептики будет способствовать профилактике возникновения послеродовых инфекционных и септических осложнений. Все разрывы тщательно ушиваются послойно до полного анатомического восстановления промежности. Оставшиеся незащитыми или неправильно зашитые разрывы промежности спо-

собствуют в дальнейшем опущению и выпадению стенок влагалища и матки. При невосстановленной целостности сфинктера и стенки прямой кишки у женщины будет отмечаться недержание газов и кала.

Профилактика разрывов промежности включает комплекс мероприятий по рациональному ведению родов, своевременной диагностике угрожающего разрыва промежности с последующим проведением эпизиотомии или перинеотомии.

УДК 613.888

КОНТРАЦЕПЦИЯНЫҢ КЕЙБІР ӘДІСТЕРІ

С.Ш. БАЙДАРБЕКОВ, Г.У. ИСКАКОВА,
Ш.К. КАИРБЕКОВА, А.Т. КЕМЕЛХАНОВА
МКК «Перинаталдық орталық», Алматы қаласы

Резюме

В данной статье представлены информации о некоторых видах контрацепции.

Түйін

Берілген мақалада контрацепцияның кейбір әдістеріне қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information about certain types of contraception.

Әйел вагиналді жыныстық қатынасқа түскенде жүкті болуы мүмкін, яғни еркек жыныс мүшесі қынап ішіне енгенде. Мұндай жағдайда адам жасы, не «бірінші рет» деген сөздер маңызды емес. Жыныстық даму жетілгеннен кейін — қыздарда етеккірдің келуі — жүктілік даму мүмкіншілігі пайда болады деген сөз.

Егер зақуляция қынап ішінде жасалып немесе еркек жыныс мүшесі бірден шығарылғаннан кейін, сперма қалатын болса ол қынап ішінде алты күнге дейін сақталып (сол себепті қорғану керек), әйел жұмыртқасымен кез келген уақытты кездесіп жүкті болуы мүмкін. Сондықтан үзілмелі түрдегі жыныстық қатынас сенімді контрацепция бола алмайды. Сондықтан әр жыныстық қатынаста презервативті қолдану маңызды болып табылады.

Қалаусыз жүктіліктің алдын алудың бірнеше әдістері бар, бірақ презервативті қолдану

жүктіліктің де алдын алып, сонымен қатар көптеген соз, мерез, АҚТК (ВИЧ) сияқты жыныс жолымен берілетін инфекциялардың алдын алуға көмектеседі.

Контрацепцияның нақты әдісін таңдамас бұрын өзіңе мына сұрақтарды қоюды ұсынамыз.

- бұл әдісін қалаусыз жүктіліктен қаншалықты қорғайды?
- жыныс жолдарымен берілетін аурулардың алдын алалады ма?
- қолданылуы қаншалықты қиын?
- ол әдісті қолданану саған ыңғайлы ма?
- өзіңе оған рұқсат ете аласың ба?
- оны алуға дәрігер рұқсаты керек пе?

Мүмкін саған бірнеше дәрігерлік сұрақтарды ойластыру керек шығар. Кей әдістер адамның денсаулығына байланысты сәйкес келуі мүмкін. Мысалы темекі тартатын адамдарға жүктілікке қарсы дәрілерді қолдануға болмайды.

Кей адамдарда контрацепцияның бір түрлеріне жанама әсерлері дамуы мүмкін. Мысалы, біреулерде латекске аллергиясы болса, оған презервативті қолдану қарсы көрсеткіш болып табылса, біреулерде спермецидке болуы мүмкін. Дұрыс бағдар алу үшін өз дәрігеріңмен кеңестес, себебі шешім қабылдайтын сенсің.

Қыздарға арналған кең тараған контрацепция әдістері:

Жүктілікке қарсы дәрілер: кейде оралді контрацептивтер деп аталады, олардың құрамында әйел ағзасы өндіретін гормондардың төмен концентрациясы болады. Бұл дәрілер ұрықтануды тоқтатып, жатыр мойны шырышын қоюлатады, ол өз бетінше сперманың жатыр мойнынан және фаллопиев түтіктен өтуіне кедергі болу арқылы жүктіліктің алдын алады.

Оралді контрацептивті қолданатын әйелдер, оларда жыныстық қатынас болсада болмасада күніне бір таблетка қолданады. Егер таблеткаларды күнделікті уақытымен қолданатын болса оның әсері жоғары болады.

Оларды ретті және дұрыс қолдану олардың контрацепциялық әсерін 99%-ке жоғарылатады. Бірақ олар жыныс жолымен жұғатын инфекциялардан (ЖЖЖИ) қорғамайды.

Жүктілікке қарсы дәрілерді дәрігер кеңесінен кейін ғана қолдану керек.

Жүктілікке қарсы пластырь - әйел гормондары бар жұқа пластырь. Бұл овуляцияны тоқтатып (аналықта аналық жасушалардың өндірілуін) ұрықтануды тежейді, жатыр мойны шырышын қоюлатады, ол өз бетінше сперманың жатыр мойнынан және фаллопиев түтіктен өтуіне кедергі болу арқылы жүктіліктің алдын алады.

Әйелдер оны бактерицидтік пластырь тәрізді жамбасына, құрсақ қабырғасына, кеуденің немесе иықтың жоғарғы жағына, апта сайын ай бойына қатарынан үш апта жабыстыру арқылы қолданады. Пластырь гормондары тері арқылы әсер етеді.

Оларды ретті және дұрыс қолданғанда контрацепциялық әсері 99,7% құрайды. Бірақ олар ЖЖЖИ-дан қорғамайды.

Жүктілікке қарсы пластырьларды дәрігер кеңесінен кейін ғана қолдану керек.

Жатыршілік спираль: спираль – дәрігер жатырға енгізетін үлкен емес қондырғы. Ол жатыр ішінде бес жылға дейін сақталып, сені жүктіліктен қорғайды. Дәрігер оны кез келген уақытта алып тастайды. Дәрілер сияқты спиральдың да құрамында гормондар болады.

Дүние жүзінде 160 млн. әйелдер осы әдісті қолданады. Бұл спиральдің ең көп таралған контрацепциялық әдіс екенін көрсетеді. ЖЖЖИ-дан қорғамайды.

Шұғыл контрацепция: бұл жыныстық қатынастан кейін қолданатын жалғыз жүктілікке қарсы әдіс болып табылады. Әйел бұл әдісті басқа әдістер көмектеспесе, сексуалдық зорлық жағдайлар болса немесе қорғануды ұмытып кеткен жағдайда (презерватив жыртылып кеткен жағдайда) қолданады.

Әйел бұл дәрілерді өзінің қандай етеккір айналымы екеніне қарамастан қолдана алады. Шұғыл контрацепция әйел аналықтарының аналық жасушасын өндірілуін тоқтататып, аналық жасушасының сперматазойдпен кездесуін тоқтатып және ұрықтанған жұмыртқаның жатырға бекінуіне кедергі жасайды.

Шұғыл контрацепция қорғанусыз болған жыныстық қатынастан кейін 72 сағат ішінде қолданса тиімді болады. Бұл туралы көбірек білгіңіз келсе өз гинекологыңызбен кеңесіңіз. Шұғыл контрацепция жүктілік қаупі-қатерін 75-89%-ке төмендетеді. Ол ЖЖЖИ-дан қорғамайды. Шұғыл контрацепция дәрілерін өз гинекологыңнан немесе дәріханадан ала аласың.

Ұстану: бұл дегеніміз жыныстық қатынасқа түспеуге тырысып, оған ілеспеу деген мағынаны білдіреді. Егер сен ұстануды контрацепция ретінде қолданатын болсаң, онда сен вагиналдық және де басқа да әдістерден бас тартып сперманың қынапқа түспеуін қамтамасыз етуің керек. Ұстанудың әсері жүктіліктің алдын алуда, егер жұптар толық бір-бірінен алшақ болатын болса, 100%-ке жетеді.

Презерватив: еркек жыныс мүшесіне киілетін қапшық болып табылады. Презервативтер латекстен, полиуретаннан, табиғи ешкі терісінен жасалады.

Презерватив қоздырылған жыныс мүшесіне киіліп, бірақ рет қолданылады. Презерватив эвакуация кезінде бөлінетін барлық сперманы ұстап оны серіктестің денесіне енгізбеуге көмектеседі.

Презервативті қолдана тұра оны ұзақ сақтау, жарықта және ылғалда ұстау латексті презервативтердің майлағыш заттарының бұзылуына әкеліп қатынас барысында жыртылып кетуі мүмкін екендігін естен шығармаған жөн. Егер презерватив сенің әмианыңда (партмоне) сақина тәрізді із қалдыратын болса ол жарамсыз деген сөз.

Оларды ретті және дұрыс қолданғанда контрацепциялық әсері 97% құрайды.

Презерватив көптеген ЖЖЖИ-дан қорғайды. Бірақ ол герпестен, үшкір сүйелдерден және ба-скада тері бетінде жаралар туғызатын микроор-ганизмдерден сақтай алмайды. Презервативтер өздері жаппай тұрған тері бетін қорғай алмайды. Сондықтан өз серіктесінді тандағанда абай бол,

әсіресе ол саған дейін бірнеше серіктестермен бірге болған болса.

Презервативтер кез келген дәріханада сатыла-ды, оны алу үшін ешқандай рецептін қажеті жоқ.

Латексті презервативтер ЖЖЖИ-дан, АҚТ-Қ(ВИЧ)/ЖҚТБ(СПИД), соз, мерезден, хламиди-ядан, герпестен сақтайтын жалғыз әдіс болып табылады.

УДК 613.888

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

С.Ш. БАЙДАРБЕКОВ

ГКП «Перинатальный центр», г. Алматы

Резюме

В данной статье представлены информации о планировании семьи.

Түйін

Берілген мақалада отбасын жоспарлауға қатысты мәселелер қарастырылған.

Summary

This article presents information on family planning.

Семейное планирование — это комплекс социально-экономических, культурно-образовательных, социально-просветительных, медицинских, религиозных и воспитательных мироприятий, направленных на создание благоприятных условий для правильного (нормального) выполнения генеративной функции. В более узком смысле этот термин означает планирование супругами сроков рождения детей, их количества, выбор контрацептивных средств для профилактики нежелательной беременности.

Актуальность и необходимость планирования семьи и народонаселения обусловлены тем, что нормальные роды происходят менее чем у 20% женщин в Беларуси рождается большое количество больных недоношенных и с пороками развития детей. Учитывая, что население в мире растет на 1,73%, или 87 млн человек, а в нашей стране ежегодное вымирание составляет десятки тысяч человек, население Беларуси через 50 лет

составит 0,07% предполагаемого населения мира, что в 3 раза меньше, чем сегодня (0,2%). В странах с хорошим планированием семьи (Япония, Англия) перинатальная смертность составляет 5%, материнская — 10 — 12 человек на 100 000 живорожденных. Там же, где планирование семьи недостаточное (Бангладеш), эти показатели составляют соответственно 140% и 623 человека.

Планирование семьи с медицинских позиций возможно при знании основ репродуктивной функции. Так, наиболее благоприятный возраст женщины для рождения детей — 18 — 35 лет, а первого ребенка — 18 — 25 лет. Рождение детей с пороками развития чаще наблюдается у женщин пожилого возраста (особенно после 40 лет), при воздействии на развивающийся плод во время беременности вредных факторов (радиация, физические, химические и др.). Оптимальный интервал между рождением детей — 4 года. Первая беременность в возрасте 30 лет и более, равно как

и до 18 лет, нередко заканчивается операцией кесарево сечение сопровождается различными осложнениями.

Здоровый образ жизни, важный в течение всей жизни, крайне необходимо вести в период выполнения генеративной функции. При наличии заболеваний следует проодить оздоровление супругов до беременности. Бесплодие в семье до 10 – 15% может быть обусловлено болезнями обоих супругов, в 30% - болезнью мужчины, а не только женщины, как это ранее считалось. Недоношенные дети умирают и заболевают в десятки раз чаще, чем доношенные. Есть множество причин невынашивания, которые проще устранить в периоды между рождением детей.

Супруги (половые партнеры) должны уметь пользоваться контрацептивными средствами, подбор которых осуществляется строго индивидуально с учетом возраста, конституции, состояния здоровья и других факторов. Будущие родители должны знать, что ведет к бесплодию (ранняя половая жизнь, воспалительные, венерические заболевания, вредные привычки и др.). Аборт приводит к множеству ранних и поздних осложнений, но особенно опасны поздний аборт и аборт при первой беременности. Аборт у женщин с резус-отрицательной принадлежностью крови, если у супруга резус-положительная, может быть финалом возможности выполнения генеративной функции в семье.

Будущая мать должна знать особенности питания, быта, гигиены в периоды оплодотворения, беременности, родов, лактации. Вредные привычки способствуют неправильному развитию плода и ребенка, нарушениям в организме матери во время беременности. Выполнение женщиной всех положений диспансеризации в период беременности является неприменным условием благоприятного течения беременности и правильного развития плода и новорожденного. Своевременное поступление в стационар для родоразрешения избавляет женщину от многих осложнений в течение родов. А грудное вскармливание ребенка до года имеет множество преимуществ перед искусственным, особенно в первые шесть месяцев.

Основы планирования семьи должны быть доведены до сведения населения, прежде всего путем санитарно-просветительной работы. Принципы планирования семьи реализуются всей общемедицинской службой под руководством акушерок и акушеров-гинекологов. Семейное планирование озночает здоровье семьи, приносит большую пользу нации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акушерство: Учебник/Вл.Дуда, В.И.Дуда, О.Г.Дражина; Под ред. И.В.Дуда. – Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. – 463с.: ил.

УДК 618.2:618.5:618.514-005.1

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**Н.Н. МАКЖАНОВА**

ГККП «Районная поликлиника», Талгарский район

Резюме

Материнская смертность, являясь важным критерием оценки уровня состояния здравоохранения, качества медицинской помощи, результативности внедрения научно-обоснованных, новых репродуктивных технологий и научных программ, требует постоянного мониторинга.

Түйін

Ана өлімі – денсаулық сақтау жағдайы денгейін, медициналық көмек сапасын, ғылыми негізделген, жаңа репродуктивтік технологиялар мен ғылыми бағдарламалардың нәтижелілігін бағалаудың маңызды критеріі бола тұра, тұрақты мониторингті қажет етеді.

Summary

Maternal mortality, being important criterion of an assessment of level of a condition of health care, quality of medical care, productivity of introduction of scientific and reasonable, new reproductive technologies and scientific programs, demands continuous monitoring.

Материнская смертность продолжает оставаться ведущей причиной летальности среди женщин репродуктивного возраста во многих странах.

Основными причинами материнской смертности являются причины, связанные с беременностью, родами и послеродовым периодом- 70%, где акушерские кровотечения занимают ведущее место-35%. На втором месте преэклампсия, эклампсия -20%, на третьем месте - аборт-15%.

Индекс здоровья женщин нашей республики не превышает 30, а в некоторых регионах - даже 20, в Алматинской области 25. Анемия у беременных возросла более чем в два раза (2009-2011гг) [1].

Научные исследования, посвященные изучению проблемы прогнозирования и предупреждения материнской смертности по республике Казахстан, проводятся на протяжении 25 лет.

Главным достижением была впервые разработанная шкала бальной оценки факторов риска смертности беременных, рожениц и родильниц. основополагающим звеном в разработке факторов риска служили многоаспектный клинический анализ случаев материнской смертности по Казахстану и исследования основных показателей гемостаза у беременных с экстрагенитальными и акушерскими осложнениями.

По определению ВОЗ одним из универсальных факторов риска материнской смертности

являются многочисленные роды и частые беременности. Экспертной оценкой истории родов умерших многорожавших женщин по республике определены место паритета матери и порядкового номера беременности в неблагоприятном исходе.

Одним из основных детерминантов материнской смертности является возрастной фактор, от которого зависит риск возникновения акушерских осложнений. Для изучения влияния возрастного фактора на исход беременности и родов изучена материнская смертность по Республике. Многосторонний анализ медицинской документации умерших первородящих старше 30 лет показал, что большинство смертей было в возрастной группе 30-34 года (60%), 35-39 лет-31,1%, 40 лет и старше 8,9%.

Экстрагенитальные заболевания были диагностированы у 82,2% умерших. Гинекологическими заболеваниями страдали 64,4% женщин. Репродуктивные потери у умерших первородящих старше 30 лет составили 75,6%. Все эти потери напрямую связаны с выбором тактики ведения беременности и родов в группе высокого риска.

Среди экстрагенитальных заболеваний чрезвычайно актуальной продолжает оставаться проблема анемии, фонового заболевания при материнской смертности. Среди умерших с анемией

в течение всего периода наблюдалось у 80,1%. Причиной материнской смертности беременных, страдавших анемией, были акушерские кровотечения [2].

По данным анализа причин материнской смертности, из всех акушерских потерь каждая третья женщина умирает от кровотечения.

Исход родов, осложнившихся кровотечением, во многом зависит от правильной тактики их ведения. Экспертная оценка медицинских документов умерших женщин, показывает, что превентивные мероприятия по профилактике возможных кровотечений в родах проводилась лишь в 16,7%. В 67% случаев специалистами неверно оценивались степень кровопотери, что в дальнейшем негативно отразилось на исходе лечения. При возникновении кровотечения помощь в половине случаев оказывалась несвоевременно и не в полном объеме.

Доля гинекологической заболеваемости среди общей заболеваемости населения составляет 10-12% с частотой ее от 200 до 300 на 1000 женщин.

В последние годы повсеместно отмечен быстрый рост гинекологической заболеваемости среди женщин репродуктивного возраста.

Наиболее частой формой патологией является дисменорея, возникающая, очевидно, как следствие воспаления матки и придатков, гиперменструальный синдром. Растет частота бесплодия, составляя 13,9% среди женщин, живущих половой жизнью. При этом вторичное бесплодие встречается в 3,5 раза чаще, чем первичное. Одной из ведущих причин бесплодия у женщин является высокий уровень гинекологических заболеваний воспалительного характера. Отмечается высокий уровень невынашивания беременности (до 9,6%) и преждевременных (до 7,5%) родов среди городских жительниц.

Особого внимания заслуживает вопрос о влиянии легального искусственного аборта на репродуктивную функцию женщин. Дело в том, что аборты часто являются причиной бесплодия, невынашивания беременности, других осложнений беременности и родов, высоких показателей материнской смертности.

Кроме того, в настоящее время определены группы женщин «повышенного риска», наступление беременности у которых оказывает неблагоприятное влияние на состояние их здоровья. Исследованиями последних лет установлено, что нежелательна беременность у женщин до 20 лет и старше 40 лет. Материнская смертность в группе женщин в возрасте 40 лет и старше в 5 раз выше по сравнению с женщинами 20-29 лет, а у первородящих в возрасте 40 лет и старше этот показатель в 15 раз выше. С увеличением количества родов свыше четырех повышается заболеваемость женщин диабетом, а также частота развития анемии и кровотечений [3].

Важная роль в этом отводится совершенствованию существующих и разработке новых организационных, комплексных или семейных форм медицинского обслуживания, профилактической, лечебной и реабилитационной помощи женщинам фертильного возраста с учетом особенностей влияния на организм условий труда и быта, девочкам-подросткам и частоболеющим детям [4].

Таким образом, проблема укрепления репродуктивного здоровья женщин актуальна во всем мире. Многочисленные исследования направлены на изучение факторов риска материнской смертности, тем не менее, проблема снижения показателей материнской смертности существует.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Женщины и мужчины Казахстана // Статистический сборник.- Астана, 2011.- 100с.
2. Двужилов В.В. Экспертные системы в акушерстве: проблемы и перспективы / В.В. Двужилов // «Мать и дитя», рос. форум (4; Москва; 2002). Материалы. М., 2002. - С. 27 - 28.
3. Дьяченко В.Г. Репродуктивные потери как конечный результат воздействия социальных и медико-биологических факторов на здоровье беременных женщин и новорожденных детей / В.Г. Дьяченко // Дальневост. мед. журн. 2001. - № 1. - С. 99 - 101.
4. Кулавский В.А. Медико-социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья / В.А. Кулавский, Л.А. Даутова // «Мать и дитя», рос. форум (4; Москва; 2002). Материалы. М., 2002. - С. 50 - 52.

УДК 373.5.613.94 (063)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛОДИЯ**Н.Н. МАКЖАНОВА**

ГККП «Районная поликлиника», Талгарский район

Резюме

Бесплодие серьезная проблема репродуктологии, при которой имеется сочетание социального, психического неблагополучия и практически всегда физического нездоровья в семье.

Түйін

Бедеулік отбасындағы физикалық ақаулықты, психикалық, әлеуметтік қолайсыздықтан тұратын репродуктологияның өзекті мәселесі болып табылады.

Summary

Infertility a serious problem of a reproductologiya at which there is a combination of social, mental trouble and practically always a physical illness in a family.

Регулирование рождаемости — одна из наиболее важных задач каждого государства и основной фактор обеспечения нормальных условий жизни людей. Наряду с угрозой перепроизводства населения на планете существует другая проблема - увеличение числа бездетных семей. При невысоком уровне рождаемости в высокоразвитых странах рост бесплодия неблагоприятно сказывается на демографических показателях. Проблема бесплодного брака остается актуальной [1].

По данным ВОЗ, причины бесплодия подразделяются на трубноперитонеальные, эндокринные и являются следствием различных гинекологических заболеваний. Удельный вес трубно-перитонеального бесплодия составляет 41-85%. Чаще оно является вторичным, следствием перенесенного воспалительного процесса органов малого таза, приводящего не только к анатомическим изменениям маточных труб, образованию спаечного процесса в малом тазу, но также способствующего нарушению гемодинамики во внутренних половых органах, овуляции, восприятия и транспорта яйцеклетки даже при ненарушенной проходимости маточных труб [2].

Бесплодие - кардинальный признак первичных поликистозных яичников. Частота данной патологии среди женщин репродуктивного возраста составляет 11-16%, а в структуре эндокринного бесплодия доходит до 75%. Одним из многочисленных факторов, приводящих к бесплодию в браке, является опухоль яичников. Некоторые

авторы указывают, что бесплодие ранний симптом доброкачественных опухолей у 50% больных. Низкий процент рецидивов опухолей яичников после их резекции позволяет шире производить органосохраняющие операции, особенно у больных с бесплодием. Частота наступления беременности после операции у больных с доброкачественными опухолями яичников в сочетании с воспалительным процессом, зависит от эффективности противовоспалительной и рассасывающей терапии.

Среди причин женского бесплодия определенное место занимают фибромиомы матки, при которых в яичниках развиваются дистрофические изменения, нарушающие их функцию. Миома матки часто возникает в репродуктивном возрасте и требует лечения, направленного на сохранение или восстановление генеративной функции. Некоторые авторы приводят данные, что каждая вторая больная с миомой матки страдает бесплодием, другие исследователи полагают, что у 1-20% больных, страдающих бесплодием, миома матки является единственной патологической находкой. Сочетание миомы матки с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, наружным генитальным эндометриозом, синдромом поликистозных яичников, опухолями яичников отмечено у 40%-60% больных. Наличие миомы матки и обусловленного бесплодия авторы объясняют механическими факторами, вызывающими изменение конфигурации полости матки, ее размеров,

тонуса, локализации и размеров миоматозных узлов. Большинство исследователей полагает, что миома матки и бесплодие возникает в результате гормональных нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе.

В изучении причин бесплодия достигнуты определенные успехи, установлены факторы, вызывающие его развитие и разработаны достаточно эффективные методы диагностики и хирургического лечения. Проблема дальнейшего совершенствования методов хирургического лечения и реабилитации репродуктивной функции женщин, страдающих бесплодием остается актуальной. Основными проблемами реконструктивной хирургии в гинекологии является профилактика образования спаек. Известно, что не у всех больных после перенесенного воспаления придатков матки и операций развивается спаечный процесс, однако этот факт до настоящего времени не получил объяснения. Прямая зависимость между этими факторами отсутствует, так как трудно учесть особенности индивидуальных тканевых реакций и различного порога чувствительности брюшины к раздражающему влиянию, что, по-видимому, играет немаловажную роль в возникновении спаечного процесса. Наиболее изучен механизм возникновения спаек после операций на органах малого таза. В наблюдениях исследователей 36,5% пациенток с перитонеальной формой бесплодия перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза, что в дальнейшем привело к возникновению спаечного процесса.

В настоящее время с целью лечения бесплодия различного генеза широко применяется метод лапароскопии, а с целью сохранения детородной функции используют органосохраняющие операции при опухолях матки, придатков и внематочной беременности [2]. Несмотря на достигнутые успехи консервативного лечения бесплодия, результаты его остаются неудовлетвори-

тельными: в среднем только у 30% больных наступает беременность, несмотря на то, что проходимость маточных труб восстанавливается в 50-60% [3]. Эффективность хирургического лечения больных с бесплодием во многом зависит от правильного подбора больных, а для повышения эффективности реконструктивно-пластических операций на матке и придатках необходимо раннее направление больных на операцию, широкое использование эндоскопической техники и проведение комплекса послеоперационной восстановительной терапии. Эффективность хирургического лечения в значительной степени определяется реабилитационной терапией. В адекватном восстановлении различных функций репродуктивной системы у больных с бесплодием (менструальной, репродуктивной) решаются медицинские, психологические и социальные вопросы, являющиеся основными компонентами задач реабилитации.

Несмотря на важнейшие достижения медицинской науки и практики в гинекологии, женское бесплодие остается актуальной проблемой, требующей применения индивидуальной терапии и хирургической компоненты на основе высоких медицинских технологий, обеспечивающих интеллектуальную поддержку принимаемых решений при диагностике и лечении женского бесплодия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Беженарь В. Ф., Максимов А. С. Трубно-перитонеальное бесплодие. Проблемы и перспективы: Обзор // Журн. акушерства и жен. болезней. 1999, Т. 68, N3, С. 48-55.
2. Айламазян, Э.К. Общие и частные вопросы экологической репродуктологии / Э.К. Айламазян, Т.В. Беляева // Журн. акушерства и жен. болезней. — 2003. — Вып.2. С.4-10.
3. Малевич К.И., Русакевич П.С. Лечение и реабилитация гинекологических больных. Минск, «Вышэйшая школа», 1994, 368 с.

УДК 614.2(364).618.3-036.86

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ**Ш.С. МУХАМЕДГАЛИЕВА**

ГККП «Центральная больница №1», г. Сатпаев

Резюме

Важнейшим критерием, определяющим состояние здоровья населения, является младенческая смертность.

Түйін

Халықтың денсаулығын анықтауда маңызды нышандардың бірі болып сәбилер өлімі табылады.

Summary

The major criterion defining a state of health of the population is infantile mortality.

Аntenатальная охрана плода, снижение перинатальной заболеваемости и смертности является перспективным направлением в снижении репродуктивных потерь. Ранее выявление женщин с риском развития перинатальных осложнений, правильное их ведение и соответствующая корригирующая терапия могут предупредить неблагоприятные исходы перинатальной патологии.

На фоне резкого снижения рождаемости, уменьшения коэффициентов фертильности и воспроизводства населения, отмечается уменьшение доли здоровых детей среди новорожденных, увеличение числа детей с низкой и экстремально низкой массой тела при рождении, нарастание патологии перинатального периода, ухудшение здоровья беременных за счет роста преэклампсий, экстрагенитальных заболеваний, увеличение невынашивания беременности и, как следствие, возрастание доли факторов перинатального периода в структуре причин детской инвалидности и младенческой смертности [1].

Значительно увеличилось число состояний, связанных с перинатальным периодом и врожденными аномалиями развития, что косвенно может свидетельствовать о недостаточной перинатальной диагностике и недостаточных возможностях выхаживания глубоко недоношенных детей. В связи с этим, проблема перинатальной патологии выступает на первый план по социальной и медицинской значимости и перспективности.

В наиболее конкурентоспособных государствах мира, и в этой связи, показатели младенческой, в том числе перинатальной, и детской смертно-

сти являются одними из основных индикаторов, определяющих место страны в мировом рейтинге при оценке системы здравоохранения.

В Казахстане перинатальные причины, обусловленные предотвратимыми состояниями нередко, встречаются у доношенных новорожденных и определяются такими состояниями, как асфиксия, инфекции и родовые травмы, что свидетельствует о неправильном выборе тактики ведения родов, неадекватной первичной реанимации, интенсивной терапии и ухода за новорожденными. В структуре ранней неонатальной смертности около 70% приходится на детей с промежуточным и нормальным весом (2000–2500 грамм и более). Одной из главных причин неонатальной смертности является слабое использование в родовспомогательных организациях современных технологий в области перинатологии.

Официальные данные по Республике Казахстан указывают на высокий удельный вес врожденных пороков развития (ВПР) в структуре младенческой смертности, которая составила в разные годы от 10,4% до 23%, против: 8–10% – в структуре смертности детей до 1 года в мире по данным ВОЗ. В Казахстане смертность от ВПР среди детей до года составляет в среднем 3,5 случая на 1000 живорожденных и не имеет существенных колебаний по регионам [2].

Большое число исследований посвящается антенатальной охране здоровья плода с целью снижения перинатальной смертности (ПС) и перинатальной заболеваемости (ПЗ), в меньшей мере рассматриваются вопросы охраны плода в процессе родов. В то же время, осложнения во

время родов, неправильная тактика и ведения нередко приводят к повышению как ПЗ, так и ПС. Кроме того в практику внедряются новые технологии, новые лекарственные средства, развивается интенсивная терапия недоношенных и родившихся с экстремально низкой массой тела. В связи с этим, специалисты уже отказались от многих навыков классического акушерства, постоянно пересматривается тактика ведения осложненных родов [3].

Поиск путей улучшения здоровья матерей и новорожденных является важнейшей задачей современного акушерства. Важным вектором в решении данной проблемы составляет борьба с инфекционно-воспалительными заболеваниями (ИВЗ) матерей и новорожденных, проводимая в родильных стационарах. В структуре причин детской заболеваемости инфекционные и паразитарные болезни занимают второе место, после болезни органов дыхания. При этом, ведущей причиной преждевременных родов, особенно, в случае преждевременного излития вод, является инфекция.

Частичное внедрение современных перинатальных технологий в родильном стационаре не только не снижает инфекционно-воспалительные заболевания матерей и новорожденных, но и способствует возникновению госпитальных штаммов, причинно-значимых в этиологии инфекционно-воспалительных заболеваний.

Внедрение и одновременное использование всех составляющих современных перинатальных технологий: немедленное прикладывание новорожденного к груди матери после рождения; совместное пребывание в обычных условиях; кормление «по первому требованию»; отказ от сосок, допаивания и «выпаивания»; ранняя (не позже 3–4 суток) выписка; инфекционный скрининг и чередование дезинфектантов — единственный путь снижения инфекционно-воспалительных заболеваний в родильном отделении типовой многопрофильной больницы.

Преодоление трудностей внедрения современных перинатальных технологий базирующихся, в основном, на психологических стереотипах, может быть достигнуто одновременным повышением квалификации врачебного, а главное, среднего медицинского персонала не только родильных отделений, но и женских консультаций и детских поликлиник (консультирование по уходу и вскарм-

ливанию новорожденных).

Анализ внутриутробных инфекций показал, что причинами возникновения являются: снижение качества здоровых родильниц, увеличение групп высокого риска среди новорожденных. Возникновению внутрибольничных инфекций способствовали длительное пребывание новорожденных в роддоме, нарушение правил обработки рук медицинского персонала и обработки новорожденного.

Несомненно, выхаживание недоношенных новорожденных является одной из актуальных проблем современной неонатологии, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости и смертности, и во многом определяет здоровье детей в будущем. Тем не менее, выявление особенностей клинической, гормональной и метаболической адаптации необходимо учитывать в тактике выхаживания и лечения крупновесных недоношенных детей. Существенными методами ухода являются: инкубаторный метод, выхаживания в первые дни жизни, принцип опережающего восполнения энергозатрат (раннее вскармливание), использование препаратов, улучшающих микроциркуляцию и противоотечной терапии.

Таким образом, перинатальные потери является универсальным демографическим индикатором, отражающим как социально-экономический статус государства, состояние репродуктивного здоровья населения, доступность и качества медицинской помощи, так и служит для сопоставимости на межгосударственном уровне. В тоже время перинатальные потери служат интегральными показателями, отражающие антенатальные, интранатальные и постнатальные факторы, ведущие к летальным исходам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хамзина Г.А., Джумабаева А.А., Майкупова Р.А. и др. Перинатальная патология у беременных группы высокого риска // Акушерство, гинекология и перинатология. — Алматы, 2005. — № 4. — С. 22–24.
2. Кудайбергенов Т.К., Бикташева Х.М. Актуальные аспекты репродуктивного здоровья в Республике Казахстан // Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии: сб. материалов форума. — Алматы, 2008. — С. 15–18.
3. Хайрулин Б.Е., Ахметниязова Л.М., Мусина С.Т. и др. О состоянии и путях снижения младенческой смертности в Республике Казахстан // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. — Астана, 2007. — Т. 1, ч. 1. — С. 417–419.

УДК 618.179-02:616.441-002

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПОТЕРИ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**Ш.С. МУХАМЕДГАЛИЕВА**
ГККП Центральная больница №1, г.Сатпаев**Резюме**

Важнейшим критерием, определяющим состояние здоровья населения, является младенческая смертность, отражающая не только уровень социально-экономического развития общества, но и состояние системы здравоохранения.

Түйін

Халық денсаулық жағдайын анықтайтын маңызды көрсеткіштердің бірі сәбилер өлімі. Сәбилер өлімі тек қоғамның әлеуметтік-экономикалық деңгейін ғана емес, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесінің жағдайын да көрсетеді.

Summary

The most important criterion in determining the health status of the population is the infant mortality rate, which reflects not only the level of socio-economic development, but the state of the health system.

Необходимость анализа репродуктивных потерь, а также выявление причин и факторов, влияющих на их возникновение, являются необходимыми для разработки стратегических задач по охране материнства и детства.

Изучение медико-организационных аспектов репродуктивных потерь обусловлено рядом факторов, среди которых важнейшими до настоящего времени остаются высокий удельный вес репродуктивных потерь в общей структуре потерь общества, ежегодное ухудшение состояния здоровья беременных женщин и рожениц, высокий уровень заболеваемости новорожденных и высокий уровень материнской и перинатальной смертности.

Ранее репродуктивные потери оценивались лишь по потерям продуктов зачатия (беременностей) на протяжении всего срока гестации и после его окончания, учитывая лишь следующие компоненты плодовых потерь: самопроизвольные выкидыши на раннем сроке беременности, внематочная беременность, выкидыши при сроке беременности 22-27 недель, мертворожденные и умершие дети в течение первой недели жизни.

Важнейшим требованием при анализе и сопоставлении статистических материалов являются соблюдение единых методических подходов по оценке репродуктивных потерь. При этом официально признанным документом для обеспечения сравнения материалов о здоровье, медико-демографических аспектах и деятельности медицинских учреждений на международном уровне,

наряду с государственными статистическими формами является Международная статистическая классификация болезней X пересмотра.

Ряд авторов указывает, что при учете репродуктивных потерь необходимо, прежде всего, определиться с основными определениями, которые характеризуют это понятие.

Так, перинатальный период начинается с 22-й полной недели (или 154 дня) внутриутробной жизни плода (в этот период масса плода в норме достигает 500 г) и заканчивается по истечению семи полных дней после рождения. Патология со стороны плода или новорожденного в перинатальном периоде зависит от продолжительности беременности, акушерской и экстрагенитальной патологии матери и особенностей развития самого плода.

Совместное сочетание материнских и плодовых поражений позволяет получить комплексную информацию о перинатальной патологии, включающую физическое развитие и состояние ребенка, состояние здоровья матери и особенности течения беременности и родов.

Перинатальная смертность включает мертворождаемость (смерть наступила до родов или в родах) и раннюю неонатальную смертность (смерть наступила в течение 168 часов после рождения ребенка). Величина показателя перинатальной смертности в родовспомогательных учреждениях характеризует качество медицинской (акушерской и неонатологической) помощи. Низкие показатели интранатальной мертворож-

даемости отмечаются в тех учреждениях, где проводится мониторинг контроля в родах, используются инновационные технологии при ведении родов с высоким риском перинатальной патологии, расширены показания к операции кесарево сечение в интересах плода. Вместе с тем, значительная доля мертворожденных при одном и том же уровне перинатальных потерь означает недостаточную антенатальную охрану плода, плохую организацию ведения родов и реанимационной помощи новорожденным детям.

Важнейшим критерием, определяющим состояние здоровья населения, является младенческая смертность, отражающая не только уровень социально-экономического развития общества, но и состояние системы здравоохранения.

Выдающийся педиатр С.А.Томилин (1973) придавал приоритетное значение младенческой смертности: «Коэффициенту детской смертности можно по справедливости отвести первое место среди многочисленного ряда как санитарных, так и экономических показателей, которыми пытались определить степень высоты социальной культуры для данной страны. Во всем сложном комплексе народной патологии вряд ли есть иное социально-патологическое явление, которое по своему внутреннему содержанию и глубокому влиянию на многие стороны народного санитарного быта и народной экономики заслуживало бы пристального и углубленного внимания, чем проблема детской смертности».

Репродуктивные потери, имеющие в своей структуре плодово-детские и материнские потери на протяжении последнего десятилетия имеют высокий уровень [1].

Исследование динамики плодовых потерь показывает, что за исключением родов, реализация репродуктивной деятельности женщин закончилась рождением мертвых детей, рождением детей, умерших на первом году жизни, внематочной беременностью и абортами. Общеизвестно, что потери детей первого года жизни зависят от ряда медико-биологических, социально-гигиенических, экологических и организационных факторов.

Опыт ряда стран свидетельствует, что при использовании современных медико-организационных технологий до 50% случаев перинатальных потерь возможно предотвратить при использовании своевременной перинатальной диагностики плода, рациональном ведении родов, оказании реанимационных мероприятий, интенсивной терапии, динамического наблюдения за состоянием беременной женщины и плода. Снижение репродуктивных потерь достигается при гестозах, угрозе невынашивания беременности, при аномалиях родовой деятельности, тазовом предлежании, узком тазе, родовой травме, асфиксии плода, гемолитической болезни новорожденных, экстрагенитальной патологии.

Таким образом, внедрение перинатальных технологий на уровне крупных стационаров и перинатальных центров, наличие профессиональных кадров, способных реализовать данные технологии — резерв снижения репродуктивных потерь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хамзина Г.А., Джумабаева А.А., Майкупова Р.А. и др. Перинатальная патология у беременных группы высокого риска // Акушерство, гинекология и перинатология. — Алматы, 2005. — № 4. — С. 22–24.

УДК 618.3 – 06:616.441:616.391:613.27:546.15

ЙОДДЕФИЦИТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ**Б.Ш. ОТАРШИЕВА**

Областная больница, г. Тараз

Резюме

В статье описаны влияния йододефицита во время беременности на развития плода и течение беременности, а также назначение йодсодержащих препаратов во время беременности и лактации.

Түйін

Мақалада жүктілік кезіндегі йодтапшылығының жүктілік пен ұрықтың дамуына әсері және жүктілік, баланы емізу кезеңінде йодты препараттарды тағайындау жайында баяндалады.

Summary

In the article influences of (iodine deficit) are described during pregnancy on fetation and flow of pregnancy, and also setting of the iodinated preparations during pregnancy and lactation.

Беременность является наиболее мощным фактором, потенцирующим влияние дефицита йода, как на организм матери, так и плода.

Беременность сопровождается воздействием комплекса специфических для этого состояния факторов, который в сумме приводит к значительной стимуляции щитовидной железы беременной. Такими специфическими факторами является гиперпродукция хорионического гонадотропина, эстрогенов и тироксинвызывающего глобулина, увеличение почечного клиренса йода и изменение метаболизма тиреоидных гормонов матери и в связи с активными функционированием фетоплацентарного комплекса.

Первым фактором, воздействующим преимущественно в первом триместре беременности и приводящим к транзитной стимуляции щитовидной железы, является хорионический гонадотропин (ХГ). Повышение уровня ХГ на 10000 МЕ/л приводит к повышению уровня свободного Т4 на 0,6 пмоль/л и подавлению базального уровня ТТГ на 0,1 мЕД/л. При нормальной беременности в первом триместре (между 8- и 14 неделями) благодаря значительному и быстрому повышению уровня ХГ происходит небольшой, но достоверный подъем уровня свободного тироксина и транзитное подавление тиреотропной активности аденогипофиза. На протяжении второго и третьего триместра уровень ТТГ возвращается к нормальному.

Эстрогены, уровень которых прогрессивно увеличивается уже начиная с первого триместра

беременности, стимулирует синтез тироксин-вязывающего глобулина (ТГС) и содержание последнего на 16-20 неделе беременности удваивается.

Повышение уровня ТГС, вместе с повышением объема циркулирующей плазмы, которое происходит на протяжении всей беременности вплоть до родов, приводит к некоторому увеличению уровня общего Т4 и снижению уровня свободного, биологически активного гормона. Снижение уровня свободного Т4, в свою очередь, сопровождается увеличением уровня ТТГ.

Общепринятым является факт, что в норме продукция Т4 во время беременности возрастает примерно на 30-50%. У женщин, проживающих в йод дефицитной местности, во время беременности уровень свободного тироксина остается сниженным на 10-75% от такового вне беременности. Одним из компенсаторных механизмов относительной гипотироксинемии является увеличение синтеза биологических более активного трийодтиронина (Т3) и, таким образом повышение соотношения Т3/Т4.

Еще одним фактором, усугубляющим йод дефицитное состояние при беременности, является увеличение объема почечного кровотока и гломерулярной фильтрации, что приводит к увеличению почечного кровотока и гломерулярной фильтрации, что приводит к увеличению почечного клиренса йода.

Поступающий в организм матери йод, кроме того, используется на синтез тиреоидных гормо-

нов у плода. Закладка щитовидной железы у плода происходит на 4-5-й неделе внутриутробного развития, на 10-12 неделе приобретает способность накапливать йодсинтезированные йодтироны, а к 16-17 неделе щитовидная железа плода полностью дифференцирована и активно функционирует.

Во второй половине беременности, принципиальным дополнительным фактором гиперстимуляции щитовидной железы является изменение метаболизма тиреоидных гормонов, обусловленное формированием и функционированием фетоплацентарного комплекса.

Все перечисленные механизмы носят физиологический характер, обеспечивая адаптацию эндокринной системы женщины к беременности, и, при наличии адекватных количеств основного субстрата синтеза тиреоидных гормонов – йода, не будет иметь каких-либо неблагоприятных последствий. Сниженное поступление йода во время беременности (и даже непосредственно перед ней) приводит к хронической стимуляции щитовидной железы, относительной гипотироксинемии и формированию зоба, как у матери, так и у плода.

Зоб, развившийся во время беременности, подвергается обратному развитию после родов лишь частично.

Следует заметить, что адекватное развитие головного мозга в неонатальном периоде во многом зависит от интрацеребрального уровня Т4 плазмы, который напрямую коррелирует с уровнем свободного Т4 плазмы. При дефиците тиреоидных гормонов у плода наблюдается уменьшение массы головного мозга и содержания в нем ДНК, а также ряд гистологических изменений. Тиреоидные гормоны регулирует экспрессию

ряда нейрональных генов, обеспечивающих развитие центральной нервной системы и синтез ряда специфических белков.

Как указывалось, развитие зоба во время беременности, как у матери, так и у плода, напрямую коррелирует со степенью йодного дефицита. Восполнение дефицита йода, начиная с ранних сроков беременности, ведет к коррекции указанных расстройств и практически полному предупреждению формирования зоба, как у матери, так и у плода.

Выводы:

1. Йодный дефицит во время беременности является фактором высокого риска развития тяжелых осложнений беременности, родов, нарушений состояния плода, здоровья новорожденного и детей в постнатальный период.

2. Прием в течении беременности йодсодержащих препаратов нормализует йод-обеспечение матери и ребенка, уменьшает число акушерских осложнений, а также риск нарушений роста, развития плода.

3. Назначение йодсодержащих препаратов во время беременности и лактации повышает концентрацию йода в грудном молоке и создает уникальную возможность для пищевой профилактики йодного дефицита детей первого года жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранов А.А., Щеплягина Л.А, Курмачева Н.А, Нестеренко О.С./ Пренатальная и постнатальная профилактики йодного дефицита у детей первого года жизни/ /Вестник Российской Академии медицинских наук.- 2001. №6-С.12-17.

2. Герасимов Г.А., Фадеев В.В, Свириденко Н.Ю., Мельниченко Г.А., Дедов И.И./ Йоддефицитное заболевание в России.

УДК 618.3-06:616.379-008.64

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА**Б.Ш. ОТАРШИЕВА**

Областная больница, г. Тараз

Резюме

В данной статье рассматриваются неблагоприятные действие на течение беременности и развитие плода СД 1 типа. А также , освещены лечение и планирование семьи при СД 1 типа.

Түйін

Бұл мақалада 1-і типті қант диабетінің жүктілік жағдайына және құрсақішілік эмбрионның дамып-жетілуіне тигізетін кері әсерлері қамтылған. Сондай-ақ, аталмыш дерт жағдайында жүктілікті жоспарлау мен емдеу жолдары да айтылған.

Summary

This article focuses on the adverse effects on pregnancy and fetal development of Diabetes Mellitus of a 1 type. Also, highlights treatment and family planning at Diabetes Mellitus of a 1 type.

Метаболические изменения, происходящие во время физиологической беременности связаны с формированием временного эндокринного органа – плаценты, секретирующей в кровотоки матери белковые и стероидные гормоны. К ним относятся хорионический гонадотропин, плацентарный лактогенный гормон (ПЛГ), прогестерон и эстрогены.

Сахарный диабет (СД) является медицинским показанием для прерывания беременности.

Абсолютные противопоказания для пролонгирования беременности:

- диабетическая нефропатия с клиренсом креатинина менее 40 мл/мин, выраженной протеинурией и стойкой артериальной гипертензией;
- нелеченная пролиферативная ретинопатия;
- автономная нейропатия с неукротимой рвотой;
- ишемическая болезнь сердца;

Сохранение беременности нежелательно, при:

- превышении уровня гликированного гемоглобина больше 8%;
- развитии диабетического кетоацидоза на раннем сроке беременности;
- сочетании СД с активным туберкулезом легких.

СД 1 типа оказывает неблагоприятное действие на течение беременности и развитие плода. В первом триместре беременность часто (13-20%) осложняется угрозой невынашивания. Невына-

шивания беременности происходит у женщин с гормональной недостаточностью яичников и при декомпенсации СД. Вторая половина беременности у 60-80% больных осложняется гестозом.

Наличие и выраженность микрососудистых осложнений СД коррелирует с тяжестью гестоза и степенью плацентарной недостаточности. В зависимости от компенсации диабета у 20-60% беременность осложняется многоводием и у 30-60% урогенитальными инфекциями.

Отрицательное влияние гипергликемии и гиперкетонемии на ранних стадиях беременности проявляется увеличением частоты пороков развития плода (20%). У плода от беременных с СД в два раза чаще встречаются анэнцефалия, пороки сердечнососудистой системы (дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородки, комбинированные пороки сердца), атрезия ануса. Во второй половине беременности влияние СД на развитие плода сводится к развитию диабетической фетопатии, признаком которой является макросомия. Повышенный уровень глюкозы в крови беременной с декомпенсированным СД вызывает гипергликемию у плода и гиперплазию В-клеток его поджелудочной железы. Избыток инсулина приводит к увеличению размеров плода и плаценты, тормозит созревание цнс, сурфактантной системы легких, коры надпочечников, кровеносной системы.

В настоящее время используется базис-болюсная интенсивная инсулинотерапия. Целевыми

критериями компенсации СД при беременности являются нормогликемия в течение суток (уровень глюкозы в цельной крови 3,3-6,7 ммоль/л и гликированный гемоглобин ниже 6%). Вследствие повышенной утилизации глюкозы в ранние сроки беременности наблюдается снижение потребности в инсулине. Присоединение раннего токсикоза и связанное с ним уменьшение потребления пищи увеличивает вероятность гипогликемии. Во второй половине потребность в инсулине постепенно возрастает, достигая максимальных значений в 33 недели. С 35 недели беременности наблюдается постепенное снижение потребности в инсулине. Потребность в инсулине остается низкой в течение первых двух дней послеродового периода. Начиная с третьего дня после родов, потребность в инсулине начинает возрастать и через 3-4 дня достигает исходного уровня.

Гемодинамические изменения, происходящие во время беременности, а также частое развитие гестоза у больных с 1 типом СД могут способствовать прогрессированию микрососудистых осложнений СД во время беременности.

Планирование беременности, введение строгих критериев компенсации диабета и использование интенсивной инсулинотерапии во время беременности позволяет снизить перинатальную смертность. На протяжении 6 месяцев до зачатия и во время беременности уровень гликированного гемоглобина не должен превышать 6%. Планирование беременности у женщин с СД подразумевает образование женщин в области ре-

продуктивного здоровья, создание мотивации к самоконтролю гликемии и обучение их методам саморегуляции СД. На период обследования и лечения сопутствующей патологии проводится подбор контрацептивов, лечение и стабилизация микрососудистых осложнений диабета. При наличии диабетической нефропатии всем женщинам на этапе планирования беременности отменяют ингибиторы ангиотензин – превращающего фермента, т.к. они обладают тератогенным действием; осуществляется подбор гипотензивной терапии (α -метилдофа и блокаторы кальциевых каналов). До беременности проводится бактериологическое обследование с целью выявления и лечения урогенитальных инфекций. В течение 2 месяцев, предшествующих зачатию, и до 13 недель беременности всем женщинам назначается фолиевая кислота в дозе 400 мкг/сут с целью снижения риска диабетической эмбриопатии.

Заключение

Течение и исходы беременности при СД 1 типа зависят от компенсации СД. Наиболее эффективным методом достижения целевой гликемии при беременности является интенсивная, в том числе помповая, инсулинотерапия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алипов В.И. Потин В.В. с соавторами. Беременность и СД, 1989 г.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А.. Клинические рекомендации по эндокринологии. 2007 г.
3. Аржанова О.Н., Кошева Н.Г.. Особенности течения беременности и родов при СД. 2006 г.

УДК 616.5-007-055.23-056.8:617.52:613.84

статья подготовлена в рамках проведения 5-й
международной научно-практической конференции
«Актуальные вопросы предупреждения распространения табачной эпидемии»

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: «ЛИЦО КУРИЛЬЩИКА» У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ

А.С. УРБАНСКИЙ, К.С. ШАБАЛДИНА

Кемеровская государственная медицинская академия, г. Кемерово, РФ

Резюме

В статье описаны характерные изменения на лице у женщины, вызываемые курением и дегенеративными процессами в коже. Обоснована необходимость интеграции усилий в первичной профилактике табакокурения.

Tүйін

Мақалада темекі шегуші әйелдің бет-әлпетінде терідегі дегенеративті үрдістердің нәтежесінде пайда болған өзгерістер сипатталған. Темекі шегудің алғашқы алдын алу шараларын үйлестірудің қажеттілігі негізделген.

Summary

The article describes the characteristic changes on the face of a woman caused by smoking and degenerative processes in the skin. The necessity of integration efforts in the primary prevention of smoking.

В последние годы процент курящей молодёжи неуклонно растёт. В современном обществе относительно здорового образа жизни (ЗОЖ), и курения в т.ч., отмечается два основных вектора [1]. К первому можно отнести молодых людей, не нуждающихся в материальных благах, имеющих большие возможности и такие же большие амбиции. Реализуя их через получение высшего образования, стремления к получению престижной работы и высокооплачиваемой должности, они пропагандируют ЗОЖ как необходимую составляющую жизни. Ведя здоровый образ жизни, отказавшись от курения и принятия алкоголя, они повышают свои шансы на успех и процветание.

Ко второй группе современной молодёжи относятся юноши и девушки, чьи взгляды, при тех же возможностях, что и у первой группы, обращены в другую сторону. В условиях денежной и моральной раскрепощённости они стремятся получить как можно больше удовольствий в жизни. Курение, алкоголь, наркотики для них являются средством развлечения, расслабления, ухода от настоящих проблем.

Курение по своему происхождению поднимается из низших социальных слоёв, где уровень образования и жизни не позволяет реализовывать себя в более интеллектуальных видах деятельности. Здесь склонность к вредным привычкам передается из поколения в поколение и считается неотъемлемой частью жизни [2].

Социальный статус человека является, по данным исследований [1], важным признаком, дифференцирующим пристрастие и тип курения. Так, среди молодых людей России с высшим образованием, по данным исследования, курят 59% мужчин и 23,7% женщин, тогда как среди малообразованных — до 80% мужчин и около половины женщин. Не только распространенность курения отмечается выше среди лиц с неполным средним и начальным образованием, но и удельный вес злостных курильщиков среди них больше. Так, среди малообразованных более 10% мужчин выкуривают ежедневно больше пачки сигарет, и более половины (58,3%) курят много — от 10 до 20 сигарет ежедневно. В группе мужчин с высшим и незаконченным высшим образованием

ем к категории злостных курильщиков относятся чуть больше трети, причем, только 3,5% курят больше пачки в день.

Следовательно, группа риска среди высокообразованных оказывается меньше почти втрое (10,4% и 3,5%), а общее число злостных курильщиков – почти вдвое (68,7% и 36,3%). Среди женщин дифференциация курения по уровню образования еще больше. Среди малообразованных 3% лиц выкуривают больше пачки в день, а треть всех опрошенных (33,3%) – 10-20 сигарет в день, тогда как среди женщин с высшим образованием 1,0% и 7,2% соответственно.

Приводим собственное клиническое наблюдение.

На приём к косметологу обратилась пациентка Е., 36 лет, рабочая птицефабрики, разведена, образование среднее.

Предъявляет жалобы на чувство стягивания кожи, неоднородный цвет лица, ломкость и выпадение волос на голове. Кроме того, беспокоит охриплость голоса, чувство дискомфорта в кишечнике, запоры.

Общий стаж курения 23 года (с 13-летнего возраста). Самостоятельный уход за кожей с использованием питательных кремов не уменьшал количество морщин.

Status localis: Кожа лица сухая, сероватого цвет. Имеются дополнительные линии и морщины на лице, расположенные под прямым углом от верхней и нижней губы, и в уголках глаз, глубокие вер-

тикальные морщины на щеках, и многочисленные мелкие морщины на щеках и подбородке. На коже лица отмечаются многочисленные пигментные пятна и телеангиоэктазии (сосудистые звёздочки). Ресницы обесцвечены, короткие, растут пучками. Волосы сухие, тусклые, частично обесцвеченные.

Описанный статус укладывается в понятие «типичное лицо курильщика», описанное в литературе [2, 3].

Таким образом, представленный клинический случай наглядно подтверждает, что курение, начатое в подростковом возрасте, неизбежно приводит к процессам раннего увядания красоты женщины, дегенеративным процессам в коже, а в целом - к ухудшению качества жизни.

Данное наблюдение может представлять интерес для врачей профилактической медицины, педагогов и студентов как повод для интеграции усилий в первичной профилактике табакокурения в подростковом возрасте.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Smoking, drinking and drug taking in the European Region.- WHO Regional Office for Europe.-Copenhagen, Denmark, 1997.
2. Sorensen LT, Jorgensen S, Petersen LJ, et al. Acute effects of nicotine and smoking on blood flow, tissue oxygen, and aerobic metabolism of the skin and subcutis. J Surg Res 152(2):224-30 (2009 Apr).
3. Smoking and Skin Disease. S. F. Thomsen, MD, PhD and L. T. Sorensen, MD, 2009.

УДК 617.711-022.6:615.457

ПРИМЕНЕНИЕ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ ДИКЛО-Ф В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОВИРУСНЫХ КОНЬЮНКТИВИТОВ**А.К. ЕСПАЕВА**

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Резюме

В статье показана эффективность и безопасность совместного применения противовирусных препаратов и нестероидного противовоспалительного препарата Дикло-ф для лечения аденовирусных конъюнктивитов.

Түйін

Бұл мақалада көздің шырышты қабатына аденовирусті қабынуы еміне вируске қарсы және стеридті емес тобына жататын Дикло-ф ты қолданудың тиімділігімен қауыпсіздігі көрсетілген.

Summary

The effectiveness and safety of the joint treatment of anti-viral medication and nonsteroidal anti-inflammatory drug Diclo-f for the adenovirus conjunctivitis treatment is shown in the article.

Аденовирусный конъюнктивит является одним из наиболее распространенных видов вирусной патологии глаза. Несмотря на многообразие предлагаемых схем лечения и разработку новых препаратов, проблема рациональной терапии аденовирусных конъюнктивитов сохраняет свою актуальность.

Целью данного исследования явилась клиническая оценка эффективности комплексного лечения аденовирусных конъюнктивитов с включением нестероидных противовоспалительных препаратов -0,1% раствора диклофенака натрия (препарат фирмы «Promed Exports» Дикло-ф). Действие диклофенака натрия основано на подавлении синтеза простагландинов, что при местном применении приводит к уменьшению отека и гиперемии конъюнктивы, снижению болевых ощущений. Диклофенак натрия, обладая выраженным противовоспалительным действием, лишен побочных эффектов, возникающих при применении кортикостероидов. Препарат Дикло-ф на сегодняшний день является препаратом выбора практически при всех видах воспаления и включен в протоколы лечения КазНИИ ГБ.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 36 пациентов с аденовирусным конъюнктивитом в возрасте от 18-50 лет, женщин-20, мужчин-16. У 30 пациентов процесс был двусторонним, а 6 пациентов односторонним. Было сформировано две группы: контрольная группа, включающая 16 больных, получавших лечение дезинфицирующих средств, противовирусной терапии — офтальмоферон, вирган, интерферон

и основная группа, включающая 20 больных, которые наряду с вышеуказанными препаратами получали нестероидный противовоспалительный препарат Дикло-ф.

Всем пациентам было проведено обследование, включающее сбор жалоб и анамнеза, визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, по показаниям мазок с конъюнктивы на бак посев.

Результаты

В результате проведенного лечения выздоровление в основной группе наблюдалось в среднем на 4 сутки ($3,2 \pm 1,5$ дня), а в контрольной на 6 сутки ($5,7 \pm 1,8$ дня). Также на фоне инстилляций препарата Дикло-ф наблюдалось быстрое исчезновение субъективных дискомфортных ощущений (ощущение инородного тела, песок в глазу, быстрая утомляемость глаз) у пациентов с первого дня лечения, более благоприятное течение болезни и быстрое уменьшение степени выраженности клинических проявлений: снижение отека, уменьшение гиперемии и инфильтрации слизистой оболочки. В контрольной группе отмечено удлинение периода выздоровления на 2 суток ($2,5 \pm 0,3$ дня) по сравнению с основной. Со слов пациентов контрольной группы, субъективные дискомфортные ощущения в глазах проходили только на 3 сутки ($2,7 \pm 1,8$ дня), тогда как в основной группе — в первые сутки после инстилляций Дикло-ф. Рассасывание фолликулов и сосочков в основной группе больных произошло раньше в среднем на 2,5 дня в сравнении с контрольной группой.

Ни в одном случае не наблюдалось побочного действия препарата Дикло-ф, а комбинация противовирусных препаратов и нестероидного противовоспалительного препарата значительно сокращала сроки лечения и заметно уменьшала субъективный дискомфорт у пациентов исследуемой группы.

Выводы:

Таким образом, противовоспалительная терапия при лечении аденовирусного конъюнктивита позволяет уменьшить сроки лечения больных данным заболеванием на 2,2–2,3 суток. Инстилляцией 0,1% раствора диклофенака натрия (глазные капли Дикло-ф) оказались сопоставимы как по своей противовоспалительной эффективности, так и по уровню безопасности. При этом 0,1% раствора диклофенака натрия не вызывает угнетения репаративных процессов в тканях глаза, а также (что особенно важно при гер-

петических конъюнктивитах) не вызывает снижения местного иммунитета и не провоцирует развития вторичных инфекций. Полученные данные позволяют оценить 0,1% раствора диклофенака натрия (Дикло-Ф), как эффективный препарат для противовоспалительной терапии аденовирусного конъюнктивита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азнабаев М.Т., Мальханов В.Б. Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз. — Уфа: Гилем, 1995, — 112 с.
2. Гаджиева З.Д. Лечение аденовирусных кератоконъюнктивитов // VII съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. — М., 2000. — Ч.2. — 141 с.
3. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. — М.: Медицина, 1981. — 272 с.
4. Майчук Ю.Ф. Новое в эпидемиологии и фармако-терапии глазных инфекций. // Клин. офтальмология. — 2000. — Т.1, № 2. — С. 48–51.

УДК 616.761-009.11-053.2-036

НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ОРТОПТО-ДИПЛОПТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ

Г.К. ТОКСАНБАЕВА

Каз НИИ глазных болезней, г. Алматы

Резюме

В результате применения нейропротективной терапии при ортопто-диплоптическом лечении бинокулярное зрение в основной группе появилось в 38,1% случаях, в контрольной группе в 23,1%, бифовеальное слияние имелось в 80,9% случаев и 60,3% соответственно.

Түйін

Ортопто-диплоптикалық емде нейропротективті терапия қолдану нәтижесінде бинокулярлық көру негізгі топта 38,1% пайда болды, ал бақылау топта 23,1%-да, дәл солай бифовеалдық қосу 80,9% және 60,3% пайда болды.

Summary

Complex orthopto-diploptic and neuro-metabolic treatment of children with strabismus enable to establish the binocular vision in 38,1% end 23,1%, bifoveal fusion of 1 of fusion damage was achieved in 80,9% end 60,3% children.

В системе охраны зрения детей и подростков большое место занимает борьба с косоглазием — одним из наиболее тяжелых заболеваний органа зрения у детей, составляющих треть всей выявляемой у них офтальмопатологии [1,2].

Современная офтальмология достигла немалых успехов реабилитации детей с этой патологией. В настоящее время разработана и широко

внедрена эффективная и научно-обоснованная система лечения косоглазия. Предложено множество различных хирургических и аппаратных методов лечения, активно внедряются новые компьютерные методы лечения [3,4].

Вместе с тем следует отметить, что, несмотря на большое разнообразие, ныне существующих методов лечения косоглазия, успеха в отдельных случаях лечения добиться не удастся.

Исследования ряда авторов доказали, что важным звеном в механизме развития косоглазия является факт наличия у таких детей патологической неврологической симптоматики, которая опосредованно негативно действуя на зрительный анализатор, еще больше усугубляют клиническую картину косоглазия [5,6].

Поэтому включение в комплексное лечение детей с косоглазием препаратов ноотропного класса диктуется необходимостью коррекции поражений центральной нервной системы для уменьшения негативного влияния плеопто-ортопто-диплоптического лечения на неврологический статус и с целью повышения пластичности сенсорно-моторного аппарата зрительного анализатора к такому лечению.

Перспективным направлением в медикаментозном лечении дисбинокулярной амблиопии и косоглазия является использования препаратов ноотропного и нейропротективного ряда.

Цель исследования: Изучение эффективности применения инстенона в комплексе с ортопто-диплоптическим лечением у детей с косоглазием

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 120 ребенка (240 глаз) с первичным косоглазием в возрасте от 3 до 14 лет. По возрасту, дети распределились следующим образом: от 3 до 6 лет - 75 детей, в возрасте 7-10 лет было 39 детей и в возрасте 11-14 лет - 6.

42 пациентов (84 глаз) с косоглазием составили основную группу. Дети основной группы наряду с общепринятой схемой ортопто-диплоптического лечения получали перорально инстенон. Прием препарата назначался по стандартной

схеме, предусмотренной для каждой возрастной группы.

Контрольную группу составили 78 детей (156 глаза). В этой группе проводили традиционное ортопто-диплоптическое лечение в сочетании с витаминотерапией.

При анализе характеристик косоглазия установлено, что в наблюдаемых группах преобладало содружественное неаккомодационное альтернирующее сходящееся косоглазие.

Результаты лечения и обсуждение

Анализ результатов ортопто-диплоптического лечения показал, что в основной группе состояние характера зрения улучшилось в 85,7%: у 14 детей появилось бинокулярное зрение (38,1%), одновременное в 47,6%, количество детей с монокулярным зрением уменьшилось с 52,4% до 14,3%. В контрольной группе характер зрения изменился в 71,9%: у 18 детей появился бинокулярный характер зрения (23,1%), в 32 случаях характер зрения стал одновременным. Данные динамики характера зрения представлены в таблице 1.

Таким образом, в основной группе количество детей с монокулярным зрением уменьшилось в 3,6 раз, в контрольной в 2 раза, в то же время число детей с бинокулярным зрением после лечения в основной группе стало больше: 38,1% против 23,1 %.

Анализ фузионной способности глаз показал, что у большинства детей в обеих группах она соответствовала 2 и 4 типам. Анализ по типам фузионной способности представлен в таблице 2.

Исследование фузионной способности в динамике после лечения показало, что в основной группе бифовеальное слияние (1 тип фузионной

Таблица 1. Изменение бинокулярных функций у детей (абс /%)

Характер зрения	до лечения		после лечения	
	основная n=42	контрольная n=78	основная n=42	контрольная n=78
монокулярное	22/52,3	56/71,8	6/14,3	28/35,9
одновременное	18/42,9	22/28,2	20/47,6	32/41,0
бинокулярное	2/4,8	-	16/38,1	18/23,1

Таблица 2. Состояние фузионной способности в исследуемых группах (по Т.П. Кашенко) - абс/%

Тип фузионной способности	основная n=42	контрольная n=78
1-бифовеальное слияние	-	-
2-функциональная скотома в фовеа	27/64,3	50/64,1
3-функциональная скотома в нефовеальной зоне	5/11,9	9/11,5
4-нефовеальное слияние	2/4,8	4/5,2
5-тотальное торможение	8/19,0	15/19,2
6-различные формы торможения и слияния	-	-

способности) имелось у 80,9 % детей, в контрольной группе в 60,3% случаев. Кроме того, отмечается более раннее появление БФС в основной группе по сравнению с контрольной группой на 3-4 дня.

Сравнение фузионных резервов показало, что их объем колебался в обеих группах примерно одинаково ($5,1 \pm 0,37$ приз.дптр конвергентные и $1,5 \pm 0,59$ приз.дптр дивергентные, $p < 0,05$), разница статистически была недостоверной.

Выводы:

Таким образом, результаты применения нейротропной терапии свидетельствуют о повышении пластичности сенсорно-моторной системы зрительного анализатора к ортопто-диплоптическому лечению, проявляющейся улучшением бинокулярных функций.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие.- М.: Медицина, 1977.-312 с.
2. Аубакирова А.Ж. Врожденная патология глаз у детей в Казахстане.- Алматы, 1998.-58 с.
3. Бруцкая Л.А. Эффективность плеоптического лечения // Вестник офтальмологии. - 2005. - № 3. - С. 36-39.
4. Хватова Н.В., Слышалова Н.Н. Лечение амблиопии и тенденции его развития // Российский журнал педиатрии.- 2002.-том 2.- С.34-42.
5. Арсени К., Константиnescу Ал. Внутрочерепная гипертензия.-1978.-191 с.
6. Каркашина Е.В. Внутрочерепная гипертензия и косоглазие// Офтальмологический журнал. -1998.-№4.- С.185-188.
7. Заваденко Н.Н. Ноотропные препараты в практике педиатра и детского невролога// Методические рекомендации.-М., 2003.-24 с.
8. Лившиц Л.Я., Потанина Н.В., Модик О.Г., Жидков И.А. Инстенон. Опыт клинического применения. - Спб.-1999.-С.-177-178.

УДК 615.214:116.831-005(014)

НООТРОПНЫЕ СРЕДСТВА В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Б.М. АШИРБЕКОВ, Т.А. ДАУРОНОВА, М.Р. БАКИРОВА, А.М. УМЕРХАНОВА
РПЦ ППН, ГККП ЦПЗ, Казахстан

Резюме

В статье представлены результаты поиска информации по применению ноотропов в базе систематических обзоров Кохрейновской библиотеки

Tүйін

Мақалада Кохрейн кітапханасының жүйелі шолу декокорынын ноотроптарды қолдану туралы бйынша жасалған ізденістің нәтижелері келтірілген.

Summary

The article is presenting the results of searching for information on the use nootropic drugs in the database of Systematic Reviews of Cochrane Library.

Ноотропные препараты (ноотропы) получили широкое применение в медицине с 70-х годов прошлого века. К ноотропам относят ряд лекарственных средств, обладающих антигипоксическим и нейрометаболическим действием и используемых при острой и хронической церебральной патологии. В психиатрической практике ноотропы применяются при резидуальной органической недостаточности головного мозга, в лечении различных проявлений психоорганического синдрома, в первую очередь для воздействия на когнитивные расстройства.

Клинические исследования большинства ноотропов проводились до внедрения стандартов клинических испытаний лекарственных средств, и результаты этих исследований, показывающих эффективность ноотропов, вызывают у «западных» специалистов большие сомнения. Однако в настоящее время ноотропы продолжают широко применяться в странах СНГ и включены в стандарты лечения во многих руководствах. Единого мнения относительно целесообразности использования ноотропов нет, появляются публикации как «за» так и «против» данного класса лекарств.

Целью данной публикации является предоставление достоверной информации, имеющейся на сегодняшний день, об эффективности различных ноотропов в лечении больных с церебральной патологией.

Для этого выполнен поиск в базе систематических обзоров (мета-анализов) Кохрейновской библиотеки. Как известно, мета-анализы из этой базы обладают наибольшей доказательной силой, так как охватывают данные всех имеющихся качественных исследований и итоги лечения значительного количества больных [1].

Результаты поиска

Ниже представлены результаты поиска по ноотропам, применяемым в Казахстане.

Винпоцетин (кавинтон) и винкамин (оксибрал). Оба препарата имеют сходную химическую формулу (производные веществ, полученных из растения Малый Барвинок (*Vincaminor*). Имеющиеся исследования не подтверждают эффективность лечения винпоцетином и винкамином больных с когнитивными нарушениями при сосудистых заболеваниях головного мозга, болезни Альцгеймера, сосудистой и других деменциях, а также при остром инсульте [2,3].

Гинкго билоба (танакан)

Результаты исследований по эффективности данного препарата противоречивы. Надежных доказательств эффективности в лечении больных с когнитивными нарушениями нет.

Ницерголин (сермион)

Препарат демонстрирует положительное влияние на когнитивные и поведенческие нарушения у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями. Относительно эффективности препарата в лечении больных с болезнью Альцгеймера данных недостаточно [5].

Пирацетам (пирацетам, луцетам, ноотропил)

Нет убедительных доказательств эффективности пирацетама в лечении больных с деменцией или более легкими когнитивными нарушениями. Также нет данных за эффективность применения пирацетама в лечении больных с острым инсультом. Необходимо проведение дальнейших стандартизированных исследований [6,7].

Церебролизин. В базе данных имеется мета-анализ по исследованиям эффективности церебролизина в лечении острого ишемического инсульта (по применению церебролизина при хронической церебральной патологии обзоров нет) имеющихся данных недостаточно для оценки эффективности данного препарата. Необходимы дальнейшие крупные стандартизированные исследования [8].

Цитиколин (цераксон, сомазин)

Ряд исследований доказывают что цитиколин положительно влияет на память и поведенческие расстройства у больных с хронической церебральной патологией в краткосрочной и среднесрочной перспективе (пациенты наблюдались в течении периода от 6 недель до 1 года). Необходимо проведение долгосрочных исследований для оценки для оценки эффективности препарата в лечении больных с легкими когнитивными нарушениями и деменцией [9].

Мета-анализов по применению актовегина, аминафенилмасляной кислоты (ноофен, фенибут), гопантеновой кислоты (пантогам, пантокальцин), цинаризина на сегодняшний день нет.

Выводы:

Таким образом, результаты мета-анализов из базы данных Кохрейновской библиотеки свидетельствуют об отсутствии в настоящее время надежных доказательств эффективности большинства ноотропных средств в лечении когнитивных расстройств при хронической церебральной патологии. Определенный положительный эффект демонстрирует только ницерголин и цитиколин. Относительно некоторых препаратов невозможно сделать однозначных выводов за или против применения в лечебной практике из-за недостаточности данных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Корзун А.И. Лечение инсульта: ноотропы или доказательная медицина?!// Сайт Всероссийского научного общества кардиологов – Режим доступа: <http://www.cardiosite.ru/articles/aarticle.aspx?articled=857>, <http://summsries.cochrane.org>
2. Berecki D., Fekete I Vinpocetine for acute ischaemic stroke (Review)// The Cochrane Library. – 2009, Issue I.
3. Szatmari S. Whitehouse P. Vinpocetine for cognitive impairment and dementia (Review)// The Cochrane Library. – 2009, Issue 3.
4. Birks J., Grimley Evans J Ginkgo biloba for cognitive impairment and dementia (Review)// The Cochrane Library. – 2009, Issue 2
5. Fioranti V., Flicker L. Nicergoline for dementia and other age associated forms of cognitive impairment. (Review)// The Cochrane Library. – 2009, Issue I.
6. Flicker L., Crimley Evans J Piracetam for demetia or cognitive impairment. (Review)// The Cochrane Library. – 2008, Issue 3.
7. Ricci S. Celani M.G. Cantisani T.A. Righetti E Piracetam for acute ischaemic stroke (Review)// The Cochrane Library. – 2009, Issue 3.
8. Zigashina L.E., Abakumova T., Kushaeva A. Cerebrolisin for acute ischaemic stroke (Review)// The Cochrane Library. – 2010, Issue 4.
9. Fioravanti M, Yanagi M Cytidinediphosphocholine (CDP choline) for cognitive and behavioral disturbances associated with chronic cerebral disorders in the elderly (Review)// The Cochrane Library. – 2010, Issue 1.

УДК 616.33-002.44:612.67(042.2)

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ**Р.Т. МЕИРМАНОВА**

Поликлиника КНБ, г. Алматы

Резюме

Язвенная болезнь рассматривается как хроническое гетерогенное заболевание с различными вариантами течения и прогрессирувания, у части больных приводящее к появлению осложнений.

Түйін

Ойық жара аурулары көптеген науқастарда асқинулардың пайда болуына әкелетін әртүрлі ағымды және өршумен өтетін созылмалы гетерогенді ауру ретінде қарастырылады.

Summary

Stomach ulcer is considered as a chronic heterogeneous disease with various options of a current and progressing, at part of patients bringing to emergence of complications.

Язвенная болезнь в Казахстане, по статистическим сводкам, остается основной гастроэнтерологической нозологией, поэтому и вопросы этиопатогенеза, и вопросы лечения будут оставаться приоритетными в ближайшие годы. Увеличение продолжительности жизни человека и улучшение диагностики ЯБ привело к росту выявления язв желудка и 12-перстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста, как впервые выявленных, так и рецидивов язвенной болезни. Сопутствующая сердечно-сосудистая патология приводит к нарушению локального кровообращения и способствует развитию тканевой гипоксии, которая является важным фактором возникновения дистрофии [1].

Язва у лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Так, изменяется трофика слизистой (С. А. Чорбинская, 1996), в результате чего язвы у пожилых и старых больше по размерам, медленнее заживают, более склонны к осложнениям и малигнизации. Если говорить о лечении, то у пожилых и старых метаболизм лекарственных препаратов становится более медленным и обычно принятые дозы препаратов создают большую терапевтическую концентрацию и медленнее элиминируют, что требует для этих больных подбора специальных схем лечения и корректировки доз фармпрепаратов.

Факторами, предрасполагающими к возникновению язвенной болезни, являются: нервно-психические перегрузки и физическое перенапряжение, наследственная предрасположенность, прием некоторых лекарственных препаратов

(ацетилсалициловой кислоты, бутадiona, резерпина, кортикостероидных гормонов), вредные привычки (курение и употребление алкоголя), погрешности в питании (злоупотребление грубой и острой пищей, большие перерывы между приемами пищи, еда всухомятку, плохое пережевывание пищи и др.).

В настоящее время «золотым» стандартом диагностики язвенной болезни является эндоскопическое исследование, при помощи которого можно не только провести визуальную диагностику состояния слизистой оболочки, но и взять ее микрочастицы для гистологического исследования, в частности, для обнаружения признаков атрофического гастрита и *Helicobacter pylori* [2,3].

Язва желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте встречается не столь часто, как у молодых. Однако в последние десятилетия отмечен значительный рост заболеваемости среди гериатрического контингента. Преобладают язвенные поражения желудка, а не двенадцатиперстной кишки (в отличие от лиц молодого и среднего возраста). По данным статистических исследований, женщины болеют язвенной болезнью в 2-7 раз реже мужчин. Со временем половые соотношения заметно меняются: в более пожилом возрасте начинают преобладать женщины и соотношение сдвигается в их сторону — 1,5:1. Язвенная болезнь у пожилых и старых людей протекает более злокачественно и с большим количеством осложнений. Так, свыше 2/3 смертельных случаев, связанных с осложнениями язвы желудка, регистрируются именно

у пожилых. Число осложнений увеличивается с 30% в возрасте 60—65 лет до 75—80% в возрасте 80—85 лет [4].

К патогенетическим факторам образования эрозий и язв у пожилых и старых людей относятся, наряду с кислотно-пептическим фактором и персистенцией *H. pylori* в слизистой оболочке желудка, гипоксия и связанные с ней трофические нарушения в слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки. Большую роль в патогенезе играют изменения в сосудистой системе, приводящие к развитию дистрофических нарушений слизистой.

У пожилых выделяют несколько форм течения язвенной болезни: длительную — продолжение заболевания, начавшегося ранее; «позднюю», развившуюся после 60 лет, и «старческую» язву.

Первая форма язвенной болезни лишь в 1/3 случаев имеет классическое течение. Сезонность обострений часто отсутствует. Болевой симптом выражен слабее. Секреторная функция желудка обычно не нарушена. Нередко обострение заболевания начинается с осложнения — массивного кровотечения или перфорации язвы. Обострение может сопровождаться снижением аппетита, похуданием, анемией, запорами, что вызывает подозрение на опухоль. Преобладает локализация язв в пилороантральном отделе и в нижней трети тела желудка. Обострения редки, хотя сроки рубцевания удлиняются. Малигнизация язвы возможна, хотя относительно редка.

При поздней язвенной болезни у одних больных в клинической картине преобладают диспепсические явления, у других — стойкий болевой синдром. Сезонность рецидивов отсутствует. Кислая желудочная секреция сохранена. Язвы глубокие, превалируют большие дефекты. Локализуются они преимущественно в верхних отделах желудка. Часты длительно не рубцующиеся язвы и развитие осложнений — перфорация, кровотечение и др.

«Старческая» язва — наиболее распространенная форма язвенного поражения у престарелых людей. По проявлениям и течению она близка к симптоматическим. Основной причиной развития «старческой» язвы являются сосудисто-дистрофические нарушения. Возникает остро, имеет стертую клиническую картину, боли обычно не интенсивные, кратковременные, сочетаются с диспепсическими жалобами. Иногда основным клиническим симптомом заболевания является

снижение веса. «Старческая» язва часто сопровождается кровотечением, которое может быть единственным симптомом заболевания.

Доля сочетанных язв у больных пожилого и старческого возраста выше, чем у молодых. Боли резко выраженные, характерны диспептические явления. Секреторная функция желудка может быть сохранена. Течение заболевания более тяжелое — периоды обострения длительные, а периоды ремиссии укороченные, сезонность обострений отсутствует, часты осложнения (кровотечение, перфорация, стеноз).

Вторым по распространенности осложнением после кровотечения в пожилом возрасте является перфорация. Нетипичная клиническая картина перфорации у стариков приводит к ошибкам в диагностике и к высокой смертности. Следующее по частоте осложнение — стеноз привратника, частота которого с возрастом увеличивается до 15%. Полиморфизм клинической симптоматики связан с наличием сопутствующей возрастной патологии сердечно-сосудистой и нервной систем. Часто такие пациенты страдают анемическим синдромом, утяжеляющим течение язвенной болезни.

Существенное значение в лечении и профилактике язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста имеют витамины, адаптогены, продукты пчеловодства. Санаторно-курортное лечение желательнее проводить в местных санаториях с учетом сопутствующих заболеваний.

У лиц пожилого и старческого возрастов требуется тщательно проанализировать необходимость приема каждого лекарственного средства, назначенного по поводу сопутствующих заболеваний, в отношении совместимости с препаратами, используемыми в связи с обострением язвенной болезни, и возможного раздражающего влияния на желудок.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдулхаков Р.А. Распространённость *Helicobacter pylori*. //Казанский медицинский журнал, 2002, т 83, №5.
2. Пасечников В. Д. Основные принципы проведения эрадикационной терапии при *Helicobacter pylori*-ассоциированных гастродуоденальных заболеваниях// Consilium Medicum. 2002. Т. 4. № 6. С. 274–280.
3. Гриневич В.Б., Успенский Ю.П. и др. Особенности язвенной болезни, не связанной с *Helicobacter pylori*. //Терапевтический архив, 2002, №2.
4. Бова А.А. и др. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: метод. рекомендации. — Минск: Асобны, 2006.

УДК 617.753.2-053.2:615.216.84-036.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ СИМПАТОМИМЕТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Г.К. ТОКСАНБАЕВА

Каз НИИ глазных болезней, г. Алматы

Резюме

Целью исследования явилось оценка эффективности применения ирифрина для лечения и профилактики снижения зрения у детей

Түйін

Зерттеулер максаты балалардың көздерін емдеу профилактикасы үшін ирифринның қолдануды тиімділігін бағалау болып тұр.

Summary

The aim of the study was to assess the efficacy of irifrina to treat and prevent visual loss in children

Широкая распространенность близорукости диктует необходимость поиска новых методов ее лечения. За последние десятилетия было предложен ряд методов для профилактики и лечения близорукости с помощью упражнений и применения оптических и физиотерапевтических средств, а также медикаментозные средства [1].

Эффективным препаратом для лечения спазма accommodation и миопии является ирифрин, который относится к группе симпатомиметиков, обладает альфа-адренергической активностью, ведущей к сокращению дилатора зрачка [2,3].

Целью исследования явилось оценка эффективности применения ирифрина для лечения и профилактики снижения зрения у детей

Материал и методы

Под наблюдением находилось 84 школьника (168 глаза) со спазмом accommodation и миопией слабой степени. В наблюдаемой группе у 19 детей (38 глаз) со спазмом accommodation в 86% случаев острота зрения корректировалась отрицательными линзами до 1,0. Запас относительной accommodation был снижен у всех пациентов данной группы. Эмметропическая рефракция на фоне циклоплегии обнаружена в 36 глазах, в 6 глазах – гиперметропия в 0,5 дптр и в 2 глазах – гиперметропия в 1,0 дптр. Глазное дно во всех случаях было в норме.

У детей с миопией слабой степени процесс во всех случаях был двухсторонний (42 глаза). Анизометропическая миопия с разницей рефракции на обоих глазах в 1,0 дптр имела место у 14 пациентов, изометропическая – у 28. Миопия с астигматизмом с разницей рефракции в двух меридианах в 1,0 дптр наблюдалась у 2 пациентов. На глазном дне у одного пациента имелось осложнение в виде начального миопического конуса.

Наблюдаемые дети были разделены на три группы:

- 1 группа: медикаментозное лечение - 22 пациента (44 глаза), из них 10 со спазмом accommodation (20 глаз), 12 с миопией слабой степени (24 глаза);

- 2 группа: комплексное лечение, включающее медикаментозное лечение и тренировки с помощью оптических средств по Аветисову-Мац - 21 пациент (42 глаза), из них со спазмом 12 детей (24 глаза), с миопией слабой степени 9 детей (18 глаз);

- 3 группа: стандартное лечение (тренировки с помощью оптических средств по Аветисову-Мац без ирифрина) - 41 пациентов (82 глаз), из них со спазмом accommodation 21 школьников, с миопией слабой степени 20 детей.

В первой группе детей, получавших только медикаментозную терапию, проводили лечение 2,5% раствором ирифрина по 1 капле на ночь через день в течение 1 месяца.

Во второй группе медикаментозная терапия ирифрином сочеталась с тренировками аккомодации по Аветисову-Мац, проводимые 1 раз в день в течение 10 дней.

В третьей группе было проведено только функциональное лечение по Аветисову-Мац.

Всем детям было проведено офтальмологическое обследование включающее: определение остроты зрения без и с коррекцией, исследование аккомодации по методу Аветисова-Шаповалова, скиаскопию на фоне медикаментозного паралича аккомодации, биомикроскопию, офтальмоскопию.

Результаты:

Анализ результатов лечения показал, что в группе детей, получавших комбинированное лечение, отмечено значительное улучшение по сравнению с теми, кто получал монотерапию. В таблице представлены данные изменения остроты зрения.

Полученные результаты показали, что наилучшие результаты получены у пациентов второй группы с комбинированным лечением. При этом у детей со спазмом аккомодации была достигнута большая степень увеличения остроты зрения.

В таблице 2 представлены данные об изменении запаса относительной аккомодации в зависимости от метода лечения.

Из таблицы видно, что в группе у детей, получавших только ирифрин, достоверно повысился запас относительной аккомодации, но лучшие результаты были получены после комбинированного лечения. В третьей группе детей также имело место повышение запаса относительной аккомодации, однако, в меньшей степени, чем у детей, получавших комбинированное лечение.

Статическая клиническая рефракция после применения ирифрина в монотерапии уменьшилась в среднем на 0,55 ($p < 0,05$): с $-2,05 \pm 0,23$ до $-1,65 \pm 0,08$, Дптр. В группе с комбинированным лечением уменьшение рефракции составило 0,78: с $2,08 \pm 0,2$ до $1,3 \pm 0,18$, $p < 0,05$. В группе, где лечение проводилось только по Аветисову-Мац сила корригирующих стекол уменьшилась на 0,57 ($p < 0,05$).

Динамическое наблюдение за пациентами первой и второй групп в течение одного месяца показало, что постепенное ухудшение достигнутых результатов происходит через 3 недели в среднем у 63,4%, у остальных детей острота и запас относительной аккомодации держались на том же уровне. Более стабильными оставались результаты в группе, получавших комбинированное лечение. Зрительные функции и аккомодационная способность глаз в этой группе детей оставалась стабильной выше исходных в течение целого месяца.

Таблица 1 - Динамика остроты зрения

Метод лечения	Нозологич. единицы	Острота зрения (без коррекции)	
		До лечения	После лечения
1 группа	Спазм аккомод.	$0,62 \pm 0,09$	$0,875 \pm 0,01$ $p < 0,01$
	Миопия слабой степени	$0,43 \pm 0,01$	$0,55 \pm 0,03$ $p < 0,01$
2 группа	Спазм аккомодации	$0,61 \pm 0,01$	$0,91 \pm 0,01$ $p < 0,01$
	Миопия слабой степени	$0,41 \pm 0,03$	$0,577 \pm 0,02$ $p < 0,01$
3 группа	Спазм аккомодации	$0,63 \pm 0,02$	$0,712 \pm 0,03$ $p < 0,01$
	Миопия слабой степени	$0,45 \pm 0,01$	$0,532 \pm 0,01$ $p < 0,01$

Таблица 2 - Изменение запаса относительной аккомодации

Метод лечения	Нозологич. единицы	Запас относительной аккомодации, дптр	
		До лечения	После лечения
1 группа	Спазм аккомодации	$1,75 \pm 0,07$	$2,32 \pm 0,1$ $p < 0,01$
	Миопия слабой степени	$1,42 \pm 0,12$	$2,15 \pm 0,2$ $p < 0,01$
	Спазм аккомодации	$1,65 \pm 0,12$	$3,75 \pm 0,22$ $p < 0,01$
	Миопия слабой степени	$1,57 \pm 0,06$	$3,15 \pm 0,16$ $p < 0,01$
Контрольная группа	Спазм аккомодации	$1,25 \pm 0,13$	$2,75 \pm 0,21$ $p < 0,01$
	Миопия слабой степени	$1,5 \pm 0,15$	$2,23 \pm 0,18$ $p < 0,01$

В течение всего срока наблюдения была отмечена хорошая переносимость препарата и исчезновение симптомов аккомодативной астенопии. В некоторых случаях пациенты отмечали чувство жжения, которое самостоятельно проходили через некоторое время. Системного воздействия ирифрина зафиксировано не было.

Таким образом, результаты работы свидетельствуют о высокой эффективности адреномиметика ирифрина в профилактике и лечении близорукости и спазма аккомодации. Это проявилось в увеличении некорригированной остроты зрения вдаль, уменьшении рефракции, повышении резервов аккомодации. Применение ириф-

рина целесообразно проводить комплексно с другими методами тренировки аккомодации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аубакирова А.Ж., Токсанбаева Г.К. Близорукость - основная причина снижения зрения // Казакстан офтальмологиялык журналы – Алматы. -2007. -№ 2.-С.3-8.
2. Егоров Е.А., Арнольдов В.А. Особенности применения мидриатиков и циклоплегиков в офтальмологии. Москва. – 2003. С.14-20.
3. Телеуова Т.С., Хальбаева Е.Л. Применение 2,5% раствора ирифрина в лечении спазма аккомодации и миопии слабой степени. Офтальмологам от Promed Exports.-Алматы, 2006.- С.81 – 84.

УДК 616.36-008.5-053.31:31:616.831

ВЛИЯНИЕ ПИГМЕНТНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ

С.Х. ПРОХОРОВА, В.В. ГРУШЕНКОВА, Н.А. УТЕГЕНОВА

Медицинский центр «LS», г. Алматы

Резюме

Лабильность пигментного обмена в период новорожденности (гипербилирубинемия) может поражать центральную нервную систему бессимптомно, однако впоследствии выявляется резидуальная неврологическая симптоматика. Тяжесть как ближайших, так и отдаленных последствий может регулироваться своевременным назначением адекватного лечения, направленного на предупреждение развития билирубиновой энцефалопатии.

Түйін

Жаңа туылған кезде дақ алмасу тұрақсыздығы (гипербилирубинемия) орталық жүйке жүйесін белгісіз зақымдауы мүмкін, алайда, кейін резидуалды неврологиялық белгі пайда болады. Жакын ауыртпашылық сияқты ұзақ ауру салдары билирубиндік энцефалопатияның дамуын алдын алуға бағытталған парапар емнің заманауи түрін тағайындау арқылы реттеледі.

Summary

Lability of pigment metabolism in the neonatal period (hyperbilirubinemia) can affect the central nervous system symptomless, but later revealed residual neurological symptomatology. The severity of both immediate and long-term effects can be adjusted in a timely appointment of adequate treatment to prevent the development of kernicterus.

Одной из основных проблем патологии периода новорожденности является желтуха. В периоде новорожденности существует около 50 заболеваний, сопровождающиеся желтушным синдромом. Желтуха новорожденных обусловлена повышением уровня билирубина (непрямого) в крови в связи с особенностями его обмена в этот

период. Непрямой билирубин оказывает нейротоксическое воздействие на центральную нервную систему. При определенных условиях (гипоксия, гипогликемия, недоношенность, гемолитическая болезнь новорожденных и т.д.) поражается подкорковая структура головного мозга, которая ведет к билирубиновой энцефалопатии.

Выделяют 4 вида желтух в период новорожденности:

1. Конъюгационная желтуха - обусловлена нарушением процессов превращения непрямого билирубина. К ним относятся физиологическая желтуха новорожденных, желтуха недоношенных новорожденных, наследственные желтухи, желтуха у детей с эндокринной патологией.

2. Гемолитическая желтуха связана с усиленным разрушением эритроцитов под влиянием антител матери при изоиммунизации, при дефиците ферментов эритроцитов, при нарушении структуры гемоглобина.

3. Механическая желтуха развивается при пороках развития желчевыводящих протоков (атрезия), внутрипеченочной гипоплазии, сдавления желчных ходов опухолью.

4. Паренхиматозная желтуха – фетальный гепатит, связанный с внутриутробными инфекциями: цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз, вирусный гепатит В, Е.

Нарушения пигментного обмена любого происхождения несет в себе опасность поражения центральной нервной системы. Нами изучено состояние нервной системы у 30 новорожденных с гипербилирубинемией. Под наблюдением находились пациенты в возрасте от 0-3 месяцев, среди них девочек -12 (40%), мальчиков – 18 (60%). Всем детям проводилось клиничко-лабораторно-инструментальные обследования. При анализе анамнестических данных беременность у большинства женщин имело неблагоприятное течение. Угроза прерывания беременности отмечалось у 36% матерей, токсикоз 45%, анемия 57%, хронический пиелонефрит 22%, 20% носители ВПГ, ЦМВ, 5% внутриутробная гипоксия плода, многоводие 3%, отягощенный акушерский анамнез (невынашивание, аборт, выкидыши) 13%. Раньше гестационного срока родилось 4 детей – 13%. Желтушность кожных покровов появилось на 5 день у 13 детей, на 8 день у 10, с первых дней у 1, с 12 дня у 6 детей. В биохимическом анализе непрямого билирубин был увеличен в пределах 95-300 мкмоль/л. Желтушность исчезала к 25-30-50 дням. Один пациент (у которого желтушность наблюдалась с первых дней) с

билирубином 300 мкмоль/л (за счет не прямой фракции) госпитализирован сразу в стационар при обращении (25 дней ребенку). Гепатоспленомегалии не отмечалось, изменения цвета мочи и кала не было.

При клиничко-неврологическом обследований выяснилось (наблюдения в течении 1года), что: Гидроцефально-гипертензионный синдром имеет место у 8 детей(26%), синдром гипервозбудимости 10(33%), фебрильные судороги 1 (0,3%), задержка психомоторного развития 3(1%), детский церебральный паралич (спастико-гиперкинетическая форма в следствии ядерной желтухи) – 1 (1%). При нейросонографии – гипоксические изменения у 18 детей, ВЖК (внутри желудочковое кровоизлияние) – 5, ПВК (перивентрикулярное) -3. При ультразвуковом исследовании брюшной полости пороков развития желчного пузыря не выявлено, имело место диффузные изменения паренхимы печени. На внутриутробные инфекции обследованы 15 пациентов – методом иммуноферментного анализа. Герпетическая инфекция обнаружена у 8 детей, у 3 – ЦМВ, смешанная (герпес+ЦМВ) -4. У одного пациента (28 дней) обнаружены иммуноглобулин М цитомегаловирусной инфекции, впоследствии были положительны ПЦР крови и мочи. Ребенок направлен на стационарное лечение для проведения специфической терапии препаратом нео-цитотек с диагнозом «Внутриутробная ЦМФ инфекция, генерализованная форма (с поражением головного мозга –ВЖК, печени (гепатит?), почек). ЗПМР».

Терапия проводилась (за исключением двух случаев) амбулаторно. Пациенты получали внутрь гепатопротектор урсафальк в течении 2 недель, фототерапию, питье 150-200 мл за сутки, актовегин в/м, цераксон внутрь, микстуру Павлова. Контрольно биохимический анализ крови назначался через 7-10 дней.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Токсические энцефалопатии у новорожденных. –М.:Мед-информ, 2009.- 160 с.
2. Таболин В.А., Шабалова Н.П. Справочник неонатолога – Л.: Медицина, 1984

УДК 616.833-002-031.14-053.2

СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ**С.Х. ПРОХОРОВА**

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

Резюме

Синдром Гийена-Барре относится к аутоиммунным заболеваниям и продолжает оставаться одним из наиболее тяжелых, требующих нейрореанимационных мероприятий. В настоящее время внутривенные иммуноглобулины являются «золотым стандартом» в терапии синдрома Гийена-Барре. Иммуноглобулины содержат антитела к возбудителям различных инфекций. Вовремя прерванное аутоиммунное воспаление не успевает существенно повредить нервную ткань, что резко повышает шанс на полное восстановление нарушенных функций.

Түйін

Гийена-Барре синдромы аутоиммундық ауруларға жатады және ең ауыр нейрореанимациялық іс шараларды талап ететін ең ауыр түрі болып қалады. Қазіргі таңда ішкі тамыр иммуноглобулиндер Гийена-Барре синдромы терапиясындағы «алтын стандарты» болып табылады. Иммуноглобулиндер әртүрлі инфекциялардың қоздырғышына антидене болады. Үзілген аутоиммундық қабыну кезінде нерв тінін мағыналы түрде зақымдап үлгермейді. Бұл бұзылған функциялардың қалпына толық келтірілуіне сәтті бірден арттырады.

Summary

Guillain-Barre syndrome is an autoimmune disease and is still one of the most difficult, requiring neuroreanimatsionnyh events. Currently, intravenous immunoglobulins are the «gold standard» in the treatment of Guillain-Barre syndrome. Immunoglobulins contain antibodies to the agents of various infections. Time interrupted autoimmune inflammation is not much time to damage the nervous tissue, which dramatically increases the chance for a full recovery of disturbed functions.

Синдром Гийена-Барре (СГБ) — острая воспалительная демиелинизирующая полирадикулоневропатия аутоиммунной природы. Роль пускового фактора отводится определенным вирусам и бактериям. Заболевание сопровождается выраженными воспалительными и дегенеративными изменениями в межпозвоночных узлах, корешках и нервах, как спинальных, так и черепных. Частота встречаемости данного заболевания в общей популяции составляет 1-2 на 100 000 населения.

За 4 недели до развития параличей у 60% больных отмечаются признаки респираторной или желудочно-кишечной инфекции. Перенесенная инфекция служит провоцирующим фактором, запускающим аутоиммунную реакцию. Заболевание начинается болевыми феноменами в ногах, реже в руках. Объективно констатируют положительные симптомы натяжения. Параличи и парезы вялые, симметричные, с преимущественной локализацией в дистальных отделах конечностей. Сухожильные рефлексы понижаются или исчезают, брюшные не вызываются только при распространенных параличах мышц конечностей и туловища. Чувствительные нарушения по периферическому типу (по типу «перчаток» и «нос-

ков»). Из черепномозговых нервов чаще поражаются 7 пара в виде «диплегии лицевых нервов», бульбарные нервы. Расстройства функции бульбарных нервов проявляется в виде поперхиваний, носовой оттенок речи, опущение мягкого неба, отсутствие глоточных рефлексов и нарушения глотания. При бульбарном синдроме возникают дыхательные расстройства, опасные для жизни больного. Вегетативные расстройства встречаются в виде потливости, похолоданий конечностей, гипертрихоз голеней, гиперкератоз подошв, трофические изменения ногтей. Диагноз подтверждают также данные исследования цереброспинальной жидкости (белково-клеточная диссоциация) и электромиограмма.

За 2010-2011 гг. в ДГКИБ поступило 4 детей с диагнозом «Острый вялый парез? Полирадикулоневрит?». В одном случае (ребенку 3 г.) диагноз не подтвердился. У ребенка на ЯМРТ спинного мозга (проведено на 3 день госпитализации) обнаружен объемный процесс, переведен в нейрохирургическое отделение. По возрастной структуре: девочка 7 лет (поступает на 24 день болезни), девочка 1 г. 3 мес. (8 день болезни), мальчик 3 г. 11 мес. (5 день болезни). Все дети поступали в разное время года. В одном случае 1 ме-

сяц назад ребенок перенес кишечную инфекцию, в двух случаях примерно 2-3 недели назад вирусную инфекцию. Лечились амбулаторно. Профилактические прививки по возрасту (в том числе ОПВ). Поступали с жалобами на боли в ногах, не могут самостоятельно вставать, ходить, сидеть, раздражительность. В клинической картине выраженный болевой синдром, двигательная активность снижена; парезы вялые, симметричные с поражением дистальных отделов конечностей. Сухожильные рефлексы: ахиллов, коленный не вызываются. Брюшные рефлексы в одном случае не вызывались. Нарушение чувствительности по периферическому типу. Симптомы натяжения положительны. Тазовых расстройств не было. Со стороны черепно-мозговых нервов у девочки 7 лет отмечалось поражение лицевого нерва в виде «диплегии лицевых нервов», в одном случае (ребенку 1 г. 3 мес.) поражение бульбарных нервов в виде затруднения глотания, нарушение дыхания — восходящий путь нарастания параличей в связи, с чем ребенок интубирован и переведен на аппаратную вентиляцию (10 дней находился на аппаратной вентиляции в отделении реанимации). Вегетативные нарушения в виде похолодания конечностей, гипергидроза стоп и ладоней, мраморный оттенок кожных покровов. Менингеальные знаки отрицательны. В двух случаях отмечалось поражение ног и рук, дети находились в отделении реанимации. В спинномозговой жидкости у одного ребенка (7 лет) изменения в виде белково-клеточной диссоциации (4 кл. Ли-100%, белок 0,950г/л), у двух

детей ликвор без отклонений. Изменения в спинном мозге при проведении МРТ отмечалось у пациента (1 г. 3 мес.) с восходящим параличем (синдром Гийена-Барре-Ландри) в виде дегенеративных изменений, начальные проявления миелита (в двух случаях без патологии). У всех детей взяты фекалии на полиовирусы двукратно (дифференциальная диагностика с полиомиелитом). Только у одного пациента в фекалиях обнаружен неполиомиелитный энтеровирус, у других анализ отрицательный.

Основными специфическими методами лечения заболевания в настоящее время является программый плазмафарез и внутривенная пульс-терапия иммуноглобулинами класса G. Внутривенная пульс-терапия проведена всем пациентам 10% иммуноглобулином октагам из расчета 0,4г/кг в сутки №5-7. Пациентам, которые находились в отделении реанимации пульс терапия иммуноглобулином проведена после плазмафареза. Побочных проявлений препарата не отмечено. Назначена также дегидратационная, витаминотерапия, в фазе стабилизации нуклео-ЦМФ, массаж, физиотерапия. С улучшением в неврологическом статусе (31-34 сутки госпитализации) переведены на реабилитацию в неврологическое отделение [2].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зинченко А.П. Нейроинфекции у детей. Ленинград, «Медицина», Ленинградское отделение; 1986.
2. Мальберг С.А., Петрухин А.С., Широкова В.И. «Опыт терапии иммуноглобулином синдрома Гийена-Барре в педиатрической практике». Российский медицинский журнал. 2003. № 6 С.37-39.

УДК 616.11.9:657.928:656.26(574.54)

СТРУКТУРА КОДОВ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ПО ГОСЗАКАЗУ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ В 2011 ГОДУ

М. БУХАРБАЕВ

Филиал АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф»
- Кызылординская железнодорожная больница», г. Кызылорда

Резюме

В статье представлен анализ наиболее частых причин госпитализации по кодам международной классификации болезней X пересмотра. 23 кода обеспечивали 80% всех пациентов и финансовых поступлений.

Түйін

Мақалада қайта караудын X аурулардың Халықаралық жіктелемінің кодтары бойынша жатқызудың ең жиі себептерінің талдамасы көрсетілген. Барлық пациенттердің және қаржы түсімінің 80% 23 кодты қамтамасыз еткен.

Summary

The analysis of the most frequent causes of hospitalization for International Classification of Diseases codes X revision. 23 code for 80% of all patients, and financial flows.

В 2012 году Комитет оплаты медицинских услуг перешел на новую систему кодирования клинико-затратных групп. В этой связи имеет важно знать структуру кодов Международной классификации болезней 10 по госзаказу, сложившемуся в 2011 году. Полученные данные по-

Таблица 1 – Наиболее частые причины госпитализации по кодам МКБ-10

Код	Название медико-экономического тарифа	Количество		
		по группе	доля	нараст. итогом
M42.1	Остеохондроз позвоночника у взрослых	353	10,5%	10,5%
I20.8	Другие формы стенокардии	290	8,7%	19,2%
O20.0	Угрожающий аборт	251	7,5%	26,7%
I13.0	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением	243	7,3%	33,9%
G09	Последствия воспалительных болезней центральной нервной системы	205	6,1%	40,1%
N71.1	Хроническая воспалительная болезнь матки	193	5,8%	45,8%
I67.4	Гипертензивная энцефалопатия	135	4,0%	49,9%
K81.1	Хронический холецистит	124	3,7%	53,6%
N41.1	Хронический простатит	99	3,0%	56,5%
N11.8	Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты	84	2,5%	59,0%
I10	Эссенциальная (первичная) гипертензия	82	2,4%	61,5%
I69.8	Последствия других и неуточненных цереброваскулярных болезней	75	2,2%	63,7%
J44.8	Другая уточненная хроническая обструктивная легочная болезнь	75	2,2%	65,9%
K26.3	Язва двенадцатиперстной кишки острая без кровотечения и прободения	68	2,0%	68,0%
E11.6	Инсулинонезависимый сахарный диабет с другими уточненными осложнениями	62	1,9%	69,8%
I86.1	Варикозное расширение вен мошонки	58	1,7%	71,6%
N70.0	Острый сальпингит и оофорит	56	1,7%	73,2%
O04.0	Медицинский аборт, полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией	54	1,6%	74,8%
D25.0	Подслизистая лейомиома матки	53	1,6%	76,4%
D27	Доброкачественное новообразование яичника	43	1,3%	77,7%
N97.2	Женское бесплодие маточного происхождения	38	1,1%	78,8%
K86.1	Другие хронические панкреатиты	36	1,1%	79,9%
D50.8	Другие железодефицитные анемии	34	1,0%	80,9%

звояет определить наиболее значимые коды МКБ-10 для Кызылординской железнодорожной больницы в 2012 году.

В 2011 году общее количество пролеченных больных по госзаказу было 3350 пациентов на общую сумму фактических затрат 172079,3 тыс. тг. В таблице 1 определена структура наиболее часто встречающихся кодов МКБ-10.

Номенклатура задействованных кодов МКБ насчитывала 146 позиций. Однако количественный анализ позволили выделить небольшую группу тарифов, которые обеспечили более 80% всех

пациентов и финансовых поступлений (табл. 1). 23 медико-экономических тарифов обеспечили более 80% всех пациентов и финансовых поступлений. Контроль указанных позиций сконцентрироваться на основных доходных группах.

Выводы: После анализа структуры кодов МКБ-10 за 2011 год мы определи наиболее часто встречающиеся коды госпитализации, которые обеспечили 80% всех финансовых поступлений, нужен постоянный контроль и анализ деятельности стационара по отделениям.

УДК 614.2:656.26:338(574.54)

ГОСЗАКАЗ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОЙ БОЛЬНИЦЫ В 2011 ГОДУ

М. БУХАРБАЕВ

Филиал АО «Железнодорожные госпитали медицины катастроф»
Кызылординская железнодорожная больница», г. Кызылорда

С 2010 года на республиканском уровне было централизовано финансирование соматических стационаров по медико-экономическим тарифам (МЭТ). Изучение структуры сложившегося госзаказа позволяет определить наиболее значимые МЭТ и фактическим расходам.

Общее количество пролеченных больных по госзаказу стало 3350 пациентов на общую сумму фактических затрат 172079,3 тыс. тг. Номенклатура задействованных тарифов насчитывала 130 позиций. Однако количественный анализ позволили выделить небольшую группу тарифов, ко-

торые обеспечили более 80% всех пациентов и финансовых поступлений табл. 1). 17 медико-экономических тарифов обеспечили более 80% всех пациентов и финансовых поступлений.

Одно из правил менеджмента гласит, что 20% усилий дают 80% результата. В нашем случае получилось, что выделение только 17 тарифов из 130 (или 13%) позволяет контролировать 80 всех госпитальных доходов. Выделение указанной группы тарифов позволяет сконцентрировать внимание на самых важных участках стационарной деятельности.

**Таблица 1. Наиболее частые медико-экономические протоколы
Кызылординской железнодорожной больницы в 2011 году**

Код	Название медико-экономического трифа	Факт. стоимость, тыс.тг			Количество		
		по группе	доля	нараст. итогом	по группе	доля	нараст. итогом
08-093a	Остеохондроз позвоночника	18007,6	10,5%	10,5%	353	10,5%	10,5%
23-198	Оперативное лечение (не детализированное)	20732,2	12,0%	22,5%	343	10,2%	20,8%
05-053б	Стенокардия напряжения II ФК II А.	12708,9	7,4%	29,9%	279	8,3%	29,1%
14-131a	Сохранение беременности при сроке до 22 недель	10382,4	6,0 %	35,9%	251	7,5%	36,6%
05-052б	Гипертензивная (гипертоническая) болезнь с преимущественным поражением почек	13392,1	7,8%	43,7%	243	7,3%	43,9%
01-014б	Последствия воспалительных болезней ЦНС	12137,8	7,1%	50,8%	205	6,1%	50,0%
13-124б	Воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки	8540,9	5,0%	55,7%	178	5,3%	55,3%
01-013е	Церебральный атеросклероз	7294	4,2%	60,0%	135	4,0%	59,3%
07-075д	Холецистит, консервативное лечение	4937,7	2,9%	62,8%	124	3,7%	63,0%
12-120г	Простатит	4335,8	2,5%	65,4%	99	3,0%	66,0%
11-116б	Хронический тубулоинтерстициальный нефрит	4509,3	2,6%	68,0%	84	2,5%	68,5%
05-052a	Гипертензивная болезнь сердца, осложненная сердечной недостаточностью	5024,4	2,9%	70,9%	81	2,4%	70,9%
04-043б	Хроническая обструктивная болезнь лёгких	3885	2,3%	73,2%	75	2,2%	73,1%
01-014a	Последствия цереброваскулярных болезней	4210,3	2,4%	75,6%	75	2,2%	75,4
06-070в	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Консервативное лечение	2647,8	1,5%	77,1%	68	2,0%	77,4%
10-104в	Сахарный диабет с ангионейропатическими осложнениями	3430,8	2,0%	79,1%	57	1,7%	79,1%
14-130a	Аборт до 22 недель	1677,5	1,0%	80,1%	55	1,6%	80,7%

УДК 616.341-002.91-053.2-078

ИММУНОФЕРМЕНТНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЯМБЛИОЗА У ДЕТЕЙ

Г. П. АЛЬМАХАНОВА

Областной консультативно-диагностический центр, г. Кызылорда

Резюме

Анализ на наличие антител к антигенам лямблий с помощью ИФА в сочетании с традиционным методом микроскопии и данными клинического обследования пациентов позволяет проводить более эффективную диагностику лямблиоза.

Түйін

ИФА көмегі арқылы микроскопияның дәстүрлі әдісімен лямблиялардың қарсы гендеріне қарсы денелерінің ба-рына және клиникалық тексеру мәліметтерімен емделушілерге лямблиоздарды тиімді диагностика өткізуге мүмкіндік береді.

Summary

Analysis for the presence of antibodies to antigens of Giardia by ELISA in combination with the traditional method of microscopy and clinical examination of patients' data allows for more effective diagnosis of giardiasis.

Лямблиоз – широко распространенная, но сравнительно редко выявляемая у 500 тысяч человек. Возбудитель лямблиоза- *Lambliа intestinalis* - единственный вид простейших, обитающих в просвете тонкой кишки человека. Лямблии существуют в вегативных форм и инцистирование лямблий-независимые процессы. Вегативные формы лямблий – размножаются в основном в верхнем отделе тонкого кишечника, а образование цист происходит в дистальном отделе тонкой кишки и в ободочной кишке. Поэтому в дуоденальном содержимом обнаруживают только вегетативные формы, а в пробах фекалий – в основном цисты лямблий. Следует отметить, что цистовыделение паразита фекалиями может происходить с большими перерывами (от нескольких дней до 2 недель).

Длительное паразитирование лямблий в организме человека приводит к нарушению функций его печени и кишечника, а также часто сопровождается неврологическими и аллергическими проявлениями. Лямблиоз-преимущественно детская инфекция (более 80% зарегистрированных случаев лямблиоза приходится на детей до 14 лет).

Диагностика лямблиоза является одной из актуальных проблем современной инфекционной патологии. Единственным методом диагностики лямблиоза, применяемым до 2001 года в Кызылординской области, была микроскопия образцов дуоденального содержимого и фекалий. Для повышение эффективности выявления возбу-

дителя лямблиоза у лиц с наличием показаний проводили многократное исследование проб кала. При этом положительный результат получали в среднем в 2,1% случаев.

С целью метода более информативного, чем микроскопия, с 2002 года мы начали использовать иммуноферментный анализ (ИФА) для выявления антител к антигенам лямблий в сыворотке крови с использованием тест-системы «Лямблия-IgM, Лямблия-АТ» производства ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск).

Среди детей уровень сероположительных в отношении *Lambliа intestinalis* лиц составил 32,1-33,7%. Целью настоящего исследования была сравнительная оценка подтверждения диагноза лямблиоз у детей с его клиническими симптомами с помощью иммуноферментной серодиагностики и прямого метода выделения возбудителя методами микроскопии. В пробах сыворотки венозной крови обследуемых лиц определяли наличие антител к антигенам лямблий, а в образцах фекалий – цисты вегетативные формы лямблий.

Всего было обследовано за 1 месяц 148 пациентов диагностического центра с клиническими проявлениями лямблиоза. У 50% детей наблюдали приступообразные рецидивирующие боли в верхней половине живота или околопупочной области; у 33%-диспепсию, сопровождающуюся тошнотой, рвотой и неустойчивым стулом; у 13%- субфебрилитет; у 13%-аллергические проявления; у 13%- реактивный артрит;

у 6%-астеническое состояние; у 26% - незначительная эозинофилия.

При лабораторном обследовании 148 детей у 7 (4,7%) из них диагноз «лямблиоз» был подтвержден микроскопией. Положительный результат ИФА был зарегистрирован у 3 (42,8%) из этих 7 детей. В то же время 141(57,2%) пациент с отрицательным результатом микроскопии был сероположительным в отношении лямблии при постановке ИФА.

В целом, анализ на наличие антител к антигенам лямблей с помощью ИФА в сочетании с традиционным методом микроскопии и данными клинического обследования пациентов позволяет проводить более эффективную диагностику лямблиоза. Кроме того, серологическое обследование пациентов после проведенной антипротозойной терапии дает возможность оценить ее эффективность.

ГЛАЗНЫЕ КАПЛИ ДИКЛО-Ф В ЛЕЧЕНИИ АДЕНОВИРУСНЫХ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТОВ

С.Ю. ДУДКИНА

ТОО ОЦ «Куаныш», г. Актобе

Резюме

Противовоспалительная терапия является неотъемлемой частью лечения аденовирусного кератоконъюнктивита, позволяющей уменьшить сроки лечения больных данным заболеванием на 2-3 суток. Полученные данные позволяют оценить 0,1% раствора диклофенака натрия (Дикло-Ф), как эффективный препарат для противовоспалительной терапии аденовирусного кератоконъюнктивита

Түйін

Кабынуға қарсы терапия, ауруды емдеу мерзімдерін 2-3 тәулікке кішірейтуге мүмкіндік беретін, аденовирусты кератоконъюнктивитті емдеудің ажырамас бөлігі болып табылады. Алынған мәліметтер аденовирусты кератоконъюнктивитінің кабынуға қарсы терапиясы үшін тиімді препарат (Дикло-Ф) натрий диклофенагінің 0,1% ерітіндісі бағалауға мүмкіндік береді.

Summary

Anti-inflammatory therapy is an integral part of the treatment of adenoviral keratoconjunctivitis, allowing to reduce the time of treatment of patients with this disease for 2-3 days. These data allow us to estimate of 0.1% solution of sodium diclofenac (Diklo-F), as an effective anti-inflammatory drug for the treatment of adenoviral keratoconjunctivitis.

Спектр аденовирусной глазной инфекции изменяется от умеренной и почти бессимптомной болезни до развитой инфекции с осложненным течением.

Аденовирусная инфекция, проявляется в виде конъюнктивита - фарингоконъюнктивальная лихорадка (ФКЛ), наиболее часто вызывается аде-

новрусами 3, 4, 7 типов и редко 5. Передается капельно и обычно поражает детей, которые также заболевают инфекцией верхнего респираторного тракта. Кератит развивается приблизительно в 30% случаев, но редко бывает тяжелым или эпидемического кератоконъюнктивита, наиболее часто вызывается 8 и 19 типами аденовируса и

несколькими другими типами. Инфекция передается контактно через руки, инструменты и растворы. В отличие от ФКЛ, эпидемический кератоконъюнктивит не вызывает системных симптомов. Кератит развивается приблизительно в 100% случаев и может иметь тяжелое течение. Несмотря на многообразие предлагаемых схем лечения и разработку новых препаратов, проблема рациональной терапии аденовирусных кератоконъюнктивитов (АВКК) сохраняет свою актуальность.

К наиболее серьезным осложнениям заболевания относят его переход в хроническую форму, развитие токсико-аллергических реакций и синдрома «сухого глаза», а также возникновение стероидосложненной формы АВКК на фоне монотерапии кортикостероидами или комбинированными препаратами.

Наиболее эффективным направлением лечения аденовирусной патологии глаз является неспецифическая иммунотерапия с помощью интерферона и его индукторов в сочетании с применением симптоматических средств (противовоспалительные и противоаллергические средства, заменители слезной жидкости).

Необходимость применения противовоспалительной терапии признается на сегодняшний день большинством авторов. Однако применение кортикостероидов, обладающих мощным противовоспалительным и противоаллергическим действием, сопряжено с риском развития некротических изменений и грубого рубцевания роговицы.

Появление нестероидных противовоспалительных препаратов для местного применения в офтальмологии в виде глазных капель, содержащих 0,1% раствор диклофенака натрия (Дикло-Ф), расширяет возможности терапии воспалительных заболеваний глаз. Действие диклофенака обусловлено неизбирательным ингибированием активности ЦОГ-1 и ЦОГ-2, что приводит к подавлению синтеза простагландинов в очаге воспаления и при местном применении приводит к уменьшению отека и гиперемии конъюнктивы, снижению болевых ощущений. Диклофенак натрия, обладая выраженным противовоспалительным действием, лишен побочных эффектов, возникающих при применении кортикостероидов. Применение препарата в лечении АВКК представляется патогенетически обоснованным, но требует дополнительных клинических исследований.

Проведена сравнительная оценка эффективности диклофенака и дексаметазона в лечении АВКК. Проанализированы результаты лечения трех групп пациентов с АВКК. В качестве стандартной терапии все пациенты получали:

- инстилляций человеческого лейкоцитарного интерферона — по 150–200ЕД 8 раз в сутки в начале заболевания с последующим уменьшением частоты закапывания до 4–6 в день;
- субконъюнктивальные инъекции полудана — по 0,5 мл (50МЕ) один раз в день с уменьшением периодичности инъекций до 1 в 2 дня по мере стихания клинической картины заболевания;
- инстилляций 0,3% раствора ципрофлоксацина 5 раз в день.

По показаниям пациентам всех групп назначались:

- солкосерил глазной гель 3–4 раза в день — при выраженном поражении роговицы;
- препараты искусственной слезы при явлениях снижения слезопродукции.

В качестве противовоспалительной терапии применялись:

1. У пациентов 1-й группы (21 человек, 42 глаза) — инстилляций 0,1% раствора диклофенака натрия (Дикло-Ф) 4 раза в сутки с первого дня лечения.
2. У больных 2-й группы (17 человек, 34 глаза) — закапывания 0,01% раствора дексаметазона, с 5 дня заболевания, по 1–2 раза в сутки с первого дня лечения с последующим увеличением кратности инстилляций по мере улучшения состояния роговицы до 4–х в день.
3. В 3-й группе (15 больных, 30 глаз) дополнительная противовоспалительная терапия не применялась.

Эффективность лечения оценивалась по срокам выздоровления и развитию различных осложнений.

В качестве критериев выздоровления использовались: резорбция роговичных инфильтратов, повышение сниженной вследствие заболевания остроты зрения, отсутствие отека и гиперемии век и конъюнктивы. Сроки выздоровления у пациентов 1-й группы составили 10,3 суток, 2-й — 10,4 суток, 3-й — 13 суток.

В ходе динамического наблюдения за пациентами в течение 1 года после заболевания выявлены такие осложнения как синдром «сухого глаза» легкой и средней степени тяжести, которым впоследствии были назначены препараты искусственной слезы.

Из клинически значимых помутнений роговицы выявлено облачко парацентральной локализации, снижающее остроту зрения на 0,1, на 1 глазу у пациента из 3-й группы.

Рецидивов заболевания в течение 1 года и развития токсико-аллергических реакций не отмечено.

Таким образом, можно сделать вывод, что противовоспалительная терапия является неотъемлемой частью лечения аденовирусного кератоконъюнктивита, позволяющей уменьшить сроки лечения больных данным заболеванием на 2-3 суток.

Инстилляцией 0,1% раствора диклофенака натрия (глазные капли Дикло-Ф) и 0,01% раствора дексаметазона оказались сопоставимы как по своей противовоспалительной эффективности, так и по уровню безопасности. При этом в отличие от дексаметазона инстилляцией 0,1% раствора диклофенака натрия не вызывает угнетения репаративных процессов в тканях глаза, а также (что особенно важно при герпетических конъюнктивитах) не вызывает снижения местного иммунитета и не провоцирует развития вторичных инфекций.

Полученные данные позволяют оценить 0,1% раствора диклофенака натрия (Дикло-Ф), как эффективный препарат для противовоспалительной терапии аденовирусного кератоконъюнктивита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азнабаев М.Т., Мальханов В.Б. Аденовирусные и хламидийные заболевания глаз. — Уфа: Филем, 1995, — 112 с.
2. Бржеский В.В., Сомов Е.Е., Никитина Ю.А. Распространенность синдрома «сухого глаза» у больных с различными заболеваниями глаза. // VII съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. — М., 2000. — Ч.2. — С. 137–138.
3. Гаджиева З.Д. Лечение аденовирусных кератоконъюнктивитов // VII съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. — М., 2000. — Ч.2. — С. 141.
4. Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Ставицкая Т.В. Офтальмофармакология. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 464 с.
5. Ершов Ф.И. Антивирусные препараты. — М.: Медицина, 1998. — 192 с.
6. Каспарова Е.А. Клинические особенности и иммунотерапия осложненных форм аденовирусного кератоконъюнктивита. // Дисс. ... канд. мед. Наук. — М., 1998. — 102 с.
7. Каспарова Е.А. Лекролин в лечении аллергического конъюнктивита, аденовирусного кератоконъюнктивита и кератоконюса. // Клини. офтальмология. — 2000. — Т.1, — №2. — С. 55–56.
8. Краснов М.М., Каспаров А.А., Воробьева О.К., Каспарова Е.А. и др. Полудан в лечении вирусных заболеваний глаз. // Методические рекомендации. Вестн. офтальмол. — 1997. — Т.113, №5. — С.35–39.
9. Краснов М.М., Каспаров А.А., Каспарова Е.А. Клинические особенности и иммунотерапия осложненных форм аденовирусного кератоконъюнктивита. // Вестн. офтальмол. — 1998. — № 5. — С.23–28.
10. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. — М.: Медицина, 1981. — 272 с.
11. Майчук Ю.Ф. Новое в эпидемиологии и фармакотерапии глазных инфекций. // Клини. офтальмология. — 2000. — Т.1, №2. — С. 48–51.

УДК 616-089.5-036.8

ПОЛИМОДАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ**А. НАЙМАНБАЕВА**

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Резюме

Современные концепции послеоперационного обезбоживания определяются желанием как можно меньше использовать наркотические анальгетики. Исходя из этого, было предположено, что предлагаемая комбинация позволит реже применять наркотики, достигнув их эффективности при использовании НПВП.

Summary

The modern concept of postoperative pain relief determined by the desire to use as little as possible narcotic analgesics. On this basis, it was suggested that the proposed combination will rarely use drugs to reach their efficiency in the use of NSAIDs.

В настоящее время одной из актуальных проблем послеоперационного периода остается поиск более эффективных методов обезбоживания.

Операционная травма и сопровождающая ее боль является пусковым механизмом стресс-реакции. Будучи мощным стимулятором вегетативной нервной системы, боль опосредованно оказывает отрицательное воздействие на функции различных органов и систем. Напряжение функции этих систем, прежде всего кровообращения и дыхания, проявляется повышением давления, тахикардией, нарушением сердечного ритма, учащением дыхания и т.д. конечным звеном этих реакций является периферическое кровообращение, нарушение которого может перечеркнуть весь труд хирурга [1].

К другим клиническим проявлениям относятся снижение двигательной активности, «вынужденное» положение тела, неспособность откашливать мокроту и глубоко дышать.

Наконец, неэффективное обезбоживание, впервые, сутки послеоперационного периода, возможно, служит одной из причин формирования впоследствии хронического болевого синдрома (ХБС), который может сохраняться у пациентов длительное время.

Углубленное изучение патофизиологии послеоперационного периода привело к тому, что первоначальная вера в адаптационную мудрость организма, когда его стресс-реакция на травму рассматривалась как необходимый для выживания компенсаторный механизм, сменилась осознанием необходимости максимального подавления стресс-ответа. Отсюда следует вывод, что адекватная анальгезия может и должна улучшить исход хирургического лечения.

Классический метод обезбоживания наркотиками блокирует центральные механизмы болевого синдрома, но не устраняет причину, имея массу нежелательных побочных эффектов. Последние десятилетия все больше внимания обращается на изучение периферических механизмов возникновения боли и способы ее устранения. Современное представление о механизмах возникновения болевого синдрома и последствиях для организма в целом следующее [2].

При обширной травме тканей медиаторы, выделяющиеся в месте повреждения (серотонин, цитокины, лейкотриены, простагландины), стимулируют полимодальные ноцицепторы, которые вновь усиливают выделение медиаторов, снижая таким образом порог болевой чувствительности (первичная гипералгезия). Местный отек тканей вследствие нарушения проницаемости капилляров под воздействием гистамина, брадикинина еще более сенситизирует рецепторы (вторичная гипералгезия).

Локальный воспалительный процесс является причиной формирования системного ответа на повреждение, что проявляется увеличением концентрации белков острой фазы (С – реактивный белок, фибриноген, плазменный альбумин). Затем происходит активация ряда медиаторных систем (кининовая, системы комплемента, липидных медиаторов и цитокинов).

Таким образом, выраженный воспалительный ответ для организма в большей степени является разрушительным, нежели защитным. Первые двое суток послеоперационного периода являются определяющими для прогноза исхода хирургического лечения, и предьявляют особые тре-

бования к выбору метода и качеству послеоперационного обезболивания.

Исходя из этого представления о периферическом механизме боли, формируются и современные схемы профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома. Патогенетически оправдано использование анальгетиков периферического действия из ряда нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), ингибирующих медиаторы боли и модуляторы воспаления. Доказана и эффективность препаратов типа контрикала – ингибитора синтеза брадикинина.

Хорошо известно и очень важно то, что боль, вызванная хирургическим повреждением тканей, сопровождается спазмом гладкой мускулатуры. Механизм возникновения спазма достаточно сложный, но при рассмотрении патогенеза боли в современной литературе этой взаимосвязи уделяется мало внимания.

Неоспоримо и то, что спазм порождает или усиливает боль. Интересно также то, что связь боли и спазма замыкается на уровне спинного мозга и не контролируется головным мозгом. Образуется замкнутый круг, поддерживающий болевую импульсацию, отягощающую течение послеоперационного периода.

Исходя из этого, становится логичным то, что наркотики не всегда эффективны при спастических болях, мы просто ослабляем восприятие боли за счет центрального, седативного эффекта, но не устраняет спазм. Эта седация, с одной стороны, полезна. Но она же и является минусом применения наркотиков в послеоперационном периоде, когда для профилактики осложнений требуется ранняя активизация больных. Другой минус – угнетение дыхания, функций желудочно-кишечного тракта.

Применяя НПВП – периферический анальгетик, мы уменьшаем болевую импульсацию и ингибируем гуморальные факторы боли, но кардинально не устраняем спазм. Возможно, именно с этим связана недостаточная эффективность НПВП после операций на органах желудочно-кишечного тракта, где спазм гладкомышечной мускулатуры имеет большое значение в генерации боли.

Современные концепции послеоперационного обезболивания определяются желанием как можно меньше использовать наркотические анальгетики. Исходя из этого, было предположе-

но, что предлагаемая комбинация позволит реже применять наркотики, достигнув их эффективности при использовании НПВП.

Рассмотрев проблему послеоперационного обезболивания, были сформулированы основные принципы современных подходов к ее решению:

- максимальное ограничение использования наркотических анальгетиков и их аналогов, только по необходимости и неадекватности других методов обезболивания.

- широкое использование современных НПВП, обладающих эффективным действием на разные компоненты болевого синдрома. При грамотном и кратковременном использовании риск развития осложнений со стороны ЖКТ минимальный.

- многокомпонентность послеоперационного обезболивания – использование нескольких препаратов, действующих на разные компоненты болевого синдрома.

- превентивное обезболивание – предупреждение возникновения боли – введение препаратов до развития болевого синдрома, по часам [3,4].

Данная концепция была реализована на практике в следующем виде. Во время операции вводятся ингибиторы гуморальных факторов боли (например – контрикал 50 тыс ЕД). Сразу после операции, еще до пробуждения, вводится НПВП и Но-Шпа (базовая анальгетическая терапия). Далее эта комбинация вводится с интервалом в 6-8 часов, вне зависимости от наличия боли. Кратность введения зависит от применяемого НПВП – его суточной разрешенной дозировки. Наркотические анальгетики (промедол, стадол и т.п.) вводятся только по требованию – при неэффективности базовой анальгетической терапии [5].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лебедева Р.Н., Никола В.В. Фармакотерапия острой боли. – М., 1998
2. Н.А. Осипова. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и послеоперационной анальгезии.// Анестезиология и реаниматология, № 5. 1998
3. Чурсин В.В., Тулеусаринов А.М., Веселова Т.В. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. Материалы IV съезда онкологов, рентгенологов и радиологов РК, - Алматы, - 2001г, - С.379-384
4. Ферранте Ф.М. и др. Послеоперационная боль. Перевод с английского проф. Карачунского М.А., Мельниковой Е.В., - М., - 1998.
5. Савенков П.М. и др. Применение но-шпы у больных с грудной жабой.// Кардиология, 1968, № 8.-С.46-48

УДК 617.379-008.64-06:617.715-002-035:615.552

**ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА
ОФТОЛИК В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ СУХОГО ГЛАЗА****С.Ю. ДУДКИНА**

ТОО ОЦ «Куаныш», г. Актобе

Резюме

Проведенные исследования показали, что применение глазных капель Офтолик при болезни сухого глаза (компьютерный зрительный синдром) дает более выраженный и стабильный терапевтический эффект, лучше переносится пациентами, чем препараты сравнения – Слеза натуральная и Офтагель.

Түйін

Өткізілген зерттеулер көз тамшысы Офтоликті қолдану Табиғи жас және Офтагельге карағанда компьютерлік көру синдромы ауруы кезінде тұрақты терапевтикалық эффект және емделушілердің препаратты жақсы көтеретіндігін көрсетті.

Summary

Studies have shown that the use of eye drops Oftolik dry eye disease (computer eye syndrome) gives a more pronounced and stable therapeutic effect, it is better tolerated by patients than comparators - Tears natural and Oftagel.

На сегодняшний день особое внимание специалистов обращено к проблеме высокой распространенности болезни сухого глаза (БСГ), которая вызывается нарушением качества и недостаточной стабильностью слезной пленки. Число пациентов с нарушением слезопродукции увеличивается год от года. Интерес к данной проблеме наблюдается и в нашей стране.

Рассматривая этиологию, нужно особо отметить негативное влияние факторов внешней среды – появление так называемого «Компьютерного зрительного синдрома», длительное ношение контактных линз, воздействие кондиционеров, городской смог и т.д. Поэтому в последнее время более пристальное внимание уделяется понятию вторичного, транзиторного сухого глаза. Повышенная испаряемость слезной пленки, сокращение числа мигательных движений, зрительная нагрузка в процессе работы за компьютером, а также нарушение стабильности слезной пленки и питания роговицы при ношении контактных линз приводят к развитию хронической гипоксии тканей и к изменению состава и качества прекорнеальной слезной пленки (ПСП).

По данным различных авторов, частота этой патологии составляет от 5 до 25% от числа всех первичных обращений к офтальмологу. В Германии частота развития вторичного сухого глаза составляет 30%. По данным Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, БСГ выявляется после аденовирусных конъюнктивитов в

80%, хламидийных конъюнктивитов – в 52%, герпетических кератоконъюнктивитов – в 78%, при бактериальных конъюнктивитах – в 87% случаев. В США 72% пользователей контактных линз отказались от них в первый год ношения в связи с возникновением симптомов БСГ. В Великобритании 53% пациентов в качестве главной причины дискомфорта при ношении контактных линз назвали ощущение сухости в глазу.

Клинические проявления сухого глаза влияют на качество жизни пациентов, снижают работоспособность. Прогрессирование симптомов заболевания, а также недостаточная эффективность лечения угнетают пациентов, негативно влияют на жизненную мотивацию.

В последнее время в аптечной сети зарегистрировано около 20 различных препаратов искусственной слезы и средств по уходу за линзами. Однако разнообразие препаратов не дает повода для оптимистичного взгляда на лечение БСГ. До сих пор выбор алгоритма терапии БСГ зависит от симпатий доктора в отношении того или иного препарата или от степени информированности о нем, а не от особенностей клинической формы заболевания или фармакокинетики препарата. Отсутствие определенно направленной системы выбора препарата искусственной слезы приводит к хаотичному, спонтанному назначению лечения и в итоге дает плохой результат. В данной статье представлены результаты сравнительной оценки эффективности терапевтического

действия и переносимости препаратов искусственной слезы — Офтолик, Слеза натуральная и Офтагель.

Офтолик — глазные капли, в состав которых входят поливиниловый спирт и повидон (флаконы по 5 и 10 мл). Препарат выпускается фирмой Promed Exports Pvt. Ltd. (Индия). По своему фармакотерапевтическому действию является кератопротектором. Поливиниловый спирт прочно связывается со слезной пленкой, создавая ее утолщение и обладает способностью удерживать влагу. Повидон обладает необходимой вязкостью, что способствует долговременной фиксации слезной пленки. Кроме того, не происходит вымывание нативной слезы, что сохраняет питание и защиту роговицы.

Слеза натуральная (система полимерная водорастворимая дуасорб), Слеза натуральная содержит водорастворимую полимерную систему (Дуасорб), которая в сочетании с естественной слезной жидкостью глаза повышает стабильность слезной пленки. Препарат восполняет дефицит слезной жидкости и улучшает увлажнение роговицы. Производитель ALCON-COUVREUR, n.v. s.a (Бельгия)

Офтагель — глазной гель, активным компонентом которого является Карбомер 974Р; вспомогательные вещества — бензалконий хлорид, сорбитол, лизина моногидрат, натрия ацетат, поливиниловый спирт. Выпускается во флаконах по 10 мл. Производитель — фирма Santen OY (Финляндия).

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности действия и толерантности препарата Офтолик (глазные капли) для лечения болезни сухого глаза (Компьютерный зрительный синдром).

Материал и методы. В исследовании принимали участие 30 пациентов в возрасте от 25 до 40 лет с вторичным синдромом сухого глаза (Компьютерный зрительный синдром).

Пациенты были разделены на 3 равноценные группы:

- Группа I — пациенты, получавшие препарат Офтолик, глазные капли;
- Группа II — пациенты, получавшие препарат Слеза натуральная, глазные капли;
- Группа III — пациенты, получавшие препарат Офтагель, глазной гель.

Все группы подбирались равномерно, с одинаковыми средними показателями степени поражения. Критериями включения пациентов явля-

лись оценка жалоб больных, состояние век и конъюнктивы, роговицы, показатели функциональных проб и тестом с красителем — флюоресцеином.

Клиническое обследование включало учет и анализ жалоб пациентов, проведение пробы Ширмера, биомикроскопию для оценки клинической картины болезни сухого глаза до и после окраски флюоресцеином.

Данные биомикроскопии оценивали по следующим показателям:

- веки: гиперемия, отек
- конъюнктив: гиперемия, отек, инфильтрация, фолликулы, отделяемое .
- роговица: состояние оценивали по изменениям со стороны эпителия площади точечной кератопатии при окрашивании ксерозированных клеток флюоресцеином.

Проба Ширмера оценивалась в мм.

Больные получали один из трех препаратов (Офталик, Слеза натуральная и Офтагель) ежедневно по 1–2 капли в оба глаза 3–4 раза в день в течение 30 дней. При этом оценка состояния пациента проводилась до начала лечения (визит 1) и каждые 10 дней (визиты 2, 3, 4). Результаты наблюдений заносились в индивидуальную карту больного.

Результаты. Положительный эффект лечения (уменьшение или исчезновение субъективных жалоб) в среднем по трем группам зарегистрирован на 10–й день у 46% больных, на 20–й день — у 72%, в последний, 30–й день — у 95% больных.

При обращении у всех пациентов наблюдались отек и гиперемия век от легкой до выраженной степени. За время лечения отмечалось нормализация состояния век, уменьшение гиперемии и отека.

А также у всех пациентов зарегистрированы клинические признаки изменения со стороны конъюнктивы. Особое внимание уделялось гиперемии и отеку бульбарной конъюнктивы, формированию параллельных складок конъюнктивы.

Показатели слезопродукции оценивали по результатам пробы Ширмера. В день обращения данный показатель в группе I составлял в среднем $3,3 \pm 0,5$ мм, в группе II — $3,0 \pm 0,3$ и в группе III — $3,9 \pm 0,3$ мм ($p < 0,05$). За время лечения величина слезопродукции в группе I повысилась в среднем до $9,6 \pm 0,6$ мм, в группе II — до $7,8 \pm 0,15$ мм и в группе III — до $6,2 \pm 0,75$ мм ($p < 0,05$).

Степень выявления эрозирования роговицы оценивалась при окрашивании флюоресцином по расположению на поверхности роговицы

Оценка переносимости препаратов и комфортности их использования показала следующие результаты. В целом все три препарата переносились пациентами достаточно хорошо. Применение Офтолика ни в одном случае не вызвало неприятных ощущений и субъективного дискомфорта, в то время как на препарат Слеза Натуральная было зарегистрировано 2 негативные реакции по переносимости, а на Офтагель — 4 негативные реакции.

По результатам исследования 30 больных с вторичным синдромом сухого глаза (компьютерный зрительный синдром), разделенных на 3 группы с одинаковыми средними показателями степени поражения, можно сделать следующие выводы:

Применение глазных капель Офтолик (группа I) показало более высокую терапевтическую эффективность лечения болезни сухого глаза, чем использование препаратов Слеза Натуральная (группа II) и значительно более выраженную, чем Офтагель (группа III). Зарегистрированы более ранние сроки нормализация состояния конъюнктивы и уменьшения гиперемии и отека бульбарной конъюнктивы. Наблюдалась более быстрая и полная эпителизация роговицы и формирование более стабильного эпителиального покрова. Отмечена более выраженная, чем в группе II и значительно более выраженная, чем в группе III, динамика стабильности прекорнеальной слезной пленки и увеличение показателей специализированных проб.

Таким образом, проведенные исследования показали, что применение глазных капель Офтолик при болезни сухого глаза (компьютерный зрительный синдром) дает более выраженный и стабильный терапевтический эффект, лучше переносится пациентами, чем препараты сравнения — Слеза натуральная и Офтагель. Препарат Офтолик может быть рекомендован к применению в офтальмологической практике, как препарат выбора при лечении болезни сухого глаза и, в частности, компьютерного зрительного синдрома.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бржецкий В.В. // Современные проблемы офтальмологии. — СПб. — 2007. — С.235–237.
2. Майчук Д.Ю. // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2004. — 3. — С.63 — 68.
3. Майчук Ю.Ф. //Избранные лекции для практикующих врачей, Рос.нац. конгресс «Человек и лекарство». — М. — 2002. — С. 284 — 290.
4. Майчук Ю.Ф. //Рефракц. хирургия и офтальмология. — 2008. — №2 — С.38 — 44.
5. Майчук Ю.Ф., Вахова Е.С., Майчук Д.Ю., Миронкова Е.А., Яни Е.В. // Алгоритм лечения острых инфекционных конъюнктивитов, направленные на предупреждение развития синдрома «сухого глаза». Пособие для врачей. — М. — 2004. — 21с.
6. Юлитало Р., Йокинен А., Муратова Н.В. //Клиническая офтальмология. — 2002. — Т.3.№4 — С.179–183.
7. Яни Е.В., Майчук Ю.Ф. //Труды конференции «Роль и место фармакотерапии в современной офтальмологической практике». — СПб. — 2006. — С.127 — 128.
8. D'Arienzo P.A. //Ophthalmology Times. — 2007, may. — P.17 — 21.
9. Fukuda M., Miyamoto Y., Miyara Y. et al. //Asia-Pacific J. Ophthalmol. — 1998. — v.10. — P.20–22.
10. Lemp M.A. //Int. Ophthalmol. Clin. — 1994. — Vol.34. — № 1. — P.101 — 113.
11. Snibson G.R., Greaves J.L., Soper N.D. et al. // Cornea. — 1992. — №4 P.288–293.

УДК 616-089.5-06:616.12-008.331.1

ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЭБРАТИЛОМ ВО ВРЕМЯ АНЕСТЕЗИИ

А. НАЙМАНБАЕВА

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Резюме

Применение эбрантила с профилактической и лечебной целью в течение анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью повышало безопасность больных.

Summary

Ebrantila application for preventive and therapeutic purposes during anesthesia in patients with concomitant arterial hypertension increased patient safety.

Высокая артериальная гипертензия перед началом анестезии при хирургическом вмешательстве является актуальной проблемой. Она может осложнить состояние пациента, как на этапе интубации трахеи, как и после начала оперативного вмешательства. Особенно выраженной гипертензия бывает у больных с исходной гипертонической болезнью в анамнезе. Резкое повышение артериального давления опасно развитием острых циркуляторных нарушений мозговой гемодинамики и инсультом и может осложнять течение раннего послеоперационного периода. Несмотря на то, что в литературе имеются указания на профилактику гипертензии на этапе вводного наркоза и оперативного вмешательства, некоторые авторы отмечают недостаточность этих мероприятий, когда, несмотря на точный расчет всех компонентов предстоящей анестезии, достаточную степень анальгезии и нейровегетативной защиты, избежать развития гипертензии во время операции не удастся.

В последние годы на фармацевтическом рынке появился антигипертензивный препарат эбрантил (урапидил), который имеет целый ряд преимуществ в сравнении с традиционными антигипертензивными препаратами. Урапидил отличается большей безопасностью, стойкий продолжительный эффект, отсутствие опасного снижения артериального давления. Он нашел широкое применение в кардиологии. В литературе имеются данные о его применении у женщин с преэклампсией тяжелой степени.

Цель работы: оценить эффективность эбрантила для профилактики гипертензии при анестезиологическом пособии у больных с сопутствующей гипертонической болезнью.

Материал и методы

В исследование были включены хирургические пациенты травматологического, урологического и сосудистого профиля, имевшие сопутствующую гипертоническую болезнь, подвергающиеся оперативному вмешательству под общей внутривенной анестезией с ИВЛ. Премедикация включала: атропин 0,5 мг, димедрол 20 мг и промедол 20 мг внутривенно перед началом операции за 20-30 минут. Вводный наркоз — тиопентал натрия в дозе 6-10 мг/кг. Базис — наркоз рассчитывался по весу пациента и проводился болюсными введениями кетамина и фентанила.

Возраст больных составлял от 55 до 76 лет. Число больных с сопутствующими заболеваниями органов дыхания, органов желудочно-кишечного тракта, эндокринными и обменными заболеваниями, а также объем оперативного вмешательства, продолжительность операции и величина интраоперационной кровопотери были примерно одинаковы во всех группах больных. Всех больных разделили на 3 группы. В I контрольную группу отбирали больных без сопутствующей гипертонической болезни. В I контрольной группе было 22 больных с исходной артериальной гипертензией, из них травматологических — 5, урологических — 8 и сосудистых — 9 больных. Во II группе было 25 больных, из них травматологических — 8, урологических — 8 и сосудистых — 9 больных. В III группе было 23 больных с исходной артериальной гипертензией, из них травматологических — 8, урологических — 9 и сосудистых — 6 больных. Больным II группы во время анестезиологического пособия при возникновении гипертензии эбрантил не вводили 5 мл (25мг) раствора эбрантила в виде болюсной инъ-

екции перед началом вводного наркоза за 10-15 минут, которую в течение анестезии вводили повторно от 1 до 2 раз при появлении повторного эпизода гипертензии. В течение анестезиологического пособия на этапах оперативного вмешательства у всех больных проводили исследование показателей артериального давления: систолического (АДс), диастолического (АДд), среднего (АДср), ЧСС, SpO₂, ЭКГ контроль в 1 отведении. По показаниям проводили анализ КЩС и газов крови.

Результаты исследования и их обсуждение

Показатели гемодинамики у больных I группы отличались большей стабильностью, в сравнении с больными II группы. У пациентов II группы исходные средние значения АДс, АДд и АДср были соответственно АДс на 23,5%, АДд на 25,3% и АДср на 19,7%. На этапе интубации трахеи различие возрастало и было соответственно на 31,5%, 29,5% и 27,3%. При профилактическом введении болюсной дозы у больных III группы отмечалось отсутствие эпизодов подъема артериального давления в течение всего анестезиологического пособия выше 180 мм рт.ст. в течение анестезии пациентам II группы, которым профилактическая доза эбрантила не вводилась при появлении гипертензии при АДс выше 180 мм рт.ст. вводили болюсную дозу 5 мл эбрантила. После введения эбрантила у больных II группы отмечалось плавное снижение артериального давления на 20-25 мм рт.ст. которое в дальнейшем оставалось стабильным в течение не менее 30-35 минут. Необходимость в повторных введениях эбрантила 1-2 раза была отмечена у 33% боль-

ных. Необходимо отметить, что анестезиологического пособия после введения эбрантила с профилактической целью отличалось стабильностью основных показателей гемодинамики, в первую очередь систолического артериального давления. У больных II группы при повышении артериального давления было отмечено нарастание кровотока из области операционной раны, изменения на ЭКГ в виде нарастания ишемии миокарда, возрастала ЧСС, снижалось SpO₂. У больных III основной группы отмечалась стабильность основных показателей гемодинамики после введения расчетных доз анестетических препаратов на фоне действия эбрантила.

Применение эбрантила с профилактической и лечебной целью в течение анестезиологического пособия у больных с сопутствующей гипертонической болезнью повышало безопасность больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Kirsten R., Nelson K., Molz K.-H. pharmacodynamics and pharmacokinetics of urapidil in hypertensive patients a crossover study comparing infusion with an infusion-capsule combination. // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 1987. – V.32. – P.61-65.
2. Belz G.G., Matthews J.H., Graf D. et al. dynamic responses to intravenous urapidil and dihydralazine in normal subjects.// Clin. Pharmacol. Ther.-1985.-V.37.-P.48-54.
3. Dooley M., Goa K.L. urapidil. A reappraisal of its use in the management of hypertension //Drugs.-1998.-V.56.-P.929-955.
4. Wacker J., Werner P., Walter-Sack I., Bastert G. Treatment of hypertension in patients with pre-eclampsia: a prospective parallel-group study comparing dygdralazine with urapidil.//Nephrol. Dial. Transplant.-1998.-V.13.-P.318-325.

УДК 616.831-005.4-07-085

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

С.С. КОЖАБЕКОВА

Аккусский филиал ТОО «Медицинский центр Евразия», г. Аксу

Резюме

По наблюдениям применение Танакана при ДЭ стадии в течение 8 недель приводит к улучшению общего состояния в 78% случаев (уменьшению субъективных жалоб), уменьшению выраженности неврологической симптоматики в 67% случаев.

Түйін

ДЭ кезеңдерінде Танаканды қолдану бақылаулары бойынша 8 апта ішінде 78% жағдайларда ортақ күйін жақсартуға (жеке зарлардың кішірейтуіне), 67% жағдайларда неврологиялық симптоматиканың қарқындылығын азайтуға алып келеді.

Summary

According to the observations by the use of Tanakan DE stage for 8 weeks leads to an improvement in the general condition of 78% (reduction of subjective complaints), reduces the severity of neurological symptoms in 67% of cases.

Цереброваскулярные заболевания являются одной из основных проблем современной медицины. Причем рост цереброваскулярной патологии происходит преимущественно за счет увеличения количества медленно-прогрессирующих форм церебральных заболеваний, вследствие хронической ишемии головного мозга. Термин «хроническая ишемия мозга» используется в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра вместо применявшегося ранее термина «дисциркуляторная энцефалопатия». Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ)- это синдром многоочагового (диффузного) поражения головного мозга, который обусловлен хронической мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения (транзиторная ишемическая атака, инсульт) и характеризуется медленно прогрессирующим течением, а также развитием постепенно нарастающих дефектов функций мозга. Клинически ДЭ проявляется неврологическими, эмоциональными, когнитивными, психическими нарушениями, имеющими в большинстве случаев прогрессирующий характер. Причины формирования ДЭ крайне разнообразны, однако среди основных следует отметить артериальную гипертензию, стенозирующее поражение магистральных артерий головы и артерий мелкого калибра (атеросклероз), расстройства системы гомеостаза. Развитие ДЭ также, как и

острых нарушений мозгового кровообращения, может быть обусловлено целым рядом причин: атеросклерозом, артериальной гипертензией, вазомоторными дистониями, артериальной гипотонией, патологией сердца и его деятельности, инфекционными и аллергическими васкулитами (сифилитический, ревматический, инфекционно-аллергический и коллагенозные васкулиты), токсическими поражениями сосудов мозга (экзогенные и эндогенные), травматическими поражениями сосудов головного мозга и его оболочек, сдавлением артерий и вен (опухоль, костно-деструктивные изменения и др.), аномалиями сердечно-сосудистой системы, болезнями крови, заболеваниями эндокринной системы, другими патологическими состояниями и неустановленными причинами. Наиболее значимыми в этой списке являются артериальная гипертензия, атеросклероз и их сочетание, и они являются причиной развития ДЭ более чем в 2/3 случаев по данным наблюдения различных исследований. Кардинальные направления терапии пациентов с ДЭ определяются характером основного сосудистого процесса, явившегося причиной церебро-васкулярной патологии (артериальной гипертонии и атеросклероза). Целесообразны коррекция диеты, регулярный контроль артериального давления, исключение потребления алкоголя и курения, коррекция сопутствующих соматических заболеваний. В лечении ДЭ мож-

но выделить три основных терапевтических направлений: коррекция сосудистых факторов риска-лечение основного заболевания: коррекция повышенного АД, профилактика ОНМК (медикаментозная и хирургическая), при атеросклерозе - гиполипемические препараты, улучшение реологических свойств крови- дезагреганты и антикоагулянты по показаниям; восстановление мозгового кровотока и улучшение церебрального метаболизма: вазоактивные препараты, антагонисты кальциевых каналов, метаболические препараты, антиоксиданты; симптоматическое лечение. При назначении лечения больным ДЭ необходимо учитывать ряд аспектов: фармакоэкономический - так как лечение должно быть длительным, а высокая цена препарата может привести к отказу пациентов от лечения; возможность применения препарата для амбулаторного лечения; минимальное межлекарственное взаимодействие; обладать комплексным действием на различные звенья патогенеза. Учитывая эти факторы, нами был проведен анализ эффективности применения препарата Танакан для лечения ДЭ. Танакан – растительный препарат, действие которого обусловлено характером его влияния на процессы обмена веществ в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию, а также на вазомоторные реакции кровеносных сосудов. Улучшает мозговое кровообращение снабжение мозга кислородом и глюкозой. Обладает вазорегулирующим действием на всю сосудистую систему. Способствует улучшению кровотока, препятствует агрегации эритроцитов, оказывает ториозящее влияние на фактор агрегации

тромбоцитов. Препятствует образованию свободных радикалов и перекисному окислению липидов клеточных мембран. Оказывает выраженное противоотечное действие как на уровне головного мозга, так и на периферии. Воздействует на высвобождение, повторное поглощение и катаболизм нейромедиаторов (норадреналина, допамина, ацетилхолина) и на их способность к связыванию с мембранными рецепторами. По наблюдениям применение Танакана при ДЭ стадии в течение 8 недель приводит к улучшению общего состояния в 78% случаев (уменьшению субъективных жалоб), уменьшению выраженности неврологической симптоматики в 67% случаев.

По данным ультразвуковой транскраниальной доплерографии действие препарата приводит к нормализации сосудистого тонуса уже к 1-й неделе приема. При лечении ДЭ 1-2 стадии, учитывая тяжесть психоневрологической симптоматики и наличие выраженных морфологических изменений головного мозга, необходимо более длительное применение Танакана - в течение 10-12 недель. В этой стадии эффективность терапевтических воздействий снижается: субъективное улучшение общего состояния, регресс основных жалоб отмечается в 72% случаев, а объективное улучшение неврологического статуса и психоэмоционального состояния только 42% больных, что обусловлено наличием необратимых изменений головного мозга. Таким образом, применение препарата Танакан при лечении ДЭ 3 стадии наиболее эффективнее на ранних стадиях процесса. Препарат хорошо переносится, неблагоприятных побочных эффектов не наблюдалось.

УДК 617.741-004.1

КАТАРАКТА

Д.Н. СУЛЕЙМЕНОВА

Областной консультативно-диагностический центр, г. Кызылорда

Резюме

В статье освещены причины возникновения, симптомы, осложнения катаракты и ее профилактика.

Summary

The article deals with the causes, symptoms, complications of cataract and its prevention.

Түйін

Мақалада катарактаның пайда болу себептері, симптомдары, асқынуы мен оның профилактикасы қарастырылған.

Катаракта это помутнение хрусталика - оптической линзы, которая располагается внутри глаза. В большинстве случаев катаракта развивается медленно, как результат старения.

Формирование катаракты происходит быстрее у лиц с травмой глаза, после лучевой и глюкокортикоидной терапии, при различных наследственных заболеваниях, при сахарном диабете.

Развитие врожденной катаракты возможно в случае, если мама во время **беременности** перенесла или являлась носителем различных инфекций (краснуха, герпес, цитомегаловирусная инфекция, корь, грипп и ряд других), подвергалась воздействию радиации, принимала сильнодействующие лекарства. Однако точные причины возникновения этого заболевания не выяснены до сих пор часто у детей с врожденной катарактой совершенно здоровые родители. Катаракта может образоваться в одном или в обоих глазах. Чаще всего если только катаракта не возникла в результате травмы катаракта развивается симметрично с двух сторон. Катаракта может поражать часть хрусталика или весь хрусталик.

Причины. Основным фактором риска развития катаракты является возраст. Первые начальные помутнения в хрусталике появляются, как правило, уже после 40-50 лет. В последнее время отмечается начало в более раннем возрасте. После 65 лет у половины населения отмечается определенная степень помутнения хрусталика, хотя может не отмечаться нарушений зрения.

К другим факторам риска развития катаракты относят: сахарный диабет, наличие катаракты у членов семьи, травмы или воспалительные заболевания глаза в прошлом, глазные операции,

длительное использование глюкокортикостероидов, длительное пребывание на солнце, длительное воздействие ионизирующей радиации, курение.

Распространенное в народе мнение о том, что катаракта может возникнуть от напряженной зрительной работы, такой как чтение или просмотр телевизора, является ошибкой.

Симптомы катаракты. В зависимости от степени поражения симптомы катаракты включают:

- двоение в глазу, если противоположный глаз закрыт;
- расплывчатость, туманность изображения, не поддающаяся очковой коррекции;
- появление близорукости;
- ощущение бликов, вспышек, особенно в ночное время;
- чувствительность к свету, особенно в ночное время;
- появление ореолов вокруг источников света;
- ухудшение цветового зрения.

Осложнения. При длительном отсутствии лечения возможно развитие слепоты.

Поставить диагноз может только **офтальмолог**. Если вы обнаружили у себя или своих близких симптомы катаракты, следует как можно скорее посетить офтальмолога. К сожалению, лечение катаракты только хирургическое. Медикаментозное лечение лишь слегка задерживает помутнение в хрусталике. Будьте аккуратны и не попадайтесь на удочку целителей, говорящих о консервативном лечении и отказе от операции.

Лечение при катаракте складывается из медикаментозного (консервативного) и хирургического. При медикаментозном лечении назначают витаминные капли. Основной и практически

единственный метод лечения катаракты - хирургический. Вы и ваш офтальмолог должны вместе определить, когда вам следует провести операцию. Хирургические методы лечения основаны на замене помутневшего хрусталика на искусственный. Самым современным методом во всем мире считается ультразвуковая факоэмульсификация катаракты. Эта операция стала во всем мире уже весьма заурядной и проводится в амбулаторных условиях под местной анестезией. Улучшение зрения наблюдается у 95% больных. В ходе операции хирург заменяет хрусталик с развившейся катарактой на пластиковый или силиконовый. Раньше хрусталик удаляли вместе с кап-

сулой. В настоящее время практикуется экстракапсулярная экстракция катаракты. Это означает, что капсула хрусталика остается на месте, а в нее помещают новый хрусталик.

Профилактика катаракты. Ранняя диагностика очень важна. Обследование у офтальмолога рекомендуется проходить каждые 2-4 года всем лицам до 65 лет и каждые 1-2 года лицам старше 65 лет

К сожалению, универсальных средств для профилактики и медикаментозного лечения катаракты нет. Считается, что отказ от курения и сбалансированная диета способны снизить риск возникновения катаракты.

УДК 616.831-005-056:613.2/.8

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПРОБЛЕМА

С.С. КОЖАБЕКОВА

Аксуский филиал ТОО «Медицинский центр «Евразия»,
КГП на ПХВ «Поликлиника» г. Аксу

Резюме

В статье рассматриваются факторы риска развития сосудистых заболеваний головного мозга.

Түйін

Мақалада адам миі ауруларына шалдығу қауіп-кәтерінің факторлары қарастырылады.

Summary

In article risk factors of development of vascular diseases of a brain are considered.

Неврологические заболевания относятся к наиболее распространенным в структуре современной заболеваемости, являются одной из основных причин инвалидизации и смертности населения и, к сожалению, имеют неуклонную тенденцию к нарастанию заболеваемости и распространенности.

Многочисленные эпидемиологические исследования неврологов подтвердили закономерную связь факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний с возникновением инсульта. Из основных установленных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний исследована распрост-

раненность артериальной гипертонии (АГ), органических заболеваний сердца с нарушениями ритма и без нарушения ритма, сахарного диабета, гиподинамия, курение, несбалансированное питание (склонность к острой и соленой пище, потребление большого количества насыщенных жиров), чрезмерное потребление алкоголя, гиподинамия, эмоциональный стресс, социально-экономические трудности.

Был проведен анализ распространенности основных факторов риска инсульта. Всего методом стандартизированного обследования получены сведения о факторах риска инсульта у 254 пациентов.

Таблица 1 - Основные факторы риска инсульта

Фактор риска	n	%
Артериальная гипертония	151	59,5
Ишемическая болезнь сердца	81	31,8
Мерцательная аритмия	34	13,444
Постинфарктный кардиосклероз	16	6,2
Гиподинамия	102	40,2
Употребление в пищу соли (>10г/сут)	167	66,7
Сахарный диабет	10	3,9
Перемежающаяся хромота	228	89,7
Эмоциональный стресс	228	89,7
Курение	104	40,9
Избыточный вес	98	38,5

С медико-социальных позиций дифференцируют индивидуальные генетические и биологические факторы. К указанным факторам, имеющим клиническую значимость, можно отнести конституциональные особенности. Отмечено что конституциональные свойства играют определенную роль в патогенезе цереброваскулярных заболеваний, особенно если они сопряжены с какими либо дизонтогенетическими нарушениями. При длительном воздействии внешних факторов среды, в том числе модифицированных факторов риска, эти свойства могут видоизменяться, что оказывает отрицательное влияние на адаптационные возможности организма формирующиеся с возрастом патоморфологические процессы в сердечно-сосудистой системе, нарушения гомеостаза и гемодинамики, способствующие развитию инсульта. Это развитие непредсказуемых остро возникающих событий, декомпенсирующих гемодинамические и гемостатические резервы артериальной системы мозга, называется кризом. Индивидуальные генетические, биологические факторы и негативные факторы внешней среды являются общими для всех заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В структуре факторов риска развития инсульта одно из ведущих мест принадлежит артериальной гипертонии (таблица-1).

Как показывают врачебные наблюдения, в 3-4 раза чаще развивается ишемическая болезнь сердца и в 7 раз чаще нарушение мозгового кровообращения именно у лиц с высоким артериальным давлением.

На очень высокую распространенность сосудистых заболеваний головного мозга влияют и такие причины, как недостаточная активность в работе участковых терапевтов по раннему выявлению гипертонической болезни, отсутствие первичной и вторичной профилактики на предуп-

реждение инсульта, снижение факторов риска. Первичная профилактика предусматривает рациональный режим, правильное питание, снижение факторов риска (эмоциональное перенапряжение, переедание, курение, алкоголь, гиподинамию), своевременное лечение начальных проявлений недостаточности кровообращения мозга. Вторичная профилактика направлена на предупреждение рецидивов-повторных инсультов, и проводится в плане диспансерного наблюдения врачом-неврологом. Также одной из причин являются вопросы санаторно-курортного лечения, дороговизна лекарств.

Соответственно, артериальная гипертония, инсульты влекут за собой определенный экономический ущерб, связанный с лечением и реабилитацией выше указанной категории больных, как следствие, с ростом затрат на охрану здоровья. Проблема артериальной гипертонии, инсультов является социальной проблемой, для решения которой необходима существенная государственная поддержка, координация усилий различных министерств и ведомств. Координация усилий в итоге может привести к положительным результатам, к таким, как: снижение заболеваемости населения артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца, а также сосудистыми поражениями мозга, уменьшение смертности от болезней системы кровообращения, повышение продолжительности и качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К совместным усилиям можно отнести такие меры, как пропаганда здорового образа жизни, укрепление первичного звена медицины кадрами и ресурсами, нужными для выявления больных артериальной гипертонией, обеспечение эффективной диагностической, лечебной, реабилитационной помощи больным сердечно-сосудистой патологией, подготовку и создание

стандартов диагностики и лечения на основании данных анализа, обеспечение больных гипотензивными препаратами в достаточном ассортименте и, главное, по доступным для них ценам.

Пропаганда здорового образа жизни - одна из основных мер, направленная на предупреждение cerebrovasкулярных заболеваний. В тоже время некоторым пациентам трудно модифицировать свой образ жизни в связи с низким социально-экономическим положением, социальной изоляцией: одинокие люди чаще ведут нездоровый образ жизни, наличие стрессов: проблемы, возникающие на работе и в быту, мешают людям заниматься собственным здоровьем, негативные эмоции: депрессия, тревога, страх за будущее. Таким пациентам нужно уделять максимальное внимание, подключать помощь психолога для преодоления барьеров к изменению образа жизни на поликлиническом уровне. Координация всех усилий может в конечном итоге

повысить осведомленность населения о наличии cerebrovasкулярных заболеваний, артериальной гипертензии, обеспечение лечения гипертензии у впервые выявленных больных, что приведет к снижению смертности от мозговых инсультов у лиц трудоспособного возраста, уменьшению потерь трудоспособности вследствие снижения временной и стойкой нетрудоспособности, снижению первичного выхода на инвалидность по причине болезней сердечно-сосудистой патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. М.М.Герасимова. Нервные болезни. Тверь-Москва. 2003г, С. 304-3119.
2. Виленский Б.С. Инсульт-современное состояние проблемы /Б.С, Виленский/ Неврологический журнал. 2008г №2, С.4-10.
3. Симоненко В.Б. Совершенствование профилактики требует пересмотра концепции факторов риска / В.Б, Симоненко/ Неврологический журнал. 2006г №2, С. 39-44.

УДК 616.13.002.2-004.6:616.153.915:615.272.4

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Г.Р. САДЫКОВА

Областной консультативно-диагностический центр, г. Кызылорда

Резюме

Гиполипидемические препараты не только предотвращают ангинозные приступы и внезапную коронарную смерть, но и уменьшают распространенность инсультов, а также частоту реваскуляризирующих операций. Врачи общей практики, терапевты, кардиологи могут с уверенностью рекомендовать пациентам для целей первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, а также тяжелых ишемических исходов.

Summary

Lipid-lowering drugs not only prevent anginal attacks and sudden cardiac death, but also reduce the incidence of stroke, as well as the frequency of revascularization operations. General practitioners, internists, cardiologists can confidently advise patients for primary and secondary prevention of cardiovascular diseases, and severe ischemic outcomes.

Как правило, в основе большинства ССЗ, таких как ИБС, инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ), заболевания периферических артерий, лежит атеросклероз, одним из ведущих факторов развития которого является нарушение обмена липидов [1,2]. За последние годы представления о механизмах атерогенеза существенно расширились. Дислипидемия (ДЛП) диагно-

стируется при нарушении соотношения в плазме крови одного или нескольких классов липопротеинов. При этом их общее содержание может быть нормальным или повышенным. Наибольшее значение имеет увеличение холестерина (ХС) липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и снижение ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП).

На современном этапе развития медицины не вызывает сомнения необходимость назначения комбинированной терапии ИБС, которая должна снижать пред- и постнагрузку на сердце, предотвращать ремоделирование сердечной мышцы, а также восстанавливать функцию эндотелия и нормализовывать липидный обмен в организме [3,4].

Наибольшее значение в развитии атеросклероза имеют ЛПНП (атерогенные ЛП) и ЛПВП (антиатерогенные ЛП). ЛПНП подвергаются перекисному окислению, активируют моноциты, проникают в субэндотелиальное пространство сосудов, превращаются в макрофаги, а затем в пигментные клетки и играют важную роль в формировании атеросклеротической бляшки. Поэтому ЛПНП являются главной мишенью гиполипидемической терапии. Так, снижение ХС ЛПНП на 1% снижает риск развития ИБС также на 1%. ЛПВП осуществляют обратный транспорт ХС из сосудистой стенки и макрофагов в печень. Их уровень в крови обратно коррелирует с риском развития атеросклероза (АС). Поэтому повышение ХС ЛПВП на 1% снижает риск развития ИБС на 3%.

Для успешного лечения больных целесообразно воздействовать на более ранние звенья в цепи: от факторов риска к основным сердечно-сосудистым заболеваниям, их осложнениям и гибели пациента.

К липидмодифицирующим медикаментозным средствам, исходя из их химического строения, относятся:

1. Фибраты (фенофибрат, ципрофибрат, гемфиброзил).
2. Анионообменные смолы (колестипол, холестирамин).
3. Статины (ловастатин, правастатин, симвастатин, флувастатин, аторвастатин, розувастатин).
4. Препараты разных химических групп (пробукол, ω -3-полиненасыщенные жирные кислоты, никотиновая кислота, секвестранты желчных кислот, жирорастворимые витамины, антиоксиданты и др.)

Наибольшее значение в развитии атеросклероза имеют ЛПНП (атерогенные ЛП) и ЛПВП (антиатерогенные ЛП). ЛПНП подвергаются перекисному окислению, активируют моноциты, проникают в субэндотелиальное пространство сосудов, превращаются в макрофаги, а затем в пигментные клетки и играют важную роль в формировании атеросклеротической бляшки. Поэтому ЛПНП являются главной мишенью гиполипидемической терапии. Так, снижение ХС ЛПНП на 1% снижает риск развития ИБС также на 1%. ЛПВП осуществляют обратный транспорт ХС из сосудистой стенки и макрофагов в печень. Их уровень в крови обратно коррелирует с риском развития атеросклероза (АС). Поэтому повышение ХС ЛПВП на 1% снижает риск развития ИБС на 3%.

Основной задачей лечения является снижение уровня ХС ЛПНП с целью уменьшения риска возникновения ИБС (первичная профилактика) или ее осложнений (вторичная профилактика). При этом желательна также нормализация уровня ТГ, поскольку гипертриглицеридемия является одним из факторов риска ИБС. В связи с этим одним из важных факторов при выборе гиполипидемических препаратов является их влияние на уровень ТГ [4,5].

Он расценивается как нормальный (<200 мг/дл, или 2,3 ммоль/л), умеренно повышенный (от 200 мг/дл до 400 мг/дл, или 4,5 ммоль/л), высокий (от 400 мг/дл до 1000 мг/дл, или 11,3 ммоль/л) и очень высокий (> 1000 мг/дл). Показания к назначению различных классов гиполипидемических препаратов в зависимости от типа ГЛП представлены в табл. 2.

Секвестранты желчных кислот, которые не только не снижают уровень ТГ, но могут даже значительно повысить его, не назначают при превышении верхней границы нормы ТГ (200 мг/дл). Статины понижают уровень ТГ в умеренной степени (на 8-10%), в связи с чем их не принято назначать больным с выраженной гипертриглицеридемией (>400 мг/дл). Никотиновая кислота

Таблица 1. Влияние гиполипидемических препаратов на уровень липидов

Препараты	ХС	ТГ	ХС ЛПВП
Анионообменные смолы	ум/ум	(ув)	ув
Статины	ум/ум/ум	ум	ув
Никотиновая кислота	ум/ум	ум/ум	ув/ув
Фибраты	ум	ум/ум/ум	ув

«ум» - уменьшает; «ув» - увеличивает

Таблица 2. Показания к назначению гиполипидемических препаратов

Препараты	Показания к назначению
Статины	ГЛП IIa и IIb типов при ТГ < 400 мг/дл (4,5 ммоль/л)
Секвестранты желчных кислот	ГЛП IIa типа (ТГ < 200 мг/дл - 2,3 ммоль/л)
Никотиновая кислота	Все формы ГЛП, особенно при повышении как ХС, так и ТГ
Фибраты	ГЛП IIa, III и IV типов

снижает как уровень ХС, так и ТГ. Наиболее выраженной способностью корректировать гипертриглицеридемию обладают фибраты, однако их холестерин понижающий эффект уступает действию других классов гиполипидемических препаратов.

Выводы: таким образом, наиболее узкими показаниями к назначению характеризуются секвестранты желчных кислот, которые рекомендуются исключительно больным со IIa типом ГЛП, встречающимся не более чем у 10% всех больных с ГЛП. Статины показаны больным как со IIa, так и со IIb типами ГЛП, составляющим не менее половины всех пациентов с ГЛП. Никотиновую кислоту можно назначать больным с любыми типами ГЛП. Фибраты предназначены в основном для коррекции ГЛП IIa типа и крайне редко встречающейся дисбеталипопротеидемии (ГЛП III типа).

Гиполипидемические препараты не только предотвращают ангинозные приступы и внезапную коронарную смерть, но и уменьшают распространенность инсультов, а также частоту реваскуляризирующих операций. Врачи общей практики, терапевты, кардиологи могут с уверенностью рекомендовать пациентам для целей первичной и вторичной профилактики сердечно-

сосудистых заболеваний, а также тяжелых ишемических исходов. (смерть, инсульт, инфаркт) [6,7,8].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Колтунов И.Е., Калинина А.М. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Кардиоваск. терапия и профилактика. 2010; 9 (6): 4-9.
2. Шальнова С.А., Деев А.Д. Аторвастатин в клинической практике врача. Некоторые нерешенные вопросы исследования ОСКАР// Consilium Medicum. Болезни сердца и сосудов №3, 2010.
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации (IV пересмотр), 2009, 80С.. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007; 6 (приложение 3).
4. Беленков Ю.Н., Сергиенко И.В., Лякишев А.А., Кухарчук В.В. Статины в современной кардиологической практике. М, 2010.
5. Аронов Д.М. Плейотропные эффекты статинов. РМЖ. 2001; 9: 13-4.
6. Li H, Lewis A, Brodsky S et al. Homocysteine induces 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase in vascular endothelial cells. Circulation 2002; 105: 1037-43.
7. Справочник ВИДАЛЬ 2011г. <http://www.vidal.ru>
8. <http://www.regmed.ru>

УДК 616.12-053.9

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ж.С. БАЙБУЛИНА

Врачебная амбулатория село Родина, г. Аркалык

Резюме

В статье говорится о возрастных особенностях пожилого человека, фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, особенностях межлекарственных взаимодействий в условиях старческого организма и целый ряд других моментов, знание которых позволит врачу успешно бороться за жизнь и здоровье своих пациентов пожилого возраста.

Түйін

Мақалада егде жастағы науқастардың жүрек шамасыздығын емдеу ерекшеліктері, медикаментозды және медикаментозды емес ем аспектілері жайында айтылған.

Summary

The article tells about elderly patients, the pharmacokinetics and pharmacodynamics of the drug, especially drug-drug interactions in a senile body and a number of other issues, a knowledge of which will allow the doctor to successfully fight for the life and health of the elderly.

Сердечно-сосудистые заболевания во всем мире по-прежнему составляют основу преждевременной смертности, инвалидизации и к сожалению наша страна не является исключением. Одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является хроническая сердечная недостаточность (ХСН), развивающаяся как самостоятельно, так и в качестве одного из проявлений или осложнений других заболеваний этой системы, например, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, клапанных пороков различной этиологии. Эксперты прогнозируют увеличение доли больных с ХСН к 2020 г. до 9–10% [1].

Увеличение общей продолжительности жизни население увеличила число пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Результаты эпидемиологических исследований показывают, что среди лиц в возрасте 50–59 лет частота встречаемости сердечной недостаточности составляет 1%, а в возрасте 80–89 лет — 10%. По данным коллег из Соединенных Штатов Америки среди госпитализированных пациентов в возрасте старше 65 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями 50% составляют больные сердечной недостаточностью, а старше 75 лет — уже 80% [2]. ХСН в 90% случаев является прямой или косвенной причиной смерти у пожилых с заболеваниями сердечно-сосудистой системы [3].

Увеличение числа пациентов пожилого возраста с ХСН является серьезной проблемой здравоохранения. К числу основных проблем можно отнести следующие:

Терапию ХСН у больных пожилого возраста необходима проводить комплексно. Начинать лечение сердечной недостаточностью необходимо с коррекции водно-солевого обмена, режима физических тренировок и образа жизни.

Рекомендации больным ХСН по диете следующие:

1. При ХСН рекомендуется ограничение приема поваренной соли, причем тем большее, чем выраженнее симптомы болезни и застойные явления:

I функциональный класс (ФК) — ограничение соленой пищи до 3 г NaCl в сутки;

II ФК — плюс не досаливать пищу до 1,5 г NaCl в сутки;

III ФК — плюс продукты с уменьшенным содержанием соли и приготовление без соли <1,0 г NaCl в сутки.

2. Ограничение потребления жидкости актуально только в крайних ситуациях: при декомпенсированном тяжелом течении ХСН, требующем внутривенного введения диуретиков. В обычных ситуациях объем жидкости не рекомендуется увеличивать более 2 л/сут (минимум приема жидкости — 750 мл/сут).

3. Пища должна быть калорийной, легко ус-

ваиваться, с достаточным содержанием витаминов, белка [4,5].

Дозированные физические упражнения рекомендуются всем пациентам с ХСН I–IV ФК. Основным для выбора режима нагрузок является определение исходной толерантности к нагрузке при помощи 6-минутного теста: если по данным теста пациент проходит 100–150 м, для него показаны дыхательные упражнения и упражнения сидя. При результате теста 150–300 м пациенту рекомендован режим малых нагрузок (до 10 км/нед). Результат теста 300–600 м позволяет рекомендовать уровень нагрузок до 20 км/нед [6].

При назначении лекарственной терапии в пожилом и старческом возрасте следует придерживаться трех «золотых» правил: начинать лечение с невысоких доз препарата (F обычной дозы); медленно повышать дозировку; следить за возможным появлением побочного действия медикаментов [7].

Основой длительной медикаментозной терапии ХСН на сегодняшний день являются препараты, действие которых направлено на снижение нейрогуморальной активности ренин-ангиотензиновой, симпатoadреналовой систем, а также коррекцию гиперальдостеронизма: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы β -адренорецепторов и ингибиторы альдостерона. Существующая доказательная база свидетельствует о том, что назначение препаратов указанных классов способствует не только улучшению качества, но и увеличению продолжительности жизни пациентов с ХСН [8].

Благоприятный эффект ингибиторов АПФ при ХСН доказан в многочисленных многоцентровых широкомасштабных плацебо-контролируемых исследованиях (CONSENSUS I, SOLVD, а также SAVE, AIRE, TRACE и др.). В этих исследованиях выявлены не только хороший клинический эффект и влияние на гемодинамику и ремоделирование, но самое главное — значительное улучшение выживаемости больных, уменьшение потребности в повторных госпитализациях [9].

Не меньшую доказательную базу, обосновывающую необходимость назначения при ХСН, имеют блокаторы β -адренорецепторов.

В качестве доказательства рассматриваются результаты международных многоцентровых рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, охвативших в общей сложности более 10 000 пациентов — USCP, CIBIS-II, MERIT-HF, COPERNICUS, SENIORS и др. В них пока-

зано, что присоединение блокатора β -адренорецепторов к стандартному (обязательно включающему ингибиторы АПФ) лечению больных с клинически манифестированной ХСН и фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) $\leq 40\%$ и последующее осуществление такой схемы терапии в течение продолжительного времени сопровождается статистически достоверным снижением смертности на 34–65% и частоты госпитализаций на 20–30%. Такой значимый клинический эффект блокады β -адренорецепторов при ХСН вполне объясним, поскольку норадреналин является одним из наиболее агрессивных нейромодуляторов, повышение уровня которого с 600 до 900 пг/мл приводит к росту смертности от прогрессии ХСН на 40%.

На сегодняшний день для лечения больных с ХСН рекомендовано четыре представителя класса блокаторов β -адренорецепторов: бисопролол (CIBIS II, CIBIS III), карведилол (PRECISE, MOCHA, CAPRICORN, COPERNICUS), метопролол пролонгированного действия (MERIT-HF) и небиволол (SENIORS) [10].

Еще одним классом с доказанным позитивным влиянием на прогноз ХСН являются ингибиторы альдостерона. На сегодняшний день показано, что развивающийся при ХСН вследствие избыточного синтеза адренокортикотропного гормона вторичный гиперальдостеронизм играет важную роль в патогенезе сердечной недостаточности.

Для достижения диуретического эффекта больным с ХСН на сегодняшний день назначают преимущественно петлевые диуретики. При назначении мочегонных препаратов людям пожилого возраста необходимо учитывать ряд особенностей старческого организма: проявления клеточной дегидратации; перераспределение электролитов между клеткой и окружающей средой с тенденцией к гипокалиемии; своеобразии возрастной нейроэндокринной регуляции; возрастные особенности обмена воды и электролитов. Сокращение объема внутриклеточной жидкости, обусловленное приемом диуретиков, может приводить к гипергликемии, повышению вязкости крови, нарушению микроциркуляции. При этом возрастает угроза тромбоэмболических осложнений. При длительном применении диуретиков у больных старческого возраста с ХСН часто развивается рефрактерность к ним. Все сказанное предполагает применение диуретиков в низкой дозе, по возможности короткими курсами, с обязательным контролем и коррекцией электролитного

профиля и кислотноосновного состояния организма, соблюдением водно-солевого режима соответственно стадии ХСН.

Применение сердечных гликозидов у престарелых без клинически очерченных признаков сердечной недостаточности нецелесообразно. Это связано с высокой возможностью развития побочных явлений, отсутствием четких данных об эффективности препаратов и сведениями о том, что сердечные гликозиды у людей пожилого возраста могут даже повышать летальность. Поэтому сердечные гликозиды (дигоксин) в гериатрической практике назначают при ХСН только по строгим показаниям. Это тахикардическая форма мерцательной аритмии, трепетание предсердий или пароксизмы наджелудочковой тахикардии, а также невозможность достичь улучшения клинического состояния пациента без назначения гликозидов.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что лечение сердечной недостаточности у людей пожилого возраста является достаточно сложной клинической задачей, для успешного решения которой необходимо учитывать особенности физиологии и психологии пожилого человека, возрастные особенности фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, особенности межлекарственных взаимодействий в условиях старческого организма и целый ряд других моментов, знание которых позволит врачу успешно бороться за жизнь и здоровье своих пациентов пожилого возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Cheng J. W., Nayar M. A review of heart failure management in the elderly population // *Am J Geriatr Pharmacother.* 2009, Oct; 7 (5): p. 233–249.
2. Hodges P. Heart failure: epidemiologic update // *Crit Care Nurs Q.* 2009, Jan-Mar; 32 (1): p. 24–32.
3. Liao L., Allen L. A., Whellan D. J. Economic burden of heart failure in the elderly // *Pharmacoeconomics.* 2008; 26 (6): p. 447–462.
4. Стародубцев А.К., Архипов В.В., Белякова Г.А. и др. (2004) Терапия хронической сердечной недостаточности с позиций доказательной медицины. *Качеств. практика*, 2: 49–66.
5. Tendera M. (2005) Epidemiology, treatment, and guidelines for the treatment of heart failure in Europe. *Eur. Heart J.*, 7(Suppl. 1): J5–J9.
6. Jaarsma T., van Veldhuisen D.J. (2008) When, how and where should we «coach» patients with heart failure: the COACH results in perspective. *Eur. J. Heart Fail.*, 10(4): 331–333.
7. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Тарыкина Е.В. и др. (2005) Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого возраста: особенности этиопатогенеза и медикаментозного лечения. *Consilium Medicum*, 7(12): 23–26.
8. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. (2008) Лечение сердечной недостаточности в XXI веке: достижения, вопросы и уроки доказательной медицины. *Кардиология*, 48(2): 6–16.
9. McMurray J.J., Stewart S. (2002) The burden of heart failure. *Eur. Heart J.*, 4(Suppl D): D50–D58.
10. Lechat P., Packer M., Chalon S. et al. (1998) Clinical effects of beta-adrenergic blockade in chronic heart failure: a meta-analysis of double-blind, placebo-controlled, randomized trials. *Circulation*, 98(12): 1184–1191.

УДК 616.379-008.64-036:615.225

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНАКАНА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА****М.Г. ЖУМАДИНА, М.Н. РОГАЛЬСКАЯ**
Областной диагностический центр, г. Павлодар**Резюме**

Танакан, уменьшая выраженность оксидантного стресса, улучшает микроциркуляции, функции периферических нервов и сетчатки, приводя к значительному клиническому улучшению.

Түйін

Танакан, оксидантты стрессті азайта отырып, микроциркуляцияны, шеттік нервтердің функциясын мен көз торын жақсартады және түбегейлі клиникалық жазылуға әкеледі.

Summary

Tanakan, reducing the severity of oxidative stress, improves microcirculation and peripheral nerve function of the retina, leading to a significant clinical improvement.

В современных условиях сахарный диабет (СД) представляет глобальную проблему, так как согласно оценкам ВОЗ во всех странах мира независимо от уровня экономического развития наблюдается увеличение числа впервые возникшего СД обоих типов и его осложнений в виде поражения сосудов.

Основным патогенетическим фактором развития сосудистых осложнений при СД является хроническая гипергликемия, вследствие дефектов секреции инсулина, что приводит к метаболическим нарушениям с гиперпродукцией супероксида в митохондриях клеток. Нарушается равновесие между продукцией свободных радикалов и активностью антиоксидантных ферментов, которая при СД и так снижена. Нарушения белкового и углеводного обмена у больных СД приводят к изменениям сосудистой стенки. Избыток интерцеллюлярного сорбитола и фруктозы способствует повышению осмотического давления, развитию внутриклеточного отека, утолщению эндотелия капилляров и сужению их просвета, что приводит к микротромбированию. Поражаются капилляры сетчатки с потерей перicyтов, и нарушается ауторегуляция капиллярного кровотока, изменяется их базальная мембрана и развивается декомпенсация барьерной функции эндотелия капилляров, приводящая к их ломкости и проницаемости. Эндотелий ретинальных сосудов является главной структурой

в системе гемато-офтальмического барьера. Гемато-офтальмологический барьер на местном уровне поддерживает гемодиализацию в соответствии с потребностями нейронов сетчатки, регулирует активность тромбоцитов, предупреждает пристеночное отложение фибрина и образование внутрисосудистых тромбов.

Нарушение целостности и функции эндотелия ретинальных сосудов – важное звено в патогенезе ДР. При этом гибель части клеток сочетается с активной пролиферацией других, утолщением базальной мембраны и образованием микротромбов. Сосудистое русло сетчатки становится неравномерным. В нем сочетаются неперфузируемые зоны с участками расширенных капилляров и венозных сосудов. В зонах с повышенной перфузией крови создаются условия для расширения капилляров и вен, образования микроаневризм и нарушения гематоретинального барьера. По мере прогрессирования процесса возникают мелкие и крупные интратретинальные геморрагии, зоны капиллярной окклюзии и участки экссудата (непролиферативная стадия).

При СД нарушаются коагуляционные и гемореологические свойства крови во всех типах сосудов, чаще в венах, в сторону замедления кровообращения, сгущения и стаза крови и тромбообразования. Изменения в сетчатке чаще локализируются в парамакулярной и макулярной областях (препролиферативная стадия). Ишемия и гипоксия сетчатки способствуют выработке вазоп-

ролиферативного фактора и развитию неоваскуляризации (пролиферативная стадия).

На основании патогенетических механизмов ДР разработаны и внедряются различные способы лечения. В первых, строгий контроль гликемии, во вторых, адекватная коррекция углеводного обмена эндокринологом. По данным некоторых авторов, поддержание нормогликемии уменьшает вероятность развития ДР на 74% и возникновение ПДР на 47%.

Одним из эффективных, хотя и симптоматических методов лечения ДР, является ЛК сетчатки.

Для коррекции метаболических и гемодинамических нарушений применяют различные препараты (ангиопротекторы, антикоагулянты, антиоксиданты, метаболики, ретинопротекторы, ферментативные и сосудодукрепляющие).

Одним из хорошо зарекомендовавших себя препаратов для лечения диабета является танакан. Благодаря своим активным природным компонентам, танакан нормализует капиллярный кровоток, усиливает питание клеток сетчатки, ускоряет выведение продуктов их жизнедеятельности, защищает сетчатку от разрушения свободными радикалами, оказывает нейропротекторное действие.

Цель работы — отследить динамику заболевания на фоне приема танакана. Для анализа были отобраны 10 больных СД. Все пациенты получали антидиабетическую терапию, состояние углеводного обмена характеризовалось суб- и деком-

пенсацией. У всех наблюдалась ДР в разной степени пролиферативной стадии и у всех в анамнезе ЛК сетчатки. Острота зрения составляла 0,1-0,2-0,3. Отобранной группе пациентов дополнительно был назначен танакан внутрь по 40 мг 3 раза в день 2 мес. За период применения препарата не было зарегистрировано ни одного случая побочного действия.

После проведенного курса лечения пациенты отмечали улучшение общего состояния — уменьшились головные боли, нормализовался сон, повысилась концентрация внимания и память. Положительно то, что через 6 мес. показатели остроты зрения у данных пациентов не ухудшались, что свидетельствовало о стабилизации ДМ. При офтальмоскопии отмечается положительная динамика — уменьшился периваскулярный отек и отмечена тенденция к рассасыванию геморрагий.

Выводы: Длительные курсы лечения танаканом (до 2 месяцев) эффективны при сахарном диабете и диабетической ретинопатии, и положительный эффект после курса лечения Танаканом продолжается до 6 месяцев.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кацнельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза. — Медицина. - 1999- С.123-147.
2. Дедов И.И., Балаболкин М.И. Новые возможности компенсации микроциркуляции при сахарном диабете и профилактика его сосудистых осложнений - Медицина-2003.- С. 6-7.

*Инфекция ауруларының, ВИЧ/СПИД, туберкулездің,
маскүнемдік және нашақорлықтың алдын алу —
Профилактика инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа,
туберкулеза, алкоголизма и наркомании*

УДК 615.371:616-002.5+616.9-053.2/.4

**ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
И ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ**

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

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

Резюме

Применение вакцин позволило снизить, а в некоторых случаях - полностью ликвидировать ряд болезней, от которых ранее страдали и умирали десятки тысяч детей и взрослых. По результатам мульти кластерных исследований (МКИ) за 2012 год, охват прививками от туберкулеза составил 99,2%.

Summary

The use of vaccines has reduced, and in some cases - completely eliminate a number of diseases that had previously suffered and died, tens of thousands of children and adults. According to the results of studies of multi cluster (IPC) in 2012, the coverage of TB was 99.2%.

Одна из Целей Развития Тысячелетия предусматривает значительное снижение смертности среди детей в возрасте до 5 лет — на две трети с 1990 по 2015 гг. Вакцинация заняла ведущую роль в качестве механизма действий по достижению цели по снижению смертности среди детей в возрасте до пяти лет. Вакцинация поможет значительно снизить инвалидность и бремя болезней, предотвращаемых методами вакцинопрофилактики, и вносит вклад в улучшение здоровья детей и их благосостояние, а также снижение на снижение затрат, связанных с госпитализацией детей в случае развития заболевания. В Казахстане не наблюдается серьезных проблем с вакцинацией, хотя в настоящее время много негативной информации по прививкам в СМИ, в Интернете, не мало усилий для создания отрицательного отношения населения к прививкам создают различные религиозные течения. Применение вакцин позволило снизить, а в некоторых случаях - полностью ликвидировать ряд болезней, от которых ранее страдали и умирали десятки тысяч детей и взрослых. Плановая иммунизация против таких болезней как полиомиелит, столбняк, дифтерия, коклюш, корь и эпидемический паротит ежегодно спасает жизнь и здоровье примерно 3 млн. человек во всем мире.

Вакцинация — самый надежный способ защиты детей и всего населения от полиомиелита, кори, дифтерии, столбняка, коклюша, тяжелых форм туберкулеза, гепатита «Б», краснухи, эпидемического паротита, гемофильной инфекции и других заболеваний.

С помощью вакцинации на земном шаре в 1978 году ликвидирована натуральная оспа, которая опустошала целые селенья и города, а выжившие оставались с обезображенным лицом. В 2002 году в Европе ликвидирован полиомиелит, а к 2010 году планируется ликвидировать корь и краснуху. До единичных случаев доведена заболеваемость столбняком, дифтерией, коклюшем. В связи с этим, мы начали забывать, насколько тяжело протекали инфекции. Создалось обманчивое впечатление, что все благополучно, соответственно возник вопрос, а нужны ли нам вакцины и безопасны ли они. Мы должны помнить, что нельзя прерывать вакцинацию населения. Малейшие сбои в проведении прививок могут привести к накоплению восприимчивых к инфекции лиц и вызвать крупные вспышки. Такая вспышка произошла в Республике Казахстан в 1995 году, когда заболело дифтерией 1005 человек, из которых 66 умерло. Для купирования вспышки дифтерии в 1995-1996 годах в Респуб-

лике Казахстан была проведена массовая иммунизация населения в возрасте от 3 до 60 лет и привито около 10 млн. человек.

Казахстан является одной из стран СНГ, на территории, которой во всех областях доля охвата регулярной иммунизацией в соответствии с национальным календарем прививок поддерживается на высоком уровне, в среднем более 90% среди детей младше 1-го года (результаты МКИ за 2010 год) и более высокими показателями по результатам МКИ за 2012 год (охват прививками от туберкулеза 99,2%, от полиомиелита 81,3%, от дифтерии, коклюша и столбняка (АКДС) 93,0%, от кори, паротита и коклюша (КПК) 84,2%, охват прививками от гепатита 67,0%).

В динамике охват БЦЖ (против туберкулеза) увеличился с 97,6% до 99,0% в 2010 г, также увеличился охват АКДС с 91,7% до 93,0%. С сентября 2010 по май 2011 были проведены два дополнительных национальных программ иммуноферментного анализа детей до 14 лет и Национальных дня иммунизации для детей в возрасте до 6 лет. Однако, имеется необходимость более полного анализа и исследования по полноте охвата вакцинацией маргинализованных групп, на-

пример бедных семей, жителей отдаленных районов, внутренних и внешних эмигрантов, репатриантов из Монголии.

В настоящее время, в связи с большой внутренней и внешней миграцией населения, во всех областях и городах республики скопилось немалое количество семей, проживающих без прописки, в том числе на дачных участках, не имеющих постоянного места проживания и работы. Большинство из приезжающих не получают своевременно прививки. С одной стороны, это связано с неосведомленностью населения, где и когда получать прививки, с другой стороны - от отсутствия медицинского обслуживания на данном участке.

Каждая страна имеет свой утвержденный Календарь прививок и перечень инфекционных заболеваний, против которых прививается население. И чем богаче страна, тем шире этот перечень. Календарь прививок может подвергаться изменениям, дополнениям, в связи с эпидемической ситуацией и возникшей необходимостью. Родители детей должны помнить, что нельзя нарушать график прививок, и внимательно относиться к профилактике инфекционных заболеваний, в том числе и туберкулеза.

УДК 616-002.5:303.621.028(574.21)

ЗНАНИЯ О ТУБЕРКУЛЁЗЕ НАСЕЛЕНИЯ

К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА
ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

Резюме

Туберкулёз представляет серьезную угрозу здоровью населения во всем мире, в том числе и для Казахстана. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», указано, что необходимо снизить заболеваемость и смертность от туберкулеза к 2015 году на 10% (если в 2008 г 105,5 на 100 000 населения).

Summary

Tuberculosis is a serious public health threat in the world, including in Kazakhstan. In accordance with the state of the health care «Salamatty Kazakhstan», stated that it was necessary to reduce the morbidity and mortality rates in 2015 of 10% (in 2008, when 105.5 per 100 000 population).

Туберкулёз представляет серьезную угрозу здоровью населения во всем мире, в том числе и для Казахстана. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», рассчитанной на период с 2011-2015 годы указано, что необходимо снизить заболеваемость и смертность от туберкулеза к 2015 году на 10% (если в 2008 г 105,5 на 100 000 населения).

Задача 8 Цели в области развития, сформулированной в Декларации тысячелетия (ЦРДТ), состоит в том, чтобы остановить к 2015 году распространение туберкулёза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости.

Опасность туберкулеза для общества заключается в том, что получают распространение мультирезистентные формы этого заболевания, вызываемые штаммами, устойчивыми к большинству антитуберкулезных препаратов. Эти формы туберкулеза появляются в результате неадекватного и неполного лечения, а также при нерегулярном приеме больными назначенных лекарств.

Высокие темпы роста заболеваемости могут стать факторами ухудшения условий социально-экономического развития государства, что в свою очередь создает предпосылки для распространения туберкулёза.

Среди факторов, влияющих на заболеваемость туберкулёзом, наиболее важными являются немедицинские детерминанты, которые в значительной степени представлены факторами образа жизни населения, такими как бытовой и социально-экономический уровень жизни насе-

ния, кроме указанных факторов на заболеваемость туберкулезом влияют и окружающая среда и экологические факторы риска. Наиболее значимыми также являются объём государственных расходов на здравоохранение, обеспеченность фтизиатрическими кадрами и оснащённость лечебных учреждений необходимым диагностическим оборудованием и лекарственными препаратами. Значительно влияет на заболеваемость и течение туберкулеза также поведение пациента, то, как пациенты выполняют назначения врачей и проходят ли полный курс лечения противотуберкулезными препаратами.

В связи с тем, что борьба с туберкулёзом тесно связана с уровнем грамотности населения, его информированностью о симптомах, путях передачи туберкулёза и возможностях получения квалифицированной медицинской помощи, что способствует профилактике туберкулёза, своевременно обращению в медицинские учреждения и следованию предписаниям врачей нами проведен опрос пациентов противотуберкулезного диспансера г. Рудный.

Целью опроса являлось выяснение причин заболеваемости туберкулезом и распространенности устойчивых к противотуберкулезным лекарствам форм туберкулеза.

Методы исследования. Проведен анкетный опрос пациентов противотуберкулезного диспансера г. Рудный. В опросе участвовали 60 пациентов, получивших лечение в 2012 году.

Результаты опроса. Осведомленность о туберкулёзе опрошенных пациентов — высокая, и со-

ставила 99,4 процента, причем, она одинакова, как в городской, так и в сельской местности. 79 процентов женщин знают, что туберкулез может быть полностью излечен при правильно подобранном лечении. 83,2 процента опрошенных женщин отметили, что лечение туберкулеза должно быть госпитальным.

Почти все респонденты независимо от места проживания, уровня образования и благосостояния знают, что туберкулезом можно заразиться воздушно-капельным путем во время кашля.

Городские и сельские родители при подозрении на наличие туберкулеза у детей с одинаковой вероятностью обратятся в туберкулезный диспансер.

В больницу обратятся около 39 процентов родителей, проживающих в сельской местности, и 25,5 процента городских родителей. Вторые больше предпочли в качестве пункта обращения поликлинику (32 процента).

Почти 53 процента опрошенных женщин правильно назвали «кашель в течение более трех недель» как симптом туберкулеза и 58,5 процента

женщин отметили, что при наличии данного симптома они бы обратились к врачу.

Среди других симптомов заболевания почти 43 процента женщин отметили кровь с мокротой, 38 процентов – жар и 37 процентов – ночную потливость.

В целом, 12,5 процента респондентов болели сами или имеют членов семьи, страдающих туберкулезом, и часто контактируют с больными туберкулезом, вне семьи. Это отражает достаточно высокую распространенность заболевания в республике. При этом население довольно хорошо информировано о путях передачи и симптомах болезни.

Таким образом, население довольно хорошо информировано о путях передачи и симптомах болезни. Более высокая осведомленность *о правильном лечении туберкулеза* позволила бы улучшить систему обращаемости населения в лечебные учреждения на ранних этапах заболевания. Это способствовало бы повышению эффективности лечения, а также и улучшению профилактики туберкулеза, и снижению мультирезистентных форм туберкулеза.

УДК 616.98-084(574.52)

ЖАУАПТЫ ТӘРТІП – АИТВ/ЖИТС-НАН ҚОРҒАУ**О. Ж. АБДИКЕРИМОВА**

Жамбыл облыстық ЖИТС орталығы, Тараз қаласы

Резюме

В статье освещены и проанализированы о состоянии проблемы распространения ВИЧ/СПИД в Жамбылской области.

Основным понятием является вопросы проблем ВИЧ/СПИД, касательно, всех социальных секторов и секторы здравоохранения.

В статье учтены о принимаемых мерах по снижению уязвимости, защита прав человека, лечению и поддержка, обеспечение в частности, предотвращения как основная мера, уделение внимания больным с ВИЧ/СПИД.

Түйін

Бұл мақалада Қазақстан Республикасындағы және Жамбыл облысындағы АИТВ ЖИТС індетінің таралуына байланысты ақуал жағдайы, проблеманың қазіргі жай күйі талданды.

АИТВ/ЖИТС-тің таралу проблемасы денсаулық сақтау секторы мәселелерінің шеңберінен әлдеқайда кең және барлық әлеуметтік секторларға қатысты екенін түсіну негіз болып табылады.

Мақалада АИТВ бар адамдарға ден қоюдың негізгі шарасы ретінде алдын алу бөлігінде күтімді қамтамасыз ету, қолдау мен емдеудің, адам құқықтарын сақтау, осалдығын азайту жөніндегі шараларды іске асыру ескерілген.

Summary

The article highlights and analyzes on the state of the spread of HIV / AIDS in the Zhambyl region.

The basic concept is that the issues of HIV / AIDS on, all the social and health sectors.

The article included on primary measures to reduce vulnerability, human rights, treatment and support, ensuring in particular, prevention as the primary measure, attention to patients with HIV / AIDS.

Бүгінгі күні АИТВ-адамның иммун тапшылығының вирусы жұқпасы, дүние жүзіне кең таралған, жалпы бұл ауру тіркелмеген мемлекет жоқ. Дүние жүзілік тәжірибе көрсеткендей, адамның иммун тапшылығының вирусы төменгі таралу сатысы кезінде бұл індетті дұрыс бақылауға алмаса, келешекте үлкен мәселелерге айналады.

ЖИТС -жұқтырылған иммун тапшылығының синдромы індеті әлдеқайда кең тараған, оның неғұрлым жылдам таралуға мүмкіндігі зор. Өйткені оның әсерін көрсететін адамдар саны өсіп жатыр. Ең қайғылысы - індетпен балалардың зардап шегуі. Неғұрлым басым зақымданғандар Шығыс Европа, Орталық Азия елдерінде байқалады. Қазақстанда бірінші АИТВ жұқпасы 1987 жылы анықталған. Олар біздің мемлекетте оқып немесе жұмыс істеп жүрген шетел азаматтары еді. Қазіргі кезде АИТВ жұқпасы еліміздің барлық аумақтарында тіркелуде.

2012 жылдың 1 қазан айына айқындалған АИТВ жұқпасы туралы мәліметтер бойынша Қазақстан Республикасында АИТВ індетін жұқтырған 19330 адам тіркеуге алынған. Жам-

был облысы бойынша 702 адам. Тіркелгендердің басым көпшілігі Алматы қаласы, Павлодар, Оңтүстік Қазақстан, Қостанай, Қарағанды қалаларында. Мамандардың зерттеуі бойынша, Қазақстанда мыңнан астам ИЕК инъекциялық есірткі қабылдаушы және секс қызметкерлер бар. Соңғы жылдары жұқпаның көбеюі жыныс жолдары арқылы таралында.

Түсінік жұмыстары үздіксіз жүргізіліп келе жатқанына қарамастан, ел арасында иммун тапшылығы вирусы жұқпасына байланысты түрлі түсінбеушіліктер әлі де бар. Мәселен, жұрттың бойында иммун тапшылығы вирусы жұқпасы немесе оның белгісі бар адамдардан оба жұқтырғандай ат-тондарын ала қашатыны жасырын емес. Іс жүзінде АИТВ/ЖИТС ешқандай да індет емес. Оларды қоғамнан аластаудың, карантиндік шаралар ұйымдастырудың қажеті жоқ. Өйткені бұл ауру адамнан адамға ауа арқылы (жөтелгенде, түшкіргенде), су мен тамақ арқылы, тер немесе көз жасы арқылы, ыдыс-аяқ, төсек-орын, киім-кешек және аяқ киім арқылы берілмейді. Сондай-ақ құшақтасқанда, сүйіскенде, қол алысқан-

да, моншаға, бассейндерге түскенде, дәретханаға барғанда, жәндіктер шаққанда да берілмейтіні белгілі болып отыр.

АИТВ бірден пайда болмайды, оның алғашқы белгілері жұқтырғаннан кейін 3-6 ай өткен соң ғана білінеді. Бұған дейін адам өзін жақсы сезініп, аурудың белгісін байқамайды да. Біз өзіміздің және жақындарымызды осы дерттен қорғау үшін барлық шараларды жасауымыз қажет. Ал, қоғамның міндеті – АИТВ жұқтырған адамдарға толыққанды өмір сүруге жағдай жасау, оларға қатысты әр түрлі формадағы кемсітулерге жол бермеу.

Қолданылып жүрген түрлі зерттеулерге қарамастан ЖИТС емделмейтін аурулар қатарында. Сондықтан жұқпаны болдырмауға бағытталған барлық іс-шараның бұл аурудың алдын алуда маңызы зор. АИТВ-жұқтырған адамдар ауру адамға мүлде ұқсамайды, бастапқы кезде толық еңбекке жарамдылығын сақтайды. Бастысы, өздерін сау сезінгенімен олардың АИТВ-ны басқа адамға жұқтыру мүмкіндіктері бар. Бүгінгі таңдағы емдік терапия адам өмірін ұзартқанымен, ЖИТС - емделмейтін дерт. Қорғаныштың төмендеуіне қарай аурудың белгілері пайда болуы мүмкін: безгек, без торларының өсуі, тері қабатының зақымдануы, дәреттің бұзылуы, ұзақ жөтел, салмақтың азаюы, шаршау, қалжырау. Егер жыныстық жолдардан сұйықтық бөлініп, жыныс мүшелерінде жаралар пайда болып, іштің төменгі жағы ауырса міндетті түрде дәрігерге қаралып, тексеруден өту керек.

АИТВ-мен әрбір адам жұқпалана алады, бірақ мінез-құлықтары АИТВ-ны жұқтыруға икемдірек адамдарға жұқпалану екпіндірек болады. Адам АИТВ-мен жұқпаланды ма, жоқ па сыртқы пішінінен айыру мүмкін емес. Жұқпаның организмде бар-жоғын қанды зертханалық зерттеулерден өткізу арқылы ғана анықтауға болады. Бұл жұқпа ағзадағы белгілі биологиялық сұйықтықтарда, қынап ылғалында, ана сүтінде болады. Жұқпа басқа сұйықтықтарда да болуы мүмкін: кіші дәрет, көз жасы, сілекей, тер, бірақ олардың құрамында аз мөлшелерде болғандықтан жұқпалану дәрежесі төмен болады.

АИТВ-ны жұқтыру жағдайлары:

- Мүше қапсыз болған жыныстық қатынастар
- Жыныс жүйелерінің қабыну кездерінде АИТВ-ға жұқпалану қатерін ерекше ұлғайтатын жыныс жолдарымен берілетін аурулар – сөз, мерез.

- Есірткі инелерін бірігіп қолдану
- Есірткі сұйықтықтарын даярлаудың қауіпті жолдары

- Зарасызданбаған хирургиялық және инъекциялар құралдар, әр түрлі емдік дәрілерін жіберетін инелер, құлақ тесу, денеге тесу арқылы сурет салу.

АИТВ-мен жұқпаланған анадан балаға босану кезінде, ана сүтімен.

АИТВ үш жолмен беріледі:

- қан арқылы
- жыныс жолдарымен
- анадан балаға

Індеттен сақтану факторлары:

- Берік жанұялық байланыс
- Ата -аналар балалар өміріне тартылған жағдай

- Қоғамдық шараларға табысты қатысу
- Әлеуметтік институттармен тығыз байланыс (мектеп, дін, отбасы). Бұл індетті жұқтырған адамдарды қоғамнан аластауға ешқандай негіз жоқ.

Профилактиканың басты міндеті – ЖИТС тасымалдаушыларды анықтап, жұғу арнасын сенімді түрде жауып тастау. Осы мақсатта көптеген елдерде мынадай шаралар жүргізіліп жатыр: халықтың (тұрғындардың) кейбір топтарын сөзсіз және жоспарлы түрде лабораториялық тексеруден өткізу; донорлық қанды, сперманы, органдарды тексеру; гемофилиямен ауыратындарды, нашақорларды, гомосексуалистерді, жезөкшелерді тексеру; ауырғандарды арнайы ауруханаға жатқызу және емдеу; сенім телефондарын ұйымдастыру; ЖИТС-пен ауырғандарға консультация және көмек беретін комиссия жұмысын ұйымдастыру; диагностикалық орталықтар, кабинеттер ашу т.б. Тұрғындар арасында ЖИТС жөнінде санитариялық-ағарту жұмыстарын жүргізудің ерекше маңызы бар. Әркім аурудың қалай тарайтынын, одан қалай сақтану қажет екенін жетік білуі тиіс. Англияда осы бағытта жүргізілетін жұмыстарға мемлекет жылына 20 млн фунт стерлинг қаржы жұмсайды. Жалпы халықты, әсіресе балалар мен жастарды өнегелілікке, дұрыс жыныстық қатынас жасауға тәрбиелеу мәселесін жолға қоймайынша, ЖИТС-пен күресу мүмкін емес. Жеке бас профилактикасы қарапайым әрі денсаулық үшін ұтымды. Оларға мыналар жатады:

- салауатты, әдепті өмір сүру;
- кездейсоқ жыныстық қатынастан және гомосексуалист, жезөкшелермен жақындасудан сақ

болу (жыныстық партнер көп болған сайын ЖИТС жұқтыру қаупі арта түседі. Г.В.Сколубовичтің. (1989) айтуы бойынша, «Жыныстық тәртіпсіздік, нашақорлық және жезөкшелік – ЖИТС вирусын жұқтыру кепілі»);

- стерильденбеген немесе кездейсоқ біреудің шприцін, қайшысын, сақал алғышын және басқада құрал-жабдықтарын пайдаланбау;

- әсіресе терісі, шырышты қабаттары зақымданған жағдайда бөтен біреудің қанымен, бөлінділерімен жанасудан абай бол;

- презервативті дұрыс пайдалану (ол ЖИТС-тен қорғайды);

- қан құйғанда немесе донор қанынан дайындалған препараттар қабылданғанда олардың АИВ-ке тексерілгеніне көз жеткізу (ол үшін қолданылған қанның сериялық нөмерін жазып алыңыз);

- маникюр, педикюр жасайтын стерильдігіне көңіл аудару;

- ЖИТС вирусын жұқтырып алдым ау деген күмәнді жағдайда міндетті түрде дәрігерге көріну.

«ЖИТС (СПИД) ауруының алдын алу туралы» Қазақстан Республикасының заңында (1994) ЖИТС ауруымен күресу күрделі, кешенді мәселе деп танылған. Оны шешуге Денсаулық министрлігімен қатар басқа да министрліктер (Қаржы, Еңбек және әлеуметтің қорғау, Ішкі, Сыртқы істер т.б.) қатысады, олардың жұмысын ҚР Министрлер Кабинеті жанынан құрылған Үйлестіру кеңесі басқарады. Қазақстан Республикасында тұратын ұзақ мерзімге жұмыс атқаруға келген әрбір шет ел азаматы Қазақстан Республикасының «Халық денсаулығын сақтау туралы» заңына сәйкес ЖИТС вирусының жұққан-жұқпағандығын анықтау үшін медициналық куәләндіруден (тексерістен) өтуі тиіс. ЖИТС-пен ауырған не вирус тасымалдаушы шет ел азаматтары Республика аумағынан шығарылып жіберіледі, ал еліміздің азаматтары емделуге, кешендік тексерістерден өтуге міндетті. Оларды қызметтен, жұмыстан, бизнестен, заңға қайшы келмейтін іс-әрекеттің қай түрінен болмасын шеттеуге болмайды. Тек медицина, фармацевтика, тұрмыстық қызмет көрсету саласы қызметкерлері (мысалы, шаштаразшы т.б.) жұмысын ауыстыру қажет. Олар үшін ЖИТС-пен ауыру, вирус та-

сымалдаушы болып – кәсіби ауру болып табылады, сондықтан біраз жеңілдіктер жасау жайы қарастырылған.

ЖИТС вирусын тасымалдаушылар қан (басқа да органдар мен тканьдер) беретін донор бола алмайды. Әдейі және біле тұра басқа азаматтарға ЖИТС вирусын жұқтырушы, клиникалық, лабораториялық тексерілуден қашқақтаушы, өз жұмысын салақ атқару нәтижесінде ЖИТС вирусымен сау адамдардың зарарлануына себепкер болушы, нақты кісінің ЖИТС-пен ауыратындығын не оның вирусын тасымалдаушы екендігін рқұсатсыз жариялаушы азаматтар мен мамандар заңға сәйкес жауапқа тартылады. Қорыта айтқанда, әдепті өмір сүріп, отбасы бірлігі берік болса, арақ-шарап ішіп, наша тартудан, кездейсоқ жыныстық жақындасудан аулақ болса, әрбір адам өзін-өзі ЖИТС-тен қорғайды.

Тараз қаласындағы ЖИТС-ның алдын алу және оған қарсы күрес жүргізу орталығы 1989 жылы ашылған. Онда «Достық кабинеті», «Сенім» пункті және жылжымалы сенім пункті бар, сұрақтарыңыз болса, жасырын түрде қаныңызды тексергіңіз келсе, біздің мекен-жайымыз Тараз қаласы «Салтанат» ш-а №29а, телефон 7-71-39

ЖИТС орталығының жұмыс бір неше бағытта негізделген, оның ішінде ЖИТС індетінің алдын алу барысында халыққа жұғу жолдары жайлы, өз денсаулығына жауапкершілікпен қарап, салауатты өмір сүру жағынан мәліметтер беріп, санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізу. Халық арасындағы қауіпті топтар құрайтын нашақорлар, жезөкшелер мен гомосексуалдар ішінде түсіндіру жұмыстарын жүргізу және жұғу жолдарын ескерту үшін шприц немесе мүшеқап тарату. Осы қызметті атқаратын сенім пункті мен достық кабинеті бар. Бұл кабинеттерде анонимді тексерілініп, жыныстық қатынас арқылы жұғатын аурулардан ақысыз емделуге болады.

Халық денсаулығы- ел байлығы. Тек денсаулығы мықты, ақылды, дарынды жастары бар мемлекеттің болашағы зор.

Жыныстық қатынасқа жауапты қарап, есірткіге «жоқ» дейік. Бұл ауруға барлығымыз күш біріктіріп қана тосқауыл бола аламыз. Өз үлесінді қос!

УДК 616.98-084

ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫНАС ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІ ЖӘНЕ АИТВ**Д. С. ҚАРЫМСАҚОВА**Қызылорда облыстық ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі орталығы,
Қызылорда қаласы**Резюме**

Основной целью проведенного дозорного эпидемиологического надзора на ВИЧ инфекцию является изучения уровня распространенности ВИЧ, гепатита «С» и сифилиса среди работниц секса, оценка эффективности проводимых мероприятий по профилактике ВИЧ, провести анализ поведенческих факторов, приводящих к риску заражения ВИЧ. Несмотря на то, что в области эпидемиологическая обстановка по ВИЧ остается стабильной, инъекционные и половые поведенческие факторы работниц секса определяют необходимость совершенствования и качественного проведения профилактических мероприятий среди них.

Түйін

Жыныстық қатынас қызметкерлерінің арасында АИТВ жұқпасына жүргізілген шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жұмысының негізгі мақсаты – олардың арасында АИТВ-ның, мерездің, гепатит С-ның таралу деңгейін анықтау, АИТВ-ның алдын алу шараларының нәтижелілігіне баға беру, АИТВ-ны жұқтыру қаупін тудыратын мінез-құлық факторларына талдау жасау болып табылды. Облыста АИТВ жұқпасы індеттік ахуалының тұрақты болуына қарамастан, жыныстық қатынас қызметкерлерінің жыныстық және инъекциялық мінез-құлқы факторлары олардың арасында профилактикалық іс-шараларды одан әрі жетілдіру, сапалы жүргізу керектігін айқындайды.

Summary

The main goal out surveillance for HIV is the study of the prevalence of HIV, hepatitis “C” and syphilis among sex workers to assess the effectiveness of for HIV prevention, an analysis of behavioral factors lead to the risk of HIV infection. In spite of the fact that in region epidemiologic situation on HIV is stable, injecting and sexual behaviors of sex workers suggest the heed to develop and carry out preventive measures among them.

Елімізде АИТВ жұқпасының індеттік ахуалы күрделі күйде қалып, 2012 жылдың 1 қаңтарына 17763 адамға АИТВ жұқпасы диагнозы қойылып, 100 мың адамға шаққандағы көрсеткіш 86,4 құраса, Қызылорда облысында 67 адамнан АИТВ жұқпасы анықталып, аталмыш көрсеткіш 8,1-ді құрап, республикалық көрсеткіштен 10,6 есеге төмен болды. Өсу үрдісімен алғанда республика бойынша инъекциялық есірткі тұтыну арқылы таралу деңгейі 63,4 пайызды құраса, облыста 44,8 пайызды құрады, жыныстық қатынас арқылы таралу республикада 28,6 пайыз болса, облыста 44,8 пайыз.

Соңғы жылдары жыныстық қатынас арқылы таралу өсе түсуде, мысалы, 2011 жылы республикада жыныстық қатынас арқылы жұқтырғандар барлық АИТВ жұқтырғандардың 55,7 пайызын құраса, облыста 71,4 пайызын құрады. Жыныстық қатынас арқылы жұқтырудың көбеюі АИТВ жұқпасының әйелдер арасында, әсіресе жыныстық қызмет бизнесімен айналысатын әйелдер арасында кеңінен таралуына әкеліп соқты-

руда. Оған дәлел – 2011 жылы республикада әйелдер барлық АИТВ жұқтырғандардың 39,6 пайызын құраса, облыста 57,1 пайызын құрады. Жыныстық қатынас қызметкерлерінің республикадағы болжамды саны 20 мыңға жуық болса, облыста 350 [1].

Жыныстық қатынас қызметкерлерінің АИТВ індетінің дамуындағы рөліне баға беру мақсатында Қызылорда облысында 2005 жылдан бастап ЖҚК арасында шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жұмысы жүргізіліп келеді. ШӘҚ жұмысы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2005 жылғы 23 желтоқсандағы №634 «Қазақстан Республикасында АИТВ жұқпасына шолғыншы эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастыру және жүргізу туралы» бұйрығымен бекітілген типтік күнтізбелік жоспар мен әдістемелік ұсыныстарға сәйкес атқарылуда.

ШӘҚ жұмысының негізгі мақсаты - ЖҚК арасында АИТВ-ның, мерездің, гепатит С-ның таралу деңгейін анықтау, олардың арасында АИТВ-ның алдын алу бағдарламасын әзірлеу

және оның тиімділігіне баға беру үшін АИТВ-ны жұқтыру қаупін тудыратын мінез-құлық факторларына талдау жасау, АИТВ-ның алдын алу бағдарламасын пәрменді жүргізу үшін ұсыныстар енгізу [2,3,4].

Зерттеу материалы, әдісі:

ШЭҚ жұмысына соңғы 6 айда 1 рет болса да жыныстық қатынас

бизнесімен айналысқан жыныстық қатынас қызметкерлері іріктелді.

ШЭҚ жұмысына іріктеу екі сатыдан тұратын кластерлік әдіспен жасалынды:

- Кластерді іріктеу

- Кластер ішінде респонденттерді іріктеу.

Қызылорда қаласындағы

ЖКҚ санына және олардың арасында АИТВ жұқпасының таралу деңгейіне байланысты іріктеу мөлшері 90 ЖКҚ болып бекітілді [3].

Барлығы 53 сұрақтан тұратын анкета әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер, жыныстық және инъекциялық мінез-құлқы, АИТВ/ЖИТС бойынша ақпараттану деңгейі, профилактикалық бағдарламамен қамтылуы, ЖКҚ-н тестілеуден өтуі, ЖЖБИ симптомдары анықталған жағдайда медициналық көмекке жүгінуі, серологиялық көрсеткіш сияқты бөліктерді қамтыды [4].

Сауалнама және зертхана нәтижесі.

Әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштер

ШЭҚ жұмысына қатысушылардың ең жасы 18-де, ең көрісі 49-да болды, 72,2% 25 жастағылар мен одан жоғары жастағылар, 72%-н білімі орта немесе арнайы орта болды. 99% жұмыс істемейді немесе оқымайды, 93,3% некеде тұрмайды. Соңғы айдағы орташа табысы 45000 теңгені құрады.

Жыныстық мінез-құлық сипаттамасы

Жыныстық қатынас бизнесіндегі жұмыс өтілі:

- Ұзақтығы 6 айдан 18 жылға дейін

- Орташа 5,5 жыл

1 айдағы жыныстық серіктес саны - орташа 36, 1 аптадағы жыныстық қатынас саны – орташа 18. Мүшеқапқа қолжетімділік: анкета бойынша респонденттердің 100%-да мүшеқап болған. ЖКҚ-н 100% мүшеқапты аутич-қызметкерден, 59% «жеңгетайдан», 12% досымнан алдым деп жауап берген. ЖКҚ клиенттерін 92% жағдайда іс-сапармен келгендер, 82% вахтамен жұмыс істейтіндер, 60-80% жеке кәсіпкерлер, студенттер, полиция қызметкерлері құраған.

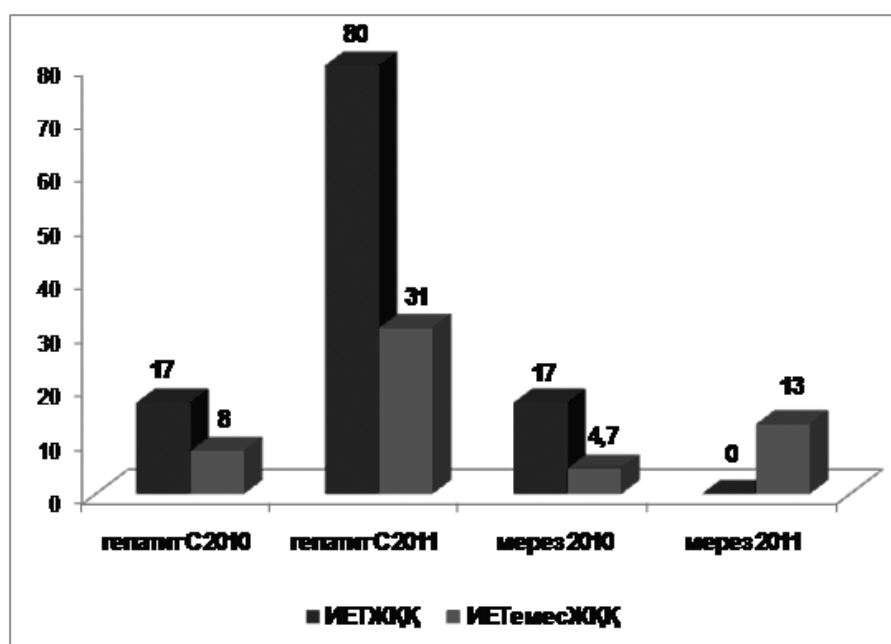
Соңғы коммерциялық жыныстық қатынас кезінде ЖКҚ-н 2010 жылы 78, 2011 жылы 76% ғана мүшеқап қолданған, яғни жыныстық қатынастың қауіпсіз ережесін ұстанған. Инъекциялық есірткі қолданатын ЖКҚ-н үлес салмағы екі жылда бірдей болып, 5,5-6,7%-ды құраса, инъекциялық есірткі тұтынудың қауіпсіз тәжірибесін қолданған ЖКҚ-н үлес салмағы 2010 жылмен салыстырғанда 7% (82%-н 89%-ға) артқан. Олардың 85% спирттік ішімдік қолданады. ЖКҚ-н АИТВ/ЖИТС жөніндегі ақпараттану деңгейі 2010 жылмен салыстырғанда 5,7 пайызға төмендеп бар болғаны 81 пайызды құраған. ШЭҚ нәтижесі бойынша ЖКҚ-н профилактикалық бағдарламамен қамтылу деңгейі 2011 жылы 75,6 пайызды құрап, 2010 жыл деңгейімен (93%) салыстырғанда 17 пайызға төмен болса, 63,2 пайызы өз еркімен тестілеуден өттім деп жауап берген, бұл көрсеткіш 2010 жылмен салыстырғанда 4 пайызға төмен. ЖКҚ-н 40 пайызы соңғы 6 айда ЖЖБИ симптомдары болды деп көрсетсе, оның 92 пайызы медициналық көмекке жүгінген және бұл көрсеткіш 2010 жылмен салыстырғанда 20 пайызға жоғары болған.

№ 1 кесте Мінез-құлық көрсеткіштері

№	Көрсеткіштер	2010 (%)	2011 (%)
1	ЖКҚ-н соңғы коммерциялық жыныстық қатынас кезінде мүшеқап қолдануы	78	76
2	Инъекциялық есірткі қолданатын ЖКҚ-н үлес салмағы	5,5	6,7
3	Инъекциялық есірткі тұтынудың қауіпсіз тәжірибесін қолданған ЖКҚ-н үлес салмағы	82	89
4	ЖКҚ-н алкогольдық ішімдік қолдануы	80	85
5	АИТВ/ЖИТС жөніндегі ақпараттану деңгейі	86,7	81
6	Профилактикалық бағдарламамен қамтылу деңгейі	93	75,6
7	Өз еркімен тестілеуден өту көрсеткіші	67	63,2
8	ЖЖБИ симптомдарының болуы	37,4	40
9	ЖЖБИ симптомдары болған ЖКҚ-н медициналық көмекке жүгінуі	72	92

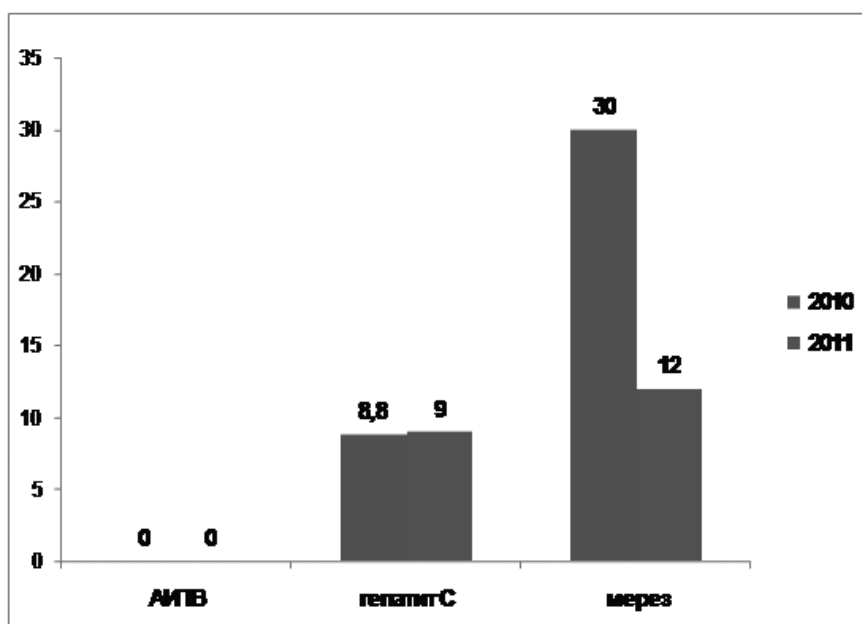
№ 2 кесте. Гепатит «С» мен мерездің ИЕТ ЖҚҚ мен ИЕТ емес ЖҚҚ арасында таралуы

	2010 %		2011 %	
	Гепатит С	Мерез	Гепатит С	Мерез
ИЕТ ЖҚҚ	17	17	80	0
ИЕТ емес ЖҚҚ	8	31	4,7	13



ИЕТ емес ЖҚҚ-ға карағанда ИЕТ ЖҚҚ-да гепатит С-ң таралу денгейі 2010 жылы 2,1, 2011 жылы 17 есеге көп.

Серологиялық көрсеткіштер



2010-2011 жылдары ЖҚК арасында АИТВ анықталған жоқ. Гепатит С-ның ЖҚК арасында таралу деңгейі 2010 жылы 8,8, 2011 жылы 9 пайызды құраса, мерездің таралу деңгейі 2010 жылы 30, 2011 жылы 12 пайыз болды.

Қорытынды:

1. АИТВ жұқпасының індеттік ахуалы облыста тұрақты күйде қалуда. 2010-2011 жылдары ШЭҚ нәтижесінде ЖҚК арасында АИТВ анықталмағанымен мерездің таралу деңгейі 12 пайыз болып жоғары деңгейде қалды, гепатит С-ның таралу деңгейі 9% құрады.

2. Респонденттердің 40%-да ЖЖБИ симптомдары байқалып, олардың 92% медициналық көмекке жүгінген.

3. ЖҚК-ң АИТВ/ЖИТС жөніндегі ақпараттану деңгейі 81%-ды құраса, 63,2% ғана өз еркімен тестілеуден өтіп, 75,6% ғана алдын алу бағдарламасымен қамтылған.

4. Облыста ЖҚК арасында инъекциялық есірткі және алкаголдық ішімдіктер қолдану, жыныстық қатынастың қауіпті ережесін ұстануы сияқты қауіпті мінез-құлық дағдылары қалыптасуда.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ҚЫСҚАРТУЛАР:

1. АИТВ – адамның иммунитет тапшылығының вирусы

2. ЖИТС – жұқтырылған иммунитет тапшылығының синдромы

3. ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

4. СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

5. ЖҚК – жыныстық қатынас қызметкерлері

6. ЖЖБИ – жыныстық жолмен берілетін инфекция

7. ИЕТ – инъекциялық есірткі тұтынушылар

8. ШЭҚ – шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау

9. ИЕТ ЖҚК - инъекциялық есірткі тұтынушы жыныстық қатынас қызметкерлері

10. ИЕТ емес ЖҚК - инъекциялық есірткі тұтынушы емес жыныстық қатынас қызметкерлері

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Сапарбеков М.К. монография ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты) . – Алматы, 2008.– Б. 131-140

2. ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 год в РК. – Б. 84-106

3. ЕВРАЗЭС, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии Региональный обучающий центр по эпидемиологическому надзору за ВИЧ инфекцией в Центральной Азии. Пособие: «Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией» г.Алматы, 2010.-Б. 113-132

4. Журнал «Круглый стол» №2, 2010 Россия, г. Москва.-Б. 23-27

УДК 616-001(075.32)

К ВОПРОСУ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Б. ОМАРҰЛЫ

ГККП Детская городская клиническая больница № 2, г. Алматы

Резюме

Детский травматизм является прогрессирующей социальной опасностью, угрожающей здоровью и жизни детей.

Түйін

Балалар жаракаты балалардың денсаулығы мен өміріне қауіп төндіретін үдемелі әлеуметтік қауіптілік болып табылады.

Summary

Children's traumatism is the progressing social danger menacing to health and life of children.

Среди комплекса мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и смертности детей, особую роль играет предупреждение несчастных случаев и травм, которые в последние годы стали одним из главных факторов, угрожающих жизни и здоровью детей. Травмы, несчастные случаи являются ведущей причиной смерти детей старше 3 лет. При этом от них погибает больше детей, чем от детских инфекций.

Травмы у детей не только вредно отражаются на здоровье, но и в ряде случаев заканчиваются инвалидностью. Некоторые из последствий травм, не представляющие серьезной опасности для здоровья ребенка (рубцовые контрактуры пальцев кисти, потеря фаланг), приводят затем к ограничению в выборе профессии. Несчастный случай с ребенком отрицательно сказывается и на здоровье, трудоспособности и морально-психологическом состоянии родителей.

Уровень детского травматизма достаточно высок, причем за последние годы в ряде городов отмечается положительной динамики этого показателя. На отдельных территориях наблюдаются выраженные колебания уровня детского травматизма, что связано не только с особенностями географического положения городов, архитектурным обликом населенных мест, различной насыщенностью железными, автомобильными доро-

гами, транспортными средствами, но и в значительной степени с состоянием и организацией профилактической работы по его снижению.

Анализ основных закономерностей травм и несчастных случаев у детей, факторов, способствующих их возникновению, социально-гигиенических и психологических характеристик детей, получивших травмы, позволил определить основные пути профилактики детской травмы предплечья и мероприятия в этой области:

- совершенствование планирования, организации и координации работы по снижению детского травматизма;
- проведение комплексных мероприятий по созданию травмобезопасной среды, окружающей ребенка;
- повышение санитарной грамотности населения и педагогического персонала, предполагающее ознакомление с такими вопросами, как состояние, причины, последствия травматизма у детей;
- усиление воспитательной работы среди детей.

Важную роль в предупреждении травмы предплечья у детского населения играет создание травмобезопасной среды, часто предполагает благоустройство улиц, дворов, детских площадок, спортивных залов, помещений, где находятся

дети; установку ограждений на строительных площадках и при проведении земляных работ. Важным условием создания травмобезопасной среды является дальнейшее уменьшение численности групп в детских дошкольных учреждениях и детей в классах.

Поэтому, создание травмобезопасной среды – задача многих организаций и ведомств (народного образования, жилищных управлений, управлений благоустройства), а также общественности.

Важное место при этом отводится санитарно-просветительной работе среди населения, повышению травматологической грамотности и настороженности родителей, педагогов и самих детей. Основными условиями успешного осуществления этой работы является систематичность и массовость.

Большое значение имеет ознакомление родителей с санитарно-гигиеническими аспектами этой проблемы. Буквально с первых дней жизни ребенка возникает вероятность получения им травмы, поэтому важно уже в роддоме, а затем в детских поликлиниках, дошкольных учреждениях и, наконец, школах, проводить целенаправленную работу по формированию травматологической настороженности у родителей. Необходимо усилить внимание к неблагополучным семьям не только по месту жительства, но и по месту работы родителей.

Формы и методы санитарно-просветительной работы должны быть дифференцированы с учетом групп населения, с которыми она проводится. Так, в лекциях и беседах, предназначенных для родителей, следует как можно шире использовать конкретные примеры травм у детей. Все эти факты должны быть взяты из повседневной жизни и характеризовать каждодневные ситуации, и только тогда обеспечивается такая глубина психологического воздействия на родителей, когда они начинают осознавать реальную опасность получения травм собственным ребенком, что побуждает их принимать действенные меры по предупреждению детского травматизма, созданию безопасных условий жизни и отдыха детей.

Содержание санитарно-просветительной работы с родителями должно зависеть от возраста детей и отражать особенности травматизма предплечья в различных возрастных группах, а также наиболее типичные ситуации, приводящие к травмам у детей разного возраста.

Профилактика детского травматизма предплечья должна включать проведение воспитательной работы с детьми, включая формирование у них как адекватных реакций в различных травмоопасных ситуациях, так и норм поведения в общественных местах, быту, улучшение физической подготовки. При этом следует добиваться активного усвоения детьми необходимых знаний и навыков, которые они должны уметь продемонстрировать.

Радио, телевидение, печать проводят активную санитарно-просветительную работу среди населения, однако ведущую роль здесь призваны сыграть детские поликлиники, дошкольные учреждения и школы при большой организационно-методической помощи домов санитарного просвещения.

В профилактике детского травматизма предплечья важное место должно быть уделено пропаганде здорового образа жизни семьи. Психологический климат в семье, наличие вредных привычек, формы проведения свободного времени, физическая активность и т. д. – все эти факторы играют огромную роль в формировании здоровья детей и во многом влияют на успех профилактической работы по снижению многих видов патологии детского возраста, в том числе и травматизма.

Итак, залогом успеха профилактики детского травматизма является привлечение к этой работе различных организаций и ведомств, ответственных за здоровье детей, общественности, повышение роли и активности родителей и предупреждении травм у детей, пропаганда здорового образа жизни, физической культуры и спорта.

Таким образом, используя мировой опыт и многочисленные современные достижения в области профилактики травматизма предплечья детей, благодаря усилиям и пропагандистской деятельности специалистов в области здравоохранения и других заинтересованных лиц, в Казахстане возможно осуществление вышеуказанных мероприятий, которые позволят эффективными мерами стабилизировать обстановку по травматизму предплечья детского возраста и снизить его уровень.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ерекешов А.А. Актуальные вопросы детского травматизма //Клиническая медицина : межвуз. Сб. стран СНГ. – Великий Новгород, 2000. Т.6. – С.555-558

УДК 616 – 001: 617.576: 616 – 089

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТРАВМАМИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Б. ОМАРҰЛЫ

ГККП Детская городская клиническая больница № 2, г. Алматы

Резюме

До настоящего времени продолжает нарастать детский травматизм, в числе которого травма предплечья является опасной для детского организма

Түйін

Бүгінгі уақытқа дейін балалар жаракаты өсуде, оның ішінде білек жаракаттары бала ағзасы үшін өте қауіпті.

Summary

So far children's traumatism among which the injury of a forearm is dangerous to a children's organism continues to increase.

В настоящее время выявлено увеличение количество детей с травмами костей предплечья как в сельских регионах, так в городах республике. Основной причиной увеличения травмы в данной локализации возникает при дорожно-транспортных происшествиях.

Течение данной травмы характеризуется тяжелыми переломами и вывихами костей предплечья, переломы костей предплечья представляют разнообразную и достаточно сложную группу повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют от 7,1 до 11,4% от всех переломов костей конечностей.

При этом в определении показаний и противопоказаний к консервативному и оперативному лечению, методикам остеосинтеза при лечении различных видов переломов, кроме того, количество осложнений остается высоким [1].

Отмечено, что консервативное лечение при переломах костей предплечья у детей используется в 90% случаев. Однако неудовлетворительные результаты составляют при этом от 7 до 67%. К основным причинам неблагоприятных исходов консервативного лечения относят вторичные смещения отломков, встречающиеся в 14,8-58,3% случаев и неправильные сращения, наблюдающиеся у 42 ? 57% больных.

Вместе с тем и при оперативном лечении неудовлетворительные результаты составляют от 8,7 до 42%, что обусловлено инфекционными осложнениями, а также псевдартрозами, рефрактурами, синостозами костей предплечья.

Значительное число неудовлетворительных исходов консервативного и оперативного лечения диафизарных переломов костей предплечья у детей, противоречивость мнений травматологов-ортопедов по вопросам выбора методов и способов их лечения обосновывают необходимость продолжения исследований по этой теме для улучшения результатов лечения этих повреждений.

Повышение качества диагностики и эффективности лечения детей с травмой сегодня остается одной из актуальных проблем практического здравоохранения. Это обусловлено тем, что до настоящего времени продолжает нарастать детский травматизм, в числе которого травма предплечья является опасной для детского организма.

Нами проведено исследование детей с травмами различной локализации в травматологическом отделении ГДКБ №1 г. Алматы.

Анализ результатов выявил, что в 2010 году среди поступивших детей, наибольший удельный вес составили сочетанные переломы диафиза локтевой и лучевой кости – 39,3%.

Следом, с небольшим отрывом были переломы диафиза локтевой или лучевой кости – 36,4%. От общего числа травм, переломы костей предплечья у детей составили 18,9%. Прочие травмы составили 5,4%.

Установлено, что в 2011 году из общего числа травм среди детского населения первое ранговое место занимали травмы с сочетанными переломами диафиза локтевой и лучевой костей –

38,5%, на втором месте находились травмы с переломами диафиза локтевой или лучевой кости – 37,0%, на третьем – переломы костей предплечья – 19,8% и последнее – прочие травмы – 4,6%.

Сравнительный анализ показал, что в 2011 году по сравнению с 2010 годом, показатель темпа прироста увеличился среди травм костей предплечья – на 11,5%, переломов диафиза локтевой или лучевой кости – на 7,8%, сочетанных переломов локтевой и лучевой костей – на 4,2%. При этом с прочими травмами детей поступивших в травматологическое отделение снизилась – на 10,0%.

Результаты дальнейшего исследования показали, что в 2009 году из общего числа травм у детей, как и прежде, первое ранговое место занимали травмы с сочетанными переломами диафиза локтевой и лучевой костей – 46,7%, второе – травмы с переломами диафиза локтевой или лучевой кости – 43,50%, третье – переломы костей предплечья – 6,1% и четвертое – прочие травмы – 3,7%.

Показатель темпа прироста выявил увеличение числа травм в 2010 году среди травм с сочетанными переломами локтевого и лучевого костей – на 14,6% и переломов диафиза локтевой или лучевой кости – на 11,1%. Снижение отмечено среди травм детей костей предплечья – на 71,0% и прочими травмами – на 25,0%.

Снижение числа детей с травмами костей предплечья и прочими травмами связана с тем, что исходя из необходимости улучшения экстренной хирургической помощи, проведена масштабная децентрализация экстренной травматологической помощи населению, была проведена реорганизация районирования по трем основным многопрофильным больницам, находящиеся в трех различных точках большого мегаполиса.

Показатель числа травм у детей костей предплечья по возрасту в травматологическом отделении ГДКБ №1 г. Алматы в динамике показало, что в 2010-2011 годы наибольший удельный вес приходился на возраст от 10 до 14 лет, соответственно 44,6% и 45,2%, затем дети в возрастной категории от 5 до 10 лет, соответственно 34,5% и 36,8% и дети от 0 до 5 лет, соответственно 20,9% и 18,1%.

Показатель темпа прироста в 2009 году по отношению к 2008 году увеличился в возрасте от 5

до 10 лет – на 18,8%, у детей в возрасте от 10 до 14 лет – на 12,9%. И, только у лиц в возрасте от 0 до 5 лет число травм предплечья, напротив, уменьшился – на 3,6%.

В 2010 году первые два ранговые места поделили лица в возрасте от 5 до 10 лет и лица в возрасте от 10 до 14 лет – по 35,6%. Детей в возрасте от 0 до 5 лет с данной травмой было 28,9%.

При этом, сравнительный анализ выявил снижение в 2011 году травм у детей с данной патологией у детей всех возрастов: у лиц в возрасте от 0 до 5 лет – на 53,6%, от 5 до 10 лет – на 71,9% и от 10 до 14 лет – на 77,1%.

На следующем этапе было проведено выкопировка данных детей поступивших с травмой предплечья в травматологическое отделение ГДКБ №1 по прикрепленному организации здравоохранения.

Наибольшее число поступивших детей составили с прикрепленной городской детской поликлиники №4 – 20,8%, городской детской поликлиники №8 – 12,5% и городской детской поликлиники №10 – 10,4%.

Далее идут городская детская поликлиника №11 – 8,3% и городские детские поликлиники №3 и 17 – по 6,3%. Остальные поступившие дети с травмой предплечья по другим детским территориальным поликлиникам и регионов республики составили по 4,2%.

Таким образом, исследование детей с травмами различной локализации показало, что среди поступивших детей, наибольший удельный вес составляют сочетанные переломы диафиза локтевой и лучевой кости (от 39,3% до 46,7%), переломы диафиза локтевой или лучевой кости (от 36,4% до 43,5%), переломы костей предплечья (от 18,9% до 6,1) и прочие травмы (от 5,4% до 3,7%). При этом, среди показателя числа травм детей предплечья наибольший удельный вес приходился на возраст от 10 до 14 лет с прикрепленной ГДП №4 (20,8%), ГДП №8 (12,5%) и ГДП №10 (10,4%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Батпенов Н.Д., Цой Г.В., Джаксыбекова Г.К. Современное состояние травматизма в Республике Казахстан // Травматология және ортопедия. – Астана, 2003. – № 1(3). – С.66-67.

УДК 617.713-001.1/.2:615.225

ПРИМЕНЕНИЯ ИРИФРИНА В ЛЕЧЕНИИ КОМПЬЮТЕРНОГО ЗРИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА

И.Е. ПУСОВСКАЯ

ТОО «Казсервисбыт», г. Астана

Резюме

В статье показана эффективность инстилляций 2,5% Ирифрина в лечении компьютерного зрительного синдрома, в возрастной группе 17-19 лет. При этом наблюдается повышение зрительных функций глаза, улучшается общее самочувствие.

Түйін

Бұл мақалда көздің компьютерлік синдромі 17-19 жас тобында емдеуде 2,5% ирифриннің қолдануы тиімді екені көрсетілген. Бұл препаратты қолданғанда көздің функциялары көтеріледі, көңіл күйлері жақсарды.

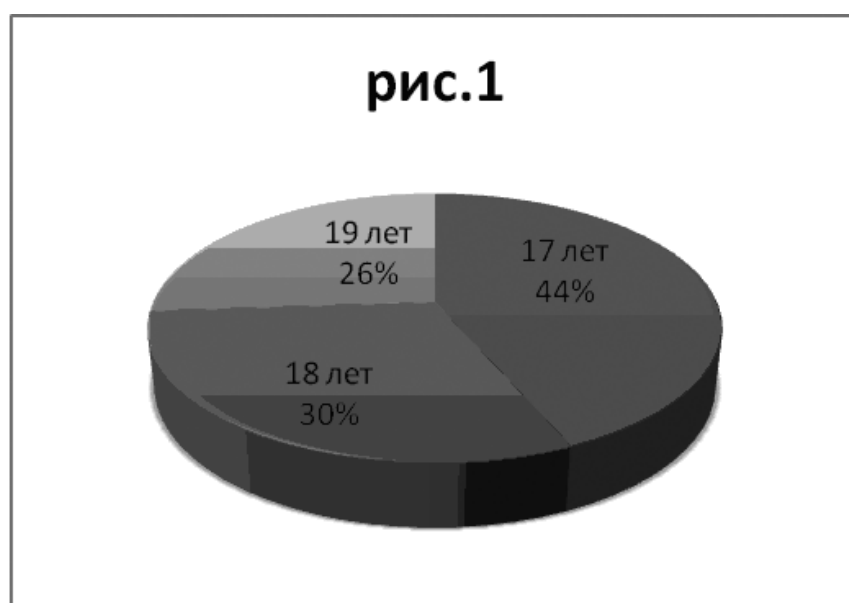
Summary

In article shows the efficiency of 2.5% Irifrina instillation in the treatment of computer visual syndrome, in the age group 17-19 years. In this case, there is an increase of the visual functions of the eye, improves overall health.

В связи с широкой компьютеризацией количество пользователей персональных компьютеров в 2015г по данным зарубежных исследователей превысит 1 млрд человек. Компьютерный зрительный синдром возникает при длительной работе с компьютером и зависит от времени непрерывной работы за экраном монитора. Глазные симптомы возникают у 20-60% пользователей компьютером. У 60% жалобы появляются через 4 часа непрерывной работы, практически у всех через 6 часов.

Цель исследования: оценить результаты лечения с компьютерным зрительным синдромом.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилась возрастная группа от 17 до 19 лет (46 человек) в период летних каникул с жалобами на ухудшение зрения вдаль. При подготовке к экзаменам за ПК проводили ежедневно от 5 до 8 часов. По возрасту, группа распределилась следующим образом:



Нозология	Основная группа				Контрольная группа			
	Острота зрения				Острота зрения			
	Без коррекции		С коррекцией		Без коррекции		С Коррекцией	
	до	После	До	После	До	После	До	После
Спазм аккомодации	0,38±0,07	0,77±0,05	0,88±0,05	0,97±0,03	0,38±0,05	0,7±0,03	0,87±0,03	0,92±0,03
Миопия слабой степени	0,23±0,06	0,6±0,05	0,72±0,08	0,93±0,05	0,25±0,03	0,5±0,05	0,7±0,03	0,8±0,05
Миопия средней степени	0,12±0,03	0,3±0,05	0,78±0,02	0,85±0,08	0,13±0,05	0,25±0,05	0,71±0,04	0,82±0,03

Наиболее подвержены возникновению компьютерного зрительного синдрома группа 17 летних 44%, 18-19 летние распределились практически одинаково (разница 4%).

Офтальмологическое обследование включало определение остроты зрения без коррекции и с коррекцией, исследование запаса аккомодации, скиаскопию, авторефрактометрию, офтальмоскопию, биомикроскопию. Пациенты были разделены на 2 группы: основная и контрольная. В схему лечения обеих групп входили:

- 1) оптимальная очковая коррекция для близи и дали.
- 2) ограничение пользования ПК до 1 часа в день, 20 секундный перерыв каждые 20 минут работы.
- 3) гимнастика для глаз по Аветисову.
- 4) массаж воротниковой зоны №10.
- 5) поливитамины ВитрумВижн (1 таблетка 2 раза в день, 1 месяц).
- 6) при возникновении сухости глаз капать капли Офтолик.
- 7) эндоназальный электрофорез со спазмолитиками (НО-ШПА) №7.

В основной группе получали ежедневные инстилляциии 2,5% ирифрина по 1 капле за 30 ми-

нут до сна в течение одного месяца. В контрольной группе инстилляциии не получали. Состояние остроты зрения в динамике в наблюдаемых группах можно проследить по таблице 1.

Анализируя таблицу можно отметить, что со спазмом аккомодации острота зрения в основной группе улучшилась в 2 раза, в контрольной в 1,7 раз. При миопии слабой степени в основной группе острота зрения улучшилась в 2,6 раза, а в контрольной в 2 раза. При миопии средней степени острота зрения в основной группе улучшилась в 2,5 раза, а в контрольной группе в 1,9 раза.

Выводы: Применение 2,5% Ирифрина в комплексном лечении компьютерного синдрома в возрастной группе 17-19 лет, способствуют улучшению остроты зрения в среднем 2,3 раза. Применение препарата способствуют улучшению зрительных функций глаза и стабилизации прогрессирования миопии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Близорукость. Под редакцией А.Ж. Аубакировой, Г.К. Тожанбаевой, А.С. Тулетовой, А.О. Байырхановой-Алматы 2010 г.
2. Офтальмологический журнал Казахстана №2-3 2011г. Стр№ 63-68.
3. Аветисов Э.С. Близорукость- М,1999г. 286 с.

УДК 618.3-06:616.61-002.3

ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ**А.Н. АЙГЫРБАЕВА**

ГККП «Центр первичной медико-санитарной помощи «Кулагер» УЗ РК, г. Алматы

Резюме

Инфекции мочевыводящих путей являются частыми заболеваниями у беременных, как в амбулаторной практике, так и стационаре. Лечение гестационного пиелонефрита у беременных женщин лучше проводить в условиях стационара. Беременные женщины с острым или хроническим пиелонефритом нуждаются в наблюдении и своевременном лечении.

Түйін

Жүкті әйелдер арасында несеп жолдарының қабынуы амбулаторлық және стационарлық жағдайда жиі кездеседі. Гестационды пиелонефритпен ауыратын жүкті әйелдерді стационарда емдеу қажет. Пиелонефритпен ауыратын жүкті әйелдерді қадағалау және өз уақтылы емдеу қажет.

Summary

Urinary tract infections are common diseases in pregnant women, as in outpatient facilities and hospitals. Treatment of gestational pyelonephritis in pregnant women is best done in a hospital. Pregnant women with acute or chronic pyelonephritis need to be watched and timely treatment.

Инфекции мочевыводящих путей являются частыми заболеваниями у беременных при снижении иммунного статуса, как в амбулаторной практике, так и стационаре. Частота заболеваний пиелонефритом в период беременности «гестационный пиелонефрит» достигает 10%, при этом у половины беременных он выявляется впервые; реже после родов (у каждой третьей). Появление микроорганизмов в моче без клинических симптомов наблюдается у каждой пятой беременной; острый цистит – у 3 % беременных женщин.

Острый «гестационный пиелонефрит» впервые возникший во время беременности, оказывает менее выраженное неблагоприятное влияние на течение беременности. При длительном течении хронического пиелонефрита не редко наблюдается не вынашивание беременности, чаще на 16-24 неделе (в 6% случаев), у таких женщин отмечаются и преждевременные роды (25%).

Беременные с острым или хроническим пиелонефритом нуждаются в наблюдении и своевременном лечении.

Причины развития пиелонефрита:

1) инфекционные очаги в организме (воспалительные заболевания в урогенитальной системе, кариозные зубы, фурункулы и др.)

2) Нарушение уродинамики верхних мочевыводящих путей беременной женщины.

Пути проникновения микроорганизмов (энтеробактерии (кишечная палочка, клебсиелла, протей), энтерококки, L-формы микроорганизмов) в почки: через кровь и лимфу из очага воспаления или уриногенитальным путем из ниже расположенных отделов (влагалища, уретры, мочевого пузыря, мочеточника), при нарушении уродинамики мочеполовых путей.

Пиелонефрит беременных может протекать в острой или хронической форме.

Для острого гнойного пиелонефрита у беременных характерны симптомы: озноб на фоне высокой температуры, вялость и адинамия, сильная головная боль, ломота в мышцах, тошнота, иногда рвота, учащение дыхания и пульса, усиленное потоотделение и последующее снижение температуры вплоть до нормальных цифр. Выраженная болезненность в поясничной области, на стороне пораженной почки, отдающая в верхнюю часть живота, пах, промежность, бедро. Характерно усиление боли в ночное время, в положении лежа на спине или на стороне противоположной больной почки, при кашле и глубоком вдохе.

Хронический гестационный пиелонефрит протекает бессимптомно или с тянущими, тупыми болями в поясничной области, усиливающимися при движении или физических нагрузках.

Головная боль, повышенная общая слабость и утомляемость.

У многих пациенток отмечается прогрессирующая гипертензия (15-20%), а также азотемия, которая приобретает злокачественный характер.

В зависимости от этого у беременных женщин выделяют три степени риска:

1. степень риска – не осложненный пиелонефрит, возникший во время беременности;

2. степень риска – хронический пиелонефрит, возникший еще до беременности;

3. степень риска – хронический пиелонефрит с гипертензией или азотемией, пиелонефрит единственной почки, вынашивание беременности не рекомендуют.

Для диагностики пиелонефрита у беременных используют клиническое наблюдение, лабораторные, ультразвуковые и эндоскопические исследования, рентгенологические методы диагностики не применяются.

В анализах мочи характерны следующие изменения: умеренная протеинурия (менее 1 г/л), лейкоцитурия (наличие в моче повышенного со-

держания лейкоцитов), микрогематурия (эритроциты в моче), проводят посев мочи с определением возбудителя инфекции и его чувствительность к антибиотикам.

В крови: повышение лейкоцитов, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево за счет увеличения палочкоядерных форм и гипохромной анемии.

Лечение гестационного пиелонефрита у беременных лучше проводить в условиях стационара, так как могут возникнуть осложнения угрожающие жизни матери и ребенка. Нелеченный пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на беременность и состояние плода.

Общие рекомендации:

1. Постельный режим (принятие колено-локтевого положения 2-3 раза в день, продолжительностью 5 мин, положение в постели на противоположной стороне больной почки).

2. Диета облегчающая работу кишечника (свекла, чернослив, витаминизированные отвары черной смородины, шиповника, клюквы). При появлении отеков следует отказаться от обильного введения жидкости.

УДК 616.379-008.64-06:617.715-002-035:615.225

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАНАКАН ПРИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ**Н.А. КАУМЕТОВА**

КГКП «Поликлиника № 1», г. Павлодар

Резюме

Танакан, уменьшая выраженность оксидантного стресса, улучшает микроциркуляцию, функции периферических нервов и сетчатки, приводя к значительному клиническому улучшению.

Tүйін

Танакан, оксидантты стрессті азайта отырып, микроциркуляцияны, шеттік нервтердің функциясын мен көз торын жақсартады және түбегейлі клиникалық жазылуға әкеледі.

Summary

Tanakan, reducing the severity of oxidative stress, improves microcirculation and peripheral nerve function of the retina, leading to a significant clinical improvement.

Сахарный диабет является одним из самых распространённых эндокринных заболеваний. Помимо высокой распространённости СД является частой причиной инвалидности и летальности, что обусловлено его сосудистыми осложнениями, клиническими проявлениями которых являются нефропатия, инфаркт миокарда, гангрена нижних конечностей.

Диабетическая ретинопатия (ДР) является самым грозным осложнением СД и частой причиной слепоты. Тенденция к постоянному росту заболеваемости СД, изменение возрастной структуры диабета — его омоложение, неизбежно влечет за собой увеличение числа больных с диабетической ретинопатией. К моменту установления СД около 5% пациентов имеют признаки ретинопатии, через 10 лет от начала заболевания патологические изменения глазного дна отмечаются у 40-40%, а на фоне 20-летней длительности диабета различные проявления ДР обнаруживаются у 90% пациентов. В развитии диабетической ретинопатии принимают участие многие факторы, в том числе метаболические, генетические, гормональные, гемореологические, гипоксические, приводящие к повреждению стенок сосудов, нарушению сосудистой проницаемости, плазморрагиям. По современным представлениям, сахарный диабет приводит к истощению клеточной антиоксидантной системы и увеличению в плазме, мембранах и клетках уровня свободных радикалов — к оксидантному стрессу, что расширяет возможности лечения препаратами, имеющими высокую антиоксидантную активность.

Танакан — стандартизированный экстракт из натурального сырья. Доказано, что Танакан обладает выраженной активностью в отношении свободных радикалов. Как антиоксидант предохраняет сетчатку от функционального и морфологического поражения, вызванного перекисным окислением липидов. Действие Танакана обусловлено характером его влияния на процессы обмена веществ в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию, а также вазомоторные реакции кровеносных сосудов. Танакан улучшает мозговое кровообращение, обладает вазорегулирующим действием, препятствует агрегации эритроцитов, уменьшает проницаемость сосудистой стенки.

Цель

Возможности Танакана уменьшать выраженность оксидантного стресса, улучшать микроциркуляцию и нормализовать функциональное состояние сетчатки у больных сахарным диабетом.

Методы

Наблюдались 32 больных сахарным диабетом II типа, 12 мужчин и 20 женщин в возрасте от 45 до 65 лет, длительность СД от 3 до 20 лет. В процессе лечения Танаканом больные продолжали получать сахароснижающую терапию. Пациенты получали Танакан в дозе 120 мг в сутки 2 месяца. Обследование пациентов на выраженность ДР включало определение остроты зрения, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, периметрию, УЗИ глаз, оптическую когерентную томографию, циклоскопию. Оф-

тальмоскопическая картина глазного дна представлена расширенностью и извитостью вен, наличием интратетинальных геморрагии и экссудатов, новообразованных сосудов, пролиферативной тканью в случаях пролиферативной ДР.

Результаты

К концу лечения отмечалось частичное рассасывание интратетинальных кровоизлияний, исчезновение мелких экссудатов, уменьшение отека сетчатки. Всего у 66% больных наблюдалась положительная динамика. При осмотре через 6 месяцев у всех больных сохранялись отмеченные при приеме Танакана положительные сдвиги. Прием Танакана не вызвал отрицательных побочных эффектов ни у одного больного.

Выводы: Танакан, уменьшая выраженность оксидантного стресса, улучшает микроциркуляцию, функции периферических нервов и сетчатки, приводя к значительному клиническому улучшению. Учитывая практическое отсутствие побочных эффектов, не вызывает сомнения, что Танакан является препаратом выбора для лечения больных СД II типа с поздними осложнениями.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кацнельсон Л.А., Форофонова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаз. Медицина, 1990 г.
2. Салтыков Б.Б., Пауков В.С. Диабетическая микроангиопатия М., Медицина, 2002 г.
3. Ефимов А.С. Диабетические ангиопатии. М., 1989 г.

УДК 617.713-002:615.281.9

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКА ЦИПРОМЕД В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ РОГОВИЦЫ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Н.А. КАУМЕТОВА

КГКП Поликлиника, № 1 г. Павлодар

Резюме

Эффективность Ципромед в лечении глазных инфекций связана, в частности, с его хорошей проникающей способностью в биологические жидкости, обусловленной свойством липофильности.

Түйін

Ципромедтің көз инфекцияларын емдеудегі тиімділігі липофильдік қасиетімен шартталған биологиялық сұйықтардың жақсы енетін қабілеттілігімен байланысты.

Summary

Tsipromed effectiveness in the treatment of eye infections linked, in particular, with its good penetration into biological fluids, from the nature of lipophilicity.

Одной из частых причин обращения больных к офтальмологу являются воспалительные заболевания роговицы. Среди многообразия клинических форм заболеваний роговицы часто встречаются кератиты травматического и бактериального происхождения, в лечении которых применяются антибактериальные препараты. Наблюдения показывают, что заболевания роговицы являются важной проблемой в работе офтальмологов, так как, не смотря на большое количество антибактериальных, противовоспалительных препаратов, очень

часто ведут к снижению зрения. Препарат ципромед (ципрофлоксацина гидрохлорид) применяется в виде 0,3% раствора глазных капель. Широкий спектр антибактериальной активности ципромед позволяет его применение как в отношении грамотрицательных, так и грамположительных микроорганизмов. Под воздействием ципромед нарушается биосинтез ДНК бактерий, прекращается рост и деление и происходит их гибель. Ципромед оказывает действие на микроорганизмы, как в период роста, так и в период покоя.

Препарат Ципромед применяется при инфекционно-воспалительных заболеваниях глаз (острый и подострый конъюнктивит, блефарит, блефароконъюнктивит, кератит, кератоконъюнктивит, бактериальная язва роговицы, хронический дакриоцистит, мейбомит (ячмень), при инфекционных поражениях глаз после травм или попадания инородных тел), с целью пред- и послеоперационной профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии.

Режим применения Ципромед при лёгкой и умеренно тяжелой инфекции: закапывают по 1-2 капли в конъюнктивальный мешок пораженного глаза каждые 4 ч., при тяжелой инфекции - по 2 капли каждый час. После улучшения состояния дозу и частоту инсталляций уменьшают. При бактериальной язве роговицы Ципромед применяют по 1 капле каждые 15 минут в течение 6 ч., затем по 1 капле каждые 30 минут в часы бодрствования; на 2 день - по 1 капле каждый час в часы бодрствования; с 3 по 14 день - по 1 капле каждые 4 ч. в часы бодрствования. Если после 14 дней терапии не произошла эпителизация, лечение можно продолжить.

Для профилактики инфекции и спокойного течения послеоперационного периода после хирургических вмешательств Ципромед назначают 4-8 раз в сутки на весь срок послеоперационного периода, обычно от 5 дней до 1 месяца.

Ципрофлоксацин оказывает антибактериальное действие при концентрациях от 0,001 до 2 мг/мл. Эффективное время действия Ципромед в конъюнктиве - от 15 мин до 2 часов, в роговице - от 10 мин до 6 часов, во влаге передней камеры - от 10 мин до 4 часов.

Эффективность Ципромед в лечении глазных инфекций связана, в частности, с его хорошей проникающей способностью в биологические жидкости, обусловленной свойством липофильности.

Цель работы

Изучение клинической эффективности антибактериального препарата Ципромед в комплексном лечении воспалительных заболеваний роговицы.

Материал и метод

Под нашим наблюдением находилось 24 больных с воспалительными заболеваниями роговицы в возрасте от 17 до 52 лет. Больные были разделены на 2 группы:

Больные с острыми бактериальными кератоконъюнктивитами (19 глаз).

Больные с посттравматическими кератитами (5 глаз).

Всем больным при обращении проводилась биомикроскопия, бактериологическое исследование конъюнктивальной полости с определением чувствительности к антибактериальным препаратам.

Эффективность Ципромед оценивалась по эпителизации, уменьшению язвенного дефекта, инфильтрации и функциональным результатам (острота зрения при первичном и последующих обращениях). В зависимости от тяжести воспаления ципромед назначили в виде инсталляции от 4 до 8 раз в день. Курс лечения от 7 до 14 дней.

Результаты

У больных первой группы 68% улучшилась клиническая картина на первой неделе: уменьшились жалобы на боли, светобоязнь, рези в глазах. При осмотре через 3 дня прошла эпителизация роговицы, уменьшение инфильтрата. А при осмотрах на 7-10 день воспалительные явления роговицы купировались. Во второй группе применение препарата дало эффект через 3 дня. Уменьшение язвенного дефекта, инфильтрации происходили к 10 дню. Зрительные функции восстановились до 0,5 и выше у всех пациентов, при отсутствии предыдущего снижения зрения до воспаления. Побочные действия в виде рези, жжения наблюдались у трех больных, аллергических реакций не было.

Выводы:

Наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности препарата Ципромед в антибактериальной терапии воспалительных заболеваний роговицы в сочетании с другими методами лечения.

УДК 617.713-001.1/.2:615.457.1

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ОФТОЛИК ПРИ КОМПЬЮТЕРНОМ ЗРИТЕЛЬНОМ СИНДРОМЕ

Н.А. КАУМЕТОВА

КГКП «Поликлиника № 1», г. Павлодар

Резюме

Проведенные исследования показали, что применение глазных капель Офтолик при болезни сухого глаза (компьютерный зрительный синдром) дает более выраженный и стабильный терапевтический эффект, лучше переносится пациентами, чем препараты сравнения – Слеза натуральная и Офтагель.

Түйін

Өткізілген зерттеулер көз тамшысы Офтоликті қолдану Табиғи жас және Офтагельге караганда компьютерлік көру синдромы ауруы кезінде тұрақты терапевтикалық эффект және емделушілердің препаратты жақсы көтеретіндігін көрсетті.

Summary

Studies have shown that the use of eye drops Oftolik dry eye disease (computer eye syndrome) gives a more pronounced and stable therapeutic effect, it is better tolerated by patients than comparators - Tears natural and Oftagel.

В современном мире жизнь без компьютера невозможна. Компьютер крайне необходим, но работа за компьютером далеко не безопасна для зрения человека. Повсеместная компьютеризация приводит порой к перенапряжению органа зрения и ухудшению самочувствия и работоспособности. В последние годы в отечественной и зарубежной литературе все чаще случается упоминание компьютерного синдрома. Компьютерный синдром - это комплекс глазных и зрительных расстройств, связанных с работой за компьютером. Зрительный компьютерный синдром возникает в результате воздействия на прероговичную слезную пленку, а также эпителий роговицы и конъюнктивы таких факторов, как кондиционированный воздух, электромагнитное излучение от работающих мониторных и компьютерных систем по понятным причинам этот синдром, клинические проявления которого зачастую существенно снижают работоспособность, встречаются у людей определенных профессий (операторы различного профиля). В основе патогенеза данного синдрома лежит изолированное снижение стабильности прероговичной слезной пленки на фоне нормальных показателей слезопродукции. Клиническая картина складывается из обильной субъективной симптоматики и скудных объективных проявлений. В частности таких пациентов беспокоит чувство «песка» в глазах, покраснение глаз, кажущиеся изменения цветов, избы-

точная цветовая чувствительность, слезотечение, двоение в глазах, головные боли, «сухость» глаз, жжение, напряжение глаз, боли в области глазниц, лба, затуманивание зрения, зрительное утомление. Если вы длительное время проводите за экраном монитора и обнаружили у себя даже два из нижеперечисленных симптомов можно говорить о компьютерном зрительном синдроме (при исключении других причин возникновения данных симптомов). Вся это симптоматика обычно усиливается к концу рабочего дня. Объективные данные глазного компьютерного синдрома крайне скудны и не выходят за рамки косвенных микропризнаков легкого роговично-конъюнктивного ксероза. Зрительный компьютерный синдром относится к симптоматическому типу сухих кератоконъюнктивитов. Синдромальный ксероз развивается в результате нарушения секретной функции слезных и слизистых желез на почве системных заболеваний, таких как красная волчанка, ревматоидный артрит, склеродермия, узелковый периартериит, кератиты вирусной этиологии, несахарный диабет. Пациенты с синдромальным роговично-конъюнктивным ксерозом должны получать базовое лечение у специалистов соответствующего профиля. Курация же больных с симптомами зрительного компьютерного синдрома возлагается на офтальмолога. В нашем случае мы рассматриваем возможность применения препарата искусственной слезы «Оф-

толик». Офтолик — это водный раствор гидрофильных полимеров с включениями различных консервантов и неорганических солей для придания препарату требуемых значений pH и осмолярности. Используя капли «Офтолик» мы увлажняем глаза, стимулируем слезопродукцию, создаем условия для сокращения оттока из глаз слезной жидкости, уменьшение испаряемости слезы. Для достижения желаемого эффекта, «Офтолик» инстиллируется до 6 раз в сутки.

Материал исследования составили результаты лечения 46 больных с компьютерным зрительным синдромом. Снижение субъективных симптомов заболевания отличились уже через 15 минут после закапывания. Уже на третий день лечения препаратом «Офтолик» заметно умень-

шилась сухость глаз, прошли рези, жжение, в некоторых случаях покраснение глаза. Инсталляция препарата «Офтолик» повышает стабильность слезной пленки. Информативными критериями эффективности являются показатели субъективного дискомфорта и объективных симптомов. Со стороны функциональных параметров отмечалось статически достоверное повышение индекса слезного мениска и стабильности слезной пленки, начиная уже с третьего дня терапии. При этом на протяжении последующих дней наблюдения и лечения, рассматриваемые параметры находились на стабильно высоком уровне.

Препарат «Офтолик» оказался эффективным в лечении больных со зрительным компьютерным синдромом.

УДК 618.3-06:616.441

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИНЫ

Б.Ш. ОТАРШИЕВА

Областная больница, г. Тараз

Резюме

В статье описаны аспекты влияния патологии щитовидной железы на репродуктивное здоровье женщин, а также принципы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы во время беременности.

Түйін

Мақалада әйелдердің репродуктивті денсаулығына қалқанша бездің патологияларының ықпалы, жүктілік кезінде қалқанша без ауруларын емдеу және баламалау принциптері қарастырылған.

Summary

The article describes aspects of the influence of thyroid gland on the reproductive health of women, as well as the principles and treatment of thyroid diseases during pregnancy.

Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) является самой частой эндокринной патологией, при этом их отличает большая распространенность среди женщин, манифестацией в молодом, репродуктивном возрасте и развитие у пациентов тяжелых осложнений при отсутствии квалифицированной медицинской помощи.

Важнейшей функцией тиреоидных гормонов является обеспечение развития большинства органов и систем на протяжении всего эмбриоге-

неза, начиная с первых недель беременности. В связи с этим любые нарушения функции ЩЖ несут риск нарушения развития нервной и других систем плода.

Современные представления о влиянии патологии ЩЖ на репродуктивное здоровье.

Во время беременности происходит изменение функционирования ЩЖ.

1. Беременность является мощным фактором, стимулирующим ЩЖ, что при определенных

условиях может приобретать патологическое значение.

2. Для нормального развития плода, прежде всего на ранних этапах эмбриогенеза, необходим нормальный уровень тиреоидных гормонов.

3. Принципы диагностики и лечения заболеваний ЩЖ у беременных существенно отличаются от стандартных лечебно-диагностических подходов.

4. Как гипотиреоз, так и тиреотоксикоз могут обусловить снижение фертильности у женщин и являются фактором риска нарушений развития плода.

5. Беременность может развиваться как на фоне гипотиреоза, так и тиреотоксикоза.

6. Показания для прерывания беременности у женщин с нарушением функции ЩЖ ограничены.

7. Показания для оперативного лечения патологии ЩЖ во время беременности ограничены.

Тиреоидные гормоны необходимы для нормального функционирования и развития практически всех органов и систем организма. Уровень их продукции определяется физиологическими потребностями и регулируется тиреотропным гормоном (ТТГ) гипофиза. Изменение функционирования ЩЖ у женщин происходит уже с первых недель беременности, и на нее воздействует множество факторов, большая часть которых прямо или косвенно стимулирует ЩЖ женщин. Преимущественно это происходит в первой половине беременности, т. е. в тот период, когда у плода еще не функционирует своя ЩЖ, а весь эмбриогенез обеспечивается тиреоидными гормонами матери. В целом продукция тиреоидных гормонов во время беременности в норме увеличивается на 30-50%.

Диагностика заболевания ЩЖ во время беременности.

Принципы диагностики заболеваний ЩЖ во время беременности отличаются от общепринятых.

1. Как правило, необходимо определение уровня ТТГ и FT4.

2. Уровни общих Т4 и Т3 в норме всегда превышены (примерно в 1,5 раза); их определение во время беременности неинформативно.

3. Приемлемым уровнем ТТГ во время беременности является 0,4-2,5 мЕд/л.

4. Уровень ТТГ в первой половине беременности в норме понижен у 20-30% женщин.

5. Уровень FT4 в первом триместре несколько повышен примерно у 2% беременных и у 10% женщин с подавленным ТТГ.

6. На поздних сроках беременности в норме часто определяется сниженный уровень FT4 при нормальном уровне ТТГ.

Среда антител к ЩЖ для диагностики аутоиммунного тиреодита (АИТ) целесообразно исследование одного только уровня антител тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО). Среди беременных женщин АТ-ТПО являются не менее чем на 10% случаев. Носительство АТ-ТПО распространенный феномен, но не всегда имеющий патологическое значение.

Йод дефицитными заболеваниями обозначаются все патологические состояния, развивающиеся в популяции вследствие йодного дефицита, которые могут быть предотвращены при нормализации потребления йода.

Физиологическая гиперстимуляция ЩЖ беременной в условиях йодного дефицита оказывается мощным зобогенным фактором.

Объем ЩЖ у новорожденных, матери которых на протяжении беременности получали недостаточное количество йода, существенно выше, чем в норме.

Носительство АТ-ТПО не является противопоказанием к индивидуальной йодной профилактики.

Основным условием для планировании беременности является надежное поддержание эутиреоза.

Принципы лечения эутиреоидного зоба во время беременности существенно не отличаются от стандартных подходов.

Можно использовать три варианта терапии:

1. Монотерапии препаратами йода.

2. Монотерапия препаратами L-т4.

3. Комбинированная терапия препаратами йода и L-т4.

Под субклиническим гипотиреозом понимают изолированное повышение уровня ТТГ при нормальном уровне FT4, под манифестным гипотиреозом-сочетание повышения уровня ТТГ и снижения уровня FT4.

Компенсированный гипотиреоз по современным представлениям не является противопоказанием для планирования женщиной беременности.

Адекватной компенсации гипотиреоза во время беременности соответствует поддержание уровня ТТГ не менее 2,5 мЕд/л.

Аутоиммунный тиреодит (АИТ) является основной причиной спонтанного гипотиреоза. Основным ориентиром для принятия решения о назначении заместительной терапии левотироксин

ном во время беременности является уровень ТТГ: лечение противопоказано, когда у носительницы АТ-ТПО превышает 2,5 мЕд/л.

Тиреотоксикоз во время беременности развивается относительно редко, его распространенность составляет 1-2 случая на 1000 беременностей. Тиреотоксикоз в меньшей степени, чем гипотиреоз, приводит к снижению фертильности у женщин.

По современным представлениям, выявление у беременной женщины тиреотоксикоза не является показанием для прерывания беременности.

Препаратом выбора для лечения тиреотоксикоза у беременных является пропилтиоурацил (ПТУ) в дозе около 200 мг в день на 4 приема.

Послеродовой тиреоидит (ПТ) является разновидностью АИТ и представляет собой транзиторную дисфункцию ЩЖ в послеродовом периоде.

Для классического варианта ПТ характерно развитие транзиторного тиреотоксикоза, как правило, через 8-14 недель после родов, за которым следует гипотиреоидная фаза (в среднем на 19-й неделе), а через 6-8 месяцев восстановление эутиреоза.

Распространенность узловых образований ЩЖ среди беременных женщин составляет около 4%;

Единственным показанием для оперативного лечения при выявлении у беременной узлового образования ЩЖ является обнаружение рака щитовидной железы. Наиболее оптимальным сроком проведения операции является 2-й триместр беременности.

Беременность без отлагательств (при отсутствии других противопоказаний) может планироваться у женщин:

1. С компенсированным первичным гипотиреозом, развившимся в исходе АИТ или хирургического лечения неопухолевых заболеваний ЩЖ.

2. С различными формами эутиреоидного коллоидного в разной степени пролиферирующего зоба (узловой, многоузловой, смешанный), когда отсутствуют прямые показания для оперативного лечения (компрессионный синдром).

3. УК женщин с носительством антител к ЩЖ при отсутствии нарушения ее функции.

Выводы:

1. Патология ЩЖ во время беременности несет определенный риск нарушения развития плода, но при соблюдении определенных условий она не может рассматриваться как противопоказание к планированию беременности.

2. Прерывание беременности при выявлении практически любой патологии ЩЖ в настоящее время не показано.

3. При выявлении любой патологии щ/ж во время беременности категорически противопоказано психологическое воздействие на женщину, сопровождающееся высказываниями прогнозов в отношении развития ее будущего ребенка.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В./ Эндокринология (изд.2-е), М. «Гэотар-Медиа». 2007 г.

2. Фадеев В.В, Перминова С.Г., Назаренко Т.А., Корнеева И.Е., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. «Заболевания щитовидной железы и репродуктивная функция женщины».

УДК 616.441-07

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Б.К. СЕЙТМАМБЕТОВА

Областной консультативно-диагностический центр, г. Кызылорда

В диагностике заболеваний щитовидной железы (щ.ж.) широко применяются многочисленные лабораторные методы, которые можно разделить на следующие группы.

1. Определение концентрации тиреоидных гормонов в сыворотке крови: общего и свободного тироксина, общего и свободного трийодтиронина, тироксинсвязывающих белков.

2. Определение функциональной активности щитовидной железы: исследование поглощения радиоактивного йода щитовидной железой, проба со стимуляцией ТТГ, проба с тиролиберином, проба с угнетением трийодтиронином.

3. Пробы отражающие периферическое действие тиреоидных гормонов, исследование основного обмена, содержание липидов в сыворотке крови, содержание креатинфосфокиназы в сыворотке крови, определение содержания цАМФ в сыворотке крови в ответ на введение глюкагона.

4. Определение антител к различным компонентам щитовидной железы:

Первым этапом лабораторной диагностики функции щ.ж. является тиреоглобулину, тиреопероксидазе.

5. Определение анатомической и гистологической структуры щитовидной железы: сканирование щ.ж. с помощью радиоактивного йода, ультразвуковое исследование щ.ж., обзорная рентгенография области щ.ж. контрастная ангиография и лимфография, биопсия щитовидной железы.

Наиболее важными применениями лабораторных анализов являются:

1. Подтверждение клинического диагноза заболеваний щ.ж.

2. Наблюдение за пациентами с заболеваниями щ.ж. после лечения.

3. Выбор хирургического удаления тех узлов, которые могут быть злокачественными.

Определение уровня ТТГ и свободного T_4 . При низком уровне ТТГ и нормальном уровне свободного T_4 определяют количество свободного T_3 .

Дополнительно к определению уровня гормонов щ.ж., для исключения аутоиммунной патологии, необходимо определять антитела к ти-

реоглобулину и антитела к тиреоидной пероксидазе.

В диагностических целях рекомендуют исследовать эти маркеры в комплексе ат-ТТГ+ат ТПО.

Радиоиммунологические методы определения ТТГ в сыворотке крови за последние годы претерпели большие изменения. Так, нижняя чувствительность стандартного радиоиммунологического метода определения ТТГ в сыворотке крови составляло 1-2 мкЕД/мл; у методов 2-ой генерации (иммунорадиометрического метода IRMA) -0,1-0,4 мкЕД/мл, тогда как у методов 3-й генерации (иммуннохемилюминиметрический метод-ICMA)-0,005-0,05 мкЕД/мл.

С помощью последнего метода можно диагностировать передозировку приема L-тироксина или степень угнетения функции щ.ж. у больных, страдающих раком щ.ж.

Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) в норме по данным разных лабораторий 0,4-4,0 мМЕ/л.

В последние годы считается, что оптимальный уровень ТТГ в крови не должен превышать 2 мМЕ/л.

Некоторые авторы определяют такой уровень ТТГ как конечную цель лечения.

Если уровень ТТГ превышает 10 мМЕ/л, это свидетельствует о явном первичном гипотиреозе и в дальнейших гормональных исследованиях необходимости как правило нет.

Если уровень ТТГ оказывается в диапазоне между 4 и 10 мМЕ/л, необходимо исследовать уровень T_4 .

При нормальном уровне T_4 речь идет о субклиническом гипотиреозе, а при сниженном уровне T_4 -о манифестном первичном гипотиреозе.

В исследовании уровня T_3 при подозрении на гипотиреоз необходимости нет, можно увидеть нормальный уровень T_3 .

При гипотиреозе: в крови отмечается нормохромная анемия, лейкопения с относительным лимфоцитозом, повышение СОЭ.

Обычно выявляются гиперхолестеринемия как результат снижения метаболизма и выделение с желчью холестерина, повышение уровня

креатининкиназы. (наиболее постоянный показатель мышечной патологии).

Часто обнаруживаются гипоальбуминемия и гиперглобулинемия (за счет γ и альфа-глобулинов). Эти изменения возникают вследствие понижения синтеза и катаболизма белка. Содержание сахара в крови на нижней границе нормы. В ряде случаев в крови отмечается высокий титр аутоантител к тиреоглобулину или микросомным фракциям щ.ж.

Концентрация в крови T_4 и T_3 снижена. Уровень ТТГ при первичном гипотиреозе повышен, что используется при скрининге новорожденных на врожденный гипотиреоз. При вторичном и третичном гипотиреозе концентрация ТТГ в крови снижена.

Диагноз первичного врожденного гипотиреоза подтверждают сниженной концентрацией T_4 (<120 нмоль/л) и повышенным уровнем ТТГ (> 20 мМЕ/л). У большинства новорожденных с персистирующими нарушениями функции щ.ж значение ТТГ превышает 50 мМЕ/л.

При подозрении на тиреотоксикоз является также определения уровня ТТГ. Если ТТГ снижен, а уровень T_4 находится в пределах нормы, это свидетельствует о субклиническом тиреотоксикозе, сниженного уровня ТТГ при повышенной концентрации T_4 о манифестном тиреотоксикозе.

При выраженных формах **диффузно-токсического зоба** могут наблюдаться лейкопения, относительная и абсолютная нейтропения, лимфоцитоз и моноцитоз, склонность к тромбоцитопении. При тяжелых формах заболевания СОЭ повышена.

Может развиваться гипохромная анемия.

Свертываемость крови часто замедлена, вязкость ее понижена.

Наблюдается гипохолестеринемия, являющаяся результатом активации распада холестерина тиреоидными гормонами и усиленного выделения его с желчью в неизменном виде. Часто выявляются гипоальбуминемия как показатель нарушения белково-образовательной функции печени, относительное увеличение гамма-глобулинов, снижение коэффициента а/г.

В ряде случаев наблюдается гипергликемия, понижение толерантности к глюкозе и развитие сахарного диабета.

Нередко отмечают снижение содержания в крови протромбина.

При декомпенсации заболевания уровень ТТГ

не изменен или снижен, а уровень T_3 и T_4 значительно повышен. В крови определяются тиреостимулирующие антитела. Нередко повышен титр антител к тиреоглобулину, микросомальной фракции щитовидной железы.

При достижении эутиреоидного состояния концентрация ТТГ, T_3 и T_4 в крови нормализуется, а тиреостимулирующие антитела исчезают.

Наличие тиреостимулирующих антител в крови в период ремиссии указывает на возможный рецидив заболевания.

В клинической практике для диагностики **аутоиммунного тиреоидита** широко используют методы определения различных типов антител к субстратам щ.ж.

Ранее наиболее широко использовался метод определения антител к микросомальным антигенам. Однако в последнее время из-за достаточно низкой специфичности этот тест был заменен на более современный — определения уровня антител к ТПО.

При аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы желательнее определять одновременно а-ТПО и антитела к тиреоглобулину в сыворотке крови высокочувствительным методом РИА.

Одновременное определение обоих видов аутоантител значительно повышают диагностическую ценность метода. Отсутствие АТ-ТГ или АТ к ТПО (особенно при однократном определении) не исключает аутоиммунное заболевание щ.ж.

Значение титров этих антител следует оценивать только в комплексе с данными других методов исследования щ.ж.

Антитела к рецепторам ТТГ. Радиорецепторный метод не дает сведений о функции антител, однако, обеспечивает большую точность результатов. С помощью высокочувствительного рецепторного метода выявляют у 80-100 % больных диффузным токсическим зобом. Определение этих аутоантител может быть использовано для дифференциальной диагностики тиреотоксикоза аутоиммунного и иного происхождения, а также уточнения причины и формы первичного гипотиреоза, в том числе и врожденного.

Определение повышенных значений а-ТПО у женщин во время первых месяцев беременности является фактором риска тиреоидита в послеродовом периоде.

Антитела к ТПО присутствуют в крови 5 % здоровых мужчин и 10 % здоровых женщин в возрасте до 50 лет.

При аутоиммунном тиреоидите в крови —лим-

фоцитоз, моноцитоз, лейкопения. Уровни тиреоидных гормонов меняются в начале аутоиммунного токсического зоба, уровни T_3 и T_4 повышены в стадии гипертиреоза, тиреотропин в пределах нормы.

В крови чаще при атрофической форме заболевания определяются антитела к тиреоглобулину или микросомальной фракции, при гипертрофической форме отмечается более высокий уровень иммуноглобулинов классов М и G.

При атрофической форме заболевания в крови высокий уровень ТТГ и низкий T_4 и T_3 . В ряде случаев при АИТ уровень T_3 в крови может быть нормальным, что поддерживает эутиреоидное состояние больных.

В иммунограмме выявляется повышение количества и активности Т-хелперов и В-лимфоцитов, снижение количества и активности Т-супрессоров, возрастание уровня иммуноглобулинов.

УДК 617.71-002:615.281

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОМБИНИЛ-ДУО В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

А.Т. ШАКАРОВА

КГКП «поликлиника № 2», г. Павлодар

Резюме

В статье приводятся данные лечения Комбинил-дуо 42 пациентов с кератоконъюнктивитами различной этиологии. Показана высокая эффективность данного препарата.

Түйін

Мақалада әртүрлі этиологиялы керато конъюнктивитпен (көздің мөлдір қабығы мен конъюнктиваның қатар қабынуы) ауыратын 42 емделушіні Комбинил-дуо препаратымен емдеудің мәліметтері жазылған.

Summary

In the article the data treatment combinations duo 42 patients with kerato conjunctivitis different etiologies. The high efficiency of the drug.

Частые обращения пациентов с воспалительными заболеваниями конъюнктивы и роговой оболочки обуславливают роста-числа больных, что приводит к поиску более эффективных препаратов для лечения данной патологии.

Комбинил-дуо—(Ципрофлоксацин+Дексаментазон) представляет собой стерильный синтетический антимикробный препарат для местного использования в офтальмологии.

Препарат обладает противомикробным, противовоспалительным действием в отношении широкого спектра грамотрицательных и грамполо-

жительных микроорганизмов; обладает быстро проникать через роговую оболочку. Способствует длительному сохранению активного вещества на передней поверхности глаза, за счёт входящего в состав в качестве вспомогательного компонента гидроксипропилбетациклодекстрина; увеличивая тем самым эффективность и длительность препарата.

Под наблюдением находилось 42 пациента с кератоконъюнктивитами различной этиологии в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты были разделены на 4 группы:

- 1-14 пациентов с инородными телами роговицы;
- 2-6 пациентов с повреждением роговицы при ношении контактных линз;
- 3-8 пациентов кератитами вирусной этиологии;
- 4-14 пациентов с конъюнктивитами вирусной этиологии.

Пациенты проходили полный офтальмологический осмотр, биомикроскопию, взято слизистое отделяемое из конъюнктивальной полости на бактериологическое исследование, на патогенную микрофлору и чувствительность флоры к антибиотикам.

Комбинил-дуо применялся в зависимости от группы заболевания. 1-3 группы по 2 капли через

2 часа-первые 2 дня, затем 3-4 день через каждые 3 часа, 5-6 день через 4 часа далее в убывающем режиме. 4 группа-по 2 капли - 6 раз в день первые 2 дня; 3-4 день 5 раз в день, в дальнейшем по убывающей схеме.

У пациентов 1-3 группы наблюдалось улучшение в течение 2-3 дней; у пациентов 4 группы на 3 день отмечалось стойкое улучшение, исчезли явления воспаления. При применении комбинил-дуо не было отмечено аллергической реакции, или других побочных проявлений.

Вывод: проводимый анализ свидетельствует о высокой антибактериальной эффективности препарата при лечении воспалительных заболеваний конъюнктивы и роговой оболочки.

УДК 617.7-089.5-031.84:615.216.2

ПРИМЕНЕНИЕ ИНОКАИНА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

А.Т. ШАКАРОВА

КГП - поликлиника № 2, г. Павлодар

Резюме

Инокаин - препарат местного применения отвечает всем требованиям практической офтальмологии, быстрое наступление анальгезирующего эффекта, отсутствие побочных явлений.

Түйін

Инокаин - жергілікті қолданылатын препарат, тәжірибелі офтальмологияның барлық талаптарына (ауырсынуды тез жоятын әсері бар; қосалқы әрекеттерінің болмауы) жауап береді.

Summary

Inokain - drug topical application meets all the requirements of practical ophthalmology, rapid onset of analgesic effect, absence of side effects.

Местная анестезия должна быть эффективной, что является залогом успешного проведения многих манипуляций в офтальмологии. При этом местно анальгезирующие препараты должны соответствовать определенным требованиям:

- Достаточно эффективная анестезия при использовании минимальных доз
- Короткий временной интервал между инстилляцией препарата и началом поверхностной анестезии.

- Отсутствие токсического воздействия на ткани глаза.

- Высокая продолжительность действия препарата.

- Отсутствие побочных эффектов по окончании анестезии.

Известно много препаратов предложенных для местной инсталляционной анестезии. Инокаин представляет собой 0,4 % водный раствор беноксината гидрохлорида (оксибу-прокаин) с добав-

лением консерванта (0,01% хлоридбензалкониума). Беноксината гидрохлорид блокирует проводимость нервных волокон. Препарат характеризуется быстрым проникновением через эпителий роговицы. Уже через 30 секунд после однократной инстилляцией наступает выраженная поверхностная анестезия, сохраняющаяся в течении минимум 15 минут.

В инокаине значительно меньшей степени по сравнению с другими местными анестетиками (дикаин) выражен раздражающий эффект.

В глазном кабинете Инокаин используется при выполнении процедур, где требуется местная кратко временная анестезия роговицы и конъюнктивы.

- тонометрия по Маклакову
- эластонометрия
- проба Нестерова
- гониоскопия
- удаление инородных тел роговицы
- удаление инородных тел конъюнктивы
- субконъюнктивальных инъекций
- коротких хирургических манипуляций
- снятие швов с конъюнктивы
- снятие швов с роговицы
- промывание слезных путей

Полное исчезновение анестезирующего эффекта после однократной инстилляцией наступает через 30 минут. При повторных инстилляций восста-

новление чувствительности происходит через 60 минут. При сравнении эффективности препарата в проведении различных процедур установлено, что при кратковременных манипуляциях (тонометрии, снятие конъюнктивальных швов, удаление поверхностных инородных тел с конъюнктивы и роговицы, гониоскопии) Инокаин достаточно эффективен, при чем более достаточно однократной инстилляцией препарата при выполнении длительных процедур, таких как удаление глубоких инородных тел роговицы, снятие швов роговицы, промывание слезных путей, субконъюнктивальных инъекций, проба Нестерова - требовалось трехкратная инстилляцией препарата с интервалом закапывания 3-5 минут. Продолжительность анальгезирующего эффекта в таких случаях сохранялось в течении 30-35 минут.

Быстрое начало анестезирующего действия Инокаина необходимо учитывать при обследовании больных с патологией роговицы.

Выводы: Инокаин является современным препаратом местного действия, отвечающим всем требованиям практической офтальмологии, высокая эффективность препарата при манипуляциях в глазном кабинете. Быстрое наступление анальгезирующего эффекта отсутствие побочной и раздражающих явлений, а также достаточно длительное время анестезии позволяет рекомендовать Инокаин 0,4% для широкого применения в офтальмологии в поликлинических условиях.

УДК 616.711/.713-002:615.281

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА PROMED EXPORTS ЦИПРОМЕД ПРИ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТАХ

С. А. АСКАРОВ, Б.С. АЙТХОЖИН

г. Павлодар

Резюме

В статье приводятся данные лечения Ципромедом 30 пациентов с кератоконъюнктивитами различной этиологии. Показана высокая эффективность данного препарата Ципромед.

Түйін

Ұсынылып отырған мақалада 30 емделушінің әртүрлі этиология кератоконъюнктивиті Ципромедпен емдеу туралы сипаттамасы жайлы мәлімет берілген. Сонымен бірге бұл препаратпен жүргізілетін тиімділік терапиясын да қолдануға қолайлы.

Summary

The article gives the data of the Cipromed treatment of 30 patients with keratoconjunctivitis of different etiology. The high efficiency of the medicine is shown.

В последние годы сохраняется тенденция роста числа больных с воспалительными заболеваниями конъюнктивы и роговой оболочки, что обуславливает поиск более эффективных препаратов для лечения данной патологии.

В течение 3 лет при лечении кератоконъюнктивитов нами использовался препарат фирмы «Promed exports» - Ципромед 0,3%. Ципромед (ципрофлоксацина гидрохлорид) из группы фторхинолонов, представляет собой стерильный антибактериальный 0,3% раствор, местного применения в офтальмологии. Он обладает антибактериальным действием в отношении широкого спектра грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов и обладает способностью быстро проникать через роговую оболочку.

Под нашим наблюдением находилось 30 пациентов с кератоконъюнктивитами различной этиологии в возрасте от 1-65 лет. Пациенты были разделены на 4 группы: 1 группа-12 человек после удаления инородного тела роговицы; 2 группа -8 человек с повреждением роговицы после ношения контактных линз; 3 группа- 2человека с патологией роговицы на фоне сахарного диабета; 4 группа- 8 человек с бактериальным конъюнктивитами.

При биомикроскопии учитывали следующие признаки: размеры язвенного дефекта по поверхности и глубине, характер и размеры инфильтрации и отека роговой оболочки, явление десце-

метита. Всем больным проводилось бактериологическое исследование конъюнктивальной флоры, определялось чувствительность флоры к антибиотикам. Обязательным было промывание слезных путей и исследование на демодекоз. Проводился анализ сроков регрессии инфильтрации и эпителизации ран. Одновременно с Ципромедом назначались десенсибилизирующие средства и витамины. Применялись следующие дозировки ципромед 0,3%: в первый день - по 1кап. через 2 часа со 2-го дня 7 дней по 1к +4 р. в день. Эффективность препарата оценивали по срокам «очищения» язвы, эпителизации, регресса инфильтрации и функциональным результатом, субъективным ощущением.

У пациентов первой группы явления кератоконъюнктивита купировались в течении 2-3 дней; у больных второй группы- на 5-6 сутки. Больным с сахарным диабетом лечение ципромедом проводилось в сочетании с сульфациламидам + сосудистыми, витаминными препаратами, эффект наступил на 10-11 день. При применении препарата у больных с бактериальными конъюнктивитами явления воспаления исчезли в течение 2 дней.

При лечении Ципромедом не было отмечено аллергической реакции и других побочных действий.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой антибактериальной эффективности препарата Ципромед при лечении кератоконъюнктивитов различной этиологии.

УДК 616.98-056.8:614.83:615.212.7

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**Т.Ф. БАЛАБАЕВ**

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

Анализ факторов, влияющих на то или иное состояние здоровья или ту или иную ситуацию в области общественного здравоохранения, становится все более актуальным и важным для развития и внедрения соответствующих профилактических программ в отечественном здравоохранении. Данная статья направлена на оценку факторов, влияющих на распространенность ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, поскольку проблема профилактики ВИЧ является ярким примером реализации программ в общественном здравоохранении.

В статье использовались базы данных дозорного эпидемиологического надзора (далее, ДЭН) за 2005 – 2011 годы. Объем выборки составил 33640 ПИН. ДЭН среди потребителей инъекционных наркотиков (далее ПИН) проводится ежегодно в 22 сайтах во всех регионах Республики Казахстан и представляет собой связанное серологическое (определяется ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит С и наличие антител к сифилису) и поведенческое исследование.

Проведен статистический анализ ВИЧ-статуса ПИН в зависимости от следующих наиболее значимых факторов – демографические и социальные характеристики, потребление наркотиков, инъекционное поведение, знания о путях передачи, получение услуг по программе снижения вреда.

Проведенный анализ выявил статистически значимые различия между следующими демографическими и социальными характеристиками и ВИЧ-статусом по полу, национальности, уровню образования, семейному положению и состоянию на диспансерном учете. Выявлены следующие результаты.

Распространенность ВИЧ-инфекции у мужчин составила 3,3%; что достоверно меньше по сравнению с женщинами – 4,3% (Отношение шансов риска (OR) = 0,752 (доверительный интервал (ДИ) = [0,652 – 0,868]; $\chi^2 = 15,432$; $df = 1$; $p < 0,001$)).

Национальность ($\chi^2 = 86,437$; $df = 4$; $p < 0,001$). Низкая распространенность ВИЧ - инфекции выявлена среди ПИН казахской национальности (2,0%; н.о. = -7,4; $p < 0,001$). Высокая распростра-

ненность ВИЧ - инфекции выявлена среди ПИН русской национальности (4,2%; н.о. = 5,1; $p < 0,001$). По ПИН кыргызской (1,9%), узбекской (4,2%) и другой (3,5%) национальностях достоверных различий не выявлено.

Образование ($\chi^2 = 20,337$; $df = 2$; $p < 0,001$). Низкая распространенность ВИЧ - инфекции выявлена среди ПИН с незаконченным высшим или высшим образованием (2,4%; н.о. = -3,5; $p < 0,001$). Высокая распространенность ВИЧ - инфекции выявлена среди ПИН с начальным или неполным средним образованием (4,2%; н.о. = 2,7; $p < 0,01$). По ПИН со средним или средним специальным образованием (3,5%; н.о. = 0,1; $p > 0,05$) достоверных различий не выявлено.

Семейное положение ($\chi^2 = 14,141$; $df = 3$; $p < 0,01$). Низкая распространенность ВИЧ - инфекции выявлена среди разведенных ПИН (3,0%; н.о. = -2,3; $p < 0,05$). Высокая распространенность ВИЧ - инфекции выявлена среди холостых (незамужних) ПИН (3,9%; н.о. = 2,6; $p < 0,01$). По ПИН вдовам (вдовцам) (3,5%; н.о. = 0; $p > 0,05$) и женатым (замужним), состоящим в семейном браке (3,3%; н.о. = -1,2; $p > 0,05$) достоверных различий не выявлено.

Учет в наркодиспансере. Распространенность ВИЧ-инфекции у ПИН, состоящими на учете, составила 3,9%, что достоверно выше по сравнению с ПИН, не состоящими на учете – 3,3% (OR = 1,184 (ДИ = [1,052 – 1,333]; $\chi^2 = 7,803$; $df = 1$; $p < 0,01$)).

Не было найдено различий между ВИЧ - положительными и ВИЧ - отрицательными ПИН по следующим демографическим и социальным характеристикам: возраст, род занятий, доход.

Статистический анализ выявил статистически значимые различия между такими характеристиками употребления наркотиков и ВИЧ-статусом, как статус потребления наркотиков, вид употребляемого наркотика и другие. Так, стаж употребления наркотиков (U Манна-Уитни = 16626796; $z = -2,052$; $p < 0,05$). У ПИН с ВИЧ положительным статусом стаж употребления наркотиков ($7,94 \pm 0,195$) достоверно выше, чем у ПИН с ВИЧ отрицательным статусом

(7,64±0,037). Стаж инъекционного употребления наркотиков (U Манна-Уитни = 15557975,5; $z = -5,554$; $p < 0,001$). Вид употребляемого наркотика за последние 12 месяцев. Среди ПИН, указавших на использование героина за последние 12 месяцев распространенность ВИЧ-инфекции составила 3,6%; что достоверно выше распространенности ВИЧ среди ПИН, не указавших на использование героина за последние 12 месяцев - 2,8% (OR = 1,27 (ДИ = [1,048 – 1,54]; $\chi^2 = 5,971$; $df = 1$; $p < 0,05$)). Влияние остальных наркотиков на распространенность ВИЧ-инфекции не было значимо статистически (при употреблении ханки/таяна распространенность ВИЧ = 3,3%; «вторяка» – 2,7%; других наркотиков – 3,0%). Вид наиболее часто употребляемого наркотика за последний месяц. Среди ПИН, указавших на наиболее частое употребление героина по сравнению с другими наркотиками за последний месяц распространенность ВИЧ-инфекции составила 3,8%; что достоверно выше распространенности ВИЧ среди ПИН, не указавших на наиболее частое употребление героина по сравнению с другими наркотиками за последний месяц - 3,0% (OR = 1,271 (ДИ = [1,119 – 1,453]; $\chi^2 = 13,748$; $df = 1$; $p < 0,001$)). Влияние остальных наиболее употребляемых наркотиков за последний месяц на распространенность ВИЧ-инфекции не было значимо статистически (при наиболее частом употреблении ханки/таяна за последний месяц распространенность ВИЧ = 3,3%; «вторяка» – 3,7%; других наркотиков – 3,1%).

Не было найдено различий между ВИЧ-положительными и ВИЧ-отрицательными ПИН по частоте употребления наркотиков за последний месяц.

Статистический анализ выявил статистически значимые различия также между характеристиками инъекционного поведения ПИН и ВИЧ-статусом. Так, выявлена взаимосвязь с рядом вопросов, характеризующих инъекционное поведение респондентов. «Кололись ли Вы за последний год с половым партнером?» (OR = 1,291 (ДИ = [1,122 – 1,485]; $\chi^2 = 12,805$; $df = 1$; $p < 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на наличие совместных инъекций за последний год с половыми партнерами составила 4,2%; а среди ПИН, не указавших на наличие совместных инъекций за последний год с половыми партнерами составила 3,3%. «Кололись ли Вы за последний год с незнакомым человеком?» (OR = 1,419 (ДИ = [1,241 – 1,622]; $\chi^2 = 26,529$; $df = 1$; $p < 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН,

указавших на наличие совместных инъекций за последний год с незнакомым человеком составила 4,5%; а среди ПИН, не указавших на наличие совместных инъекций за последний год с незнакомым человеком составила 3,2%. «За последний год как часто Вы употребляли наркотик в случайной группе?» (Z Колмогорова-Смирнова = 1,707; $p < 0,01$). У ПИН с ВИЧ положительным статусом средний ранг ответов (16850,21) достоверно выше, чем у ПИН с ВИЧ отрицательным статусом (15997,48). «В течение последнего месяца приходилось ли Вам пользоваться чужим шприцем?» (OR = 1,299 (ДИ = [1,107 – 1,523]; $\chi^2 = 10,366$; $df = 1$; $p = 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на использование чужого шприца за последний месяц составила 4,3%; а среди ПИН, не указавших на использование чужого шприца за последний месяц составила 3,4%. «В течение последнего месяца приходилось ли Вам набирать раствор наркотика из общей посуды?» (OR = 1,264 (ДИ = [1,124 – 1,422]; $\chi^2 = 15,289$; $df = 1$; $p < 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на случаи набора раствора наркотика из общей посуды за последний месяц составила 3,9%; а среди ПИН, не указавших на случаи набора раствора наркотика из общей посуды за последний месяц составила 3,1%. «В течение последнего месяца приходилось ли Вам использовать общую воду для промывания шприца и иглы?» (OR = 1,215 (ДИ = [1,062 – 1,391]; $\chi^2 = 8,061$; $df = 1$; $p < 0,01$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы за последний месяц составила 4,0%; а среди ПИН, не указавших на случаи использования общей воды для промывания шприца и иглы за последний месяц составила 3,3%. «При последнем введении наркотика приходилось ли Вам набирать раствор наркотика из общей посуды?» (OR = 1,163 (ДИ = [1,033 – 1,309]; $\chi^2 = 6,245$; $df = 1$; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на случаи набора раствора наркотика из общей посуды при последнем введении наркотика составила 3,8%; а среди ПИН, не указавших на случаи набора раствора наркотика из общей посуды при последнем введении наркотика составила 3,3%. «При последнем введении наркотика приходилось ли Вам пользоваться наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим?» (OR = 1,253 (ДИ = [1,043 – 1,505]; $\chi^2 = 5,856$; $df = 1$; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на случаи

пользования наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим при последнем введении наркотика составила 4,2%; а среди ПИН, не указавших на случаи пользования наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим при последнем введении наркотика составила 3,4%.

«Если Вы пользуетесь чужим шприцем, то обрабатываете ли Вы его?» ($\chi^2 = 8,318$; $df = 3$; $p < 0,05$). Высокая распространенность ВИЧ - инфекции выявлена среди ПИН, иногда проводящих обработку при использовании чужого шприца (5,4%; $n.o. = 2,6$; $p < 0,01$). Среди ПИН, которые всегда проводят обработку чужих шприцев распространенность ВИЧ-инфекции составила 3,7%. Среди ПИН, которые почти всегда проводят обработку чужих шприцев распространенность ВИЧ-инфекции составила 4,0%. Среди ПИН, которые никогда не проводят обработку чужих шприцев, распространенность ВИЧ-инфекции составила 3,8%. «Всегда ли Вы имеете возможность приобретать новые шприцы?» ($OR = 0,852$ ($ДИ = [0,728 - 0,999]$); $\chi^2 = 3,915$; $df = 1$; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на возможность приобретать новые шприцы, составила 3,4%; а среди ПИН, не указавших на возможность приобретать новые шприцы, составила 4,0%.

Не было найдено различий между ВИЧ - положительными и ВИЧ - отрицательными ПИН по следующими характеристиками инъекционного поведения: 1) «Кололись ли Вы за последний год с человеком которого Вы хорошо знаете?»; 2) «За последний год как часто Вы употребляли наркотик индивидуально?»; 3) За последний год как часто Вы употребляли наркотик в постоянной группе?»; 4) «В течение последнего месяца приходилось ли Вам перекачивать наркотик из одного шприца в другой?»; 5) «В течение последнего месяца приходилось ли Вам пускать шприц по кругу»; 6) «В течение последнего месяца приходилось ли Вам добавлять кровь (свою или чужую) в раствор наркотика?»; 7) «В течение последнего месяца приходилось ли Вам пользоваться наркотиком, заправленным в шприц кем-то другим?»; 8) «При последнем введении наркотика приходилось ли Вам пользоваться чужим шприцем?»; 9) При последнем введении наркотика приходилось ли Вам перекачивать наркотик из одного шприца в другой?»; 10) При последнем введении наркотика приходилось ли Вам пускать шприц по кругу»; 11) «При последнем введении наркотика приходилось ли Вам

использовать общую воду для промывания шприца и иглы»; 12) «При последнем введении наркотика приходилось ли Вам добавлять кровь (свою или чужую) в раствор наркотика?»; 13) «Как Вы обрабатываете чужие использованные шприцы?». Это свидетельствует об отсутствии влияния этих поведенческих характеристик на распространенность ВИЧ-инфекции в исследуемой популяции.

Выявлены статистически значимые различия между характеристиками полового поведения ПИН и ВИЧ-статусом. Так, возраст начала половой жизни (U Манна-Уитни = 17456340,5; $z = -4,688$; $p < 0,001$). У ПИН с ВИЧ положительным статусом средний возраст начала половой жизни ($16,22 \pm 0,078$) достоверно ниже, чем у ПИН с ВИЧ отрицательным статусом ($16,52 \pm 0,017$). Количество постоянных половых партнеров за последние шесть месяцев (U Манна-Уитни = 15148858,5; $z = -2,001$; $p < 0,05$). У ПИН с ВИЧ положительным статусом среднее количество постоянных половых партнеров за последние шесть месяцев ($0,97 \pm 0,039$) достоверно выше, чем у ПИН с ВИЧ отрицательным статусом ($0,96 \pm 0,005$). Количество коммерческих половых партнеров за последние шесть месяцев (U Манна-Уитни = 15065942; $z = -2,015$; $p < 0,05$). У ПИН с ВИЧ положительным статусом среднее количество коммерческих половых партнеров за последние шесть месяцев ($2,85 \pm 0,912$) достоверно выше, чем у ПИН с ВИЧ отрицательным статусом ($0,94 \pm 0,074$). Использование презерватива при последней половой связи с постоянным половым партнером ($OR = 1,662$ ($ДИ = [1,439 - 1,92]$); $\chi^2 = 48,569$; $df = 1$; $p < 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, указавших на использование презерватива при последней половой связи с постоянным половым партнером, составила 4,8%; а среди ПИН, не указавших на использование презерватива при последней половой связи с постоянным половым партнером, составила 3,0%. Частота использования презерватива за последний месяц с постоянным половым партнером (Z Колмогорова-Смирнова = 2,856; $p < 0,001$). У ПИН с ВИЧ положительным статусом средний ранг ответов (10524,57) достоверно выше, чем у ПИН с ВИЧ отрицательным статусом (9408,82). Наличие необычных выделений из половых органов у женщин за последние 6 месяцев ($OR = 0,64$ ($ДИ = [0,434 - 0,944]$); $\chi^2 = 5,154$; $df = 1$; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди женщин - ПИН, указавших на наличие необычных выделений из половых органов, составила

3%; а среди женщин - ПИН, не указавших на наличие необычных выделений из половых органов, составила 4,6%. Наличие боли в нижней части живота у женщин за последние 6 месяцев (OR = 0,62 (ДИ = [0,423 – 0,91]; $\chi^2 = 6,075$; df = 1; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди женщин - ПИН, указавших на наличие боли в нижней части живота, составила 2,9%; а среди женщин - ПИН, не указавших на наличие боли в нижней части живота, составила 4,6%.

Не найдено различий между ВИЧ - положительными и ВИЧ - отрицательными ПИН по следующим характеристиками полового поведения: 1) Количество половых партнеров за последние шесть месяцев; 2) Количество непостоянных половых партнеров за последние шесть месяцев; 3) Использование презерватива при последней половой связи с непостоянным половым партнером; 4) Использование презерватива при последней половой связи с коммерческим половым партнером; 5) Частота использования презерватива за последний месяц с непостоянным половым партнером; 6) Частота использования презерватива за последний месяц с коммерческим половым партнером; 7) Наличие язв в области половых органов за последние 6 месяцев; 8) Наличие у мужчин жжения и боли при мочеиспускании, выделений из полового органа последние 6 месяцев; 9) Наличие у мужчин боли и отека мошонки за последние 6 месяцев.

Одним из объяснений выявленных различий между половым поведением ПИН и ВИЧ-статусом отчасти может быть нарушение основного закона причинно-следственной связи между экспозицией и эффектом по временному предшествованию экспозиции по сравнению с эффектом; т.е. ПИН знают свой ВИЧ-статус и начинают менять свое половое поведение. Поэтому некоторые аспекты полового поведения не следует рассматривать в рамках причинно – следственной зависимости.

Выявлены статистически значимые различия между знаниями ПИН о путях передачи ВИЧ и ВИЧ-статусом. Так, ряд вопросов были интерпретированы следующим образом. «Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом при пользовании общей посудой для приема пищи (если принимать пищу совместно с ВИЧ – инфицированным)?» (OR = 1,309 (ДИ = [1,047 – 1,635]; $\chi^2 = 5,641$; df = 1; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, правильно ответивших «нет» на данный вопрос составила 3,6%; а среди ПИН, не правильно ответивших «да» на данный вопрос составила

2,7%. Таким образом, неверное знание путей передачи в данном случае возможно приводит к уменьшению распространения ВИЧ для данного ПИН, с другой стороны в результате данного искажения возможно увеличение стигмы и дискриминации по отношению к людям, живущим с ВИЧ. «Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом при укусах насекомых (через укус комара)?» (OR = 1,222 (ДИ = [1,044 – 1,635]; $\chi^2 = 5,641$; df = 1; $p < 0,05$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, правильно ответивших «нет» на данный вопрос составила 3,6%; а среди ПИН, не правильно ответивших «да» на данный вопрос составила 2,7%. «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если использовать чужой, но прокипяченный в течение 15 минут шприц и иглу?» (OR = 1,349 (ДИ = [1,197 – 1,519]; $\chi^2 = 24,375$; df = 1; $p < 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, правильно ответивших «да» на данный вопрос составила 3,9%; а среди ПИН, не правильно ответивших «нет» на данный вопрос составила 3,0%. «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если использовать чужой, но обеззараженный хлоркой шприц и иглу» (OR = 1,349 (ДИ = [1,197 – 1,519]; $\chi^2 = 24,375$; df = 1; $p < 0,001$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, правильно ответивших «да» на данный вопрос составила 3,8%; а среди ПИН, не правильно ответивших «нет» на данный вопрос, распространенность составила 3,1%. «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если забирать дозу из общей емкости, но с использованием собственного шприца» (OR = 1,235 (ДИ = [1,061 – 1,437]; $\chi^2 = 7,484$; df = 1; $p < 0,01$). Распространенность ВИЧ среди ПИН, правильно ответивших «нет» на данный вопрос составила 3,6%; а среди ПИН, не правильно ответивших «да» на данный вопрос составила 3,0%.

Не было найдено различий между ВИЧ - статусом ПИН и знаниями ответов на следующие вопросы о ВИЧ и путях передачи: 1) «Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом при всех видах сексуальных контактов без использования презерватива?»; 2) Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом при рукопожатии?»; 3) «Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом ребенку от зараженной матери при беременности, родах и грудном вскармливании?»; 4) «Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом при купании в бассейне?»; 5) «Можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом при употреблении наркотиков с помощью общего шприца?»; 6) «Можно ли защи-

титель себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если перейти на неинъекционные наркотики?»; 7) «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если использовать чужой, но хорошо промытый проточной водой шприц и иглу?»; 8) «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если вводить дозу по очереди одним шприцем, но разными иглами?»; 9) «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если использовать человеческую кровь в процессе приготовления наркотика?»; 10) «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если использовать уже заправленный продавцом шприц?»; 11) «Можно ли защитить себя от заражения ВИЧ/СПИДом при внутривенном введении наркотиков, если приготовить раствор в отдельной емкости и использовать собственный шприц для введения наркотика?»

Кроме того, также проведен анализ и выявлены статистически значимые различия между ВИЧ-статусом и получением следующих услуг из пакета снижение вреда за последние 6 месяцев. Буклеты, листовки, брошюры по профилактике ВИЧ/СПИДа (OR = 0,882 (ДИ = [0,783 – 0,994]; $\chi^2 = 4,213$; df = 1; p < 0,05). Распространенность ВИЧ среди ПИН, которые получали буклеты, листовки, брошюры по профилактике ВИЧ/СПИДа составила 3,3%; а среди ПИН, которые не получили данную услугу, распространенность ВИЧ составила 3,8%. Одноразовые шприцы в обменных пунктах (OR = 0,874 (ДИ = [0,777 – 0,984]; $\chi^2 = 4,977$; df = 1; p < 0,05). Распространенность ВИЧ среди ПИН, которые получали одноразовые шприцы в обменных пунктах составила 3,3%; а среди ПИН, которые не получили данную услугу, распространенность ВИЧ составила 3,8%.

Не было выявлено различий между ВИЧ-статусом и получением следующих услуг из пакета снижение вреда за последние 6 месяцев: 1) Дезинфицирующих растворов; 2) Презервативов; 3) Медицинской помощи; 4) Психологической помощи / консультирования; 5) Обследование на ВИЧ.

Немаловажные результаты получены в отношении взаимосвязи ВИЧ с наличием гепатита С и антител к сифилису среди ПИН. Анализ выявил статистически значимые различия между наличием антител к сифилису и ВИЧ-статусом (OR = 1,716 (ДИ = [1,462 – 2,015]; $\chi^2 = 44,503$; df = 1; p < 0,001). Распространенность ВИЧ среди

ПИН, у которых были найдены антитела сифилиса составила 5,5%; а среди ПИН, у которых не были найдены антитела к сифилису, распространенность ВИЧ составила 3,3%.

Статистический анализ выявил статистически значимые различия между наличием гепатита С и ВИЧ-статуса (OR = 3,067 (ДИ = [2,628 – 3,581]; $\chi^2 = 222,096$; df = 1; p < 0,001). Распространенность ВИЧ среди ПИН с гепатитом С составила 4,6%; а среди ПИН, без гепатита С, распространенность ВИЧ составила 1,6%, что практически в 3 раза меньше.

Выводы и предложения:

1. Выявлены следующие факторы риска ВИЧ-инфицирования ПИН в Республике Казахстан из элементов опасного инъекционного поведения: а) совместное употребление наркотиков с половым партнером, незнакомым человеком, в случайной группе; б) использование чужого шприца; в) набор раствора наркотика из общей посуды; г) использование наркотика, заправленного в шприц другим человеком; д) непостоянная обработка шприца при условии использования чужого шприца; е) отсутствие возможности приобрести новые шприцы.

2. Следующие социально-демографические характеристики являются факторами риска ВИЧ-инфекции: пол (среди женщин – ПИН распространенность ВИЧ выше), национальность (у ПИН русской национальности распространенность ВИЧ выше, чем у ПИН казахской национальности); низкий уровень образования; отсутствие опыта семейной жизни, постановка на учет в наркологическом диспансере.

3. Стаж инъекционного употребления наркотика и использование героина являются факторами риска ВИЧ-инфицирования ПИН.

4. Ранее начало половой жизни, наличие коммерческих половых партнеров являются факторами риска ВИЧ-инфицирования ПИН среди элементов опасного полового поведения.

5. Наличие специфических знаний по вопросам ВИЧ-инфекции среди ПИН не приводят напрямую к поведенческим изменениям.

6. Наличие гепатита С, сифилиса являются факторами риска ВИЧ-инфекции среди ПИН.

7. Распространение одноразовых шприцев, информационно-образовательных материалов, направленные на приобретение практических навыков безопасного инъекционного и полового поведения среди ПИН являются факторами уменьшения риска ВИЧ-инфицирования.

БАСПАСӨЗ МӘЛІМДЕМЕСІ

2012 жылдың 6 желтоқсанда Алматы қаласында Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері жөніндегі Ұлттық орталықтың ұйымдастыруымен «**Бәріміз бірге СПИД-ті жеңеміз**» деген тақырып бойынша баспасөз мәжілісі өтті.

Баспасөз мәжілісіне қатысқандар: **Жәмиля Баттақова** - ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері жөніндегі Ұлттық орталығының директоры, **Марат Түкеев** - СПИД-ті алдын алу және онымен күрес жөніндегі республикалық орталықтың бас директоры, **Батырбек Әсембеков** - Қазақстан Республикасында СПИД-пен күрес жөніндегі жаһандық қор жобасын іске асыру тобының жетекшісі, **Роман Гайлевич** - ЮНЭЙДС халықаралық ұйымының Қазақстандағы ұлттық үйлестірушісі, **Нурали Аманжолов** – Қазақстандағы ВИЧ-пен өмір сүретіндер одағының президенті.

Қазақстан «Нөлдік көрсеткішке жету: жаңа ВИЧ індетінің көрсеткіші - нөл, кемсітушілік көрсеткіші - нөл, СПИД-тің салдарынан қайтыс болудың көрсеткіші - нөл» ұранымен 2011-2015 жылдарға арналған СПИД-пен күрес жөніндегі дүниежүзілік науқанға белсенді түрде қатысып келеді. 10 қарашадан 10 желтоқсанға дейін жалғасатын осы науқан «1 желтоқсан - СПИД-пен күресудің дүниежүзілік күніне» арналып отыр.

Осы күнді алғашқы рет 1988 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы жариялаған болатын. Ал 1996 жылдан бастап оны БҰҰ-ның ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) бойынша Біріккен Бағдарламасы өткізіп келеді. Науқанның міндеті - қоғамның назарын ВИЧ және СПИД мәселелеріне аудару, халықтың осы індет жөнінде ақпараттандырылу деңгейін арттыру, төзімді қоғамдық пікірді, ВИЧ-пен өмір сүретіндерге қатысты төзімді қарым-қатынасты қалыптастыру, індетті алдын алуға арналған бағдарламаларға қолдау көрсету.

СПИД-пен күрес жөніндегі Дүниежүзілік күн шеңберінде бүкіл ел бойынша түрлі тақырыптық іс-шаралар ұйымдастырылатын болады. Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері жөніндегі және СПИД-пен күрес жөніндегі Аймақтық орталықтардың мамандары жастар арасында, еңбек ұжымдарында, Әділет министрлігі мен Ішкі істер министрлігінің мекемелерінде ақпараттық баяндамаларды өткізеді. Сондай-ақ, халыққа ар-

нап бұқаралық іс-шаралар - акциялар, флеш-мобтар, спорт жарыстары ұйымдастырылады.

2012 жылдың 1 қарашасындағы жағдайға сәйкес ВИЧ індетінің тіркелген сараптама нәтижесі оң тұлғалар мен СПИД-ке шалдыққан науқастардың жалпы саны еліміз бойынша 19 498 адамды құрайды. ВИЧ індетінің сараптама нәтижесі оң науқастардың негізгі үлесін, яғни 61,6%-ын қан тамыры арқылы есірткіні пайдаланғандар құрайды. 70%-ға жуығы - жұмыссыз тұлғалар, осы ретте аталған әлеуметтік жағдай ВИЧ-індетінің сараптама нәтижесінің оң болуына әкелетін себеп болып табылмайды, олардың арасында 35,7%-ы - түрмеде отырғандар. Соңғы жылдары тұрақты жұмысы бар, салауатты өмір салтын ұстанатын және есірткі пайдаланбайтын адамдардың ВИЧ-ке шалдығу көрсеткіші өсіп отырғаны байқалуда.

ЮНЭЙДС және ДДСҰ сарапшыларының бағалауы бойынша біздің еліміз СПИД мәселелерін шешу кезінде озық тәсілдерді енгізу тұрғысынан Орталық Азиядағы көшбасшы мемлекет болып табылады. Мәселен, Шығыс аймақтағы басқа елдердің ішінде Қазақстан ВИЧ-індетінің баладан анаға жұғуын алдын алу қызметіне қолжеткізу деңгейі ең жоғарғы (97,4%) ел болып есептеледі. Соңғы жылдары ВИЧ-індетінің қан күй кезінде жұғу жағдайы бірде бір рет тіркелмеген.

Биылғы жылы Дүниежүзілік экономикалық форумның талдау тобы Жаһандық бәсекеге қабілеттілік индексындағы мемлекеттер рейтингі жөнінде есептемесін жариялады. Жалпы рейтинг қорытындысы бойынша Қазақстан рейтингтік бағалауға қатысқан 144 мемлекеттің арасында 2012 жылы **51 орынға** (2011 жылдың қорытындысы бойынша 72 орын) тұрақтады. ВИЧ індетінің таралу рейтингі бойынша (0,1%) Қазақстан **12 орынды** (2011 – 21 орын), ал ВИЧ пен СПИД-тің бизнеске ықпалы бойынша Қазақстан 96 орыннан **73 орынға көтерілді**.

Осы көрсеткіштерге мемлекеттің аталған мәселеге жоғары назар аударуының нәтижесінде қолжеткізілді. Жыл сайын халықты тестілеу көлемі ұлғайып отырады және жылына оның саны 2 млн. тестен асып түседі, бұл белгілі бір мөлшерде ВИЧ індетін ерте кезеңде анықтауға септігін тигізеді. Әрбір адам аймақтық емханалар немесе СПИД орталықтарында құпия және аты-жөнін көрсетпестен ВИЧ індетіне тексеруден өтуіне болады.

ВИЧ індетінің зардабын төмендету стратегиясы ВИЧ-ті алдын алу бойынша мемлекеттік саясатқа ықпалдастырылған. Республикада келесі ұйымдар қызмет атқарады:

- 153 сенім бекеті бар. Индетті алдын алу бағдарламалары шеңберінде қан арқылы есірткі пайдаланушыларды қамту деңгейі жыл сайын артып келеді, осының арқасында ВИЧ-тің қан арқылы есірткі пайдаланудың нәтижесінде жұғу жағдайларының саны соңғы жылдары төмендегені байқалып отыр;

- 32 достастық кабинеті бар, мұнда жыныс жолдары арқылы таралатын індеттерді алдын алу және емдеу бойынша қызметтер ұсынылады, індетті алдын алудың жеке құралдары таратылады;

- жастарға арналған 56 денсаулық орталығы бар, мұнда медициналық, әлеуметтік, психологиялық және құқықтық қызметтер көрсетіледі.

Жүкті әйелдердің 100%-ы дерлік ВИЧ-ке қатысты тексеруден өтеді, осы ретте тексеру жүктілік кезінде екі рет жүргізілетінін атап өту қажет. Индет анықталған жағдайда баланың дені сау болып тууына мүмкіндік беретін емдеу жолдары болашақ аналар мен олардың балаларына белгіленеді.

Биылғы жылы ретровирусқа қарсы емдеу үшін, ересектер мен балалардың барлығын ретровирустық дәрілермен толықтай тегін қамтамасыз ету және осы дәрілерді сатып алу үшін миллиард теңгеге жуық қаржы бөлінді. Осы ертте балалар дәрінің түпнұсқаларын қабылдайтынын атап өткен жөн.

Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері жөніндегі Ұлттық орталық баспасөз қызметі

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Республиканского центра по 6 декабря 2012 года в Алматы состоялась пресс-конференция на тему: «**Вместе мы победим СПИД**», организованная Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни и Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД.

В пресс-конференции приняли участие: **Жамиля Баттакова** - директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК, **Марат Тукуев** – генеральный директор профилактики и борьбе со СПИД, **Батырбек Асембеков** – руководитель группы реализации проекта Глобального фонда по борьбе со СПИД в Республике Казахстан (ГФ), **Роман Гайлевич** - представитель международной организации ЮНЕЙДС в Казахстане, **Нурали Аманжолов** – президент Казахстанского союза людей, живущих с ВИЧ.

Казахстан активно участвует во Всемирной кампании борьбы со СПИД 2011-2015 гг. под девизом «В направлении цели ноль»: ноль новых ВИЧ-инфекций, ноль дискриминации, ноль смертей вследствие СПИД». Кампания продолжается с 10 ноября по 10 декабря. Она посвящена 1 декабря -Всемирному дню борьбы со СПИД.

Впервые он провозглашен Всемирной организацией здравоохранения в 1988 году, с 1996 года проводится Объединённой Программой ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС). Задачи Кампании – привлечение внимания общественности к проблемам ВИЧ и СПИД, повышение уровня информированности населения, формирование толерантного общественного мнения, поддержки профилактических программ, терпимого отношения к людям, живущим с ВИЧ.

В рамках Всемирного дня борьбы со СПИД по всей стране, будут организованы разнообразные тематические мероприятия. Специалисты территориальных Центров НЦПФЗОЖ, СПИД проведут информационные выступления в молодежных аудиториях, трудовых коллективах, учреждениях ведомств МЮ и МВД. Также состоятся массовые мероприятия для населения: акции, флешмобы, спортивные соревнования.

По состоянию на 1 ноября 2012 года, общее число зарегистрированных ВИЧ – позитивных и больных СПИД в стране составило 19 498 человек. Основную долю ВИЧ-позитивных - 61,6% составляют потребители инъекционных наркотиков. Порядка 70% – люди неработающие, при этом данное

социальное положение не является следствием положительного ВИЧ-статуса, в их числе 35,7% составляют заключенные. В последние годы наблюдается тенденция роста людей, живущих с ВИЧ, которые имеют стабильную работу, ведут нормальный образ жизни и не употребляют наркотики.

По оценкам экспертов ЮНЕЙДС и ВОЗ наша страна является лидером в Центральной Азии по внедрению прогрессивных новшеств в решении проблемы СПИД. Так, в Казахстане среди других стран Восточного региона самый высокий доступ к услугам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (97,4%). В последние годы не зарегистрировано ни одного случая гемотрансфузионного пути передачи ВИЧ-инфекции».

В текущем году аналитической группой Всемирного экономического форума (ВЭФ) опубликован отчет по рейтингу Индекса глобальной конкурентноспособности стран. По итогам **общего рейтинга** Казахстан в 2012 году занял **51 место** (по итогам 2011 года - 72), из 144 стран, принявших участие в рейтинговой оценке. В рейтинге **по распространности ВИЧ-инфекции** (0,1%) РК занимает **12 позицию** (2011 – 21 позиция), по **влиянию ВИЧ и СПИД на бизнес** Казахстан поднялся с 96 на **73 место**.

Это стало возможным благодаря повышенному вниманию к проблеме со стороны государства. Ежегодно объемы тестирования населения увеличиваются и превышают 2 млн. тестов в год, что в определенной мере способствует выявлению ВИЧ-инфекции на ранних стадиях. Каждый человек может пройти обследование на ВИЧ-инфекцию в территориальных поликлиниках или центрах СПИД, на конфиденциальной или анонимной основе.

Стратегия снижения вреда интегрирована в государственную политику профилактики ВИЧ. В республике функционируют:

- 153 пункта доверия, ежегодно увеличивается охват потребителей инъекционных наркотиков программами профилактики, следствием чего в последние годы наблюдается снижение количества случаев ВИЧ-инфицирования, связанных с употреблением инъекционных наркотиков;

- 32 дружественных кабинета, где предоставляются услуги по профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путем, раздаются средства личной профилактики;

- 56 молодежных центров здоровья (МЦЗ), которые оказывают медицинские, социальные, психологические и правовые услуги.

Практически 100% беременных обследуется на ВИЧ, причем, дважды в течение беременности. В случае выявления инфекции будущим мамам и их детям при рождении назначают терапию, которая позволяет родить здорового ребенка.

В уходящем году около миллиарда тенге выделялось на антиретровирусную терапию, закуп и полное бесплатное обеспечение всех взрослых и детей антиретровирусными препаратами, причем дети, получают только оригинальные препараты.

Пресс-службы Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни и Республиканского Центра СПИД

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан с 2002 года выпускает журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» (далее Журнал).

В Журнале освещаются основные вопросы Государственной политики в области охраны здоровья населения, стратегические аспекты профилактического здравоохранения и формирования здорового образа жизни.

С февраля 2008 года решением Коллегии Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК от 27.02.2008 года (протокол №3) журнал включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций. Врачи-специалисты, претендующие на присвоение врачебной категории, могут публиковать основные результаты своей работы в Журнале. Электронные варианты Журнала размещены на сайте НЦПФЗОЖ - www.hls.kz

Журнал предназначен для организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций и крупных научно-исследовательских центров. В основном подписчиками журнала являются специалисты Центров ЗОЖ (16 центров по областям, г. Алматы, г. Астана), врачи различных специальностей со всех регионов РК, организации здравоохранения. Распространяется по Республике Казахстан во все медицинские ВУЗы, СУЗы, в областные и городские центры формирования здорового образа жизни, в областные и городские департаменты здравоохранения (14 областей, г. Алматы, г. Астана, 129 районных Центров ЗОЖ, в организациях ПМСП 201 центр, 464 кабинета), в научно-исследовательские институты.

Краткие требования к статьям:

- Параметры стр.: **2 см** - сверху, снизу, **3 см** - слева, **1,5** - справа
- Рекомендуемый объем статьи - **до 6 страниц**, с обзором литературы – **до 10 страниц**.
- Формат **A4** через **1,5 интервал**, шрифт **Times New Roman**, кегль – **14**
- К каждой статье должно быть приложено **резюме** не более 10 строк, в котором должны быть изложены цели исследования, приведены основные результаты. **Резюме** для статей на 3-х языках – казахский, русский и английский. **Статьи без резюме на трех языках не принимаются**
- Название работы печатать заглавными буквами на 3-х языках – казахский, русский и английский
- Стоимость публикации до 3-х страниц составляет **5000 тенге** (с 2013 г.), каждая последующая страница по **800 тенге**
- Оплата за публикацию статей проводится перечислением в любом филиале **Народного Банка** или в бухгалтерии **НЦ ПФЗОЖ**
- Необходимы ссылки в тексте на использованные источники литературы
- **Не допускается направление работ, опубликованных или посланных в другие издания**
- Необходимо сообщить данные на каждого автора: **фамилия, имя, отчество, должность и место работы, телефон и/или электронный адрес**, по которым редколлегия может связаться с автором/авторами.