



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

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

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

IV Съезд специалистов здорового образа
жизни с международным участием
«ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – ЭТО ОСНОВА
НАШЕГО УСПЕШНОГО БУДУЩЕГО»
14-15 ноября 2013 г.

№4

Алматы, 2013

**«ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – ЭТО ОСНОВА НАШЕГО УСПЕШНОГО
БУДУЩЕГО»**

**IV Съезд специалистов здорового образа жизни
с международным участием, 14-15 ноября 2013г., г. Алматы**



Участники IV Съезда: Советник Министра здравоохранения РК, к.м.н. Кабыкенова Р.К., директор НЦПФЗЖ МЗ РК, проф., д.м.н. Баттакова Ж.Е., директора областных Центров ФЗОЖ



Директор НЦПФЗЖ МЗ РК, проф. Баттакова Ж.Е., представитель Странового офиса ВОЗ в РК Абуова Г.А., менеджер программы по питанию, ФА и ожирению ВОЗ Жоао Бреда

Советник Министра здравоохранения РК Кабыкенова Р.К., Президент Казахской Академии питания, академик РАМН и НАН РК Шарманов Т.Ш., директор НЦПФЗЖ МЗ РК, проф. Баттакова Ж.Е.



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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 4. 2013 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.

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 ПФЗОЖ.

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

Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Досаева С.К.

Технический секретарь:

Карайганова К.А.

Редакционная коллегия:

Слажнева Т.И., Аканов А.А.,
Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А., Breda J.
(Копенгаген), T.L.Hunt (Нью-Йорк),
Schluger N. (Нью-Йорк), Касымжанова Ж.К.,
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),
Муталова З.Д. (Ташкент),
Жандосов Ш.У., 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., Калматаева Ж.А.

Редакционный совет:

Сулейменова Г.Р. (Алматы)
Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)
Шахабаев М.С. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Гарась Н.В. (Костанай)
Кайдарова Д.К. (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)
Хамитов Т.Н. (Караганда)



МАЗМҰНЫ

ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН НЫҒАЙТУ БОЙЫНША СЕКТОРАРАЛЫҚ ӨЗАРА ҚАРЫМ-ҚАТЫНАС. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

М. Вуйнович Темекі шегуге қарсы күрес: мүмкіншіліктері мен мәселелері.....	5
Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Тоқмурзиева, Т.С. Хайдарова ҚР-сы азаматтарының денсаулығын нығайтуда Денсаулық сақтау министрлігі мен Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығының сектораралық қарым-қатынасы және рөлі.....	10
Ж. Бреда ДДҰ Еуропалық өңірлік инфекциялық емес аурулардың алдын алу. Тағамтану саласындағы саясат және дене белсенділігі.....	14
С.А. Алтынбеков Қоғамдық денсаулық сақтау саласында суицидтің алдын алуының биопсихосоциальді моделі.....	16
Ц. Гомбагарам Қазіргі заманға сай туберкулезге қарсы көмекті ұйымдастыруда емделушіні хабарландыру әдісі.....	21
М.М. Сауранбаева Сектораралық ынтымақтастық шеңберінде осал жастар арасында профилактикалық араласудың жанартпашыл үлгісі.....	24
А.М. Крючков, Т.С. Хайдарова ҚР-да массалық спортты және дене шынықтыруды насихаттау. Азаматтардың денсаулығын қорғау және санитарлық-эпидемиологиялық саулықпен қамтамасыз ету сұрақтары бойынша мекемеаралық және сектораралық қарым-қатынасты нығайту.....	26
З.М. Байсакова Балалар мен жастарға арналған «№150 Ұлттық сенім телефон желісі»: концепция және стратегия.....	33

БМСК ДЕНГЕЙІНДЕГІ ЗАМАНАУИ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР ЖӘНЕ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫ ЕРТЕ АНЫҚТАУ

В.Р. Абдуллина «Глаукома мектебін» ұйымдастыруға әдістемелік тәсілдеме.....	35
А.М. Сармасаева Жүректің ишемиялық аурулары мен артериялық гипертонияның алдын алудағы «Денсаулық мектебін» медициналық-әлеуметтік тиімділігі.....	39
Л.А. Жубандықова Қант диабетінің алдын алудағы «Денсаулық мектебін» рөлі.....	43
Д.К. Қайдарова Ақтөбе облысында жұқпалы емес ауруларды ерте анықтау бойынша скринингтік зерттеу жүргізу тәжірибесі.....	45
Т.С. Хайдарова Денсаулық мектептеріндегі сау қоректенудің дағдыларын егуі үшін тиімді қоректенудің негіздеріне белсенді оқу формалары.....	47

ТЕМЕКІ ІНДЕТІНІҢ ТАРАЛУ ЖОЛДАРЫН ТОҚТАТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

С. Субраманиан Темекіге қарсы негізгі аспектілер.....	52
Д.Ж. Садықова Қазақстанда темекіге қарсы заң мониторингінің орындалуы.....	53
О.Т. Кутушев Мәскеу қ. темекіге тәуелді тұлғаларға медициналық көмекті ұйымдастыру: мәселелер мен жетістіктер.....	60
Сулейменова Г.Р. Алматы қаласының ересек тұрғындар арасында шылым шегудің таралуы: социологиялық зерттеуі.....	61

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Г.Т. Мырзабекова, З.Х. Алиева Пренатальді диагностиканы ұйымдастыру. Алматы қ. балаларының туа біткен және тұқым қуалаушылық ауруларының алдын алу.....	64
М.А. Айтбаева, Н.С. Кенжебаев Кератоувеитпен ауыратын науқастарды кешенді емдеу.....	66
С.А. Аскаров, Н.Н. Мельник Кератоконъюнктивиттің емінде «Сигницеф» дәрісін қолдану.....	67
Л.А. Гайдукова Балалардың конъюнктивальді қуысы микрофлорасының бактерияға қарсы препараттарға сезімталдығы.....	68
Ж.Л. Евнина Балалардың жедел ортанғы құлақ отитінің кешенді емінде «Ципромед» дәрісін қолдану.....	71
Э.К. Исмагулова Жедел ортанғы құлақ ірінді отитін емдеуде «Ципромед» және «Комбинил-ДУО» құлақ тамшыларын қолдану.....	73
А.Х. Қарғабаева Балалардың жұқпалы кератоконъюнктивитін емханалық жағдайда емдеу.....	76



СОДЕРЖАНИЕ

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПО УКРЕПЛЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

М. Вуйнович Борьба против табака: проблемы и возможности.....	5
Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.С. Хайдарова Межсекторальное взаимодействие и роль Министерства здравоохранения и НЦПФЗОЖ в укреплении здоровья граждан РК.....	10
Ж. Бреда Профилактика неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ. Политика в области питания и физической активности.....	14
С.А. Алтынбеков Биопсихосоциальная модель превенции суицидов в общественном здравоохранении.....	16
Ц. Гомбагарам Пациент-ориентированный подход в организации противотуберкулезной помощи в современных условиях.....	21
М.М. Сауранбаева Инновационная модель профилактических вмешательств среди уязвимой молодежи в рамках межсекторального сотрудничества.....	24
А.М. Крючков, Т.С. Хайдарова Реализация межсекторального и межведомственного взаимодействия по повышению физической активности населения.....	26
З.М. Байсакова Национальная телефонная линия доверия для детей и молодежи №150: концепция и стратегия.....	33

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ НА УРОВНЕ ПМСП И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Р. Абдуллина Методические подходы к организации «Школы глаукомы».....	35
А.М. Сармасаева Медико-социальная эффективность школ здоровья в профилактике ИБС и АГ.....	39
Л.А. Жубандыкова Роль «Школ здоровья» в профилактике сахарного диабета.....	43
Д.К. Кайдарова Опыт проведения скрининговых исследований по раннему выявлению неинфекционных заболеваний в Актыбинской области.....	45
Т.С. Хайдарова Активные формы обучения основам рационального питания для привития навыков здорового питания в школах здоровья.....	47

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ

С. Субраманиан Основные аспекты противотабачной борьбы.....	52
Д.Ж. Садыкова Мониторинг выполнения казахстанского антитабачного законодательства.....	53
О.Т. Кутушев Организация медицинской помощи лицам с табачной зависимостью в г.Москве: проблемы и перспективы.....	60
Сулейменова Г.Р. Распространенность табакокурения среди взрослого населения г. Алматы: социологическое исследование.....	61

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Г.Т. Мырзабекова, З.Х. Алиева Организация пренатальной диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей в г.Алматы.....	64
М.А. Айтбаева, Н.С. Кенжебаев Комплексное лечение пациентов с кератоувеитами.....	66
С.А. Аскараров, Н.Н. Мельник Применение препарата «Сигницеф» в лечении кератоконъюнктивитов.....	67
Л.А. Гайдукова Чувствительность микрофлоры конъюнктивальной полости у детей к антибактериальным препаратам.....	68
Ж.Л. Евнина Применение препарата «Ципромед» в комплексном лечении острого среднего отита у детей.....	71
Э.К. Исмагулова Применение ушных капель «Ципромед» и «Комбинил-Дуо» в лечении острого гнойного среднего отита.....	73
А.Х. Каргабаева Лечение инфекционных кератоконъюнктивитов у детей в поликлинических условиях.....	76



CONTENTS

INTER-SECTORAL COLLABORATION TO IMPROVING HEALTH. THEORY AND ORGANIZATIONAL ISSUES TO IMPROVE HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

M. Vujnovic Fight against tobacco: challenges and opportunities	5
Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.S. Khaidarova Intersectoral collaboration and the role of the Ministry of Health and NCPHLD in strengthening the health of the citizens of Kazakhstan.....	10
J. Breda Prevention and control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region – policy developments in nutrition and physical activity.....	14
S.A. Altynbekov The biopsychosocial model of suicide prevention in public health.....	16
T. Gombagaram The patient-oriented approach to TB care organization in modern conditions.....	21
M.M. Sauranbayeva Innovative model of preventive intervention among youth at risk in the frame of intersectoral collaboration.....	24
A.M. Kruchkov, T.S. Khaidarova Implementation of cross-sectoral and interagency cooperation to increase physical activity of population.....	26
Z.M. Baisakova National telephone hotline for children and youth №150: conception and strategy.....	33

MODERN PREVENTIVE TECHNOLOGIES IN PHC LEVEL AND EARLY DETECTION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES

V.R. Abdullina Methodical approaches to the organization of «School of glaucoma».....	35
A.M. Sarmasaeva Medical and social effectiveness of «Schools of health» for coronary heart disease and hypertension prevention.....	39
L.A. Zhubandykova The role of «Schools of health» for diabetes prevention.....	43
D.K. Kaidarova The experience on screening for early detection of noncommunicable diseases in Aktubinsk oblast.....	45
T.S. Khaidarova Active forms of learning the basics of good nutrition to develop skills in healthy eating in «Schools of health».....	47

ACTUAL ISSUES OF TOBACCO EPIDEMIC SPREAD PREVENTION

S. Subramanian The main aspects of tobacco control.....	52
D.Zh. Sadykova Monitoring of implementation of Kazakhstan's anti-smoking legislation.....	53
O.T. Kutushev Organization of care for people with tobacco dependence in Moscow: problems and perspectives.....	60
G.R. Suleimenova Smoking prevalence among the adult population of Almaty city: sociological study.....	61

PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

G.T. Myrzabekova, Z.H. Alieva Organization of prenatal diagnosis and prevention of congenital and hereditary diseases in children in the Almaty city.....	64
M.A. Aitbaeva, N.S. Kenzhebaev Complex treatment of patients with keratouveitis.....	66
S.A. Askarov, N.N. Melnik Applying the drug «Signitsef» in treatment of keratoconjunctivitis.....	67
L.A. Gaidukova Sensitivity of conjunctival cavity microflora in children to the antimicrobial drugs.....	68
Zh.L. Evnina Applying the drug «Tsipromed» in complex treatment of acute otitis media in children.....	71
E.K. Ismagulova Application of ear drops «Tsipromed» and «Combination Duo» in the treatment of acute suppurative otitis media.....	73
A.H. Kargabaeva The treatment of infectious keratoconjunctivitis in children in the outpatient conditions.....	76

*Халықтың денсаулығын нығайту бойынша сектораралық өзара қарым-қатынас.
Қазақстан Республикасының қоғамдық денсаулық сақтаудағы салауатты өмір салтын
қалыптастыру жүйесін жетілдірудің теориялық және ұйымдастырушылық мәселелері —
Межсекторальное взаимодействие по укреплению здоровья населения.
Теоретические и организационные вопросы совершенствования системы формирования
здорового образа жизни в общественном здравоохранении Республики Казахстан*

УДК 614.2:613.84:351.761.2

М. ВУЙНОВИЧ

Глава офиса ВОЗ в РК

БОРЬБА ПРОТИВ ТАБАКА: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ

Аннотация

В статье изложены основные стратегические направления работы ВОЗ по борьбе с табачной эпидемией и Глобальные стратегии борьбы с неинфекционными заболеваниями.

Ключевые слова: табак, неинфекционные заболевания. Политика ВОЗ, стратегии, план действий и способы его реализации. Рамочная конвенция по борьбе против табака.

Актуальность. Табак убивает почти 5,4 миллиона людей каждый год. К 2030 году от употребления табака в мире ежегодно будет умирать 8 миллионов человек. Если не принять серьезных мер, в 21 веке от употребления табака в мире погибнет до 1 миллиарда человек. Как уже было сказано - табак убивает около 5 миллионов 400 тысяч человек в мире каждый год. Давайте сравним: в мире ежегодно регистрируется 109 миллионов случаев малярии, но от малярии умирает 650 000 человек. В 2012 году у 8 млн. 600 тыс. человек был диагностирован туберкулез, 1 300 000 человек умерли от туберкулеза. Мы можем и далее продолжать сравнение причин смерти, а число умерших растет. Так, по оценкам, в 2030 году каждый год 8 миллионов человек будут умирать от табака. Это наши аргументы — и мы говорим не только о смертях - расходы на лечение заболеваний, вызванных табаком для человека, для семьи, для общества огромны. Согласитесь, это общеизвестные факты, однако, по-прежнему, когда дело доходит до отдельных стран, работникам здравоохранения нелегко убедить широкую общественность и политиков о необходимости активизации усилий и принятия эффективных мер. Здесь показана ситуация в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения. Я хотела бы напомнить вам, что этот регион включает 53 государства-члена организации. Казахстан (фактически вся Центральная Азия) относится к «Европейскому региону ВОЗ». Вы можете увидеть изменения в ожидаемой продолжительности

жизни при рождении - самая долгая жизнь ждет жителей западной части региона. Вот та же карта, но на ней показано, что смертность от одного вида рака, который более всего связан с курением, выше в восточной части региона - и в странах, которые имеют самую высокую распространенность табакокурения: Сербии, Румынии, Венгрии. Табак убивает почти 1,6 миллионов человек ежегодно только в странах европейского региона ВОЗ. Много людей умирают ежегодно от заболеваний, вызванных табачным дымом в некоторых странах Европейского региона: Россия — 500000, Германия — 140000, Турция — 110000, Англия — 90000.

План действий ВОЗ: Рамочная конвенция по борьбе против табака (РКБТ). С 19 сентября 2013 г.: 51 из 53 европейских членов ВОЗ и Европейского сообщества являются участниками РКБТ, всего 177 стран мира, которые приняли международные обязательства по применению мер по борьбе против табака. Рамочная конвенция по борьбе против табака является первым международным договором в области здравоохранения, который обязывает страны осуществлять определенные меры, а также осуществляет контроль за их выполнением. Присоединение к РКБТ требует твердой приверженности к реализации этих мер в своих странах. Другим очень важным элементом является цена - чем ниже цена, тем больше курильщиков и выше прибыль. И наконец - вопрос незаконной торговли - вопреки тому, что думают многие, табачная промышленность явля-

ется крупнейшим источником табачной контрабанды, поскольку отрасль делает гораздо больше прибыли, если сигареты продаются на черном рынке.

РКБТ – статья 13 – запрет рекламы табака. Каждая статья РКБТ очень конкретна, однако, например, запрет рекламы и спонсорства до сих пор работает не эффективно. Почему? Поскольку табачная индустрия понимает, что только через стимулирование продажи табачных изделий как «социально приемлемого продукта», она может привлекать новых потребителей, большинство из которых никогда не смогут бросить курить. Просто глядя на этих фотографии понятно, что «ароматный парфюм» на самом деле продает образ «удовольствия и аромата» сигарет. Если мы посмотрим вокруг, мы найдем множество таких примеров.

Запрет любых мер по продвижению табачной продукции

Табачная индустрия постоянно применяет новые тактики продвижения продукции, используя нетрадиционные средства для обхода запрета на рекламу и продвижение товара, например: Вручение подарков, особенно в молодежной целевой группе, использование интернета и новых видов СМИ в качестве «сарафанного радио», использование положительного имиджа корпоративных общественно-полезных дел, таких, как благотворительность или «трудоустройство» инвалидов.

Цены и налоги. Цена является одним из наиболее эффективных способов сокращения потребления табака. Тем не менее, производители табачных изделий используют много аргументов, чтобы «убедить» правительства, что повышение цен приведет к контрабанде (это на самом деле не так, вообще-то да, но контрабандой займется сама табачная промышленность), что высокая цена приведет к сокращению государственных доходов от налогов (это не так – тем более, что расходы на здравоохранение, пропуск работы по болезни – как прямые расходы будут сильно сокращаться). Вот ситуация с налогообложением табачных изделий в Казахстане. Хотя на самом деле налоги и цены «номинально» увеличились, в связи с инфляцией фактическое налогообложение снизилось. Мы можем сравнить ситуацию в отношении доли налогов в цене с некоторыми другими странами. Посмотрите на ситуацию с ценами на пачку сигарет и доле акциза в цене. Это данные 2008 года и в ряде стран ситуация изменилась.

Протокол по прекращению незаконной торговли – открыт для подписания. Как я уже сказала, цена является одним из наиболее эффективных способов сокращения курения табака. Тем не менее, табачная промышленность использует много аргументов, чтобы «убедить» правительства, что повышение цен приведет к контрабанде (вообще-то такая вероятность есть, но! контрабандой займется сама табачная промышлен-

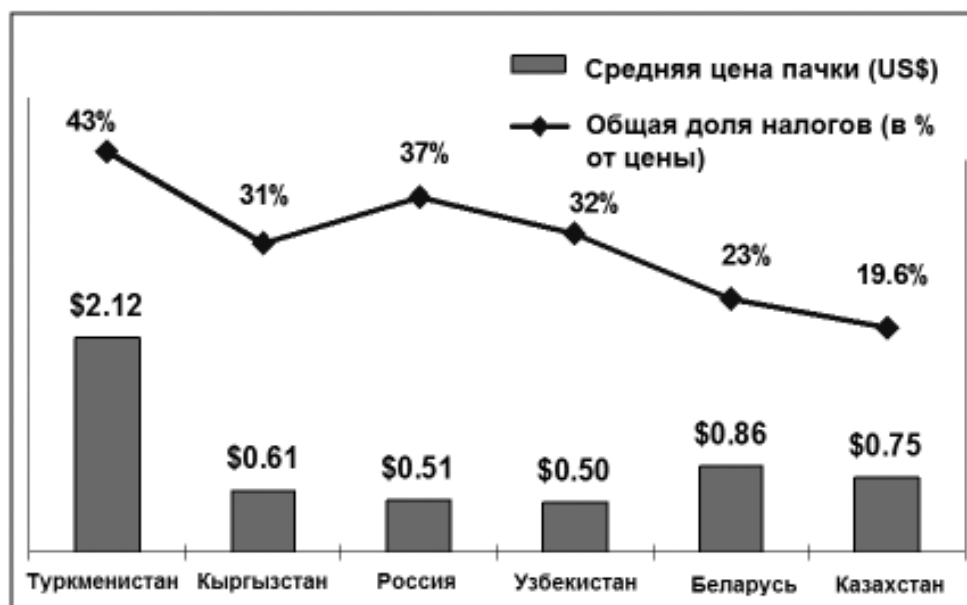


Рисунок 1 - Цены и налоги в Казахстане и соседних странах – 2008 г.

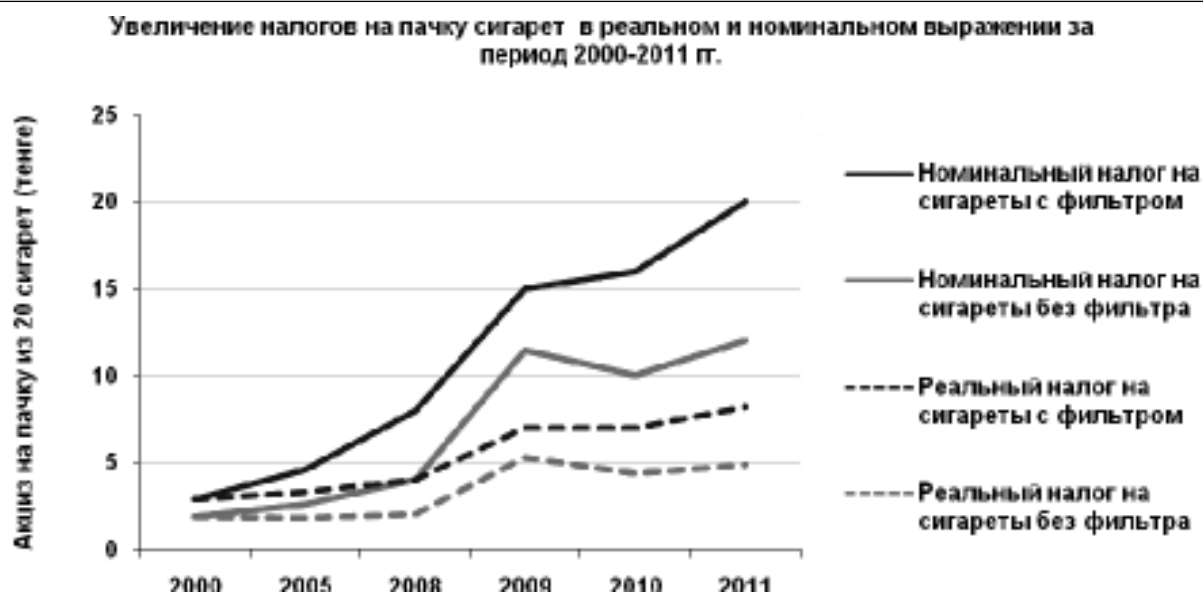


Рисунок 2 - Увеличение налогов на пачку сигарет в реальном и номинальном виде (2000-2011 гг.).

ность). Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями открыт для подписания (Казахстан его еще не подписал) и позволяет странам принимать совместные действия против табакокурения.

И еще раз вернемся к конечному результату курения - смерти. Здесь вы можете увидеть смертность и долю смертей из-за курения. Казахстан лидирует в группе представленных стран, что показывает, что существуют причины и необходимость для вмешательства.

Усиление влияния пациентов и сообщества

— Информация — это сила — каждый в силах помогать устранять барьеры!

— Распространение информации и пропаганда здорового образа жизни и факторов риска (**целостный подход** — до зачатия — для женщин и мужчин — во время беременности — в детском саду — в школах — на рабочем месте — в пожилом возрасте)

— Укрепление мер по предотвращению и борьбе с болезнями на рабочем месте

— Программы по устранению предрассудков в отношении больных

Все это может быть достигнуто за счет сильной первичной медико-санитарной помощи, путем обязательств по снижению неравенства в связи с социально-экономическими различиями. Всего неделю назад мы были свидетелями исторического события в ??Алматы 35-ой годовщины Декларации о первичной медико-санитарной помощи, которое фактически стало подтвержде-

нием обязательств. Это один из наиболее эффективных инструментов, которые у нас есть - и это не «медицинская помощь» это инструмент для «ЗДОРОВЬЯ» не только «предотвращение болезни», а «укрепление здоровья» - может быть, нашим первым шагом должно стать то, что вместо «медицинская помощь» мы должны начать говорить «услуги для здоровья». Профессор Шарманов сказал на открытии мемориальной доски: история всемирного здравоохранения может быть разделена на две части - до и после Алма-Атинской декларации - это «Мекка» здравоохранения. Я надеюсь, что 2013 будет историческим годом, в котором здравоохранение одержит победу.

Более того, в 2011 году - мировые лидеры согласились, что «Неинфекционные заболевания являются самой большой угрозой для развития: - в 2012 году ВОЗ приняла Глобальную стратегию и план действий по неинфекционным заболеваниям.

В 2013 году мы продолжаем реализацию плана действий на уровне стран и разрабатываем соглашение о показателях для мониторинга прогресса. На этом слайде приведены основы нового глобального плана действий ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями. В Европе он может быть реализован в рамках европейской политики здравоохранения — 2020, без промедлений устанавливая социально-экономические детерминанты в качестве коренных причин неравенства в отношении здоровья и межотрасле-

Таблица 1 - План действий по неинфекционным заболеваниям

Фактор риска / заболевание	Вмешательство
Употребление табачных изделий	• Повышение налогов • Запрет курения на работе и в общественных местах • Информация о вреде здоровью и предупреждения • Запрет на рекламу табака, промо-акции и спонсорство
Злоупотребление алкоголем	• Повышение налогов • Ограничения в розничной торговле алкоголем • Запрет на рекламу алкоголя
Нездоровое питание и недостаток физической активности	• Снижение употребления соли с пищей • Замена транс-жиров на полиненасыщенные жиры • Пропаганда здорового питания и физической активности через СМИ
Сердечнососудистые заболевания и диабет	• Консультирование и мульти-лекарственная терапия для лиц с высоким риском развития инфаркта и инсульта (включая лиц с имеющимся сердечно-сосудистым заболеванием) • Лечение сердечных приступов аспирином
Рак	• Вакцинация от гепатита В для предупреждения рака печени • Выявление и лечение предраковых патологий для предупреждения рака шейки матки

вое сотрудничество как ключевой подход для достижения лучшего здоровья и благополучия. Давайте посмотрим: на национальном уровне: необходим план действий по борьбе против табака, включая исследование курильщиков и составление представления о том, какие группы населения более подвержены курению; фискальная политика должна учитывать цену и налогообложение — доказано, что увеличение цен и налогов ведет к снижению числа начинающих курить среди молодежи и курящих среди взрослых; полный запрет спонсорства, в том числе проявлений «социальной корпоративной ответственности» табачной промышленности и, наконец, - для тех, кто уже курит - вторичная профилактика, меры по поддержке отказа от курения и мониторинг состояния здоровья вместе с изменениями в образе жизни и пропаганда здорового образа жизни будет способствовать снижению бремени болезней, связанных с табаком. Идея борьбы против табака, как вы можете видеть, проходит через все четыре направления действий.

Эта таблица представляет собой список наиболее эффективных мероприятий, которые, при их осуществлении, будут иметь большой кумулятив-

ный эффект на смертность, заболеваемость и инвалидность от неинфекционных заболеваний.

Как вы видите, для борьбы с табакокурением существуют 4 важные меры, но они должны быть качественно реализованы. Специалисты системы здравоохранения играют при этом огромную роль - не только в обеспечении индивидуальных или массовых услуг населению, - но и в пропаганде здорового образа жизни, поскольку они - лучше информированная часть общества, и в повышении осведомленности политиков, предпринимателей, населения и молодежи - и во влиянии на эти решения.

ВОЗ будет продолжать предоставлять доказательства, собранные по всему миру, поощрять и облегчать обмен опытом, призывать на международном и страновом уровне к лучшему «руководству в интересах здоровья» для «здоровья во всех стратегиях» к действиям, которые позволят уменьшить экономическое бремя и страдания от болезней, однако ответственность за «лидерство в здравоохранении» в обществе остается на национальном уровне.

Казахстан — забота о здоровье на высшем уровне. Здоровый образ жизни и принцип соли-

дарной ответственности человека за свое здоровье — вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и в повседневной жизни населения (из обращения к нации Президента РК Н.А.Назарбаева, январь 2012г.). Казахстан демонстрирует высочайшую политическую приверженность и поддержку стратегии укрепления здоровья. Я считаю, что все меры, которые доказали свою эффективность и которые спасают здоровье и жизнь людей в Казахстане могут и будут реализованы. Желаю вам плодотворного сотрудничества, и надеюсь, что в один прекрасный день мы все будем жить в «свободном от табачного дыма» мире.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 .Ashgabat Declaration on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the Context of Health

2020 // WHO Regional Office for Europe. - Copenhagen. - 2013.

2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data // Global status report on noncommunicable diseases. - 2010.

ТҮЙІН

Темекі жылма-жылдың 5,4 миллион адамдары сарп етіледі. Әлемде табак қолданудан 2030 жылға 8 миллион адам жыл сайын өледі. Темекі инфекция емес аурулардан өлім-жітімі себеп болып табылады, БҰҰ 2012 жылында инфекция емес ауруларына қарсы әрекеттерді және Әлемдік стратегияны қабылдады.

SUMMARY

Tobacco kills about 5.4 million people every year. By 2030, tobacco use in the world will die each year 8 million people. Tobacco is the cause of death from non-communicable diseases, in 2012 the WHO adopted the Global Strategy and Plan of Action on noncommunicable diseases.

Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Т.С. ХАЙДАРОВА

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

МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РОЛЬ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НЦПФЗОЖ В УКРЕПЛЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РК

Аннотация

В соответствии со Стратегией «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства девизом нашего взаимодействия является «Здоровье нации — основа нашего успешного будущего» «Профилактическая медицина должна стать основным инструментом в предупреждении заболеваний.

Ключевые слова: межсекторальное взаимодействие, хронические неинфекционные заболевания, факторы риска развития НИЗ, формирование здорового образа жизни, физическая активность, здоровое питание.

Актуальность проблем, вызванных хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ - артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких, ожирение, сахарный диабет) для всех стран мира и в том числе для Республики Казахстан несомненна. По данным ВОЗ [1-3]:

- Ежегодно от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает более 36 миллионов человек в мире. Более 9 миллионов людей, умирающих от НИЗ, входят в возрастную группу до 60 лет [4-5]. В Казахстане ежегодно по причинам ХНИЗ умирает более 25 000 человек.

- Сердечно-сосудистые заболевания приводят к большинству случаев смерти от НИЗ - от них ежегодно умирает 17 миллионов человек. Далее следуют онкологические заболевания (7,6 миллиона), респираторные болезни (4,2 миллиона) и диабет (1,3 миллиона). На эти четыре группы болезней приходится примерно 80% всех случаев смерти от НИЗ. Они имеют четыре общих фактора риска: употребление табака, недостаточная физическая активность, вредное употребление алкоголя и нездоровое питание [6-7].

В Докладе о состоянии здравоохранения в Европе и в последующих документах ВОЗ по борьбе с НИЗ [4-6], указываются следующие основные факторы риска развития неинфекционных заболеваний:

1. Повышенное артериальное давление - 12,8%,
2. Потребление табака - 12,3%,
3. Употребление алкоголя - 10,1%,
4. Высокий уровень холестерина в крови - 8,7%,

5. Избыточный вес - 7,8%,

6. Низкое потребление фруктов и овощей в пищу - 4,4%,

7. Низкая физическая активность - 3,5%.

По данным ВОЗ, четыре неинфекционных заболевания, включая болезни сердца и инсульт, диабет, рак и хронические заболевания легких, в значительной степени предотвратимы (40,0% случаев предотвратимы) с помощью эффективных форм вмешательства, направленных на общие модифицируемые факторы риска, такие как употребление табака, нездоровое питание, отсутствие физической активности, вредное употребление алкоголя [4-9].

Распространенность табакокурения (употребление курительных и не курительных видов табачных изделий) среди взрослого населения по данным 5-го национального исследования, проведенного в 2012 году составляет в среднем среди респондентов Республики Казахстан 26,5 %, минимальный уровень в Кызылординской области, максимальная распространенность в Северо-Казахстанской области [10].

Показатель смертности от болезней системы кровообращения в 2012 году составил в среднем по стране 300,58. Минимальный показатель в Южно-Казахстанской области равен 153,93 максимальный в Северо-Казахстанской области [11].

В рамках выполнения Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» (2011-2015 гг) Министерством здравоохранения и сотрудниками НЦПФЗОЖ МЗ РК проводится большая работа по внедрению первичной профилактики в системе здравоохранения [12].

В настоящее время становится очевидным, что снижение заболеваемости и смертности населения от ХНИЗ нужно решать через усиление межсекторальной работы и перехода к системе общественного здравоохранения [13-18].

В рамках заключенного между 8 министрами межсекторального соглашения по достижению целевых индикаторов Госпрограммы «Саламатты Казахстан» реализуется 7 межсекторальных программ, включая здоровье школьников и подростков, здоровое питание, повышение мотивации населения к собственному здоровью. Так, Министерством образования и науки реализуется проект по обеспечению питания школьников; министерством по чрезвычайным ситуациям — созданию 40 трассовых пунктов по оказанию экстренной медико-спасательной помощи на трассах республиканского значения до 2015 года, развитию санитарной авиации. В 2012 году министерством здравоохранения было профинансировано на эти цели свыше 16 млрд. тенге [12].

На сегодняшний день для реализации первого направления Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» - межсекторального взаимодействия по ФЗОЖ приняты антитабачные Законы, и осуществлен полный запрет рекламы табачных изделий, продолжается процесс повышения акцизов на табачные изделия, реализуется запрет курения и демонстрация предупреждений о вреде курения в местах продажи табачных изделий и защита окружающих от воздействия табачного дыма.

Например, Постановлением Правительства РК от 22 ноября 2011 года № 1366 утверждены Правила размещения на пачке табачного изделия и упаковке табачного изделия сведений о составе, уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах и предупреждения о вреде курения, о необходимости пиктограмм (шокирующих картинок) на сигаретных пачках [19].

Постановлением Правительства РК от 22 ноября 2011 года №1367 также утверждено размещение Предупреждения о вреде курения в местах, осуществляющих продажу табачных изделий. Данные статьи Постановления Правительства РК вступили в силу в 2013 году [20].

В итоге, с апреля 2013 года в республике появились пачки сигарет с пиктограммами — фотоизображениями заболеваний, вызванных курением, что соответствует лучшей международной практике проведения межсекторальных мер по

защите населения от табачного дыма.

Сегодня более 400 организаций образования, здравоохранения, госорганов объявлены «Зонами, свободными от курения». Проводятся: Всемирный день борьбы против рака, Всемирный день осведомленности о раке молочной железы, Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией, Всемирный день сердца, Всемирный день борьбы с диабетом, Всемирный день продовольствия и борьбы с ожирением, Всемирный день борьбы с ХОБЛ.

Систематически проводятся кампании по сокращению числа курильщиков: Всемирные и Международные дни, месячники и декадни, конкурсы «Брось курить и выиграй», проект «Город, свободный от табачного дыма» Алматы, Астана, создание сети антитабачных центров и кабинетов — 95, школ здоровья по поведенческим ФР — 318, акции «Поменяй дружбу с сигаретой на дружбу со спортом», «Поменяй сигарету на яблоко» и др).

Внедряются новые технологии обучения медицинских работников и населения. Так, например, на базе НЦПФЗОЖ действует учебно-тренинговый центр, оснащенный симуляционными муляжами и манекенами.

Для повышения физической активности и развития массового спорта в школах республики введен третий урок физической культуры. Продолжается оснащение спортивным инвентарем и оборудованием организаций образования, дворовых площадок и дворовых клубов. Среди населения пользуется популярностью проведение информационных кампаний и спортивных соревнований: «Папа, мама и я — здоровая семья», «Президентская миля — путь к здоровью», Спартакиады медицинских работников и по Национальным видам спорта, акция «Фестиваль здоровья» по девизом «Здоровье в порядке, спасибо зарядке!» и «На зарядку становись!», «Специальные Олимпийские игры» для лиц с ограниченными возможностями и др.

В организациях и на предприятиях внедряется производственная гимнастика и физкультурминутки. В едином формате создаются информационно-образовательные материалы в виде печатной продукции, аудио-видеороликов, радио и телепередач.

С целью содействия здоровому питанию введен запрет продажи газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков и продуктов питания, содержащих генно-

модифицированные ингредиенты, в дошкольных и общеобразовательных организациях.

В рамках Международной и Национальной недели активизируется пропаганда и поддержка исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни. Совершенствуется школьное питание.

Совместно с производителями внедряются проекты «школьное молоко» и др.

Проблемы, которые препятствуют более эффективному внедрению межсекторальных и межведомственных мер и социально-ориентированной ПМСП:

1. Высокая доступность табачных и алкогольных изделий:

- Низкие цены вследствие низких акцизных ставок

- Условия продажи

2. Несовершенный механизм наложения штрафов (необходимость составления протокола, ожидание решения суда) и низкий уровень штрафов за нарушение запретов курения и употребления алкоголя в общественных местах

3. Недостаточная информированность потребителей алкогольных и табачных изделий:

- Отсутствие предупредительных надписей на алкогольных изделиях

4. Не запрещена косвенная реклама табачной и алкогольной продукции

- Чрезмерная реклама безалкогольного пива

5. Отсутствие государственной монополии на производство и продажу алкогольных напитков

6. Несовершенство нормативной базы по регулированию места, времени продажи алкогольной продукции, а также лицам в состоянии алкогольного опьянения

7. Отсутствие поддержки общественных и религиозных инициатив, например, о запрете продажи алкогольной продукции в дни государственных и религиозных праздников, территориальные ограничения и др.

8. Отсутствие нормативной базы для создания Фонда здоровья, средства которого расходовались бы на усиление информационных кампаний, стимулирования и поддержки отказа от курения

9. Отсутствие в школьной программе предмета по профилактике табакокурения, злоупотребления алкоголя, других психоактивных веществ

11. Отсутствие единого подхода к вопросам сбалансированного питания

12. Недостаточный охват общеобразовательных школ горячим питанием

13. Несоблюдение постановления о запрете продажи отдельных продуктов питания и содержащих генно-модифицированные ингредиенты

14. Отсутствие единой политики в продвижении физической активности

15. Низкая доступность населения спортивно-оздоровительными организациями, недостаточное оснащение спортивными принадлежностями дворовых площадок

16. Отсутствие повсеместного внедрения производственной гимнастики в организациях и предприятиях

17. Отсутствуют реальные механизмы реализации политики рационального питания, в частности фортификации муки, производства обезжиренных мясо-молочных продуктов

Дальнейшие пути сотрудничества в борьбе с ХНИЗ

На уровне Правительства:

1. Развивать межсекторальную государственную политику в области охраны и укрепления общественного здоровья.

2. Уделять первоочередное внимание профилактике ХНЗ и внедрять межсекторальную политику по расширению участия других секторов экономики.

3. Вовлекать гражданское общество в целях использования его особых возможностей по профилактике ХНЗ (социальный заказ среди НПО по пропаганде ЗОЖ и профилактике заболеваний).

4. Вовлечение бизнеса в политику усиления его вклада в профилактику ХНЗ.

5. Развивать и усиливать возможности национальных систем здравоохранения по координации, реализации, мониторингу и оценке национальных стратегий и программ в отношении ХНЗ (Рабочие группы по координации и мониторингу, НКС).

6. Внедрять общенациональные скрининговые программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

7. Применять экономически эффективные меры политики, такие как налоговая политика, регулирование для снижения распространенных факторов риска, таких как употребление табака, нездоровое питание, низкой физической активности и злоупотребление алкоголем.

На уровне Министерства здравоохранения:

1. Укреплять информационные системы здравоохранения для мониторинга изменений бремени ХНЗ, их факторов риска, детерминант, влия-

ния и эффективности мер укрепления здоровья.

2. В соответствии с национальными приоритетами укреплять системы общественного здравоохранения.

3. Внедрять услуги, связанные с ХНЗ в работу служб первичной медико-санитарной помощи.

4. Расширять доступ к экономически эффективным мерам профилактики, лечения и ухода для комплексного ведения больных с ХНЗ, включая доступ к доступным по цене, безопасным и высококачественным лекарственным препаратам на основе учета потребностей и имеющихся ресурсов.

5. Внедрять и распространять результаты научных исследований для выявления причин ХНЗ, определения эффективных подходов и стратегий к профилактике ХНЗ.

6. Улучшение ведения и управления заболеваниями

В соответствие со Стратегией «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства» девизом нашего взаимодействия является «Здоровье нации — основа нашего успешного будущего» «Профилактическая медицина должна стать основным инструментом в предупреждении заболеваний. Необходимо сделать большой упор на информационно-разъяснительной работе с населением страны».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальная стратегия для профилактики и борьбы с НИЗ. — 2000.
2. Хельсинская Декларация и план действий по улучшению условий жизни и здоровья детей. — 2004.
3. Глобальная стратегия ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью. — 2004.
4. Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения // Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ. — 2005.
5. Бангкокская декларация по укреплению здоровья в условиях глобализации. — 2005.
6. Европейская стратегия профилактики и борьбы с инфекционными заболеваниями. — 2006.
7. Европейская Хартия по борьбе с ожирением. — 2006.
8. План действий в области пищевых продуктов и питания для Европейского региона ВОЗ на 2007-2012 гг. (2008).
9. План действий для Глобальной стратегии по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2008-2013 гг. (2008).

10. 5-е Национальное исследование «Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, физическая активность, медицинская активность, информированность населения по поведенческим факторам риска, информированность и мотивация населения к ведению здорового образа жизни)» // Отчет НЦПФЗОЖ МЗ РК — 2012. - 274 с.

11. Сборник МЗ РК «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2012 году». - 2013. - 319 с.

12. Выступление на панельной сессии VI Астанинского экономического форума депутата Мажилиса Парламента РК Н.Петуховой. - 24 мая 2013 г.

13. Таллинская Хартия по борьбе с ожирением. — 2008.

14. Глобальная стратегия по сокращению вредного употребления алкоголя. — 2010.

15. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними. - сентябрь 2011 г.

16. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. — 2003.

17. Московская декларация по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям. - 2011.

18. Венская декларация по вопросам питания и неинфекционных заболеваний. - 2013.

19. Постановление Правительства РК №1366 от 22 ноября 2011 г.

20. Постановление Правительства РК №1367 от 22 ноября 2011 г.

SUMMARY

In the framework of the State Program for Health Development «Salamatty Kazakhstan» (2011-2015 years) and Ministry of Health staff NCPHLD was done much work to implement primary prevention in the health system and HLD of population. To influence the rest of non-medical determinants of health that are outside the health system, it is necessary to strengthen and increase the effectiveness of intersectoral work and transition the public health system.

ТҮЙІН

Денсаулық сақтау министрлігі мен Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері ұлттық орталығы мамандарымен Денсаулық сақтауды дамытуда «Саламатты Қазақстан» (2011- 2015жж) мемлекеттік бағдарлама-сын орындау шеңберінде Денсаулық сақтау жүйесіне және халықтың салауатты өмір салтын қалыптастыруға біріншілік алдын алуды енгізу бойынша үлкен жұмыс жүргізіледі. Денсаулық сақтау жүйесі қызметінен тысқары болатын денсаулықтың қалған медициналық емес детерминанттарына әсер ету үшін қоғамдық денсаулық сақтау жүйесіне өту мен сектораралық жұмыстың тиімділігін жоғарлату қажет және күшейту қажет.

J. BREDA

Programme Manager of Nutrition, Physical Activity and Obesity, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

**PREVENTION AND CONTROL OF NONCOMMUNICABLE DISEASES
IN THE WHO EUROPEAN REGION - POLICY DEVELOPMENTS IN NUTRITION
AND PHYSICAL ACTIVITY**

Health 2020 Strategic objectives:

1. Improving health for all and reducing health inequalities;
2. Improving leadership and participatory governance for health.

WHO Reform and Health 2020 in the global and regional context: Demographic and epidemiological challenges; Widening health gaps; Standing up for public health values and rights; Advancing well-being; Challenging economic times.



Picture 1 – European NCD Action Plan

Set of voluntary global NSD targets for 2025: Premature mortality from NSD's 25% reduction; Harmful use of alcohol 10% reduction; Physical inactivity 10% reduction; Salt sodium intake 30% reduction; Tobacco 30% reduction; Raised blood pressure 25% reduction; Diabetes /obesity 0% increase; Drug therapy and counseling 50% coverage; Essential NCD medicines and technologies 80% coverage.

Nutrition & NCD related burden:

- 15 of 20 most important risk factors in Global Burden of Disease nutrition and PA related;

- 1:3 children overweight/obese;
- 46 countries: over half the population is Overweight or Obese;
- All countries way above the WHO salt recommendation.

Policy and Social Innovation, Regulation & taxes:

- 4 countries in the EU with bans on “trans” fat and several others with effective self-regulatory approaches;
- Social innovation – use of taxes for PH: several countries but Hungary and Denmark most recent prominent examples:
 - Estimated revenue was accomplished;

- No differences in social class;
- 6% reduction in saturated fat;
- Marketing food to children;
- Mainstream food reformulation – i.e. salt;

Salt policies and inequalities Salt policies and inequalities: Inequality-adjusted Human Development Index (IHDI) compared to the current status of the national salt initiative within Member States if the WOH region for Europe. Category:

1. No current salt initiative;
2. Partially implemented/planned
3. Fully Implemented. A

Lower IHDI appears to be more common in countries with no current salt reduction initiative.

Way forward:

“...contribute significantly to the reduction of NCDs by addressingexcessive intake of energy, saturated fats and trans fats, free sugars and salt, as well as low consumption of vegetables and fruit..”

“Development of a new food and nutrition action plan”

“Development of a physical activity strategy, alongside the new food and nutrition action plan” [In: Vienna Declaration on Nutrition and NCD in the Context of Health 2020].

REFERENCES

1. WHO Reform and Health 2020 in the global and regional context, Health 2020.
2. WHO European Ministerial Conference on Nutrition and Noncommunicable Diseases in the Context of Health 2020 // 4-5 July 2013. - Vienna, Austria.

РЕЗЮМЕ

На Европейской конференции министерств по питанию и ХНИЗ в контексте Стратегии «Здоровье-2020» установлены 5 приоритетов: 1 – Создать здоровые продукты питания, напитки, окружающую среду и стимулировать физическую активность всех; 2 – Продвигать улучшение здоровья за счет здорового питания на протяжении всего жизненного цикла человека; 3 – Усилить систему здравоохранения в части поддержки здоровья и обеспечения услуг для хронических неинфекционных заболеваний; 4 – Поддержать надзор, мониторинг, оценку и научные исследования популяционного статуса питания и поведения; 5 – Усилить возможности управления и руководства, альянс и развитие сети, а также вовлечение сообщества в дело продвижения здоровья и усилий по предупреждению заболеваний.

ТҮЙІН

Қоректену бойымен министрліктердің Еуропалық конференциясында және стратегияның мәнінде созылмалы инфекциялық аурулар «Денсаулық-2020» 5 басымдылықтар орнатылған: 1 - сау азықтар, сусындар, қоршаған орта құрсын және физикалық белсенділік барлық жағдай жасау; 2 - адамның жинағы өмірлік оралымын бойыдағы сау қоректенудің есебіне денсаулықтың жақсартуын алға бастыру; 3 - созылмалы инфекция емес аурулар үшін денсаулық және қызметтердің қамтымы қолдаудың бір бөлігінде денсаулық сақтау жүйесін күшейту; 4 - қоректенудің популяциялық мәртебесі және мінез-құлық қадағалау, бақылау, бағаны және ғылыми зерттеуді қостау; 5 - басқарудың мүмкіндігі және басқару, желінің альянс және дамуын күшейтсін, ауруларды ескерту бойымен денсаулықтың алға басуын іске және күштерді бірлестіктің тартуы сонымен бірге ал.

УДК 616.89-008.441.44-084:614.2

С.А. АЛТЫНБЕКОВ

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

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПРЕВЕНЦИИ СУИЦИДОВ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Аннотация

Вопросы суицида и его профилактики являются актуальными как для Казахстана, так и для многих стран СНГ. Суицид - одна из лидирующих причин смерти от внешних причин среди молодых людей.

Ключевые слова: молодежь, суицид, суицидальное поведение, предикторы суицидальных мыслей, факторы риска суицидов.

Актуальность. Согласно данным базы данных ЮНИСЕФ Казахстан входит в группу стран с одним из самых высоких уровней суицида, особенно среди подростков обоих полов в возрасте 15-19 лет.

Каждый человек, убивающий себя, оставляет позади многих — членов семьи и друзей, чьи жизни подвергаются суровому эмоциональному, социальному и экономическому воздействию. В дополнение к тем, кто умирает, много других людей выживают после суицидальных попыток и актов членовредительства, но их состояние представляется достаточно серьезным, чтобы требовать внимания со стороны общества и профес-сионалов.

Результаты. Суицидальное поведение включает: суицидальные мысли, суицидальные попытки, собственно суицид.

Суицид может случиться в любом возрасте, суицид среди молодых людей является важной проблемой общества, он негативно влияет на несовершеннолетних, их семьи и общество.

Для разработки эффективных программ предупреждения, нам надо знать, на какие факторы риска и защиты надо опираться.

Масштабы проблемы:

- Каждый год от суицида погибает практически один миллион человек

- Годовой коэффициент смертности составляет 14,5 на 100 000 или один смертельный случай каждые 40 секунд

- На каждый заверченный случай суицида приходится от 10 до 20 попыток

- Реальное количество суицидов превышает данные официальной статистики

За последние 45 лет интенсивность суицидов в мире выросла на 60%.

Среди стран, представляющих в ВОЗ отчеты о состоянии суицида, самые высокие показатели наблюдаются в странах Восточной Европы.

В среднем, представляется, что на одно женское самоубийство приходится три мужских, что имеет место практически по всех возрастных группах, за исключением преклонного возраста, когда показатели среди мужчин еще выше.

Частота проявлений суицидального поведения стремительно растет, начинаясь в детском возрасте, продолжаясь в течение средне- и позднего пубертантного периода и после вступления в совершеннолетие, достигая максимального уровня среди лиц в возрасте 19-23 лет.

Суицид является второй, наиболее распространенной причиной смертности лиц в возрасте 15-19 лет, после дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и других видов физического вреда здоровью. По меньшей мере, 100 000 подростков в год кончают жизнь самоубийством.

Акты преднамеренного членовредительства среди детей и подростков часто импульсивны и, во многих случаях, членовредители не имеют намерения умереть.

Часто молодежь объясняет свои действия желанием положить конец невыносимым чувствам или уйти от болезненной ситуации.

Суицидальное поведение, равно как и другие виды поведения человека и психических расстройств является комплексным феноменом, вызванным действием нескольких факторов био-социо- и психического (психологического) ха-

рактера. Данная биопсихосоциальная модель поможет нам составить «карту» рисков и факторов защиты индивидуально для человека, имеющего риск суицида.

Провоцирующие факторы риска, сопровождающие суицидальное поведение составляют основу, на которой потенциальные факторы риска действуют как рычаги привода в действие суицидального поведения [1].

Формирование суицидальных мыслей, как один из первых факторов суицидального поведения: от 3,5% до 52,1% несовершеннолетних респондентов сообщали о наличии у себя суицидальных мыслей и мировоззрения; 13,8% обучающейся молодежи серьезно рассматривали вопрос окончания жизни самоубийством, а 10,9% планировали совершение попытки такового в течение 12 месяцев.

Суицидальные мысли в детско-подростковом возрасте связаны с некоторыми нарушениями поведенческих и эмоциональных сфер (например, низкая самооценка и симптомы депрессии).

Предикторами суицидальных мыслей являются:

- у мальчиков: безнадежность, зависимость и слабые способности в части социально-эмоциональной адаптации;
- у девочек: разлад в семье и ранние проблемы с поведением, а также слабое понимание роли и распределения ролей в семье;
- употребление ПАВ и обеспокоенность своей отчужденностью могут спровоцировать суицидальные попытки среди лиц обоих полов;
- расстройства эмоциональной сферы, а также стрессовые факторы повышают риск возникновения суицидальных мыслей: приступы паники являются факторами риска, провоцирующими появление идей предпринять попытки самоубийства у женщин, в то время, как у мужчин такими провоцирующими факторами являются приступы агрессии;

Суицидальные попытки более характерны и распространены среди более молодых людей, нежели людей преклонного возраста. Коэффициент соотношения завершенных - незавершенных суицидальных попыток у людей младше 25 лет составляет пропорцию порядка 1:100–200 (*McIntire et al., 1981*). 6,3% обучающейся молодежи предпринимали суицидальные попытки один или несколько раз, а 1,9% сообщали о суицидальных попытках, закончившихся медицинским вмешательством в течение 12 месяцев (*YRBS, 2009*). Более половины тех, кто совершал суицидальные попытки делали это не один раз.

Более 10% подростков имели рецидивы суи-

цидальных попыток в течение года, после совершения таковых и в течение последних 7 лет интенсивность рецидивов выросла на 20%.

Суицидальные попытки, совершенные нетривиальными методами, а также попытки с серьезными медицинскими последствиями являются индикатором возможного суицидального поведения и повторных попыток, а также, что в будущем суицид будет доведен до завершения (*Beck et al., 1974*).

Существует связь между повторными суицидальными попытками и совершенным суицидом, особенно среди лиц мужского пола и при использовании brutальных способов самоубийства (*Hawton, 1993*).

Суицид является второй причиной смертности, после ДТП и прочих видов физического вреда жизни, среди контингента 15-19 лет

В Европе каждый год в самоубийствах гибнет примерно 13500 молодых парней и девушек (15-24 лет). Считается, что статистика суицидов среди несовершеннолетних отражена не полно - на 30% [2].

Необходимо отметить, что интенсивность случаев суицида неравномерно распределяется по всему населению. Одним из самых важных демографических маркеров суицида является возраст. Во всем мире существует тенденция суицидальной интенсификации с возрастом.

Способы официального отражения фактов смерти в разных странах разные, из-за чего попытки сравнить статистику и интенсивность суицидов по странам представляется чрезвычайно сложной задачей. Следующие факторы, способствующие недооценке реальных цифр в официальных отчетах:

- Нежелание классифицировать смерть, как результат суицида, в основном из-за религиозно-социальных причин;
- Отсутствие стандартизированной единой системы учета суицида;
- Различные уровни подготовки среди лиц, занимающихся установлением причин смерти.

Факторы риска суицидального поведения в детско-подростковом возрасте:

Провоцирующие факторы риска: нейробиологические факторы; семейная история суицида; психические расстройства; употребление и злоупотребление ПАВ; импульсивно-агрессивное поведение; травмы в детстве [3-4].

Основные провоцирующие факторы риска:

Импульсивность и серотонинергическая система

Ряд проведенных исследований доказал, что

плохой оборот и обмен серотонина в мозге, показателем которого является низкий объем цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) (5-HLAA), связан с повышенной импульсивностью, ослабленным контролем за агрессивным поведением и попытками суицида.

Убедительные доказательства генетической предрасположенности суицидальному поведению приведены в исследованиях близнецов, двойняшек и приемных детей:

- В шесть раз больше проявлений суицидального поведения среди биологической родни самоубийц;

- Отсутствие суицидального поведения среди приемных членов семей, в которых имел место суицид кровного родственника;

- Увеличенная согласованность суицидального поведения среди однояйцевых, чем разнояйцевых близнецов (18% против 0.7%).

Передача по семейной линии

В дополнение к генетическому компоненту существует семейное влияние на формирование суицидального поведения посредством передачи через условия окружения, например неприспособленные к жизни родители, насилие в семье

Риск возникновения суицидальных попыток среди несовершеннолетних и молодых людей имеет тенденцию связи с семейными психопатологиями, в частности злоупотреблением веществами и невротическими, аффективными и личностными расстройствами (*Mittendorfer-Rutz et al., 2008*)

Риск суицидальной попытки имеет тенденцию связи с суицидальным поведением в семье, особенно в семьях, где суицидальные попытки уже имели место (*Mittendorfer-Rutz et al., 2008*)

Семейное кластирование (накопление суицидального поведения и истории) было отмечено в исследованиях, как элемент, присутствовавший в жизни несовершеннолетних лиц, совершавших суицидальные попытки (*Johnson et al., 1998; Pfeiffer et al., 1994*).

В 2,9 раза больше риска суицидальной попытки, если родитель или кровный родственник был заключен в медицинское учреждение в связи с психическим заболеванием. Наличие близкого родственника (брата-сестры, родителя, тети или бабушки-дедушки), совершившего суицид повышает риск суицида в два раза.

Семейный суицид может быть результатом имитации генетики. Если имеет место влияние со стороны генетики или является ли это предрасположенностью к какому-то психическому

заболеванию, наследуемому по родственной линии наука еще не знает.

Имеется отчетливая связь между неполноценной семьей и суицидальным риском. Положительная связь между интенсивностью разводов и суицидов на ранних этапах жизни. Отсутствие другого родителя связано с увеличением смертности в суицидах среди детей. Жертвы суицида имеют очень плохой контакт с родителями, в сравнении и контрольной группой подростков. Отсутствие гармонии и теплоты в семье и плохие отношения между родителями и их детьми являются причинами детских и подростковых психических расстройств, например агрессивного поведения, нарушений и расстройств эмоционального фона, а также злоупотребления ПАВ.

На момент своей смерти, более 90% несовершеннолетних самоубийц имели те или иные психические расстройства. (*Shaffer et al., 2001*). Необходимо отметить, что это в основном невротические расстройства, которые связаны с различными внешними факторами и надо их выявлять в школах, в семье и т.д. Зачастую они бывают скоротечны во времени, здесь необходима активная работа психологов, педагогов, определенная коррекция. Несовершеннолетний со своими душевными расстройствами может натолкнуться на большее количество стрессовых событий или же такие подростки и дети могут воспринимать некоторые события слишком остро.

Суицид представителя обсуждаемой возрастной группы практически всегда происходит в условиях активной фазы зачастую поддающегося лечению психического расстройства, которые было не замечено окружающими (*Shaffer et al., 2004; Brent et al., 1999*).

Наиболее распространенными формами психических расстройств, зафиксированного при изучении свершившихся самоубийств является **нарушения настроения и злоупотребление некоторыми веществами и алкоголем**

Коморбидность некоторых расстройств имеет широкое распространение

Злоупотребление психоактивными веществами. Потребление алкоголя несовершеннолетними является одним из важнейших факторов риска суицидов (*Sher et al., 2006*).

Склонность к суициду ассоциирована с использованием ПАВ (*Sher & Zalsman, 2005; Swahn & Bossarte, 2007*) и является фактором риска, сопровождающим суицидальные попытки и свершившиеся суициды. Лица, предпринимающие суицидальные попытки более склонны к зло-

употреблению психоактивных веществ, и время от суицидальных мыслей до собственно суицида у них значительно сокращается (*Gould et al., 1998*).

Психосоциальные факторы риска:

В основном суициду предшествует стрессовое событие (например: проблемы в школе, разрыв отношений с другом и подругой или же драка друзей, буллинг)

Низкий уровень коммуникации между детьми и родителями может послужить фактором существенного риска (*Gould et al., 1996; Hollis, 1996*).

Совершение суицида может быть ускорено знанием о суициде другого человека

Наиболее частыми проблемными факторами, сопряженными с суицидальным поведением несовершеннолетних могут быть трудности в отношениях с родителями, проблемы с друзьями и социальная изоляция (*Hawton et al., 1996*).

Конфликты в семье, школе и со сверстниками играют главную роль в течение детства и ранне-подросткового периода.

Факторы защиты. Условно факторы защиты подразделяют на 3 группы:

Первая группа — когнитивный стиль и личность, к нему относится:

Чувство собственной значимости; Уверенность в себе, своем поведении и достижениях; Возможность обращения за помощью при возникновении трудностей;

Возможность обращения за советом при необходимости делать важный выбор; Умение прислушиваться и перенимать опыт других людей; Желание обучаться.

Вторая группа — семейная ситуация: Хорошие отношения внутри семьи; Поддержка семьи; Преданность и последовательность родителей;

Третья группа — окружение; правильная диета и режим сна, прогулки в дневное время, физические упражнения, Окружение без табакокурения и наркозависимости

Указанные факторы являются эффективным подходом к первичному и вторичному предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. По данным авторов снижение риска суицидального поведения при наличии этих факторов с другими группами снижается на 78%.

Стратегические подходы превенции, в части подходов:

Сфокусированный подход направлен на повышение образовательного уровня педагогов,

психологов, медицинский персонал, пациентов и их родственников, имеющих проблемы с суицидальным поведением, чему необходимо обучать: раннему выявлению, осознанному отношению родственников пациента, медицинского персонала и эффективному лечению.

Широкий подход направлен в первую очередь на распространение знаний о суициде, проведение психосоциальных программ в школе, преодоление стигм, осуществление контроля за доступностью средств при помощи которых совершают суицид, контроль за правильным освещением в СМИ вопросов суицида.

Для оптимального результата превенции суицидов необходимы комбинирование программ вмешательства и предупреждения как в клинической деятельности, так и в общественном здравоохранении.

Фармакотерапия. Лечение изменений настроения.

Психотерапия. По данным авторов, когнитивная терапия показала обещающие результаты, как средство уменьшения повторных суицидальных попыток и улучшения состояния, равно как и терапия решения проблем, межличностная терапия.

Контроль после суицидальных попыток. Вмешательства в состоянии депрессии, осуществляемые врачами являются наиболее эффективными средствами, в том случае, если они получают информацию о том, как изменяется состояние пациента (при оказании амбулаторной помощи), эти сведения он должен получать от школьных психологов, педагогов, родителей и другого окружения, которые в свою очередь должны знать, что является предиктором таких изменений. Многие пациенты, выживающие попытках суицида будут действовать и далее в этом направлении, особенно сразу после лечения в психиатрическом стационаре.

Осведомленность и обучение. Общественные кампании по распространению знаний с целью способствовать более глубокому пониманию природы суицида и факторов риска, особенно психиатрических заболеваний. Такая деятельность также преследует целью восстановление после заболеваний и суицидов.

Вмешательство возможно на уровне ПМСП, поскольку большинство актов и попыток суицида вовлекают представителей первичной медицинской помощи. В большинстве исследований указано, что отсутствие у этой категории медицинских работников знаний и способности фильтровать депрессивных пациентов могут привес-

ти к увеличению летальных исходов. Поэтому улучшение навыков распознавать депрессию и оценивать риск суицидального поведения является компонентом превентивной деятельности.

Превентивная анти-суицидальная деятельность направлена на общество и способствует выявлению лиц, подверженных риску и перенаправлению их к профильным специалистам для оценки и лечения.

СМИ. Средства массовой информации могут помочь или наоборот навредить деятельности по предотвращению суицидальности. Они могут романтизировать суицид или даже преподнести его, как средство решения проблем в жизни. Данное обстоятельство может воодушевить кого-то на совершение суицидной попытки или на проявление интереса к таким темам в печати. Растущую обеспокоенность внушает Интернет, особенно его сайты, посвященные обсуждениям суицида, инструкций по приведению суицидных планов в действие и нацеленные на группирование партнерских групп, разделяющих суицидальное мировоззрение.

Ограничение доступности средств суицида. Самоубийства во многих странах пошли на убыль после ввода в действие ограничительного законодательства, например по контролю за движением оружия, ограничений на пестициды, детоксификации бытового газа, ограничений на предписывание и продажу барбитуртов, изменений в упаковке анальгетиков на блистерные пакеты, обязательного использования каталитических ковертеров в двигателях машин, монтажа заграждений в местах потенциальных прыжков и т.д.

Определение группы риска. Данная деятельность преследует целью определение и выявление лиц, подверженных риску и направление их к специалистам или проведение профилактических мероприятий, например в школах. Инструменты выявления групп риска депрессии, суицидальных мыслей или актов, примененные к ученикам общеобразовательных школ, несовершеннолетним преступникам и просто молодым людям могут стать надежным и ценным инструментом выявления лиц, подверженных риску и согласно данных других исследователей удваивают количество выявленных лиц, подверженных суицидальному риску.

Выводы. 1. Необходимы различные программы направленные на различные контингент, соответственно и мероприятия как показано на слайде: универсальные, селективные, точечные.

2. Биопсихосоциальная модель превенции суицида, должна отвечать следующим основным критериям: любая программа суицидальной превенции должна быть понятной и приемлемой для общества в целом; важным фактором, влияющим на реализацию программ, является информированность и отношение в обществе к самоубийству;

3. Должны осуществляться мероприятия направленные на снижение потребления алкоголя и других психоактивных веществ;

4. Внедрение мероприятий по ограничению доступности средств для осуществления суицидов;

5. Обучение всех заинтересованных лиц эффективным методам работы с лицами, подверженными риску суицида;

6. Распространение знаний о доказательно обоснованных методах сокращения суицидов; Повышение компетентности педагогического, медицинского и иного персонала;

7. Систематический анализ всех случаев суицидов;

8. Оказание поддержки общественных организаций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.А. Кучер, В.П. Костюкевич. Выявление суицидального риска у детей // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2001.
2. Р. Литмен. Зигмунд Фрейд о самоубийстве // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - №1.
3. К. Лукас, Г.М. Сейден. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства. - М., 2000. - 255 с.
4. Д.С. Исаев, К.В. Шерстнёв. Психология суицидального поведения // Методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суицидология». — Самара, 2000.

ТҮЙІН

Біріккен ұлттар ұйымы қорының дерекқорына сәйкес Қазақстан 15-19 жастағы жасөспірім қыз балалар мен ұл балалардың арасында суицид деңгейі ең жоғары елдердің тобына кіреді. Суицид алдын алуының онтайлы нәтижесі үшін клиникалық қызметтегідей қоғамдық денсаулық сақтау қызметінде де ескерту және араласу бағдарламасын қосу қажет.

SUMMARY

According to the UNICEF database Kazakhstan included into the group of countries with one of the highest rates of suicide, especially among adolescents of both sexes aged 15-19 years. For optimal results to prevent suicide it is necessary to combine intervention and prevention programs in clinical activity and public health.

УДК 616-002.5-082-052

Ц. ГОМБОГАРАМ

Региональный советник по туберкулезу Проекта USAID «Качественное здравоохранение»

**ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОРГАНИЗАЦИИ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ****Аннотация**

Предполагается переход от традиционной модели, принятой в здравоохранении, когда медицинские работники несут полную ответственность за здоровье больного, на пациент-ориентированный подход, привлечение пациента к сотрудничеству, осознанию им ответственности за свое здоровье.

Ключевые слова: пациент ориентированный подход, партнерство, установление контакта с пациентом, туберкулез.

Исторически, медицинское обслуживание было направлено на оказание помощи при острых нарушениях здоровья. Сегодня хронические болезни, включая и туберкулез, являются самой значительной причиной смерти и инвалидности во всем мире.

Это обусловило коренной сдвиг в деятельности систем здравоохранения и медицинской помощи и, таким образом, и в роли пациента. Значительно выросло внимание к практике оказания самопомощи силами самих пациентов, существенная доля услуг ухода и лечения предоставляется на дому, что накладывает на пациентов и их близких более серьезную ответственность в вопросах лечения и поддержания здоровья.

Пациент ориентированный подход требует фундаментального пересмотра сути и функций лечебного процесса, включая следующие аспекты:

- Изменение характера отношений между медицинскими работниками и пациентами: переход от взаимодействий по принципу “главный – подчиненный” к равноправному диалогу и сотрудничеству;
- Повышение “прозрачности” систем здравоохранения и их деятельности, так чтобы пациенты могли ориентироваться и взаимодействовать с ними в соответствии со своими потребностями – задавать вопросы, формулировать требования и др.
- Совершенствование знаний и навыков медицинских работников в области коммуникации с пациентами;
- Повышение доступности и понятности медицинской информации.

Как указано в Стратегии ВОЗ «Остановить

ТБ», программы лечения и контроля над распространением ТБ имеют следующие цели:

- Достижение всеобщего доступа к высококачественной диагностике и лечению, ориентированному на пациента;
- Уменьшение человеческих страданий и социально-экономического бремени, связанного с ТБ;
- Защита малоимущих и уязвимых групп населения от ТБ, ТБ/ВИЧ и МЛУ-ТБ;
- Содействие разработке новых средств и обеспечение их своевременного и эффективного использования;
- Защита и соблюдение прав человека в отношении профилактики, лечения и контроля над распространением ТБ.

Вышесказанное предполагает переход от традиционной модели, принятой в здравоохранении, когда медицинские работники несут полную ответственность за здоровье больного, на пациент-ориентированный подход, привлечение пациента к сотрудничеству, осознанию им ответственности за свое здоровье. Формирование нового пациент-ориентированного подхода в подготовке медицинских сотрудников является актуальным направлением совершенствования профессионального образования.

Ориентация на пациента означает в первую очередь, что лечение должно быть доступным, допустимым и надлежащим. Для этого должны быть приняты следующие меры: устранение финансовых барьеров на пути к диагностике и лечению, обеспечение доступности высококачественных методов лечения и создание сети лабораторий, где можно пройти экспресс-тестирование, наличие высококвалифицированных и достаточных кадровых ресурсов, обеспечение про-

цедур надлежащего инфекционного контроля и т.д. Пациенты должны иметь возможность выбора места прохождения лечения.

Пациенты в свою очередь несут ответственность за то, чтобы сообщать поставщикам медицинских услуг полную и точную личную и клиническую информацию, уведомлять поставщиков медицинских услуг обо всех проблемах, возникающих в процессе лечения, следовать предписанной схеме лечения, побуждать других людей пройти курс лечения, проявлять внимание к другим пациентам с туберкулезом и поставщикам услуг, действовать так, чтобы не подвергать риску других людей, и, если они могут это сделать безопасным способом, предупреждать лиц, контактирующих с ними, о необходимости пройти диагностику.

Информирование больного

Люди, проходящие исследование и лечение от туберкулеза, должны получать полную и точную информацию о рисках, выгодах и альтернативных методах, доступных для них. Люди имеют право знать, что и почему делают с их телом. Неспособность предоставить информацию о тестах и методах лечения демонстрирует отсутствие уважения к осуществлению этого основного права человека. Понимание пациентами о методах лечения повышает вероятность того, что пациенты пройдут весь курс лечения до конца.

Пациента следует информировать, что туберкулез излечим; примерное время, когда он станет не опасным для своих близких и окружающих; возможные побочные реакции лекарственных препаратов; сроки проведения контрольных исследований мокроты за прогрессом лечения, важность соблюдения мер инфекционного контроля; четкое объяснение того, что произойдет, если пациент не придерживается лечения и сообщать когда следует прийти в следующий раз.

Профессиональная компетентность медицинских работников проявляется приоритетным оказанием услуг больным с кашлем, предоставлением диагностических и лечебных для больных туберкулезом. Важными показателями являются срок между первым сбором мокроты и полученным результатом исследования, исследования контактов при положительном результате мазка мокроты. Пациенту предлагается амбулаторное лечение, как альтернатива стационарному. До установления диагноза, когда больной не знал, что у него туберкулез, он скорее всего, уже заразил членов своей семьи. С началом лечения количе-

ство выделяемых микобактерий резко уменьшается (как за счет уничтожения лекарствами, так и уменьшения кашля). С этих позиций госпитализация по эпидемиологическим соображениям не оправдана, и все больше больных туберкулезом лечатся амбулаторно. Непосредственно контролируемое лечение также является одним из показателей профессиональной компетентности.

Непосредственно контролируемое лечение должно: минимизировать нагрузки лечения на пациентов, включая косвенные затраты на лечение, такие как потерянное рабочее время (с пациентом обговаривается время удобное для посещения медицинского учреждения для приема препаратов, отсутствие очередей для получения медицинских услуг, медицинский работник всегда находится на рабочем месте во время посещений).

Предоставление пациентам удобств в медицинском учреждении (безопасная питьевая вода, возможность пользоваться туалетом). Желательно также предусмотреть для пациентов наличие «уголков уединения», где они могли бы в спокойной обстановке обдумать полученную информацию, что является также частью пациент-ориентированного подхода.

Устранение финансовых барьеров на пути к диагностике и лечению больных туберкулезом, на основе тщательно спланированного, уважительного и лично ориентированного подхода является важным, иногда решающим в достижении полного излечения. Процесс лечения налагает значительное бремя, и пациенты несут это бремя не только для своего блага, но и для блага сообщества.

Помощь в решении жилищных проблем и проблем, связанных с трудоустройством, поддержка в восстановлении утраченных документов, оказание содействия в получении социальных пакетов (возмещение транспортных расходов, связанных с лечением, продукты питания и др.), психологическая поддержка могут сыграть важную роль в излечении больного.

Усилия по установлению контактов с пациентами, которые не являются на лечение, создает риск вмешательства в частную жизнь пациента. Любые попытки установить контакт с пациентом должны осуществляться таким образом, чтобы минимизировать такое вмешательство в его личную жизнь. Например, если работники здравоохранения посещают больных туберкулезом на дому или в сообществе, они не должны приез-

жать на транспортных средствах, которые выдавали бы их причастность к противотуберкулезным программам.

В самом начале лечения пациента следует информировать, что с ним будут связываться, если он не явится на прием к врачу и, по возможности, дать ему право выбора такой формы контакта (например, по телефону или письмом вместо посещения на дому при условии, что данные методы могут быть эффективны).

В конечном счете, расширение прав и возможностей больных людей, изменяет их статус — от бремени для служб здравоохранения к признанию их в качестве ценного ресурса. Используя свой индивидуальный опыт, они могут оказывать поддержку другим. Такая поддержка имеет вполне самостоятельное значение, отличное от помощи, оказываемой медиками. Люди, которые активно боролись и победили свою болезнь, могут выступать как эффективные ролевые модели.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. A.Coulter, S.Parsona and J.Askham. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их

собственном лечении? // Краткий аналитический обзор. - WHO Regional Office For Europe. — <http://www.euro.who.int/publrequest&language=Russian>.

2. Дж. Вудворд, Д. Элдридж. Коплаенс, приверженность, согласие - дело не в названии // Новая медицина тысячелетия. — 2011. — №5. — С. 15-18.

3. L.H.Aiken, W.Sermeus, Van den Heede K. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. - BMJ: 2012. - Vol. 20. - P. 344-347.

ТҮЙІН

Дәрігер мен емделушінің арасындағы өзара қарым-қатынасы дәстүрлі моделінен емделушіні бағдарлау амалына ауысу емделушіні ынтымақтастыққа тарту, олардың өз денсаулықтарына деген жауапкершілікті сезінуі кәсіптік білімді жетілдірудің маңызды бағыты болып табылады.

SUMMARY

Transition from the traditional model of relationship between doctor and patient to patient-oriented approach, involvement of patient to cooperation, awareness of responsibility for own health is an actual way to improve vocational education.

УДК 614.39:613.88:616.98-084-053.6/.7

М.М. САУРАНБАЕВА

PSI Central Asian Republics, г. Алматы

ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ СРЕДИ УЯЗВИМОЙ МОЛОДЕЖИ В РАМКАХ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО СОТРУДНИЧЕСТВА

Центрально-азиатский филиал некоммерческой корпорации PSI осуществляет свою деятельность в Республике Казахстан, начиная с 2002г. по предоставлению услуг и продуктов здравоохранения по профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП, употребления наркотиков и репродуктивному здоровью. Миссией PSI в Казахстане является создание устойчивой социальной модели безопасного поведения среди уязвимых групп.

Проект «ӨРЛЕУ» «Расширение профилактических программ по ВИЧ среди уязвимых групп населения Республики Казахстан» осуществляется PSI в рамках 7 Раунда Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией при финансовой поддержке со стороны Основного Получателя, в лице Государственного учреждения «Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД».

Целью проекта «Өрлеу» является создание доступа к услугам по профилактике ВИЧ и наркопотребления для рискующей молодежи (РМ) в возрасте от 15 до 24 лет, проживающей в социально-неблагополучных районах, через деятельность информационно-образовательных Молодежных центров.

Молодые люди принимают участие в социальных и образовательных мероприятиях и альтернативных, уличному времяпрепровождению, видах деятельности, могут общаться со сверстниками, получая жизненно необходимые навыки по принципу «равный - равному»

Модель Молодежных Центров включает компонент направительной системы, что расширяет комплексный пакет услуг по профилактике ВИЧ среди уязвимой молодежи, включая услуги психологического консультирования, услуг по вопросам репродуктивного здоровья, лечению ИППП и ДКТ.

Задачами проекта «Өрлеу» является снижение рискованных форм сексуального поведения и поведения, связанного с употреблением инъекционных наркотиков, расширение инструментария информационно-образовательных Молодежных

Центров на территории 5 областных центров к 2013 году, улучшение доступа к дружественным услугам через усиление потенциала медицинских работников, институционализация модели Молодежных Центров через усиление потенциала местных молодежных организаций.

Реализация Социального Проекта «Өрлеу» осуществляется через партнерские неправительственные организации в городах Казахстана с 2009 г., . В первой фазе проекта (2009 г. – 2010 г.), Молодежные Центры «Youth Power» были открыты в г. Алматы, в Караганда и Шымкент. Во второй фазе проекта (2011 г. – 2013 г.), были охвачены проектом еще два города – Павлодар и Семей, а также второй центр был открыт в Алматы. В рамках данного проекта в пяти городах Казахстана функционируют шесть Молодежных центров «Youth Power».

Молодежные Центры «Youth Power» предоставляют следующие виды услуг:

1. Информационно-образовательные тренинги по вопросам диагностики, лечения и профилактики ВИЧ, СПИД, ИППП, риску употребления инъекционных наркотиков, коммуникативным навыкам и принятию решений;
2. Образовательная аутрич программа через предоставление базовой информации во время мини-сессий по вышеназванным темам;
3. Конфиденциальное психологическое консультирование уязвимой молодежи;
4. Альтернативная употреблению инъекционных наркотиков деятельность (языковые, спортивные, танцевальные кружки и др.);
5. Перенаправление уязвимой молодежи в Дружественные кабинеты для получения медицинских услуг на анонимной и бесплатной основе;
6. Консультирование по вопросам репродуктивного здоровья.

Клиенты проекта перенаправляются в медицинские учреждения (дружественные кабинеты) для получения дружественных медицинских услуг посредством разработанного в рамках проекта ваучера (направительного талона), который

обеспечивает доступ к медицинским услугам на бесплатной и анонимной основе. В рамках проекта проводится мониторинг данной перенаправительной системы путем отслеживания посещения дружественных кабинетов клиентами проекта и получения необходимых услуг. Результаты мониторинга используются в дальнейшем для планирования программной деятельности. Инструментом мониторинга является База данных клиентов, разработанная и принадлежащая PSI .. База данных на основе MS Access с использованием уникального идентификационного кода (УИК), основанного на быстро определяемой индивидуальной информации, которая обеспечивает анонимность и заносится в Базу данных. База данных позволяет отслеживать охват клиентов проекта на регулярной основе, так как фиксируется число клиентов, с которыми состоялись встречи, проведенная работа, регулярность контактов, пол, возраст, изменение уровня знаний после проведения образовательных мероприятий.

Данные предоставляют возможность отслеживания. База данных устанавливается в каждой организации, и программные специалисты проходят обучение навыкам ее использования. Уникальный идентификационный код (УИК) – методическая основа базы данных. УИК присваивается во время первого контакта клиента с проектом.

УИК представляет собой семизначный код, состоящий из следующих букв и цифр:

- Первые две буквы имени матери;
- Первые две буквы имени отца;
- Пол (номер1(мужской)/2 (женский));
- Год рождения (последние две цифры).

Этот код содержит основную информацию о клиенте, включая возраст и пол, и не включает данные, с помощью которых можно было бы легко идентифицировать его личность. Представление рискующей молодежи информации об УИК обеспечивающим анонимность, стимулирует доверие у клиентов к программе. В результате клиенты охотно предоставляют необходимую информацию. Система УИК позволяет проводить различный анализ данных. База данных клиентов и УИК рекомендуется ВОЗ и используется многими государственными организациями и НПО в рамках различных проектов в Центрально-Азиатском регионе.

Общий охват рискующей молодежи за период реализации составил 102 629 человек (новых контактов, охваченных проектом). Всего с начала реализации проекта в Дружественные кабинеты было направлено 6 541 человек, бесплатные кон-

сультативные услуги гинеколога и психолога были предоставлены для 5 712 человек. В рамках проекта «Өрлеу» используются две формы мониторинга: поведенческое исследование (знания, умения и навыки), которые проводятся ежегодно и рутинный мониторинг (ежедневный, еженедельный, месячный), включающий мониторинг информации о программной деятельности.

Поведенческое исследование «Знания, умения и навыки» проводятся для измерения программного влияния на поведения, связанные с практикой незащищенных сексуальных отношений и употребления инъекционных наркотиков, в форме социальных поведенческих исследований.

Мониторинг работы Молодежного центра проводится координатором проекта путем проведения сайт-визитов, сбора отчетных данных и анализа Базы данных. За время реализации проекта «Өрлеу» было разработано руководство по подготовке тренеров (ТОТ) по вопросам ВИЧ/ИППП и профилактике наркомании среди рискующей молодежи, разработано руководство по проведению тренинговых сессий по вопросам ВИЧ/ИППП и профилактике наркомании среди рискующей молодежи, разработано и тиражировано 3 выпуска информационно-развлекательного комикса «Мой друг попал в беду», информационно-образовательные материалы были одобрены Технической рабочей группой экспертов из числа специалистов Республиканского и Городского центров по профилактике и борьбе со СПИД и НЦПФЗОЖ. Также в рамках проекта был выпущен информационный фильм о работе Молодежного Центра «Youth Power» и были проведены Ежегодные слеты волонтеров для обмена опытом работы и мотивации сотрудников проекта из регионов Казахстана. Обучено и подготовлено на ТОТ (тренинг по подготовке тренеров) 332 новых тренера. *Проект «Өрлеу» выражает благодарность государственным организациям ЗОЖ, которые поддержали реализацию проекта в областях и обеспечили устойчивость проекта.*

SUMMARY

Project «Orleu» will increase access to HIV prevention and drug use for risk youth aged 15 to 24 years, living in socially disadvantaged areas, through the activities of the Youth Center.

ТҮЙІН

«Өрлеу» жобасы «Жастар орталығы» қызметі арқылы әлеуметтік-қолайсыз аудандарда тұратын жас шамасы 15-тен 24 жасқа дейінгі өлермен жастар үшін адамның имундық тапшылық вирусы (АИТВ) және наркотүтынушылықтың алдын алу бойынша қызмет көрсету мүмкіндігін кеңейтуге мүмкіндік береді.

УДК 614:796:613.7:316.777

А.М. КРЮЧКОВ, Т.С. ХАЙДАРОВА

Дирекция штатных национальных команд и спортивного резерва, г. Астана

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

**ПРОПАГАНДА МАССОВОГО СПОРТА И ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РК.
УСИЛЕНИЕ МЕЖСЕКТОРАЛЬНОГО И МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ
ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН**

Аннотация

Усиление межсекторального взаимодействия по повышению физической активности среди населения и выполнение межсекторальных программ в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», рассчитанной на период с 2011 по 2015 гг. Приоритетность развития физической культуры и спорта среди населения.

Ключевые слова: межсекторальное взаимодействие, физическая активность, формирование здорового образа жизни, средняя продолжительность жизни.

Актуальность. Физическая культура и спорт рассматривается сегодня как ключевой фактор человеческого развития и формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) населения. Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) установили, что здоровье человека на 50-52% зависит от образа жизни, на 20-22% — от наследственности, на 18-20% — от состояния окружающей среды, и лишь 7-12% — от системы здравоохранения [1].

В РК число лиц, занимающихся физической культурой и спортом ежегодно растет. Так, с 2007 года данный показатель вырос с 2,3 млн. человек (15% от населения страны) до 3,6 млн. человек (21,6% от населения страны) в 2012 году.

На селе численность занимающихся физической культурой и спортом выросла с 899,4 тыс. человек (12,3% от сельского населения) в 2007 году до 1542,9 тыс. человек (20,2% от сельского населения) в 2012 году (рост в 1,7 раза).

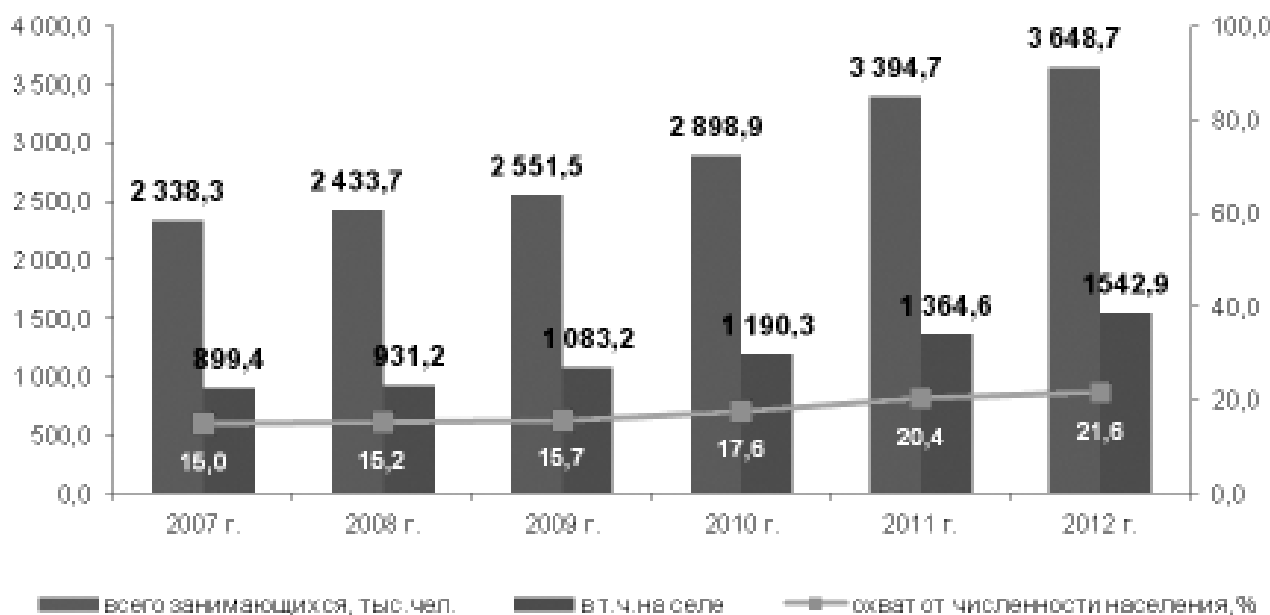


Рисунок 1 - Основные показатели развития физической культуры и спорта среди населения



Рисунок 2 - Количество лиц, занимающихся физической культурой и спортом в разрезе регионов, тыс.чел.

В разрезе областей, в 2012 году наибольший охват занимающихся спортом наблюдается в Карагандинской (27,4%), Костанайской (26,6%), Павлодарской (26%) областях, а наименьший — в Южно-Казахстанской (16%), Мангистауской (18,9%), Жамбылской (19,2%) областях.

Наиболее активной частью населения занимающегося физической культурой и спортом являются учащиеся образовательных учреждений. В 2012 году из 2863,2 тыс. школьников и студентов в физкультурных группах и секциях занимались 1736,3 тыс. человек, что составляет 60,6 % жителей страны в возрасте от 8 до 24 лет. В

разрезе категорий в 2012 году в школах деятельностью спортивных секций охвачено более 680 тыс. детей или 27,7%, в учреждениях среднего специального образования — 147,3 тыс. человек или 28,3%, в ВУЗах — 139,4 тыс. человек или 24,4% от их общей численности (рисунок 3).

Для проведения анализа показателя физической активности населения в РК, мы сравнили с данными развитых стран мира, в которых действует общественная система охраны здоровья населения и созданы условия для повышения физической активности населения на межсекторальном уровне. По данным литературы наи-

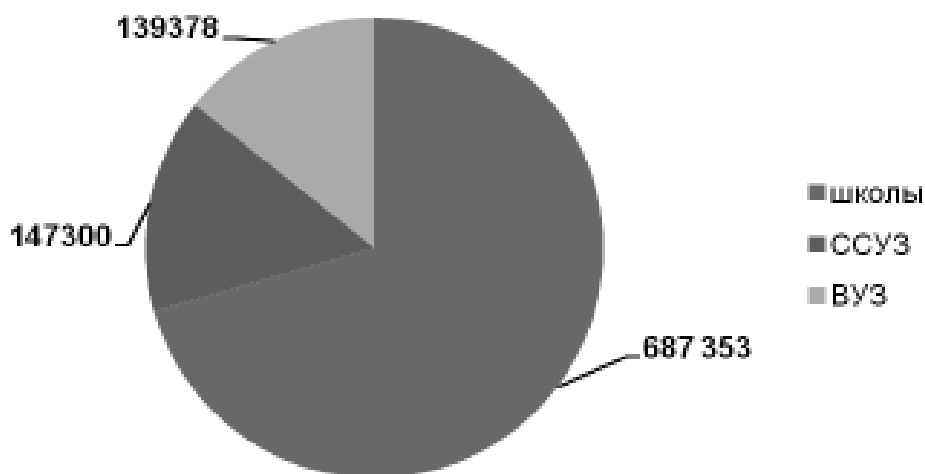


Рисунок 3 - Структура учащихся школ, ССУЗов, ВУЗов по физической культуре и занятиям спортом

более известен опыт Финляндии в области формирования ЗОЖ. В соответствии с рисунком 4 мы видим, что доля лиц, занимающихся физической культурой и спортом в Финляндии составляет 72,0%, в то время как в РК — всего 21,6%. В структуре стран по доле физически активного населения на втором месте после Финляндии находится Китай — 66,3%, затем Австралия — 62,0%, на четвертом месте Великобритания — 60%, на пятом месте США — 50,0% активного населения. Таким образом, доля лиц, занимающихся физической культурой и спортом в развитых странах в 2–3,5 раза больше, чем в РК.

По данным широкомасштабных Национальных исследований образа жизни населения в РК (с 1998 по 2012 гг. проведено 5 широкомасштабных социологических исследований), на рисунке 5 показаны результаты этих исследований. Следует отметить, что население Казахстана ведет нездоровый образ жизни, в среднем на одного гражданина приходится более 3 негативных поведенческих факторов риска, которые

являются причиной неинфекционных заболеваний, лежащих в основе высокой смертности населения от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний. В отношении физической активности в данном случае взят показатель — доля лиц, занимающихся спортом. В динамике данный показатель с 1998 по 2012 гг. имеет выраженную положительную тенденцию, отмечается рост с 15,3% до 35,5%, в основном, как показывает опрос — повышение доли, занимающихся спортом произошло в 2 раза, и увеличение показателя отмечается с 2007 года [2]. В отношении сопоставимости данных рисунка 2 и рисунка 5 (исследования Департамента спорта и физической культуры и НЦПЗОЖ МЗ РК) можно отметить общую положительную тенденцию повышения доли лиц, занимающихся спортом, в основном школьников, но сравнить данные показатели невозможно, т.к. методология и расчет показателей разные.

Известно, что показатели образа жизни влияют на показатели общественного и индивидуального здоровья населения. В соответствии с дан-



Рисунок 5 - Данные НЦПЗОЖ МЗ РК по поведенческим факторам риска развития НИЗ, 5-е социологическое исследование, 2012 г.

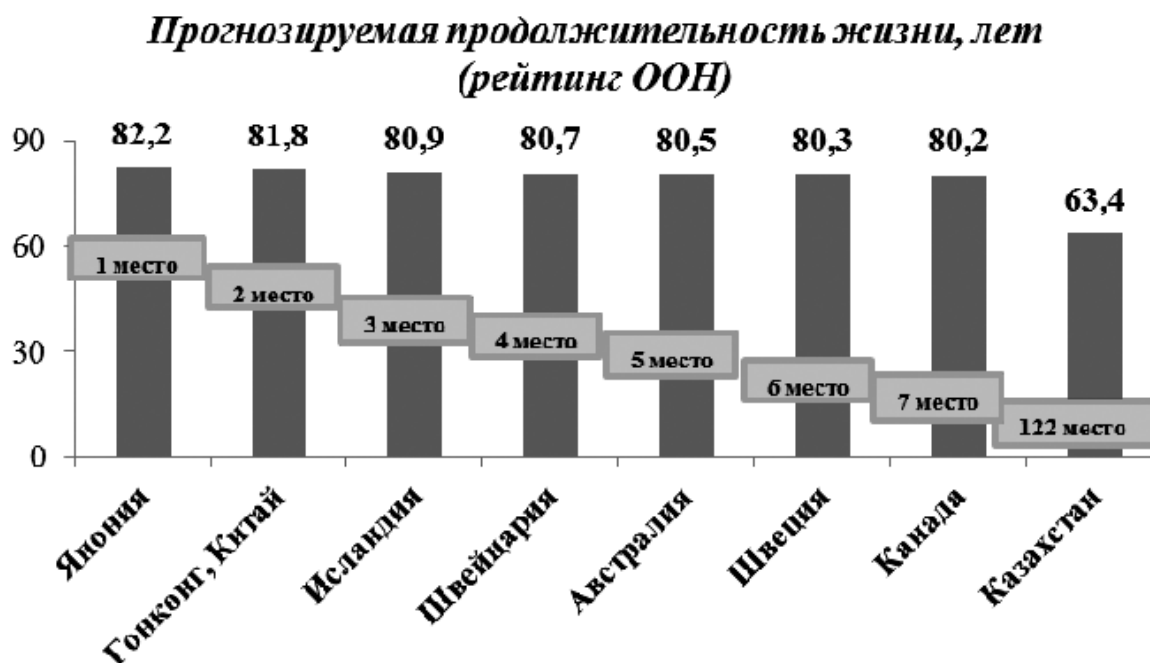


Рисунок 6 - Прогнозируемая продолжительность жизни (лет) в РК и развитых странах мира.

ными рисунка 5 средняя продолжительность жизни населения в РК увеличилась на 2,2 года в 2012 (69,6 лет) году, в сравнении с 2007 (66,38 лет) годом. Однако, в сравнении средней продолжительности жизни с развитыми странами, показатель ниже в 1,4 раза, и в среднем граждане РК живут на 18-19 лет меньше, поэтому неудивительно, что РК находится на 122 месте по рейтингу ООН.

Согласно Глобальным рекомендациям ВОЗ (2010 г.) недостаточная физическая активность считается четвертым из важнейших факторов риска, которые являются причинами смерти в глобальном масштабе. Во многих странах растет физическая инертность (недостаточная физическая активность), что приводит к развитию неин-

фекционных заболеваний (НИЗ) и ухудшению здоровья населения в мире в целом.

Рекомендуемые ВОЗ уровни физической активности

- Дети и молодые люди в возрасте 5-17 лет должны заниматься ежедневно физической активностью от умеренной до высокой интенсивности, в общей сложности, не менее 60 минут. Большая часть ежедневной физической активности должна приходиться на аэробику;

- 18–64 лет должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;

Таблица 1 – Характеристика влияния физической активности на здоровье населения

Краткая характеристика влияния физической активности на здоровье	
Состояние	Эффект
Ишемическая болезнь сердца	Снижение риска
Инсульт	Снижение риска
Избыточная масса тела и ожирение	Снижение риска
Сахарный диабет II типа	Снижение риска
Рак ободочной кишки	Снижение риска
Рак молочной железы	Снижение риска
Состояние костно-мышечной системы	Улучшение
Падения (в пожилом возрасте)	Снижение риска
Психологический статус	Улучшение
Депрессия	Снижение риска



Рисунок 7 - Потребители наркотических средств в РК, 2013 г.

· 65 лет и старше должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или не менее 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичной физической активности средней и высокой интенсивности. Если пожилые люди по состоянию своего здоровья не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, то они должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физических возможностей и состояния здоровья.

По данным Комитета по правовой статистике и специальным учетам Генеральной прокуратуры РК в 2012 году наблюдается рост преступности во всех регионах страны, при этом наибольший в г. Алматы - 75,2% (с 29695 до 52022), Актюбинской - 57,6% (с 8719 до 13741) и Алматинской - 57,8% (с 12712 до 20064) областях. При этом, необходимо отметить, что основная масса лиц, совершивших преступления (73852), является активным населением в возрасте с 18 до 39 лет.

Наблюдается снижение числа зарегистрированных потребителей наркотических средств в 2012 году по сравнению с 2011 годом на 12,6% (с 46,7 тыс.чел. до 40,8 тыс.чел.). Однако, наблюдается резкое увеличение их численности среди несовершеннолетних в следующих регионах: Атырауской (в 4 раза), Кызылординской (в 2 раза),

Акмолинской (в 1,5 раза). В Послании Президента РК сказано: «Министерства и акиматы должны развернуть широкую пропаганду здорового образа жизни. Это вопрос государственной важности, и Правительство должно подходить к нему более масштабно. Необходимо разработать комплекс мер по кардинальному улучшению демографической ситуации» [4].

Состояние здоровья и физическая способность женщин определяют не только настоящее, но и будущее здоровье населения страны, его резервные функциональные возможности и устойчивость иммунной системы к заболеваниям. Доля женщин, занимающихся физической культурой и спортом в РК, в общей численности занимающихся в 2012 году выросла до 27,5% и составила более 1 млн.чел. (с 24,7% в 2011 г.). Однако, данный показатель является низким по сравнению с ведущими спортивными державами (США, Великобритания, Австралия, Китай, Финляндия), где данный показатель составляет более 40%.

Основными направлениями развития формирования ЗОЖ в РК установлено, что систематические занятия физической культурой, соблюдение правильного двигательного и гигиенического режима являются мощным средством предупреждения многих заболеваний населения и поддержания нормального уровня деятельности и работоспособности организма [5-6].

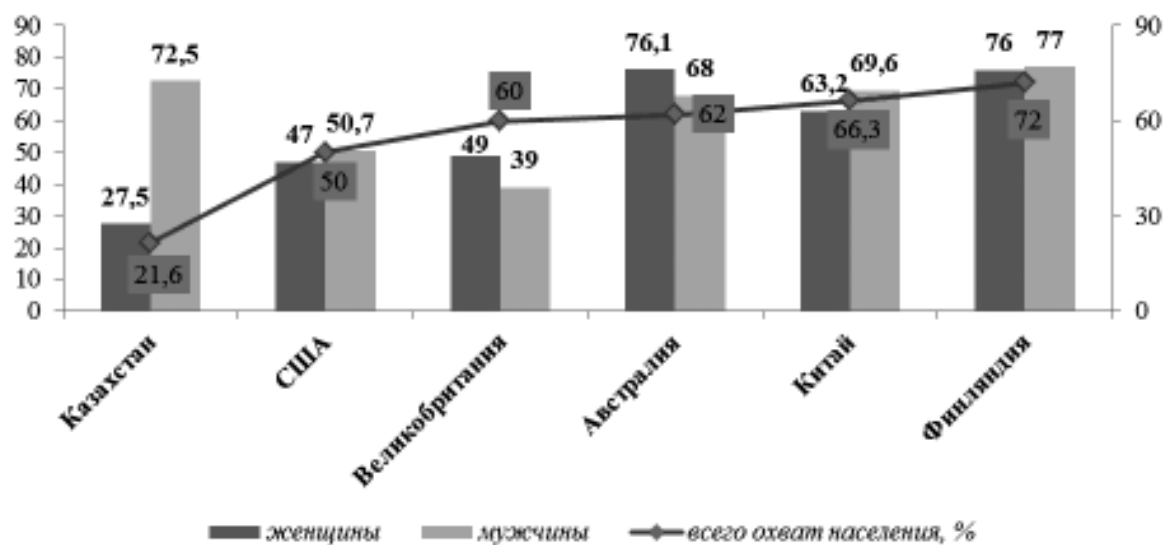


Рисунок 8 - Доля женщин в РК, занимающихся физической культурой и спортом, 2012 г.

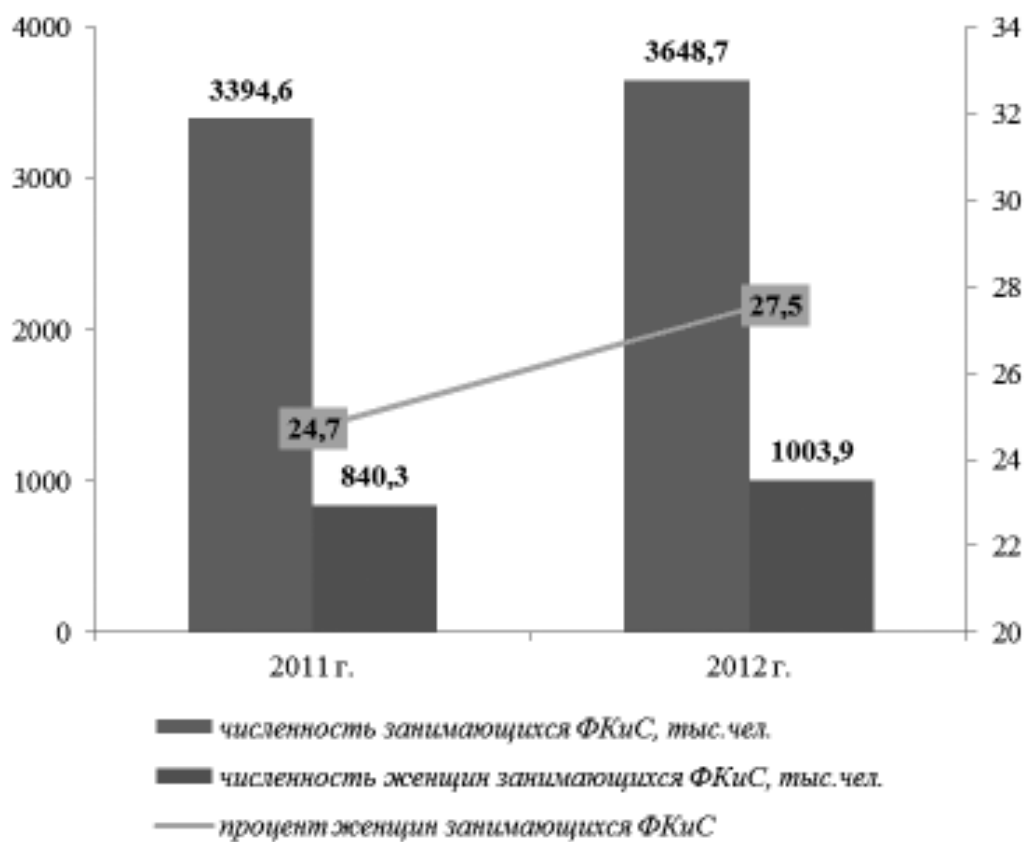


Рисунок 9 - Сравнительные данные по женщинам, занимающимся спортом и физической культурой (РК и развитые страны).

Итоги Президентских тестов среди населения.

В сдаче Президентских тестов приняли участие 2,4 млн. человек, в том числе 1,2 млн. сельских жителей. Основное количество населения приняли участие в Национальном уровне готовности (1167,9 тыс. чел.), который показал следующее: очень хорошие показатели — 67,1 тыс. человек; хорошие показатели — 130,2 тыс. человек; выше среднего — 187,2 тыс. человек; средний — 260,5 тыс. человек; ниже среднего — 155,5 тыс. человек; удовлетворительно — 106,2 тыс. человек; ниже удовлетворительного — 85,1 тыс. человек.

Президентский уровень тестов успешно сдали ученики 5-го класса — 7309, в сельской местности — 709, ученики 9-го класса — 8835, в сельской местности — 1148, ученики 11-го класса — 7145, в сельской местности — 1024, и среди молодежи в возрасте 18-23 лет — 44470 чел., в сельской местности — 2758 чел. В настоящее время в целях популяризации и увеличения охвата участников Президентских тестов, Агентством проводится работа по совершенствованию нормативно-правовой основы тестов.

Выводы. Таким образом, следует отметить, что несмотря на увеличение физической активности населения в РК, еще многое надо сделать на межсекторальном уровне по повышению физической культуры, по пропаганде спорта и формированию ЗОЖ населения, т.к. имеется значительная раз-

ница в показателях физической активности и в показателях здоровья населения в сравнении с ведущими странами мира.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Стратегический план развития РК до 2020 года.
2. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» (Указ Президента РК №1113 от 29.11.2010).
3. Отраслевая программа развития физической культуры и спорта на 2011-2015 гг. (постановление Правительства РК №1399 от 30.11.2011).
4. Послание Президента РК «Рост благосостояния граждан Казахстана - главная цель государственной политики». - 2008.
5. Стратегический план Агентства РК по делам физической культуры и спорта на 2012-2016 гг. (постановление Правительства РК №414 от 31.03.2012).
6. «Стратегия «Казахстан-2050». Новый политический курс состоявшегося государства». - 2012.

ТҮЙІН

Дене шынықтыру және спорт — адамзат дамуының және кез келген елдің халқының салауатты өмір салтын қалыптастырудағы кілттік факторларының бірі болып табылады.

SUMMARY

Physical culture and sports - one of the key factors of human development and a healthy lifestyle of any country.

УДК 613.86:316.77:364.28

З.М. БАЙСАКОВА

ОЮЛ «Союз кризисных центров Казахстана», г. Алматы

**НАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕЛЕФОННАЯ ЛИНИЯ ДОВЕРИЯ
ДЛЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ №150: КОНЦЕПЦИЯ И СТРАТЕГИЯ**

Как важно быть услышанным! И особенно важно нам взрослым сегодня услышать наших детей, которые часто говорят не только о своих проблемах, но и делятся своими радостями.

Мы взрослые много знаем и постоянно хотим поделиться своими знаниями, личным опытом, готовы дать полезный совет, а дети хотят узнать ответы на многие вопросы немедленно и быстро в удобное для них время. Для того, чтобы решить данный вопрос и соединить «знания и желание узнать» была создана служба «Национальная телефонная линия доверия для детей и молодежи» с единым трехзначным номером 150 (НТЛДДиМ). Назначение Программы «Национальная телефонная линия доверия для детей и молодежи» с номером 150 – социальная защита детей, подростков.

Введение единой национальной телефонной линии доверия для детей и молодежи, численность которых составляет треть населения страны, как услуги, доступной каждому ребенку 24 часа в сутки, позволяет оказать экстренную правовую и психологическую помощь детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию. Службой телефона доверия в сотрудничестве и развитии с другими ведомствами и организациями, будут приниматься действенные меры по защите прав детей и подростков. НТЛДДиМ рабо-

тает в соответствии с международными стандартами и принципами работы: уважения права другого человека быть таким, каков он есть; конфиденциальности; анонимности; обеспечения доступа каждого ребенка к дозвону с любой точки страны. В июне 2012 года решением Совета директоров АО «Казахтелком» был предоставлен трафик звонков на трехзначный номер «150» на «безвозмездной основе», что предоставило возможность абонентам обращаться на НТЛДДиМ № 150.

В этом году «Национальная телефонная линия доверия для детей и молодежи № 150» исполнилось 5 лет! За эти годы в службу обратилось более 1 миллиона звонков, 60 % обращений от родителей, которые переживают, обсуждают конфликты с детьми любого возраста, разногласия между родителями и детьми, приводящие к нарастающей враждебности и протесту с одной или обеих сторон. Около 12000 абонентов, обратившихся на НТЛДДиМ № 150, получили помощь. Так, например, в этом году за период с января по ноябрь на «Национальную телефонную линию доверия для детей и молодежи» поступило 300 520 звонка. По нарушению прав детей – 4256 звонков, из них от детей – 1139 и от взрослых – 3117 обращений. В формате вопрос-ответ на элек-

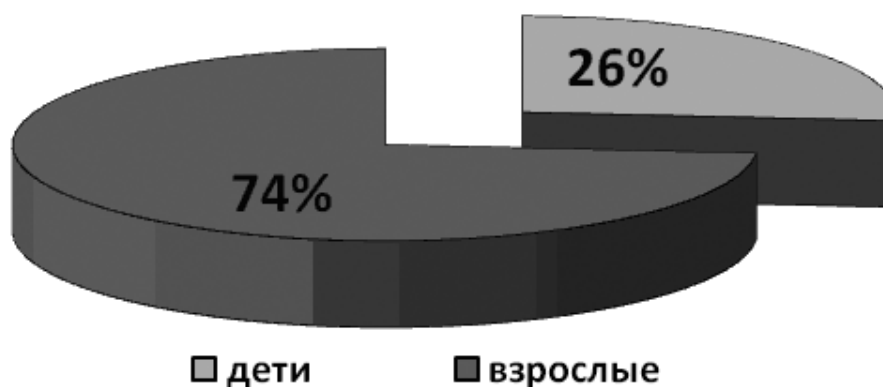


Рисунок 1 – Количество обращений

тронную почту было получено 24 письма обращения поступают по различным вопросам:

более 39 % обращений поступают информационно-справочного направления, абонент желает узнать время работы, месторасположение и прочие сведения о социальных, психологических, юридических и др. службах, работающих в городе и районе.

Компьютер широко вошел в нашу повседневную жизнь, ребята мало общаются, речевой опыт таких детей ограничен, языковые средства несовершенны. Потребность общения удовлетворяется недостаточно. Разговорная речь бедна, мало словна, отсутствие элементарных коммуникативных умений затрудняет общение ребенка со сверстниками и взрослыми, приводит к возрастанию тревожности. Отсюда большое количество обращений по вопросам не понимания со стороны родителей, взрослых, желание познакомиться и завести дружбу с молодым человеком / девушкой, такое количество обращений – 27 %.

8 % по проблемам злоупотребления вредными веществами, абонент обсуждает, страдает от пристрастия, зависимости, вызванной спиртными напитками, наркотическими веществами, обеспокоен пристрастием к алкоголю близких, родственников, знакомых, детей: желает помочь им.

С 2010 году ОЮЛ «Союз кризисных центров Казахстана» забило тревогу об увеличении звонков от девушек по вопросам ранней беременности. Подростки, обратившиеся на службу телефона доверия, зачастую не знают, как распознать раннюю беременность. 35% позвонивших девушек интересуются определенными признаками беременности. Звонки поступают и абонентов, которых тревожит беременность, сопровождаемая сплошным стрессом, выяснением отношений – с обществом, родителями, отцом ребенка, тревожные мысли о том, где, как и на что жить. Одним из примеров вышеизложенного, является звонок, поступивший на НТЛДДиМ от девушки 14 лет, которая рассказала о том, что беременна от мужчины старше ее на 8 лет. Она была в растерянности и не знала, что делать. Родителям о случившемся девушка не сообщила. В ходе консультации девушка поделилась своими переживаниями о выборе своего решения сделать аборт,

т.к. ее молодой человек настаивал на этом и отказался жениться на ней, в случае, если она решит родить ребенка. Благодаря консультациям гинеколога и психолога, девушка решила рассказать маме о беременности и тщательно обдумать все последствия принятых решений.

В связи с увеличением количества звонков по вопросам контрацепции и ранней беременности РГП «Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни принял решение оказать финансовую поддержку программе НТЛДДиМ 150 и направить двух гинекологов для работы на службе телефона доверия.

По вопросам ранней беременности на НТЛДДиМ №150 обратились 53 абонентов из них 14 обращений от детей и 39 – от взрослых.

2 % по проблемам жестокого обращения, сексуальной эксплуатации. Насилие, пережитое в семье, оказывает огромное влияние на психическое развитие ребенка, затрагивает эмоциональную, интеллектуальную и поведенческую сферы.

1,5 % дети с суицидальным настроением. Суицидальные настроения являются одним из способов доказать и продемонстрировать свою независимость, значимость, а причиной становятся отторжение и унижение сверстников, которые поддерживаются педагогическим коллективом. Так же одним из последствий жестокого обращения с детьми в возрасте 13-18 лет является суицидальное поведение.

3 % звонки по вопросам ранней беременности и ее тестировании: недомогания во время или после беременности; сохранения беременности или возможности проведения аборта; переживает возникновение беременности как личную катастрофу, значимое кризисное состояние. К каждому позвонившему на НТЛДДиМ - индивидуальный подход, и стратегия работы с клиентом строится с учетом возрастных и половых особенностей, исходя из конкретной сложившейся ситуации.

Таким образом, деятельность Национальной телефонной линии доверия для детей и молодежи с номером 150 - реальный механизм усиления системы профилактики правонарушений в подростковой среде и защите их прав от преступных посягательств и привлечение к этой деятельности институтов гражданского общества.

УДК 617.7-007.681:614.39:303

В.Р. АБДУЛЛИНА

АО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней», г. Алматы

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ «ШКОЛЫ ГЛАУКОМЫ»

Аннотация

Школы глаукомы организованы для пациентов больных глаукомой. Показано применение школ глаукомы, всего пациентов с глаукомой зарегистрировано 87 402 человек.

Ключевые слова: глаукома, пациенты, Школа глаукомы.

Актуальность. Статистика: 67-105 млн. людей на планете страдают глаукомой, еще 10 млн. человек офтальмогипертензией; 6-7 млн. слепых от глаукомы; 1-2% от общего числа людей планеты. В Казахстане официально зарегистрировано 87402 больных глаукомой. Доля инвалидов от глаукомы возросла в 3,7 раза и поднялась с пятого на второе ранговое место. Почти 1/3 больных глаукомой уже при первичном освидетельствовании во ВТЭК признаны инвалидами I группы вследствие полной или почти полной утраты зрения. Учитывая социальную значимость глаукомы, принципиально важными являются вопросы организации раннего выявления, рационального лечения, диспансерного наблюдения

за больными глаукомой (Ботабекова Т.К.), (Либман Е.С., Шахова Е.В.).

Проведённый анализ причин прогрессирования глаукоматозного процесса (Егоров Е.А., Астахов Ю.С., Петров С.Ю.) показал, что большинство пациентов начинают закапывать капли в глаза только перед приёмом врача. Вследствие этого гипотензивный эффект снижается. Более 50% больных глаукомой не знают о наличии у них заболевания, т.к. глаукома может протекать бессимптомно.

Существующие проблемы:

- Недостаточная грамотность населения в вопросах этиологии, патогенеза и лечения этой коварной патологии;

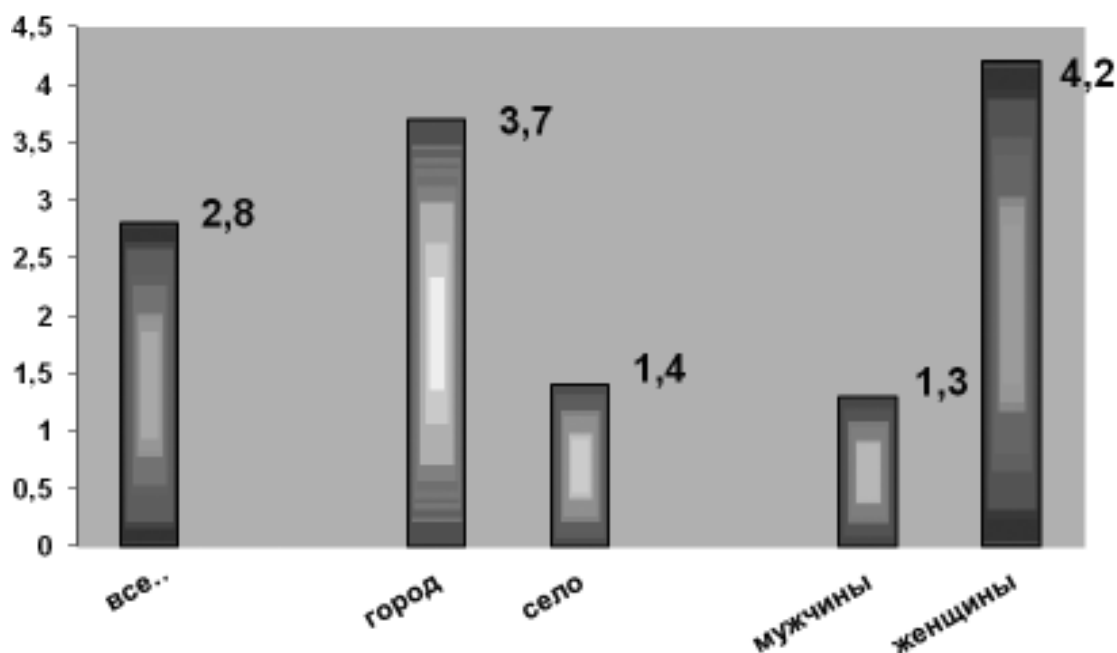


Рисунок 1- Информированность больных глаукомой

- Врачам зачастую не хватает времени на разъяснения пациентам о том, что такое глаукома и как её лечить;

- Большинство больных глаукомой не выполняют рекомендации врача по лечению заболевания. «Школа глаукомы» является неотъемлемой частью организации лечебно-профилактической помощи больным глаукомой, где создается союз между пациентом и врачом в борьбе за зрение.

Цель. Организация, методическое обеспечение «Школы глаукомы» и оценка её эффективности путём исследования качества жизни пациентов до и после проведения занятий.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе глаукомного центра, расположенного в «городской поликлинике №6» г. Алматы в период с 01.09.12 г по 02.10.13 г.

· За время исследования было организовано 4 группы пациентов численностью по 11 - 15 человек. Занятия проводились ежедневно в течение 6 дней.

Темы занятий «Школы глаукомного больного»

- Глаукома: этиология, патогенез, классификация. Цель и задачи «глаукомной школы».

- Виды глауком. Современные методы диагностики глаукомы. Консервативные методы лечения. Основные группы гипотензивных препаратов, показания и побочные эффекты. Комплаенс.

- Хирургические и лазерные методы лечения глаукомы. Показания и противопоказания. Особенности введения больных в послеоперационном периоде.

- Врождённая глаукома. Этиология, клиника, профилактика осложнений.

- Алгоритм введения глаукомных больных. Отношения «доктор-пациент». Скрининг глаукомы.

- Образ жизни при глаукоме. Методы самоконтроля ВГД и поля зрения Аутотренинг при глаукоме.

- Общая численность слушателей составила 53 человек.

- Мужчин было 11, женщин — 42. Возраст слушателей составил от 24 до 72 лет.

- Открытоугольная глаукома в начальной стадии (а) была у 25 человек, у 10 — открытоугольная глаукома в развитой стадии (а+о), у 9 — узкоугольная глаукома, развитая стадия (а-в), у 6 — закрытоугольная глаукома, развитая стадия (а+о) и у 3 — терминальная глаукома.

- Материал излагался в доступной форме с наглядным сопровождением (слайды, памятки).

Анкетирование по вопросам:

- Что такое глаукома?

- Можно ли предупредить прогрессирование глаукомы?

- Что может способствовать развитию и прогрессированию глаукомы?

- Когда больному глаукомой следует обращаться к окулисту?

- Как часто необходимо посещать окулиста?

Каждый правильный ответ оценивался в 2 балла.

- Для оценки эффективности проведения «Школы глаукомы» пациенты заполняли общий опросник оценки качества жизни SF-36 и специальный опросник оценки состояния зрения Visual Functioning Questionnaire 25 (VFQ-25).

- Результаты исследования были переведены в баллы от 0 до 100 для каждой шкалы двух опросников. Чем выше балл по шкале опросника, тем лучше показатель качества жизни.

- Пациенты заполняли опросники до, после и через 3 месяца после проведения «Школы глаукомы».

Результаты исследования.

- Проведенное предварительное анкетирование больных глаукомой выявило низкий уровень информированности по вопросам профилактики заболевания — 4-5 баллов из 10.

- У 60% больных выявлен низкий уровень комплаенса, то есть низкая адекватность оценки тяжести состояния самим больным и отсутствие положительного восприятия рекомендаций врача по лечению, в том числе по регулярному приему гипотензивных капель.

- Оценка общего состояния больных глаукомой, проведенная в динамике через месяц, показала, что 26 (49,1%) больных, прошедших обучение в «Школе глаукомы», стали строже соблюдать режим закапывания, это привело к нормализации уровня внутриглазного давления. Один пациент с глаукомой I ст прошёл полное обследование в связи с декомпенсацией внутриглазного давления (ВГД) и согласился на проведение лазеркоагуляции

Результаты тест-опроса до и после проведения «Школы глаукомы»

Таблица 1 — Результаты тест-опроса до и после проведения «Школы глаукомы»

№ цикла	Результаты тест-опроса	
	До занятий (средние значения)	После занятий
1	23%	88%
2	18%	78%
3	10%	89%
4	14%	87%

- Повторное анкетирование больных, проведенное через год, показало, что уровень знаний по вопросам глаукомы оставался прежним и составил 10 баллов по оценочной шкале. Однако отмечено снижение уровня комплаенса у 10 (28,6%) больных, что характеризовалось менее строгим соблюдением режима закапывания капель, прекращением профилактического приема антиоксидантов, нежеланием регулярного обследования у офтальмолога, что потребовало повторного проведения занятий с этой категорией больных.

- Исследования качества жизни у больных глаукомой показало, что средний показатель КЖ обследованных до проведения «Школы глаукомы» составил 63,5%.

- Можно предположить, что этот факт обусловлен двумя основными обстоятельствами. Первое связано с общей закономерностью индивидуального развития личности. Второе обстоятельство обусловлено повышенной обеспокоенностью в связи с постановкой диагноза «Глаукома», так как представление об этом заболевании у пациентов ещё не сформировалось.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование (Physical Functioning - PF) (ФФ), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) (РФФ) - влияние физического состояния на повседневную рольную деятель-

ность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

3. Интенсивность боли (Bodily pain - BP) (Б) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

4. Общее состояние здоровья (General Health - GH) (ОБ) - оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность (Vitality - VT) (Ж) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование (Social Functioning - SF) (СФ), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE) (РЭФ) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении по-

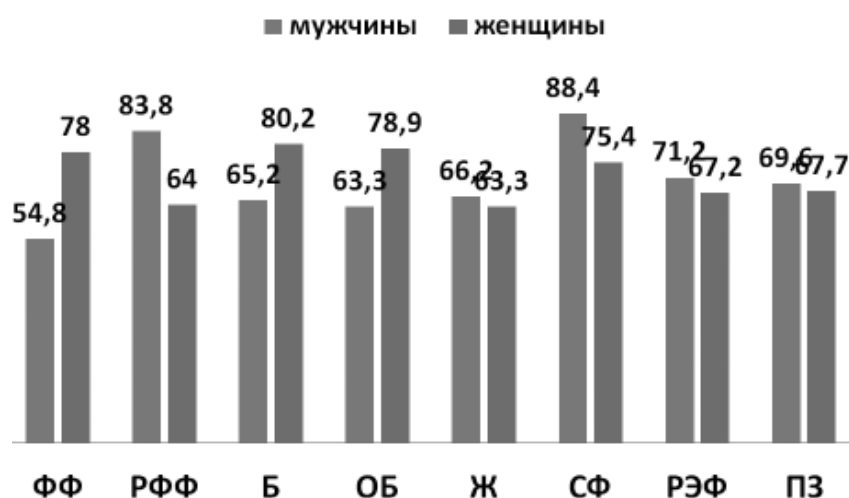


Рисунок 2 - Показатели качества жизни больных с терминальной (ТГ), далекозашедшей (ДЗГ) и начальной (НГ) стадиями глаукомы

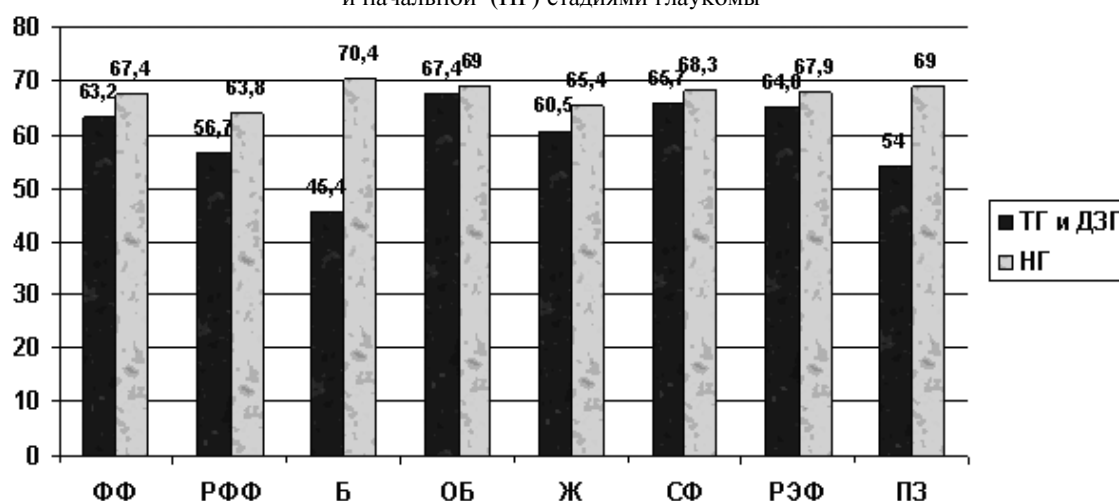


Рисунок 3 - Показатели качества жизни у пациентов с глаукомой (данные опросника SF-36) до и после проведения занятий «Школы глаукомы»

вседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье (Mental Health - МН) (ПЗ), характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Показатели качества жизни у пациентов с глаукомой (данные опросника SF-36) до проведения занятий «Школы глаукомы»

- Разница уровней КЖ и у мужчин и у женщин в основном определяется индексами социальной удовлетворенности и удовлетворенностью здоровьем. Отсюда следует, что беспокойность своим здоровьем и качество социализации являются ведущими факторами пониженно-

го качества жизни больных глаукомой, определяя его почти на четверть у мужчин и почти на треть у женщин.

- Выводы. Анализ показателей качества жизни и состояния зрения пациентов показал, что сразу после проведения «Школы глаукомы» больные отмечают улучшение своего состояния, однако проводимое лечение оказывает некоторое негативное влияние на качество жизни, о чем свидетельствует снижение показателей через 3 мес. (по опросникам SF-36 и VFQ-25).

- У пациентов с терминальной и далекозашедшей стадией глаукомы в целом показатели качества жизни хуже, чем у пациентов с начальной глаукомой в течение первых 3-х мес. лечения, особенно заметны различия в болевых ощущениях и психическом состоянии.

Как правило, пациент встречается с несколькими проблемами в ближайшем и отдаленном периодах:

- Тревожность за будущее, необходимость психологической адаптации;
- Ухудшение работоспособности;
- Снижение качества жизни;
- Необходима реабилитация под наблюдением не только врачей, но и социальных работников, психологов, которые обеспечат целостное видение проблемы, не ограничиваясь рамками какой-либо одной специальности;

- Проведение занятий рекомендуется повторять не реже одного раза в 6 месяцев, что связано со снижением уровня комплаенса у 28,6% больных, прошедших обучение.

ТҮЙІН

Глаукома мектебі - емдік процедуралардың орындауына емделушілерді бейілділіктің жоғарылатуының тиімді формасы болып табылады

SUMMARY

School of glaucoma is an effective form of rising patients' commitment to implementation of medical procedures.

УДК 616.12-005-084+616.12-008.331.1-084:614.39

А.М. САРМАСАЕВА

НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г. Алматы

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИБС И АГ

Аннотация

В статье дана информация о важности профилактики ИБС и АГ. Приводятся рекомендации по снижению риска заболеваемости ССЗ.

Ключевые слова: профилактика, ИБС, скрининг.

Что такое профилактика ССЗ? «Координация набора действий, на общественном и частном уровне, направленная на искоренение, исключение или минимизирование сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и связанных с ними осложнений» (обновленное понятие).

Цели рекомендаций:

- Помочь врачам и другим работникам здравоохранения предотвратить или снизить частоту возникновения ишемической болезни сердца (ИБС), инсульта и заболевания периферических артерий.

- Предоставить консультации для обоснования профилактики, приоритетов, целей, оценки и управления рисками посредством модификации образа жизни и использования лекарственных препаратов.

Артериальное давление

- Меры образа жизни необходимы для всех пациентов с артериальной гипертензией

- Основные антигипертензивные препараты равны для клинического использования

- Целевое артериальное давление <140\90 мм рт.ст

Сахарный диабет

- Целевой HbA1c для профилактики ССЗ: <7% (<53 ммоль\л)

- Целевое артериальное давление <140\85 мм рт.ст.

- Статины рекомендуется для снижения риска ССЗ при диабете

Липиды

Целевой холестерин ЛПНП:

- <1,8 ммоль/л (<70мг%) для пациентов с очень высоким риском

- <2,5 ммоль/л (<100мг%) для пациентов с высоким риском

- <3 ммоль/л (<115мг%) для пациентов со средним риском

Кому необходима профилактика ССЗ?

• **Скрининг фактора риска** включая профиль липидов должен проводиться у мужчины >40 лет и женщины >50 лет и в постменопаузе

• **Полная оценка риска**, при наличии множественных факторов риска рекомендуется для бессимптомных взрослых без доказательств ССЗ

• **Люди высокого риска - имеющие** установленные ССЗ, сахарный диабет, хроническую болезнь почек, очень высокий уровень отдельных факторов риска или высокого риск по шкале SCORE.

Субъекты с любым из следующих:

• Инструментально подтвержденное или зарегистрированное ССЗ (КАГ, ядерное изображение, стресс-эхокардиография, УЗИ сонных артерий), перенесенный ИМ, острый коронарный синдром, коронарная замена кровеносных сосудов (стен-тирование или шунтирование), ишемический инсульт, артериальная гипертензия.

• Сахарный диабет (1 или 2 типа) с одним или более сердечно-сосудистыми факторами риска и/или поражением органов мишеней (микроальбуминурия: 30-300 мг/24ч).

• Тяжелая хроническая болезнь почек (предполагаемый клубочковый уровень фильтрации <30мл/мин/1.73м²)

• Вычисленный SCORE ?10%

Другие рисковые группы

Высокий риск

• Наличие отдельных факторов риска, такие как семейная дислипидемия и тяжелая гипертензия

• Сахарный диабет (1 или 2 типа) но без сердечно-сосудистых факторов риска или целевого повреждения органа

• Умеренная хроническая болезнь почек (предполагаемый клубочковый уровень фильтрации 30-59мл/мин/1.73м²)

• Вычисленный по SCORE?5% и <10%

Умеренный риск

• Лица, у которых риск развития ССЗ по SCORE? 1 и <5%

Низкий риск

• Категория низкого риска применяется к индивидуумам с SCORE<1% без ФР.

Рисковые регионы в Европе

Страны с низким риском ССЗ

• На основе возраста, пола, курения, систолического артериального давления, общего холестерина:

• Андорра, Австрия, Бельгия, Денмарк, Фин-

ляндия, Франция, Германия, Греция, Исландия, Израиль, Италия, Люксембург, Мальта, Монако, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Сан Марино, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, Великобритания.

Страны с высоким риском ССЗ, это все страны не перечисленные выше:

• Из них некоторые с очень высоким риском: Армения, Азербайджан, Беларусь, Болгария, Джорджия, **Казахстан**, Киргизстан, Латвия, Литва, Македония, Молдова, Россия, Украина и Узбекистан.

Рекомендации для изменения поведения

• Рекомендуются установленные познаватель-но-поведенческие стратегии (например, мотивационное интервьюирование), чтобы облегчить изменение образа жизни.

• Специализированные профессионалы здравоохранения (например, медсестры, диетологи, психологи, и т.д.) должны быть вовлечены в любое время когда необходимо и выполнимо.

• Для лиц с очень высоким риском рекомендуются мультимодальные мероприятия, объединяющие образование на здоровый образ жизни и медицинских ресурсов, обучения, управления стрессом, и консультирования по психосоциальным факторам риска.

Рекомендации для управления психосоциальными факторами

• Должны быть предусмотрены мультимодальные поведенческие вмешательства, объединяющие санитарное просвещение, физические упражнения, психологическую терапию для психосоциальных факторов чтобы справиться с болезнью.

• В случае клинически значимых симптомов депрессии, тревоги, и враждебности, должны быть рассмотрены психотерапия, медикаментозное лечение или совместная забота.

Рекомендации относительно курения

• Курение очень сильный и независимый фактор для ССЗ и должно быть исключено. Воздействие пассивного курения повышает риск ССЗ и должно быть исключено. Молодые люди должны быть поощрены чтобы не начать курить. Всем курильщикам нужно дать совет оставить и предложить помощь; интенсивный, благосклонный подход к прекращению курения со структурированным продолжением может улучшить уход.

Пять «А» для стратегии прекращения курения для повседневной практики

- А — ASK(спросить) Систематически спрашивайте о статусе курения при каждой возможности

- А — ADVICE (советовать) Недвусмысленно призывайте всех курильщиков бросить курить

- А — ASSESS(оценить) Определите уровень зависимости и готовности человека бросить курить

- А — ASSIST(ассистировать) Договоритесь о стратегии прекращения курения, включая назначение даты прекращения, поведенческого консультирования, и фармакологическую поддержку

- А — ARRANGE(расставлять) Установите график для продолжения

Рекомендации относительно питания

- Здоровое питание рекомендуется как основа профилактики ССЗ

- Насыщенные жирные кислоты составляют <10% от общего потребления энергии путем замены полиненасыщенных жирных кислот

- Транс-ненасыщенные жирные кислоты: как можно меньше, предпочтительно не употребление обработанных пищевых продуктов, и <1% от общего потребления энергии природного происхождения

- <5 г соли в день

- 30-45 г клетчатки в день, из цельнозерновых продуктов, фруктов и овощей

- 200 г фруктов в день (2-3 приема)

- 200 г овощей в день (2-3 приема)

- Рыба минимум 2 раза в неделю, одна из них должна быть жирная рыба

- Потребление алкогольных напитков должно быть ограничено до 2 стаканов в день (20 г/г алкоголя) для мужчин и 1 стакана в день для женщин.

Рекомендации относительно индекса массы тела

- Рекомендовано снижение лишнего веса, особенно людям с ожирением, так как это ассоциировано с благоприятными воздействиями на артериальное давление и дислипидемию, которые приводят к меньшим ССЗ

- Если охват талии 80-88 см у женщин и 94-102 см у мужчин: никакого дальнейшего прибавления веса.

- Советуется снижение веса если охват талии у женщин >88 см и у мужчин >102 см

- Лишний вес и ожирение ассоциируются с риском смертности от ССЗ

- Смертность от всех причин наименьшая с ИМТ от 20 до 25 кг/м²

Рекомендации относительно физической активности

- Любое упражнение связано со снижением риска ССЗ

- Здоровые взрослые должны тратить 2,5-5 часов в неделю на физическую активность или занятие аэробикой минимум умеренной интенсивности, или 1-2,5 часа на интенсивные упражнения.

- Лицам ведущим сидячий образ жизни строго рекомендуется начать интенсивные программы упражнений.

- Пациенты с предыдущим острым инфарктом миокарда, коронарного шунтирования, подожного коронарного вмешательства, стабильной стенокардией или стабильной хронической сердечной недостаточностью после консультации у своего врача должны пройти занятия аэробикой от умеренной до энергичной интенсивности ?3 раз в неделю по 30 минут.

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в общей практике

- Врач общей практики является ключевым лицом, которое должно инициировать, координировать и обеспечивать долгосрочное отслеживание состояния пациента для предотвращения сердечнососудистых заболеваний.

- Полная экспертиза проводится практикующим кардиологом и включает оценку способности к выполнению физических нагрузок, оценку функции головного мозга, сердца и функционирования сердца с помощью эхокардиографии, и оценку доклинического атеросклероза ультразвуковым обследованием.

- Цель школы здоровья

- определить клиническую эффективность школы для больных артериальной гипертензией.

Задачи школы здоровья

- Определить и повысить уровень приверженности больных АГ к немедикаментозному и медикаментозному лечению.

- Дать оценку влияния обучения больных на комплаентность лечения артериальной гипертензии.

Дизайн программы

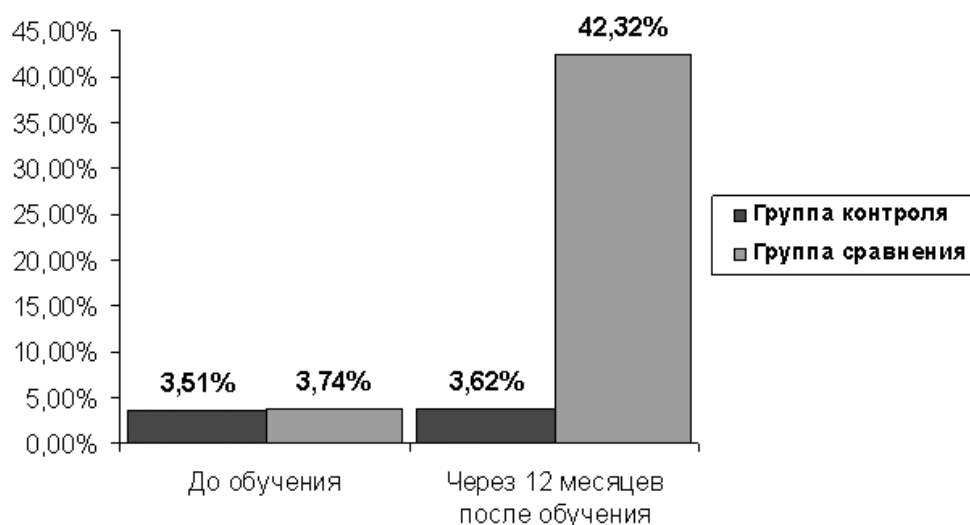


Рисунок 1 - Динамика уровня приверженности выполнению немедикаментозных рекомендаций

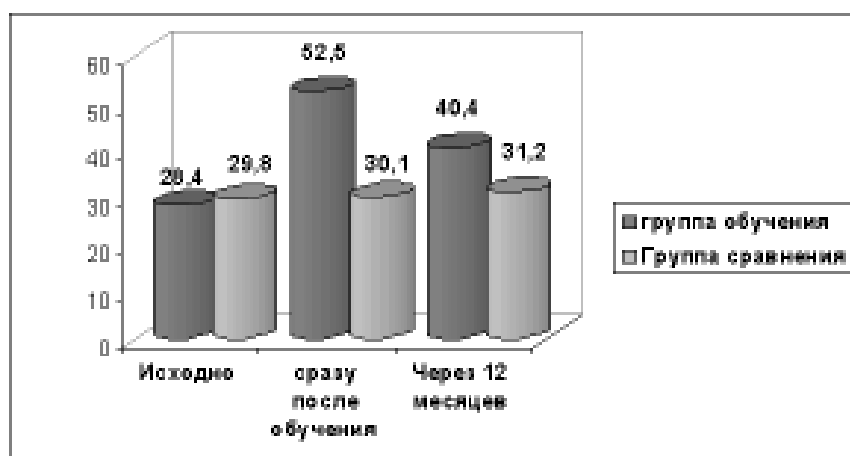


Рисунок 2 - Динамика основных критериев эффективности обучения больных АГ

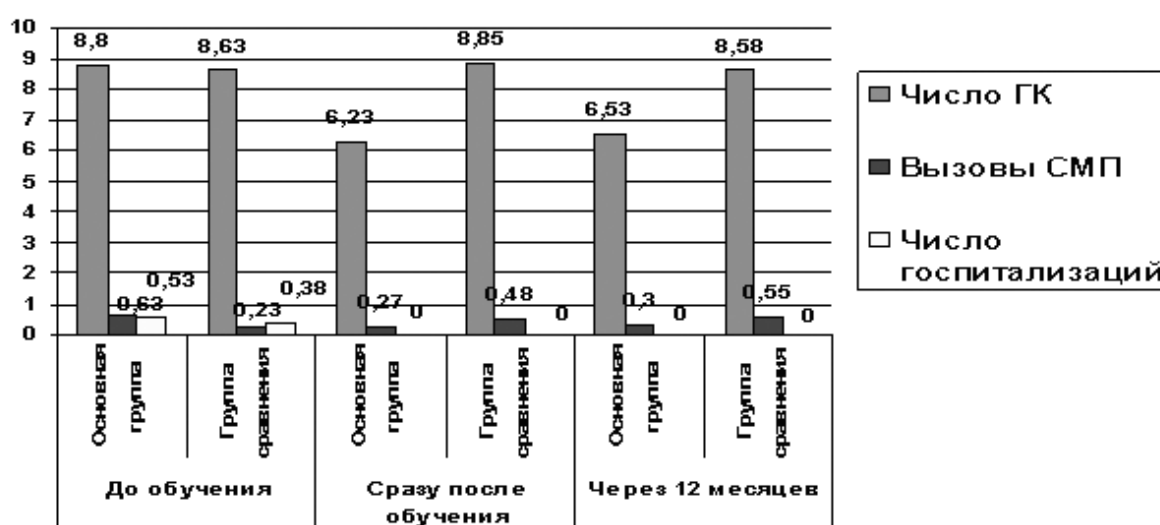


Рисунок 3 - Динамика показателей качества жизни больных АГ по итогам опросника SF-36

Критерии КЖ	До обучения	После обучения
РФ -физ.работосп	50,05+1,79	67,43+1,44
РР-физ.сост.	69,37+2,35	77,11+2,19*
ВР-болевого синд.	50,30+1,53	63,87+1,51*
ГН-общее здор.	54,68+1,12	73,10+1,37*
ВТ-энергич	37,72+0,76	54,54+1,44*
SF-соц.роль	44,68+1,08	71,65+1,58*
RE-эмоц.сост.	69,42+3,87	75,25+1,84
MH-психич.зд.	49,00+0,82	73,32+1,69*

Выводы. Обучение больных дает несомненно положительный результат, мотивирует пациентов к точному выполнению врачебных рекомендаций и самоконтролю артериального давления. Изменение образа жизни помогает достичь целевых

уровней артериального давления. В результате обучения наблюдается снижение числа гипертонических кризов, уменьшение числа вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций.

УДК 616.379-008.64-084:614.39:37

Л.А. ЖУБАНДЫКОВА

Диабетическая Ассоциация РК, г. Алматы

РОЛЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Диабет — одна из важнейших проблем, которые ставят под угрозу развитие здравоохранения и всего мирового сообщества в XXI веке. Сегодня в мире 371 млн. страдают диабетом и еще 280 млн. находятся в группе высокого риска. К 2030 году по данным МДФ число людей с диабетом достигнет 552 млн., а тех, кто в группе риска — 398 млн.

- Сахарным диабетом в промышленно развитых странах болеют до 4-5% всего населения (Данные ВОЗ, 2007) .

- По официальной статистике Минздрава Республики Казахстан на начало 2013 года в Казахстане число больных сахарным диабетом составило 226 202 человека (примерно 1,3% населения страны). Рост по сравнению с 2012 годом составил 11%.

- По данным ВОЗ в РК должно насчитываться 818 000 пациентов с сахарным диабетом, как в высокоразвитой урбанизированной стране.

- Около 600 000 населения не диагностированы.

Цель обучения: Целью обучения является не просто расширение знаний о диабете, а оказание терапевтического эффекта наряду с другими ле-

чебными мероприятиями, контролировать и обеспечить профилактику тяжелых осложнений.

В 1998 году ВОЗ ввел термин «Терапевтическое обучение пациентов».

- Предоставляет возможность овладеть умениями для управления своей жизнью с СД
- Непрерывный процесс, интегрированный в систему медицинской помощи
- Центрировано на пациенте
- Включает информацию, обучение «самопомощи» и психологическую поддержку
- Кооперация с мед. работниками
- Отличается от традиционной «санитарно-просветительной работы».

Виды программ:

- Для больных с СД 1 типа
- Для больных с СД 2 типа на диетотерапии или на таблетированных сахароснижающих препаратах
- Для больных с СД 2 типа на инсулинотерапии
- Для детей с СД и их родителей
- Для больных с СД с АГ
- Для беременных женщин с сахарным диабетом

Формы обучения:

- Групповые или «Школа Диабета» — не более 7-10 человек в группе, проходит в форме семинара, проводятся специально обученным врачом или медицинской сестрой. Аудиовизуальные средства являются лишь дополнением.

- Индивидуальные (применяется при впервые выявленном диабете)

Индивидуальное (ИО) и групповое обучение (ГО):

Положительные стороны ИО: Персонализация, Привилегированное отношение, Возможность определить специфические нужды пациента, Лучший контакт, Более высокий уровень знаний.

Недостатки ИО: Отсутствие сравнения с другими пациентами, Отсутствие групповой динамики, Риск недостаточной структуризации инструкций, Большие временные затраты, Риск несовместимости с трудными пациентами, Усталость из-за повторения.

Положительные стороны ГО: Обмен опытом между пациентами, Сопоставление мнений, Экономия времени, Стимулирование учебного процесса, Обучение, основанное на использовании проблемных ситуаций.

Наглядные пособия для школ диабета.**Содержание программ обучения:**

- Теория о Сахарном Диабете
- Практические навыки: измерение глюкозы

крови, техника инъекции инсулина, выбор правильного питания, уход за ногами, физические нагрузки.

- Результаты самоконтроля пациент заносит в дневник диабета - базис для самостоятельного лечения.

Эффективность программ по клиническим, метаболическим и медико-социальным параметрам:

- По данным МинЗдрава РФ в 2001 у больных с СД 1 типа в течение 7 лет снижение частоты острых осложнений, отсутствие случаев диабетической комы, тяжелого кетоацидоза, за 1 год достоверное снижение уровня HbA1c с 12,6% до 8%

- У больных с СД 2 типа — в течение 1 года достоверное снижение массы тела, уровня АД, уменьшение дозы сахароснижающей таблетированной терапии на 30% в среднем, снижение ОХ, ТГ в крови, снижение уровня ЛПНП и повышение ЛПВП.

Конечная цель: Научиться управлять диабетом так, чтобы сделать его «образом жизни».

ТҮЙІН

«Денсаулық мектебі» қант диабеті туралы білім алуға көмектесіп қана қоймай, ауыр асқынулардың алдын алуға қамтамасыз етеді.

SUMMARY

«School health» will not only gain knowledge about diabetes, but also ensure a prevention of severe complications.

УДК 616.1/.8-07(574.13)

Д.К. КАЙДАРОВА

Областной центр проблем формирования здорового образа жизни. г. Актобе

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ**Аннотация**

Нормативно-правовая база проведения скрининговых исследований на раннее выявление неинфекционных заболеваний. Развитие медико-социальной направленности в результате внедрения в штаты психологов и социальных работников.

Ключевые слова: законодательно-нормативная система, штатное расписание, скрининги.

Актуальность. В Казахстане отмечена высокая распространенность отрицательных поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний организовано в соответствии с принятой законодательно-нормативной системой в Республике Казахстан. Нами проведен контент-анализ действующих в Республике Казахстан нормативных документов по первичной и вторичной профилактике неинфекционных заболеваний. Следует отметить, что имеющиеся приказы Министерства здравоохранения РК ориентируют к проведению скрининговых исследований, направленных на раннее выявление факторов риска, таких как курение, потребление и злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, ожирение, высокое артериальное давление, не рациональное питание, которые вызывают сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, онкологические болезни и др.

Нормативная правовая база проведения ранней профилактики (скрининга) полностью сформирована и амбулаторно-поликлинические организации ими руководствуются. При многих поликлиниках открыты Центры семейного здоровья, в них отделения профилактики и социально-психологической помощи, действуют Школы здоровья (7 уроков здоровья), школы профилактики артериальной гипертензии, школы сахарного диабета, Школы бронхиальной астмы. Для обеспечения медицинской и социально-психологической помощи и в случае необходимости юридических услуг — Молодежные центры здоровья при поликлиниках.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. в городской поликлинике №2 от-

крылось отделение профилактики и социально-психологической помощи. В соответствии со штатными нормативами в поликлинике с численностью прикрепленного населения 109 829, работают 2 психолога, 10 социальных работников. Каждый социальный работник обслуживают в среднем 4 терапевтических и 4 педиатрических участков. Общее число целевых групп населения, нуждающихся в оказании социальных услуг составляют — 6952 в среднем на 1 социального работника - 695 человек, на 1 психолога — 945 человека.

Цель создания структуры. Обеспечение более доступности информации в связи с пополнением штата поликлиники социальными работниками и психологами.

Развитие медико-социальной направленности в результате внедрения в штаты психологов и социальных работников.

Обеспечение удовлетворенности пациентов качеством оказываемых услуг, путем проведения социального патронажа на дому и социального сопровождения

Виды оказываемых услуг социальными работниками и психологами поликлиники:

- Индивидуальное консультирование на приеме и на дому социальными работниками и психологами;
- Групповая работа (занятие) с прикрепленным населением социальными работниками и психологами;
- Активное посещение психологами;
- Активное посещение, наблюдение и социальное сопровождение соц.работниками.

Целевые группы для оказания социальных услуг:
- неблагополучные семьи (конфликтные, кризисные, проблемные);

- малообеспеченные и бедные семьи, безработные;

- многодетные и неполные семьи с низким уровнем прожиточного минимума (за чертой бедности);

- пожилые люди старше 70 лет и одинокие пожилые старше 60 лет, в том числе лица, неспособные к самообслуживанию в связи с преклонным возрастом и вследствие перенесенной болезни;

- пациенты с психическими расстройствами, онкологическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированные;

- пациенты с хроническими заболеваниями, часто обращающиеся (свыше 3-х раз в месяц) за медицинской помощью к врачу ПМСП и за скорой неотложной помощью;

- юные матери, матери-одиночки, многодетные, девочки-подростки, живущие половой жизнью, женщины репродуктивного возраста, страдающие экстрагенитальными заболеваниями, в том числе с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности;

- лица с девиантным поведением среди детей и подростков, а также после суицидальных попыток;

- лица, подвергающиеся бытовому насилию (дети и подростки, женщины, мужчины);

- лица с ограниченными возможностями, в том числе дети, подростки, инвалиды;

- маргинальные группы (лица, страдающие наркозависимостью, алкоголизмом, бездомные, освобожденные из мест лишения свободы и т.д.)

Учетно — отчетные документации для социального работника:

Журнал регистрации пациента/клиента

Журнал регистрации посещений на дому

Журнал регистрации групповых занятий с населением

Для психолога:

1. Журнал регистрации групповых занятий с населением

2. Журнал регистрации амбулаторных больных (ф- 278/у);

Книга записи вызовов врачей на дом (ф-031/у);

Обучающие семинары. В Актыбинской области проведено 3 Республиканских семинар-совещания на тему: «Организационные аспекты внедрения программ скринингового обследования по раннему выявлению заболеваний на различных уровнях ПМСП»:

- 21-22 апреля 2011г. в г.Актобе — 378 человек

- 17-18 сентября 2013г. в г.Актобе — 89 человек

- кустовой семинар-совещание 19-20 сентября 2013г. в г.Хромтау — 20 человек

КазНИИОиРом запланировано проведение семинар-совещания в г.Актобе с 25-29 ноября 2013 г.

Выводы и практические рекомендации. В штаты поликлиник не введены специалисты социальные работники с высшим образованием, которые разрабатывает и внедряет программы медико-социальной помощи населению обслуживаемой территории; координирует деятельность медико-социальной службы со смежными организациями (педагоги, психологи, юристы и др.); контролирует проведение социальных мероприятий работниками среднего звена и добровольцами, участвующими в общей работе; решает другие организационные вопросы.

Работа с добровольцами, с другими общественными объединениями, благотворительными организациями в оказании помощи социально незащищенным контингентам — один из немногих позитивных факторов нашего времени, пока еще на стадии становления.

Активизировать работу по повышению уровня знаний и практических навыков специалистов ПМСП в вопросах организации и проведения скрининговых осмотров и формирования здорового образа жизни путем проведения выездных семинар-тренингов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кодекс РК от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения».

2. ПП РК от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

3. ПП РК от 1 ноября 2011 года №1263 «Об утверждении Правил об оказании первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи».

4. ПП РК от 12 января 2012 года № 33 Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»;

5. ПП РК от 17 января 2012 года № 87 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

6. ПП РК №1113 от 23.11.2010г «Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг

7. Приказ МЗ РК от 5 января 2011 года № 7 «Об ут-

верждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь»;

8. Приказ МЗ РК от 30 октября 2009г. № 630 «Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения»

9. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2011 года №907 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности социального работника в сфере здравоохранения»

10. Приказ МЗ РК от 16 марта 2011 года №145 О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

ТҮЙІН

Жұқпалы емес ауруларға ерте алдын алуды жүргізудің нормативті-құқықтық негіздері толығымен қалыптасқ-

ан және оларды амбулаторлық-емханалық ұйымдар қолданады. Емханаларда «Отбасы денсаулығы» орталықтары ашылған, ол орталықтарда профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшелері бар, «Денсаулық мектебі» жұмыс істейді. Жасөспірімдерді медициналық және әлеуметтік-психологиялық көмекпен қамтамасыз ету үшін емханаларда «Жастар денсаулық орталығы» ашылған.

SUMMARY

Regulatory-legal framework of early prevention (screening) of noncommunicable diseases (NCD) fully formed and outpatient organizations are guided by them. In clinics was opened the Centers of family health, they have a department of prevention and psycho-social support, also are working Health Schools. To provide medical and psychosocial care for adolescents was opening the Youth health centers in the clinics.

Т.С. ХАЙДАРОВА

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

АКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ ОСНОВАМ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ПРИВИТИЯ НАВЫКОВ ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ В ШКОЛАХ ЗДОРОВЬЯ

Аннотация

Рациональное питание является основой здорового образа жизни, профилактики многих заболеваний, соблюдение правил питания важно для всех возрастных категорий населения

Ключевые слова: рациональное питание, физиологические нормы питания, энергетическая ценность питания, режим питания, тарелка здорового питания.

Актуальность. Среди разрабатываемых концепций по вопросам здоровья населения особое место занимает проблема питания населения как важный компонент образа жизни и наиболее значимый первичный (поведенческий) фактор риска ИМТ и ожирения. В связи с этим изучение пищевого поведения и спектра пищевых привычек населения в зависимости от социально-экономических особенностей необходимо для определения наиболее эффективных, рациональных и экономических подходов по снижению (коррекции) ИМТ и ожирения.

Методы исследования. В 2012 году проведено 5-е национальное исследование поведенческих факторов риска развития инфекционных заболеваний. Всего охвачено опросом 24 000 населения в возрасте 11 лет и старше, одномоментное социологическое исследование было проведено по всем регионам Республики Казахстан (в каждом регионе было опрошено методом интервью-

ирования 1600 респондентов). В анкете данного опроса были заложены вопросы, касающиеся пищевых привычек населения (потребление овощей и фруктов, индекс массы тела, окружность талии).

Результаты исследования. По данным 5-го национального исследования индекса массы тела (ИМТ) установлено, что лиц с избыточным весом и ожирением 1, 2 и 3 степени в возрасте 18-19 лет – 11,9 %, а в возрасте 50-59 лет – 61,6 % [1].

Объем талии является информативным показателем определения алиментарной формы ожирения и распределения жировой ткани. В городской и сельской местности по мере увеличения возраста человека уменьшается доля лиц с талией до 94 см (с 90,9% до 50,3% в городской среде), и увеличивается доля лиц с талией более 94 см (с 9,1% до 49,7%), аналогичная картина в сельской местности (с 10,4% увеличение до 40,9%). Правила здорового питания включают показатель

Таблица 1 - ИМТ по результатам 5-го национального исследования, 2012 г.

Возраст	ИМТ	Показатели (в%)
18-19 лет	Нормальный вес	76,9
50-59 лет	(18.5-24,9)	36,8
18-19 лет	Избыточный вес	10,4
50-59 лет		45,3
18-19 лет	Ожирение 1 степени	1,1
50-59 лет		12,6
18-19 лет	Ожирение 2 степени	0,2
50-59 лет		3,0
18-19 лет	Ожирение 3 степени	0,2
50-59 лет		0,7

— ежедневного потребления овощей и фруктов, поэтому при анкетировании мы включили этот вопрос. Известно, что ВОЗ рекомендует потреблять — не менее 400 грамм овощей и фруктов каждый день, но в настоящее время данная рекомендация пересмотрена — половина тарелки должна составлять овощи и фрукты, т.е. 50% ежедневного рациона питания [2]. По данным 5-го национального исследования доля респондентов, потребляющих 400 грамм овощей и фруктов ежедневно составляет всего 66,6% городских и 68,2% сельских жителей [1]. Опрошенные респонденты отметили, что предпринимали действия и было желание изменить пищевые привычки, так более половины городских опрошенных 57,2% и сельских 54,3% изменили характер питания за последние 3 года [1]. Таким образом, проведенное исследование показало, что население не соблюдает принципы здорового питания и здорового образа жизни, нарушаются рекомендации по потреблению овощей и фруктов, как основы первичной профилактики не инфекционных заболеваний (НИЗ) и ожирения, снижена физическая активность, при этом доля лиц с избыточной массой тела и с ожирением (к 50 годам) увеличивается до 70,1%, у более чем половины опрошенных окружность талии мужчин и женщин превышает установленные нормы (у мужчин свыше 94 см, у женщин больше 80 см).

Опытот ведущих стран, реализовавших интегрированную профилактику НИЗ показывает, что с помощью простых рекомендаций и проведения профилактических вмешательств по коррекции образа жизни населения можно снизить смертность и заболеваемость от НИЗ [3]. В результате проведенных НТП в НЦПФЗОЖ нами разрабо-

таны современные профилактические технологии по профилактике НИЗ и ожирения [4]. Одной из эффективных инновационных технологий является проведение школ здоровья в отделениях профилактики и социально-психологической помощи на уровне ПМСП [5]. Самым эффективным и осуществимым, не требующим дополнительных затрат является урок «Рациональное питание». Данный урок проводится для пациентов с факторами риска — избыточная масса тела, ожирение.

Целью проведения данного урока здоровья является не только повышение информированности пациентов о здоровом питании, но привитие новых навыков здорового питания, навыков по соблюдению принципов и физиологических норм питания, навыков по ограничению животного жира, соли, сахара, и увеличению таких пищевых продуктов как овощи и фрукты, продуктов с полиненасыщенными жирными кислотами.

Технология проведения занятия. Группа пациентов не более 8-10 человек.

Занятие проводится в активной форме: в виде тренинга — деловой игры по составлению рациона питания с калорийностью 1800-2000 ккал. Каждый пациент ведет Дневник питания, каждый пациент может взять наглядные пособия. Занятие рассчитано на 2 часа.

Оснащение — технические средства, аудио-видео сопровождение, раздаточный материал, применение моделей (искусственные или натуральные продукты питания), чемодан питания или 4-х сторонняя пирамида питания, тарелка питания (модели показаны на рисунках).

Тема 1. Законы рационального питания: всего несколько правил питания, которые должен соблюдать любой человек: 1) равновесие между поступающей с пищей энергией (калорийность пищи) и энергетическими затратами организма, т. е. поступающая с пищей энергия должна быть израсходована, для этого необходима ежедневная аэробная физическая активность; 2) сбалансированность между белками, жирами, углеводами, витаминами, минеральными и пищевыми волокнами (т.е. соотношение белков, жиров и углеводов в суточном рационе для групп населения, разное. Так для людей умственного труда это соотношение имеет следующий вид 1:1,1:4,5); 3)

соблюдение режима питания (регулярность и распределение пищи в течение дня); 4) рацион и энергетическая ценность должны соответствовать возрастным потребностям и двигательной активности организма; 5) соблюдение физиологических и стандартных норм питания при каждом приеме пищи.

На первой модели – тарелка здорового питания показано, что половина рациона – это овощи и фрукты, ежедневное потребление молочных, зерновых и белковых продуктов.

Тема 2. Разовые нормы потребления пищи. «Нормы» базируются на основных положениях Концепции оптимального питания. В рационе

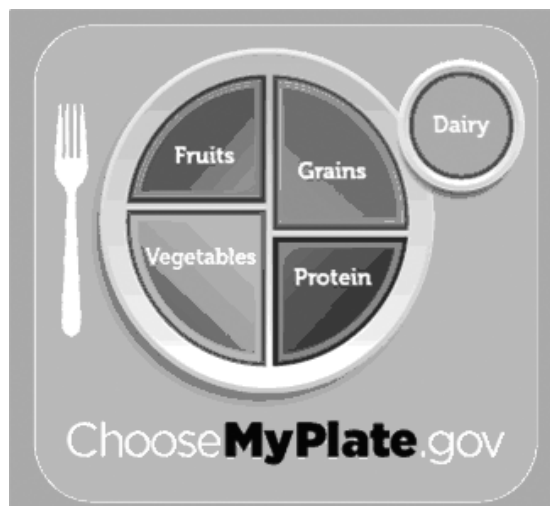


Рисунок 1 - Тарелка здорового питания



Рисунок 2 - Наглядные материалы по продуктам питания с указанием количества, содержания калорий, натрия, пищевых волокон, холестерина и пищевой полезности на примере лепешки

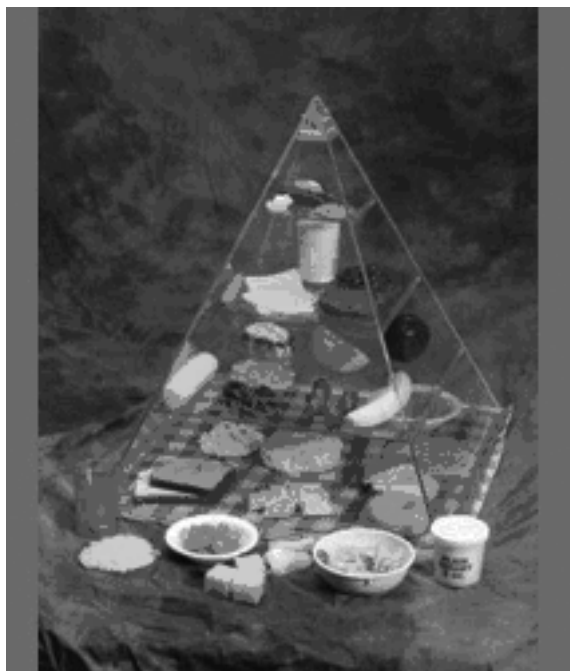


Рисунок 3 - Пирамида питания

предусматриваются физиологически необходимые количества животных белков — источников незаменимых аминокислот, физиологические пропорции ненасыщенных и полиненасыщенных жирных кислот, оптимальное количество витаминов;

Тема 3. Энергетическая ценность продуктов питания. Следует отметить, что первоочередное значение в пищевом рационе имеет не набор тех

или иных видов продуктов, а их энергоценность: 1 г белков и углеводов соответствует 4 ккал, жиров — 9 ккал, алкоголя — 7 ккал, фруктов и овощей — 1,5 ккал, молочных продуктов — 1,5–2,0 ккал. Физиологические потребности в энергии для взрослых — от 2100 до 4200 ккал/сутки для мужчин и от 1800 до 3050 ккал/сутки для женщин. Физиологические потребности в энергии для детей — 110–115 ккал/кг массы тела для детей до 1 года и от 1200 до 2900 ккал/сутки для детей старше 1 года.

Для расчета калорийности на практических занятиях можно применять как наглядные учебные пособия вот такие цветные карточки, составленные по основным продуктам питания. Такие карточки позволяют понять пациентам, что представляет каждый продукт, его пищевую и энергетическую ценность. Например — лепешка на рисунке 1, размер с СД-диск, 0,4 кг крупы, энергетическая ценность 100 калорий, содержание натрия=17 г, протеина -3 гр., холестерина — нет, полезность — содержит тиамин и селен.

Тема 4. Составление рациона и Нормы потребления продуктов питания. По пирамиде питания можно выбрать и использовать две, три или все четыре раздела пирамиды, чтобы показать: сколько нужно еды съесть, чтобы получить необходимое количество калорий для любых занятий (комплект искусственных или натуральных пищевых продуктов — рисунок 1).



Рисунок 4 - Чемодан питания (Модель «Визуализируй размер своей порции»)

В соответствии с чемоданом питания — можно показать размеры норм разового потребления продуктов питания — чемодан называется — визуализируй размеры порции. Чемодан раскрывается, ставится на одну из сторон. Модель включает: блин, размером с CD — это 0,4 кг крупы, стейк, размером с колоду карт — 0,3 кг приготовленного постного мяса, апельсин, размером с бейсбольный мяч — средний фрукт, брокколи, размером с лампочку, порции разового потребления рыбы — размером с портмоне, порции потребления сыра — с размеров 2-х домино, порции потребления вермишели — размером с компьютерной мышки и др.

На верхней стороне, где нарисованы аналоги размеров порций (обычные предметы ежедневного обихода) к еде, приводится краткое описание к каждому предмету, приведено название.

Таким образом, практическое занятие по составлению рациона питания визуализируется на примере обычных предметов ежедневного обихода человека. Любой пациент может понять на примере размера портмоне — сколько можно съесть рыбы при разовом потреблении, или если показать CD-диск — это размер разового потребления — блинов, т.е. можно съесть только один блин; потреблении ежедневной порции постного мяса — показано на примере размера обычной колоды карт.

Выводы:

1. Результаты 5-го национального исследования показали, что более 70% опрошенного населения по Республике Казахстан (2012 г) имеют нарушения в питании и избыточную массу тела

(ожирение).

2. Школы здоровья — урок «Рациональное питание» должны проводиться на уровне отделений профилактики и социально-психологической помощи в виде активных практических уроков — тренинга с использованием искусственных и натуральных моделей — продуктов питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 5-е Национальное исследование «Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, физическая активность, медицинская активность, информированность населения по поведенческим факторам риска, информированность и мотивация населения к ведению здорового образа жизни)» // Отчет НЦПФЗОЖ МЗ РК — 2012.

2. Методическая рекомендация «Школы здоровья».

ТҮЙІН

Халық арасында жүргізілген сауалнаманың нәтижесі (5-ші ұлттық зерттеу, 2012ж.) 70,0% -дан астам халықта дененің артық салмағы және семіздіктің бар екенін көрсетті. Халыққа профилактикалық көмек көрсету үшін Денсаулық мектебі туралы ережеге сәйкес біріншілік медициналық санитарлық көмек деңгейінде Денсаулық сабағын (Денсаулық мектебінің 7 сабағы) өткізу керек.

SUMMARY

The survey population (5th national survey, 2012) showed that more than 70.0% of the population is overweight and obese. To provide preventive care for population should be carried out the health lessons at PHC level in accordance with the Provision of School Health (7 lessons of health).

С. СУБРАМАНИАН

Евразийская федерация онкологии, Научно-образовательный центр «Евразийская онкологическая программа», г. Москва

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОТАБАЧНОЙ БОРЬБЫ

Аннотация

Табак является основной причиной онкологических заболеваний, в первую очередь рак легких. В настоящее время смертность от рака легких стабилизировалась, и основная причина во внедрении программ антитабачной борьбы на уровне государств.

Ключевые слова: табак, онкологические заболевания, антитабачные меры, рак легких.

Актуальность. Табак является основной причиной развития онкологических заболеваний среди населения, заболеваемость и смертность от рака лёгкого среди мужчин в мире — 1-е место [1-2]. Данные заболеваемости в США несколько отличаются, а вот что касается смертности, то и здесь рак лёгкого прочно занимает первую позицию. Однако, если проследить динамику смертности от рака легкого в США, то мы видим, начиная с середины восьмидесятых и начала девяностых годов вначале стабилизацию, а затем резкий спад показателей смертности. И тенденция эта сохраняется до сегодняш-

него дня. Можно ли полностью отнести этот феномен на счет успехов лечения опухоли? [3].

Наверное, нет. Даже в США, по сравнению с опухолями других локализаций, показатель смертности при раке легкого остается колоссальным. За счет чего же достигнут этот эффект? На самом деле дело в том, что именно на примере рака легкого можно увидеть, как может быть эффективна профилактика, и насколько лучше опухоль предотвратить, чем ее лечить. Первые работы, указывающие на связь между курением и раком легкого, были опубликованы в конце 1930-х гг. Роль курения была

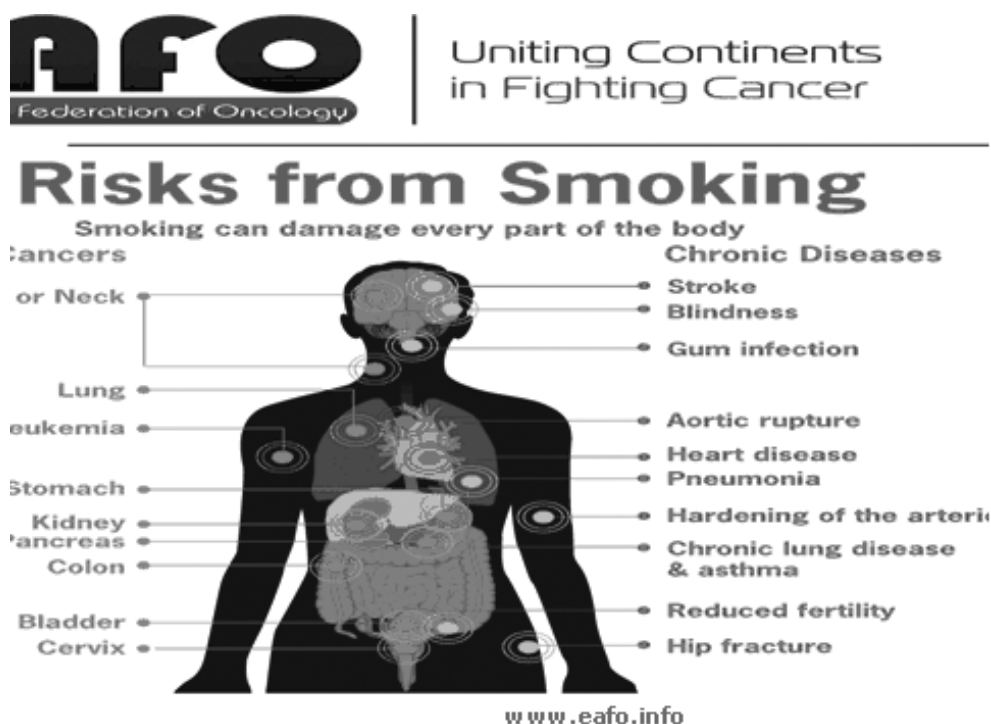


Рисунок 1 - Влияние курения на развитие заболеваний и повреждение организма

окончательно доказана только в начале 60-х годов. И как только поняли эту причинную связь, начиная с 70-х гг. стали активно внедрять программы противотабачной борьбы, что и вылилось через полтора-два десятилетия в наблюдаемую тенденцию снижения смертности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. WHO. - <http://globocan.iarc.fr>.
2. Risks from smoking. - [//www.eafo.info](http://www.eafo.info).
3. Cancer statistics. — 2013.

ТҮЙІН

Темекі әлемде тұрғынды ара-арасынданың онкология ауруларын дамудың негізгі себебі, жеңіл еркектерді ара-арасындарды обырдан аурушандық және өлім-жітім болып табылады - 1-ші орын. Жеңіл үлкен рөл обырдан аурушандық және өлім-жітім төмендетуде темекі індетімен күрес жатады.

SUMMARY

Tobacco is the leading cause of cancer in the population, the incidence and mortality from lung cancer among men in the world takes 1st place. In reducing the incidence and mortality from lung cancer plays a major part the global tobacco epidemic.

УДК 351.761.2:34:614.84:303.425.2

Д.Ж. САДЫКОВА

Национальная коалиция «За Казахстан, свободный от табачного дыма», г. Алматы

МОНИТОРИНГ ВЫПОЛНЕНИЯ КАЗАХСТАНСКОГО АНТИТАБАЧНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Цель. Мониторинг за исполнением антитабачного законодательства в г. Алматы.

С момента ратификации Казахстаном Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака в 2007 году, произошли качественные изменения национального законодательства, которые защищают здоровье нации:

- о Запрет рекламы табачных изделий (2008 г);
- о Запрет курения в общественных местах (2009 г);

- о Демонстрация трех видов графических предупреждений о вреде курения в местах торговли табачными изделиями (2012 г);

- о Запрет курения кальяна в общественных местах, аналогичный запрету курения табачных изделий (2013 г);

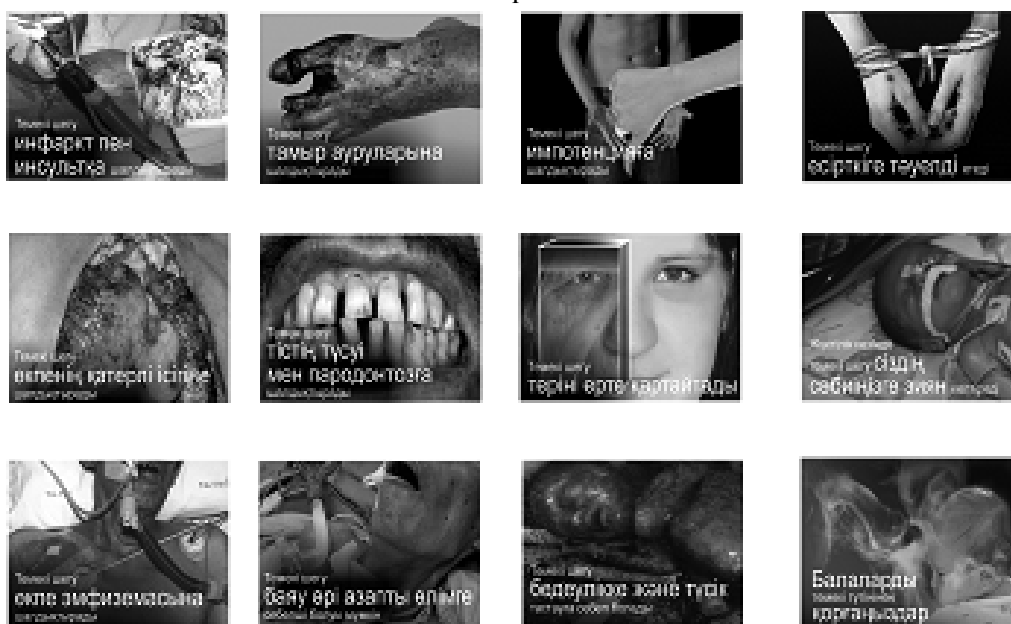
- о Внедрение графических предупреждений о вреде курения (2013 г), которое обязало производителей поместить 12 видов фотоизображений о вреде курения на всех видах табачных изделий.



Образцы сигарет



Пиктограммы



Сбор наблюдений методом «Тайный посетитель»

В качестве «тайных посетителей» были привлечены волонтеры Национальной коалиции «За Казахстан, свободный от табачного дыма». Наблюдатели имеют высшее медицинское образо-

вание и двухлетний опыт проведения исследований и интервьюирования. Всего были обследованы 2004 объекта на 187 участках города.

Исследование профинансировано программой «Алматы без табака» в рамках госсоцзаказа Управления внутренней политики акимата г. Алматы.

Результаты наблюдений в общественных местах по городу Алматы



За период с июля по октябрь наблюдатели посетили 254 общественных мест:

№	Заведение	Количество
1.	Учебные заведения (вузы, колледжи, школы)	140
2.	Государственные учреждения (акиматы, налоговые инспекции, музеи и т.д.)	13
3.	Коммерческие организации	32
4.	Организации здравоохранения (больницы, поликлиники)	69
ИТОГО:		254

Выявлено, что администрация обычно разрешает курить у входа в заведение, хотя запрет должен распространяться на всю территорию заведения «до забора». Имеются факты курения на территории больниц, учебных заведений и коммерческих организаций.

При этом в 44% заведений размещены знаки о запрете курения снаружи, и в 55% внутри помещений, что свидетельствует о среднем уровне соблюдения данной нормы. Реклама и продажа

сигарет встречались в единичных случаях.

В 36% ресторанах, барах, кафе и караоке сигареты включены в меню. Только 9% заведений открыто предлагают кальян в меню, остальные предпочитают договариваться напрямую с клиентами «по специальному заказу» и на «особых условиях» в VIP залах.

Несмотря на то, что запрет на курение табачных изделий в общественных местах вступил в силу в еще в 2009 году:

Результаты наблюдений в местах общественного питания

За период с июля по октябрь, наблюдатели посетили 651 заведение общественного питания «разного формата»:

№	Заведение	Количество	
1.	Кафе, кофейни	332	
2.	Рестораны, банкетные залы	133	
3.	Столовые	87	
4.	Бары, гриль бары	41	
5.	Фаст-фуды, пиццерии	21	
6.	Караоке	18	
7.	Ночные клубы	9	
8.	Шашлычные	7	
9.	Кальянные	3	
ИТОГО:		651	



о в 66% всех кафе, баров, ресторанов, караоке, ночных клубов и даже в столовых разрешают курить сигареты;

о в 16,4% пунктов общественного питания открыто предлагают курить кальян;

о 26% заведений «встречают» своих клиентов пепельницами на столах;

о 2% заведений имеют специальную комнату для курения.

Только 22% заведений имеют таблички о запрете курения внутри помещения и только 5,6 %

имеют такие знаки на входе. При этом 12,4% заведений рекламируют различные бренды и новинки табачных изделий даже в туалетах, так называемые «промобоксы» с подсветкой, которые в основном (70%) размещают на барах.

Также установлено, что крупные сети ресторанов и баров широко практикуют подписание договоров с рекламными компаниями, продвигающими табачные новинки, получая ежемесячные вознаграждения.



Результаты наблюдений в местах торговли табачными изделиями.

За период с июля по октябрь, наблюдатели посетили 1099 точек торговли, где продаются табачные изделия:

№	Заведение	Количество
1.	Гипермаркеты	9
2.	Супермаркеты	42
3.	Минимаркеты	7
4.	Магазины	917
5.	Киоски	60
6.	Павильоны	19
7.	Остановочные комплексы	45
ИТОГО:		1099

Объекты розничной торговли предлагают большой ассортимент табачной продукции, в диапазоне от 100 тенге до 280 тенге за пачку. Относительно дорогими считаются марки “Parliament” (250 тенге) и Marlboro (220 тенге за пачку). Самыми доступными марки LD, Bond, State Line, Pall Mall, цены на которые варьируются от 120 до 140 тенге. Средняя цена за пачку сигарет составляет- 170 тенге.



Во время посещения наблюдателями было выявлено 5 фактов продажи табачных изделий несовершеннолетним и 8 фактов, когда продавцами сигарет являлись сами несовершеннолетние. 49% объектов размещают знак о запрете продажи сигарет несовершеннолетним, полученный от производителей табачной продукции. За 12 лет, прошедших с момента принятия закона, лишь половина торговых точек обзавелась знаком, запрещающим продажу сигарет несовершеннолетним.



Поштучная продажа сигарет выявлена в 30% точках торговли, в основном в маленьких магазинах и киосках. Менее 2% из охваченных торговых точек (т.е. только 19 магазинов) имеют предупреждения о вреде курения, которые должны демонстрироваться в непосредственной близости от лотков сигарет согласно постановлению Правительства РК №1367 от 22 ноября 2011 года.





При этом объекты торговли буквально увешаны рекламой сигаретных новинок - 92,5 %. В некоторых местах наблюдатели насчитали до 10 объектов различной табачной рекламы, а некоторых прилавки были выполнены в виде логотипа торговой марки.

Радует то, что 92% табачной продукции продаются в новой упаковке - с графическими пре-

дупреждениями о вреде курения на пачках сигарет. Однако, нашелся и злостный нарушитель Закона - южнокорейская марка «Эссе», которая размещает изображения на нижнюю часть пачки, что является грубейшим нарушение постановления Правительства РК №1366 от 22 ноября 2011 года.



Во время интервью с продавцами, наблюдатели определили 8 основных реакций покупателей на «страшилки»:

- о бросят курить;
- о просят продать пачку «без страшилок»;
- о выбирают «менее страшные» картинки;
- о покупают сигареты поштучно;
- о тут же отрывают верхнюю часть пачки;
- о перекладывают содержимое пачки в футляр;
- о используют наклейки;
- о никак не реагируют.

Таким образом, в семи из восьми случаев пиктограммы вызывают негативную реакцию у курильщика.

Выводы.

1. Слабо исполняется запрет на курение в общественных местах, особенно в пунктах общественного питания;

2. Слабо исполняются нормы о размещении знаков о запрете продажи табачных изделий несовершеннолетним. Лишь половина торговых точек размещает предупреждающие знаки.

3. Практически полностью игнорируются предупреждения о вреде курения в местах продажи табачных изделий;

4. Грубо нарушается статья Закона о запрете рекламы табачных изделий в местах торговли и общественного питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. How to guide for conducting compliance studies // Международное руководство «Assessing compliance with smoke free laws». ? Глобальный институт борьбы против табака, Университет Джона Хопкинса. - 2011.

О.Т. КУТУШЕВ

Центр по профилактике и лечению табачной и нехимических зависимостей
ГКУЗ МНПЦ наркологии Департамента здравоохранения, г. Москва

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ В г.МОСКВЕ: ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Аннотация

В России проведен Глобальный опрос взрослого населения на табакокурение в 2009 г., получены следующие данные о курении: в России курят **43,9** млн. человек, что составляет почти **40%** населения страны **60,2% мужчин, 21,7% женщин**. Потребление табака приводит к потере **трудоспособного** населения РФ в возрасте 30-59 лет: смерть в 30-44 года каждого четвертого (**23%**) россиянина связана с табаком, смерть в 45-59 лет каждого третьего жителя России обусловлена потреблением табака. Ежегодно табак убивает почти 350000 россиян старше 30 лет, 16% всех смертей в РФ обусловлены потреблением табака. Потребление табака является причиной смерти у 28% мужского и у 4% женского населения России старше 30 лет. Неинфекционные заболевания — основная причина смертности в РФ. В 18% смертей от неинфекционных заболеваний причиной является табак. Пробовали курить в течение жизни: 69% по Москве, 66% по РФ. Регулярно курят 37% мальчиков, 22% девочек [1].

Вероятность обращения подростков к наркотикам при отсутствии потребления алкоголя и табака, по мнению ученых, составляет 0,6% у мальчиков и 0,4% у девочек. Риск стать наркоманом для девушки-подростка в 5 раз выше, если ее мать выкуривала больше 10 сигарет в день в течение беременности. Среди юношей, матери которых курили во время беременности, приступы неадекватного поведения в 4 раза чаще, чем у тех, чьи матери не курили.

Известно, что одной из проблем в установлении контакта с пациентами по проблеме отказа от курения является тот факт, что очень большой процент врачей в России курит. Например, по данным российских исследований 43% мужчин-терапевтов курит, на втором месте по распространенности данной привычки мужчины-пульмонологи (35%), среди женщин-врачей самый высокий процент курящих — среди наркологов (18%), гастроэнтерологи и онкологи занимают в рейтинге курящих женщин-врачей 2 и 3

Система оказания медицинской помощи лицам с табачной зависимостью (на примере Москвы)

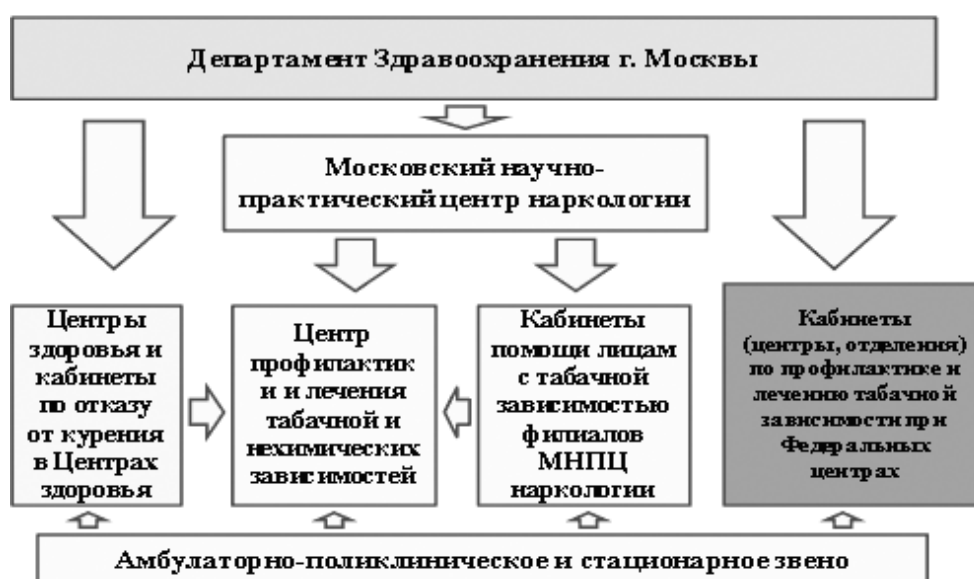


Рисунок 1 - Система оказания медицинской помощи лицам с табачной зависимостью (г. Москва)

место. Соответственно, большинство курящих врачей считает, что тема отказа от курения не относится к их практике, они признают курение плохой привычкой, но при этом не считают не самым большим злом и не верят, что каждый желающий бросить, может это сделать.

Выводы:

1. Без консолидации усилий всего общества эффективно противодействовать табачной эпидемии в России невозможно. Москва должна стать примером высоких стандартов противодействия табакокурению.

2. Система и структура оказания медицинской помощи лицам с табачной зависимостью находится на начальном уровне и требует дальнейшего усовершенствования на каждом этапе оказания медицинской помощи.

3. В 2013 году исполняется 5 лет с момента ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака

4. Принятый закон о внесении поправок в Кодекс РФ об административных правонарушениях и в закон «О рекламе» внушают оптимизм.

5. Согласно Концепции осуществления государственной политики противодействия табаку от 23 октября 2010 г. К 2015г. 500 тысяч курильщиков должны отказаться от потребления табака.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Глобальный опрос взрослого населения по табакокурению. - 2009.

УДК 613.84:614.2:351.761

Г.Р. СУЛЕЙМЕНОВА

Алматинский городской центр формирования здорового образа жизни, г. Алматы

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. АЛМАТЫ: СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Аннотация

В статье представлены результаты социологического исследования об уровне распространенности курения среди взрослого населения г.Алматы, проведенного в 2013 году. **Ключевые слова:** табакокурение, распространенность, здоровье, профилактическая программа.

Актуальность. Известно, что здоровье населения — важный показатель социального благополучия, нормального экономического функционирования общества. Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний способствуют развитию заболеваний, приводят к преждевременной смерти. Формируясь в детском и подростковом возрасте, факторы риска продолжают действовать в зрелом возрасте, внося свой вклад в общее ухудшение здоровья, затрудняют получение хорошего образования, приводят к отрицательным последствиям [1-4]. Табакокурение, особенно с раннего возраста, является одним из ведущих факторов риска. По данным А.А. Аканова (2005), курение в Казахстане является одним из наиболее значительных факторов риска,

приводящих к развитию заболеваний [5]. Считается, что с курением связаны до 90% всех случаев рака легких, 75% хронического бронхита и эмфиземы легких, 25% случаев ишемической болезни сердца. Учитывая, что распространение табачной эпидемии является глобальной проблемой, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2003 году инициировала разработку и принятие Рамочной конвенции по борьбе против табака (РКБТ). Казахстан, подписав с 2006 года Рамочную конвенцию ВОЗ, предпринял, в целях мониторинга распространения курения в республике, широкомасштабные социологические исследования.

Цель. Изучение распространенности табакокурения среди взрослого населения г.Алматы по

результатам проведенного социологического исследования.

Материалы и методы. Объектом исследования были взрослые г. Алматы. С использованием методологии ВОЗ [6], было проведено одномоментное эпидемиологическое исследование (2013 г). Всего было опрошено 200 лиц взрослого населения, включающих 86 мужчин (43,0%) и 114 женщин (57,0%). Опрос проводился с использованием метода формализованного интервью случайным способом. Стаж курения определялся в соответствии с рекомендациями ВОЗ: курящие в настоящий момент (курильщики) — это лица, выкуривающие хотя бы одну сигарету/папиросу за сутки, бросившие курить — не курят в течение 30 и более дней, никогда не курящие лица (некурящие).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью компьютерного пакета статистических программ. Вычислялась стандартная ошибка (t). Достоверность разности средних величин определялась по критерию Стьюдента (t) при $\geq 0,05$.

Результаты. Социологическое исследование показало, что в г.Алматы курильщиками среди взрослых являются $10,1 \pm 2,1\%$, курившие в прошлом — $15,5 \pm 2,5\%$, не курящими — $60,8 \pm 3,4\%$, нерегулярно курящие — $13,6 \pm 2,4\%$. Интересно отметить, что в целом по г.Алматы наблюдается положительная динамика среди курящего населения. Если в 2008 г. показатель доли курильщиков в г.Алматы составлял 31,7%, то в 2013 г. составил 10,1%, т.е. уменьшился почти в 3,1 раз. Анализ гендерных различий ответов респондентов выявил следующее: среди женщин — удельный вес курильщиков составлял $4,4 \pm 1,9\%$, курившие в прошлом $17,0 \pm 3,5\%$, некурящие — $62,3 \pm 4,5\%$, нерегулярно курящие — $16,3 \pm 3,2\%$. Среди респондентов — мужчин выявлена большая распространенность табакокурения. Так, $17,6 \pm 4,1\%$ мужчины указали, что они являются курильщиками, $10,9 \pm 3,3\%$ — курили нерегулярно, $14,0 \pm 3,7\%$, $14,0 \pm 3,6\%$ — на момент опроса не курили, но в прошлом употребляли табак, $57,5 \pm 5,3\%$ указали, что не курили никогда.

Характерно, что чаще всего в числе основных причин отказа от курения, респондентами назывались: осознание вреда курения на здоровье (42,4%), планируемая/имеющаяся беременность, экономия денег и боязнь онкологических заболеваний (по 33,3%). Соответственно отмечено, что боязнь онкологии на протяжении последних

четырех лет была одной из главных причин бросить курить в среднем для 9-10%, в 2013г. — этот показатель увеличился до 33,3%.

Было изучено отношение курящих к стоимости табачных изделий. На вопрос: «Если цена потребляемой Вами марки сигарет увеличится в 2 раза, что Вы будете делать?» ответы респондентов распределились следующим образом: 7,4% не собираются менять свое поведение в отношении курения, 12,3% перейдут на более дешевые марки. 35,3% станут курить меньше, 38,0% — бросят курить, 7,0% — затруднились ответить. Результаты проведенного опроса показали, что в 17,3% случаев курящий респондент еженедельно тратит до 300 тенге на покупку сигарет; 29,6% — от 300 до 600 тенге; 32,1% — от 600 до 1200 тенге; от 1200 до 1800 тенге — 7,4%; более 1800 тенге — 12,3% курильщиков, принявших участие в исследовании. Анализ результатов опроса показали, что в числе основных причин потребления табака курящими респондентами были названы: привычка — 29,6%, необходимость расслабиться — 20,6%, зависимость — 18,0%. Заметим, что по сравнению с 2009 годом увеличилось число респондентов, для которых курение — это привычка (с 19,5% до 29,6%). Установлено, что большая часть среди тех, кто пытался бросить курить, полагалась на собственную волю (52,4%); советовались с врачом — 20,9%; использовали никотинозаместительные препараты — 14,5%; изучали специальную литературу — 12,2%. Среди причин, препятствующих отказу от курения, чаще всего назывались потребность в курении (72,0%), стрессовые ситуации (53,5%), влияние окружающих (51,5%), реже всего упоминались — повышение аппетита/увеличение веса (11,0%) и необходимость «занять руки» (22,5%).

Информированность респондентов о связи курения с хроническими неинфекционными болезнями показала, что, по мнению респондентов, основными последствиями курения являются рак легкого (71,5%), сердечно-сосудистые заболевания (66,5%), заболевания органов дыхания (57,5%). Реже респондентами назывались катаракта, остеопороз. По сравнению с предыдущими годами, в 2013 году повысился уровень знаний респондентов в отношении влияния курения на возникновение всех перечисленных заболеваний. В настоящее время хорошо известна зависимость вреда курения от вида сигарет. Ответы респондентов распределились следующим образом: 70,5% опрошенных не согласны с утверждением, что легкие, мягкие сигареты менее вред-

ны, чем обычные, 13,5% выразили мнение, что вид сигарет не влияют на вред курения.

Для исследования связи курения с запретительными мерами установлено, что 54,0% опрошенных беспокоит курение в общественных местах. Каждый третий респондент (31,0%) не выразил обеспокоенности по этому поводу, 15% респондентов затруднились ответить. Среди женщин обеспокоены курением в общественных местах 45,4% респондентов, тогда как среди мужчин этот показатель составил 20,1%. О полном запрете курения в кафе и барах высказались 24,5% респондентов, в магазинах, торговых центрах — 64,5%, в государственных организациях — 52,0%, в спортивных сооружениях — 76,5%, в школах — 91,5%, в колледжах и университетах — 78,0% и в медицинских учреждениях — 76,0% респондентов. На необходимость запрета курения в автобусах, троллейбусах указали 96% респондентов, в микроавтобусах — 96,5%, в такси — 70%, на ж/д вокзалах — 68,5%, на остановках — 47,5. Исследование установило, что реклама табачных изделий в 62,5% случаях подталкивает к курению, 15,5% респондентов не имеют по поводу этого конкретного мнения, однако каждый пятый (22,0%) опрошенный был не согласен с данным утверждением.

О существовании закона о запрете курения в общественных местах (кафе, бары, рестораны и т.д.) информированы 76,5% опрошенных лиц, знают о запрете поштучной реализации сигарет и запрете рекламы сигарет 44,0% и 70,0% респондентов соответственно. О запрете продажи табачной продукции лицам до 18 лет осведомлены 93,0% опрошенных. В целом наблюдается положительная тенденция увеличения уровня информированности населения в отношении запретительных мер.

Анализ результатов исследования показал, что 3,5% респондентов информированы о программе «Алматы—город, свободный от табачного дыма» на производственных совещаниях, собраниях, занятиях, 6,5% - в средствах массовой информации (телевидение), 11,5% - по наружной рекламе в разных районах города, 8,0% - в виде видеороликов, 1,0% - участвовали в мероприятиях, проводимых в рамках Программы. Обращает на себя внимание, что 36,0±3,4% опрошенных взрослых не информированы о существующей Программе.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного социологического исследования о проблеме табакокурения среди взрослого населения г.Алматы продемонстрировали положительную динамику среди регулярных курильщиков, ко-

личество которых сократилось за последние пять лет более чем в 3,1 раза, а также увеличение доли респондентов, бросивших курить. Также возросло количество населения, которое отказывается курить по причинам, связанным со здоровьем.

Полученные данные свидетельствуют, что принятие в Казахстане соответствующих законодательно-нормативных документов и в этой связи целенаправленная работа органов и учреждений здравоохранения г.Алматы позволило в целом снизить темпы распространения табакокурения среди населения крупного мегаполиса республики.

Однако, выявленный недостаточный уровень информированности населения (36,0%) о программе «Алматы — город, свободный от табачного дыма» указывает о необходимости усиления работы в этом важном направлении. На наш взгляд в перспективе требуется разработка и внедрение в республике региональной исследовательской программы по изучению рекламы и антирекламы проблемы табакокурения с целью активного формирования у населения мотивации на отказ от курения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Б.А. Войцехович. Общественное здоровье и здравоохранение // Ростов-на-Дону.: Феникс, 2007. — 125с.
2. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. Руководство по медицинской профилактике - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 464 с.
3. Н.А. Сулейманова, Л.А. Шумилина. Профилактика и раннее выявление болезней системы кровообращения, как фактор снижения заболеваемости и смертности в Казахстане // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. — Алматы, 2013. - №3. — С.36-39.
4. Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Н.Т. Утембаева и другие. Основные факторы риска неинфекционных заболеваний // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. — Алматы, 2013. — С.39-43.
5. А.А. Аканов. Здравоохранение Казахстана — прошлое, настоящее, будущее. - Алматы, 2005. — 121 с.
6. Proposal Development Guidelines (GAT). — USA, 2009. — 112 p.

ТҮЙІН

Мақалада Алматы қ.-ның ересек тұрғындар арасында шылым шегу таралғандығы бойынша социологиялық зерттеунің нәтижелері көрсетілген (2013 ж.).

SUMMARY

The article shows the results of a sociological study on smoking prevalence among the adult population of Almaty city (2013 year).

УДК 618.2-071.1:616-053.1-056.7-084

Г.Т. МЫРЗАБЕКОВА, З.Х. АЛИЕВА

Городской центр репродукции человека, г. Алматы

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ.
ПРОФИЛАКТИКА ВРОЖДЕННЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В Г.АЛМАТЫ**

Аннотация

Врожденные пороки развития (ВПР) представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему даже в развитых странах и выходят на первое место в структуре детской заболеваемости, смертности и инвалидности.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, пренатальная диагностика, УЗ-скрининг.

Одной из главных задач здравоохранения является своевременная диагностика, профилактика ВПР с целью реализации права ребенка родиться и быть здоровым. Опыт большинства стран показывает, что затраты на лечение и уход за детьми с ВПР не оправдывают себя из-за тяжести состояния этих детей. В условиях экономической неустойчивости, неблагоприятных экологических, социальных, медико-организационных и ряда других негативных факторов значимость доли ВПР в демографических показателях государства очень весомая.

В РК организации качественных медицинских услуг населению в последние годы уделяется большое внимание в связи с улучшением социально-экономических условий и совершенствованию системы здравоохранения в целом. Одной из целевых программ является улучшение здоровья матери и ребенка, которая ставит перед собой многофакторные задачи, в том числе по снижению заболеваемости смертности детей, включая перинатальные потери.

В г. Алматы врожденные пороки развития занимают 2-е место в структуре перинатальных потерь, а удельный вес пороков развития в младенческой смертности составляет 12-13%. Медико-генетическая консультация Городского центра репродукции человека (ГЦРЧ) на протяжении более 10 лет реализует «Программу профилактики заболеваемости и смертности детей от врожденных пороков сердца и наследственных заболеваний». С 2009 года реализуется приказ МЗ РК №704 о «Скрининговой программе дородовой

диагностики и профилактики врожденных и наследственных заболеваний у детей», с 2012 года - приказ МЗ РК №184 «Дорожная карта по организации пренатального скрининга в РК».

Дородовое пренатальное исследование беременных включает:

- Массовый 3-х кратный УЗ-скрининг в сроках 10-14 недель, 20-22 недель и 30-34 недель;
- Массовый биохимический скрининг беременных на маркеры врожденных патологий плода — РАРР в 10-13 недель 6 дней, АФП и ХГЧ в 16-20 недель 6 дней.

Основным методом пренатальной диагностики, по-прежнему, остается УЗ-сканирование. В г. Алматы функционируют 13 кабинетов УЗ-пренатальной диагностики (по стат.данным ГЦРЧ), с 2013 года - I-II УЗИ-скрининг, которые осуществляют массовый 3-х кратный скрининг беременных. С 2010 года в городе внедрена 2-х уровневая схема УЗИ-скрининга: I - в ж/к, II - на базе ГЦРЧ и ЦПиДКХ. Преимуществом данной схемы является то, что в 11 триместре 20-22 недель беременности женщины осматриваются УЗИ-аппаратом экспертного класса высококвалифицированными специалистами, проводится консилиум, решается вопрос о пролонгировании беременности. Пациент получает документ (заключение ВКК, генетика, УЗИ), что позволило повысить выявление ВПР в скрининге до 2%. Точность диагностики ВПР во всей популяции составляет 87%, а в группе высокого риска — 90%. Активный охват УЗ-скринингом способствует увеличению выявления модельных форм

ВПР в 2 раза. На протяжении последних лет охват первым УЗ-скринингом в городе составляет 60,5%, вторым - 87,2%, третьим - 82,3%. Показатель выявляемости ВПР в разрезе города составляет 0,7%, а в специализированных пренатальных центрах (ГЦРЧ и ЦПидКХ) - 1,81% на 100 женщин.

Ежегодно в г. Алматы прерывается до 200-250 беременностей с пороками развития у плода, несовместимыми с жизнью и с крайне неблагоприятным прогнозом для жизни. УЗ-скрининг является наиболее информативным методом исследования для формирования группы риска беременных по возможной хромосомной патологии. Так, по данным ГЦРЧ, хромосомная патология у плода при сочетании возрастного фактора и УЗ-маркеров выявлена в 7,5%, а при наличии только УЗ-маркеров — до 6,8%. Массовый биохимический скрининг беременных проводится в г. Алматы с 2007 года, и охват беременных составляет 60%. По нашим данным, выявление хромосомной патологии при изменении уровня сывороточных маркеров составляет 1,7%, что, по-видимому, связано с тем, что нет полного охвата беременных. Вторым этапом дородовой пренатальной диагностики является селективный инвазивный скрининг, который проводится на базе ГЦРЧ в дневном стационаре.

За последние 2 года отмечается увеличение количества беременных, охваченных инвазивной диагностикой — 1200 в год. Выявляемость хромосомной патологии при этом составляет 5%. Инвазивный скрининг позволил снизить заболеваемость хромосомной патологией с 1,8% в 2002 году до 0,4 % в 2013 году. Профилактика заболеваемости детей от наследственных заболеваний предусматривает массовый неонатальный скрининг новорожденных на ФКУ и гипотиреоз. Охват скринингом новорожденных на ФКУ и гипотиреоз составляет 99%. В МГК наблюдается 21 детей с ФКУ, все дети обеспечены специальным питанием в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В результате неонатального скрининга ежегодно выявляется 6-7 детей с гипотиреозом на 35000-38000 родов.

В результате реализации мероприятий пренатальной диагностики отмечается снижение забо-

леваемости детей от ВПР и НЗ до 6,1%, снижение заболеваемости произошло за счет снижения рождения детей с ВПР ЦНС на 0,06%, МВПР на 0,3% и ВПР ЖКТ на 0,4%. В структуре заболеваемости преобладают врожденные пороки сердца до 1,7%. Младенческая смертность от ВПР и НЗ снизилась до 1,8%, в структуре смертности врожденные пороки сердца составляет 0,8% и занимают стабильно первое место, также на уровень младенческой смертности влияют МВПР — до 0,1%, ВПР ЖКТ - до 0,16%. Структура заболеваемости и смертности детей от ВПР и НЗ показывает, что реальным и эффективным резервом снижения этих показателей может стать развитие хирургии новорожденных, в т.ч. кардиохирургии новорожденных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Профилактика врожденных пороков развития у плода и новорожденного // Пособие для врачей. ? Москва, 2001.
2. Н.А. Каюпова Развитие перинатальной медицины в Казахстане // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2003. - №4. - С. 3?6.
3. Л.М. Актаева Эпидемиология и мониторинг врожденных пороков развития плода в крупном городе: автореф. докт. мед. наук. - Алматы, 2006.
4. Статистические показатели ГЦРЧ по г. Алматы за 2011-2013 гг.

ТҮЙІН

Мақалада Алматы қаласы балаларының туа біткен және тұқым қуалаушы ауруларының даму мәселелері сипатталған. Балалардың туа біткен және тұқым қуалаушы ауруларының аурушандығы және өлім-жітімдігі бойынша статистикалық көрсеткіштері көрсетілген. Пренатальді диагностикалау шаралары осы көрсеткіштерді едәуір төмендетуге мүмкіндік берді. Сәбилер хирургиясы және кардиохирургиясының дамуы туа біткен және тұқым қуалаушы аурулармен күресудің тиімді әдісі болуы мүмкін.

SUMMARY

This article describes the problem of congenital malformations (CM) and hereditary diseases (HD) of children in Almaty. Was shown the statistics on morbidity and mortality from the CM and HD. Events on prenatal diagnosis significantly reduced these data. Effective way of fighting with the CM and HD may be the development of surgery and neonatal cardiac surgery.

УДК 617.713+617.721-002-035

М.А. АЙТБАЕВА, Н.С. КЕНЖЕБАЕВ

Городская поликлиника №19, г. Алматы

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С КЕРАТОУВЕИТАМИ**Аннотация**

В статье изучена эффективность комплексного лечения пациентов с кератоувеитами, развившимися в результате длительного и непрерывного ношения контактных линз.

Ключевые слова: офтальмология, кератоувеит, контактные линзы, консервативное лечение.

Актуальность. Постоянное и непрерывное ношение контактных линз — один из самых значимых факторов риска развития кератита и переднего увеита.

При невыясненной этиологии процесса целесообразно назначение антибиотиков широкого спектра действия, с хорошими проникающими свойствами. Интересным в этом отношении является препарат «Сигницеф», прекрасно проникающий не только в строму роговицы, но и в переднюю камеру, а также наименее токсично действующий на кератоциты и эндотелиоциты [1, 2, 3, 4]. При неясной этиологии процесса и поражении роговицы лучшим является применение нестероидного противовоспалительного препарата «Дикло-ф» [5]. Применение препаратов искусственной слезы при сочетании воспаления и синдрома сухого глаза увеличивало процент улучшения лечения [6].

Цель. Изучить эффективность комплексного лечения пациентов с кератоувеитами, развившимися при ношении контактных линз.

Материал и методы. Под наблюдением находились 5 пациентов (7 глаз) с кератоиридоциклитами, которые использовали контактные линзы для коррекции миопии слабой и средней степени. Возраст пациентов составил 20 - 35 лет. Все пациенты нарушили режим, носили линзы более суток. На 2 сутки у них появились жалобы на покраснение и небольшую болезненность глаза, затуманивание зрения, слезотечение, светобоязнь, чувство инородного тела. Объективно определялись: смешанная инъекция конъюнктивы, небольшие инфильтраты на периферии роговицы до стромы. Определялась легкая опалесценция влаги передней камеры и легкая ступенчатость рисунка радужки, отмечалась цилиарная болезненность при пальпации.

Пациентам отменялось ношение контактных линз и назначалось комплексное лечение по схеме:

- «Сигницеф» по 1 капле 8 раз в сутки.
- «Дикло-ф» по 1 капле 4 раза в сутки.
- «Мидримакс» (для профилактики образования задних синехий) по 1 капле 4 раза в сутки.
- «Офтолик», с 3 дня терапии, по 1 капле 4 раза в сутки.

Препараты назначались с интервалом 5 минут, до купирования процесса.

Результаты. Средняя острота зрения до лечения составляла $0,05 \pm 0,01$, с коррекцией — $0,3 \pm 0,05$. Клиника кератоувеита была средневыраженная. Назначалось лечение по вышеуказанной схеме. Явления воспаления купировались в среднем в течение 7-10 дней. После курса лечения средняя острота зрения без коррекции повысилась до $0,1 \pm 0,05$, с коррекцией — до $0,9 \pm 0,1$. На роговице оставались: легкое помутнение по лимбу, легкая инъекция конъюнктивы. Рекомендовалось длительное применение офтолика.

Выводы. Применение патогенетически направленного лечения ранних стадий кератоувеита позволило купировать процесс в короткие сроки. Необходимо проведение дальнейших исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вохмяков А.В., Околов И.Н., Гурченко П.А. Выбор оптимального антибиотика для профилактики инфекционных осложнений в офтальмохирургии // Клиническая офтальмология. — 2007. — Т.8, №1.
2. Kim S.Y., Lim J.A., Choi J.S., Choi E.C., Joo C.K. Comparison of antibiotic effect and cornea epithelial toxicity between levofloxacin and moxifloxacin in vitro // Cornea. — 2007. — 26. — P.720-725.
3. Holland E.J. New Options for Preventing Infection // Ocular Surgery News. — 2002. — P. 5-6.

4. Bezwada P., Clark L. A., Schneider S. Intrinsic cytotoxic effects of fluoroquinolones on human corneal keratocytes and endothelial cells // Curr. Med. Res. Opin. — 2008. — Vol. 24, №2. — P. 419–424.

5. Гринев А.Г., Хабаров О.Н., Князева Е.С., Свиридова М.Б., Хлопотов С.В. Пролонгированное изучение глазных капель «Дикло-ф» (0,1%) в профилактике и лечении воспаления в хирургии катаракты // Новое в офтальмологии. — 2005. — №3.

6. Исследование эффективности применения глазных капель «Офтолик» у больных блефароконъюнктивитом с проявлениями синдрома сухого глаза // Протокол клинического исследования, НМУ им. А.А.Богомольца, кафедра офтальмологии. — 2010. — Киев, Украина.

ТҮЙІН

Жанасқан линзаны үздіксіз тағу — кератит пен алдыңғы увеиттің дамуының ең маңызды қауіп факторларының бірі. Зерттеудің мақсаты — «Сигницеф», «Дикло-ф», «Мидримакс» және «Офтолик» көз тамшыларын қолдану арқылы кератouveиттің кешенді емінің тиімділігін зерттеу. Кератouveитті ерте сатысында емдеу нәтижесінде қысқа мерзімнің ішінде қабыну үрдісін басуға болады.

SUMMARY

Continuous wear of contact lenses - one of the most important risk factors for keratitis and anterior uveitis. Purpose of the research - studying of efficiency of the complex treatment keratouveitis with using eye drops «Signitsef», «Diklo-f», «Midrimaks» and «Oftolik». As a result of the treatment of early stages keratouveitis it was possible to stop the inflammatory process in the short term.

УДК 617.711/.713?002?035:615.281

С.А. АСКАРОВ, Н.Н. МЕЛЬНИК

МЦ «Евразия», г. Аксу

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СИГНИЦЕФ» В ЛЕЧЕНИИ КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТОВ

Аннотация

В связи с частыми обращениями пациентов с воспалительными заболеваниями конъюнктивы и роговой оболочки, что обуславливает рост числа больных и подталкивает к поиску более эффективных препаратов для лечения данной патологии.

Ключевые слова: офтальмология, сигницеф, кератоконъюнктивит.

Сигницеф (левофлоксацин) представляет собой стерильный синтетический антимикробный препарат для местного использования в офтальмологической практике. Важной особенностью препарата является хорошая переносимость, что позволяет использовать в виде глазных капель в более высокой концентрации — 0.5%. Это определяет хорошее проникновение Сигницефа и большую концентрацию антибиотика в роговице и водянистой влаге по сравнению с первыми фторхинолоновыми антибиотиками.

Под наблюдением находилось 40 пациентов с кератоконъюнктивитами различной этиологии в возрасте от 18 до 61 года.

Пациенты были разделены на три группы:

1. 22 пациента с острыми бактериальными конъюнктивитами.

2. 9 пациентов с хроническими бактериальными кератоконъюнктивитами.

3. 9 пациентов с повреждениями роговицы.

Для острого бактериального конъюнктивита (22 человека) было характерно слизисто — гной-

ное отделяемое, отек век, выраженная гиперемия и отек слизистой, мелкие фолликулы.

Больные с хроническими кератоконъюнктивитами (9 человек) предъявляли жалобы на лёгкое раздражение, светобоязнь, быструю утомляемость глаз. При биомикроскопическом исследовании конъюнктивы умеренно гиперемирована, разрыхлена, по краю век засохшее отделяемое, корочки. В группе больных с повреждениями роговицы (9 человек), отмечались следующие основные клинические признаки: корнеальный синдром, сопровождающееся светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом, наличием перикорниальной или смешанной инъекции, инфильтрат роговицы различной формы и величины, с зонами истончения стромы. Все пациенты проходили полный офтальмологический осмотр, биомикроскопию, взято слизистое отделяемое из конъюнктивальной полости на бактериологическое исследование, на патогенную микрофлору и чувствительность флоры к антибиотикам.

В первой и второй группах Сигницеф капал-

ся 3=5 раз в сутки, в третьей — до 6-8 раз в сутки. В результате проведенного лечения полное исчезновение отделяемого было отмечено у всех пациентов первой группы к 5-му дню лечения, исчезновение отека на 8-10-й день заболевания и у всех больных исчезли все клинические проявления на 12-14 день. Во второй группе нормализация состояния конъюнктивы наступало в среднем на 10-й день. Исчезновение проявлений воспалительного процесса и полного клинического выздоровления у больных с хроническими конъюнктивитами удалось достичь к 14-му дню терапии. В группе больных с повреждениями роговицы выздоровление наступало на 16-й день лечения.

Выводы. Проводимый анализ свидетельствует, что глазные капли Сигницеф 0.5% показали, препарат обладает выраженной антибактериаль-

ной активностью. Капли изготовлены на полимерной основе, что позволяет предположить пролонгированное действие и хорошую субъективную и объективную переносимость в комплексной терапии бактериальной инфекции переднего отдела глаза. Случаев раздражающего действия глазных капель не отмечено.

ТУЙН

Макалада этиологиясы әртүрлі кератоконъюнктивиті бар 40 науқасты «Сигницеф» препаратымен емдеу деректері келтіріледі.

SUMMARY

In the article are given the results of treatment 40 patients with the keratoconjunctivitis of different etiology with using drug «Signitsev». Was shown the high efficiency of «Signitsev».

УДК 612.841:579:617.711-053.2:615.281.9

Л.А. ГАЙДУКОВА

Городская поликлиника №1, г. Павлодар

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Аннотация

В статье приводятся данные исследования микрофлоры конъюнктивальной полости и ее чувствительности к антибактериальным препаратам у детей в норме и при различных воспалительных заболеваниях глаз.

Ключевые слова: офтальмология, конъюнктивальная полость, антибактериальные препараты.

Актуальность. Интерес к спектру и частоте встречаемости различных микроорганизмов в конъюнктивальной полости здоровых людей и пациентов с заболеваниями глаз инфекционной этиологии остается достаточно высоким на протяжении уже многих лет. Главным образом, он связан с необходимостью этиологической ориентации антибактериальной терапии, проводимой как в профилактических, так и в сугубо лечебных целях.

По данным литературы нормальная микрофлора конъюнктивальной полости у взрослых чаще представлена монокультурой - *Corynebacterium xerosis*, *Staphylococcus epidermidis*, либо негемолитическими стрептококками. Реже выделяют *Staphylococcus aureus*, *Propionibacterium sp*,

среди возбудителей бактериальных инфекций глаза у взрослых преобладает *Staphylococcus aureus* (40,4%). Многие авторы считают, что основными возбудителями бактериальных конъюнктивитов являются коагулазонегативные стафилококки (75,3%) и факультативные анаэробы (*Propionibacterium sp.*). По данным Майчука Ю.Ф. (2001 г.) за последние 5 лет соотношение грамположительных и грамотрицательных возбудителей изменилось с 81,8/8,1 до 51,4/48,6%.

Указанные обстоятельства служат побудительным мотивом для исследования микрофлоры конъюнктивальной полости у детей, учитывая, что спектр и частота встречаемости микроорганизмов в различных регионах имеют свою специфику.

Цель. Исследование микрофлоры конъюнктивальной полости и ее чувствительности к антибактериальным препаратам у детей в норме и при различных воспалительных заболеваниях глаз.

Материал и методы. Обследован 131 ребенок (161 глаз) в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Все дети были разделены на 2 группы. Первую составили 40 человек (58 глаз), у которых при осмотре и биомикроскопии не было выявлено воспалительных изменений переднего отдела глазного яблока. В эту группу были включены пациенты с прогрессирующей миопией и воспалительными заболеваниями глаз. Вторую группу составили больные (91 ребенок, 103 глаза) с различными воспалительными заболеваниями век и глазной поверхности: наружный и внутренний ячмень, хронический блефарит, хронический гнойный дакриоцистит, хронический конъюнктивит, бактериальный кератит.

У всех больных был взят материал из конъюнктивальной полости для посева на микрофлору. При этом у пациентов первой группы посевы были взяты до оперативного вмешательства. У всех детей с воспалительными заболеваниями переднего отдела глазного яблока посевы были взяты до начала проведения местной антибактериальной терапии. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам была определена методом диффузии антибиотиков в агаре (метод дисков). Чувствительными к тестируемому антибиотику считались микроорганизмы, у которых диаметр зоны задержки роста составил более 20 мм.

Результаты. Даже при отсутствии клинических симптомов воспаления переднего отдела глазного яблока посев оказался положительным в 63,8% случаев. В посевах из конъюнктивальной полости детей первой группы чаще всего был выявлен *Staphylococcus epidermidis* (48,2%). Неожиданной находкой оказалось обнаружение у трех здоровых детей (5,2%) в посевах *Enterococcus faecalis*. Следует отметить, что у всех здоровых людей микрофлора конъюнктивальной полости была представлена монокультурой. Только в 36,2% случаев посев оказался стерильным.

У больных второй группы чаще всего обнаруживался *Staphylococcus epidermidis* (40,8%) и *Staphylococcus aureus* (24,3%). В 5 случаях (4,8%) определялась микст-инфекция: ассоциация стафилококков с энтерококками и представителями рода *Pseudomonas*, *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus*, *Candida* и другой мик-

рофлорой. У 20,4% пациентов посев оказался стерильным.

Кроме того, нами было установлено, что спектр возбудителей при различных воспалительных заболеваниях глазной поверхности значительно отличается. Далее была определена чувствительность выделенной микрофлоры к наиболее часто используемым антибактериальным препаратам из групп: пенициллинов (ампициллин, оксациллин), линкозамидов (линкомицин), аминогликозидов (гентамицин), цефалоспоринов (цефазолин, цефуроксим, цефотаксим), макролидов (эритромицин, рокситромицин, азитромицин) и фторхинолонов — ципрофлоксацина (Ципромед 0,3%) и левофлоксацина (Сигницеф 0,5%).

Наиболее часто по сравнению с другими микроорганизмами резистентность к антибиотикам из всей выделенной нами микрофлоры наблюдалась у *Staphylococcus epidermidis*. По результатам проведенного исследования наибольшей устойчивостью *Staphylococcus epidermidis* обладает к ампициллину — 70,2%. Выраженная резистентность отмечена также к рокситромицину (55,1%), азитромицину (38,9%) и левомицетину (48,5%). Хорошая чувствительность *Staphylococcus epidermidis* зафиксирована нами к цефотаксиму (100%), цефуроксиму (98,1%), цефазолину (96,2%), оксациллину (90,2%), левофлоксацину (90,9%) и ципрофлоксацину (88,2%). Следует отметить, что из антибиотиков, применяемых в виде глазных капель, наибольшая чувствительность отмечена к ципрофлоксацину и левофлоксацину. Чувствительность к антибактериальным препаратам золотистого стафилококка, выделенного у пациентов, оказалась значительно выше.

По полученным данным резистентность *Staphylococcus aureus* отмечена только к ампициллину (62,5%), рокситромицину (8,3%), оксациллину (4,2%) и левомицетину (16,7%). Если оценивать чувствительность всей микрофлоры, выделенной и у здоровых, и у больных детей, высокая резистентность зафиксирована нами к ампициллину (67,3%) к рокситромицину (42,1%), линкомицину (27,1%) и левомицетину (28,6%). Следует отметить, что все выделенные возбудители обладали наибольшей чувствительностью к ципрофлоксацину (90,6%) и левофлоксацину (92,9%).

Выводы. Таким образом, даже при отсутствии клинических симптомов воспаления переднего отдела глазного яблока посев содержимого конъю-

конъюнктивной полости оказался положительным в 63,8% случаев. В посевах преимущественно выделялся *Staphylococcus epidermidis*. Учитывая положительные результаты микробиологической диагностики, антибактериальные препараты обязательно должны использоваться в предоперационной подготовке детей с катарактой и прогрессирующей миопией.

При воспалительных заболеваниях переднего отдела глазного яблока наиболее часто высеивались *Staphylococcus epidermidis* и *Staphylococcus aureus* (65,1%). Анализ полученных данных выявил высокий уровень резистентности выделенных микроорганизмов к ампициллину, азитромицину, рокситромицину, линкомицину и левомицетину. В связи с этим, использование указанных антибиотиков в терапии воспалительных заболеваний глаз до получения результатов чувствительности микрофлоры нецелесообразно.

Наименьшая резистентность отмечена к цефуроксиму, цефотаксиму, ципрофлоксацину (Ципромед 0,3%) и левофлоксацину (Сигницеф 0,5%), что следует учитывать при назначении таким детям антибактериальной терапии. При этом во внимание следует также принимать возрастные ограничения и стоимость препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Антипова Ю.Н., Антипова Л.Н. Опыт применения глазных капель «Левофлоксацин» в детской офтальмологии // Клиническая офтальмология. — 2009. — Т.10, №4. — С. 151-152.
2. Астахов С.Ю., Вохмяков А.В. Офтальмологические фторхинолоны в лечении и профилактике глазных инфекций // Клиническая офтальмология. — 2008. — Т.9, №1. — С. 28-30.
3. Бойко Э.В., Сажин Т.Г., Глуховской В.В. Эффективность санации конъюнктивной полости перед офтальмохирургическими операциями // II Всероссийская научная конференция «Роль и место фармакотерапии в современной офтальмологической практике». СПб., 2009. — С. 55-56.
4. Бржеский В.В., Воронцова Т.Н., Прозорная Л.П., Ефимова Е.Л. Возможности лечения хронических инфекционных конъюнктивитов у детей // Российский общенациональный офтальмологический форум. М., 2009. — С. 337-342.

5. Вохмяков А.В., Околов И.Н. Послеоперационный эндофтальмит: оптимальная стратегия профилактики // Офтальмологические ведомости. — 2008. — Т.1, №3. — С. 47-50.

6. Должич Г.И., Елисеева Г.В. Флоксал в лечении бактериальных конъюнктивитов у детей // Всероссийская научно-практическая конференция «Детская офтальмология: итоги и перспективы». М., 2006. — С. 311.

7. Каменских Т.Г., Сумарокова Е.С., Колбенов И.О., Борисов А.В., Хайбулина Н.М. Применение глазных капель 0,5% левофлоксацина в лечении инфекционных заболеваний конъюнктивы и роговицы // Офтальмологические ведомости. — 2008. — Т.1, №2. — С. 49-53.

8. Майчук Ю.Ф. Фармакотерапия воспалительных заболеваний глаз: вчера, сегодня, завтра // Окулист. — 2001. — №10(26). — С. 10.

9. Околов И.Н., Гурченко П.А., Вохмяков А.В. Резистентность к антибиотикам коагулазонегативных стафилококков, выделенных у больных конъюнктивитами // Офтальмологические ведомости. — 2009. — Т.2, №2. — С. 43-47.

10. Околов И.Н., Гурченко П.А., Вохмяков А.В. Нормальная микрофлора конъюнктивы у офтальмохирургических пациентов // Офтальмологические ведомости. — 2008. — Т.1, №3. — С. 18-21.

11. Самуйло Е.К., Козлов Р.С., Кречикова О.И., Иванчик Н.В., Решедько Г.К. Бактериальные инфекции глаза: структура возбудителей и их резистентность к антибиотикам // II Всероссийская научная конференция «Роль и место фармакотерапии в современной офтальмологической практике». СПб., 2009.

SUMMARY

Проведено исследование чувствительности микрофлоры конъюнктивной полости у детей к определенным антибиотикам. Обследован 131 ребенок в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Учитывая положительные результаты микробиологической диагностики, антибактериальные препараты обязательно должны использоваться в предоперационной подготовке детей с катарактой и прогрессирующей миопией.

ТҮЙІН

Балалардың конъюнктивальді қуыс микрофлорасының белгілі бір антибиотиктерге сезімталдығына зерттеу жүргізілді. 1 айдан 17 жасқа дейінгі 131 бала тексерілді. Микробиологиялық диагностиканың оң нәтижелерін ескергенде бактерияға қарсы препараттар катаракта мен үдемелі миопиясы бар балаларға операция алдындағы дайындықта міндетті түрде қолданылуы тиіс.

УДК 616.284?002.1?053.2?035:615.281+615.216.85

Ж.Л. ЕВНИНА

Городская детская поликлиника №1, г. Алматы

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ЦИПРОМЕД» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ****Аннотация**

Воспалительные заболевания среднего уха часто встречаются в педиатрической практике. От общего числа заболеваний уха острый средний отит встречается в 25-30% случаях.

Ключевые слова: острый средний отит, ципромед, антибактериальная терапия.

Актуальность. Острый средний отит - воспаление среднего уха (барабанной полости, слуховой трубы и системы воздухоносных клеток сосцевидного отростка). Это одно из самых распространенных заболеваний в педиатрической практике, оно составляет около четверти всех заболеваний уха. В возрасте до 2 лет каждый 2-й ребенок заболевает острым средним отитом, до 3 лет 90% детей хотя бы однажды перенесли острое воспаление среднего уха.

Многие дети заболевают острым средним отитом неоднократно, в течение года жизни у 20% детей троекратно наблюдался воспалительный процесс. Доля острых средних отитов (ОСО) в структуре заболеваний уха составляет 25-30%. Поскольку с ОСО в своей практической деятельности сталкиваются не только оториноларингологи, но и педиатры, семейные врачи, каждый из них должен владеть навыками диагностики этого заболевания и выбора адекватной лечебной тактики.

Симптомы ОСО могут быть самыми разнообразными: ухудшение общего состояния, повышение температуры тела, заложенность уха, снижение слуха, сильные стреляющие боли в ухе. В типичном течении ОСО различают три периода. В начальной стадии как местные, так и общие симптомы характеризуют нарастание воспалительного процесса. Больной ощущает недомогание, слабость, появляются резкая боль в ухе и снижение слуха. Вторая стадия ОСО (перфоративная) наступает через 3-4 дня от начала заболевания и характеризуется перфорацией барабанной перепонки и выделением слизисто-гнойного содержимого. Третья (репаративная) стадия характеризуется прекращением гноетечения и спонтанным закрытием перфорационного отверстия.

Адекватное лечение больных с воспалительными заболеваниями наружного и среднего уха до сих пор остается актуальной проблемой. Ко-

личество больных этой патологией не уменьшается, несмотря на огромный арсенал методов, и средств лечения.

Лечение ОСО предусматривает проведение противовоспалительной, гипосенсибилизирующей и антибактериальной терапии. Общепринятой при ОСО является практика назначения антибиотиков системного действия. В то же время почти 75% антибиотиков, используемых системно, имеют весьма спорную терапевтическую ценность.

Местное лечение ОСО проводится в зависимости от стадии заболевания и направлено на уменьшение боли, обеспечение аэрации среднего уха, а также ослабление воспалительных изменений барабанной перепонки.

В последние годы для местного лечения воспалительных заболеваний уха предложен широкий арсенал лекарственных средств. Перед применением продукта надлежит провести санацию наружного слухового прохода (промыть и осушить слуховой проход). в в виде ушных капель. Однако входящий в состав некоторых ушных капель этиловый спирт оказывает дополнительное раздражающее действие на кожу наружного слухового прохода и разрушает эпидермальный слой барабанной перепонки, что приводит к пролонгации воспалительного процесса.

В связи с этим по-прежнему актуальным является поиск лекарственных средств для местного воздействия на патологический очаг, обладающих широким спектром антибактериального действия, бактерицидным эффектом, высокой терапевтической эффективностью, хорошей переносимостью и отсутствием токсического и раздражающего действия. Учитывая изменившуюся в последние десятилетия чувствительность и вирулентность патогенов, при назначении препаратов, применяемых в виде ушных капель, необходимо учитывать следующее:

1. Вещества, входящие в состав капель, не должны отрицательно влиять на функцию слизистой оболочки, выстилающей полости среднего уха (например, антибиотики тетрациклинового ряда).

2. Антибактериальные средства не должны быть токсичными для внутреннего уха, т.к. это может вызвать развитие сенсоневральной тугоухости даже значительной степени (ототоксичность присуща антибиотикам аминогликозидного ряда).

3. Растворы должны обладать достаточной вязкостью, чтобы сохраняться какое-то время в полости среднего уха.

До настоящего времени в арсенале оториноларингологов было множество ушных капель, которые, как правило, представляли собой сочетание раствора антибиотика либо с местными анестетиками (лидокаин, бензокаин) и/или кортикостероидными гормонами. Такими препаратами являются софрадекс, гаразон, анауран, изофра и полидекса. Но все они содержат ототоксичные антибиотики (неомицина сульфат, гентамицин, полимиксин Б и др.), которые делают их применение ограниченным — возможным лишь при отсутствии перфорации барабанной перепонки.

Проводимые нами исследования были направлены на определение клинической эффективности и безопасности применения препарата Ципромед в детской практике для лечения острых инфекционных заболеваний уха.

Ципромед — антибактериальный препарат из группы фторхинолонов, обладает широким спектром антибактериального действия, оказывает выраженный бактерицидный эффект. В состав препарата (1 мл) входит ципрофлоксацин в форме лактата 3 мг и вспомогательные вещества в виде бензалкония хлорида, молочной кислоты и пропиленгликоля. Ципрофлоксацин, в спектр, которого входит и *Pseudomonas spp.*, показал свою эффективность в этой клинической ситуации, и поэтому его следует использовать сразу при выявлении данного воспаления в ухе. Ципромед действует как на размножающиеся, так и находящиеся в стадии покоя бактерии.

Препарат не обладает ототоксическим действием, поэтому может быть использован при наличии перфорации барабанной перепонки, т.е. при воспалении в полостях среднего уха.

Ципромед применяют для лечения острых и хронических инфекционных заболеваний уха: наружный отит, острый и хронический средний

отит. Для профилактики инфекционных отитов до и после хирургических вмешательств, при травмах уха, извлечении инородного тела из наружного слухового прохода, сопровождающемся повреждением тканей уха. Специально разработанная форма ципрофлоксацина для местного использования на безводной вязкой основе позволяет лекарственному веществу длительно находиться в пораженной полости.

Методика местного лечения: препарат Ципромед закапывали в ухо по 4-5 капли 3 раза в день, средняя продолжительность курса лечения составляла 5-7 дней. Капли должны быть теплыми (температура тела). Перед применением препарата надлежит провести санацию наружного слухового прохода (промыть и осушить слуховой проход).

Под нашим наблюдением находились 30 пациентов с ОСО в возрасте от 2 до 15 лет, проходивших амбулаторное лечение в ЛОР-кабинете детской поликлиники. В группу наблюдения не включались больные, ранее получавшие иное лечение по поводу исследуемого заболевания. Всем пациентам при обращении проводилось полное клиническое обследование: сбор анамнеза заболевания, анализ жалоб, оценка слуховой функции и лабораторных данных. Наряду со стандартным оториноларингологическим обследованием пациентам проводили ауди- и тимпанометрию. В схему лечения входили эмпирическое назначение системных антибиотиков, применение сосудосуживающих капель, физиотерапевтические процедуры.

Результаты обследования и лечения регистрировали в индивидуальной карте. Динамику клинических проявлений заболевания оценивали ежедневно в течение всего курса лечения. Эффективность действия препарата оценивали по балльной системе на основании изменения выраженности клинических проявлений и жалоб больных.

В процессе обследования и лечения отмечены стойкое уменьшение клинических проявлений и положительная динамика в течение заболевания. У 17 пациентов уже на 2-е сутки после начала лечения наблюдалось значительное улучшение, выразившееся в уменьшении болевого синдрома и положительной динамике слуховой функции. К завершению 5-7-дневного курса лечения нормализовалась отоскопическая картина. Положительный функциональный результат был подтвержден данными аудиометрии.

Наиболее интенсивный регресс основных симптомов отита наблюдался в первые 2 дня после применения препарата Ципромед. Противовоспалительное действие Ципромеда регистрировали на основании изменения цвета барабанной перепонки (ослабление гиперемии, инъекции сосудов, отека) и наблюдали спустя 24 часа после применения препарата. Разовое применение препарата Ципромед не давало эффекта и не приводило к полному исчезновению симптомов отита, но при продолжении лечения интенсивность боли уменьшалась в течение 2-3 суток, а воспалительный процесс полностью стихал к 4-6-му дням терапии. Ни у одного пациента отит не перешел в гнойный процесс, не

наблюдалось аллергических реакций, не развивалось осложнений.

Таким образом, анализ использования Ципромеда в лечении острых воспалительных заболеваний уха у детей подтверждает его эффективность и безопасность в практике детского оториноларинголога.

ТҮЙІН

«Ципромед» препараты балалардың құлақтарының қабыну ауруларын емдеуде тиімді және қауіпсіз болып табылады.

SUMMARY

Drug «Tsipromed» is an effective and safe treatment for inflammatory diseases of the ear in children.

УДК 616.284-002-053.2-035:615.216.85

Э.К. ИСМАГУЛОВА

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

ПРИМЕНЕНИЕ УШНЫХ КАПЕЛЬ «ЦИПРОМЕД» И «КОМБИНИЛ-ДУО» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Аннотация

В статье приводится оценка эффективности применения ушных капель «Ципромед» и «Комбинил-Дуо» в лечении острых гнойных средних отитов.

Ключевые слова: воспалительные заболевания среднего уха, острый средний отит, лечение, ушные капли.

Актуальность. Острый гнойный средний отит представляет собой острое воспаление слизистой оболочки барабанной полости, при этом в той или иной мере в процесс вовлекаются все отделы среднего уха. Воспалительные заболевания среднего уха встречаются во всех возрастных группах. Среди общего числа больных с различными заболеваниями ЛОР-органов острый средний отит (ОСО) диагностируется в 20-30% случаев [1]. Это широко распространенное заболевание среднего уха, которое может протекать либо легко, либо бурно, развиваясь, может вызывать тяжелую общую воспалительную реакцию организма. Однако в том и другом случае оно нередко оставляет после себя спаечный процесс, сопровождающийся трудно излечимой тугоухостью, или переходит в хроническую, часто прогрессирующую

форму, что также ведет к тугоухости и нередко к тяжелым осложнениям. Отличительной особенностью этого заболевания в настоящее время является менее острое начало и вялое течение, а в детском возрасте — склонность к рецидивированию [2,3].

Причиной заболевания является попадание инфекции в барабанную полость при пониженной местной и общей резистентности. Чаще всего (до 80%) возбудителями острого гнойного среднего отита у взрослых и детей становятся *S.Pneumoniae* и *H.Influenzae*, несколько реже — *M.catarrhalis*, *S.pyogenes*, *S.aureus* или ассоциации микроорганизмов. Вирусные отиты наблюдаются преимущественно при эпидемиях вирусных заболеваний [4]. Наиболее популярная теория патогенеза острого среднего отита объясняет его

развитие дисфункцией слуховой трубы. Нарушение проходимости слуховой трубы может быть связан с ее механической обструкцией (отек слизистой оболочки, аденоиды, новообразования носоглотки) либо функциональным (вызванным неэффективностью механизма ее активного открытия). И тот и другой механизм ведут к созданию отрицательного давления в барабанной полости и транссудации жидкости, которая изначально является стерильной, но после попадания бактериальной или иной флоры принимает воспалительный характер [5].

Основными возбудителями острых средних отитов являются пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*) — именно те микроорганизмы, различные штаммы которых заселяют носоглотку у большинства взрослых и детей. Эти два микроорганизма составляют суммарно примерно 60% бактериальных возбудителей заболевания. Реже высеваются *Moraxella catarrhalis* (3–10%), *Streptococcus pyogenes* (2–0%), *Staphylococcus aureus* (1–5%). Около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Определенную роль в этиологии ОСО может играть *Mycoplasma pneumoniae*, которая, в частности, способна вызывать буллезный геморрагический миригит, *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydophila pneumoniae*. За последние годы все чаще высеивается *Pseudomonas aeruginosa* [6]. Исследования, проведенные в США, Европе и Японии, показали, что самым распространенным возбудителем ОСО является *S.pneumoniae*, на втором месте — нетипифицируемые штаммы *H.influenzae*, на третьем месте — *M.catarrhalis*. Менее чем 10% ОСО вызываются другими микроорганизмами, например, стрептококками группы А и *S.aureus*. Этиология ОСО не может быть установлена по клинической картине, однако, следует отметить, что пневмококковый ОСО обычно протекает тяжелее, чаще приводит к развитию осложнений и не склонен к саморазрешению [7,8]. Успешное лечение ОСО должно быть обусловлено применением антибактериального препарата широкого спектра действия. При этом большинство авторов отдают предпочтение именно препаратам, применяемых местно. Основными принципами лечения являются: элиминация возбудителя из очага воспаления и купирование симптомов воспаления. Согласно выводам Американской академии отоларингологии хирургии головы и шеи, преимущества местного лечения

при ОСО заключаются в следующих моментах: высокая эффективность, пониженный риск системных нежелательных эффектов, отсутствие вероятности селекции и появления резистентных штаммов микроорганизмов, практически отсутствует возможность ототоксического действия [9,10].

Цель исследования. Оценить эффективность применения ушных капель «Ципромед» и «Комбинил-Дуо» в лечении острых гнойных средних отитов.

Материал и методы. Проведено исследование эффективности препаратов «Ципромед» и «Комбинил-Дуо», предназначенных для местного применения в виде ушных капель. Оба препарата произведены компанией «Промед Экспортс», основанной в 1990 году в г. Налагар (штат Химачал-Прадеш, Индия) и сертифицированной по международным стандартам качества ISO 9001:2008, ISO 13485:2003, что говорит о контроле на всех этапах деятельности и производственного процесса. Ципромед — противомикробный препарат из группы фторхинолонов для местного применения, обладающий широким спектром действия. Основное действующее вещество Ципромед — ципрофлоксацин — способен подавлять ДНК-гиразу бактерий, которая отвечает за процессы суперспирализации хромосомной ДНК, нарушать синтез бактериальной ДНК, деление и рост бактерий. Ципрофлоксацин способствует появлению выраженных морфологических изменений клеточной мембраны и стенки, и быстрой гибели бактериальной клетки. Ципромед оказывает бактерицидное действие на грамотрицательные микроорганизмы в период деления и покоя, благодаря своей способности вызывать лизис клеточной стенки. На грамположительные организмы Ципромед оказывает бактерицидное действие только в период их деления. Клетки макроорганизма не имеют ДНК-гиразу, что объясняет низкую токсичность препарата. Прием Ципромед не приводит к выработке устойчивости к иным антибактериальным препаратам, не относящимся к группе ингибиторов ДНК-гиразы, что объясняет его высокую эффективность по отношению к микроорганизмам, устойчивым к пенициллинам, аминогликозидам, тетрациклинам, цефалоспорином и многим другим антибактериальным препаратам.

Терапевтический эффект препарата «Комбинил-Дуо» обусловлен антимикробным действием ципрофлоксацина и противовоспалительным

действием дексаметазона. Дексаметазон — синтетический ГКС, преимущественно используемый в качестве противовоспалительного и иммуносупрессивного агента. При местном применении терапевтическая активность дексаметазона обусловлена противовоспалительным, противоаллергическим и антипролиферативным действием. Он уменьшает проницаемость капилляров, локальную экссудацию, клеточную инфильтрацию, фагоцитарную активность, отложение коллагена и активность фибробластов, угнетает образование рубцовой ткани. Таким образом, дексаметазон уменьшает основные симптомы воспаления.

На базе консультативной поликлиники ЗКГМУ имени М. Оспанова при курсе оториноларингологии проведено исследование эффективности ушных капель «Ципромед» и «Комбинил-дуо» при лечении острого гнойного воспаления слизистой оболочки среднего уха. Наблюдались 78 больных, из которых были сформированы 2 основные (больные получали лечение Ципромедом и Комбинил-дуо) и контрольная группы. Возраст больных — от 21 до 52 лет (средний возраст — $39,7 \pm 1,8$ лет). В контрольную группу вошли 20 больных, у которых были диагностированы острый гнойный средний отит. Местное лечение в контрольной группе проводилось с применением традиционных средств: 1% раствор диоксида, промывание наружного слухового прохода раствором фурацилина, капли в нос — 0,1% раствор нафазолина.

Результаты и обсуждение. Результаты оценивались с помощью визуально-аналоговой шкалы. Перед началом лечения, а также через 2 и 5 дней в процессе лечения сам больной отмечал динамику таких признаков, как ощущение заложенности, наличие отделяемого из уха. Выраженность различных симптомов отмечалась по 10-балльной шкале. Изменение количества и характера отделяемого из уха, гиперемия и инфильтрация стенок наружного слухового прохода и барабанной перепонки регистрировались в те же сроки оториноларингологом на визуально-аналоговой шкале в баллах от 0 до 5, где 0 — отсутствие признака, а 5 баллов — его максимальная выраженность.

Эффективность Ципромедом испытана при лечении 32 больных (20 мужчин, 12 женщин) в возрасте от 21 до 52 лет. Монотерапия Ципромедом проводилась у 15 больных, а у остальных 17 — лечение было комплексным и наряду с местным воздействием включало системное приме-

нение антибиотиков, гипосенсибилизацию, сосудосуживающие капли в нос, физиотерапевтическое воздействие.

Лечение ушными каплями «Комбинил-дуо» проведено в группе из 26 больных. Препараты использовались в виде ушных капель — по 5 капель 3 раза в день, продолжительность лечения не более 4-5 дней. Больным после тщательного туалета наружного слухового прохода выполнялось транстимпанальное нагнетание Комбинил-дуо, а у ряда больных — катетеризация слуховой трубы и транстубарное введение препарата.

На фоне проводимого лечения во всех группах отмечена положительная динамика симптомов ОСО. Ощущение заложенности в ухе на 3-й день в контрольной группе уменьшилось до 56,4% от исходного, в группе леченных Ципромедом — 35,8%, Комбинил-дуо — 32,0%. Последующий регресс субъективных проявлений также оказался выраженным неодинаково. В контрольной группе боль в ухе и ощущение заложенности на 5-й день уменьшились до 24,5% и 31,4% от исходного. В группе леченных Ципромедом — 13,5% и 9,4%, Комбинил-дуо — 18,7% и 16,0%.

Практически у всех больных, которым местно в комплексной терапии использовался препарат «Комбинил-дуо», наступило выздоровление. По длительности лечения больные распределились следующим образом: период до 5 дней выздоровление наступило у 11 больных, в течение 10 дней — у 12, и через 2 недели — у 3. Больные, как правило, хорошо переносили местное лечение данными препаратами, нежелательных побочных реакций, местных или общих, не наблюдалось. Ни у одного больного не отмечено таких осложнений антибиотикотерапии, как аллергические реакции, дисбактериоз, иммуносупрессия.

Выводы. В заключение следует отметить, что местное применение препаратов «Ципромед» и «Комбинил-дуо» показано в случаях длительного или вялотекущего течения патологического процесса, обусловленного низкой чувствительностью возбудителя к традиционно используемым лекарственным препаратам. Препараты «Ципромед» и «Комбинил-дуо» достаточно эффективны при проведении местного лечения большой группы воспалительных заболеваний среднего уха. Препараты также могут быть использованы как при монотерапии этих заболеваний, так и в комплексе с другими видами местного и общего лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. - М.: Медицина. - 2002. - С. 382-408.
2. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная терапия // Руководство для врачей. - М.: Боргес, 2002. - С. 436.
3. Butler C.C., Williams R.G. The etiology, Pathophysiology and Management of Otitis Media with Effusion // Curr. Infect. Dis. Rep., 2003. - P. 205-213.
4. Teele D.N., Klein J.O., Rosner B. et al. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston // J Infect Dis., 1989. - P. 83-94.
5. Laphear B.P., Byrd R.S., Auringer P., Hall P.A. Increasing prevalence of recurrent otitis media among children in the United States // Pediatrics. - 1997. - P. 1-7.
6. Uhari M., Mantysaari K., Niemela M. Meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media // Clin Infect Dis., 1996. - 22:1079-83.
7. Casselbrandt M.L., Mandel E.M., Fall P.A., et al. The heritability of otitis media. A twin and triplet study // JAMA, 1999. - 282: 2125-30.
8. Healy G.B. Otitis media and middle ear effusions. In: Ballenger JJ, Snow JB, Ed. Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. // 15th edition. Baltimore: Williams&Wilkins, 1996. - 1003-9.
- Туровский А.Б., Крюков А.И. Острое воспаление наружного и среднего уха // Consilium Medicum. - 2000. - №8. - P. 323.
10. Каманин Е.И., Стецюк О.У. Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР-органов // Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии под ред. Л.С. Страчунского и др. - М., 2002. - С. 211.

УДК 617.711/.713:002:053.2-082

А.Х. КАРГАБАЕВА

Детская поликлиника №1, г. Алматы

ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТОВ У ДЕТЕЙ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Аннотация

Кератоконъюнктивит у детей классифицируется по причине возникновения: бактериальный, герпетический, аллергический, обменный, посттравматический.

Ключевые слова: кератоконъюнктивит, противовоспалительная терапия, ципромед, дикло-ф.

Кератоконъюнктивит у детей классифицируется по причине возникновения: бактериальный, герпетический, аллергический, обменный, посттравматический. Чаще всего у детей наблюдаются инфекционные кератоконъюнктивиты, к которым относятся вирусный и бактериальный кератоконъюнктивиты. Чаще всего при бактериальных кератоконъюнктивитах поражается роговица на краях, поэтому он называется краевым кератитом. При этом появляется серый инфильтрат в виде мелких вкраплений, которые в дальнейшем либо рассасываются, либо сливаются. На остроту зрения практически не влияет, поскольку имеет расположение по краю.

Симптомы кератоконъюнктивита представляют собой воспаление роговицы глаза, сопровождающиеся ее помутнением, а также болью и покраснением глаза. Также наблюдается слезоточивость, светобоязнь, уменьшение блеска и прозрачности роговицы. Серьезные воспалительные процессы могут привести к ухудшению зрения,

поэтому кератоконъюнктивит подлежит обязательному лечению.

Кератит, в зависимости от глубины поражения роговицы делится на 2 вида: поверхностный и глубокий. При поверхностном кератите поражается только верхний слой роговицы. Симптомы глубокого кератита сопровождается воспалением глубоких слоёв роговицы. В этих случаях на роговице могут остаться рубцы, которые в некоторых случаях приводят к снижению остроты зрения.

Методы лечения. Метод лечения кератита зависит напрямую от его природы. При инфекционном кератите применяют антибактериальные, противовирусные препараты в виде глазных капель, мазей, таблеток, и в некоторых случаях, инъекций.

При аденовирусном кератоконъюнктивите назначаются препараты, которые поддерживают иммунитет и антисептики, чтобы исключить занесение бактериальной инфекции. В поликлинической практике чаще применяются:

- Офтальмоферон или полудан, по 1-2 капле 6-8 раз в сутки и чаще;

- Сульфацил-натрия 20% или 30% по 1 капле 6 раз в сутки;

- С целью усиления регенеративной способности роговицы, целесообразно назначение корнерегеля или солкосерил-геля в 4 раза в сутки.

При краевых кератитах бактериального происхождения лечение проводится по следующей схеме:

- Антибиотики в зависимости от вида возбудителя, чаще всего фторхинолоны (ципромед), так как он разрешён к применению у детей с 1 года, обладает высокой активностью в отношении основных возбудителей, а также безопасностью. Ципромед действует как на размножающиеся микроорганизмы, так и на находящиеся в стадии покоя.

- Для противовоспалительного эффекта применяются нестероидные противовоспалительные средства, в частности, препарат «Дикло-ф» (0,1%) по 1-2 капле 4 раза в день в течение 10 дней, который также оказывает анальгезирующее и противоаллергическое действие. В некоторых случаях с 4-7 дня проводится постепенное замещение на кортикостероиды.

- Для снятия симптомов раздражения радужной оболочки необходимо расширение зрачка, что предупреждает возникновение задних синехий и профилактику иридоциклита (для этих целей применяются Мидримакс — комбинированный препарат с минимальными побочными эффектами и ирифрин);

- Для ускорения регенеративных процессов и повышения прочности роговицы применяются препараты: корнерегель, баларпан по 1-2 капле 4-6 раз в день, а с 7-го дня или с момента отмены антибиотиков назначают препараты искусст-

венной слезы (офтолик, видисик) по 1 капле 3 раза в день, а также витаминные капли.

Следует отметить, что при неэффективности амбулаторного лечения в течение 7 дней, а также при глубоких и травматических кератитах лечение стоит проводить в стационарных условиях.

Выводы. При лечении вирусных и неосложнённых бактериальных кератоконъюнктивитов широко применяются и эффективны антибактериальные, нестероидные противовоспалительные, а также регенерирующие препараты и кератопротекторы. При применении препаратов Ципромед и Дикло-ф наблюдается уменьшение конъюнктивальной и перикорнеальной инъекции, повышение степени эпителизации роговицы и повышение остроты зрения на 4-5 сутки, что значительно облегчает течение заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Майчук Ю.Ф. Современная терапия конъюнктивитов у детей // «Педиатрия», №2, 2007.
2. Еременко И.Г. Лечение хламидийных конъюнктивитов // «Фундаментальное исследование», №8, 2008, с. 110-111.
3. Майчук Д.Ю. Инфекционные заболевания глазной поверхности (конъюнктивиты и кератоконъюнктивиты) // Российская офтальмология онлайн <http://www.eyepress.ru/article.aspx?8499>, 15.07.2013.

ТҮЙІН

Вирусты және асқынбаған бактериялық кератоконъюнктивитті емдеу кезінде бактерияға қарсы, қабынуға қарсы стероидты емес, сонымен қатар регенерациялық дәрі-дәрмектердің және кератопротекторлардың тиімділігі жақсы.

SUMMARY

In the treatment of viral and bacterial keratoconjunctivitis uncomplicated good efficiency have antibacterial, non-steroidal anti-inflammatory and regenerative medicine and keratoprotectory.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

по подведению итогов республиканского месячника,
приуроченного к Всемирному дню борьбы с гепатитом

02 сентября 2013 года в 15.00 час. в Конференц-зале «Алматы» Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК проведена Пресс-конференция по итогам республиканского месячника по профилактике вирусных гепатитов с 28 июля по 28 августа 2013 года, приуроченного к Всемирному дню борьбы с гепатитом под девизом: **«Это гепатит. Знайте его. Защищайтесь от него».**

В пресс-конференции принимали участие:

1. **Жамиля Баттакова** - директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК по вопросу: **«Организация и проведение республиканского месячника, приуроченного к Всемирному дню борьбы с гепатитом».**

2. **Шалгинбай Жандосов** — директор Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга Министерства здравоохранения РК по теме: **«Современная эпидемиологическая ситуация по гепатиту в республике. Санитарно - эпидемический надзор за вирусными гепатитами и предпринимаемые противоэпидемические мероприятия в стране».**

3. **Александр Нерсесов** — руководитель отдела гастроэнтерологии и гепатологии Научно-исследовательского института координологии и внутренних болезней. Тема: **«Актуальность заболеваемости вирусными гепатитами в мире. Диагностика и лечение больных вирусными гепатитами в Казахстане».**

4. **Гаухар Ушкемперова** — координатор программ по профилактике Вирусного гепатита по вопросу: **«Итоги проведения мероприятий, в рамках месячника в РК».**

Цель Всемирного дня борьбы с гепатитом и месячника — это повышение осведомленности населения о вирусном гепатите, его осложнениях и усиление профилактических мероприятий по предупреждению заражения.

Целевые группы, с которыми проводилась основная информационно-образовательная работа - это взрослое население, молодежь, дети, родители, медицинские работники и работники сферы услуг.

В рамках месячника специалистами НЦПФЗОЖ были разработаны для населения в едином формате: 2 плаката «Вирусные гепатиты можно предупредить. Защитись от вирусных гепатитов сегодня!» и «Вирусный гепатит: знайте его, защищайтесь от него!», листовка «Вирусные гепатиты можно предупредить»; подготовлена телепередача «Остановить гепатит» в программе «Здоровая нация» с трансляцией на телеканале «Мир».

29 июля 2013г. в разделе «Новости» на телеканалах «Хабар», «31 канал» было анонсовое освещение о старте месячника по профилактике вирусных гепатитов. С 05 августа по 14 августа 2013г. на телеканале «КТК» были произведен прокат видеороликов по профилактике вирусных гепатитов В и С среди детского и взрослого населения для родителей и для медицинских работников; с 12 августа 2013 года организован прокат видеороликов на LED-мониторах в аэропорту г.Алматы.

Мероприятия широко освещались в средствах массовой информации; включая выступление на республиканском и региональном телевидении, в печатных изданиях специалистов по вопросам диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов. Всего было 153 теле-радио-выступления, 138 публикаций; осуществлена трансляция аудио-, видеоматериалов (аудио-, видеороликов и телепередач) на региональных теле-радиоканалах; в местах массового пребывания населения (торгово-развлекательных центрах, салонах красоты, ЦОНах, кинотеатрах и других), холлах медицинских организации, информационные материалы размещены на центральных улицах, площадях в виде билбордов, баннеров, лайк-боксов и на светодиодных экранах городов.

Были организованы информационные рейды на передвижном радиотрансляторе, машине—автолайне, с использованием ручной радиорубки по населенным пунктам — оживленным улицам, площадям в Павлодарской, Жамбылской, Акмолинской, Актюбинской областях и в г.Астана.

Для укрепления знаний по вирусным гепатитам, навыкам соблюдения личной и коллективной безопасности, ведения безопасного образа жизни выпущены информационно-образовательные материалы для населения в виде плакатов, листовок, буклетов, брошюр общим тиражом 307117 экземпляров.

В регионах были организованы и проведены 138 широкомасштабных акции на площадях, в парках отдыха, торгово-развлекательных центрах и детских организациях с флешмобом, викторинами, конкурсами, игровыми и спортивными состязаниями, концертными номерами. В детских садах, пионерских оздоровительных лагерях проводились лекции, беседы с детьми и родителями с привлечением 9 НПО.

Еженедельно в городских, районных, сельских медицинских организациях с участием специалистов гепатологических кабинетов/центров проводились Дни «Открытых дверей» для консультаций посетителей по вопросам профилактики, диагностики и лечения вирусных гепатитов. Всего проведено Дней «Открытых дверей» - в 429 медицинских организациях, проконсультировано 69137 посетителей, обследовано 3196 человек.

Областные Центры ФЗОЖ организовали и провели совместно с профильными специалистами обучающие семинары, тренинги по вопросам диагностики, лечению и профилактики вирусных гепатитов среди медицинских работников и работников сферы обслуживания населения. Обучено 36239 специалистов, из них специалистов ПМСП – 28474, из сферы обслуживания - 7765.

Врачами организованы выездные встречи с населением области. В программу акции «Денсаулык жолы» дополнительно включены мероприятия по профилактике вирусных гепатитов среди сельского населения. Проведено 327 конференций, круглых столов, совещаний. В Школах Здоровья обучено 1412 пациентов. В организациях ПМСП установлено 1307 выставок, стендов, сануголков и санбюллетеней. Проведены лекции, беседы с охватом 229949 человек с анкетированием слушателей лекции на уровень знаний темы, опрошено - 5973 человека.

В целом по стране в рамках информационной кампании было проведено 60882 мероприятий с охватом 985172 человека, в т.ч. взрослого населения – 582051 (60%), молодежи – 50656, родителей - 110506, медицинских работников - 45524, работников сферы обслуживания – 3597.

Резолюция
IV-го Съезда специалистов здорового образа жизни
с международным участием
«ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – ЭТО ОСНОВА НАШЕГО УСПЕШНОГО БУДУЩЕГО»
(г. Алматы, 14-15 ноября 2013 г.)

Четвёртый съезд специалистов формирования здорового образа жизни Республики Казахстан с международным участием «ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ – ЭТО ОСНОВА НАШЕГО УСПЕШНОГО БУДУЩЕГО», состоявшийся в г. Алматы 14-15 ноября 2013 года отмечает, что развитие службы формирования здорового образа жизни в последние 16 лет явилось одним из важных достижений казахстанского здравоохранения. Созданная при непосредственном участии Президента страны Н.А.Назарбаева в 1997 году в рамках реализации стратегии Казахстан – 2030 она быстро развивалась и к настоящему времени стала ведущей в совершенствовании профилактического направления и в координации усилий по борьбе с поведенческими факторами риска.

Делегаты IV-го Съезда специалистов здорового образа жизни и специалисты, представляющие Всемирную организацию здравоохранения, ЮСАИД, ЮНИСЕФ, PSI, ведущие учёные, специалисты в области проведения политики сохранения и укрепления здоровья населения США, России, Министерства и Ведомства реализующие интегрированную стратегию формирования здорового образа жизни населения Республики Казахстан, специалисты Службы формирования здорового образа жизни:

- *реализуя* поручение, озвученные Главой государства Н.Назарбаевым в обращении народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2050» Новый политический курс состоявшегося государства»: «Здоровье нации – основа нашего успешного будущего». Профилактическая медицина должна стать основным инструментом в предупреждении заболеваний. Необходимо сделать большой упор на информационно-разъяснительной работе с населением страны. Именно здоровый образ жизни является ключом к здоровью нации»;

- *отмечая всестороннюю приверженность и поддержку* осуществляемым в Казахстане в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 гг. комплексным мерам по развитию

системы здравоохранения, успешно интегрированных в мировое здравоохранение; приверженность усилиям, направленным обеспечение межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья, на создание социально-ориентированной ПМСП,

- *ссылаясь* на все предыдущие Резолюции, вынесенные Всемирной организацией здравоохранения, Международной Конференции, посвященной 35-летию Алма-Атинской декларации ВОЗ/ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи,

ПРИВЕТСТВУЯ:

- Планомерное совершенствование Казахского законодательства по контролю над табаком в последние годы, включая закон Республики Казахстан «О рекламе», Кодекс Республики Казахстан «О здоровье населения и системе здравоохранения»;

- Достижения Казахстаном ряда международных обязательств, предусмотренных Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака, включая положения статьи 8 «Защита от воздействия табачного дыма»; статьи 16 «Продажа табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними»; статьи 13 «Реклама, стимулирование продажи и спонсорства табачных изделий»;

ВЫРАЖАЯ ОБЕСПОКОЕННОСТЬ:

- Растущими показателями заболеваемости и смертности от патологий, связанных с употреблением табака, включая: сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, хронические болезни дыхательной системы у взрослых, гипоксию мозга, низкую массу тела и развитие синдрома внезапной смерти у новорожденных;

- Статистикой потребления табачных изделий в Казахстане, демонстрирующей признаки эпидемии, включая такие показатели как:

· Распространенность табакокурения среди взрослых-26,5%;

· Распространенность пассивного курения – 62,5%;

- Распространенность табакокурения среди детей и подростков — 6,7%;
- Ростом подушевого потребления табачных изделий Казахстанцами более чем в 8 раз;
- Нарушениями антитабачного законодательства производителями и реализаторами табачных изделий, которые носят систематический и повсеместный характер, включая:
 - Реализацию табачных изделий несовершеннолетним,
 - Доступность для детей до 18 лет рекламы табачной продукции,
 - Распространение бесплатных образцов продукции с целью привлечения новых потребителей,
 - Корпоративное спонсорство публичных мероприятий,
 - Невыполнение запрета на курение в общественных местах и т.д.

Участники круглого стола *считают необходимым рекомендовать:*

1. Повысить информированность населения о ЗОЖ путём:

- обеспечения дальнейшего развития единой информационной политики в формировании здорового образа жизни и повышения роли средств массовой информации в обеспечении населения доступными средствами коммуникационной деятельности;
- формирования долгосрочного сотрудничества между Министерством здравоохранения Республики Казахстан, Министерством культуры и информации Республики Казахстан и местными органами власти для усиления и повышения качества работы со СМИ;
- консолидации усилий медицинских работников и журналистов для совершенствования медицинских программ (разработка тематик с учетом актуальности проблем, участие видных деятелей здравоохранения, культуры, спорта, образования, популяризация новых технологий профилактики и лечения табакокурения);
- выделения государственного заказа на выпуск медицинских теле- и радио программ, трансляция медицинских программ в наиболее удобное для просмотра время (вечерние часы в рабочие дни, утреннее время в субботние и воскресные дни).

2. Активизировать участие неправительственных организаций и бизнес-сообщества в формировании здорового образа путем:

- активного вовлечения и стимулирования развития общественных движений и неправитель-

ственных организаций в формировании здорового образа жизни с предоставлением государственного социального заказа;

- привлечения средств бизнес-сообщества для повышения их корпоративной социальной ответственности.

3.Снизить потребление табачных изделий путём:

- принятия Парламентом Республики Казахстан законов по запрету выкладки и стимулирования продажи табачных изделий, кальян, насывай, некурительные смеси; включая удаление точек торговли табачными изделиями от детских учреждений в специальные табачные лавки: запрещения косвенной рекламы курения в кино и на телевидении: повышения возраста продажи табачных изделий до 21 года;
- повышения уровня ставки акцизов на табачные изделия до уровня России; принятия постановления по созданию инспекции по сбору штрафов с физических и юридических лиц, нарушающих антитабачное законодательство.

- осуществления мероприятий по очищению медицинских учреждений от курения, особенно среди медицинских работников, принятия исчерпывающих мер по созданию условий диагностики и лечения табачной зависимости. Внести предложение в Агентство по статистике РК о внесении в свидетельство о смерти информации о наличии в анамнезе курения.

- рассмотрения Министерством образования и науки РК вопроса приоритетного выделения заказа на изучение экономического, медицинского и социального ущерба, наносимого табакокурением обществу; разработки и внедрения современных антитабачных программ в детских дошкольных учреждениях, школах, высших учебных заведениях, проведения соответствующей работы по данному вопросу с родителями учащихся.

- размещения Министерством культуры и информации РК государственного заказа на разработку и освещение масштабной информационной компании о вреде табака и продвижения передовых антитабачных инициатив.

- Принятия акимами областей и города Астаны региональных программ по борьбе с курением аналогичной г. Алматы.

4.Снизить потребление алкоголя путём:

- обеспечения условий для систематического проведения антиалкогольной пропаганды;
- усиления роли ПМСП в проведении антиалкогольных профилактических вмешательств.

5. Увеличить охват населения спортивно-массовыми мероприятиями путём:

- развития инфраструктуры для занятия физической активностью, спортом и активного отдыха: создание доступных спортивно-оздоровительных клубов; оснащение спортивных залов, площадок общеобразовательных школ спортивным инвентарем; популяризация велосипедного движения, путем создания велосипедных дорожек, стоянок с разработкой правил для велосипедистов;

- повышения мотивации населения к занятию физической культурой и спортом;

- информирования населения через разработку методических и информационно-образовательных программ и прокат аудио-видео роликов по развитию физической активности;

- проведения традиционных спортивных мероприятий, национальных видов спорта и народных игр в масштабах республики с вовлечением всех слоев населения и привлечением СМИ;

- стимулирования лиц и организаций, создающих условия и поощряющих физическую активность и занятия спортом среди всех слоев населения;

- внедрения обязательной производственной гимнастики в течение 10-15 минут в организациях системы образования, здравоохранения, обороны, внутренних дел, предприятиях и других госорганах при активном содействии акиматов, бизнес-структур, неправительственных организаций;

- повышения корпоративной социальной от-

ветственности работодателей в вопросах охраны здоровья граждан, включая обеспечение работников предприятий и организаций физкультурно-оздоровительными и спортивными услугами.

6. Продолжить развитие профилактики и формирования здорового образа жизни путём:

- внедрения более действенных профилактических технологий с практической направленностью.

- усиления работы со стигмой, дискриминацией и толерантным отношением в обществе к лицам больным ВИЧ-инфекцией, туберкулёзом и другими заболеваниями;

- продолжения многолетнего мониторинга факторов риска развития неинфекционных заболеваний в последующие годы.

- организации при НЦ ПФЗОЖ клинической научной лаборатории по донозологической диагностике и по разработке показателей донозологического статуса организма, с обеспечением компьютерных программ диагностики компенсаторно-приспособительных возможностей. - для повышения результатов научных исследований и для проведения рандомизированных клинических испытаний по ФЗОЖ;

- расширить подготовку и повышение квалификации по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни врачей, средних медицинских работников, социологов, социальных работников и специалистов других сфер.

Резолюция принята единогласным голосованием участниками съезда для дальнейшей реализации.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

6-7 ноября 2013 года в г. Алматы состоялась Международная конференция, посвященная 35-летию Алма-Атинской декларации ВОЗ/ ЮНИСЕФ по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

В работе столь масштабного мероприятия ожидается участие свыше 60 стран мира, что свидетельствует о том, что роль и значение Алматинской конференции 1978 года со временем только возрастает.

Впервые 35 лет назад 157 стран мира приняли Алматинскую Декларацию, определив приоритетность развития ПМСП и поставив ее во главу всей мировой системы здравоохранения. Впервые были даны определения самой ПМСП, определены основные принципы и элементы ее развития. В тот период созрело понимание, что право на здоровье является неотъемлемым правом человека. В Алматы этот принцип был сформулирован и провозглашен - «Каждый человек имеет право на охрану здоровья, так же как имеет право на жизнь, справедливость и т.д.». Философия ПМСП, сформулированная в Декларации 1978 года, стала первой международной попыткой выработки единой стратегии в области охраны здоровья населения. Подписанную на данном форуме декларацию, провозгласившую принцип «Здоровье для всех к 2000 году», назвали Всемирной хартией здравоохранения. По ней все эти годы сверяли свои национальные планы многие государства. Развитые страны разработали технологии реализации принципов Алматинской конференции и свои стратегии, в которых предусматривается, что основные ресурсы направляются на развитие ПМСП. Именно на первичном уровне реализуется 80% всех прав на медобслуживание.

ПМСП составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества

Основными принципами развития ПМСП согласно Алматинской декларации явились: обеспечение доступности медицинских услуг, тесная интеграция, межведомственный подход, приоритет материнства и детства и др. Принципы Алматинской конференции и сегодня остаются программой действий для многих стран мира.

Для достижения своих целей развитие ПМСП включает в себя такие элементы, как: повышение уровня осведомленности населения о распространенных патологических состояниях и их про-

филактике; охрана здоровья матери и ребенка, в том числе планирование семьи; иммунизация против основных инфекционных заболеваний; лечение распространенных заболеваний и травм; обеспечение основными лекарственными препаратами и др.

Концепция первичной медико-санитарной помощи, предложенная 35 лет назад, предоставляла возможность обеспечения справедливости в отношении доступа к ПМСП и повышения эффективности использования имеющихся ресурсов во всех странах. Идеи Алматинской конференции живут и сегодня привлекают к себе умы человечества, потому что они основаны на гуманизме, лучших человеческих ценностях.

Казахстан, являясь приверженцем Алматинской Декларации, уделяет особое внимание развитию ПМСП и последовательно реализует все ее принципы. Для страны совершенствование ПМСП является одним из главных направлений в развитии здравоохранения. Принятая Государственная программа «Саламатты Қазақстан» полностью коррелирует с основными принципами Алматинской Декларации.

В рамках реализации Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» продолжается работа над эффективным использованием средств, создан Портал бюро госпитализации, оптимизируется стационарная помощь, принимаются новые протоколы лечения, отвечающие мировым требованиям. Со следующего года пройдут изменения в организации ПМСП, весь опыт, который был наработан за последнее время в усовершенствовании стационарной помощи, будет использоваться для улучшения деятельности в этой сфере.

На конференции, посвященной 35-летию Всемирной хартии, представители здравоохранения стран мира вновь соберутся в Алматы, чтобы напомнить ее основные принципы, проанализировать, как они реализуются, и продолжить их развитие путем обеспечения новых — инновационных форм ПМСП, усиления роли сестринского потенциала, привлечения других секторов, влияющих на здоровье населения, внедрения информационных технологий и компьютеризации службы. Основные темы, которые выносятся на

обсуждение международной конференции, очень актуальны для здравоохранения Казахстана и охраны здоровья населения в целом.

Демонстрация и обсуждение лучшего мирового опыта в области ПМСП и здравоохранения в целом, позволит сверить правильность принимаемых мер по реформированию и развитию ПМСП в Казахстане.

Еще одним важным событием для всей страны и мировой медицинской общественности является открытие первого в мире Географически удаленного офиса ВОЗ по ПМСП в Казахстане. Данный офис по решению исполнительного Комитета ВОЗ и поддержке Правительства РК будет открыт в 2014 году в г. Алматы, как родине Алматинской Декларации. Офис ВОЗ по ПМСП будет играть лидирующую роль в области развития инноваций в первичном звене здравоохранения, как на глобальном уровне, так и для всего Европейского региона ВОЗ, куда входят 54 страны мира. Открытие подобного офиса позволит поддерживать передовые технологии, внедряемые в странах Европейского региона, сформировать интеллектуальный потенциал здравоохра-

нения страны и адаптировать лучшие мировые практики по ПМСП в Казахстане.

Результатом всей совместной работы должны стать - доступность и качество первичного звена здравоохранения, особенно жителям сельской местности, повышение эффективности профилактических программ, усиление борьбы с известными факторами риска возникновения неинфекционных заболеваний.

Резолюция конференции по-прежнему остается программой действий. Решения, принятые и одобренные на конференции, лягут в основу реформ ПМСП в Казахстане, которые планируется осуществить на втором этапе реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» в 2014-2015 годы.

В рамках конференции пройдут: церемония открытия Мемориальной доски, посвященной 35-летию Алма-Атинской Декларации по ПМСП, посещение Симуляционного центра на базе КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, встреча со студентами-будущими медиками, пресс-конференция, посещение ряда поликлиник и др.

*Пресс-служба МЗ РК
тел.: 743137, 743241*

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан **14-15 ноября 2013 года** проводится IV съезд специалистов здорового образа жизни на тему: «**Здоровье нации – это основа нашего успешного будущего**».

В 1998 году в Казахстане создана служба формирования здорового образа жизни, миссией которой является реализация государственной политики в области укрепления здоровья населения.

Основные направления работы IV съезда специалистов здорового образа жизни с международным участием:

1. Межсекторальное взаимодействие в общественном здравоохранении Казахстана и актуальные вопросы формирования здорового образа жизни среди населения.

2. Единая информационная политика и роль средств массовой информации в обеспечении населения доступными средствами коммуникационной деятельности.

3. Первичная и вторичная профилактика наиболее распространенных неинфекционных забо-

леваний. Современные инновационные модели и технологии формирования здорового образа жизни на уровне ПМСП.

4. Интегрированная первичная медико-санитарная помощь, центры семейного здоровья, профилактика и раннее выявление неинфекционных заболеваний, скрининговые программы

5. Охрана репродуктивного здоровья населения.

6. Научное сопровождение государственных программ формирования здорового образа жизни.

7. Повышение квалификации специалистов первичной медико-санитарной помощи по первичной и вторичной профилактике неинфекционных заболеваний.

Участники съезда: Всемирная организация здравоохранения, ЮСАИД, ЮНИСЕФ, PSI, ведущие учёные, специалисты в области проведения политики сохранения и укрепления здоровья населения США, России, Министерства и Ведомства реализующие интегрированную стратегию формирования здорового образа жизни населения республики Казахстан, специалисты Службы формирования здорового образа жизни.

*Пресс-служба
НЦПФЗОЖ МЗ РК
8 701 257 48 80
8/727/ 326 94 17*

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Межсекторальное совещание по разработке национальной стратегии по профилактике ожирения среди детского населения РК (г. Астана, 18-20 ноября 2013 г.)

С 18 по 20 ноября 2013 года в г.Астана в гостинице «Тенгри» проводится Межсекторальное совещание по разработке национальной стратегии по профилактике ожирения среди детского населения Республики Казахстан. Организаторами мастер-класса являются Сотрудничающий центр ВОЗ Национального центра проблем формирования здорового образа жизни и Европейское региональное Бюро Всемирной организации здравоохранения, в составе:

1. *Жоао Бреда, менеджер программы «Питание, физическая активность, ожирение»;*

2. *Гаухар Абуова, координатор программ ОЗ-МиР, Страновой офис ВОЗ в Казахстане.*

Цель - усиление потенциала страны по работе в мульти-секторальной команде представителей различных организаций по профилактике ожирения среди детей с использованием инструмента и руководства ВОЗ по определению приоритетных направлений деятельности.

Основные задачи совещания:

- Обзор данных страны по состоянию питания, физической активности, ожирения и хронических неспецифических заболеваний.

- Обзор и обсуждение глобальных и региональных инициатив, политик и программ ВОЗ, направленных на профилактику ожирения среди детей, включая имеющийся накопленный опыт в различных регионах и стране.

- Определение приоритетных направлений по проведению профилактики ожирения среди детей на популяционном уровне

За последние три десятилетия распространенность избыточной массы тела и ожирения существенно возросла. Во всем мире число детей с избыточным весом, в возрасте до пяти лет, достигло более 42 миллионов в 2010 году, из которых около 35 миллионов живут в развивающихся странах. Кроме того, по оценкам ВОЗ в возрасте до 18 лет 170 миллионов детей имеют избыточный вес. В некоторых странах с 1980 года число детей с избыточным весом утроилось.

Повышение индекса массы тела (ИМТ) является основным фактором риска для заболеваний, таких как сердечно-сосудистые, диабет II типа и многих видов рака. Из-за резкого роста частоты распространенности ожирения и в связи с серьезными последствиями для здоровья, ожирение общепринято считать как одной из наиболее серьезных проблем начала 21 века.

Избыточный вес и ожирение представляют собой растущую проблему и для Казахстана и, соответственно, страна предложила ВОЗ поддерживать процесс разработки стратегии и национального плана действий по профилактике ожирения среди детей в ходе 3-дневного обсуждения для представителей государственных организаций в рамках межведомственного и межсекторального взаимодействия.

Планируется в ходе совместной работы разработать проект плана действий по профилактике ожирения среди детей на популяционном уровне с определением соответствующих обязательств заинтересованных организаций и установлением сроков исполнения.

*Пресс-служба
НЦПФЗОЖ МЗ РК
8 701 784 55 37*

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Всемирная кампания, посвященная 1 декабря - Всемирному дню борьбы со СПИДом

С 11 ноября в Казахстане стартовала Всемирная кампания, посвященная 1 декабря - Всемирному дню борьбы со СПИД под девизом: «В направлении цели ноль. Ноль новых ВИЧ-инфекций. Ноль дискриминации. Ноль смертей вследствие СПИД». Всемирный день борьбы со СПИДом - это день когда люди всего мира объединяются с единой целью - распространить знание о СПИДе.

Цель Кампании — привлечь внимание общественности к проблеме ВИЧ/СПИДа, повышение уровня информированности населения, формирование общественного мнения, поддержки профилактических программ, терпимого отношения к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

В Казахстане эпидемия ВИЧ находится на концентрированной стадии, уровень распространения инфекции среди населения в возрасте 15-49 лет не превышает 0,2%, что в несколько раз ниже среднего уровня в регионе Восточной Европы и Центральной Азии.

Заболеваемость по ВИЧ-инфекции в результате проведения планомерных противоэпидемических мероприятий за последние годы стабилизирована и имеет тенденцию к снижению с 15,0 на 100 тысяч населения в 2008 году (2335 случаев) до 12,0 на 100 тысяч населения в 2012 году (2015 случаев).

В результате применения антиретровирусных препаратов с 2006 года смертность от СПИДа снижена в 2,3 раз (с 24,2 на 1000 человек в 2006 году до 10,4 на 1000 человек в 2012 году).

По путям передачи ВИЧ-инфекции наблюдается тенденция снижения удельного веса передачи ВИЧ-инфекции инъекционным путем среди потребителей инъекционных наркотиков с 60% в 2008 году до 38,2% за 2012 год, и соответственно увеличивается удельный вес передачи половым путем с 29% в 2008 году до 57,8% за 2012 год.

В период месячника совместными силами НЦПФЗОЖ, РЦСПИД, НИКВИ, НПО в республике будет организована и проведена информационная кампания среди населения с вовлечением всех заинтересованных организаций. Также

будут задействованы сеть ПМСП, высшие и средние учебные заведения, общеобразовательные школьные и дошкольные организации и другие организации. Для медицинских работников организации ПМСП, пунктов Доверия, МЦЗ, Дружественных кабинетов будут проведены обучающие семинары, тренинги на тему: профилактика рискованного поведения молодежи как основного риска заражения ВИЧ/СПИД, ИППП»; ранее выявление и диагностика ВИЧ-инфекции; искоренение стигмы, дискриминации в обществе, развитие толерантного отношения к больному.

В медицинских организациях в период месячника будут организованы показ видеороликов, телепередач, подача информации через терминалы и другие информационные установки в холлах поликлиник.

При ЛПО активизирует работа телефонов доверия, телефонов «Горячая линия» по оказанию психосоциальных услуг подросткам и молодежи.

В высших и средних учебных заведениях будут организованы и проведены научно-студенческие конференции, круглые столы, дискуссии, дебаты и другие мероприятия с участием профессорско-преподавательского состава, студенческого совета и других заинтересованных лиц по профилактике ВИЧ-инфекции и ИППП. Отряд волонтеров из числа студентов медицинских ВУЗов, колледжей будут проводить лекционную работу среди студентов учебных заведений. Усилятся работа МЦЗ (на 1.10 2013г.-74 МЦЗ) на местах.

В школах, школах-интернатах, детдомах и других детских закрытых учреждениях акции по профилактике рискованного поведения молодежи с целью предупреждения заражения ВИЧ-инфекцией, ИППП и ведения здорового образа жизни.

Через средства массовой информации будут организованы и проведены телевизионные передачи с привлечением молодежных лидеров, видных деятелей науки, культуры, искусства, шоу-бизнеса, представителей различных религиозных конфессий по обсуждению проблем по ВИЧ/СПИД и ИППП.

Участники:

1. Жамиля Еркиновна Баттакова — Директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК;

2. Марат Сансызбекович Тукаев — Генеральный директор Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИД. Тема: «Эпидемиологическая ситуация в Казахстане. Мероприятия по снижению новых случаев ВИЧ-инфекций, смертности от СПИД и дискриминации среди лиц группы риска в Казахстане»;

3. Александр Едрисович Ешимов — Директор

Научно-исследовательского кожно-венерологического института, с темой «Эпидемиологическая ситуация ИППП в мире и Казахстане. Мероприятия по снижению случаев ИППП в Казахстане»;

4. Мира Муратовна Сауранбаева — Директор программ PSI в Казахстане. Тема: «Сотрудничество международной организации PSI в борьбе с ВИЧ-инфекцией в Казахстане»;

5. Оксана Якубжановна Ибрагимова — Представитель Фонда Доверия Плюс. Тема: «Оказание помощи лицам, живущие с ВИЧ».

*Пресс-служба
НЦПФЗОЖ МЗ РК
8 701 257 48 80
8/727/ 326 94 17*



Выступление менеджера программ по питанию, физической активности и ожирению Европейского Бюро ВОЗ д-ра Жоао Бреда

Выступление директора по обучению Центра Глобального здоровья в Центрально-Азиатском регионе Колумбийского Университета Тимоти Ханта (США)



Выступление регионального советника по туберкулезу проекта USAID «Качественное здравоохранение», д.м.н. Цогт Гомбагарам

Региональный директор Центра изучения глобального здоровья в Центральной Азии
А.Терликбаева
Проректор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,
проф. Тулебаев К.А.
Профессор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Мейманалиев Т.С.
Директор АО «НЦ урологии им. Б.У.
Джарбусынова» д.м.н., проф. Алчинбаев М.К.
Директор АО «Казахский НИИ глазных
болезней», д.м.н., проф. Ботабекова Т.К.
Директор АО «ННЦ хирургии им. А.Н.
Сызганова», проф. Арзыкулов Ж.А.
Директор «НЦ педиатрии и детской хирургии»,
проф. Нукушева С.Г.





Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігінің
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ДЕНСАУЛЫҚ САБАҚТАРЫ УРОКИ ЗДОРОВЬЯ



СОЗЫЛМАЛЫ
ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ
АЛДЫН АЛУ БОЙЫНША АҚПАРАТТЫҚ
КЕҢЕСТЕР ЖИЫНТЫҒЫ /
ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
КОМПЛЕКС ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ

БЕЛСЕНДІ ӨМІР
САЛТЫ / АКТИВНЫЙ
ОБРАЗ ЖИЗНИ

ДЕНСАУЛЫҚ ЖАЙЛЫ
ҚАМҚОРЛЫҚ / ЗАБОТА
О ЗДОРОВЬЕ

БАЛАНСТАЛҒАН
ТАМАҚТАНУ /
СБАЛАНСИРОВАННОЕ
ПИТАНИЕ



Central Asian Republics

