



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
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

№4

Алматы, 2016



**03.08.2016, Павлодар,
конкурс «Лучшая школа планирования семьи»**

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.
№ 4. 2016 г. (УДК 614.2.574)
Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

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

Ответственность за содержание публикуемых
материалов несут авторы.

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦПФЗОЖ

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

Главный редактор:

д.м.н., профессор Баттакова Ж.Е.

Зам главного редактора:

к.м.н. Мукашева С.Б.

Ответственный редактор:

Тунник А.М.

Редакционная коллегия:

д.м.н., профессор Аканов А.А.
(30.05.2016)

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек)

к.м.н. Азимов Г.Д. (Душанбе)

Phd Breda J. (Москва)

PhD T.L. Hunt (Нью-Йорк)

к.м.н. Дурумбетов

MD Ивета Пудуле (Рига)

Касымжанова Ж.К.

д.м.н., профессор Слажнева Т.И.

д.м.н., профессор Тулебаев К.А.

академик Шарманов Т.Ш.

Научный совет:

д.м.н., профессор Ахметов В.И.

д.м.н., профессор Алчинбаев М.К.

д.м.н., профессор Арзыкулов Ж. А.

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

д.м.н., профессор Беркинбаев С.Ф.

д.м.н. Калматаева Ж.А.

д.м.н., профессор Кульжанов М.К.

д.м.н., профессор Омарова М.Н.

Редакционный совет:

Баймаханов Т.Б. (Павлодар)

Садвакасова Ж.К. (Кокшетау)

Сабанова Н.В. (Усть-Каменогорск)

Рахимов Т.М. (Тараз)

Кайдарова Д.К. (Актобе)

Курманбаева А.Р. (Астана)

Акдаuletova Э.С. (Атырау)

Жарекешова М. Т. (Кызылорда)

Мулдагалиева З.Н. (Уральск)

Садвакасова А.К. (Костанай)

Байзахова Ф.С. (Шымкент)

Мартынов С.С. (Караганда)

Болатбаев К. Н. (Петропавловск)

МАЗМҰНЫ

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Медеубаева К.К., Оразалиева Б.С.

Республика өңірлеріндегі «Саламатты университеттер» қызметтері туралы.....

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Сағындықова Б.С.

Қазақстандағы үкіметтік емес ұйымдар

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.

2016 жылдың 9 айына скрининг тексеріп-қарау нәтижелері.....

Баттақова Ж.Е., Мұқашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К.

2016 жылы мінез-құлықтық қауіпті факторларды ерте анықтау скринингінің нәтижелері

Жолдасова Б.А., Маханбетова Д.Ш., Елбергенова Б.К., Садуақасова А.Г.,

Дүйсенова А.М., Джакипова А.Т.

Сарпай-қынаптық кандидозбен бірге дистрофиялық аурулардан зардап шегетін

пациенттерді диагностикалау мен емдеу тиімділігі

ОГЛАВЛЕНИЕ

Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Медеубаева К.К., Оразалиева Б.С. О деятельности «Здоровых университетов» в регионах республики	5
Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Сагындыкова Б.С. Неправительственные организации в Казахстане	7
Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К. Результаты скрининг-обследований за 9 месяцев 2016 года	10
Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Слажнева Т.И., Сайдамарова Т.К. Результаты скрининга на выявление поведенческих факторов риска за 2016 год	16
Жолдасова Б.А., Маханбетова Д.Ш., Елбергенова Б.К., Садвакасова А. г., Дуйсенова А.М., Джакипова А.Т. Эффективность диагностики и терапии пациенток, страдающих дистрофическими заболеваниями в сочетании с вульвовагинальным кандидозом.	21

CONTENT

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Medeubaeva K.K., Orazaliyeva B.S.

About the activities of “Healthy Universities” in the regions of the republic

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Sagyndykova B.S.

Non-governmental organizations in Kazakhstan

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Saydamarova T.K.

Results of screenings for 9 months of 2016.....

Battakova Zh.E., Mukasheva S.B., Slazhneva T.I., Saydamarova T.K.

Results of screening for identification of behavioral risk factors for 2016.....

Zholdasova BA, Makhanbetova D.Sh., Elbergenova B.K., Sadvakasova A.G.,

Duisenova A.M., Dzhakipova A.T.

The effectiveness of diagnosis and therapy of patients suffering from dystrophic diseases
in combination with vulvovaginal candidiasis.....

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

УДК: 614.39:378.1

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

**Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
МЗСР РК г. Алматы**

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ЗДОРОВЫХ УНИВЕРСИТЕТОВ» В РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ

АННОТАЦИЯ

В статье дана информация о деятельности «Здоровых университетов» (далее – ЗУ) республики за 2016 год.

Ключевые слова: здоровые университеты.

Одной из важнейших задач общественного здравоохранения является обеспечение здоровья студенческой молодежи, как основного трудового потенциала страны.

По мнению специалистов, здоровье студентов за время обучения в вузе ухудшается. Так, ко второму курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23 %, а к четвертому – на 43 %.

С целью интеграции здорового образа жизни в структуру и учебный процесс университетов, укрепления здоровья студентов и профессорско-преподавательского состава в Казахстане с 2002 года реализуется проект «Здоровые университеты» в 60 высших учебных заведениях.

В разрезе регионов отмечено, что максимальное количество высших учебных заведений, включенных в проект, наблюдается в г. Астане (10), в г. Алматы (8), в Костанайской области (7), а минимальное количество – в Алматинской, Кызылординской и Мангистауской областях – по 1 ВУЗу.

Во всех ВУЗах проводятся кураторские часы по аспектам здорового образа жизни, беседы по профилактике социально – значимых заболеваний с приглашением профильных специалистов, студенты организуют мероприятия по профилактике поведенческих факторов риска, включая употребление психоактивных веществ (далее – ПАВ), формированию безопасного ответственного поведения, соблюдению физической активности и принципов питания. Преподаватели ВУЗов еженедельно проводят профилактические рейды в студенческих общежитиях, учебных аудиториях, читальных, спор-

тивных залах и других местах нахождения учащихся.

За 2016 год в РК в рамках проекта «Здоровые Университеты» проведено мероприятий – 9 206, в том числе: широкомасштабных акций – 201, конференций – 84, круглых столов – 250, семинаров – тренингов – 1 633, Дней открытых дверей – 46, конкурсов и спортивных мероприятий – 981, других мероприятий – 5 492, охват – 307 652 человек.

В СМИ регионального значения: организованы теле-радиопередачи – 723, публикации в печатных изданиях – 129.

На рисунке 1 представлено общее количество проведенных мероприятий за 2016 год в разрезе регионов. Максимальное количество мероприятий организовано и проведено в Актюбинской области, где в 3-х университетах проведено 3 262 мероприятия, в то время как в Костанайской области в 7 университетах проведено всего 857 мероприятий. Минимальное количество мероприятий было проведено в г. Астане, при том, что количество вовлеченных организаций максимальное – 10 университетов, всего было проведено 20 мероприятий. В Атырауской области в 3 университетах – 67. Необходимо отметить, что в г. Алматы, где в проекте участвует 8 «ЗУ», всего организовано 548 мероприятий, в Карагандинской области в 6 «ЗУ» – всего 563 мероприятий.

Как видно из рисунка 2 число лиц, охваченных мероприятиями за 2016 год в разрезе регионов значительно отличается. По охвату мероприятиями целевой группы лидируют Южно – Казахстанская, Костанайская область

и г. Алматы. При этом, в Южно-Казахстанской области и в г. Алматы было проведено всего 419 и 548 мероприятий соответственно. В то время как в Актюбинской и Акмолинской областях, при максимальном количестве организованных мероприятий, охват населения составил всего 22 704 и 37 116 соответственно. Необходи-

мо отметить, что Костанайская область занимает 3-место по организации мероприятий и по охвату. В г. Астане, в Алматинской и Атырауской областях, при минимальном количестве проведенных мероприятий, отмечается и низкий охват целевой группы, – 2 322, 3 120 и 9 532 человек соответственно.

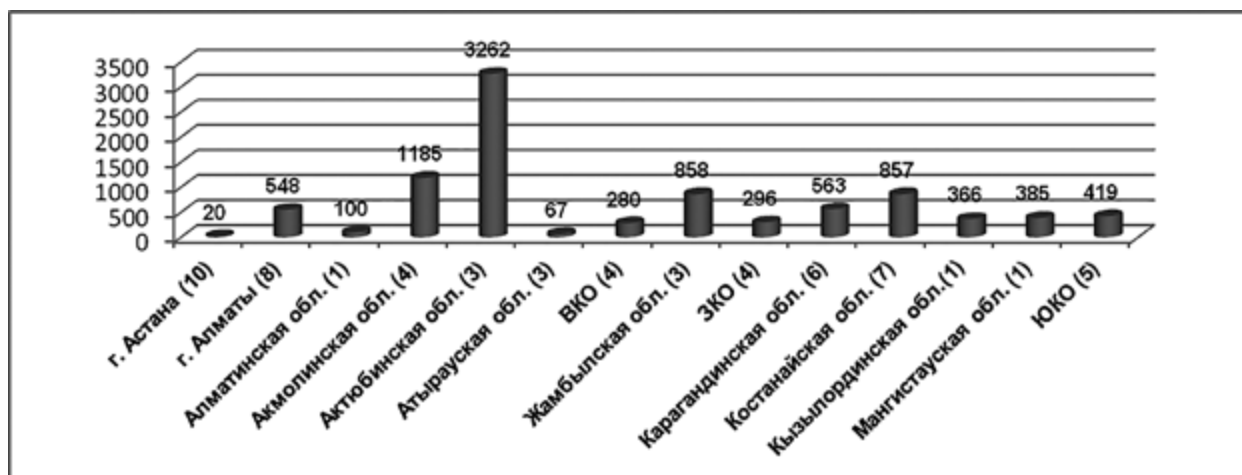


Рисунок 1. Количество проведенных мероприятий за 2016 год в разрезе регионов

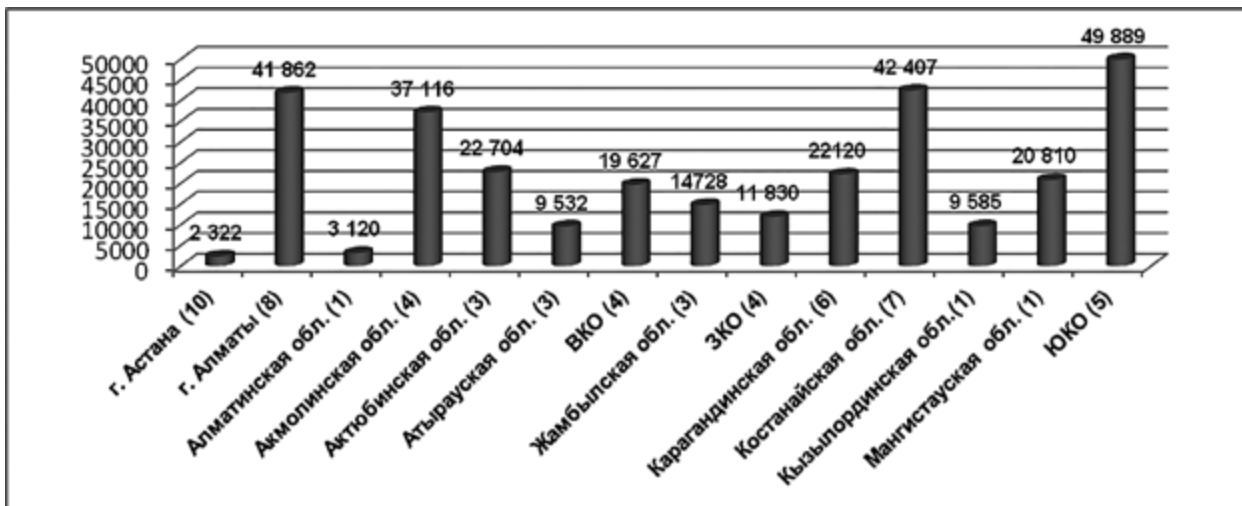


Рисунок 2. Число лиц, охваченных мероприятиями за 2016 год в разрезе регионов

Все организованные и проведенные мероприятия сопровождались распространением информационно – образовательных материалов среди студентов.

Таким образом, самоохранительное поведение современного студента должно быть основано не только на хорошей осведомленности о здоровом образе жизни, но и на достаточной мотивации к претворению его на практике в свою собственную жизнь. Кро-

ме того, важны такие факторы, как окружающая среда, правильно организованный досуг, а также вовлечение самих студентов в охрану общественного здоровья, путем участия в волонтерском движении по принципу «Равный – Равному».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Отчеты Национального центра проблем формирования здорового образа жизни о дея-

тельности Здоровых университетов.- Алматы,
2016 г.

ТҮЙІН

Мақалада 2016 жылға республикадағы «Саламатты университеттер» (бұдан әрі – СУ) қызметі туралы ақпарат берілген.

Кілт сөздер: саламатты университеттер.

SUMMARY

The article provides information on the activities of the “Healthy Universities” project in the republic for 2016.

Keywords: healthy universities.

Москва – 2011

УДК: 614.2:323.212

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

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

НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В КАЗАХСТАНЕ

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены этапы развития неправительственного сектора РК, действующего в сфере укрепления и охраны здоровья населения, взаимодействие государства и неправительственных организаций.

Ключевые слова: охрана здоровья, неправительственные организации, взаимодействия, общество.

Хорошее здоровье людей – это неоценимый ресурс и беречь его выгодно всем секторам и всему обществу. Здоровье и благополучие являются ключевым фактором экономического и социального развития и имеют важнейшее значение в жизни каждого человека, для каждой семьи и всех сообществ.

В политике Всемирной организации здравоохранения «Здоровье-2020», принятой государствами-членами Европейского региона, констатируется, что деятельность государства в области охраны здоровья будет успешной при условии совместной работы различных секторов. И она должна быть направлена на решение двух взаимосвязанных стратегических задач:

- улучшение здоровья для всех и сокращение неравенств по показателям здоровья;
- совершенствование лидерства и коллективного руководства в интересах здоровья.

Органы государственного управления также стремятся создавать структуры и механизмы, дающие возможность активного вовлечения более широкого круга заинтересованных сторон. Особенно важно участие граждан, общественных

и неправительственных организаций, которые составляют гражданское общество. Активные и преданные делу социальные группы объединяют свои силы для решения проблем здравоохранения на всех уровнях стратегического руководства: от глобального – до местного. Вся эта работа играет важную роль в содействии укреплению здоровья и повышению приоритетности вопросов здравоохранения.

Укрепление и охрана здоровья населения требует не только развития соответствующих стратегий и мобилизации ресурсов в различных сферах деятельности, но и создания устойчивой и эффективной институциональной основы для обеспечения интеграции деятельности государства, ответственности и населения в этом направлении.

Неправительственные организации (НПО) – это некоммерческие организации (за исключением политических партий, профессиональных союзов и религиозных объединений), созданные гражданами и (или) негосударственными юридическими лицами на добровольной основе для достижения ими общих целей в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Как правило, НПО ставят перед собой вполне конкретные общественно значимые цели и задачи и в своей деятельности руководствуются ими.

Развитие неправительственного (некоммерческого) сектора Казахстана, его еще называют третьим сектором гражданского общества, на современном этапе говорит об активности гражданского общества, о продвижении страны по пути устойчивого демократического развития, построения светского, правового и социального государства.

В регуляции общественных отношений именно НПО играют роль действенных посредников между государством и гражданами, выполняя многие важные функции в социальных процессах и преобразованиях.

В развитии неправительственного сектора РК можно отметить несколько этапов:

- первый (конец 1980-х гг. – 1994 г.) – становление некоммерческого сектора;
- второй (1994-1997 гг.) – качественный и количественный рост неправительственных организаций;
- третий (1998-2002 гг.) – постановка вопроса о разработке государственного механизма по взаимодействию с неправительственными организациями;
- четвертый (с 2003 года по сегодняшний день) – конструктивное сотрудничество госорганов и НПО.
- Можно с определенной долей уверенности утверждать, что негосударственный сектор РК уже прошел значительный путь своего развития и среди НПО республики оформились следующие группы:

социально значимые (женские, по защите уязвимой части населения, предоставляющие гражданам социальные услуги, благотворительные, работающие в сфере здравоохранения);

- общественно-политические (правозащитные, экологические, молодежные, аналитические, ассоциации неправительственных организаций и др.);

- реформаторские (отраслевые объединения, работающие в сфере образования и культуры).

- К перечисленным неправительственным организациям можно добавить детские, молодежные и гендерные формирования.

Сотрудничество государства и НПО приобретает системный характер: между органами власти и неправительственными организациями выстраивается прочная система диалога и партнерских отношений. Взаимодействие государства и НПО в Казахстане строится на принципах равноправного партнерства в рамках общенационального диалога.

Трудно переоценить роль неправительственного сектора в построении гражданского общества, развитии его демократических основ, преобразовании общественного мнения в процесс принятия политических решений. Участие НПО в формировании социальной политики проявляется на разных уровнях взаимодействия с органами власти и структурами частного бизнеса, причем в самых разнообразных формах.

В период реализации государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» проведена определенная работа по формированию единой национальной политики охраны здоровья через усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия. Важно, отметить, что впервые было предусмотрено размещение социального заказа среди НПО на поддержку проектов по профилактике ВИЧ-инфекции, охране репродуктивного и сексуального здоровья, безопасного материнства, планированию семьи, профилактике распространенных заболеваний, туберкулеза, алкоголизма, наркомании, избыточного веса, низкой физической активности и др. Так, в период с 2011 по 2015 годы наблюдалось увеличение количества НПО (с 42 до 77), привлеченных к реализации социальных заказов, которые также имели тенденцию к росту (с 116 до 146).

В рамках реализации государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, продолжается работа в регионах по привлечению неправительственного сектора к повышению уровня осведомленности населения и к популяризации формирования здорового образа жизни, за 9 месяцев 2016 года был реализован 101 социальный проект 59 НПО с охватом 873 078 человек (таблица 1).

Таблица 1

**Охват населения и количество НПО, привлеченных к реализации социальных проектов
в разрезе регионов**

№	Область	Охват населения, человек	Социальные проекты, количество	Количество НПО
1	Акмолинская	9000	4	3
2	Актюбинская	–	10	10
3	Алматинская	21 780	9	3
4	Атырауская	16 095	8	2
5	Восточно-Казахстанская	105 608	6	6
6	Жамбылская	10 430	9	7
7	Западно-Казахстанская	4550	7	3
8	Карагандинская	624 100	11	6
9	Костанайская	11 000	4	2
10	Кызылординская	6800	9	1
11	Мангыстауская	30 550	8	7
12	Павлодарская	-	-	-
13	Северо-Казахстанская	14 522	3	2
14	Южно-Казахстанская	17 443	11	5
15	г.Алматы	1200	2	2
16	г.Астана	-	-	-
	Всего	873 078	101	59

При анализе тем социальных проектов, было отмечено, что наибольшее их количество посвящено охране репродуктивного здоровья, планированию семьи и охране здоровья матери и ребенка – 17, профилактика онкологических заболеваний – 9, профилактика ВИЧ/ИППП – 8, пропаганда физической активности, профилактика ожирения, правильного питания и профилактика туберкулеза – по 7, профилактика социально-значимых и сердечно-сосудистых заболеваний, пропаганда здорового образа жизни – по 6. В меньшем количестве случаев социальные проекты были направлены на развитие донорства, популяризацию деятельности Школ здоровья, скрининговых обследований, профилактику ККГЛ.

Укрепление партнерства государства и неправительственного сектора в области охраны здоровья будет способствовать активному вовлечению общественных институтов для решения задач комплексного подхода к предупреждению социально значимых заболеваний и факторов риска. Синхронизированная политика неправительственных организаций и Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, в том числе посредством механизма государственного социального заказа, позволит создать конкурентоспособную, эффективную систему здравоохранения, удовлетворяющую население, отрасль и государство.

За 25 лет независимости Казахстан сумел провести политические реформы, позволившие

создать новую социально-ориентированную систему, в которой приоритетом стало благополучие каждого казахстанца, развитие и укрепление институтов гражданского общества.

Вместе с тем, необходимо сознавать, что становление гражданского общества – долгий эволюционный процесс, в котором невозможно получить моментальный результат, пропустив отдельные стадии развития.

Сегодня НПО активно вовлекаются практически во все общественно значимые сферы. Неправительственные и профессиональные организации являются своего рода зеркалом, отражающим все насущные проблемы населения. Будучи независимой стороной, НПО позволяют гражданам совместно вырабатывать цели и достигать их, соединяя собственные усилия, всту-

пая в диалог с другими общественными структурами, бизнесом и властью, помогая отстаивать свои права в публичном пространстве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соглашение о расширенном партнерстве и сотрудничестве между Европейским Союзом и его государствами-членами, с одной стороны, и Республикой Казахстан, с другой стороны. – Астана, 2015. – гл. 17.

2. О реализации государственных социальных проектов в сфере формирования ЗОЖ и профилактики социально-значимых заболеваний: Отчет НЦПФЗОЖ. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2016.

ТҮЙЫН

Мақалада халық денсаулығын нығайту мен сақтау саласындағы қазіргі ҚР үкіметтік емес ұйымдардың даму кезеңдері, мемлекет пен үкіметтік емес ұйымдардың өзара іс-қимылдары қарастырылған.

Кілт сөздер: денсаулықты сақтау, үкіметтік емес ұйымдар, өзара іс-қимыл, қоғам.

SUMMARY

The article provides the stages of development of the non-governmental sector of the Republic of Kazakhstan, acting in the field of public health promotion and protection, and interaction between the state and non-governmental organizations.

Keywords: health protection, non-governmental organizations, interactions, society.

УДК: 614.2:616-07-084

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЕВА Т.И., д.м.н., профессор, САЙДАМАРОВА Т.К.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ-ОБСЛЕДОВАНИЙ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2016 ГОДА

АННОТАЦИЯ

В статье дан анализ проведения скрининговых обследований населения РК за 9 месяцев 2016 года

Ключевые слова: Скрининг, целевые группы населения, профилактика заболеваний.

При реализации Национальной скрининговой программы в рамках ГПРЗ «Денсаулық» за 9 месяцев 2016 года проведено **5 474 090** скрининг-обследований всех целевых групп взрос-

лого населения из числа запланированных (6 049 949), что составляет **90,5%, что на 3,4%** выше аналогичного периода 2015 года (87,1%).

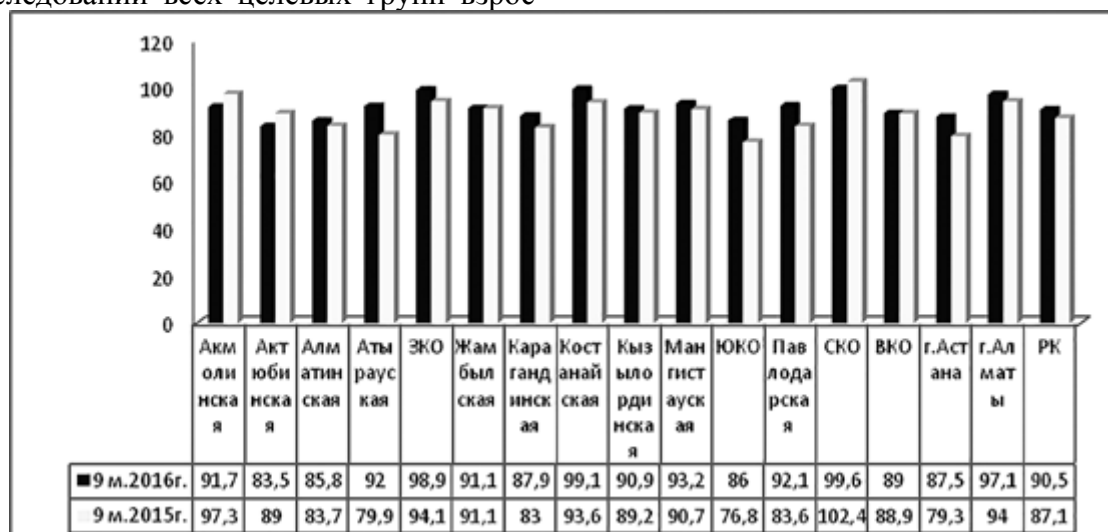


Рисунок 1. Показатели охвата скрининг-обследованиями целевых групп взрослого населения РК, 9 месяцев 2016 и 2015 гг.

Выявлено 203 326 случаев заболеваний среди целевых групп взрослого населения, что составило 3,7% (9 месяцев 2015 г. – 3,5%).

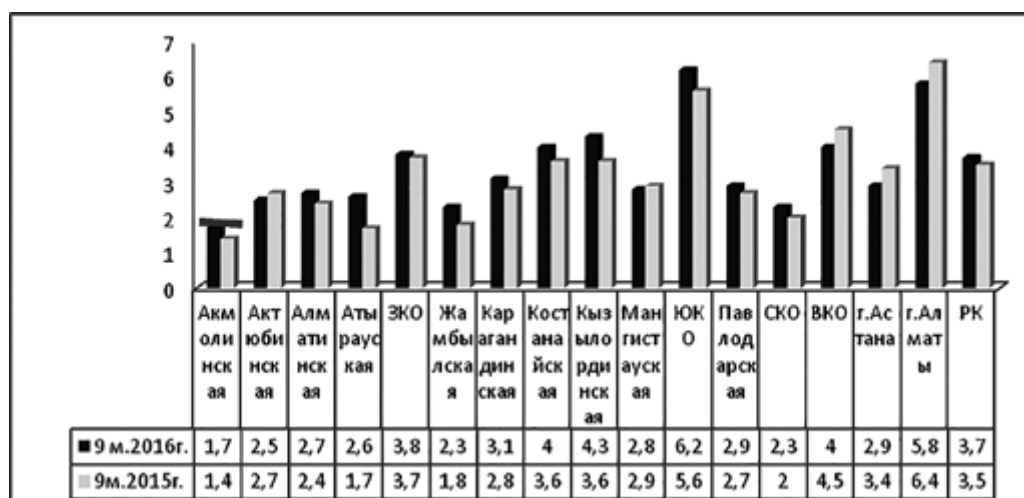


Рисунок 2. Уровень выявления случаев заболеваний среди целевых групп взрослого населения РК, 9 месяцев 2016-2015 гг.

Из числа выявленных больных на диспансерный учет взято 181 387 человек целевых групп взрослого населения РК – 89,2% (91,5% 9 месяцев 2015 г.).

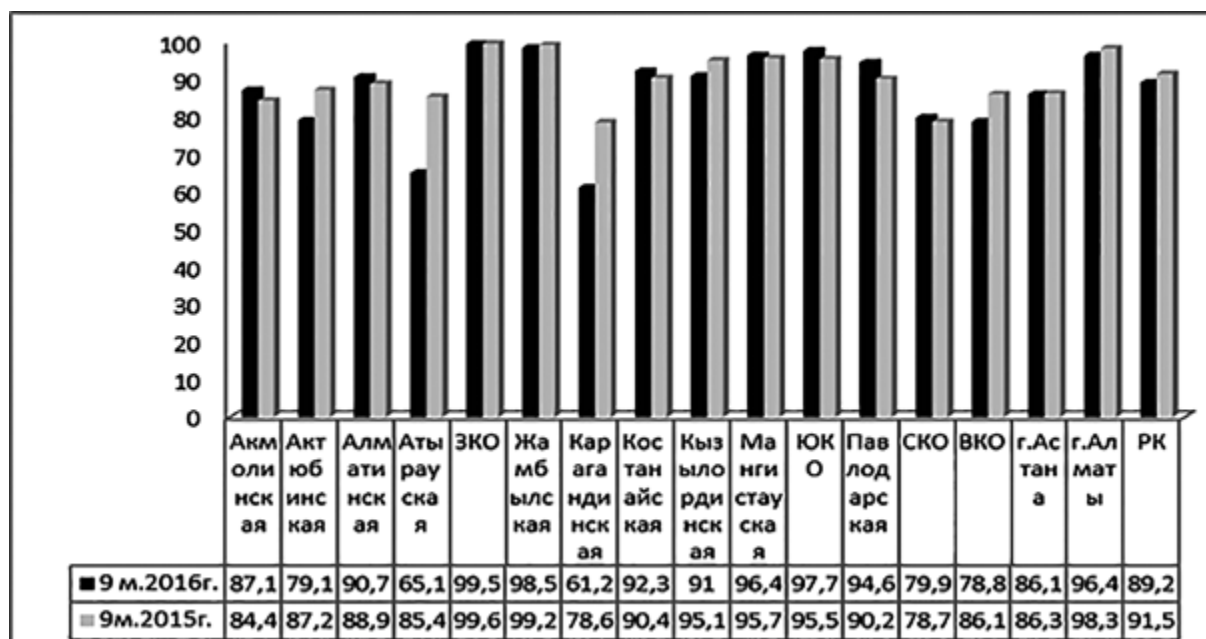


Рисунок 3. Удельный вес взятых на диспансерный учет из числа выявленных больных, целевые группы взрослого населения РК, 9 месяцев 2016-2015 гг.

Сведения о результатах скрининга за 9 месяцев 2016 г. по целевым группам:

1. Болезни системы кровообращения (БСК) – охвачено осмотром

1 309869 человек целевых групп взрослого населения – 90,7%; выявлено

91301 человек – 6,9% больных; на «Д» учёт из числа выявленных больных взято 85670 человек – 93,8%. Произошло некоторое снижение показателя выявляемости в сравнении с тем же периодом 2015 года – 7,2%. При этом увеличился показатель охвата осмотром на 5,0%.

Таблица 1

**Ранжирования областей
по показателям охвата осмотром и выявления случаев заболеваний**

Области	9 месяцев 2015 г.		9 месяцев 2016 г.	
	осмотрено	выявлено	осмотрено	выявлено
Благополучные				
г. Алматы	94,0%	6,4%	97,1%	5,8%
Костанайская	93,6%	3,6%	99,1%	4,0%
Кызылординская	89,2%	3,6%	90,9%	4,3%
ВКО	89,0%	4,5%	89,0%	4,0%
Неблагополучные				
Мангистауская	90,75	2,9%	93,2%	2,8%
Жамбылская	91,1%	1,8%	91,1%	2,3%
СКО	102,4%	2,0%	99,6%	2,3%
Астана	79,3%	3,4%	87,5%	2,9%
Актюбинская	88,9%	2,7%	83,4%	2,5%
Ақмолинская	97,3%	1,4%	91,7%	1,7%
РК	87,1%	3,5%	90,5%	3,7%

2. Сахарный диабет (СД) – охвачено осмотром 1 335 626 человек – 92,1%; выявлено больных сахарным диабетом 8106 человек – 0,6%; на «Д» учет из числа выявленных взято 7621 человек – 94,0%. Показатель выявляемости заболеваний сохраняется на уровне того же периода 2015 года. Уровень охвата осмотром повысился на 5,2%,

3. Глаукома – скрининговый осмотр прошли 1 482 523 человек целевых групп взрослого населения – 93,6%; выявлено 4189 больных глаукомой, что составляет 0,3%; на «Д» учет из числа выявленных взято 3746 человек – 89,4%. При некотором увеличении охвата осмотром, выявляемость аналогична показателю 9-ти месяцев 2015 года.

4. Предопухолевые заболевания и рак шейки матки – осмотром охвачено 275 500 человек – 69,9%; выявлено 17321 больных – 6,3%; на «Д» учет из числа выявленных взято 15981 человек – 92,3%. Отмечается увеличение уровня выявляемости патологии с 4,4% за 9 месяцев 2015 г. до 6,3% в отчетном периоде 2016 г. Произошло снижение числа пациентов, охваченных осмотром с 80,8% в прошлом отчетном периоде до 69,9% в том же отчетном периоде 2016 года.

5. Предопухолевые заболевания и рак молочной железы – осмотрено

327 678 женщин – 82,7% от запланированного объема, выявлено 80828 больных – 24,7%

от числа обследованных; на диспансерный учет взято

66 836 женщин – 82,7%. Показатель охвата осмотром повысился по сравнению с аналогичным периодом 2015 года на 3,3%. Уровень выявляемости патологии выше уровня того же периода 2015 года на 4,2%.

6. Предопухолевые заболевания и рак толстой и прямой кишки – обследовано 743 894 мужчин и женщин – 95,2%; выявлено 1581 случаев рака и предопухолевых состояний толстой кишки – 0,2%; на диспансерный учет взято 1533 человека – 97,0% от числа выявленных больных. Отмечается повышение охвата осмотром на 3,9%, выявляемость патологии сохраняется на уровне прошлого отчетного периода.

7. Гепатоцеллюлярный рак – осмотрено 1 205 человек – 108,6%; выявлено 6 случаев рака – 0,5%; на диспансерный учет взято 6 человек – 100,0%. За 9 месяцев 2016 года охват осмотром увеличился на 2,1%. За указанный отчетный период произошло снижение числа выявленных заболеваний на 0,6%.

8. Рак пищевода и желудка – осмотрено 203 048 человек – 61,2%; выявлено 176 случаев рака – 0,08%; на диспансерный учет взято 166 человек – 97,1%. Отмечается снижение показателя охвата осмотром на 22,2%. Уровень выявления заболеваний не имеет значительной разницы с тем же периодом 2015 г.

9. Рак предстательной железы – осмотрено 97 871 мужчин – 90,9%; выявлено 197 случаев рака – 0,2%. По сравнению с аналогичным периодом 2015 года наблюдается повышение показателя охвата осмотром на 1,5%. Показатель выявляемости патологии остается на уровне 9 месяцев 2015 года.

«Сильными» сторонами скрининг-обследований являются:

- стабильно отработанная система организации обследований от доврачебного кабинета до лечебной сети;
- увеличение показателя охвата скрининговыми осмотрами до 90,0% и выше;
- повышение уровня выявляемости случаев заболеваний по РК и в частности РМЖ и РШМ;
- положительная динамика охвата диспансерным наблюдением выявленных больных.

«Слабые» стороны заключаются:

- в недочетах в проведении скрининговых тест-опросов, некачественном заполнении учетно-отчетной документации и кодирования болезней по МКБ10;
- неправильное формирование целевых групп, подлежащих скрининговым осмотрам, следствием чего является завышенный показатель охвата осмотрами;
- в недостаточной оснащенности ПМСП медицинским оборудованием и аппаратурой;
- недостаточной укомплектованности медицинскими кадрами, особенно в сельской местности.
- в низких показателях скрининга в одних и тех же областях – Акмолинской, Карагандинской, Мангистауской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Атыраской, которые при ранжировании относятся к категории «неблагополучных»;

Пути решения:

- усиление системы контроля качества проведения скрининг-обследования в строгом соответствии с «Алгоритмами этапности проведения скрининговых осмотров целевых групп населения», утвержденным приказом МЗСР РК от 29.12.2014 года № 361;
- внедрение ПАСПОРТА участника Национальной скрининговой программы;
- улучшение качества выявления поведенческих факторов риска развития неинфекционных

заболеваний для дальнейшего динамического наблюдения с целью снижения их влияния на возникновение заболеваний;

- обеспечение работы профильных Школ здоровья, в первую очередь, Школы здоровья по профилактике поведенческих факторов риска с обязательным обучением лиц с факторами риска, выявленными в ходе скринингового осмотра;
- постоянное обучение медицинских работников, занятых в скрининговой программе;
- обеспечение своевременного прохождения скрининг-обследований;
- осуществление постоянной информационно-разъяснительной работы.

Результаты скрининга детского населения РК (0-17 лет)

За отчетный период осмотрено 4 039 879 (85,6%) детского населения РК из 4 720 968 запланированных к осмотру в 2016 году, на 8,6% выше предыдущего отчетного периода.

Среди детского населения РК (0 -17 лет) выявлено 503 225 случаев заболеваний – 12,5%, что аналогично ситуации 9-ти месяцев 2015 года.

Из числа выявленных больных на диспансерный учет взято 131 320 детей, что составило 26,1%, на 6% выше удельного веса диспансерных больных в том же периоде 2015 года

Для скрининга детского населения характерно:

1. В сельских районах оздоравливают детей почти в 1,5 раза меньше, чем в городской местности.
2. В разрезе РК наихудшее положение по охвату детского населения узкими специалистами по-прежнему, сохраняется в Мангистауской, Кызылординской и Акмолинской областях. Низкий охват остается в Карагандинской, Атырауской областях,
3. По осмотру узкими специалистами по итогам 9 месяцев 2016 г. благополучных областей отметить не удастся.
4. Структура заболеваемости свидетельствует о высокой частоте болезней крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, органов дыхания и заболеваний глаз. Необходимо обратить внимание на резкое увеличение детей с миопией. Высока распространенность и удельный вес болезней нервной системы у детей РК, которые занимают 4-е место и в городской, и в сельской местности.

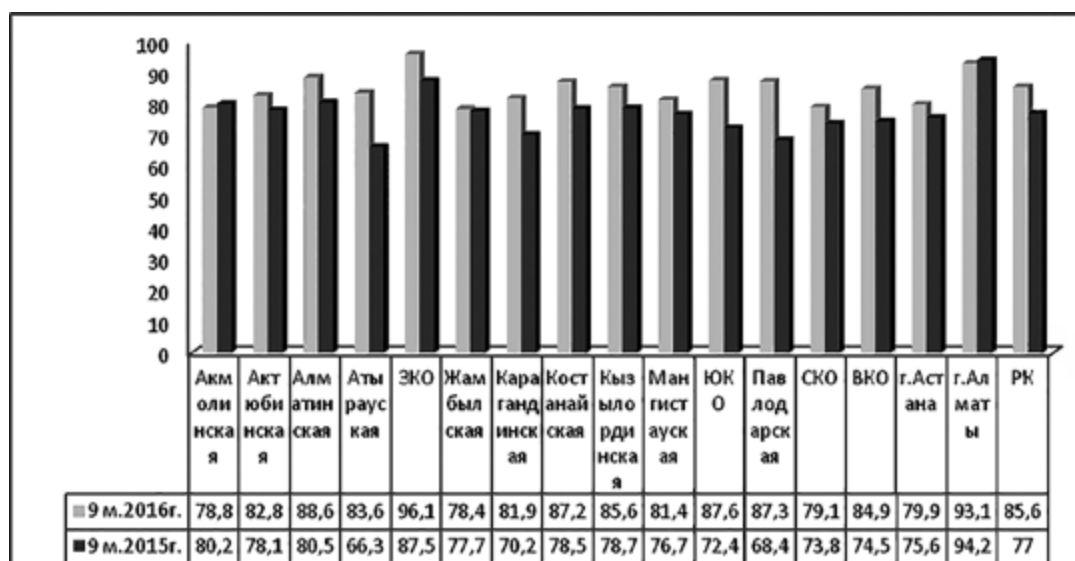


Рисунок 4. Показатели охвата скрининг-обследованиями детей от 0 до 17 лет, РК, за 9 месяцев 2015-2016 гг.

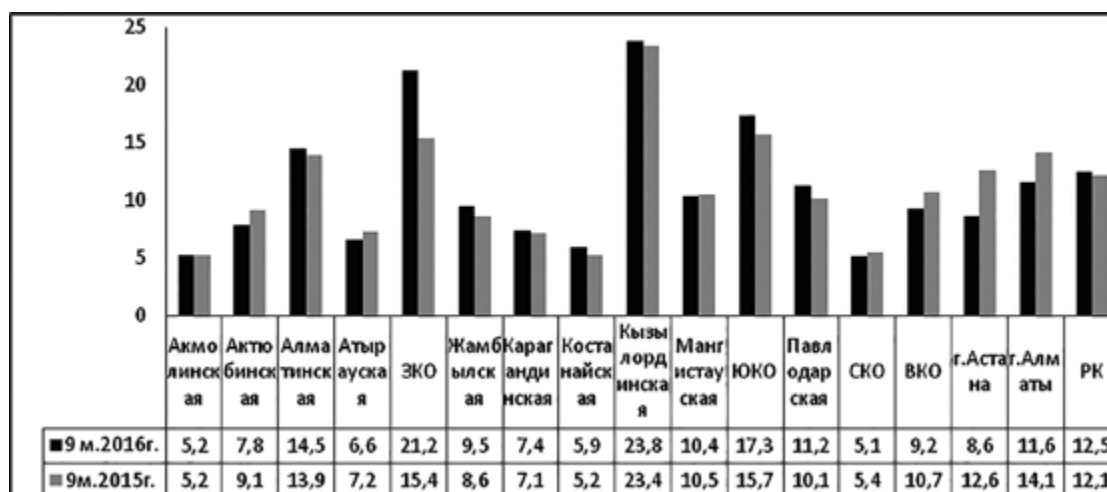


Рисунок 5. Уровень выявления случаев заболеваний среди детского населения РК, 9 месяцев 2015 -2016 гг.

Профилактические (скрининговые) медицинские осмотры на раннее выявление тугоухости среди детского населения РК за 9 месяцев 2016 года.

По результатам скрининг осмотров из 4 039 817 осмотренных за 9 месяцев 2016 года детей Республики Казахстан выявлено с нарушением остроты слуха 3 688 человек, что составило 0,1 %. За 9 месяцев 2015 года выявлено 3 531 человек с нарушением остроты слуха из 3 677 628 осмотренных детей.

Среди них жителей города было выявлено больше (2072 детей), чем жителей села (1616 детей).

Наибольшее количество детей с нарушением слуха выявлено в Южно-Казахстанской области и городе Астана. По сравнению с тем же периодом 2015 года значительно увеличилось количество детей с нарушением слуха в городе Астана, значительно снизилось количество выявленных детей в Южно-Казахстанской области.

Анализ скрининга слуха новорожденных методом регистрации отоакустической эмиссии показал, что из 4 039 984 осмотренных детей за 9 месяцев 2016 года скрининг слуха проведен 98 017 новорожденным (2,4 %).

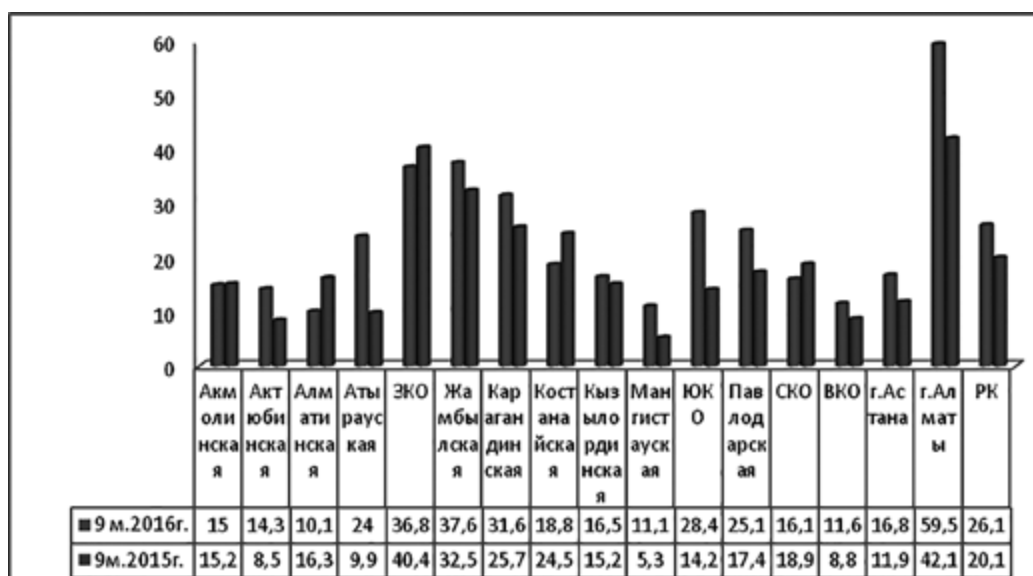


Рисунок 6. Удельный вес взятых на диспансерный учет, детское население РК, 9 месяцев 2015 и 2016 гг.

Анализ структуры заболеваемости по нозологиям показал, что наибольшее количество детей выявлено с диагнозом: двусторонняя нейросенсорная потеря слуха.

Аудиологический скрининг детей характеризуется:

- неполным объемом оснащения организаций родовспоможения, в связи с чем, наблюдается неполный охват новорожденных аудиологическим скринингом.

- в организациях ПМСП неправильно проводится статистический учет новорожденных после аудиологического скрининга в организациях родовспоможения, не проводится второй этап (амбулаторный) аудиологического скрининга методом регистрации ОАЭ ввиду отсутствия оборудования.

- ввиду дефицита полностью оснащенных необходимым оборудованием и укомплектованных специалистами сурдологических кабинетов, пик выявляемости тугоухости, по-прежнему, приходится на поздний возраст детей (6 – 17 лет), что снижает эффективность дальнейшей реабилитации.

- наряду с этим, врачи нередко неправильно кодируют диагнозы нарушения слуха по классификации МКБ-10, что приводит к статистически недостоверным результатам.

Результативность профилактических медицинских осмотров отдельных категорий

взрослого населения путем скрининговых обследований (медицинская, экономическая) соответствует данным международных исследований и свидетельствует о необходимости дальнейшего продолжения скрининговой программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулык» на 2016 – 2019 годы: Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года №176.
2. Меморандум Министерства здравоохранения и социального развития от 22.02.2016.
3. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения»: Приказ МЗСР РК от 29.12.2014 г. №361
4. Государственные нормативно-правовые акты по Национальной скрининговой программе в Республике Казахстан
5. Отчеты НИИ и НЦ РК по результатам скрининг-обследований, НЦПФЗОЖ, // 9 месяцев 2015-2016 гг.
6. Выходные статистические формы ТОО «Мединформ», // 9 месяцев 2015-2016 гг.

7. Сводный отчет НЦПФЗОЖ, //9 месяцев 2015-2016 гг.

8. Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году // Статистические сборники, Астана, 2008-2015 гг.

9. Отчет 6-го национального социологического исследования/ МЗ РК. – Алматы: НЦПФЗОЖ, 2015 г.

10. Скрининг в Европе./ Всемирная организация здравоохранения (от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения). – Копенгаген: ВОЗ, 2008 г.

11. Принципы и практика скрининга на выявление заболеваний: монография /Уилсон

и Джангнер (WilsonandJungner). – Женева: ВОЗ, 1968 г.

ТҮЙЫН

Мақалада 2016 жылдың 9 айына ҚР халықты скринингтік тексеріп-қарау жүргізуге таладама берілген.

Кілт сөздер: Скрининг, халықтың нысаналы топтары, аурулардың алдын алу.

SUMMARY

The article gives an analysis of conducting screenings of the population of the Republic of Kazakhstan for 9 months of 2016.

Keywords: Screening, target population groups, disease prevention.

УДК:614.2:616-056.8-07-084

БАТТАКОВА Ж.Е., д.м.н., профессор, МУКАШЕВА С.Б., к.м.н., СЛАЖНЕВА Т.И., д.м.н., профессор, САЙДАМАРОВА Т.К.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА ЗА 2016 ГОД

АННОТАЦИЯ

В обзорной статье представлен анализ материалов, характеризующих результаты выявления поведенческих факторов риска в 2016 году.

Ключевые слова: скрининг-обследования, целевые группы, раннее выявление факторов риска возникновения заболеваний.

При реализации Национальной скрининговой программы на выявление определенных видов заболеваний, для которых установлена возрастная целевая группа населения, обязательным является проведение скринингового тест-опроса с целью выявления факторов риска возникновения заболевания.

Особенно актуально это для лиц, прошедших скрининговый осмотр на раннее выявление болезней системы кровообращения.

За 2016 год при реализации Национальной скрининговой программы в рамках ГПРЗ «Денсаулық» было обследовано 1 458 560 человек, что составило 100,5%, показатель сохраняется на уровне 2015 года.

При этом следует отметить положительные изменения в уровнях поведенческих факторов риска, в частности снизились:

- уровень табакокурения с 10,4% в 2015 году до 10,0% в 2016 году;

- распространенность избыточной массы тела (ИМТ) сохраняется на уровне предыдущего отчетного периода (25,7%).

За указанный период повысился уровень физической активности населения, особенно в городской местности с 79,9% в 2015 году до 80,3% в 2016 году.

Улучшилась выявляемость случаев потребления алкоголя в опасных дозах – в 2015 году было выявлено 1,2%, в 2016 году данный показатель достиг 1,3% .

Несмотря на заметные положительные тенденции в проведении скрининга на выявление поведенческих факторов риска, сохраняется

проблема качества проведения тест-опроса с целью выявления указанных факторов.

Таблица 1

Распространенность поведенческих факторов риска в разрезе областей

Области	Осмотрено		Выявлено всех факторов риска		Выявлено факторов высокого риска	
	абс	%	абс	%	абс	%
Акмолинская	77278	102,9%	386145	38,4%	109781	20,3%
Актюбинская	79252	100,3%	396111	38,4%	102057	18,4%
Алматинская	140247	99,7%	700866	38,4%	190622	19,4%
Атырауская	48251	100,3%	241125	38,4%	68936	20,4%
Западно-Казахстанская	61166	99,8%	305778	38,5%	70797	16,5%
Жамбылская	100855	100,1%	517622	39,5%	145023	20,5%
Карагандинская	153654	99,8%	768063	38,5%	186779	17,4%
Костанайская	72778	99,7%	363822	38,4%	107105	21,0%
Кызылординская	56548	100,4%	282669	38,5%	78888	19,9%
Мангистауская	39217	104,4%	196023	38,4%	66918	24,4%
Южно-Казахстанская	218402	100,1%	1091539	38,4%	333388	21,8%
Павлодарская	70353	100,2%	351602	38,4%	99269	20,2%
Северо-Казахстанская	46854	101,4%	234208	38,5%	70635	21,5%
Восточно-Казахстанская	122108	101,3%	610270	38,4%	166424	19,5%
г.Астана	55663	101,3%	278176	38,4%	69161	17,7%
г.Алматы	115934	100,9%	579468	38,4%	143108	17,6%
РК	1458560	100,5%	7289992	38,4%	1995396	19,5%

Показатели распространенности поведенческих факторов риска в разрезе областей, 2016-2015 гг.

Несмотря на заметные положительные тенденции в проведении скрининга на выявление поведенческих факторов риска, сохраняется проблема качества проведения тест – опроса с целью выявления указанных факторов.

Сравнительный анализ распространенности факторов риска по данным скрининговых осмотров и 6 Национального исследования 2015 г. выявил низкий уровень выявляемости факторов, например, распространенность курения в 2015 году по результатам скрининг-опросов составила 10,4%, по результатам Национального исследования – 18,3%; злоупотребление алкоголем – 1,2% и 4,1% соответственно.

Мероприятия по формированию новых поведенческих установок, снижающих распространенность факторов риска, включают: профилактику табакокурения, ориентированную на Европейскую стратегию по борьбе против табака; профилактику потребления алкоголя в опасных дозах и снижение злоупотребления алкоголем; принятие мер по созданию в обществе

атмосферы неприемлемого отношения к злоупотреблению алкогольными напитками и употреблению наркотиков; профилактику избыточной массы тела, увеличение физической активности, формирование культуры здорового образа жизни через широкое информирование населения о негативном влиянии поведенческих факторов риска на состояние здоровья населения.

Результативность профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения путем скрининговых обследований (медицинская, экономическая) соответствует данным международных исследований и свидетельствует о необходимости дальнейшего продолжения скрининговой программы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы: Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года № 176.
2. Меморандум Министерства здравоохранения и социального развития от 22.02.2016 г.

3. О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров

целевых групп населения»: Приказ МЗСР РК от 29.12.2014 г. №361.

4. Отчеты НИИ и НЦ РК по результатам скрининг-обследований, НЦПФЗОЖ, // 2016-2015 гг.

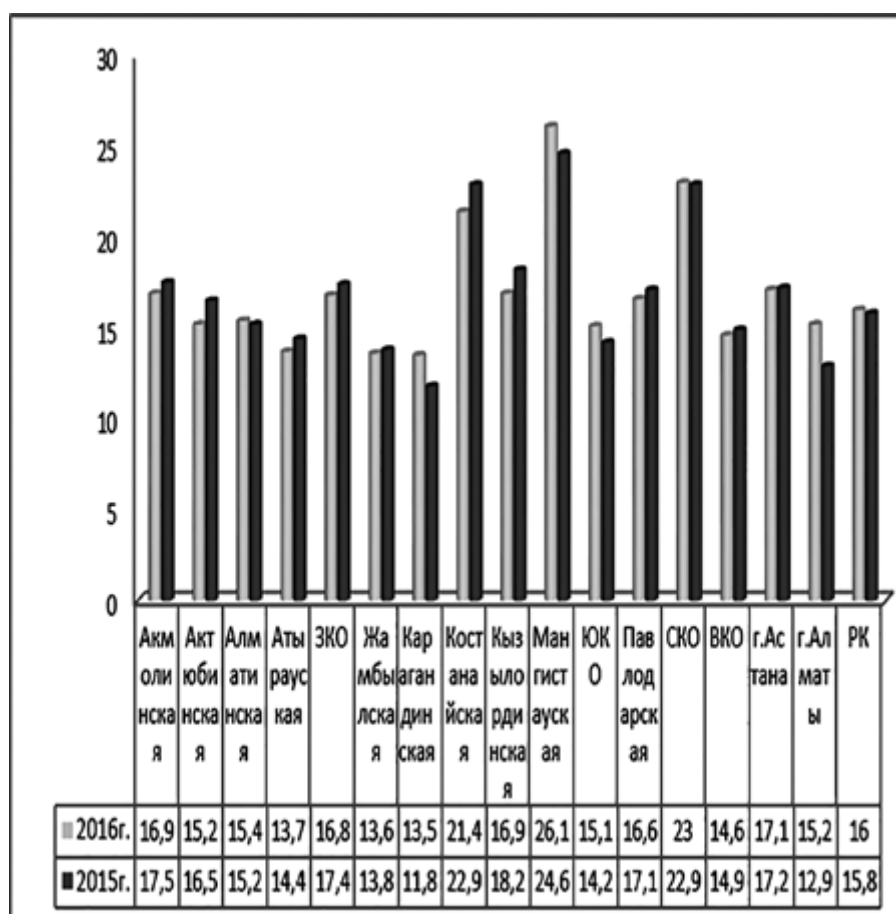
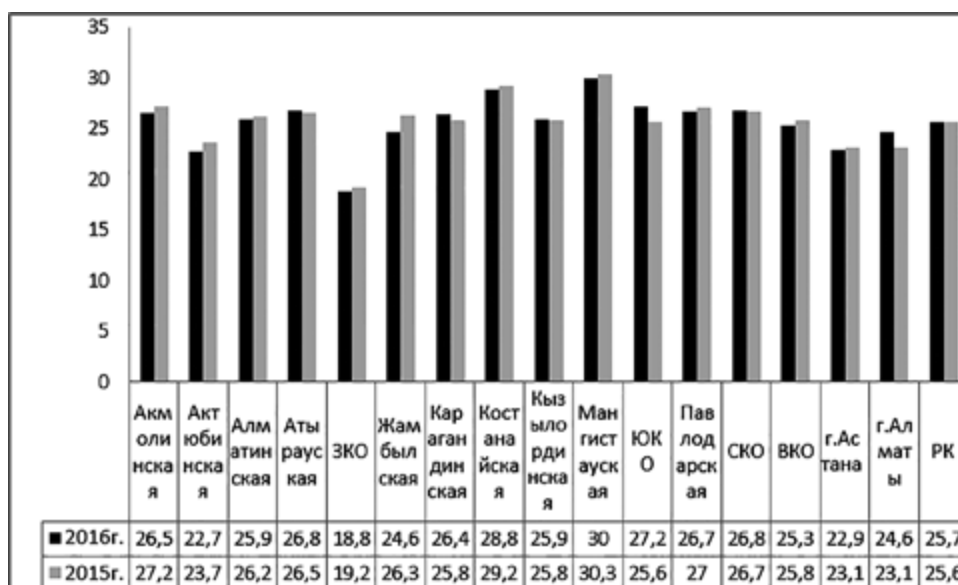


Рисунок 1. Распределение показателей индекса Кетле 25-30 (ИМТ)
Распределение показателей индекса Кетле свыше 30

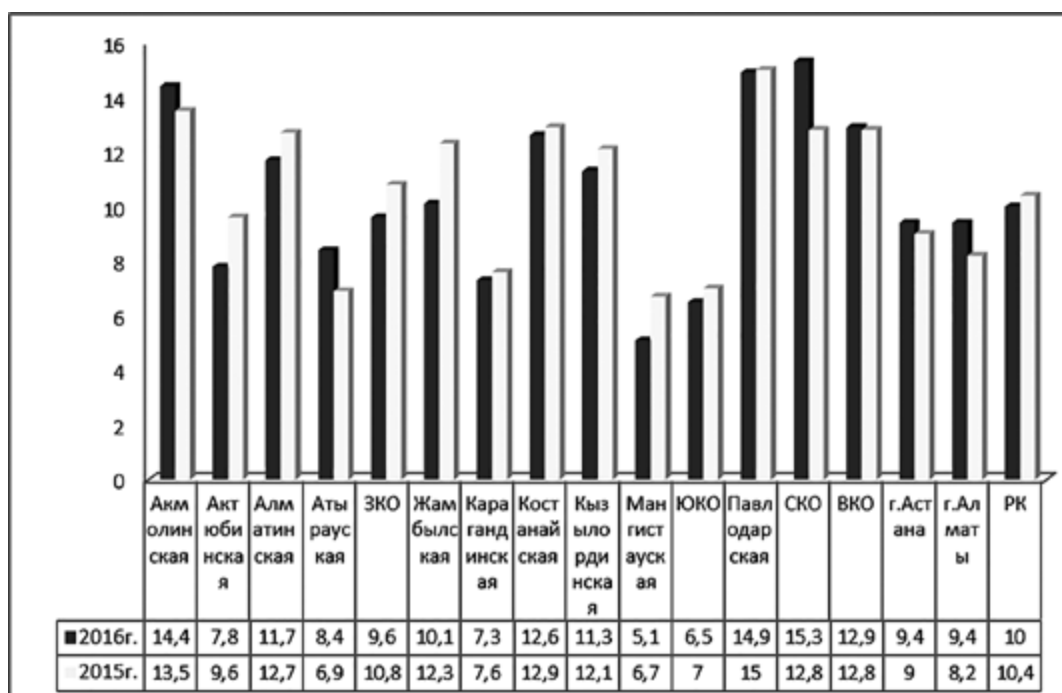


Рисунок 2. Распространенность курения среди населения РК, 2016-15 гг.

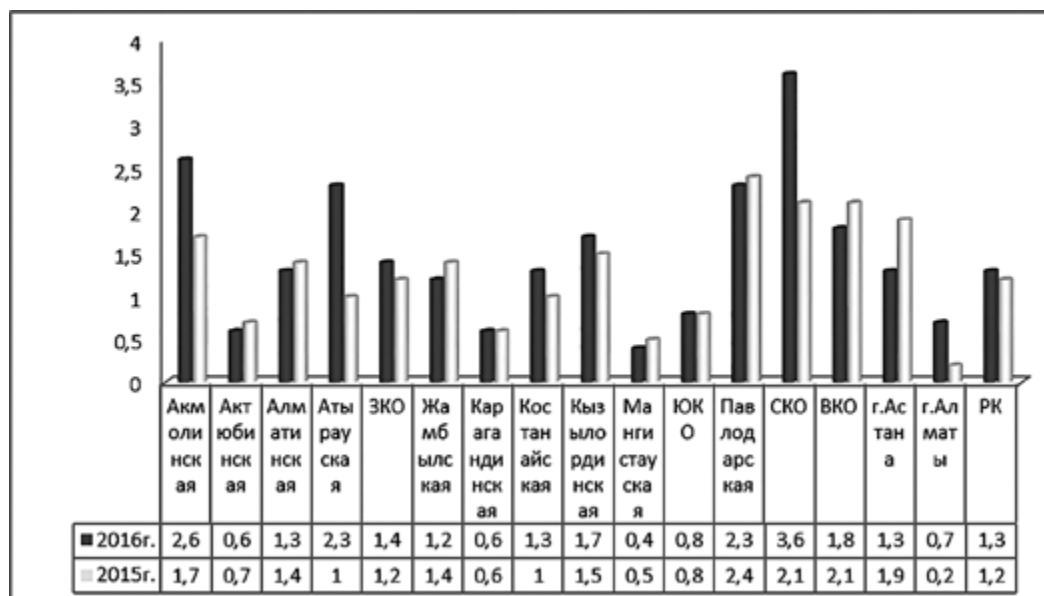


Рисунок 3. Распространенность фактора употребления алкоголя в опасных дозах среди населения РК, 2016-15 гг.

5. Выходные статистические формы ТОО «Мединформ», // 2016-2015 гг.

6. «Отчет 6-го Национального социологического исследования», // МЗ РК, НЦПФЗОЖ, 2015 г.

7. Баттакова Ж.Е., Мукашева С.Б., Токмурзиева г.Ж Методические рекомендации по здоровому образу жизни, физической активности, правильному питанию на уровне первичной медико-санитарной помощи для работы с населением. – г. Алматы: НЦПФЗОЖ, 2014 г. – 76 с.

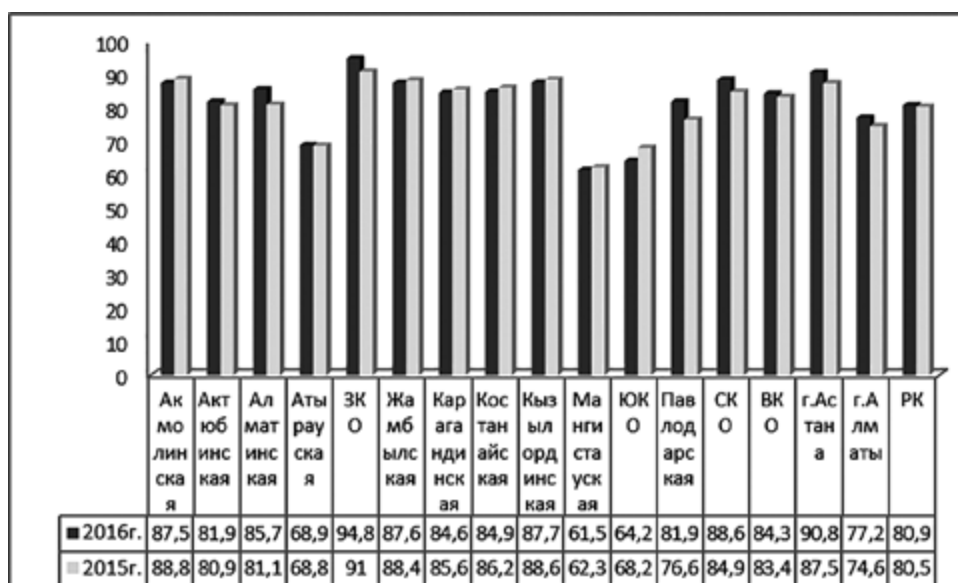


Рисунок 4. Удельный вес физически активных лиц с ежедневной физической нагрузкой более 30 мин. в день

ТҮЙН

Шолу мақалада 2016 жылғы мінез-құлықтық қауіпті факторларды анықтау нәтижелерін сипаттайтын материалдарға талдау жасалған.

Кілт сөздер: скрининг тексеріп-қарау, нысаналы топтар, ауруға шалдықтыратын қауіпті факторларды ерте анықтау.

SUMMARU

In the review article, an analysis of materials on the results of the behavioral risk factors detection in 2016 is presented.

Keywords: screening surveys, target groups, early detection of risk factors for diseases.

УДК:618.15/16 -002.828-07/08

**ЖОЛДАСОВА Б.А., МАХАНБЕТОВА Д.Ш., ЕЛБЕРГЕНОВА Б.К., САДВАКАСОВА А.Г.,
ДУЙСЕНОВА А.М., ДЖАКИПОВА А.Т.****Казахский Национальный Медицинский Университет имени С.Д.Асфендиярова****ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОК, СТРАДАЮЩИХ
ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫМ
КАНДИДОЗОМ.****АННОТАЦИЯ**

В статье рассмотрены результаты исследования по диагностике и лечению дистрофических заболеваний вульвы и влагалища, сопровождающихся урогенитальной инфекцией, обусловленной дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Дан сравнительный анализ применения лекарственных препаратов и немедикаментозных способов лечения.

Ключевые слова: вульвовагинальный кандидоз, дистрофические заболевания, антимикотики, иммуномодуляторы, вульвовагинит, деринат, вульвовагинельные инфекции.

В последние годы отмечается значительный рост инфекционного поражения слизистых оболочек урогенитального тракта дрожжеподобными грибами рода *Candida*, достаточно активно участвующих в формировании микробных пленок и усиливающих их кворум сенсинг и пролонгирующих воспалительные процессы в органах системы репродукции.

Патология в виде дистрофических заболеваний вульвы и влагалища остается одной из актуальных проблем в акушерстве и гинекологии, требующих решения. Важность данной медицинской и социальной проблем определяется, прежде всего, тем, что в структуре гинекологической патологии она представлена частотой в 0,6-8% [3, 5], а на фоне данной патологии в 30-60% случаев развиваются гиперпролиферативные процессы, в том числе – нередко рак вульвы и/или другие злокачественные опухоли. Кроме того, следует отметить, что если ранее данная патология встречалась, главным образом, у женщин старшей возрастной группы, чаще в период постменопаузы, то в последнее время дистрофические заболевания вульвы и влагалища нередко диагностируются у женщин репродуктивного возраста и даже у девочек [1,5]. Наиболее распространены инфекционная, гормональная, генетическая, аутоиммунная теории возникновения дистрофий. Нередко ведущим воспалительным агентом при дистрофических заболеваниях вульвы является

урогенитальная инфекция, обусловленная дрожжеподобными грибами рода *Candida* [7,8].

Цель исследования – провести сравнительную оценку эффективности диагностики и терапии среди пациентов, страдающих дистрофическими заболеваниями в сочетании с вульвовагинальным кандидозом.

Материалы и методы

С целью изучения распространенности вульвовагинального кандидоза среди женщин, страдающих дистрофическими заболеваниями вульвы и влагалища, нами было обследовано 100 пациенток (в возрасте от 25 до 65 лет), у которых патология была представлена тремя вариантами: склеротический лишай, плоскоклеточная гиперплазия и смешанная форма дистрофии, имеющая сочетание плоскоклеточной гиперплазии со склеротическим лишаем.

Результаты и обсуждение

В результате изучения видового состава дрожжеподобных грибов у женщин, из числа больных дистрофическими заболеваниями вульвы и влагалища, обследованных нами, установлено, что дрожжеподобные грибы рода *Candida albicans* верифицировались у 75 (91,4%) пациенток и определялись у 65 (79,2%) больных в виде моноинфекции. Кроме того, из дрожжеподобных грибов рода *Candida* только вариант *C. glabrata* был выделен у 7 (8,5%) пациенток. У оставшихся 11 (13,75%) женщин, *C. albicans* определялись

в сочетаниях с *C. krusei*, *C. kefyr* и *S. cerevisiae* и *C. tropicalis* у 5 (6,25%), 3 (3,75%), 2 (2,5%) и 1 (1,25%) пациенток соответственно.

Средний возраст пациенток I группы был в пределах $50,0 \pm 1,20$ лет, II группы – $53,40 \pm 1,90$ года.

Большинство больных находилось в возрасте от 50 до 59 (48 женщин – 46,23%) лет. Группа пациенток от 30 до 39 лет насчитывала 10 человек (8,49%), а от 25 до 29 лет – 5 (5,66%).

Таблица 1

Сравнительная эффективность различных методов диагностики кандидозной инфекции у больных дистрофическими заболеваниями вульвы и влагалища

Способы диагностики	Больные, страдающие дистрофическими заболеваниями вульвы и влагалища (n=82)									Итого		
	Склеротический лишай (n=11)			Плоскоклеточная гиперплазия (n=30)			Смешанная форма (n=41)					
	Число боль- ных	Положи- тельные результаты		Число боль- ных	Положи- тельные результаты		Число боль- ных	Положитель- ные резуль- таты		Число боль- ных	Положи- тельные результаты	
		абс.	%		абс.	%		абс.	%		абс.	%
Микроско-пический	9	—	—	30	6	20	41	14	34,14	80	20	25
Бактерио-логия ваги- нального отделяемого	9	9	100	30	30	100	41	41	100	80	80	100
Бактериология биоптата ткани вульвы	2	—	—	6	2	6,67	4	1	2,43	12	3	25
Гистология биоптата	3	1	11,12	7	1	3,33	9	3	7,31	20	5	25
ИФА	9	7	77,78	30	25	83,33	41	35	85,36	80	67	83,75

Установлено, что вульвовагинит, ассоциированный с дрожжеподобными грибами рода *Candida* у женщин, больных дистрофическими заболеваниями вульвы и влагалища, чаще имел хроническое течение – 61 пациентка (76,24%). Меньше, чем у четверти больных (15 – 18,75%) течение заболевания было подострым. В варианте обострения, с впервые установленным диагнозом, оно определялось только у 4 (5,0%) пациенток. Кандидоз, диагностированный на фоне дистрофического процесса, был зафиксирован в вариантах: катарально-мембранозного – у 11 (13,75%), лейкоплакиевидного – у 9 (11,25%), пруригинозновульвита – у 31 (38,75%), кандидозно-бактериального вульвовагинита – у 8 (10,0%), асимптомного кольпита с эндоцервицитом – у 21 (26,25%) обследованных.

Терапия основного дистрофического процесса была представлена медикаментозным и немедикаментозным фрагментами. Она включала средства общего воздействия: гормональная – овестин (внутрь, по 500 мкг в сутки в течение 2 недель ежедневно, затем по 500 мкг в сутки 2 раза в неделю в течение трех месяцев); один из антигистаминных препаратов – лоратадин (Кла-

ритин) или цетиризин (Цетрин), седативный (Ново-пассит), чередование комплексов витаминов А, Е, В и местного воздействия. Пациенткам была рекомендована молочно-растительная диета, соблюдение рационального режима труда и отдыха (утренняя гимнастика, регулярный отдых после работы, прогулки на свежем воздухе, достаточная продолжительность ночного сна), избегание чрезмерной физической нагрузки, переутомления, резких движений.

Системный антимикотик в варианте итраконазола (орунгал, итразол, орунгамин) назначался при проведении основного курса терапии по 200 мг в сутки в течение 7 дней, а также в качестве поддерживающей терапии: по 200 мг в сутки 1 раз в неделю в течение 6 месяцев для предотвращения рецидивов заболевания.

В зависимости от базисной терапии, больные с наличием дистрофических заболеваний вульвы и влагалища, имеющие кандидозную инфекцию, были разделены на 2 подгруппы: 1-ая подгруппа, составившая 59 (73,75%) пациенток, получала комбинированную системную и местную терапию антимикотиками, дополненную корректором – натрием дезоксирибонуклеатом

(Деринат). Деринат, оказывающий иммуномодулирующее, противовоспалительное, репаративное, регенерирующее действие, вводился в виде 1,5% раствора 5 мл внутримышечно, через день в течение 10 дней, и использовался топически в виде 0,25% стерильного раствора по 5 мл на одну процедуру, назначаемого на 2-4 часа 2 раза в сутки в виде влагалищных тампонов, в течение 10 дней. У 2-ой подгруппы, представленной 23 (26,25%) пациентками, использовались топические антимикотики в сочетании с тизоль-гелем, препаратом оказывающим протекторное, противовоспалительное, противозудное и местно-анальгезирующее действие, который наносили на сухую кожу равномерным тонким слоем – 0,2-0,5 г на 1 дм².

Роль и значимость комплексного воздействия базовой и противокандидозной терапии прослеживалась по результатам этиологической излеченности. В группе пациенток, получивших системные и топические противокандидозные препараты, она составила 94,91% (56 из 59 больных), а у использующих только топические антимикотики была значительно ниже и составила 52,38% (13 из 23 больных).

Низкие значения циркулирующего кандидозного антигена после лечения системными антимикотиками был зафиксированы у 1 (1,69%) из 59 пациенток, что подтверждает элиминацию возбудителя из глубоких слоев эпителия, в основном, за счет системного воздействия антимикотических препаратов. У пациенток, получавших топическую терапию, высокий уровень кандидозного антигена в сыворотке крови сохранялся у 2 (9,52%) из 23 больных, средний – у 1 (4,76%) и низкий – у 2 (9,52%).

Выводы

1. Комплексный подход к диагностике и терапии пациенток, страдающих дистрофическими заболеваниями вульвы и влагалища, позволяет в большем числе случаев добиться выявления наличия специфических симптомов с лабораторным подтверждением кандидозной инфекции, обусловленной дрожжеподобными грибами рода *Candida albicans* и *Candida non-albicans*, которая может успешно контролироваться системными и топическими антимикотиками.

2. Отмечена положительная динамика изме-

нений изучаемых нами параметров иммунной системы после окончания терапии, свидетельствующая об активации и модуляции клеточного звена иммунитета и создании условий синтеза интерферона.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Чулкова О.В., Новикова Е. г., Соколов В.В., Чулкова Е.А. Диагностика и лечение фоновых и предраковых заболеваний вульвы // Практическая онкология. – 2006. – Т. 7, № 46. – С. 197-204.
2. Русакевич П.С. Заболевания вульвы: практическое руководство. – М: МИА, 2007. – 141 с.
3. Манухин И.Б., Крапошина Т.П., Стамболиева А.В. Роль локальных кортикостероидных препаратов в терапии склеротического лишая вульвы в свете современных представлений о патогенезе этого заболевания // Клиническая медицина. – 2008. – № 5. – С. 51-55.
4. Кауфман Р., Фаро С., Браун Д. Доброкачественные заболевания вульвы и влагалища. – М: Бином, 2009. – 354 с.
5. Реуцкая М.А., Кулинич С.И. Роль инфекций в генезе заболеваний вульвы // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 239-242.
6. Powell J., Wojnarowska F. Powell J. Childhood vulvar lichen sclerosis: an increasingly common problem // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. – Vol. 44. – P. 803-806.
7. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб: Фолиант, 2002. – 542 с.
8. Вельшер Л.З., Стаханов М.Л., Крылова Е.Н. Лечение больных предопухолевыми заболеваниями кожи и слизистой оболочки наружных гениталий и промежности с помощью низкоинтенсивного и высокоэнергетического лазерного излучения // Лазерная медицина. – 2008. – Т. 12, № 1. – С. 21-25.
9. Шарапова Л.Е. К вопросу об этиологии и патогенезе хронических дистрофических заболеваний вульвы // Российский вестник акушерства и гинекологии. – 2010. – № 1. – С. 29-34.
10. Ginarte M., Toribio J., Ginarte M. Vulvar lichen sclerosis successfully treated with topical tacrolimus // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2005. – Vol. 123, № 1. – P. 123-124.
11. Liegl B., Regauer S., B. Liegl p53 immunostaining in lichen sclerosis is related to

ischaemic stress and is not a marker of differentiated vulvar intraepithelial neoplasia (d-VIN) // *Histopathology*. – 2006. – Vol. 48, № 3. – P. 268-274.

12. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. – СПб: Фолиант, 2002. – 542 с.

ТҮЙЫН

Мақалада *Candida* текті ашытқы тәріздес саңырауқұлақтарға тән урогенитальді инфекция себеп болатын сарпай мен қынаптың дистрофиялық ауруларын диагностикалау мен емдеу бойынша зерттеулер нәтижесі қарастырылған. Дәрі-дәрмектер қабылдау мен медициналық емес тәсілдермен емдеуге салыстырмалы талдау жасалған.

Кілт сөздер: вульвовагинальді кандидоз, дистрофиялық ауру, антимикотиктер, иммуномодуляторлар, вульвовагинит, деринат, вульвовагинельді инфекция.

SUMMARY

The article provides the results of a study on the diagnosis and treatment of dystrophic diseases of the vulva and vagina, accompanied by urogenital infection caused by yeast-like fungi of the genus *Candida*. A comparative analysis of the use of drugs and non-drug methods of treatment is given.

Keywords: vulvovaginal candidiasis, dystrophic diseases, antimycotics, immunomodulators, vulvovaginitis, derinat, vulvovaginal infections.

ТРЕБОВАНИЯ

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

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

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЬИ

1. В левом верхнем углу индекс УДК.
2. Сведения об авторе (авторах): инициалы и фамилия автора, ученое звание, степень (прописными буквами); место работы (наименование организации без сокращений); город, страна (курсив).
3. **Название статьи** (прописными буквами) на русском, казахском, английском языках.
4. **Аннотация** на трех языках: русский, казахский, английский. Аннотация – краткая характеристика документа с точки зрения его назначения, содержания, вида, формы и других особенностей.
5. **Ключевые слова** (от 3 до 6) – это определенные слова из текста, по которым может вестись оценка и поиск статьи. В качестве ключевых слов могут использоваться термины из: *названия статьи, аннотации к статье, вступительной и заключительной части текста статьи.*

6. Текст публикуемой статьи, состоящий из разделов: актуальность, цель исследования, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы.

В разделе «Введение» описывается состояние изучаемой проблемы и её актуальность. Указывается цель исследования.

В разделе «Материал и методы» укажите использованные методики, аппаратуру (с уточнением названия и адреса фирмы-производителя) и процедуры настолько подробно, насколько это необходимо, чтобы другие исследователи могли воспроизвести полученные результаты. Все используемые лекарственные препараты и химические вещества, включая названия дженериков, дозы и пути введения, должны быть чётко указаны. Авторы обзорных статей должны включать раздел, описывающий методы, которые были использованы при поиске, отборе, выделении и обобщении данных. Эти методы также должны быть вкратце описаны в резюме.

Раздел «Результаты» должен быть представлен в логической последовательности, в виде текста, таблиц и иллюстраций. В первую очередь следует описывать наиболее важные результаты. При обобщении данных в разделе «Результаты» следует представлять численную информацию не только в виде производных (например, процентов), но также в виде абсолютных значений, на основании которых были рассчитаны эти производные. Кроме того, необходимо указать ста-

тистические методы, использованные для анализа данных. Число таблиц и рисунков должно быть ограничено, с включением лишь тех, которые необходимы для объяснения основной идеи статьи и оценки подтверждающих данных. Графики следует использовать как альтернативу чрезмерно объемным таблицам; при этом не должно быть дублирования данных в графиках и таблицах. В таблицах и рисунках не должно быть разночтений в обозначении символов, знаков. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, № колонок таблиц и подзаголовков. Рисунки и диаграммы должны быть представлены в виде контрастных изображений. Ссылки, представленные только в таблицах или подписях под рисунками, должны быть пронумерованы в последовательности, соответствующей первому упоминанию в тексте определенной таблицы или рисунка. Названия таблиц приводятся сверху, а подписи к рисункам – снизу. Рисунки должны быть доступны для редактирования. При использовании фотографий с изображением пациентов их личность не должна быть узнаваема.

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

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

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

Образец:

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

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

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

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

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

Иностранная литература оформляется по тем же правилам.

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

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

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

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

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, 050010, Г. АЛМАТЫ, УЛ. КУНАЕВА, 86, УГ. УЛ.
ТОЛЕ БИ, 3 ЭТАЖ, НЦПФЗОЖ МЗСР РК, ТЕЛ.: 8 (727) 291-20-81

БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ (оплата за статьи):

ИИК № KZ616010131000121747

РНН 600500055870

БИК HSBKKZKX

АОФ НАРОДНЫЙ БАНК КАЗАХСТАНА

КБЕ 16 КНП 859

БИН 930840000646

ПРИМЕР ОФОРМЛЕНИЯ

УДК 616.65-002-007.61

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

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

Место работы

Аннотация

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

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

Текст статьи

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

Литература:

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

Түйін

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

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

Место работы

Түйін сөздер: _____

Summary

Перевод: Новые подходы в консервативной терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

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

Место работы

Keywords: _____

Скажи: «ДА – здоровому образу жизни!»



Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

ВСЕМИРНЫЙ
ДЕНЬ
БОРЬБЫ
ПРОТИВ РАКА

МЫ МОЖЕМ!

Больше знать об онкологических заболеваниях, **причинах и мерах предупреждения**

Сделать выбор в пользу здорового образа жизни

Позитивно мыслить, любить и быть любимым, быть самим собой

Понимать, что **ранняя диагностика** онкологических заболеваний **спасает жизнь**

Участвовать в программах **против рака**

Быть ответственным за своё здоровье и участвовать в скрининге

Обратить внимание окружающих на актуальность проблемы онкологических заболеваний

Попросить **поддержку и поддержать** других

Победить болезнь и вернуться к своей работе, поделиться своей историей выздоровления

Я МОГУ!

<http://www.hls.kz/>



Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы
Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты

ҚАНТ ДИАБЕТІ — ұйқыбез жеткілікті мөлшерде инсулинді өндірмейді немесе ол өндірген инсулинді ағза тиімді қолдана алмаған жағдайда дамидын созылмалы ауру.

Қант диабетінің дамуының қауіпті факторлары:

- 45 жас және одан жоғары
- отбасында қант диабетімен ауырған адамның болуы (тұқымқуалаушылық)
- дұрыс тамақтанбау
- аз қимылды өмір салты
- дене салмағының артық болуы

Қант диабетінің белгілері:

- зәрдің шамадан тыс бөлінуі (полиурия)
- шөлдеу (полидипсия)
- үнемі аштықты сезіну
- салмақ тастау
- көз көргіштігінің бұзылуы
- шаршау

ҚАЛАЙ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ ДАМУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУҒА БОЛАДЫ?

- қалыпты дене салмағын сақтау;
- кемінде 30 минут дене белсенділігімен күнделікті айналысу;
- қант пен майды тұтынуды азайту;
- күніне 5 рет жеміс пен көкөністерді тұтыну;
- темекі мен ішімдікті тұтынудан аулақ болуы керек.

Салауатты өмір салтын ұстану
жөніндегі қарапайым шаралар
қант диабетінің алдын
алу үшін тиімді



Тегін таратылады

WWW.HLS.KZ