

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 2. 2012 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

Журнал включен в перечень научных изданий, ре-
комендованных Комитетом по контролю в сфере
образования и науки МОН РК для публикации ос-
новных результатов докторский (кандидатских) дис-
сертаций.

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

Ответственность за содержание публикуемых мате-
риалов 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 укреп-
ления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

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

Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Досаева С.К.

Технический секретарь:

Искакова А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.
(Ташкент), Куанышбекова Р.Т.,
Жандосов Ш.У., Каржаубаева Ш.Е.,
Булеев М.К. (Шымкент),
Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К.,
Палтушева Т.П.

Научный совет:

Ахметов В.И., Алчинбаев М.К.,
Арзыкулов Ж.А., Абильдаев Т.Ш.,
Кульжанов М.К.,
Омарова М.Н., Беркимбаев С.Ф.

Редакционный совет:

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Курганов К.К. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)
Сатыбалдиев Ж.Т. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)
Иманбекова Г.М. (Тараз)
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)



МАЗМУНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚҰРАСТАРЫ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТАРЫШЫЛЫҚ ЖЕТІЛДІРУ СУРАҚТАРЫ

Баттақова Ж.Е., Каржабаева Ш.Е., Шумилина Л.Н., Қазиева А.А. Темекі індітімен күресу жалғасуда.....	8
Жұсіпов А.Қ., Палгушева Т.П. Салауатты өмір салтын құраушы ретіндегі белсенді туризм.....	12
Жарылғасова У.Д. Дені сау адам болу өнері.....	15
Саятова Б.А. Психосоматикалық бұзылыстардың тарихи аспектілері.....	16
Талипов К.А. Тиімді тамақтанудың маңыздылығы	19
Кравченко Н.П. Ауылды жердегі созылмалы аурулар профилактикасының негізгі қағидаттары.....	22
Нұргожаева Э.Ш. Теміржетіспеушілік анемиясының алдын алуда әйелдерге кеңес беретін мекемелердің рөлі.....	27
Қайырғелдинова М.Б., Аскарова Ж.Е. Диабеттік ретинопатия. Ерте нактама және алдын алу.....	29
Добринина Г.В. Аяғы ауыр әйелдерде теміржетіспеушілік анемиясының алдын алудың жаңа әдістері.....	32
Ескендері С.Е., Аскарова Ж.С., Амренов Д.Е. Психикалық денсаулық: қазіргі кездегі мәселелері және келешегі.....	34
Ескендері С.Е., Аскарова Ж.С., Амренов Д.Е. Нашақорлықтың алдын алу.....	35
Ахметова А.Д. Спорттық жаракаттанудың алдын алу.....	37
Ахметова А.Д. Спортсмендердің бүйрекі мен зәр шығару жолдарының физиологиялық өзгерістері.....	39
Дүсіпова Г.С. Жасөспірімдердің репродуктивті денсаулығының өзекті мәселелері.....	42

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Хайдарова Т.С. Кауіп-кательдің экологиялық факторларының кешенді өсер етуін және инфекциялық емес аурулардың даму кауіп-кательлерінің мінез-құлық факторларын зерттеу бойынша Әлеуметтік саулнаманы іріктеу және дизайның анықтау әдістемелері.....	45
Хайдарова Т.С., Рахимова Р. Ж. Мінез-құлық факторларын зерттеу бойынша Әлеуметтік зерттеу әдістемесі.....	48
Сұраншиев А. Ж. Уретрогенді простатитті емдеу барысындағы иммунды реттеушілердің рөлі.....	53
Молдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Белихина Т.И., Жазықбаева Л.К. Семей ядролық полигоны қызметінің нәтижесінде иондауыш радиацияға шалдыққан Қазақстан халқына көрсетілетін реабилитациялық көмекті дамыту тұжырымдамасы.....	56
Сұраншиев А.Ж. Еркектердің репродуктивтік дисфункция генезіндегі уреаплазманді инфекция.....	60
Масалимов Е.Т., Мұлдагалиев Т.Ж., Кенжина Л.Б., Липихина А.В., Кошесова Г.К. Радиациялық өсерден кейін ұзақ мерзімде Шығыс Қазақстан облысының радиациямен сөулеленген халық арасында асқазан-ішек жолдары органдары ауруларынан болатын өлім көрсеткішінің динамикасы.....	62
Өтебаев У.С. Адам өміріне және денсаулығына қарсы қылмыстарды анықтау барысында айғақтар көзі ретіндегі медициналық күжаттар.....	66
Истаева С.С. Диагностикадағы жіті панкреатиттің асқынуын ультрадыбыстық зерттеу.....	69
Апсаликов К.Н., Мұлдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Гусев Б.И., Мансарина А.Е. ШҚО Семей полигонына жақын орналасқан аудандардағы халық қозғалыс динамикасы және радиациялық топтардың құрылуы.....	71
Масалимов Е.Т., Мұлдагалиев Т.Ж., Белихина Т.И., Гусев Б.И., Кенжина Л.Б. 2007-2011жж. кезеңінде ауыру денгейінің таралу динамикасының мәліметтері бойынша Шығыс-Қазақстан облысының радиациямен сөулеленген халқының денсаулығына жыл сайынғы келтірілген залалын бағалау.....	74
Өтебаев У.С. Сот-медициналық сараптама және зерттеу өндірісі үшін арнайы медициналық аппараттық-техникалық құралдарды тандау кезіндегі медициналық маркетинг қағидаттары.....	77
Бұрамбаева Б.У. Қазіргі кезеңдегі донорлықты ұйымдастыру.....	79
Өтегенова А.Б., Қусайынов М.Ж. Медициналық қызметті төлеу.....	82
Өтегенова А.Б. КР халқын сапалы медициналық көмекпен қамтамасыз ету жүйесі.....	84
Сұлтанғалиева К.О., Аубекеров С.М. Амбулаторлық-емхана звеносы денгейінде гериатриялық көмек көрсету мәселесі.....	85
Сұлтанғалиева К.О. Стационарды дұрыс ұйымдастыру технологиясы және оның тиімділін бағалау.....	87
Сұлтанғалиева К.О., Аубекеров С.М. Халықтың денсаулық жағдайын кешенді зерттеу мәселесі бойынша.....	88
Сұлтанғалиева К.О., Аубекеров С.М. Дәрігерлердің еңбегін бағалаудың дифференциалды жүйесі.....	90

ИНФЕКЦИЯ ЕМЕС АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Мұхаметова Т.М., Хабдулина З.К. Балалардың денсаулық жағдайының проблемасы және оны бағалау қырлары...92	
Қошкімбаева Г.Д., Жақыпов Д.В. Қазіргі заманғы жағдайда жастардың репродуктивтік мінез-құлқы және репродуктивтік нұскамалар.....	96
Исалиева А.М. Жүрек-кан тамырлары ауруларын қазіргі заманғы емдеудегі және коронарлық жүрек ауруынан болатын өлімді азайтудағы атористің рөлі.....	98
Саятова Б.А. Депрессия мәселелерінің геронтологиялық аспектілері.....	100
Кравченко Н.П. Түйіндемежүмис істейтін ауыл тұрғындарын диспансеризациялауды онтайландырудың қазіргі жолдары...102	



Темирниязова Ж.Е. Атеросклерозды емдеудегі статиндердің рөлі.....	106
Бахтиярова Д.А. Заманауи қазақстан мектебі шарттарындағы балалармен жас өспірімдердің денсаулығын сактау және нығайту.....	110
Стрельцова Т.И. Женіл, шамалы когнитивті бұзылуары бар ауруларды емдеу тәжірибесінде танаканды пайдалану...112	
Сагеев С.С., Кравченко Н.П. Кардиология қызметтің ауылшаруашылық жерде ұйымдастырудың ғылыми түрғыдан негіздеуі.....	114

АНА МЕН БАЛАНЫ ҚОРГАУ

Бұрмаганов К.Ж. Емшекпен емізудің пайдалы туралы.....	118
Жақыпов Д.В. Эко бағдарламасына пациентті таңдал алған кезде гистероскопияның диагностикалық маныздылығы..122	
Добринина Г.В. Азаматтардың репродуктивті денсаулығын қоргаудың әлеуметтік мәселелері.....	125
Нұргожаева Э.Ш. Бедеуліктің эпидемиологиялық жақтары.....	126
Бакиева Г.Т., Мурдинова З.И. Балаларда маусымды аллергиялық риниттің профилактикасы үшін целлюлозаның майда дисперсиялық порошогін колдануы.....	128

КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДІ МЕДИЦИНА

Молдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Токанов А.М., Байбосынова Ж.Т. Шығыс Қазақстан облысының радиациямен сөүлеленген халқы арасындағы және олардың үрпактарының сөүлелендіру дозасын калыптастырғаннан кейінгі ұзак уақытта вегетативтік гомеоста жағдайы.....	129
Ізбасаров М.А., Попова О.А. Оториноларинголог дәрігер тәжірибесіндегі элиминациялық терапия.....	134
Мұсілімова Р.А. Балалардың жамбас күретамырына катетеризацияны колдану тәжірибесі.....	136
Черемисских В.В., Клейнбок А.П., Нұпбаева Ж.Е., Безрук И.А. Балалардағы емханадан тыс пневмония. Анықтау және емдеу.....	138
Кузьмина Т.Г. 4 жастан және одан жоғары жастағы балалардағы вирустық және бактериалдық инфекциялардың профилактикасы және кешенді емдеуге арналған бәбипроп препаратының колданудың тәжірибесі.....	142
Жайсанова К.Р. Тамыр гипертониясының емдеуіндегі АПФ ингибиторлары.....	144
Саятова Б.А. Үрейлі жабығу құрылымдағы дене данғазаларының ерекшеліктері.....	147
Бектұрғанова К.М. Шонданай нерві невропатиясын кешенді оналту.....	149
Петанов П.С. Зәр шығару жүйелерін ультрадыбыстық зерттеу.....	151
Қамалова Н.С. Аяқ-қол колқасы мен артериялардың облитерациялайтын аурулар.....	154
Нұрымов А.Т. Ерте жастағы балаларда іш қату.....	157

ИНФЕКЦИЯ АУРУЛАРЫНЫҢ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗДІН, МАСКУНЕМДІК ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ

Үшкемпірова Г.С., Сатабаев М.Т. Павлодар облысында туберкулездің профилактикасы бойынша бір айлықтың өткізуін қазіргі заманауи тәжірибесі.....	160
Оспанова К.Т. Менингокок инфекциясы микробиологиялық диагностикасының негізгі кезеңдері.....	162
Сұраншиев А.Ж., Әубакірова А.Т., Алиева С.Т. Урогенитальді хламидиоздың диагностикалық тиімділігі.....	163
Сұраншиев А.Ж. Жыныстық катынас арқылы берілетін инфекцияның жыныс ағзаларының қабынуында атқаратын ролі...165	
Оспанова К.Т., Марданова М., Дұзімбетов Н.А. Сібір жарасының микробиологиялық диагностикасы.....	167
Оспанова К.Т., Айдабай А.Т., Дұзімбетов А.А., Шілікбаев А.Қ. Бруцеллезға жүргізілетін зертханалық зерттеулер....169	
Ақашева Р.Б. Вирустық гепатит «А»-нің топтық ауру-сырқаулық тіркеулері туралы.....	171
Оспанова К.Т., Дұзімбетов А.А., Айдабай А.Т., Шілікбаев А.Қ. Тырысқақтың зертханалық диагностикасы.....	174
Көрібаева Б.О. АИТВ жұқласына жүргізілген шолғыншы эпидемиологиялық кадағалау жұмысына талдау.....	176
Нұрымов А.Т. Балалардағы эхинококқоз диагностикасы.....	179
Даuletаярова З.Р. Батыс-Қазақстан облысында жасөспірімдердегі туберкулездің клиникалық-эпидемиологиялық қырлары.....	181
Ақажанов Н.А., Сайдоллаева С.С. БМСК денгейінде туберкулезге карсы шараптар.....	183

ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САКТАУ

Рахимова Р. Ж. Жүректің ишемиялық ауыруын кешенді емдеу кезінде грандаксинді колдану.....	185
Нұрымов А.Т. Балалардағы ұзын түтікше сүйектердің сынуын емдеу және диагностикасы.....	187
Ахметова А.У. Ультрадыбыстық диагностика әдістері.....	189
Құсайынов М.Ж, Өтегенова А.Б. Оптикалық қызметтің қазіргі кездегі жағдайы.....	191
Ғабдуәлиева Р.Г. Бронх демікпесі.....	193
Раисова А.М. Участкелік педиатр дәрігердің тәжірибесіндегі ішек жілі инфекциялар.....	195
Абузярова Р.Р. Жасөспірімдердің себебі белгісіз буын қабынуы.....	197
Темирниязова Ж.Е. Дәрілік гепатиттер.....	204
Коншина О.В. Гинекологиялық аурулардың реабилитациясы.....	206
Коншина О.В. Ерде адамдардың геропрофилактикасы.....	207



СОДЕРЖАНИЕ

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

Баттакова Ж.Е., Каржаубаева Ш.Е., Шумилина Л.Н., Казиева А.А. Борьба с табачной эпидемией продолжается...	8
Жусупов А.К., Палтушева Т.П. Активный туризм как составляющая здорового образа жизни.....	12
Джарылгасова У.Д. Искусство быть здоровым.....	15
Саятова Б.А . Исторический аспект психосоматических расстройств.....	16
Талипов К.А. Значение рационального питания.....	19
Кравченко Н.П. Основные принципы профилактики хронических заболеваний в сельской местности.....	22
Нургожаева Э.Ш. Роль женских консультации в профилактике железодефицитной анемии.....	27
Каиргельдинова М.Б., Аскарова Ж.Е. Диабетическая ретинопатия: ранняя диагностика и профилактика.....	29
Добринина Г.В. Современные подходы в профилактике железодефицитной анемии у беременных	32
Ескендири С.Е., Аскарова Ж.С., Амренов Д.Е. Психическое здоровье: современные проблемы и перспективы.....	34
Ескендири С.Е., Аскарова Ж.С., Амренов Д.Е. Профилактика наркомании.....	35
Ахметова А.Д. Профилактика спортивного травматизма.....	37
Ахметова А.Д. Физиологические изменения почек и мочевыводящих путей у спортсменов.....	39
Дюсупова Г.С. Актуальные проблемы репродуктивного здоровья подростков.....	42

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Хайдарова Т.С. Методы определения выборки и дизайн социологического опроса по исследованию комплексного влияния экологических факторов риска и поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний...45
Хайдарова Т.С., Рахимова Р.Ж. Методика социологического исследования по изучению поведенческих факторов риска.....48

Суранчиев А. Ж. Роль иммунокорректоров при лечении уретрального простатита.....53	
Мулдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Белихина Т.И., Жазықбаева Л.К. Концепция развития реабилитационной помощи населению Казахстана, подвергшегося действию ионизирующей радиации в результате деятельности семипалатинского ядерного полигона.....56	
Суранчиев А.Ж. Уреаплазменная инфекция в генезе репродуктивных дисфункций у мужчин.....60	
Масалимов Е.Т., Мулдагалиев Т.Ж., Кенжина Л.Б., Липихина А.В., Кошпесова Г.К. Динамика показателей смертности от болезней органов желудочно-кишечного тракта среди экспонированного радиацией населения ВКО в отдаленном периоде после радиационного воздействия.....62	
Утебаев У.С. Медицинские документы как источники доказательств при расследовании преступлений против жизни и здоровья человека.....66	
Истаева С.С. Ультразвуковое исследование в диагностике осложнений острого панкреатита.....69	
Апсаликов К.Н., Мулдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Гусев Б.И., Мансарина А.Е. Динамика движения населения в районах ВКО, прилегающих к Семипалатинскому полигону и формирование групп радиационного риска	71

Масалимов Е.Т., Мулдагалиев Т.Ж., Белихина Т.И., Гусев Б.И., Кенжина Л.Б. Оценка ежегодного ущерба здоровью у экспонированного радиацией населения ВКО по данным динамики распространенности уровней заболеваний за период 2007-2011 гг.....74
--

Утебаев У.С. Принципы медицинского маркетинга при выборе специализированных аппаратно-технических средств для производства судебно-медицинских экспертиз и исследований.....77
--

Бурамбаева Б.У. Организация донорства на современном этапе.....79

Утегенова А.Б., Кусаинов М.Ж. Сооплата медицинских услуг.....82

Утегенова А.Б. Система обеспечения качества медицинской помощи населению Республики Казахстан.....84
--

Султангалиева К.О., Аубекеров С.М. Проблема оказания гериатрической помощи на уровне амбулаторно-поликлинического звена.....85
--

Султангалиева К.О. Организация стационарнозамещающей технологии и оценка ее эффективности.....87
--

Султангалиева К.О., Аубекеров С.М. К вопросу комплексного изучения состояния здоровья населения.....88
--

Султангалиева К.О., Аубекеров С.М. Дифференцированная система оплаты труда врачебного персонала.....90
--

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Мухаметова Т.М., Хабдулина З.К. Проблемы состояния здоровья детей и критерии ее оценки.....92
Кошкимбаева Г.Д., Джакупов Д.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные установки молодежи в современных условиях.....96

Исалиева А.М. Роль аториса в современном лечении сердечно-сосудистых заболеваний и снижении смертности от коронарных болезней сердца.....98



Саятова Б.А. Геронтологические аспекты проблемы депрессий.....	100
Кравченко Н.П. Современные подходы оптимизации диспансеризации работающего сельского населения.....	102
Темирназова Ж.Е. Роль статинов в лечении атеросклероза.....	106
Бахтиярова Д.А. Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков в условиях современной школы Казахстана..	110
Стрельцова Т.И. Опыт применения танакана в практике лечения пациентов с лёгкими и умеренными когнитивными расстройствами.....	112
Сагеев С.С., Кравченко Н.П. Научное обоснование организации кардиологической службы в сельской местности...	114

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Бурмаганов К.Ж. О пользе грудного вскармливания.....	118
Джакупов Д.В. Диагностическая значимость гистероскопии при отборе пациенток на программу ЭКО.....	122
Добринина Г.В. Социальные аспекты охраны репродуктивного здоровья граждан.....	125
Нургожаева Э.Ш. Эпидемиологические аспекты бесплодного брака.....	126
Бакиева Г.Т., Мурдинова З.И. Применение мелкодисперсного порошка растительной целлюлозы для профилактики сезонного аллергического ринита у детей.....	128

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Мулдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Токанов А.М., Байбусинова Ж.Т. Состояние вегетативного гомеостата среди экспонированного радиацией населения ВКО и их потомков в отдаленном периоде после формирования доз облучения.....	129
Избасаров М.А., Попова О.А. Элиминационная терапия в практике врача оториноларинголога.....	134
Мусилимова Р.А. Опыт применения катетеризации бедренных вен у детей.....	136
Черемисских В.В., Клейнбок А.П., Нупбаева Ж.Е., Безрук И.А. Диагностика и лечение внебольничной пневмонии у детей.....	138
Кузьмина Т.Г. Опыт применения препарата Бэбипроп для комплексного лечения и профилактики вирусных и бактериальных инфекций у детей с 4-х лет и старше.....	142
Жайсанова К.Р. Ингибиторы АПФ в лечении артериальной гипертонии.....	144
Саятова Б.А. Особенности телесных сенсаций в структуре тревожной депрессии.....	147
Бектурганова К.М. Комплексная реабилитация невропатии седалищного нерва.....	149
Петанов П.С. Ультразвуковое исследование мочевыделительной системы.....	151
Камалова Н.С. Облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей.....	154
Нурумов А.Т. Запоры у детей раннего возраста.....	157

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

Ушкемперова Г.С., Сатабаев М.Т. Опыт современного подхода проведения месячника по профилактике туберкулеза в Павлодарской области.....	160
Успанова К.Т. Основные этапы микробиологической диагностики менингококковой инфекции.....	162
Суранчиев А.Ж., Аубакирова А.Т., Алиева С.Т. Диагностическая эффективность урогенитального хламидиоза....	163
Суранчиев А.Ж. Роль инфекций передаваемых половым путем в воспалениях половых органов.....	165
Успанова К.Т., Марданова М., Дузумбетов Н.А. Микробиологическая диагностика сибирской язвы.....	167
Успанова К.Т., Айдабай А.Т., Дузумбетов А.А., Шілікбаев А.К. Лабораторные исследования проводимые на бруцеллез.....	169
Акашева Р.Б. О регистрации групповой заболеваемости вирусным гепатитом «А».....	171
Успанова К.Т., Дузумбетов А.А., Айдабай А.Т., Шілікбаев А.К. Лабораторная диагностика холеры.....	174
Карибаева Б.О. Анализ работы прогнозируемого эпидемиологического надзора, проведенного на ВИЧ инфекции....	176
Нурумов А.Т. Диагностика эхинококкоза у детей.....	179
Давлетьярова З.Р. Клинико-эпидемиологические аспекты туберкулёза у подростков в Западно-Казахстанской области.....	181
Акжанов Н.А., Сайдуллаева С.С. Противотуберкулезные мероприятия на уровне ПМСП.....	183

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Рахимова Р. Ж. Грандаксин в комплексном лечении ИБС.....	185
Нурумов А.Т. Диагностика и лечение переломов длинных трубчатых костей у детей.....	187
Ахметова А.У. Метод ультразвуковой диагностики.....	189
Кусаинов М.Ж., Утегенова А.Б. Современное состояние рынка оптических услуг.....	191
Габдуалиева Р.Г. Бронхиальная астма.....	193
Раисова А.М. Острые кишечные инфекции в практике участкового врача педиатра.....	195
Абузярова Р.Р. Ювенильный идиопатический артрит.....	197
Темирназрова Ж.Е. Лекарственные гепатиты.....	204
Коншина О.В. Реабилитация гинекологических больных.....	206
Коншина О.В. Геропрофилактика пожилых.....	207



CONTENTS

THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE IN PUBLIC HEALTHCARE OF KAZAKHSTAN

Battakova Zh.E., Karzhaubaeva Sh. E., Shumilina L.N., Kazieva A.A. The contention against tobacco epidemic continues.....	8
Zhusupov A.K., Paltusheva T.P. Active tourism as a component of a healthy lifestyle.....	12
Dzharylgasova U.D. Art to be healthy	15
Sayatova B.A. The historical aspect of psychosomatic disorders	16
Talipov K.A. The significance of rational nutrition.....	19
Kravchenko N.P. Basic principles of prevention of chronic diseases in rural areas	22
Nurgozhaeva E.Sh. The role of women in prevention counseling of iron deficiency anemia.....	27
Kairgeldinova M.B., Askarov Zh.E. Diabetic retinopathy: early diagnosis and prevention.....	29
Dobrinina G.V. Current approaches to the prevention of iron deficiency anemia in pregnant women.....	32
Eskendirov S.E., Askarov Zh.S, Amrenov D.E. Mental Health: Contemporary issues and perspectives.....	34
Eskendirov S.E., Askarov Zh.S, Amrenov D.E Prevention of drug abuse.....	35
Akhmetova A.D. Prevention of sports injuries.....	37
Akhmetova A.D. Physiological changes in the kidneys and urinary tract infections in athletes.....	39
Dyusupova G.S. Actual problems of reproductive health of teenagers.....	42

PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM

Khaidarova T.S. Methods for determination of sampling and survey design to study the combined effect of environmental risk factors and behavioral risk factors for non-communicable diseases.....	45
Khaidarova T.S., Rakhimova R. Zh. Methods of sociological studies on behavioral risk factors.....	48
Suranchiev A. Zh. The role of immunomodulators in the treatment of urethra's prostate.....	53
Muldagaliev T. Zh., Masalimov E.T, Belikhina T.I., Zhazykbaeva L.K. The concept of rehabilitation assistance to the population of Kazakhstan, exposed to ionizing radiation as a result of the Semipalatinsk nuclear test site.....	56
Suranchiev A. Zh. Ureaplasma's infection in the pathogenesis of reproductive dysfunction of men.....	60
Masalimov E.T., Muldagaliev T.Zh., Kenzhina L.B., Lipikhina A.V. Koshpesova G.K. Dynamics of mortality from diseases of the digestive tract of radiation -exposed population of East -Kazakhstan region in the remote period after radiation exposure.....	62
Utebayev U.S. Medical records as sources of evidence in the investigation of crimes against human life and health.....	66
Istaeva S.S. Ultrasonographical screening complications of acute pancreatitis in the diagnosis.....	69
Apsalikov K.N., Muldagaliev T.Zh., Masalimov E.T., Gusev B.I., Mansarina A.E. Dynamics of movement of the population in the regions of the East Kazakhstan area adjacent to the Semipalatinsk nuclear tests and formation of groups of radiating risk...	71
Masalimov E.T., Muldagaliev T.Zh., Belikhina T.I., Gusev B.I., Kenzhina L.B. Assessment of an annual damage to health at the population of the East Kazakhstan area exhibited by radiation according to dynamics of prevalence of levels of diseases during 2007-2011.....	74
Utebayev U.S. Principles of medical marketing in the choice of specialized hardware and technical equipment for forensic and research.....	77
Burambaeva B.U. Organization of the donation on the modern stage.....	79
Utegenova A.B., Kusainov M.Zh. Co-payment of medical services.....	82
Utegenova A.B. The quality system of care to the population of Kazakhstan.....	84
Sultangalieva K.O., Aubekerov S.M. The problem of providing geriatric care at the level of outpatient care.....	85
Sultangalieva K.O. Organization of inpatient technology and assess its effectiveness.....	87
Sultangalieva K.O., Aubekerov S.M. On comprehensive study of state health.....	88
Sultangalieva K.O., Aubekerov S.M. Differentiated wage system of medical staff	90

PREVENTION OF NONINFECTIOUS DISEASES

Mukhametova T.M, Khabdulina Z.K. The problems of child health and its assessment criteria.....	92
Koshkimbaeva G.D., Dzhakupov D.V. Reproductive behavior and reproductive attitudes of young people under current conditions.....	96
Isalieva A.M. The role of the modern Atoris treatment of cardiovascular diseases and lower mortality from coronary heart disease.....	98
Sayatova B.A. Gerontological aspects of depression.....	100
Kravchenko N.P. Current approaches optimize working rural dispensary.....	102
Temirniyazova ZH.E. The role of statins in the treatment of atherosclerosis	106



Bakhtiyarova D.A. Maintaining and improving the health of children and adolescents in the modern school of Kazakhstan.....	110
Streltsova T.I. Experience with the Tanakan praktikelecheniya in patients with mild to moderate cognitive impairment... .	112
Sageev S.S., Kravchenko N.P. Scientific rationale for the organization of cardiology services in rural areas	114

MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION

Burmaganov K.Zh. The benefits of breastfeeding	118
Dzhakupov D.V. Diagnostic value of hysteroscopy in the selection of patients for IVF.....	122
Dobrinina G.V. Social aspects of reproductive health of citizens	125
Nurgozhaeva E.S. Epidemiological aspects of infertile marriages	126
Bakiyev G.T., Murdinova Z.I. The use of fine powder, vegetable cellulose for prevention of seasonal allergic rhinitis in children	128

CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

Muldagaliev T.Zh, Masalimov E.T., Tokanov A.M., Baybusinova Zh.T. Condition of vegetative homeostat of radiation -exposed population of East Kazakhstan region and their descendants in the late period after the formation of radiation doses	129
Izbasarov M.A., Popova O.A. Elimination therapy in the practice of physician otolaryngologist.....	134
Musilimova R.A. Experience with the femoral vein catheterization in children	136
Cheremissikh V.V. Kleynbok A.P. Nupbaeva ZH.E., Bezruk I.A. Diagnosis and treatment of community-acquired pneumonia in children	138
Kuzmina T.G. Experience with the drug Bebiprop for integrated treatment and prevention of viral and bacterial infections in children with 4 - and older	142
Zhaysanova K.R. ACE inhibitors in the treatment of hypertension.....	144
Sayatova B.A. Features of bodily sensations in the structure of anxious depression.....	147
Bekturganova K.M. Comprehensive rehabilitation of the sciatic nerve neuropathy	149
Petanov P.S. Ultrasound examination of the urinary system	151
Kamalov N.S. Obliterating diseases of the aorta and lower extremity arteries	154
Nurumov A.T. Constipation in infants	157

PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES, HIV/AIDS, TUBERCULOSIS, ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION

Ushkemperova G.S., Satabaev M.T. The experience of the modern approach of the month for the prevention of tuberculosis in the Pavlodar region	160
Uspanova K.T. The main stages of the microbiological diagnosis of meningococcal infections.....	162
Suranchiev A.Zh, Aubakirova A.T., Aliyev S.T. The diagnostic efficiency of urogenital chlamydirosis.....	163
Suranchiev A.Zh The role of sexually transmitted infections in the genital inflammation.....	165
Uspanova K.T., Mardanov M., Duzumbetov N.A. Microbiological diagnosis of anthrax	167
Uspanova K.T., Aydabay A.T., Duzimbetov A.A. Shilikbaev A.K. Laboratory tests conducted for brucellosis.....	169
Akasheva R.B. On registration of the group the incidence of viral hepatitis «A».....	171
Uspanova K.T., Duzimbetov A.A., Aydabay A.T., Shilikbaev A.K. Laborotornaya diagnosis of cholera	174
Karibaeva B.O. Analysis of the predicted Epidemiology Inspection carried out on HIV.....	176
Nurumov A.T. Diagnosis of echinococcosis in children	179
Davletyarova Z.R. Clinical and epidemiological aspects of tuberculosis in adolescents in the West - Kazakhstan region ...	181
Akazhanov N.A., Saidullayev S.S. TB activities at the PHC level	183

PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

Rakhimova R. Zh. Grandaksin in treatment of coronary artery disease.....	185
Nurumov A.T. Diagnosis and treatment of fractures of long bones in children	187
Akhmetov A.U. The method of ultrasound diagnosis	189
Kusainov M.ZH, Utegenova A.B. Current state of optical services	191
Gabdualiyeva R.G. The bronchial asthma	193
Raisova A.M. Acute enteric infections in pediatric practice	195
Abuzyarova R.R. Juvenile idiopathic arthritis.....	197
Temirniyazova ZH.E. The Hepatitis drug	204
Konshina O.V. Rehabilitation of patients with gynecologic.....	206
Konshina O.V. Geroprevention of older people.....	207

УДК 613.84-084:614.2

БОРЬБА С ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИЕЙ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

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

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

Резюме

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

Тұжырым

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

Summary

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

Употребление табачных изделий и воздействие табачного дыма - одна из самых больших опасностей по разрушительным последствиям для здоровья людей, требующая широкого международного сотрудничества и участия всех стран в эффективных ответных действиях.

От болезней, связанных с курением, ежегодно в мире умирает пять миллионов человек - один человек каждые шесть секунд. При сохранении нынешних темпов развития потребления табака к 2030 году эта цифра достигнет 10 миллионов, а всего в XX столетии от табака уже погибло свыше 100 миллионов человек.

В настоящее время известно более 25 заболеваний обусловленных курением, среди которых лидируют сердечно-сосудистые, бронхо-легочные и онкологические заболевания.

Опасность табакокурения связана с тем, что в табачном дыме содержится ряд таких высокотоксичных веществ как никотин, цианистый водород, окись углерода (угарный газ), кетоны, метан аммиак, азот, летучие нитраты, нитрозамины, альдегиды, катехин и еще 400-500 различных веществ. В настоящее время известно около 2500 химических веществ, входящих в состав табач-

ного листа, и более 4700 веществ, входящих в состав табачного дыма [1].

Центральная Азия, включая Казахстан, стала одним из главных целевых регионов международной табачной индустрии, жестко изгоняемой из всех развитых стран. Три года понадобилось крупнейшим транснациональным табачным корпорациям, чтобы в Казахстане вспыхнула табачная эпидемия.

Распространение табакокурения и производство сигарет в Казахстане представляет серьезную угрозу здоровью населения и носит характер эпидемии, о чем свидетельствует анализ статистики потребления табачных изделий в республике. Так по данным 4-го Национального исследования, более 27% населения старше 12 лет курят – это 4,2 миллиона человек. За последние 15 лет, в 8 раз возросло потребление табачных изделий на душу населения, когда каждый курильщик выкуривает ежедневно не менее 9 сигарет в день. Растет онкологическая заболеваемость, где лидирует рак легкого у мужчин и регистрируется у женщин. По данным МЗ РК, за период с 1997 по 2009 год в 2,2 раза вырос уровень сердечно-сосудистых заболеваний. Ежегодно в рес-

публике от заболеваний, обусловленных табакокурением, умирает 25 тысяч человек.

Жертвами табачной эпидемии, как правило, становятся люди трудоспособного возраста – мужчины 30-55 лет и женщины репродуктивного возраста 15-49 лет. Особую тревогу вызывает рост приобщения к табакокурению подростков и молодежи, так 12% подростков начинают курить с 11 лет, а 5% – вовсе с 9 лет [2]. Данный факт говорит о том, что в стране необходимо усилить широкую профилактическую работу среди подрастающего поколения. В качестве альтернативы следует увеличить число доступных бассейнов, спортзалов и спортивных секций для детей и подростков.

За последние два десятилетия глобальный масштаб приобрело курение кальяна, ввиду ошибочного заблуждения людей, что кальян менее вреден или вызывает меньшую зависимость чем сигареты. Как показывают последние научные исследования, дым кальяна является очень токсичным, как и дым сигарет. В нем содержится больше – смол в 36 раз, никотина в 1,7 раза и углекислого газа в 8,4 раза. Установлено, что в дыме кальяна образуются канцерогены и содержание дibenзоантрацена в 245 раза выше, чем в сигаретном дыму, а пирена – в 75,6 раза. При курении кальяна пассивно курят рядом сидящие и вдыхают углекислый газ, который вредно влияет на сердечно-сосудистую систему, а в организме пассивного курильщика попадают полициклические ароматические углеводороды, обладающие сильнейшим канцерогенным действием, и летучие альдегиды, которые повреждают ткань легких.

Одной из серьезных проблем в наше время является широко распространенное среди школьников и населения южных регионов употребление «насвая». Во многих городах он продается вместе со специями, практически на всех рынках, и выставляется в качестве средства, избавляющего от никотиновой зависимости. Основное действующее вещество насвая – табак, в результате чего развивается никотиновая зависимость. По мнению специалистов, эта форма табака очень вредна, как и курение сигарет, тем более, что человек получает большую дозу никотина и вредное воздействие извести, входящей в состав насвая, на слизистую оболочку ротовой полости. Употребление насвая вызывает сильную наркотическую зависимость и способствует развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта – гастрита, язвы желудка и других. По дан-

ным Узбекского онкологического центра, более 80% больных раком ротовой полости и гортани употребляли насвай.

Содержание в составе насвая экскрементов животных способствует заражению различными кишечными инфекциями и паразитарными заболеваниями, включая вирусный гепатит Е. Если подросток покупает для себя насвай с такой же легкостью, как жевательную резинку, то нет никакой гарантии, что в ближайшем будущем он не приобщится к курению сигарет и сильным наркотикам.

Повсеместный характер потребления табака во всем мире и в Казахстане обусловлен низкими акцизами, агрессивной и широко распространенной практикой сбыта, недостаточной информированностью населения о вреде табака и недостаточной законопослушностью граждан.

Производители табачной продукции хорошо обосновались на рынке СНГ, в том числе Казахстана. Поэтому, очень важны все попытки, предпринимаемые неправительственными организациями, парламентариями, лидерами государства в продвижении и применении передовых форм борьбы против табака.

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

Рамочная Конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) является основным средством борьбы против курения в мире. Это международный договор, защищающий право всех людей на здоровье и защиту от воздействия табака. Её положения ограничивают и регламентируют международные стандарты в таких областях, как увеличение цен и налогов на табак, реклама табака, спонсорство, маркировка, незаконная торговля и пассивное курение [3].

Казахстан ведет достаточно активную борьбу против табака. Наряду с другими 175 странами, ратифицировавшими РКБТ ВОЗ, он успешно выполняет международные обязательства по внедрению мер контроля табакокурения на благо здоровья населения страны. По заявлению директора Глобальной инициативы «Без табака» Всемирной организации здравоохранения Дугласа Бетчерда, новые меры противодействия никотиновой зависимости, проводимые в республике, уже получили оценку в ВОЗ.

Усиление за последние пять лет казахстанского законодательства в части охраны здоровья населения от табака и повышения качества жиз-

ни населения (Постановление Правительства РК от 22 ноября 2011 года №1366 «Об утверждении Правил размещения на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия о составе, об уровне содержания смолистых веществ, никотина и о системных ядах, канцерогенных и мутагенных веществах и предупреждения о вреде курения», Кодекс РК «О здоровье населения и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года, Кодекс РК «О налогах и других обязательных платежах» от 10 декабря 2008 года, Закон РК «О рекламе» от 19 июля 2007год), позволило выполнить следующие международные обязательства:

- 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.

- Реализованы положения статьи 8 «Защита от воздействия табачного дыма».

- Согласно статьи 11 «Упаковка и маркировка табачных изделий» ведутся Международные переговоры по обсуждению проекта технического регламента Таможенного союза в части «Технический регламент на табачную продукцию», регулирующего маркировку и размещение графических предупреждений о вреде курения на упаковках табачных изделий, г. Москва, 19-20 апреля 2012 г.

- Проводятся информационные кампании об опасностях для здоровья потребления табака и табачного дыма, а также его отрицательных экономических последствий для страны (статья 12 «Просвещение, передача информации, подготовка и информирование населения»).

- Частично выполнены положения статьи 13 «Реклама, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий» в части полного запрета рекламы табачных изделий.

- Согласно статьи 14 «Меры по сокращению спроса, касающиеся табачной зависимости и прекращения употребления табака» с 2009 года созданы 68 антитабачных центров и кабинетов за счет средств республиканского бюджета.

- Реализованы положения статьи 16 «Продажа табачных изделий несовершеннолетним и несовершеннолетними».

- Запрет спонсорства предстоит Казахстану в 2012 году.

Подобные решения и деятельность всякий раз

сопровождаются активным противодействием со стороны производителей табака.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, является организацией Министерства здравоохранения РК по реализации технических аспектов Постановления Правительства РК от 22 ноября 2011 года №1366 на территории Республики Казахстан.

Эффективным методом, предпринимаемым Казахстаном по снижению табакокурения является нанесение 12-ти графических изображений (пиктограмм) на пачки сигарет, реализацией которого занимается рабочая группа, созданная на основании Приказа МЗ РК от 30.12.2011г. № 933 «О создании рабочей группы по разработке технических требований к графическим изображениям о вреде курения». Табачные фабрики обязаны завершить нанесение на пачки сигарет данных графических изображений до апреля 2013 года [4].

Опыт 30 стран доказывает доступность и эффективность процедуры нанесения на верхней стороне пачки сигарет фотоизображений (пиктограмм), отражающих связь между курением и тяжелыми болезнями, к которым приводит вредная привычка, что соответствует лучшей международной практике.

В рамках плана мероприятий реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы при организационно-методическом руководстве Национального центра проблем формирования здорового образа жизни с 1 по 30 мая 2012 года в регионах республики проведен месячник по ограничению и профилактике табакокурения, приуроченный к Всемирному дню без табака, который охватил более миллиона казахстанцев.

Всемирный день без табака ежегодно отмечается во всём мире 31 мая по инициативе ВОЗ. В этот день по всей стране проводятся мероприятия, направленные на информирование населения об опасностях для здоровья, связанных с потреблением табака; деятельности ВОЗ в области борьбы с табачной эпидемией; возможности людей по отстаиванию своих прав на здоровье, здоровую окружающую среду и защиту будущих поколений.

По предложению ВОЗ, главной темой Всемирного Дня без табака в 2012 году стало «Противостояние табачной промышленности». В этот день и на протяжении всего года, странам рекомендовано сделать противостояние вмешательству та-

бачной индустрии краеугольным камнем своих усилий по борьбе с глобальной табачной эпидемией.

Экономические потери страны от табакокурения во много раз превышают ту прибыль, которую государство имеет от налогообложения табачных компаний. По прогнозным данным, более 76 миллиардов в год тратятся на лечение заболеваний, ассоциированных с табакокурением. Таким образом, львиная доля прибыли выходит за границу, а казахстанцам остаются лишь неизлечимые болезни.

В руководящих принципах осуществления Статьи 5.3 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (далее – РКБТ ВОЗ), которая ратифицирована Казахстаном в 2006 году, указывается, что «существует коренной и непримиримый конфликт между интересами табачной промышленности и интересами политики в области общественного здравоохранения».

По мере того как растет число стран, встающих на путь полного выполнения своих обязательств в соответствии с РКБТ ВОЗ, усилия табачной промышленности по подрыву контроля табакокурения становятся все более энергичными и Казахстан, как лидер антитабачной политики в СНГ, не стал исключением.

В течение месячника и 31 мая во всех регионах республики проводились дни открытых дверей в организациях ПМСП и студенческих поликлиниках, активизировалась деятельность «Школ по веденческих факторов риска», «Школ здоровья», Антитабачных центров и Молодежных центров здоровья. В организациях ПМСП, в общеобразовательных школах, ССУЗах и ВУЗах, в общественном транспорте, осуществлялась демонстрация видео и аудиороликов о разрушительном воздействии табака для здоровья и профилактике табакокурения. В местах массового пребывания населения: авто и железнодорожных вокзалах, аэропортах и рынках, также проводились информационные кампании.

По завершению месячника в г. Астана состоялась пресс-конференция на тему: «Стоп вмешательству табачной индустрии», посвященная Всемирному дню без табака, в которой приняли участие Глава Странового офиса ВОЗ; директор Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан, директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни и директор национальной коалиции «За Казахстан, свободный от табачного дыма». Участники отме-

тили, что признаком «успешного» табачного лоббизма в Казахстане являются чрезвычайно низкие ставки акцизов на табачные изделия (менее 13% от розничной цены), которые отстают от российских ставок более чем в два раза. Всемирный Банк охарактеризовал казахстанские табачные акцизы как «преступно низкие», сигареты дешевле фруктов, мороженого и лимонада, их может «позволить себе» каждый школьник, что «подпитывает» дальнейший рост табачной эпидемии в Казахстане. Кроме примера табачных акцизов, спикеры поделились образцами табачного лоббизма при отстаивании государственных интересов в Таможенном союзе. Еще никогда в Казахстане так открыто не говорили о табачном лобби [5].

В рамках месячника также проводились круглые столы, поднимающие проблемы табакокурения, рейды по контролю за реализацией антитабачного законодательства, с участием представителей службы ФЗОЖ, ДВД, акиматов, СМИ, волонтеров ВУЗов. Для специалистов, призванных проводить профилактическую помощь курильщикам в период отказа от курения, организовано проведение семинаров-тренингов. Все мероприятия по борьбе с табакокурением, осуществляемые в стране, широко освещались в СМИ, население постоянно обеспечивается информационно-образовательным материалом о вреде курения сигарет, кальяна и потребления других видов табачной продукции.

Ежегодно в третий четверг ноября в большинстве стран мира отмечается Международный день отказа от курения, в Казахстане к этому дню приурочено проведение декадника по ограничению и профилактике табакокурения.

Несмотря на очевидный вред, курение до сих пор принято считать личным делом и нормальной формой поведения. Для изменения общественного мнения по отношению к курению очень важно, чтобы каждый отдельный человек проявлял нетерпимость к табакокурению в учреждениях, на рабочих местах, в транспорте, в общественных местах, дома и в семье. Как правило, некурящие люди терпимо относятся к курильщикам, подвергаясь при этом пассивному курению на работе, в вагоне поезда, в машине и т. д. Поэтому первостепенной задачей борьбы с курением является создание атмосферы нетерпимости к табакокурению в семье, школе, в обществе. Необходимо продолжать активную деятельность по формированию здорового образа жизни, разъяснению вреда курения среди широких

масс населения, особенно среди детей и молодежи для того, чтобы будущее поколение выросло некурящим.

Хочется верить, что наступит время, когда человечество полностью избавится от табакокурения и будет знать о нем лишь благодаря информации, взятой из книг, научных трудов и исторических справок, а табакокурение станет лишь темной страницей в истории человечества и Казахстана.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Концепция НЦПФЗОЖ МЗ РК. По проведению Всемирного дня без табака 31 мая 2012 г. и приурочен-

ного к нему месячника по ограничению и профилактике табакокурения в Казахстане.

2. Хайдарова Т.С. Изучение поведенческих факторов риска и питания населения / Журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» 2011.- № 3.- С.39-41.

3. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака, 2005 г.

4. Протоколы заседания рабочей группы по разработке технических требований к графическим изображениям о вреде курения, г. Астана, 13.01.2012 г. и г. Алматы, 16.04.2012 г.

5. Пресс-релиз к проведению пресс-конференции «Стоп вмешательству табачной индустрии», посвященной Всемирному дню без табака, г. Астана, 30.05.2012 г.

УДК 379.8:796:613.7

АКТИВНЫЙ ТУРИЗМ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

А.К. ЖУСУПОВ, Т.П. ПАЛТУШЕВА

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

Резюме

В обеспечении рекомендованного ВОЗ уровня двигательной активности населения в современных условиях ключевую роль играет правильный выбор форм физической активности с учетом возрастных, гендерных и социально-экономических особенностей. Одной из удачных альтернатив распространенным формам физической активности в условиях Республики Казахстан с ее богатыми рекреационными ресурсами может стать ближний активный туризм.

Тұжырым

Қазіргі заманғы жағдайда халықтың қозғалыс белсенділігінің ДДҰ ұсынған деңгейін қамтамасыз етуде басты рөлді жас мөлшерін, гендерлік жөне әлеуметтік-экономикалық ерекшеліктерді есепке ала отырып, дene қымылы белсенділігінің тұрларін дұрыс тандау атқарады. Қазақстан Республикасының оның бай рекреациондық ресурстары бар жағдайында дene қымылы белсенділігінің тараған тұрларіне ен сөтті баламасының бірі болып таяу арадағы белсенді туризм болуы мүмкін.

Summary

In providing the WHO recommended level of physical activity of the population under current conditions the key role played by the correct choice of forms of physical activity, taking into account age, gender and socio-economic characteristics. One of the best alternatives to common forms of physical activity in the Republic of Kazakhstan, with its rich recreational resources may be near an active tourism.

Процессы урбанизации и миграции населения из сельских населенных пунктов в города, дальнейшее распространение автотранспорта резко снизили обыденную физическую активность среднестатистического жителя нашей страны. Между тем, по данным многочисленных исследований, низкая физическая активность, наряду

с курением и неправильным питанием, представляет собой один из ведущих факторов широкого распространения неинфекционной патологии в популяции.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, соблюдение требований в части физической активности является акту-

альным для снижения риска следующих заболеваний:

- ишемическая болезнь сердца;
- гипертония;
- инсульт;
- диабет;
- ожирение;
- остеопороз;
- рак молочной железы;
- рак толстого кишечника;
- депрессии;
- переломов и бытовых травм (особенно у пожилых) [1].

Для детей и молодых людей 5-17 лет необходимый уровень двигательной активности при умеренных и интенсивных нагрузках должен составлять не менее часа в день, большая ее часть должна приходиться на аэробные упражнения. Физическая активность высокой интенсивности должна проводиться как минимум три раза в неделю.

Для взрослых 18-64 лет минимум двигательной активности при среднем уровне аэробных нагрузок должен составлять 150 минут в неделю, при высоком уровне нагрузок- 75 минут в неделю. При этом минимальная продолжительность занятия должна составлять 10 минут, силовыми упражнениями следует заниматься не менее 2 раз в неделю. Показано, что увеличение продолжительности аэробных нагрузок средней интенсивности до 300 минут в неделю (или высокой интенсивности до 150 минут) дает дополнительную пользу для здоровья.

У лиц 65 лет и старше к требованиям для предыдущей возрастной группы добавляется необходимость не менее 3 дней в неделю заниматься упражнениями на развитие равновесия [2].

Учитывая среднюю продолжительность рабочей недели у трудоспособного населения (40 часов в неделю) с дополнительными затратами рабочего времени на дорогу домой и на работу (в среднем еще 1-1,5 часа в день), основную роль в обеспечении необходимой двигательной активности должны играть выходные дни. В связи с этим большую роль приобретает правильный выбор форм двигательной активности с учетом возрастных, гендерных и социально-экономических особенностей жизни.

Согласно современным данным, важнейшим физическим качеством в условиях современной урбанизированной жизни считается выносливость. Огромное значение тренировки на выно-

сливость заключается еще и в том, что процессы, происходящие при адаптации к продолжительным нагрузкам, как бы моделируют стереотип физиологического ответа организма на психические стрессы, так распространенные в современной жизни. Таким образом, тренировка выносливости косвенно увеличивает антистрессорные резервы организма [3].

Одной из наиболее перспективных форм двигательной активности в условиях современного общества можно считать ближний активный туризм (так называемые «походы выходного дня»). Это - туристские походы 1-2 дневной продолжительности, иногда с ночлегом в полевых условиях. От многих широко распространенных форм физической активности они отличаются рядом особенностей:

1. Общедоступность - для их проведения не требуется наличия спортивных сооружений, т. к. они проходят на территории рекреационных зон, охраняемых природных территорий (заказники, местные и национальные природные парки и т. п.).

2. Малая затратность - необходим минимум туристского снаряжения, да и посещение охраняемых природных территорий оценивается в небольшие суммы (доля от МРП).

3. Познавательный компонент - при участии в походах выходного дня туристы, как правило, посещают природные и историко-культурные достопримечательности, получают определенные экологические знания и навыки выживания.

4. Закаливающий компонент - так как походы проходят в условиях природной среды, в разные времена года, смена погодных условий потенцирует развитие эффекта «эволюционной памяти» организма- заимствованной от далеких предков способности к адаптации. Закаливающий эффект способствует снижению заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей и сезонными вирусными инфекциями.

5. Нагрузки в походах выходного дня регулируются самими участниками и посильны для них, вместе с тем, за счет продолжительности (от нескольких часов до двух суток) дают хороший тренирующий эффект. Для ближнего туризма очень мал круг медицинских противопоказаний.

6. Эмоциональный компонент - участники туристских походов, как правило, воспринимают их не как физическую тренировку, а как способ проведения досуга, время для общения и за-

нятия другими увлечениями, например, фотографией, рыбной ловлей и т.п. Это позволяет вовлечь в ближний туризм даже тех лиц, которые психологически инертны к другим общепринятым формам физической активности.

7. Экологический компонент - походы выходного дня проходят в экологически чистых местностях, что способствует мобилизации резервов организма для противодействия факторам урбанистической окружающей среды. Заряд бодрости от похода сохраняется почти до окончания последующей за выходными рабочей недели, увеличивается производительность труда и эмоциональная устойчивость.

Почему же, несмотря на столь очевидные достоинства, ближний туризм до сих пор не стал одной из основных форм двигательной активности населения? Ответ на этот вопрос складывается из рассмотрения основных проблем активного туризма.

Исторически, с ликвидацией системы ВЦСПС, которая занималась взрослым активным туризмом в Советском Союзе, закрылись и клубы туристов, и туристские базы, бывшие центром подготовки квалифицированных кадров туристских организаторов и инструкторов. Фактически сократили свою деятельность и Центры детско-юношеского туризма и экскурсий, занимавшиеся активным туризмом в системе образования. Все это в комплексе серьезно затруднило создание «туристского» стереотипа двигательной активности у населения начиная с 90-х годов. Крайне малое внимание уделяют ближнему активному туризму и средства массовой информации, в стране практически не издается справочников и путеводителей для желающих заниматься им самостоятельно, в то время, как книги, изданные в 70-80-е годы прошлого века, конечно, устарели.

В сложившихся условиях активный туризм стал самодеятельным, и выжил до сих пор, фактически, только потому, что существуют энтузиасты- инструкторы, и в отдельных регионах сохранились федерации спортивного туризма на об-

ластном и городском уровнях. Однако, федерации спортивного туризма - общественные организации, практически не имеющие финансирования, и занимаются, в основном, продолжительными многодневными (категорийными) походами с целью выполнения норм спортивных разрядов.

С целью возвращения активному туризму заслуживающего места среди форм физической активности, на наш взгляд, необходимы следующие первоочередные меры:

- создание местных баз данных руководителей и организаторов туристских походов;
- налаживание межсекторального сотрудничества центров ЗОЖ и областных, городских федераций спортивного туризма, располагающих данными о ближних туристских маршрутах данной местности;
- привлечение туристского актива к работе по пропаганде ЗОЖ путем участия в массовых мероприятиях, проведении совместно с центрами ЗОЖ массовых туристских походов, выступлений в СМИ;
- составление перечней рекомендованных туристских маршрутов выходного дня для конкретных местностей;
- издание путеводителей и руководств для желающих заниматься ближним туризмом самостоятельно.

Выполнение данного комплекса мер позволит, на наш взгляд, изменить стереотипы отношения к ближнему туризму как форме двигательной активности и стимулировать распространение походов выходного дня (в том числе массовых) как формы работы по здоровому образу жизни среди населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Resolution WHA 57.17 Global strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, WHO, 2004. - С.28-31.
2. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. - ВОЗ, 2010.- С.7-8.
3. Н.Г.Озолин - Настольная книга тренера.- М., Астrelly, 2003.- С.465-468.

ИССКУСТВО БЫТЬ ЗДОРОВЫМ

У.Д. ДЖАРЫЛГАСОВА

Национальный научно-практический, образовательный и оздоровительный центр «Бебек»,
г. Алматы

Резюме

Здоровый образ жизни – это не только физическое здоровье. Чистые помыслы, добрые дела, позитивное мышление – все входит в понятие «здоровье». А раз человек здоров физически, нравственно, психологически – он несет свет и окружающим его людям. Такой человек не будет совершать недостойных поступков, не будет вредить ни себе, ни природе, ни обществу.

Тұжырым

Салауатты өмір салты - бұл физикалық денсаулыққа ғана емес. Таза ниет, игі істер, позитивті ойлау - барлығы «денсаулық» үғымына кіреді. Ал адам физикалық, адамгершілік, психологиялық тұрғыда дені сау болса, ол өз орта-сына да жарық алып жүреді. Мұндай адам жаман әрекеттер жасамайды, өзіне де табиғатқа да, қоғамға да еш зиян келтірмейді.

Summary

A healthy lifestyle - not only physical health. Pure thoughts, good deeds, positive thinking - everything is included in the concept of «health.» And once a person is healthy physically, mentally, psychologically - it is light and the people around him. Such a person will not commit unworthy acts, will not harm themselves or the nature or society.

Быть здоровым, молодым и красивым – это искусство. Сохранение здоровья – это труд, требующий усердия, регулярности и систематичности. К сожалению, каждый человек сам, своими руками и поступками, сокращает свою жизнь, но при этом каждый делает это по-своему. Здоровый человек редко задумывается над тем, что такое здоровье. Кажется, что ты здоров и всегда будешь таким, и не стоит об этом беспокоиться. Между тем здоровье – это одна из главных ценностей человеческой жизни, источник радости. Но человек – это частичка природы, все необходимое для жизни он получает от природы. Не может быть здоровым человек, если живет в неблагоприятных природных условиях, если природа «болеет». Наша планета добра к нам. Ее природа помогает нам жить. Она подарила нам все свои богатства, красоты. Как найти способ научить ребенка беречь и ценить здоровье? Что нужно и полезно знать родителям? Здоровый образ жизни – это умение разумно пользоваться витаминными кладовыми земли. Часто мы проходим мимо этих волшебных кладовых, не задумываясь о целебном свойстве даров природы. Важным моментом для сохранения и увеличения резервов здоровья ребенка является воздействие на организм естественной природной среды (кли-

мат, закаливание, воздушные и солнечные ванны, дозированные прогулки, босохождение, обливание). Закаливание организма – это повышение устойчивости организма ребенка к неблагоприятному воздействию ряда физических факторов окружающей среды. Закаливание должно проводиться регулярно, при перерыве более 2-3 недель, закаливающие мероприятия надо начинать заново. При проведении того или иного вида закаливания необходимо учитывать возраст, состояние здоровья, индивидуальные особенности ребенка. Однажды начав, закаливание необходимо проводить постоянно, меняя его виды в зависимости от сезона и погоды, постепенно увеличивая время воздействия. Мы начинаем задумываться о физическом и духовном здоровье, когда организм не справляется с теми нагрузками, стрессами и проблемами, которые окружают нас на каждом шагу, поэтому обращаемся за помощью.

Быть здоровым человеком означает постоянную работу над расширением духовного сознания и мыслительной способности, умение контролировать себя, достижение нравственной чистоты, регулярное выполнение физических упражнений. В условиях современного мира растущий ребенок большую часть дня проводит в помеще-

ни, это сильно ограничивает его подвижность и приводит к привыканию к малоподвижному образу жизни. Известный французский врач Тиссо более трех столетий назад говорил: «Движение, как таковое, может по своему действию заменить лекарство, но, ни какие врачебные средства не в состоянии заменить действие движения!». На уроках физкультминутки у детей воспитывают чувство ответственности за свое здоровье, свои действия, а главное, при интенсивном движении ускоряется кровообращение и обмен веществ, головной мозг насыщается кислородом, ускоряются мыслительные процессы. Физкультминутки стимулируют двигательную активность и умственную работоспособность, снижается уровень локального утомления, физкультминутки включают в себя 3–4 упражнения, выполняются 1–2 раза на уроке, длительность их не более 1–2 минут. Для активного насыщения крови кислородом, в воздухе должно быть достаточно количество отрицательных ионов, которые доставляют кислород клетке. Электротехника является «поглотителем» отрицательных ионов, поэтому в помещении, где длительное время находится ребенок, должно быть минимум

электротехники и больше живых растений, которые вырабатывают отрицательные ионы. Климатолечение означает использование особенностей климата данной местности (воздушные и солнечные ванны, аэроионотерапия, босохождение, дозированные прогулки, хождение по терренкуру и др.). Данные виды закаливания и профилактики используются как общеукрепляющая терапия, способствующая стимуляции защитных сил самого организма. Эффект климатотерапии проявляется в ответных реакциях организма на воздействие факторов внешней среды. Одним из основных условий, обеспечивающих получение должного эффекта, является применение физиологически обоснованных методов дозирования климатопроцедур. Комплексное использование доступных природных методов оказывает существенное влияние на основные звенья в организме ребенка, тем самым значительно повышает эффективность профилактической направленности данных видов закаливания. Это связано с положительным влиянием данных факторов на гемодинамику, улучшение которой стимулирует обменные процессы и снижает гипоксию тканей, улучшает работу головного мозга.

УДК 616.1/.7-009-06(09)

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Б.А. САЯТОВА

ГУ «Талдыкурганский региональный психоневрологический диспансер», г. Талдыкурган

Резюме

Проблемы психосоматических расстройств в медицинской науке и практике поэтапно изучались с разработкой разных подходов.

Тұжырым

Психосоматикалық бұзылыстардың проблемалары медициналық ғылымда және практикасында әр түрлі көз қарасымен зерттелген.

Summary

Problems psychosomatic frustration at medical science and practical person was in stages studied with development different approach.

На сегодняшний день в области систематики психопатологии телесной сферы сохранилось много неясностей и противоречий. Развитие пред-

ставлений о психосоматических расстройствах происходит в двух направлениях: первое связано с исследованием механизмов влияния соци-

ально-психологических факторов на соматический статус человека, второе – с изучением и систематикой расстройств в сфере «соматопсихики», т.е. области психики, связанной с осознанием и переживанием человека собственной телесности. Долгое время психосоматическая медицина являлась прикладной в медицине.

Понятие «психосоматика» впервые было использовано в начале 19 века немецким психиатром J. Heinroth [1]. Он сообщил, что многие соматические болезни являются психогенными. Эти идеи о психосоматической медицине наибольшим влиянием пользовались в 1930 – 1950-е годы и привели к широкому кругу различных взглядов.

Первой психосоматической моделью в рамках психоанализа рассматривались понятия конверсии, сформулированные З. Фрейдом, как исторический симптомокомплекс [2]. З. Фрейд психосоматические расстройства объяснял тем, что вследствие конверсии нейтрализуется фрустрация бессознательного представления при переходе «суммы возбуждения» в соматическую сферу. При этом психосоматический симптом как бы связывает психическую энергию и оставляет неприемлемое представление неосознанным. З. Фрейд считал, что соматический симптом возникает не на основе душевного конфликта путем его вытеснения, а вследствие того, что при этом не осуществляется психическая переработка и вместо нее предполагаемое соматическое возбуждение вызывает непосредственно соматические симптомы. Психоаналитик M. Schur развивал на примере кожных заболеваний модель для объяснения психосоматических болезней, получившую известность под названием «десоматизация-ресоматизация» [3]. В рамках десоматизации наступает нейтрализация сексуального либидо и агрессивности, и наоборот, в случаях регрессивного развития может возникать прорыв либидо и агрессии, которые при слабости «Я» могут приводить в процессе ресоматизации у человека к появлению психосоматической картины. Это чаще происходит у людей, переживших в детстве много травм и обнаруживающих ограничение функции «Я», причем «выбор органа» определяется как ранними детскими травмами, так и наследственной предрасположенностью. В 1953 году психоаналитик F. Alexander предложил теорию объяснения психосоматических связей [4]. Давая пример сотрудничества психоаналитиков и клиницистов F. Alexander попытался свя-

зать психоаналитические, физиологические и терапевтические знания своего времени в единую всеобъемлющую концепцию. Психосоматическая теория, именно в этом заключается эвристическая ценность трудов F. Alexander, обязана ему разработанным подходом к анализу почти всех эмоциональных переживаний в сочетании с изучением физиологических реакций.

Однако в последующем в научной литературе появились многие данные, указывающие, что опубликованные в ранней литературе психосоматического направления, были, как оказалось, основаны на результатах некорректно проведенных исследований. В частности один из авторов того времени G.L. Engel справедливо указывает, что в психосоматической теории нет места для социальных, психологических и поведенческих параметров болезни. Для интеграции полярных взглядов на болезнь в психиатрии G.L. Engel предложил **биопсихосоциальную** модель, основанную на системной теории [5]. Данный автор полагал, что соматическим заболеваниям особенно подвержены те, у кого в ответ на реальную «потерю объекта» или на угрозу «его потери» развился «комплекс капитуляции». Данный «комплекс капитуляции» включает в себя обязательные компоненты, такие как подавленное настроение, чувство беспомощности и безнадежности, которые отражают наивысшую степень дезорганизации личности в результате реакции на стресс. В целом клиницисты признали состояние деморализации, описанного G.L. Engel, как распространенную и важную теорию, имеющую значение при анализе реакции личности на соматическое заболевание, которая может помешать его психосоциальной адаптации. Можно одновременно отметить, что до сего времени нет убедительных доказательств в пользу выдвинутой гипотезы, что деморализация способна послужить причиной начала соматического заболевания или, что она может влиять на течение соматического заболевания. Таким образом, по мнению данного автора конверсия – это психологическая концепция, её нельзя определить или ограничить с помощью нейроанатомических понятий.

Второй психосоматической моделью в рамках их изучения явились учение И.П. Павлова об условных рефлексах [6]. В свете этого учения психосоматические процессы рассматриваются как проторенные пути, как сложные структурированные «рефлексы», соответствующие основной схеме условного рефлекса с его афферентной час-

тью центральной переработки и эфферентной частью дуги рефлекса. Важными являются закономерности формирования условных рефлексов и их ослабления. В последующем данное учение знаменитого российского автора **об условных рефлексах** было интегрировано американскими психологами в **теорию научения и поведенческую терапию**. В последующие годы в ряде научных трудов были подробно изучены вопросы психонейрофизиологии эмоций и эмоционального восстановления стресса. Возникшая позже в 70-е годы «концепция стресса» оказала большое влияние на развитие психосоматических исследований, которая оказалась мостом между физиологией и психологией с психоанализом. В своих научных разработках Ю.М. Губачев, Дорничев В.М. характеризуют эмоциональный стресс как психофизиологическое состояние, возникающее у человека под влиянием субъективно-значимых стрессоров или ситуаций, выражющееся в значительных перестройках эмоционального гомеостаза, а также неспецифического и специфического реагирования, направленного на восстановление эмоционального равновесия [7]. Авторы выделили четыре группы стрессоров, которые прямо или непосредственно участвуют в организации эмоционально-стрессовой реакции у человека. При этом все авторы вышеперечисленных течений в модели невротической и «психосоматической» патологии включали одинаковые элементы (психогенный и биологический), но эти теории существенно отличались по соотношениями биологических факторов. Если при неврозах психогенный фактор играет определяющую роль, а факторы риска только способствующую, то при «психосоматических» заболеваниях именно биологические факторы определяют специфику клинических проявлений, тогда как на долю психогенных факторов в значительном большинстве случаев приходится только инициирующая, триггерная, разрешающая, но, как правило, неспецифическая по отношению к конкретному заболеванию роль. В эти же годы в зарубежной литературе продолжались обсуждать различные модели психосоматических соотношений. Так, H. Weiner привёл в психосоматических отношениях три «классические» модели: **А – психическое и соматическое независимы друг от друга. В – и то и другое суть «две стороны медали», они сопутствуют друг другу, но не находятся в причинно-следственной связи. С – психическое и соматическое взаимно детерминированы и могут «переходить» друг в друга.** [8].

Однако согласно мнениям этих авторов как M. Gelder, D. Gath, R. Mayou при рассмотрении связей между соматическим заболеванием и психическим расстройством целесообразно было бы различать следующие пять типов связей: 1. Психологические факторы как причина соматического заболевания; 2. Психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами; 3. Психиатрические последствия соматического заболевания: а) органические нарушения, б) функциональные нарушения; 4. Психическое расстройство и соматическое заболевание, случайно совпавшие во времени; 5. Соматические осложнения психических нарушений: а) намеренное самоповреждение, б) злоупотребление алкоголем и некоторыми другими веществами, в) расстройства приема пищи [9].

В настоящее время необходимо отметить, что тревожные и депрессивные расстройства относятся к наиболее часто встречающей патологии как в психиатрической, так и в общеклинической практике. Изучение тревожных и депрессивных расстройств, по мнению А.Б. Смулевича показал, что, депрессивное расстройство неблагоприятно влияет на коморбидную соматическую патологию, а в ряде случаев может провоцировать соматическое заболевание (особенно это относится к реактивным депрессиям) [10].

Таким образом, для современной медицины психосоматические расстройства постепенно стали междисциплинарной областью и получили возможность систематического его развития. Осознав сущность психосоматических расстройств, медицина пришла к пониманию рассмотрения их с точки зрения интегративного понятия. До сего времени в практической работе всех клиницистов любой специальности существует преемственность и взаимодействие, но оно не имеет четкой структуризации. Все это дает возможность создания организационной структуры и совершенствование системы взаимоотношений с одной стороны между клиницистами общего профиля и врачами-психотерапевтами с другой стороны.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Heinroth J. Praxis und Theorie der Individualpsychologie. – Munchen, 1930/-245 p.
2. Freud S., Breuer J. Studien über Hysterie. – Leipzig, Wien, Deuticke, 1895.
3. Schur M. Comments on the Metapsychology of Somatization // Ps. Stud. Child.-1955.-10.-P.119-164. In:

- K. Brede (Hrsg.). Eintihrung in die Psychosomatische beditin. - Frankfurt, 1974. -P. 335-395.
4. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and application.- New York: Konald 1953.-268 p.
5. Engel G.L. The biopsychosocial and medical education: Who are to be the teachers? // New England journal of medicine. - 1982. Vol.306.-N13.-P.802-805.
6. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных: Сб. статей.- М.; Л.: Биомедгиз, 1938.-770 с.
7. Губачев Ю.М. Дорничев В.М. Изменение функции

сердечно-сосудистой системы при нарушениях центральной регуляции// Мозговые механизмы психофизиологических состояний.- Л.: Наука, 1989.-С. 70-105.

8. Weiner H. Psychobiology and human diseaseas. New York: Elsevier, 1977.

9. Gelder M. Gath D. Mayou R. Оксфордское руководство по психиатрии.-Киев: Сфера, 1999. - Т.1.-300 с.- Т. 2 – 436 с.

10. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия.-1997.Т.7.- С.5-18.

УДК 613.21/.29

ЗНАЧЕНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

К.А. ТАЛИПОВ

РГКП «Павлодарский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы»
КГСЭН МЗ РК, г. Павлодар

Резюме

Рациональным называется питание, удовлетворяющее энергетические, пластические и другие потребности организма, обеспечивающие при этом необходимый уровень обмена веществ.

Тұжырым

Тиімді тамактану деген организмын энергетикалық, пластикалық және басқа да қажеттіліктерін қанағаттандыру, сонымен бірге зат алмасу деңгейін қамтамасыз ету.

Summary

Food is reasonable, satisfying energy, plastics and other needs of the body, providing at the same time the required level of metabolism.

Питание является важнейшей физиологической потребностью организма, направленной на поддержание и обеспечение его основных функций – рост, развитие и способность к активной деятельности. Особенно важная роль в этом принадлежит рациональному питанию. Оно способствует поддержанию организма в оптимальном физиологическом состоянии, сохранению высокой работоспособности, отдалению старости и увеличению продолжительности жизни.

Рациональное питание снижает влияние многих неблагоприятных факторов, действующих на человека (гиподинамия, избыточная масса тела, интоксикации, повышенная нервно-психическая возбудимость и т.д.). Рациональному питанию отводится одно из первых мест по профилактике атеросклероза, ишемической болезни сердца,

инфаркта миокарда, гипертонической болезни и т. д.

Установлено, что неправильное, нерациональное питание нарушает обмен веществ, особенно жировой и солевой, в результате чего развивается ожирение, почечно-каменная болезнь, подагра и другие. Несоблюдение режима питания может привести к возникновению гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и к другим заболеваниям желудочно-кишечного тракта. Увеличение интервалов между приемами пищи приводит к повышению концентрации холестерина в крови.

Одним из принципов рационального питания является соотношение калорийности пищевого рациона суточным энергозатратам. Изменение этого соответствия приводит к развитию различ-

ных нарушений в организме. Например, постоянное снижение калорийности пищевого рациона способствует уменьшению массы тела, снижению работоспособности, восприимчивости к инфекционным заболеваниям. Лишние вещества откладываются в виде жира и способствуют процессу ожирения. Отсюда следует, что количество пищевых веществ в суточном рационе человека должно соответствовать физиологическим потребностям, а калорийность – суточным энергозатратам.

Важным принципом рационального питания является его сбалансированность, которая выражается не только в адекватном количестве энергии и белка, но и в соблюдении определенного соотношения между многочисленными незаменимыми факторами питания. Эти факторы обеспечивают нормальную жизнедеятельность организма, они не синтезируются организмом и необходимы для нормального течения обменных процессов. К ним относятся: незаменимые аминокислоты, некоторые жирные кислоты, витамины, минеральные вещества.

Общее количество незаменимых компонентов пищи в сбалансированности питания является правильное соотношение основных пищевых веществ, а также биологических веществ.

Для взрослого человека соотношение белков, жиров, углеводов должно составлять 1:1, 2:4, 6. Обеспечение организма полным набором незаменимых аминокислот возможно при включении в пищевой рацион 55% белков животного происхождения. Оценку сбалансированности основных незаменимых аминокислот производят по трем наиболее дефицитным аминокислотам: триптофану, лизину, метионину, соотношение которых должно быть равно 1:3:3.

Необходимость ежедневного включения ненасыщенных жирных кислот в пищевой рацион за счет растительных жиров позволяет рекомендовать соотношение в рационе 70% жиров животного происхождения и 30% жиров растительного происхождения. Оптимальным является включение 10% полиненасыщенных жирных кислот, 30% насыщенных и 60% олеиновой кислоты от общего числа жиров в пищевом рационе.

Меньшее значение при сбалансированном питании является соотношению углеводов. Наиболее приемлемым будет включение в рацион 75% крахмала, 20% простых сахаров и 5% пектиновых веществ.

Среди минеральных веществ рекомендуется соотношение между кальцием, фосфором и магнием 1:1,3:0,5.

В современных условиях сбалансированность пищевых веществ необходимо учитывать во взаимосвязи с калорийностью. При этом встает проблема обеспечения человека низкокалорийными рационами с достаточным количеством белка. Пищевые продукты, в которых на 100 ккал (418 кДж) приходится наибольшее количество белка, оказываются одновременно и поставщиками наиболее ценного в биологическом отношении белка и наименьшего количества жиров.

Наибольшее содержание белка в расчете на 100 ккал в следующих продуктах: белок яйца (23,6 г), треска (23,0 г), судак или щука (22,0 г), говядина II категории (17,5 г), куриное мясо (14,0 г), творог (10,0 г) и т.д. Такие продукты рекомендуется использовать в питании лиц пожилого возраста, лицам, страдающим ожирением, атеросклерозом. Продукты растительного происхождения также является источниками веществ, обладающих высокой биологической ценностью. К ним относятся салат, капуста белокочанная, капуста цветная, зеленый горошек, баклажаны. Режим питания является одним из важных условий рационального питания. Он включает кратность приема пищи и определение калорийности по приемам пищи. Оптимальной кратностью четырехразовое питание, так как при этом наилучшим образом усваивается белок. Учитывая различные условия работы и учебы, допускаются и трехразовое питание. Перерывы между приемами пищи не должны превышать 6 ч. Имеет значение, и определенные часы приема пищи; органы пищеварения приспособливаются к установленному режиму и выделяют достаточное количество пищеварительных соков. Кроме того, каждый прием пищи должен продолжаться не менее 20-30 мин, что позволяет принимать пищу медленно, хорошо смачивая ее слюной и пережевывая.

При четырехразовом питании рекомендуется следующее распределение калорийности по приемам пищи: завтрак – 25%, обед – 35 – 40, полдник – 15, ужин – 20 – 25%. При нарушении режима питания, в частности кратности приема пищи, несоблюдении его времени, увеличении промежутков между приемами пищи, возникают различные желудочно-кишечные заболевания.

Рекомендации по составлению меню суточного пищевого рациона. Завтрак обязательно должен включать горячее блюдо: мясное или рыбное с крупуяным или овощным гарниром, различные каши и овощные блюда, бутерброд и напи-

ток, лучше всего горячий чай, кофе или какао. Обед должен восполнять основную энергию, затраченную в течение рабочего дня. Для переваривания большого количества пищи необходимо усиленное выделение пищеварительных соков, чему способствует включение в меню обеда закусок в виде салатов из свежих, квашеных или соленых овощей, винегрета, сельди или соленой рыбы. Выделению желудочного сока способствует также и прием первых горячих блюд, богатых экстрактивными веществами (крепкие мясные, рыбные, грибные бульоны). Второе горячее блюдо (мясное, рыбное, из птицы) содержит, как правило, большое количество белка и имеет повышенную калорийность. Заканчивать обед полезно сладким блюдом (кисель, компот, мусс, мороженое и т.д.), которое тормозит излишнюю секрецию желудочного сока и оставляет приятное чувство удовлетворения едой. В меню ужина рекомендуется включать молочные, крупяные и овощные блюда. Нецелесообразно использовать мясные блюда, так как они долго перевариваются в желудочно-кишечном тракте, а также крепкий чай, кофе, шоколад, которые возбуждают нервную систему, человека.

Рациональное питание исключает употребление алкогольных напитков. Особое значение приобретает организация рационального питания на производственных предприятиях, где, как правило, большинство рабочих и служащих пользуются услугами общественного питания. Рациональное питание рабочих и служащих на производственных предприятиях, должно строиться с учетом интенсивности труда, возрастного и полового состава коллектива, физиологических потребностей в основных пищевых веществах и

калориях. Все это находит отражение при разработке меню комплексных обедов на предприятиях общественного питания, обслуживающих данные коллективы.

Составление меню комплексных завтраков, обедов и ужинов основывается на современных научных достижениях в области питания. Меню комплексных обедов должно разрабатываться не менее чем на семь дней с учетом разнообразия и сочетания продуктов, обеспечения рационов незаменимыми компонентами пищи, устойчивости организма к возможным неблагоприятным производственным факторам.

Для нейтрализации неблагоприятных факторов внешней среды большая роль в рациональном питании отводится защитным компонентам пищи. Так, пищевые факторы могут влиять на образование в организме N-нитрозосоединений, которые оказывают канцерогенное действие на организм (развитие злокачественных опухолей). Они синтезируются в желудке человека из нитритов и аминов. Среди ингибиторов – вещества, тормозящих нитрозирование, наиболее изучены аскорбиновая кислота, производные витамины Е, некоторые аминокислоты. Например, защитными свойствами против неблагоприятного воздействия азотной кислоты, ионизирующих излучений обладает аминокислота – метионин; антиканцерогенным действием – витамин А и β-каротин.

Аналогичными свойствами обладают отдельные пищевые вещества, содержащиеся в некоторых овощах и фруктах (в капусте, зеленом перце, баклажанах, яблоках и т. д.), что позволяет их использовать и в лечебно-профилактическом питании лиц, работающих с токсическими веществами. Значительным защитным эффектом обладают и липотропные вещества.

УДК 616.314.17-008.1:616.31

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Н.П. КРАВЧЕНКО

ГКП на ПХВ «Районная поликлиника», Жамбылский район, Алматинская область

Резюме

Цель исследования — совершенствование системы профилактики хронических заболеваний (на примере язвенной болезни) на уровне семьи на основе комплекса медико-социальных и организационных мероприятий. Установлено, что значительное количество семей проживало в плохих жилищных условиях, имело низкий материальный достаток, и, следовательно, низкие ресурсы для сохранения и восстановления здоровья. Комплексная оценка состояния здоровья членов семей показала, что наличие в семье хронического больного обуславливают его ухудшение у других членов и семьи в целом. Выявлена прямая связь средней силы между степенью выполнения медицинской функции и уровнем образования, внутрисемейными отношениями и гигиенической грамотностью.

Ключевые слова: язвенная болезнь, профилактика, семья, хронические заболевания

Тұжырым

Зерттеудін мақсаты — медициналық-әлеуметтік және үйымдастыру іс-шаралары кешенінің негізінде отбасы деңгейінде созылмалы аурулар (ойықжара ауруы мысалында) профилактикасының жүйесін жетілдіру. Қөптеген отбасы өте тәмен материалдық жетістікте, күрделі түрғын үй жағдайында тұрғандығы анықталған, және осыған орай деңсаулықты сактау және калпына келтіру үшін тәмен ресурстар орын алған. Отбасы мүшелері деңсаулығы жағдайын кешенді бағалау отбасында созылмалы аурудың болғандығы отбасыдағы басқа да және тұтастай мүшелердің нашарлауын көрсетіп отыр. Медициналық функцияның орындау дәрежесімен және білімнің деңгейі, отбасы ішіндегі қарым-қатынастар және гигиеналық сауаттылық арасындағы орташа күштің тікелей байланысы айқындалған.

Негізгі сөздер: ойықжара ауруы, профилактика, отбасы, созылмалы аурулар.

Summary

Research objective — improvement of system of prevention of chronic diseases (on an example of stomach ulcer) at family level on the basis of a complex of medico-social and organizational actions. It is established that a significant amount of families lived in poor housing conditions, had low material prosperity, and, therefore, low resources for preservation and recovery of health. The complex assessment of a state of health of members of families showed that existence in a family of the chronic patient cause his deterioration at other members and a family as a whole. Direct link of average force between extent of performance of medical function and an education level, the intra family relations and hygienic literacy is revealed.

Key words: stomach ulcer, prevention, family, chronic diseases

Основы здоровья каждого поколения закладываются в семье, являющейся важнейшей социально-демографической группой и единицей первичной амбулаторно-поликлинической помощи, выполняющей функции гигиенического воспитания, профилактики заболеваний и реабилитации членов семьи [1]. Сохранение и укрепление здоровья семьи является приоритетным направлением государственной политики [2]. Семья играет существенную роль в воспитании отношения всех ее членов к факторам, сохраняющим и нарушающим здоровье, через нее осуществляется формирование мотивации к его поддержанию и укреплению [3].

Сложившаяся в Казахстане система организаций амбулаторно-поликлинической помощи, ориентированная на участковую и специализи-

рованную службу, как показала практика, является недостаточно эффективной [4]. Функции участкового врача, который должен оказывать основной объем первичной медико-социальной помощи, в настоящее время не позволяют обеспечить ее непрерывность и всесторонний охват различных категорий населения независимо от пола и возраста [5]. Поэтому ключевой задачей в решении указанных проблем является развитие семейной медицины и реформирование структуры первичной медико-социальной помощи по принципу общеврачебной (семейной) практики [6].

В связи с этим возрастает роль углубленных социально-гигиенических исследований семей различных групп населения, особенно при наличии хронических заболеваний, результаты которых должны использоваться для разработки про-

филактических мероприятий с учетом выявленных особенностей их условий и образа жизни и определения потребности в медико-социальной помощи. Однако, число проводимых посемейных исследований недостаточно [7].

В доступной литературе практически отсутствуют работы, направленные на посемейное исследование больных язвенной болезнью, актуальность изучения которой определяется высоким уровнем ее распространенности среди всех возрастных групп населения, отсутствием тенденции к снижению инвалидности и смертности в связи с этой патологией [8], в значительной степени обусловленных, в том числе, и практически отсутствием в последнее десятилетие всех видов профилактики и свертыванием программ диспансеризации [9].

Остается нерешенным вопрос о влиянии психосоматических факторов на возникновение и течение патологического процесса. Малочисленные исследования, посвященные изучению медицинской активности и гигиенической грамотности больных язвенной болезнью и членов их семей и влиянию этих характеристик на формирование и развитие заболевания.

В связи с этим комплексное изучение здоровья семей, имеющих больных язвенной болезнью, и разработка рекомендаций по организационному обеспечению профилактических мероприятий на уровне семьи, является актуальным и своевременным, что и стало темой настоящего исследования.

Цель: совершенствование системы профилактики хронических заболеваний (на примере язвенной болезни) на уровне семьи на основе комплекса медико-социальных и организационных мероприятий.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью объектом исследования явились семьи, имеющие больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, проживающие в сельской местности. Объект формировался методом многоступенчатого отбора с применением случайной и типологической выборок.

Единицей наблюдения была полная нуклеарная семья со стажем семейной жизни более 10 лет, имеющая одного, двух и более детей.

Статистическая обработка полученного материала проведена с помощью современных компьютерных средств с применением альтернативного, вариационного, корреляционного и факторного анализа, расчета величин относительного риска.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе исследования установлено, что жилищные условия у 60,4 из 100 обследованных семей были хорошими, в каждой третей семье – удовлетворительными и неудовлетворительными. Имели только однокомнатную квартиру 9,9±0,7 из 100 семей, комнату в коммунальной квартире или в общежитии – 7,1±0,7, снимали ее – 2,7±0,4 соответственно. Обеспеченность жилой площадью у 53,1±1,5 из 100 обследованных семей была хорошей, у 18,7±1,2 – удовлетворительной, у 28,2±1,4 – неудовлетворительной. При этом недостаточную жилую площадь имела каждая вторая сельская семья.

При комплексной оценке условий проживания с учетом благоустройства установлено, что в хороших условиях проживали 29,8±1,2 из 100 сельских, в удовлетворительных – 50,1±1,6, в плохих – 20,1±0,9 соответственно.

Оценка материальной обеспеченности в расчете на одного члена семьи показала, что больше половины (64,2±1,8) семей имели средний достаток, в каждой шестой (15,7±1,0) семье месячный бюджет был ниже прожиточного уровня. Только пятая часть (20,1±1,1) семей имела высокий материальный достаток.

Анализ условий трудовой деятельности показал, что во многих семьях, они не только не способствовали восстановлению здоровья, а усугубляли течение хронических процессов, имевших место у их членов. Так, 31,1±1,3 из 100 опрошенных работали в условиях, требующих большого нервно-психического напряжения, у 22,5±1,4 из 100 мужей работа была связана с ночных сменами, у 17,8±1,3 из них – с командировками. Условия труда не устраивали 42,4±1,6 из 100 мужей и 29,9±1,4 из 100 жен. Не хватало времени на выполнение служебных обязанностей, по-видимому, в связи с плохим самочувствием, у 58,4±1,4 из 100 опрошенных, что тоже усиливало нервно-эмоциональное напряжение.

Чувство усталости после трудовой смены испытывали 92,4±0,9 из 100 опрошенных женщин и 87,3±1,2 – из 100 мужчин. Обращает на себя внимание, что после возникновения заболевания количество женщин, испытывавших сильную усталость после производственной деятельности увеличилось в 11,1 раза ($p<0,001$). Среди мужчин до болезни таковых не было вообще, при заболевании сильно уставала пятая часть опрошенных.

Нами проанализированы жизненные приоритеты семей до заболевания одного из супругов.

Установлено, что для большинства жен и мужей первостепенное значение имели семья и дети.

Обращает на себя внимание, что до заболевания одного супружеского здоровья не являлось безусловной ценностью для большинства семей (особенно у мужчин) и находилось на последнем шестом (после работы и учебы) месте приоритета.

В этой связи проанализировано, изменились ли жизненные ценности после возникновения болезни у одного из членов семьи. При этом выявлена положительная тенденция: после развития заболевания значимость здоровья в шкале жизненных ценностей увеличилась у жен в 2,2 раза, у мужей – в 1,6 раза и заняла третье ранговое место

Оценка формирования навыков здоровья сберегающего образа жизни и гигиенического поведения семей пациентов язвенной болезнью показала низкий их уровень. В результате исследования установлено, что имели вредные привычки большинство членов семей. Так, не употребляли алкогольные напитки из 100 опрошенных всего $19,4 \pm 1,2$ матерей и $4,9 \pm 0,7$ отцов, злоупотребляли спиртным соответственно $10,3 \pm 0,9$ жен и $29,9 \pm 1,5$ мужей. Обращает на себя внимание тот факт, что в половине сельских семей супруги впервые попробовали алкоголь в кругу родителей и родственников.

Также выявлена достоверная прямая зависимость средней силы между употреблением алкогольных напитков в обследованных семьях и семьях их родителей ($p < 0,001$). Распространенность курения в обследованных семьях была такой же высокой, как и употребление алкоголя. Так, не были подвержены этой вредной привычке только пятая часть ($22,9 \pm 1,5$) мужей. Среди жен курили $13,3 \pm 1,2$ из 100 опрошенных.

Анализ кратности приемов пищи свидетельствует о дефектах в организации питания семей. Так, один раз принимали горячую пищу $44,3 \pm 1,8$ из 100 матерей и $22,6 \pm 1,5$ – из 100 отцов, ограничиваясь в другое время чаем или кофе с бутербродами. При анализе употребляемых блюд в обследованных семьях было выявлено большое число семей, питающихся нерационально. Так, среди других блюд предпочитали овощи всего $27,7 \pm 1,3$ из 100 матерей и $18,4 \pm 1,1$ из 100 отцов. Также недостаточно употреблялись молочные и рыбные блюда (соответственно $24,6 \pm 1,3$ и $15,2 \pm 1,1$; $20,7 \pm 1,2$ и $17,6 \pm 1,1$ из 100 опрошенных).

Оценка использования свободного времени показала, что в сельских семьях практически отсутствовал полноценный адекватный отдых пос-

ле трудового дня, что не способствовало восстановлению и сохранению здоровья. Половина ($57,1 \pm 1,5$) из 100 опрошенных женщин занималась домашними делами, третья ($37,8 \pm 1,4$) – смотрели телевизор, $27,4 \pm 1,3$ – проводили время с детьми. Занимались физической культурой и спортом только $4,1 \pm 0,6$ из 100 женщин. Более половины ($68,5 \pm 1,3$) из 100 опрошенных отцов в вечернее время были заняты просмотром телепередач, $17,6 \pm 1,1$ – читали, только $7,6 \pm 0,8$ занимались детьми. Занимались физической культурой лишь $4,0 \pm 0,6$ из 100 мужей.

Отдых в отпускной период также был преимущественно пассивным. Большинство из 100 опрошенных супружеских пар проводили свой отпуск на садовом участке ($43,9 \pm 1,5$ жен и $38,6 \pm 1,4$ мужей) или дома – соответственно $37,1 \pm 1,4$ и $24,3 \pm 1,2$. Восстанавливали здоровье в санаториях, домах отдыха всего $4,7 \pm 0,6$ из 100 матерей и $8,4 \pm 0,8$ – отцов, занимались туризмом $5,7 \pm 0,7$ и $5,4 \pm 0,7$ из 100 респондентов.

Установлено, что для большинства семей основными источниками получения медико-гигиенической знаний являлись средства массовой информации. Обращает на себя внимание, что менее половины опрошенных получает информацию от медицинских работников. Особенno незначительна роль среднего медицинского персонала в гигиеническом обучении членов семей.

Анализ медицинской функции показал высокий уровень ее выполнения только в $26,9 \pm 3,2$, низкий – практически в половине ($49,5 \pm 3,2$) семей. Не выполняли многие ее элементы $23,6 \pm 2,8$ из 100 опрошенных семей, что соответствует общему невысокому уровню санитарно-гигиенической грамотности семей.

Так, обращались за медицинской помощью сразу при ухудшении самочувствия только каждая пятая ($23,9 \pm 1,6$) женщина и каждый шестой ($19,7 \pm 1,5$) мужчина, обращались к врачу, когда становилось трудно работать $27,3 \pm 1,7$ и $35,6 \pm 1,8$, когда болезнь «приковала» к постели – $6,4 \pm 0,9$ и $16,1 \pm 1,4$ из 100 опрошенных соответственно. Занимались самолечением $13,7 \pm 1,3$ из 100 матерей и $13,2 \pm 1,3$ из 100 отцов и обращались к врачу, если оно не помогало $28,7 \pm 1,7$ и $35,2 \pm 1,8$ из 100 респондентов. Выявлена прямая зависимость средней силы между степенью выполнения медицинской функции и уровнем образования, внутрисемейными отношениями и гигиенической грамотностью, коэффициенты корреляции составили соответственно $0,63; 0,66; 0,69$.

В процессе исследования установлено, что большинство семей имели недостаточный уровень медицинской активности. Так, строго принимали лекарства всего $69,0 \pm 2,2$ из 100 матерей и $61,3 \pm 1,9$ из 100 отцов, не принимали их совсем $4,1 \pm 0,9$ и $4,8 \pm 0,8$ родителей соответственно. В связи с заболеванием перестали употреблять алкогольные напитки только $15,4 \pm 1,2$ из 100 матерей и $10,9 \pm 1,0$ из 100 отцов, курить – соответственно $17,6 \pm 1,2$ и $9,8 \pm 0,8$ из 100 респондентов. А в связи с рекомендациями лечащего врача изменили свое гигиеническое поведение еще меньшее количество респондентов: бросили курить только $7,4 \pm 0,6$ жен и $5,8 \pm 0,7$ мужей, употреблять алкогольные напитки – $3,5 \pm 0,6$ и $3,0 \pm 0,5$ из 100 опрошенных соответственно. В целом рекомендации по совершенствованию образа жизни и гигиенического поведения выполнялись только третью пациентов и членов их семей: соответственно $32,6 \pm 1,1$ и $29,7 \pm 1,4$ из 100 опрошенных.

Обращает на себя внимание, что половина опрошенных супружей (соответственно $55,7 \pm 1,7$ жен и $49,6 \pm 1,9$ мужей) отметила, что в их семьях не выполнялись или выполнялись только частично принципы взаимопомощи, заботы, взаимной поддержки друг друга, в том числе и во время болезни. Так, при обострении заболевания больше трети опрошенных отметили невнимание и равнодушие к их состоянию со стороны членов семьи, что не могло не сказаться на течении болезни. Установлено, что недостаток социальной поддержки со стороны семьи достоверно ($p < 0,05$) чаще испытывали городские пациенты. Заботливое, участливое отношение к члену семьи во время обострения заболевания в городских семьях наблюдалось в 1,6 раза реже, чем в сельских. И только в последних не было относящихся к большому с раздражением.

В связи с широким распространением самолечения представлял интерес анализ отношения к участковому врачу-терапевту. При этом установлено, что были не удовлетворены своим врачом $8,2 \pm 0,9$ из 100 матерей и $10,4 \pm 1,1$ из 100 отцов, частично удовлетворены – $33,4 \pm 1,5$ и $17,9 \pm 1,3$ из 100 опрошенных соответственно. Среди причин неудовлетворенности первое место занимали нравственно-этические характеристики врача: невнимательность, постоянная спешка, недостаточный уровень культуры. На них указали из 100 опрошенных $33,2 \pm 2,3$ матерей и $30,7 \pm 2,9$ отцов. Обращает на себя внимание, что в числе других основных причин были такие, как

нежелание врачей интересоваться образом жизни семьи, отмеченное $21,7 \pm 1,6$ из 100 матерей и $18,4 \pm 1,7$ – отцов и недостаток советов по сохранению здоровья, на которые указали $43,9 \pm 2,5$ и $37,5 \pm 3,0$ из 100 опрошенных соответственно.

Анализ самооценки уровня состояния здоровья показал, что наличие в семье хронического больного обуславливают его ухудшение не только у пациентов язвенной болезнью, но и семьи в целом. Так, до заболевания одного из членов семьи $79,0 \pm 1,3$ из 100 жен и $64,5 \pm 1,6$ из 100 мужей считали свое самочувствие удовлетворительным, хорошим – $12,3 \pm 1,1$ и $17,8 \pm 1,3$, плохим – $8,7 \pm 0,9$ и $17,7 \pm 1,3$ из 100 респондентов соответственно. При этом при развитии заболевания число супружей, считающих состояние своего здоровья плохим, увеличилось соответственно в 2,9 и 1,8 раза ($p < 0,001$), а количество считающих свое самочувствие хорошим, напротив, сократилось в 2,6 и 2,1 раза ($p < 0,001$). Практически третья часть членов семьи отметила, что наличие больного в семье ухудшало их самочувствие.

Обращает на себя внимание значительный вклад в неудовлетворительное состояние здоровья причин поведенческого характера. Так, по мнению большинства респондентов, они сами, прежде всего, не проявляли заботы о своем здоровье. И действительно внимательно относились к своему здоровью только треть матерей и пятая часть отцов, что корреспондирует со шкалой жизненных ценностей.

Таким образом, оценка социально-экономических условий показала, что значительное количество семей проживало в плохих жилищных условиях, имело низкий материальный достаток, и, следовательно, низкие ресурсы для сохранения и восстановления здоровья. Так, недостаточную жилую площадь имела каждая вторая сельская семья. В каждой шестой семье месячный бюджет был ниже прожиточного уровня. Комплексная оценка состояния здоровья членов семей показала, что наличие в семье хронического больного обуславливают его ухудшение у других членов и семьи в целом. Так, оценивали состояние своего здоровья как хорошее только $6,6 \pm 0,6$ из 100 супружей, треть ($27,4 \pm 1,0$) считало его плохим. При увеличении длительности заболевания число супружей, считающих состояние своего здоровья плохим, возросло соответственно в 2,9 и 1,8 раза ($p < 0,001$). Установлено, что к часто болевшим семьям относилось больше половины ($54,9 \pm 1,6$ из 100 опрошенных семей). Находились

на диспансерном учете в поликлинике только $49,8 \pm 1,5$ из 100 больных, из которых своевременно обращались на контрольные осмотры меньше половины пациентов. При этом $39,1 \pm 1,7$ из их числа за последние три года вообще не проводились никаких лечебно-профилактических мероприятий.

Образовательный уровень семей оценивался как достаточно высокий: из 100 опрошенных $62,8 \pm 1,6$ отцов и $64,6 \pm 1,5$ матерей имели среднее и среднее специальное образование, высшее и незаконченное высшее – $31,7 \pm 1,5$ отцов и $28,5 \pm 1,4$ матерей. Однако в $63,1 \pm 1,7$ из 100 семей отмечена низкая степень выполнения медицинской функции и низкий уровень формирования здоровьесберегающего поведения. Выявлена прямая связь средней силы между степенью выполнения медицинской функции и уровнем образования, внутрисемейными отношениями и гигиенической грамотностью, коэффициенты корреляции составили соответственно $0,63; 0,66; 0, 69$.

Проведенное исследование свидетельствует о необходимости разработки комплекса целенаправленных профилактических мероприятий не только с пациентами, но и с их семьями, которые заключаются в следующем:

- формирование потребности в здоровом образе жизни;
- проведение общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий членам семьи;
- проведение обучения в терапевтической школе членов семей;
- оптимизация образа семьи: рационализация питания, труда и отдыха, занятие физкультурой

и проведение закаливания, отказ от вредных привычек и потребление алкоголя.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кудрина Е.А., Молчанова Л.Ф. Качество жизни как показатель эффективности лечения больных язвенной болезнью / Общественное здоровье и здравоохранение. – Казань. – 2005. – №3-4. – С.52 – 54.
2. Чучалин А.Г. Профилактика и контроль хронических неинфекционных заболеваний // Пульмонология. 2009. № 1. С. 5-10.
3. Иванова Е.И., Кашуба Е.В., Брынза Н.С., Ряхина Н.А. Факторы риска и профилактика хронических неинфекционных заболеваний у населения г. Тюмень // Медицинская наука и образование Урала. 2011. Т. 12. № 3-2. С. 104-105.
4. Барабанова Н.А., Белов В.Б. Тенденции основных характеристик образа жизни населения в России и зарубежных странах // Бюллетень ННИИ общественного здоровья. 2005. - выпуск 7. - С. 136-139.
5. Вишнякова О.Н. Информированность пациентов о факторах риска // Проблемы социальной медицины, здравоохранения и истории медицины. 2007. - №4. - С.43-46.
6. Вялков А.И. Методологические проблемы формирования общественного здоровья и оздоровления населения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. № 4. - С. 6-9.
7. Ефименко С.А. Самооценка здоровья с позиций пациента // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2006. №4. – С.22-26.
8. Камалова Ф.М., Галиулин А.Н. Образ жизни здоровых матерей, проживающих в сельских семьях различного типа // Общественное здоровье и здравоохранение. 2007. - №3. - С. 15-18.
9. Louw J.A., Marks I.N. The management of peptic ulcer disease // Curr Opin Gastroenterol. 2003. - Vol. 19, N 2. - P. 533-539.

УДК 616.155.194.8-08:614.2:618

РОЛЬ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Э.Ш. НУРГОЖАЕВА
ГККП «Районная поликлиника Талгарского района»

Резюме

Решением проблемы железодефицитной анемии является хорошо организованная система профилактики, диагностика и лечение этой широко распространенной при беременности патологии.

Тұжырым

Аяғы ауыр әйелдердің арасында кен тараған патологияның бірі теміржетіспеушілік анемиясы мәселесін шешудің бірден – бір жолы аурудың алдын алуды, диагностикасын, емін жоғары деңгейде үйімдастыру.

Summary

Solution to the problem of iron deficiency anemia is a well-organized system of prevention, diagnosis and treatment of this widespread disease in pregnancy.

Женские консультации – лечебно-профилактические учреждения диспансерного типа, обеспечивающие все виды профилактической и лечебной помощи беременным и гинекологическим больным, а также осуществляющие необходимые меры по охране и укреплению здоровья женщин. Они могут существовать как самостоятельные учреждения, так и в составе родильных домов, поликлиник, медико-санитарных частей промышленных предприятий или других лечебных учреждений.

Консультации оказывают лечебную акушерско-гинекологическую помощь женщинам при креплённой территории, занимаются внедрением в практику современных методов диагностики и лечения, передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи, осуществляют санитарно-просветительную работу среди населения, оказывают женщинам помощь в вопросах правовой защиты в соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», проводят профилактические мероприятия, направленные на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний; обеспечивают преемственность и связь в обследовании и лечении беременных и больных женщин с другими лечебно-профилактическими учреждениями (родильные дома, станции скорой медицинской помощи, детские поликлиники).

В составе каждой самостоятельной женской консультации предусмотрены: кабинеты врачебные акушерско-гинекологические, врачей-специалистов (терапевт, стоматолог), процедурные, для психопрофилактической подготовки беременных к родам, для занятий школы матерей, по предупреждению беременности, социально-правового работника, операционная с комнатой отдыха для больных и другие.

Работа женской консультации строится по территориально-участковому принципу, в соответствии с которым вся обслуживаемая консультацией территория делится на врачебные участки. Обслуживает участок акушёр-гинеколог и акушерка. Приём в консультациях проводится ежедневно в удобное для населения время (оптимальные часы с 8 до 20). Обычно каждый участковый врач ведёт чередующиеся утренние и вечерние приёмы, что даёт возможность женщине обратиться к «своему» врачу в удобное для неё время. Предварительная запись на приём на все дни недели, вызов врача на дом оформляются по телефону либо непосредственно через регистрацию консультации.

Патронажная работа женских консультаций заключается в посещении беременных (преимущественно акушеркой или врачом), родильниц и гинекологических больных с целью ознакомления с их жилищно-бытовыми условиями, контроля правильности выполнения больными назна-

чений врача и соблюдения рекомендованного режима, установления состояния здоровья женщин, не явившихся на приём к врачу или не госпитализированных в стационаре, обучения женщин правилам личной гигиены и т. д.

У юрисконсульта женской консультации всегда можно получить консультацию по вопросам охраны материнства и детства, труда, отдыха и прочие.

На базе женской консультации функционирует школа беременных, где проводятся занятия с женщинами. За последние два года выросло количество детей, находящихся на чисто грудном вскармливании. В школе матерей регулярно проводятся занятия с беременными по основным принципам грудного вскармливания.

С каждым годом увеличиваются процент посещающих занятия, что говорит о повышении сознания беременной о заботе своего здоровья и здоровья будущего ребенка.

Одной из первостепенных задач врача женской консультации является организация профилактического медицинского осмотра, во время которого происходит отбор контингента для диспансерного наблюдения. Диспансерный метод работы включает в себя активное выявление больных и отбор лиц, подлежащих диспансерному наблюдению, активное наблюдение за выявленными больными и систематическое их лечение проведение патронажа, осуществление мероприятий профилактики.

С 2010 года, согласно приказу № 16 МЗ РК, проводится работа по профилактическому осмот-

ру декретированного женского населения. По плану проводится профилактический осмотр женщин на выявление злокачественных заболеваний шейки матки. Несмотря на проводимые ежегодные профилактические осмотры женщин, количество визуального рака растет.

ЖДА является достаточно распространенным заболеванием у беременных и родильниц, особенно группы высокого инфекционного риска. Железодефицитная анемия беременных является важной проблемой, имеющей отношение, как к здоровью матери, так и ее плода.

Высокая частота осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также состояния плода и новорожденного делают чрезвычайно актуальными вопросы ранней диагностики и прогнозирования ЖДА, ее своевременной и рациональной профилактики и лечения. Лишь быстрое и адекватное назначение ферропрепаратов, отвечающих во всем мире современным требованиям, предъявляемым для лечения анемии, позволяет добиться не только нормализации показателей железа, улучшения качества жизни беременных и родильниц, но и снижения частоты развития акушерских и перинатальных осложнений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 гг.

УДК 616.379-616.735-002.02

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

М.Б. КАИРГЕЛЬДИНОВА, Ж.Е. АСКАРОВА
КГКП «Городская поликлиника №4», г. Павлодар

Резюме

В статье представлены факторы риска развития диабетической ретинопатии, важность своевременной диагностики ДР на ранних стадиях. Отмечена необходимость тесного контакта с эндокринологом для проведения комплексного лечения данной группы больных. Представлены критерии компенсации сахарного диабета первого типа. Освещены современные методы диагностики ДР.

Тұжырым

Мақалада диабетиялық ретинопатияның уақытында жасалатын диагностиканың маңыздылығы және қауіпті факторларының дамуы көрсетілген. Осы топтағы ауруларды кешенді емдеу үшін эндокринологпен тығыз байланыста болу қажеттілігі белгіленген. Сусамырдың бірінші түрінің өтем белгілері көрсетілген. ДР-дың заманауи диагностикалық әдістері талқыланған.

Summary

The article presents the risk factors for diabetic retinopathy, the importance of timely diagnosis of diabetic retinopathy in the early stages. The necessity of close contact with an endocrinologist for a comprehensive treatment of this group of patients. The criteria of diabetes mellitus compensation of the first type. Highlights modern methods of diagnosis of diabetic retinopathy.

Диабетическая ретинопатия (ДР) является распространенным сосудистым осложнением сахарного диабета и занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к полной потере зрения.

Особенность этого осложнения состоит в том, что диабетическое поражение сосудов сетчатой оболочки долгое время остается незамеченным. Больные не отмечают снижение зрения на ранних стадиях диабетической ретинопатии. И только когда, в более выраженных стадиях, изменения распространяются на центральную область или происходят обширные кровоизлияния, у больных появляются жалобы на нечеткость, искажение предметов или темное пятно перед глазом. Своевременное выявление и проведение лечения на ранних стадиях диабетической ретинопатии дают возможность остановить прогрессирование сосудистых изменений.

Орган зрения — это богато васкуляризованный орган, построен из многих типов тканей и неизбежно вовлекается в диабетический процесс. При сахарном диабете поражаются практически все отделы глазного яблока: веки (блефориты, ячмени), слезные органы (каналикулиты, дакриоциститы), коньюктивальная оболочка (расши-

рение и извилистость коньюктивальных вен), роговая оболочка (кератиты, эрозии роговицы), сосудистый тракт (ириты, иридоциклиты,uveиты, неоваскулярная глаукома), хрусталик (катаракты заднекапсулярные, осложненные), зрительный нерв (нейропатии, атрофия зрительного нерва), сетчатая оболочка (диабетическая ретинопатия). Патологические процессы при этом имеют хронический характер, подострое и вялотекущее течение.

Факторами риска развития ДР являются время течения и тип диабета, длительность диабета, длительность периодов выраженной гипергликемии, уровень гликозилированного гемоглобина крови (HbA-1c).

Возраст начала сахарного диабета не всегда можно определить точно, так как диабет иногда может начинаться бессимптомно. У пациентов с установленным диабетом до 30 летнего возраста проходит относительно длительный период до развития ретинопатии. Частота ретинопатии среди таких больных возрастает от 50 % после 10-12 лет от начала диабета до 75 %. Пациенты, у которых диабет диагностируется в более позднем возрасте, обычно имеют более короткий период до

развития ретинопатии. Однако и здесь следует принимать во внимание тот факт, что многие пациенты пожилого возраста имели нераспознанный диабет. В этих случаях ретинопатии может достигать 75-80%. Развитие ДР может происходить с различной скоростью, от нескольких месяцев до нескольких лет. Скорость течения процесса и перехода из одной стадии в другую зависит от типа диабета, от генетической предрасположенности, от степени компенсации СД, от уровня артериального давления, состояние почек.

Степень компенсации СД (уровень гликемии и НВА-1) играют очень важную роль в течение диабетического процесса, так многократное введение инсулина и хороший гликемический контроль замедляют прогрессирование ДР. Острота зрения не отражает тяжесть процесса, проходящего на глазном дне. Довольно часто пациенты обращаются по поводу ухудшение зрения на одном глазу и не подозревают о переходе патологии на другом глазу в тяжелую стадию. Патологические процессы идут параллельно в обоих глазах, один глаз лишь несколько опережает другой по клинической картине.

Основная задача врача — офтальмолога, эндокринолога в своевременной диагностике и лечение диабетической ретинопатии на ранних стадиях.

В настоящее время достигнуты определенные успехи в вопросах профилактики и лечения ДР. Внедряются современные методы диагностики, совершенствуется коррекция углеводного обмена, созданы обучающие школы по диабету, используются высокоэффективные методы лечения. 2-ая Международная конференция по Диабетическому Обучению в одном из пунктов принятой декларации указала, что успешная профилактика и терапия диабета и его сосудистых осложнений зависит от ранней диагностики патологии и непрерывного обучения пациента, основанного на 3-х элементах: информирование, мотивация и вовлечение больного в самоконтроль диабета.

Самое первостепенное в первичной и вторичной профилактики ДР - это необходимо информировать каждого больного СД, что он не подозревает о наличии диабетической ретинопатии, если регулярно не проходит обследования у офтальмолога, или до тех пор, пока у него не происходит необратимого ухудшения зрения.

Важно помнить, что даже выраженные диабетические изменения глазного дна могут быть

бессимптомными. Поэтому важен регулярный, плановый контроль за состоянием глаз у больных СД.

Больных с выявленным СД (без клинических признаков ДР) офтальмолог должен осматривать 1 раз в 1-2 года.

При выявлении у больного ДР следует установить индивидуальные сроки посещения офтальмолога, но не реже, чем 1 раз в год.

Офтальмологические обследования больных СД женщин, пожелавших иметь ребенка, необходимо проводить до зачатия (в период планирования беременности), после подтверждения беременности, а затем каждые 3 месяца.

Офтальмологическое обследование пациентов СД должно быть комплексным и включать: визометрию, тонометрию, при широких зрачках биомикроскопию, офтальмоскопию, циклоскопию, периметрию, УЗИ глаза, фотографирование глазного дна фундус - камерой и оптическую ко-герентную томографию глаз.

Комплексное обследование больных ДР выполняет следующие задачи: постановку диагноза ДР, включая определение стадии заболевания; контроль за динамикой процесса; оценка эффективности проводимой терапии, выявление побочных явлений и внесение коррекции в курс лечения.

В профилактике ДР большое значение придается обучению больного СД методам самоконтроля, правильной диете, физическим упражнениям, отказу от курения и употребления алкоголя и уменьшению стрессовых нагрузок. Пациент, страдающий СД обязательно должен пройти обучение в «Школе диабета» для осведомления о своем заболевании, адекватной оценки тяжести своего состояния и овладения навыками контроля.

Стабилизацию СД и ДР значительно чаще удается добиться при интенсифицированной инсулинотерапии. При выраженной гипергликемии снижение его уровня следует проводить медленно, в течении нескольких недель во избежание ухудшения не только самочувствия больного, но и состояние сетчатки и даже возможного снижение зрения, вследствие развития ДР. Неблагоприятное влияние на течение ДР оказывает артериальная гипертензия и диабетическая нефропатия. Своевременное выявление и лечение сопутствующих заболеваний имеют существенное значение в профилактике слепоты у больных СД.

Основой профилактики и лечение ДР является оптимальная компенсация углеводного обмена, согласно установленным критериям компен-

Таблица 1. Критерии компенсации СД 1 типа

Показатели	Степень компенсации		
	хорошая	допустимая	плохая
НВА 1с (%)	< 7	7,1-7,4	> 7
Глюкоза крови натощак (моль/л)	5,0 - 6,0	6,1 - 6,5	$> 6,5$
Средние показатели глюкозы крови через 2 часа после еды (моль/л)	7,5 - 8,0	8,1 – 9,0	> 9
Средние показатели глюкозы крови перед сном (моль/л)	6,0 – 7,0	7,1 – 7,5	$> 7,5$
Общий холестерин (моль/л)	$< 4,8$	4,8 – 6,0	> 6
Кетонурия	нет	редко	периодически

сация СД: уровень глюкозы на тощая, средние показатели глюкозы крови, уровень НВА-1, кетонурия, состояние общего холестерина в крови, при СД 2 типа также уровни триглицеридов в крови и артериального давления, индекс массы тела.

Итак, раннее выявление СД, диспансерный контроль за больным (включая и самоконтроль), своевременное и адекватное лечение как основного, так и сопутствующих заболеваний позволяют задержать развитие ДР, замедлить ее прогрессирование и в большинстве случаев предупредить слабовидение и слепоту.

Распространенность ДР среди больных сахарным диабетом постоянно увеличивается и в структуре первично инвалидности по зрению диабети-

ческая ретинопатия занимает одно из лидирующих мест после нарушений рефракции и глаукомы, это подчеркивает необходимость ранней выявляемости ДР, динамичного наблюдения больных в тесном контакте с эндокринологом для проведения комплексного лечения на современном уровне и своевременной реабилитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Л.А. Кацельсон, Т.И. Форофонова, А.Я. Бунин «Сосудистые заболевания глаза» 1990. - 43 с.
2. Т.М. Миленькая «Диабетическая ретинопатия», 2000.- 6 с.
3. «Офтальмологический журнал Казахстана», №4. 2005.- 10 с.
4. Калинин А.П., Можеренков В.П., Прокофьева Л.Г., «Офтальмоэндокринология» 1998.-160 с.

УДК 618.3:616.155.194.8-084

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Г.В. ДОБРИНИНА

ГККП «Районная поликлиника Талгарского района», Алматинская область

Резюме

Профилактика железодефицитной анемии беременных является важной проблемой, имеющей отношение, как к здоровью матери, так и ее плода.

Тұжырым

Аяғы ауыр әйелдерде теміржетіспеушілік анемиясының алдын алу манызды мөселенің бірі болып саналады, өйткені ол ананың және өсіп жатқан баланың денсаулығына ықпалын тигізеді.

Summary

Prevention of iron deficiency anemia in pregnant women is an important issue which is of relevance as to the health of both mother and fetus.

Профилактика железодефицитной анемии (ЖДА) у беременных является одной из важных проблем, так как удельный вес этого заболевания в возникновении осложнений беременности, родов и послеродового периода, перинатальной патологии в последние 10 лет увеличился в несколько раз. Профилактика, прежде всего, требуется беременным с высоким риском развития анемии. К ним относятся женщины с анемией, гиперполименореей в анамнезе, многорожавшие, имеющие острые или рецидивирующие хронические инфекционные заболевания (печени, почек и т.д.); с уровнем гемоглобина в I триместре менее 120 г/л; многоводием; гестозом и др. Профилактические меры у беременных заключаются в назначении небольших доз железосодержащих препаратов (1-2 таблетки в день) в течение 4-6 мес., начиная с 12-14-й нед. беременности. Лечение проводится курсами по 2-3 нед. с перерывами 2-3 нед.; всего 3-4 курса.

Основное значение в профилактике ЖДА имеет восполнение запасов тканевого железа. Вышеотмеченное предотвращает их истощение в период беременности, родов и в послеродовом периоде, уменьшая тем самым риск развития ЖДА при повторных беременностях. Заместительная терапия железом способствует повышению массы плода при рождении.

Анемия беременных является тем неблагоприятным фоном, на котором развиваются многие осложнения у матери и плода. К основным

осложнениям беременности при ЖДА относятся: плацентарная недостаточность (18% - 24%), связанные с ней хроническая гипоксия и синдром задержки внутриутробного развития плода, гестоз (у 40-50%), преимущественно отечно - протеинурический синдром, преждевременные роды наступают у 11-42%; гипотония и слабость родовой деятельности отмечаются у 10-15%; гипотонические кровотечения в родах возникают у 10% рожениц; послеродовый период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12% и гипогалактией у 38% родильниц. Даже при скрытом дефиците железа у 59% женщин отмечено неблагоприятное течение беременности в виде угрозы ее прерывания.

Наличие анемии у рожениц сопровождается нарушением сократительной активности матки (10—15%), несвоевременным излитием околоплодных вод (8—10%), гипотоническим кровотечением (7-8%). При ЖДА у родильниц в несколько раз возрастает риск гнойно-воспалительных осложнений (эндометрит — 12%, мастит — 2%), гипогалактии (до 38%).

У младенцев, родившихся у матерей с ЖДА, в период новорожденности наблюдается большая потеря массы тела и более медленное ее восстановление, несколько чаще отмечаются гнойно-септические заболевания. У детей в возрасте до 2 лет 70% железа гемоглобина имеют материнское происхождение, в связи с чем, возрастаает необходимость нормального обеспечения

железом организма женщины во время беременности.

Наиболее распространенными факторами риска развития анемии являются: возраст матери до 19 лет и старше 30 лет, неустойчивое семейное положение, пассивное курение, неудовлетворительные бытовые условия, социальная незащищенность, abortionы.

Разрабатываемые в различных исследованиях предложения, направленные на оптимизацию здоровья беременных женщин заключаются, чаще всего, в рекламе здорового образа жизни, медико-санитарном просвещении населения, организации рационального питания, основанной на эколого-гигиенической концепции питания человека, в оздоровлении женского населения до и вовремя беременности.

При выборе препаратов для лечения анемии у беременных рекомендуется исходить из преимуществ пероральных препаратов над парентеральными, препаратов двухвалентного железа по сравнению с трехвалентным, содержащих железо в виде сульфата, и препаратов с замедленным выделением железа в связи с лучшей абсорбцией, переносимостью и большей эффективностью. Рекомендуемая доза 60–120 мг. элементарного железа в сутки, т.к. увеличение всасывания прекращается при суточной дозе железа более 240–260 мг.

При ЖДА терапия должна носить патогенетический характер. Профилактика анемии, прежде всего, требуется беременным с высоким риском развития данной патологии. К ним могут быть отнесены: женщины, прежде болевшие анемией; женщины, имеющие хронические инфек-

ционные болезни или хронические заболевания внутренних органов; многорожавшие женщины; беременные с уровнем гемоглобина в I триместре меньше 120 г/л; беременные с многоплодием; беременные с явлениями токсикоза; женщины, у которых в течение многих лет менструации продолжались более 5 дней.

Профилактика заключается в назначении небольшой дозы препарата железа в течение 4–6 месяцев при наличии латентного ЖДА до наступления беременности. Эта задача у беременных может быть решена длительным приемом препаратов железа в поддерживающей дозе, которая в 2–4 раза меньше лечебной, начиная с 12–14 недель беременности [1].

Рациональный подход при ведении беременных с ЖДА должен включать:

- 1) раннее выявление беременных группы высокого риска по развитию анемии;
- 2) тщательное обследование пациенток на наличие ЖДА и выявление ее причин;
- 3) своевременная профилактика или лечение ЖДА с использованием специальной диеты и современных медикаментозных средств, подобранных индивидуально, с учетом феррокинетических показателей.

Таким образом, профилактика железодефицитной анемии беременных является важной проблемой, имеющей отношение, как к здоровью матери, так и ее плода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дворецкий Л.И. Лечение железодефицитной анемии // Русский мед. журнал.-2001.-Т.6.- № 20.- С.1312-1316.

УДК 613.8:616.8-009

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

С.Е. ЕСКЕНДИР, Ж.С. АСКАРОВА, Д.Е. АМРЕНОВ

КГКП «Восточно-Казахстанская областная психиатрическая больница», с. Ново - Канайка

Резюме

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

Тұжырым

Жүйке ауытқулары адамдар арасында жи кездесетін мәселе, оның қоғамға, экономикамызға, ауру адамдардың өздеріне және олардың отбасына теріс әсері көп.

Summary

Mental disorders are a widespread problem, causing great damage to society, economy and welfare of themselves persons with mental disorders and their families

Не существует универсального, приемлемого для всех сообществ и культур определения психического или ментального здоровья. Однако из множества разных определений можно вывести компоненты психического здоровья и проследить определенные парадигмы психического здоровья в разных странах и системах здравоохранения, которые можно соотнести с особенностями психиатрической службы этих стран.

К примеру, западному направлению психиатрической службы, где достаточное внимание уделяется профилактике психических расстройств, соответствует положительный взгляд на психическое здоровье, т.е. здесь психическое здоровье определяется через наличие определенных свойств и качеств, а не отсутствие соответствующих расстройств. Одно из таких определений – это определение данное Всемирной Организацией Здравоохранения: Психическое здоровье можно представить как состояние благополучия, при котором каждый человек может реализовать свой собственный потенциал, справляясь с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества.

Итак, среди компонентов психического здоровья в данном определении указаны реализация человеком его способностей, способность продуктивно работать (творческий компонент), способность справляться со стрессовыми ситуаци-

ями (гибкость психики) и способность вносить вклад в жизнь сообщества (социальный компонент). Это широкое определение психического здоровья не дает представления о специфике этого вида здоровья и расстройств.

ЮНИСЕФ, придерживаясь в основном определения психического здоровья ВОЗ, добавляет: «Психическое здоровье рассматривается также как состояние, способствующее наиболееному физическому, умственному и эмоциональному развитию человека. Это состояние равновесия различных психических свойств и процессов, умение ими владеть, адекватно использовать и развивать, это позволяет человеку гармонично функционировать в социуме».

Таким образом, психическое здоровье обуславливается «здоровьем» таких его компонентов как: интеллектуальный; эмоционально-волевой; поведенческий; социальный; творческий; адаптивный.

Выделение поведенческого компонента может быть оспорено, поскольку поведение может рассматриваться как следствие эмоционального и интеллектуального состояния, однако поведение – один из важнейших критериев психического здоровья в клинической практике, поэтому его следует оставить.

В позитивном смысле психическое здоровье понимается как континуум, в котором оно может принимать различные значения. В центре

этого подхода поставлен анализ здорового функционирования как позитивного процесса, обладающего самостоятельной ценностью. Психическое благополучие рассматривается как позитивное качество, при котором индивид все еще может достигнуть более высокого уровня ментального здоровья, даже если он не имеет диагностированного психического расстройства. Это определение подчеркивает эмоциональное благополучие, способность вести полную и плодотворную жизнь и гибкость, необходимую для преодоления неизбежных трудностей. Однако характерной чертой моделей позитивного психического здоровья явился преимущественно их описательный характер; перечни черт, характеризующих здоровую личность, не позволяют ответить на практический вопрос о механизмах поддержания и восстановления психического здоровья при его нарушениях [1].

В прошлом наука о психическом здоровье была направлена на психические болезни и лечение наиболее тяжелых случаев болезни и только сейчас, когда накоплены некоторые знания и

опыт, она обращается к вопросам предотвращения заболеваний и укрепления здоровья. Однако ввиду того, что внимание этим проблемам стало уделяться сравнительно недавно, накопленные знания в этой сфере еще далеко не так обширны, как в сфере психический болезней.

Таким образом, психическое здоровье населения представляет большой интерес. Психическое здоровье – это предпосылка благополучия личности, семьи, межличностных отношений и общества. Однако значение психического здоровья, как правило, недооценивается до тех пор, пока не появляется видимая проблема. Доказано, что существует сильная связь между физическим и психическим здоровьем, и, что физические недуги могут приводить к психическим проблемам и наоборот.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акимова М.К. / Взгляды Л.С. Выготского. Проблемы современной психодиагностики / 7-е Международные чтения памяти Л.С. Выготского «Перспективы развития культурно-исторической теории». – 2006. - №11.- С. 35-37.

УДК 613.83-084

ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ

С.Е. ЕСКЕНДИР, Ж.С. АСКАРОВА, Д.Е. АМРЕНОВ

КГКП «Восточно-Казахстанская областная психиатрическая больница», с. Ново-Канайка

Резюме

На сегодняшний день вопрос о наркомании по-прежнему является актуальным, и его окончательное решение остается за законодателями, врачами и обществом.

Тұжырым

Қазіргі кезде нашақорлық өлі де маңызды мәселе болып отыр, оның сонғы шешімін занды құжат шығаралындар, дәрігерлер және қоғам шешеді.

Summary

Today the question about drug addiction is actual, and its final decision remains for legislators, doctors and society.

Лучшая методика борьбы с наркоманией, как показывает мировая практика, является профилактика, так как излечить от наркотической зависимости удаётся не более 2-3% заболевших.

Понятие «профилактика наркомании» включает в себя все усилия по уменьшению опасности, связанной с неправильным использованием этих веществ. Исходя из этих определений, тер-

мины наркомания и профилактика наркомании обычно используются наравне с понятиями злоупотребление психоактивными веществами и профилактика злоупотребления психоактивными веществами.

Существуют три основных направления профилактики наркомании: стратегия сокращения спроса; стратегия сокращения поставок; страте-

гия уменьшения негативных последствий злоупотребления наркотиками.

Программы профилактики злоупотребления психоактивными веществами должна учитывать особенности слоев населения, в которых проводятся соответствующие мероприятия. Реакции людей на эту проблему неоднозначны. Это часто зависит от региона страны, национального и возрастного состава, уровня экономического развития, проживают ли они в городе, пригородах или в сельской местности.

Важно ограничивать программу по профилактике пределами определенного региона, поселка или ближайшей окружающей территории, чтобы оценить ее эффективность и недостатки. Факторы риска, которые могут приводить к зависимости, зачастую таятся внутри различных культурных, общественных и экономических элементов жизни.

Огромную роль в профилактических программах играют средства массовой информации, которые в значительной степени формируют общественное мнение. К сожалению, социальная реклама у нас, в отличие от западных стран, до сих пор в диковинку. Только в последнее время власть и средства массовой информации стали использовать ролики, посвященные антинаркотической пропаганде. Но, к сожалению, прокат данных роликов проходит в то время, когда уровень просмотра телевизионных программ очень низок (утром с 11 до 13 часов и после обеда в 16 до 17 часов) и между большим количеством рекламы, что в свою очередь является стимулом для населения переключения на другой канал. Таким образом, основным контингентом просмотра социальной рекламы являются домохозяйки и не работающее население.

Информационный подход ориентирован на сознательных граждан. Речь идет о пропаганде здорового образа жизни и об информировании, о негативных последствиях употребления наркотиков. В наши дни активно идет анти - пропаганда наркотиков в средствах массовой информации: печатные издания, радиостанции, телевизионные передачи, учебных заведениях, рассказывающих о вреде наркотиков, предлагающих помочь врачей - наркологов.

Реальным выходом из создавшейся ситуации является привлечение к профилактической работе педагогов и психологов школ и ВУЗов. Очевидно, что максимальной возможностью при прове-

дении профилактики обладают люди, имеющие постоянный контакт с детьми и подростками, которые могут уловить те нюансы состояния и поведения, зачастую ускользающие от родителей и специалистов наркологов. Учебное учреждение представляет собой уникальную и весьма важную «площадку» для принятия мер по профилактике наркомании.

Это связано с тем, что комплексный подход на долговременной основе, сочетающий политику, экологические аспекты, просвещение и услуги в области здравоохранения, самым эффективным образом обеспечивает борьбу с этими предрасполагающими факторами, формируя у молодежи знания, установки и навыки, необходимые для сознательного отказа от наркотиков. Используя школы, колледжи и ВУЗы, можно вести пропаганду среди учащихся до того, как они начнут употреблять наркотики и во время критического подросткового периода, вырабатывая и проводя в жизнь политику по созданию обстановки, защищающей учеников от влияния наркотиков и наркоманов и способствующей формированию здорового образа жизни. Учебные заведения могут предлагать учащимся альтернативы наркомании для удовлетворения их потребностей в самовыражении, социальном развитии, развлечениях, рискованных предприятиях и т.д. В школах и колледжах можно заниматься антинаркотическим просвещением среди родителей, поддерживая их усилия по защите детей от влияния наркотиков [1].

Таким образом, профилактика наркомании в школах является важнейшим составным элементом усилий по борьбе с негативными последствиями наркомании для общества и с наркоманией в целом. Конечно, органы народного образования не должны нести персональную ответственность за изменение образа жизни учащихся; в то же время учебным организациям отводится ключевая роль в формировании у учащихся знаний, установок и навыков, необходимых для сознательного отказа от наркотиков, а также в представлении им возможностей и средств для такого шага.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Максимова Н.Ю. психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. - Ростов - на - Дону.: Феникс, 2005. – 334 с.

ПРОФИЛАКТИКА СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА**А.Д. АХМЕТОВА**КГП на ПХВ «Жамбылский областной центр проблем формирования здорового образа жизни»,
г. Тараз**Резюме**

Несоблюдение общих правил профилактики спортивного травматизма значительно повышает риск получить травму.

Тұжырым

Спорттық жаракаттанудың алдын алуының жалпы ережелерін сактамау жаракат алу қауіпін едөүір жоғарылатады.

Summary

Not observance of the general rules of preventive maintenance of a sports traumatism considerably raises risk to be traumatized.

В отечественной и зарубежной литературе достаточно широко освещены проблемы борьбы с различными видами травматизма и совершенно недостаточно – вопросы организации травматолого-ортопедической помощи и профилактики травматизма в спорте. Спортивный травматизм – это несчастные случаи, возникшие при занятиях спортом, во время занятий физкультурой. Среди причин смерти, травма (повреждение) занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных опухолей. В связи с развитием и увеличением популярности спорта возрастает доля спортивного травматизма.

Повреждением или травмой называют воздействие на организм человека внешнего фактора (механического, физического, химического, радиоактивного, рентгеновских лучей, электричества и др.), нарушающего строение и целостность тканей, и нормальное течение физиологических процессов.

В зависимости от характера травмируемой ткани различают: кожные (ушибы, раны), подкожные (разрывы связок, переломы костей и пр.) и полостные (ушибы, кровоизлияния, ранения груди, живота, суставов) повреждения.

Повреждения делятся на прямые и непрямые, в зависимости от точки приложения силы. Они могут быть одиночными (например, поперечный перелом бедренной кости), множественными (множественный перелом ребер), сочетанными

(перелом костей таза с разрывом мочевого пузыря) и комбинированными (перелом бедра и отморожение стопы и т.п.).

Действие механического фактора, вызывающего повреждения, проявляется в виде сжатия, растяжения, разрыва, скручивания или противоудара, в результате которого травмируется участок ткани, противоположный месту приложения силы. Травмы бывают открытые, с нарушением целостности, и закрытые, когда изменение тканей и органов происходит при неповрежденной коже и слизистой оболочке.

Виды травм. По степени тяжести травмы делятся на тяжелые, средние и легкие. Тяжелые травмы – это травмы, вызывающие резко выраженные нарушения здоровья и приводящие к потере учебной и спортивной трудоспособности сроком свыше 30 дней. Пострадавших госпитализируют или длительное время лечат у детских травматологов-ортопедов в специализированных отделениях либо амбулаторно.

Травмы средней степени – это травмы с выраженным изменением в организме, приведшие к учебной и спортивной нетрудоспособности сроком от 10 до 30 дней. Дети со спортивными травмами средней тяжести также должны лечиться у детских травматологов-ортопедов.

Легкие травмы – это травмы, не вызывающие значительных нарушений в организме и потери общей и спортивной работоспособности. К ним относятся ссадины, потертости, поверхностные

раны, легкие ушибы, растяжение 1-й степени и др., при которых учащиеся нуждаются в оказании первой врачебной помощи. Возможно сочетание назначенного врачом лечения (сроком до 10 дней) с тренировками и занятиями пониженной интенсивности.

Кроме того, выделяют острые и хронические травмы. Острые травмы возникают в результате внезапного воздействия того или иного травмирующего фактора. Хронические травмы являются результатом многократного действия одного и того же травмирующего фактора на определенную область тела.

Существует еще один вид травм – микротравмы. Это повреждения, получаемые клетками тканей в результате однократного (или часто повреждающегося) воздействия, незначительно превышающего пределы физиологического сопротивления тканей и вызывающего нарушение их функций и структуры (длительные нагрузки на неокрепший организм детей и подростков). Иногда выделяют очень легкие травмы (без потери спортивной трудоспособности) и очень тяжелые травмы (приводящие к спортивной инвалидности и смертельным исходам).

Ушибы, разрывы и растяжения связок суставов, вывихи суставов возникают при непосредственном ударе или опосредованно. В последнем случае, травма возникает за счет соседних костей от действия силы, переданной по оси кости, например, при падении на вытянутые руки. Среди видов спортивных повреждений ушибы наиболее часто встречаются в хоккее, футболе, боксе, спортивных играх, борьбе, конькобежном спорте. Повреждение мышц и сухожилий часто наблюдаются при занятиях штангой, легкой атлетикой и гимнастикой.

Растяжение связок происходит при занятиях штангой, борьбой, легкой атлетикой, гимнастикой, спортивными играми и боксом. Растяжению подвергаются как внесуставной, так и внутрисуставной связочный аппарат. Легкие растяжения связок заживают без последствий при своевременном наложении иммобилизующей тугой повязки, прикладывании холода и своевременной физиотерапии. При тяжелых растяжениях длительно сохраняются продолжительные боли и ограничение подвижности в суставе. Переломы костей относительно часто возникают у борцов, конькобежцев, велосипедистов, хоккеистов, боксеров, горнолыжников, футболистов. Раны, ссадины, потертости преобладают при занятиях ве-

лосипедным, лыжным, конькобежным спортом, хоккеем, греблей. Сотрясение мозга наиболее часто встречается у боксеров, велосипедистов, футболистов, представителей горнолыжного спорта. Повреждение мениска коленного сустава наиболее частая травма среди спортсменов.

По локализации повреждений у физкультурников и спортсменом чаще всего наблюдаются травмы конечностей, среди них преобладают повреждения суставов, особенно коленного и голеностопного. В спортивном травматизме преимущественное поражение суставов - 38%, много ушибов - 31%, переломы - 9%, вывихи - 4%. В зимний период травм больше - до 51%, чем в летний период - 21,8%, а в межсезонье (в закрытых помещениях) - 27,5%.

Травмы – это тяжелое испытание психологического и физического плана для ребенка. Существуют внутренние факторы, вызывающие спортивные травмы: состояние утомления, переутомления, перетренировка, хронические очаги инфекций, индивидуальные особенности организма, возможные перерывы в занятиях. Даже при благоприятном исходе тяжелая травма у многих детей и подростков отбивает желание заниматься физической культурой и спортом. Кроме того, 8-10% тяжелых травм заканчиваются потерей общей и спортивной трудоспособности, т.е. приводят к инвалидности.

Неизбежны ли травмы при занятиях физкультурой и спортом?

Подробнейший анализ большого количества травм у школьников при занятиях физкультурой и спортом в течение 20 лет показал, что спортивный травматизм – это в определенной мере процесс управляемый. И при организации надлежащих мер профилактики спортивные травмы можно свести к минимуму, особенно повреждения средней и тяжелой степени тяжести.

Профилактика спортивного травматизма основана на принципах профилактики повреждений с учетом особенностей отдельных видов спорта. Кроме общих организационно-профилактических мер обеспечения безопасности на учебно-тренировочных занятиях и спортивных соревнованиях в отдельных видах спорта существуют меры профилактики спортивного травматизма, присущие только данному виду спорта.

Профилактика спортивного травматизма и заболеваний.

Важными задачами предупреждения спортивного травматизма являются:

- Знание причин возникновения телесных повреждений и их особенностей в различных видах физических упражнений;
- Разработка мер по предупреждению спортивных травм. Причины спортивных травм - неправильная организация занятий;
- Недочеты и ошибки в методике проведения занятий;

- Неудовлетворительное состояние мест занятий и спортивного оборудования;
- Нарушение правил врачебного контроля;
- Неблагоприятные санитарно-гигиенические и метеорологические условия при проведении занятий;
- Нарушение правил врачебного контроля, который имеет большое значение в профилактике травматизма.

УДК 612.466:616.6-008.6-057:796

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У СПОРТСМЕНОВ

А.Д. АХМЕТОВА

КГП на ПХВ «Жамбылский областной центр проблем формирования здорового образа жизни»,
г. Тараз

Резюме

Физиологические изменения мочевыводящих путей у спортсменов зависят от величины физической нагрузки.

Тұжырым

Спортшылардың зәр шығару жолдарының физиологиялық өзгерістері, физикалық жүктемеге тікелей байланысты.

Summary

Physiological changes of urinary tract infections in athletes depend on the value of physical activity.

Эта проблема уже длительное время является предметом исследования большого числа авторов, многие проблемы этиологии, патогенеза и особенно клинической оценки наблюдаемых у спортсменов изменений в моче до сих пор далеки от решения.

Статистически достоверное возрастание экскреции протеина вообще, и альбумина, имеющего относительную молекулярную массу 69000, в частности, наблюдается при длительном беге на лыжах. Частое появление протеинурии у бегунов на длинные дистанции (марафонцы) после пробега 42- и 75-километровой дистанции отмечают Giebel (1981). Проведенный после пробега анализ протеина в моче с использованием метода поликариламидэлектрофореза не обнаружил фракций с относительной молекулярной массой более 90 000, что в соответствии с данными J. Poortmans (1977) указывает на физиологическую

природу такой протеинурии. Кроме того, у бегунов на длинные дистанции (10000 м и более) после пробега нередко наблюдается и гематурия. Обследования спортсменов в лабораторных условиях с использованием как кратковременных, так и длительных физических нагрузок на велоэргометре или тредмиле подтверждают описанную закономерность. Показано, что с возрастанием скорости нагрузки на тредмиле увеличивается тенденция к микрогематурии, цилиндрии и протеинурии.

Таким образом, степень и характер изменений в моче, несомненно, зависят от величины физической нагрузки. Протеинурия возникает чаще у тех спортсменов, для которых физическая нагрузка является чрезмерной, т.е. превышает их функциональные возможности, т.е. склонность к протеинурии и другим изменениям в моче следует искать в отсутствии у спортсменов должной

адаптации к той или иной физической нагрузке, где требуется соответствующая подготовка. Примером может служить случай преходящей гематурии у начинающего ватерполиста, который дважды в течение одних суток участвовал в соревнованиях. Нормализация состава мочи обычно происходит через 24 часа после окончания тренировки или соревнования, но после большого физического напряжения изменения в моче могут сохраняться и длительное время — 48–72 часов. В исследованиях последних лет, проведенных с использованием такого информативного метода, как радионуклидная ренография впервые получены данные, свидетельствующие о том, что изменения функции почек могут сохраняться у высококвалифицированных спортсменов в течение длительного периода после прекращения тренировок (от 5 дней до года). Речь идет о спортсменах, у которых предварительно проведенные экскреторная урография, ультразвуковое и биохимическое исследования полностью исключали органические или врожденные изменения в почках. В большинстве случаев (70,4%) у спортсменов, длительно использующих большие по объему и интенсивности тренировочные нагрузки, отмечаются нарушения одного или нескольких параметров изотопной ренографии, которые сохраняются и после длительного отдыха. Таким образом, систематические исследования мочи в период тренировок и соревнований могут в определенной степени помочь в оценке общего состояния спортсмена и определении времени, необходимого для его приспособления к той или иной степени физической нагрузки и условиям тренировки. Кроме того, изменения в моче могут быть ранним симптомом, свидетельствующим о перегрузке, и их раннее выявление может способствовать профилактике переутомления спортсменов.

Механизм возникновения изменений в почках и мочевыводящих путях под влиянием физической нагрузки до конца не известен. Здесь могут иметь значение различные факторы. Исследования мочи у спортсменов проводятся обычно через 24 часа после тренировок и менее, т.е. в

срок, не всегда достаточный для полного восстановления после больших физических нагрузок. Можно высказать предположение, что отмеченные изменения в подавляющем большинстве случаев являются следствием неполного восстановления функции почек после физического напряжения. Хорошо известен тип протеинурии, связанной с физической работой, так называемая рабочая, маршевая или спортивная протеинурия, при которой, как показал электрофоретический анализ, с мочой выделяются все белковые фракции, которые обнаруживаются в плазме крови. После проведения соревнований в любом виде спорта у 55–80% спортсменов в моче содержится белок в значительном количестве, и определяются изменения в осадке мочи (эритроциты, цилиндры). О частоте тех или иных изменений в моче после физической нагрузки у спортсменов-профессионалов различных видов спорта можно судить на основании таблицы (таблица 1).

Но нельзя исключить, что среди этих спортсменов имеются также и лица с недиагностированными заболеваниями почек. Поэтому изменения в моче в состоянии покоя, в том числе протеинурия, в каждом отдельном случае требуют тщательного клинического анализа.

Хотя в настоящее время и не придается большого значения закрытой травме почек и мочевого пузыря, полностью такую причину возникновения изменений в моче у спортсмена в определенных видах спорта исключить нельзя. Одними из первых были проведены исследования состояния почек и мочевыводящих путей у футболистов и боксеров. В связи, с чем высказано предположение, что основной причиной появления в моче патологических элементов является закрытая травма почек. В последние годы появился термин «100-метровая гематурия», который используется при появлении последней у бегунов на длинные дистанции. Такого рода гематурия связывается с повреждением стенок опорожненного мочевого пузыря при их соприкосновении вследствие сотрясения, возникающего во время бега. Существенную роль в появлении изменений в моче могут играть метаболические измене-

Таблица 1. Частота изменений мочи у спортсменов-профессионалов после физической нагрузки в процентах от общего числа обследованных

Характер изменений мочи	Боксеры	Борцы	Баскетболисты	Хоккеисты
Протеинурия	67	40	78	63
Эритроциты	65	48	71	70
Лейкоциты	57	86	40	40
Цилиндры (глиалиновые и зернистые)	24	44	57	47

ния, а именно — изменения щелочного резерва с тенденцией к ацидозу и накопление молочной кислоты, представляющей собой токсическое вещество для почек. На этом основывается теория о развитии «спортивного преднефрита» или «псевдонефрита спортсменов». Такой механизм развития изменений в моче может иметь место у нетренированных спортсменов или в случаях, когда применяемые тренировочные нагрузки являются чрезмерными.

Основываясь на результатах экспериментальных и клинических исследований, причиной изменений в моче у спортсменов является ишемия почек. При мышечной деятельности изменения гемодинамики ведут к перемещению крови из внутренних органов к работающим мышцам. Почекный кровоток при этом уменьшается как минимум на 25% по сравнению с покойем, а при значительных нагрузках это уменьшение может достигать 49%. Снижение (более 30%) почечного кровотока ведет к ишемии части нефрона и падению клубочковой фильтрации. Уменьшение кровообращения в почках происходит неравномерно: оно выражено в большей степени в кортикальных отделах, на границе кортикального и мозгового почечных слоев. Вследствие развивающейся гипоксии повышается проницаемость гломерулярных мембран для белков плазмы крови и эритроцитов. Развитие гипоксии связано также с констрикцией почечных артериол и влиянием ренинангиотензиновой системы на мембранный механизм. У спортсменов степень снижения почечного кровотока и клубочковой фильтрации находится в определенной зависимости от уровня функционального состояния. Так, снижение почечного кровотока выражено более резко и наступает при более легкой нагрузке в состоянии переутомления. Значительные перегрузки могут вызывать резкое ухудшение почечного кровотока, ведущее к появлению морфологических изменений в почках и, как следствие, в отдельных случаях — к развитию острой почечной недостаточности. Установлено также, что отрицательная динамика почечного плазмотока наблюдается не только после однократной физической нагрузки, но и в ответ на ранее переносимые физические нагрузки.

В связи с этим заслуживают особого внимания исследования А.Г. Дембо, М.М. Щербы и Е.Ю. Шамиса (1975), проведенные у спортсменов с выраженными изменениями в моче, клиническая оценка которых вызывала значитель-

ные трудности. Использование с диагностической целью метода пункционной биопсии позволило при гистологическом исследовании биоптатов выявить своеобразные изменения в ткани почек не позволяющие считать их физиологическими. Что заключались в значительной пролиферации клеток эндотелия и в меньшей степени клеток мезангия, обычно очагового характера, дистрофии отдельных клеток проксимальных и дистальных извитых канальцев с вакуолизацией эпителия, периваскулярном склерозе и некотором утолщении стенок артерий среднего и мелкого калибра. После клинического анализа впервые высказано предположение, что такие изменения ткани почек следует рассматривать как своеобразные патологические изменения, возникающие вследствие хронического физического перенапряжения. Таким образом, наряду с физиологическими изменениями в моче, встречающимися у здоровых лиц после физической нагрузки, могут наблюдаться и такие, генез которых связан с патологическими изменениями ткани почек в результате хронического физического перенапряжения.

Заключение. Физиологические изменения в почках и соответствующие им изменения в моче, несомненно, имеющие место при физической перегрузке, довольно значительны и создают этим существенные трудности для диагностики действительно патологических изменений в почках, которые все же встречаются у спортсменов.

Вопрос о генезе этих физиологических изменений в моче еще не может считаться окончательно решенным и требует дальнейшего изучения. Трудности правильной клинической оценки изменений, обнаруживаемых в моче действующих спортсменов, и выявления патологических изменений в почках усугубляются еще одним обстоятельством. Представление о физиологическом характере наблюдаемых у спортсменов изменений в моче прочно укрепилось у спортивных врачей, и в ряде случаев несомненного заболевания почек, установленного клинически, все же дается неверное «физиологическое» толкование полученных при обследовании данных. Такая позиция основывается на убеждении, что высокие спортивные результаты исключают возможность патологических изменений. Все это убедительно показывает, что при оценке спортивными врачами изменений в моче у спортсменов часто нет должного и обязательного клинического подхода, что приводит к неверным заклю-

чениям, нередко оканчивающимся трагическим исходом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лечебная физическая культура. Учебник для студентов институтов физической культуры / Под ред. С.Н. Попова. – М., 1978.
2. Нефрология в терапевтической практике / Под ред. А.С. Чиза. – Минск, 1998.

3. Спортивная медицина. Н.Д. Граевская. Т.И.Долматова.
4. Лечебная физическая культура. Учебник для студентов институтов физической культуры / Под. ред. С.Н. Попова. – М., 1988.
5. Лечебная физическая культура при заболеваний в детском возрасте. – 2-е изд. Под ред. С.М. Иванова. – М., 1983.
6. Справочник по детской лечебной физкультуре / Под ред. М.И.Фонарёва. – М., 1983.
7. Лечебная физическая культура / Под ред. И.М. Саркизова-Сиразини. – М., 1954.

УДК 613.88 - 053.97

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ

Г.С. ДЮСУПОВА

Родильный дом, г. Атырау

Резюме

В статье представлены данные о состоянии репродуктивного здоровья подростков и молодёжи и основных проблемах их репродуктивного и сексуального воспитания в Казахстане.

Тұжырым

Мақалада жасөспірімдер мен жастардың репродуктивті деңсаулығының негізгі мәселелері және Қазақстандағы репродуктивті, жыныстық катынасу тәрбиесі туралы мәліметтері берілген.

Summary

The article presents information about the status of reproductive health of teenagers and young people and main problems of reproductive, sexual education in Kazakhstan.

Беременность – самая распространенная причина смерти женщин в возрасте от 15 до 19 лет во всем мире. Ежегодно 5% девушек подросткового возраста заражаются инфекциями, передаваемыми половым путем. На долю молодых людей моложе 25 лет приходится каждый второй новый случай заболевания ВИЧ-инфекцией в мире. Большинство из них знают об этих заболеваниях совсем мало; многие неохотно обращаются за медицинской помощью. Далеко не всем подросткам известно, что презервативы обеспечивают двойную защиту – от нежелательной беременности и от инфекций. И даже если молодые люди хотят использовать презервативы, у них не всегда есть доступ к этому методу контрацепции или же они не могут договориться об их использовании [1].

Подростковый возраст – это период жизни, когда человек уже не ребенок, но еще не взрослый, когда с индивидуумом происходят громадные физические и психологические изменения. Подросток переживает изменения социальных ожиданий и восприятия. Это скорее не фиксированный возраст, а фаза развития (ВОЗ).

По определению ООН к подросткам относятся лица в возрасте от 10 до 19 лет. Термин включает ранний (10-12 лет), средний (13-15 лет) и старший подростковый возраст (старше 15 лет) (ООН). К Молодым людям ВОЗ относит лиц в возрасте от 10 до 24 лет. По определению Организации Объединенных Наций, к молодежи относятся лица в возрасте 15-24 лет.

Молодежь в Казахстане – граждане РК в возрасте от 14 до 29 лет (Закон Республики Казах-

стан «О государственной молодежной политике в Республике Казахстан» от 7 июля 2004 года № 581-II). Существенной проблемой поиска статистической и достоверной информации об основных медико-демографических показателях подростков и молодежи является отсутствие единого подхода к определению подросткового возраста и системе мониторинга основных детерминант их здоровья.

В РК учет подросткового возраста, осуществляется в ежегодных официальных статистических сборниках «Состояние здоровья населения РК и деятельности организаций здравоохранения», где учитывается только уровень заболеваемости у лиц 15 -17 лет 11 месяцев 29 дней [2].

В Казахстане среднегодовая численность подростков 15-17 лет составляет 841,5тысяч человек или 5,16% в общей численности населения. В Атырауской области среднегодовая численность подростков равна 29,9тысяч человек или 5,6% населения области соответственно.

Ранняя сексуальная активность подростков стала одной из важнейших социальных проблем, причем молодые люди часто не готовы к половой жизни ни физиологически, ни психологически: у них нет достаточных знаний об инфекциях, передающихся половым путем, о возможности отрицательных последствий раннего начала половой жизни и прерывания беременности. Удельный вес абортов среди девушек младше 18 лет в Республике Казахстан составляет в среднем 6-7% от общего числа абортов. В возрастной группе 15-18 лет прерывание беременности в половине случаев – это повторно беременные [3].

Как показывают исследования, проведенные среди девушек-подростков 15-17 лет до 80% девушек, ведущих половую жизнь, не испытывают страха перед незапланированной беременностью. Около половины девушек утверждают, что не нуждаются в информации по вопросам интимных отношений, однако каждая десятая не имеет никаких представлений о неблагоприятных последствиях абортов, многие девушки не знают, что искусственное прерывание беременности может вызвать бесплодие (38%), стать в дальнейшем причиной выкидышей (50%), осложниться кровотечением (61%), спровоцировать нарушения менструального цикла (68%). Каждая пятая девушка уверена, что искусственное прерывание беременности на ранних сроках вообще не оказывает отрицательного влияния на организм женщины. Безусловный вред любого аборта признают только 11% девушек [4].

Беременность является одной из ведущих причин смерти девушек в возрасте от 15 до 19 лет при этом основными факторами являются послеродовые осложнения и внебольничные аборты [5].

В США каждый пятый подросток, имеющий риск незапланированной беременности, не использует какой-либо метод контрацепции [6].

К сожалению, на сегодняшний день имеются все условия для широкого распространения ИППП среди подростков и факторов риска, разрушающих их здоровье (репродуктивное в том числе). Низкая информированность, ранняя сексуальная активность и пренебрежение мерами защиты делает группу подростков наиболее уязвимой в отношении риска заражения ВИЧ-инфекцией и ИППП.

В структуре инфекций среди подростков 15-17 лет доминируют хламидиоз, герпетические урогенитальные инфекции, трихомониаз. Низкий уровень контрацептивной грамотности, высокая распространенность абортов обусловливают нарушения репродуктивной системы девушек – подростков, что в сочетании с общим ухудшением состояния их здоровья приводит к неблагоприятному течению беременности и родов.

Подростки и молодежь добровольно могут обращаться в лечебно-профилактические организации по вопросам, касающимся общесоматических заболеваний (ОРЗ, грипп и др.) Но ситуация становится совершенно иной, если проблемы подростков связаны с заболеваниями или вопросами интимной стороны их жизни. Данная ситуация объясняется прежде всего отсутствием доверия у подростков к современным формам и методам консультирования, медицинской помощи (отсутствие анонимности, опыта общения с подростками, знаний подростковой психологии у большинства медицинских специалистов, также платность предоставляемых услуг). По данным исследований среди девочек-подростков причинами их редкой обращаемости к врачу акушеру-гинекологу являются стеснительность – 44,0%; боязнь, что узнают родители – 36,0%; большие очереди на прием к врачу – 20,0% [7].

Данные полученные в результате опросов подростков и молодёжи 15-19 лет в Казахстане свидетельствуют о имеющей место стойкой тенденции более раннего начала половой жизни. На наличие половых контактов подростков и молодёжи 15-19 лет указывает 8, 4% 14 летних подростков. В 15 лет наличие половых контактов от-

мечают 33,1% подростков, а в 19 лет каждый второй молодой человек - 49,2%.

Половые контакты более, чем с одним партнером чаще имеют подростки 17 лет - 52,6%.

Достаточно высоким (22,4% независимо от места проживания) оказывается процент подростков и молодых людей, которые не использовали презервативы при последнем половом контакте или не помнили о применении средств контрацепции. Доля лиц, не предохранявшихся от нежелательной беременности, составляет 12%.

Среди девушек-подростков 15-19 лет, которые вступали в половые контакты, каждая пятая девушка (21,3%) сообщила, что у нее наступала беременность. Беременность закончилась абортом у 61,9% и родами у 38,1%.

Наблюдается низкий уровень информированности и мотивированности к ведению здорового образа жизни подростков и молодёжи. Самыми распространёнными источниками информации об охране репродуктивного здоровья являются СМИ - 60,3%, школа/учебные заведения на втором месте - 49,7%, друзья на третьем - 47,7%. Медицинских работников указали - 45,8%, интернет - 43,3%, педагогов - 40,9%, родителей - 34,4% респондентов.

Исходя из вышеизложенного очевидно, что в области охраны репродуктивного здоровья подростков и молодёжи существуют следующие проблемы:

- низкий уровень информированности подростков и молодёжи по всем аспектам репродуктивного здоровья,

- недостаточная вовлечённость семьи, родителей в вопросы сексуального воспитания:

- недостаточная информация и доступ к услугам в области планирования семьи:

- не эффективное использование противозачаточных средств:

- ограниченный доступ к медицинским услугам в области репродуктивного здоровья подростков:

- низкая степень доверия подростков к существующим медицинским организациям, отсутствие конфиденциальности при предоставлении услуг:

- недостаточная эффективность профилактических программ по повышению осведомлённости молодёжи и развитию навыков безопасного репродуктивного поведения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Отчет по результатам социологического исследования «Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение молодежи Беларуси». – Центр социологических и политических исследований БГУ. – Минск, 2002.

2. «Здоровье подростков и молодёжи как общественная ценность Казахстана». Детский Фонд Организации Объединенных Наций в Казахстане. - 2008.

3. Кротин П.Н., Куликов А.М., Кожуховская Т.Ю. «Клиники дружественные молодёжи». - М., - 2006. - 60 с.

4. Мустакимова А.А., Габдуллина С.Н. Сексуальное поведение и репродуктивные установки девушек-подростков 15-17 лет / Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием «Профилактическая медицина в России: истоки и современность», посвященная 140-летию образования первой гигиенической кафедры в России (24-25 сентября 2009г.) Казань, 2009 - Т.2 – С. 48-49.

5. Всемирный доклад по вопросам молодежи / Генеральная Ассамблея ООН. – Шестидесятая сессия. – 2005.

6. Gold RB., Sonfield A. Reproductive health services for adolescents under the State Children's Health Insurance Program // Family Planning Perspectives. – 2001. – Vol. 33(2). – P. 81-7.

7. Карабалин Н.С. Репродуктивное здоровье и совершенствование медико-социальной помощи девушкам-учащимся средних и высших учебных заведений (на примере г. Алматы): дис. канд. мед. наук. – Алматы, 2007. – 122 с.

УДК 614.7:616-056.8:303.5

**МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫБОРКИ И ДИЗАЙН СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА
ПО ИССЛЕДОВАНИЮ КОМПЛЕКСНОГО ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
РИСКА И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Т.С. ХАЙДАРОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК.

Резюме

При проведении социологического опроса урбанизированных территорий по выявлению комплексного влияния факторов риска развития заболеваний нами применен метод случайного отбора (в гнездах - группах), серийная (гнездовая или кластерная), многоступенчатая выборка, проведена территориальная стратификационная выборка. Количество респондентов в каждой группе было однородным, и составляло 100 человек.

Тұжырым

Аурулардың даму қауіп - көтерлөрі факторларының кешенді әсер етуін анықтау бойынша урбанизацияланған аумактарда әлеуметтік сауалнама жүргізу кезінде бізben кездейсок іріктеу (ұяларда - топтарда), топтамалық көпсатылы тандау (ұялық немесе сұрыптық) әдістемесі қолданылды, аумактық стратификациялық тандау жүргізілді. Әрбір топтағы респонденттер саны біріншай болды, және 100 адамды құраған.

Summary

When conducting a poll of urban areas to identify the combined effect of risk factors for diseases we have applied the method of random sampling (in the nests - groups), serial (or nest cluster) multi-stage sampling, carried out territorial stratification sampling. The number of respondents in each group was uniform, and was 100 people.

При проведении социологического опроса населения урбанизированных территорий Казахстана по определению факторов риска развития заболеваний мы старались соблюдать принцип количественной репрезентативности. Под количественной репрезентативностью понимают достаточное число единиц наблюдения в выборке для проявления закона больших чисел. Репрезентативность выборки зависит не только от её численности и от способов формирования выборочной совокупности, т.е. способов отбора единиц наблюдения (способов рандомизации), но и от поставленных целей и задач исследования.

Главное требование, предъявляемое к отбору – это его случайность (рандомизированный отбор). При этом каждой единице наблюдения обеспечивается одинаковая вероятность попадания в выборку благодаря случайности отбора. Случайность отбора достигается путем выбора и применения адекватного метода рандомизации, что является очень важным моментом в исследовании, от которого будет зависеть полноценность полу-

чаемых данных и, в конечном итоге, успех всего исследования.

Для простоты обеспечения статистической достоверности мы ограничились случаем равной численности групп. Заметим, что, как и всегда, при заданном числе обследованных именно равная численность групп обеспечивает максимальную чувствительность и достоверность данных. *Численность (объем) выборки зависит от уровня однородности или разнородности изучаемых объектов.* Чем более они однородны, тем меньшая численность может обеспечить статистически достоверные выводы [1].

Объем выборки зависит также от уровня доверительного интервала допустимой ошибки, каковая, как уже говорилось, задается целесообразной точностью итоговых обобщений: от повышенной до ориентировочной.

Повышенная надежность допускает ошибку выборки до 3%, обыкновенная – до 3- 10% (доверительный интервал распределений на уровне 0,03- 0,1), приближенная – от 10 до 20%, ориен-

Таблица 1. Расчеты репрезентативной выборки

Объем генеральной совокупности	500	1000	2000	3000
Объем выборки	222	286	333	350
Объем генеральной совокупности	4000	5000	10000	100000
Объем выборки	360	370	385	358
Объем выборки, если генеральная совокупность > 5000	25	45	100	123
Фактическая ошибка при данном объеме выборки, %	20	15	10	9
			156	204
			400	625
			7	5
				4

тировочная – от 20 до 40%, а прикидочная – более 40% [3-4].

Однако здесь имеются в виду так называемые *случайные ошибки*, связанные с природой любых статистических погрешностей. Именно они и вычисляются как ошибки репрезентативности вероятностных выборок.

В. И. Паниотто приводит следующие расчеты репрезентативной выборки с допущением 5-процентной ошибки [1], (табл. 1).

Для совокупности более 100000 выборка составляет 400 единиц. Если же иметь в виду генеральные совокупности численностью от 5 тыс. и больше, то, по расчетам того же автора, можно указать величины фактической ошибки выборки в зависимости от ее объема [2], что для нас весьма важно, памятуя, что величина допустимой ошибки зависит от цели исследования и неизбежательно должна приближаться к 5-процентному; уровню.

При больших генеральных совокупностях, как это имеет место в опросах населения, используют *многоступенчатый отбор* по районам, т. е. крупным структурным составляющим генеральной совокупности: регионы, типы поселений, кварталы города.

Многоступенчатая выборка осуществляется не в локальных масштабах, а в региональных, общенациональных. Использовать одноступенчатую выборку в таких масштабах нерационально, да и очень дорого обойдется такое исследование. Многоступенчатая выборка в этом плане экономична и упрощает подход к выбору объекта.

Стратифицированная выборка, нами использован метод районированной стратификации, которая проводилась по территориальному принципу (выделены 14 областей, в которых в свою очередь определены города областного масштаба и сельские районы), при опросах часто применяют районирование по областям и городам.

Также для соблюдения принципа вероятностного (случайного) отбора с целью повышения

достоверности данных опроса, нами применен метод случайной выборки в группах (в стратах – из каждой страты отбирался определенный процент единиц отбора – 10%). Группы респондентов по количественному составу и по признаку пола, возраста были однородны (по каждой возрастной группе – 100 человек).

Нами применена статифицированная выборка так как цели и задачи исследования требуют вероятностного отбора респондентов по каким-либо групповым критериям (пол, возраст), мы имеем дело с неоднородной генеральной совокупностью (в социологический опрос взято все население как генеральная совокупность, население различается по возрасту и полу, по социальному положению и другим признакам, и генеральная совокупность слишком велика, или имеет сложную структуру, и основу выборки для всей генеральной совокупности получить сложно, чем для отдельных её частей). Для повышения выборки из точности результатов отбора при стратификации была проведена процедура деления генеральной совокупности на страты («страта» – это социальная, возрастная, или иная группа, буквально «слой»), которые являются однородными и используются для изучения в каждой страте (группе) поведенческих факторов риска и других признаков. После определения страт в каждой из них осуществлялась случайная выборка, при наличии собственной основы выборки.

Выделяют три способа размещения выборки (для того чтобы выборка не теряла свой случайный характер):

1. Пропорциональное размещение выборки: из каждой страты отбирается определенный процент (5-10%) единиц отбора, «объем выборки из страты пропорционален размеру страты в генеральной совокупности». Этот способ очень простой и надежный.

2. Равномерное размещение выборки: из каждой страты отбирается одинаковое число единиц (например, по 200-300). Применяется в случаях,

когда исследователю неизвестны объемы страт исходной совокупности.

При проведении серийной выборки мы генеральную совокупность расчленили на естественные гнезда (районы, города, школы, классы, организации, предприятия), и нами проведено обеспечение одинаковых размеров гнезд по трем признакам – территории, полу и возрасту. В качестве кластеров выступают: территории, классы, студенческие группы, школы – при изучении школьников, и организации, предприятия для опроса работающего населения, больницы – при изучении пациентов, а так же районы, города.

Простой случайный отбор из генеральной совокупности предполагает что:

- генеральная совокупность однородна;
- все её элементы доступны для исследования в одинаковой степени;
- имеется полный список элементов, составляющих генеральную совокупность (или хотя бы репрезентативная основа выборки);
- к этому списку применяются процедуры случайного отбора, с использованием таблиц или компьютерных генераторов случайных чисел».

Многоступенчатая выборка. Процедура многоступенчатой выборки включает несколько ступеней, при этом на каждой из них единица отбора меняется. «Различают единицы отбора первой ступени (первичные единицы – ученики в возрасте 11-14 лет), единицы отбора вторичной ступени (вторичные единицы – учащиеся Вузов – Сузов в возрасте 15-17 лет; и в возрасте 18-24 года) и так далее (всего 8 исследуемых групп). Объекты каждой ступени, с которых ведется непосредственный сбор информации, называются единицами наблюдения».

Процедура многоступенчатой выборки строится следующим образом:

1. отбор регионов (8 областей, где развита промышленная деятельность);
2. отбор города в них, где есть школы, сузы, вузы и организации, предприятия;
3. отбор учебных заведений (школ), в которых будет проводиться исследование;
4. выбор академических групп Вузов;
5. отбор школьников, учащихся, студентов.

При проведении социологического опроса урбанизированных территорий по выявлению комплексного влияния факторов риска развития заболеваний нами применен метод случайног отбора (в гнездах – группах), серийная (гнездовая или кластерная) многоступенчатая выборка, проведена территориальная стратификационная выборка. Количество респондентов в каждой группе было однородным, и составляло 100 человек.

Таким образом, при проведении социологических исследований требуется обеспечение репрезентативности выборки, которую можно определить используя адекватные статистические методы определения выборки.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ядов В.А. Социологические исследования: методология, программа, методы. 2-е изд. М.: Наука, 1987. Гл. 5.
2. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. Библиотека социологии. Екатеринбург. Издательство Уральского университета. 1998.
3. Кокрен У. Методы выборочного исследования., 1976.
4. William J. Stevenson Production/Operations Management.-4-th ed., IRWIN, INC., 1993. -725 p.

УДК 614.7:616-056.8:303.5

МЕТОДИКА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Т.С. ХАЙДАРОВА, Р.Ж. РАХИМОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы
ГККП «Городская поликлиника №12», г. Алматы.

Резюме

Минимальный из обычно используемых объемов выборки n в социологических исследованиях – 100, максимальный – до 5000 (обычно в исследованиях, охватывающих ряд регионов страны, т.е. фактически разбивающихся на ряд отдельных исследований по регионам), среднее число анкет в социологическом исследовании не превышает 700. Объемы пилотных исследований обычно ниже, чем объемы исследований по программам.

Тұжырым

Әдette n таңдауының әлеуметтік зерттеулерде қолданылатын аз көлемі – 100, көп – 5000 дейін (әдette зерттеулерде ел өнірлерінің қамтылатын катары, яғни өнірлер бойынша жеке зерттеулер катарына накты бөлінетіндерге), әлеуметтік зерттеулердегі анкетаның орташа саны 700 аспайды. Үлгілік зерттеулердің көлемі бағдарламалар бойынша зерттеулердің көлемінен ғөрі әдette төмөн.

Summary

The minimum of the commonly used sample sizes n in sociological research - 100, the maximum - up to 5000 (usually in studies covering a number of regions, that is, in fact, divided by a number of separate studies on the region), the average number of questionnaires in sociological research does not exceed 700. The volume of pilot studies is usually lower than the amount of research programs.

Конкретный вид социологического исследования обусловлен характером поставленных в нем целей и задач. Именно в соответствии с ними и различают три основных вида социологического исследования: *разведывательное, описательное и аналитическое* [1-3].

Разведывательное исследование решает весьма ограниченные по своему содержанию задачи. Оно охватывает, как правило, небольшие обследуемые совокупности и основывается на упрощенной программе и сжатом по объему инструментарии.

Разведывательное исследование используется для предварительного обследования определенного процесса или явления. Потребность в таком предварительном этапе, как правило, возникает тогда, когда проблема или мало, или вообще не изучена. В частности, он успешно применяется для получения дополнительной информации о предмете и объекте, для уточнения и корректировки гипотез и задач, инструментария и границ обследуемой совокупности в углубленном, широкомасштабном исследовании, а также для выявления трудностей, которые могут встретиться в дальнейшем.

Описательное исследование – более сложный вид социологического анализа, который позволяет составить относительно целостное представление об изучаемом явлении, его структурных элементах. Осмысление, учет такой всесторонней информации помогают лучше разобраться в обстановке, более глубоко обосновать выбор средств, форм и методов управления общественными процессами.

Описательное исследование проводится по полной, достаточно подробно разработанной программе и на базе методически апробированного инструментария. Его методологическая и методическая оснащенность делает возможным группировку и классификацию элементов по тем характеристикам, которые выделены в качестве существенных в связи с изучаемой проблемой.

Описательное исследование обычно применяется в тех случаях, когда объектом служит относительно большая общность людей, отличающихся различными характеристиками. Это может быть коллектив крупного предприятия, где трудятся люди разных профессий и возрастных категорий, имеющие различные стаж работы, уровень образования, семейное положение и т.д., или

население города, района, области, региона. В таких ситуациях **выделение в структуре объекта относительно однородных групп дает возможность осуществить поочередную оценку, сравнение и сопоставление интересующих исследователя характеристик, а кроме того, выявить наличие или отсутствие связей между ними.**

Выбор методов сбора информации в описательном исследовании определяется его задачами и направленностью. Сочетание различных методов повышает представительность, объективность, полноту социологической информации, а следовательно, позволяет дать более обоснованные выводы и рекомендации.

Аналитическое социологическое исследование ставит своей целью наиболее углубленное изучение явления, когда нужно не только описать структуру, но и узнать, что определяет его основные количественные и качественные параметры.

В силу такого предназначения аналитическое исследование имеет особенно большую научную и практическую ценность.

Если в ходе описательного исследования устанавливается, есть ли связь между характеристиками изучаемого явления, то в ходе аналитического исследования выясняется, носит ли обнаруженная связь причинный характер. Например, если в первом случае фиксируется наличие связи между удовлетворенностью содержанием выполняемого труда и его производительностью, то во втором случае рассматривается, является ли удовлетворенность содержанием труда основной или неосновной причиной, т.е. фактором, влияющим на уровень его производительности.

Далее. Поскольку реальность такова, что назвать в «чистом виде» какой-либо один фактор, определяющий черты производственной жизни, практически невозможно, поскольку почти в каждом аналитическом исследовании изучается совокупность факторов. Из нее и выделяются факторы основные и неосновные, временные и постоянные, управляемые и неуправляемые, контролируемые и неконтролируемые и т.д.

Подготовка аналитического исследования требует значительного времени, тщательно разработанной программы и инструментария. По используемым методам сбора социологической информации аналитическое исследование носит комплексный характер. В нем, дополняя друг друга, могут применяться различные формы опроса, анализа документов, наблюдения. Естественно, это требует умения взаимоувязывать, «стыковать» информацию, полученную по разным каналам,

придерживаться определенных критериев ее интерпретации. Тем самым аналитическое исследование существенно отличается не только содержанием своего подготовительного этапа и этапа сбора первичной информации, но и подходом к анализу, обобщению и объяснению полученных результатов.

В зависимости оттого, рассматривается предмет в статике или в динамике, могут быть выделены еще два вида социологического исследования – *точечное и повторное*.

Точечное исследование (его еще называют разовым) дает информацию о состоянии и количественных характеристиках какого-либо явления или процесса в момент его изучения. Эта информация в определенном смысле может быть названа статической, поскольку отражает как бы моментальный «срез» объекта, но не дает ответа на вопрос о тенденциях его изменения во времени. Такие данные могут быть получены лишь в результате нескольких исследований, проведенных последовательно через определенные промежутки времени. Подобные исследования, основанные на единой программе и инструментарии, называются *повторными*. По сути дела они представляют собой средство сравнительного социологического анализа, который направлен на выявление динамики развития объекта.

В зависимости от выдвигаемых целей повторный сбор информации может проходить в два, три этапа и более. Длительность временного интервала между первоначальной и повторной стадиями исследования самая различная, ибо общественные процессы обладают неодинаковой динамикой и цикличностью. Часто именно свойства объекта подсказывают временные интервалы повторных исследований. Например, если изучаются тенденции в осуществлении жизненных планов выпускников средних школ и первый раз их опросили перед выпускными экзаменами, то очевидно, что ближайший срок повторного исследования – после завершения приема в вузы или поступления на работу.

Особый вид повторного исследования – *панельное*. Оно предусматривает неоднократное изучение одних и тех же лиц через заданные интервалы времени. Поэтому для панельных исследований целесообразно соблюдать такие интервалы, которые позволяют максимально сохранять стабильность исследуемой совокупности по ее величине и составу. Эти исследования дают хорошую возможность обновлять и обогащать информацию, отражающую динамику, направленность развития.

Для изучения динамики общественных процессов целесообразно использовать повторные социологические исследования.

Лонгитюдное исследование — длительное периодическое наблюдение над одними и теми же лицами или социальными объектами (когорт, поколений).

В социологии используются два основных вида исследований по степени охвата генеральной совокупности: сплошной и выборочный.

Сплошное исследование охватывает генеральную совокупность — всю совокупность респондентов, принадлежащих к какой-либо социальной общности или социальной группе. Разновидностью сплошного опроса является перепись, при которой опрашивается все население страны. Однако, могут быть и меньшие по численности социальные группы (например, жители населенного пункта) и если опрос проводится на таких объектах, он также называется сплошным.

Выборочное исследование в отличие от сплошного является более экономичным и не менее надежным методом сбора информации, хотя требует изощренной методики и техники проведения. Его основа — выборочная совокупность, которая представляет собой уменьшенную копию генеральной.

Монографическое исследование — метод изучения отдельного случая; углубленное исследование какого-либо социального явления, проблемы или явления на отдельном, но представительном объекте, например, коллектива, группы семей, поселения;

Понятие *выборки* в статистике и социологии рассматривается в двух значениях. Во-первых, что совокупность элементов генеральной совокупности, подлежащих изучению. Во-вторых, выборка — это процесс формирования выборочной совокупности при необходимом условии обеспечения репрезентативности.

Репрезентативная выборка — это такая выборка, в которой все основные признаки генеральной совокупности, из которой извлечена данная выборка, представлены приблизительно в той же пропорции или в той же частотой, с которой данный признак выступает в этой генеральной совокупности. Выборочный метод применяется в случае, когда объект исследования насчитывает более 500 человек.

В социологии выделяют следующие типы выборки:

· *стихийный отбор* — отбор по принципу добровольности и доступности входления единиц в выборочную совокупность. Он ис-

пользуется довольно часто в почтовых опросах. Основной недостаток подобного отбора — невозможность качественной презентации генеральной совокупности. Тем не менее, стихийная выборка используется с учетом ее экономичности, а также в некоторых исследованиях, когда формирование выборочной совокупности по-иному попросту невозможно;

· *вероятностный (случайный) отбор* — один из основных, используемых в социологических исследованиях. Главный принцип подобного отбора — обеспечение возможности каждой единице генеральной совокупности попасть в выборочную. С той целью используются таблицы случайных чисел, лотерейный отбор, механический отбор;

· *квотный (стратифицированный) отбор*, в основе которого лежит построение качественной модели генеральной совокупности, затем — отбор единиц наблюдения в выборочную совокупность, исходя из имеющейся модели (например по слоям населения, возрастному, половому признакам и т.д.);

Также по видам выборок выделяют: *одноступенчатую* (простой отбор с использованием соответствующего принципа из генеральной совокупности в выборочную); *серийную* (в качестве единиц отбора выступают серии — семьи, классы, бригады); *многоступенчатую* (отбор производится в несколько этапов: сначала, к примеру, отбираются в городе больницы, в них — отделения, в них — пациенты) и др.

Метод основного массива охватывает большую часть единиц изучаемого объекта наблюдения. Например, при изучении здоровья работающих на промышленных предприятиях для анализа можно отобрать только крупные предприятия, или определить какой-то другой интересующий признак;

Метод направленного отбора позволяет установить влияние неизвестных признаков при исключении влияния известных. Например, при изучении влияния производственного стажа на травматизм отбираются рабочие одной профессии, одного возраста, одного образовательного уровня и других тождественных характеристик.

Объем выборочной совокупности зависит от множества факторов, связанных с проведением исследования: его целей, задач, содержания, методов сбора информации, требуемой точности и др. формации. Генеральную совокупность определяют в зависимости от целей исследования, выборочную — математическими методами. Числен-

ность (объем) выборки зависит от уровня однородности или разнородности изучаемых объектов. Чем более однороднее (гомогенное) данная совокупность, т.е. чем меньше различий между ее членами, тем меньшая по объему выборка необходима для ее представления. Напротив, чем гетерогеннее совокупность, т.е. чем больше различий между ее членами, тем большая выборка необходима для ее представления. Это особенно важно учитывать при стратифицированном формировании выборки, поскольку самим актом стратификации мы создаем подгруппы, более гомогенные, чем совокупность в целом. Таким образом, внутри уровней можно использовать, не теряя при этом представительности, выборки меньшего объема, чем следовало бы для всей совокупности.

Объем выборки в социологическом исследовании обычно оценивают либо *аналитическим*, либо *эмпирическим* путем.

Аналитический подход позволяет вывести оценку объема на основе формул, применяемых в математической статистике. Его использование возможно, если известны дисперсии случайных величин параметров генеральной совокупности или допускается, что распределение вероятностей случайных величин происходит по некоторому известному закону; например, нормальному. Подобные допущения и расчеты на их основе не всегда реалистичны и в случае заведомо

структурно неоднородного и сложного объекта исследования часто приводят к весьма условным в смысле точности аналитическим результатам. Вывод аналитических выражений во многом затрудняют сами комбинированные процедуры отбора. Поэтому в таком случае оценку объема выборки можно получить путем моделирования по методу Монте-Карло, что требует значительной дополнительной работы, времени и средств.

Эмпирический же подход основан на использовании разработанных в статистике *таблиц объемов выборки* для конкретного объема генеральной совокупности при том или ином уровне доверительной вероятности и степени точности, которая нам требуется. Выборку используют для оценки характеристик больших совокупностей, однако любая оценка может содержать ошибку. Какую ошибку выборки готовы допустить исследователи? Ответ часто зависит от предполагаемого использования результатов.

Приводим таблицы 1, 2 для определения размера выборки для определения уровней точности – в процентах от $\pm 1\%$ до $\pm 10\%$ с доверительным интервалом в 99,7 и 95 % [4].

В социологических исследованиях для достоверности исследования достаточным считается доверительный интервал от 90%. Эмпирическая оценка объема выборки лежит и в основе методики комплексного квотного отбора.

Таблица 1. Размер выборки для определения уровней точности (в процентах с доверительным интервалом в 95%, $p=0,5^*$)

Размер совокупности	Размер выборки для следующих уровней точности					
	$\pm 1\%$	$\pm 2\%$	$\pm 3\%$	$\pm 4\%$	$\pm 5\%$	$\pm 10\%$
500	+	+	+	222	83	
1000	+	+	+	385	286	91
1500	+	+	638	441	316	94
2000	+	+	714	476	333	95
2500	+	1250	769	500	345	96
3000	+	1364	811	517	353	97
3500	+	1458	843	530	359	97
4000	+	1538	870	541	364	98
4500	+	1607	891	549	367	98
5000	+	1667	909	556	370	98
6000	+	1765	938	566	375	98
7000	+	1842	959	574	378	99
8000	+	1905	976	580	381	99
9000	+	1957	989	584	383	99
10000	5000	2000	1000	588	385	99
15000	6000	2143	1034	600	390	99
20000	6667	2222	1053	606	392	100
25000	7143	2273	1064	610	394	100
50000	8333	2381	1087	617	397	100
1000000	9091	2439	1099	621	398	100
$\rightarrow \infty$	10000	2500	1111	625	400	100

Источник: [4 Taro Y. Elementary Sampling Theory. – Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, 1967. P.398].

*Доля в выборке единиц, обладающих измеренными характеристиками; для других значений p необходимый размер выборки будет меньше.

+ В этих случаях более 50% объема выборки дадут большую точность, чем требуемая. Поскольку нормальное распределение – это лишь грубое приближение к гипергеометрическому распределению, где p составляет более 50% от N , формула, используемая при этих подсчетах, не применяется.

*Доля в выборке единиц, обладающих измеренными характеристиками; для других значений p необходимый размер выборки будет меньше.

+ В этих случаях более 50% объема выборки дадут большую точность, чем требуемая. Поскольку нормальное распределение – это лишь грубое приближение к гипергеометрическому распределению, где p составляет более 50% от N , формула, используемая при этих подсчетах, не применяется.

Минимальный из обычно используемых объемов выборки n в социологических исследованиях – 100, максимальный – до 5000 (обычно в исследованиях, охватывающих ряд регионов страны, т.е. фактически разбивающихся на ряд отдельных исследований по регионам). По данным Института социологии Российской академии

наук, среднее число анкет в социологическом исследовании не превышает 700. Поскольку стоимость исследования растет по крайней мере как линейная функция объема выборки, а точность повышается как квадратный корень из этого объема, то верхняя граница объема выборки определяется обычно из экономических соображений. Объемы пилотных исследований (т.е. проводящихся впервые, предварительно или как первые в сериях подобных) обычно ниже, чем объемы исследований по обкатанной программе.

Нижняя граница определяется тем, что в минимальной по численности анализируемой подгруппе должно быть несколько десятков человек (не менее 30), что в рассматриваемом проекте объем выборки (одного региона) может быть не менее 400-500, в нашем примере – объем выборки на один регион (область) составляет 1600. Вместе с тем существенное превышение этого объема нецелесообразно, поскольку исследование является пилотным.

Повышенная надежность социологического исследования допускает ошибку выборки до 3%, обыкновенная – до 3- 10% (доверительный интервал распределений на уровне 0,03- 0,1), приближенная – от 10 до 20%, ориентировочная – от 20 до 40%, а прикидочная – более 40%. В на-

Таблица 2. Размер выборки для определения уровней точности
(в процентах с доверительным интервалом в 99,7%, $p=0,5^*$)

Размер совокупности	Размер выборки для следующих уровней точности				
	± 1%	± 2%	± 3%	± 4%	± 5%
500	+	+	+	+	+
1000	+	+	+	+	474
1500	+	+	+	726	563
2000	+	+	+	826	621
2500	+	+	+	90	662
3000	+	+	1364	958	692
3500	+	+	1458	1003	716
4000	+	+	1539	1041	735
4500	+	+	1607	1071	750
5000	+	+	1667	1098	763
6000	+	2903	1765	1139	783
7000	+	3119	1842	1171	798
8000	+	3303	1905	1196	809
9000	+	3462	1957	1216	818
10000	+	3600	2000	1233	826
15000	+	4091	2143	1286	849
20000	+	4390	2222	1314	861
25000	11842	4592	2273	1331	869
50000	15517	5056	2381	1368	884
100000	18367	5325	2439	1387	892
	22500	5625	2500	1406	900

Источник: Taro Y. Elementary Sampling Theory. – Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, 1967. P.399.

шем исследовании в соответствии с объемом выборки (24 000 респондентов на опрос по всем регионам РК) выбрана повышенная надежность социологического опроса, которая предусматривает ошибку выборки до 5%.

Расчет объема выборки по одному региону (расчет выборки для городского (сельского) населения. Расчет объема выборки вычислен по формуле [5]. $n = (z/e)^2 p(1-p)$,

где n – размер выборки,

e – максимально допустимая ошибка,

z – количество средних квадратических отклонений, необходимых для достижения точности,

p – это процент случаев от общего числа случаев.

Z было выбрано 1, 96 (что соответствует уровню $a=0, 05$).

Значение p ($1-p$) достигает максимальное значение при $p=0,5$.

Подставляя данные значения в формулу, получаем: при $e=0,034$; $n=800-830$.

Размер выборки данного социологического исследования поведенческих факторов риска: 800-830 человек позволяет обеспечить достаточно приемлемый уровень статистической погрешности в 5%.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ядов В.А. Социологические исследования: методология, программа, методы. 2-е изд. М.: Наука, 1987. Гл. 5.
2. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования. Библиотека социологии. Екатеринбург. Издательство Уральского университета. 1998.
3. Кокрен У. Методы выборочного исследования., 1976.
4. Taro Y. Elementary Sampling Theory. – Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, 1967. P.399.
5. William J. Stevenson Production/Operations Management.-4-th ed., IRWIN, INC., 1993. - p.725.

УДК 616.65-002-036.12:615.2:612.017

РОЛЬ ИММУНОКОРРЕКТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ УРЕТРОГЕННОГО ПРОСТАТИТА

А. Ж. СУРАНЧИЕВ

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова, г.Алматы

Резюме

Наличие выраженного вторичного иммунодефицита, у больных с хроническим уретральным простатитом значительно снижает эффект проводимой антибактериальной терапии, положительный иммунокорректирующий эффект препарата «Трансфер фактор», потенцирует патогенетическую терапию хронического уретропростатита.

Тұжырым

Уротропенді созылмалы простатитпен ауыратын адамдардың ағзасында айқын екіншілік иммунды жетіспеушіліктің болуы жүргізілетін антибактериалды емнің тиімділігін төмендетеді, сондыктан созылмалы уретропростатит ауыруын патогенетикалық ем барысында иммундыреттеуші «Трансфер фактор» препаратын қолдану емнің тиімділігін арттырады.

Summary

The presence of pronounced secondary immunodeficiency in patients with chronic prostatitis uretrogennum significantly reduces the effect of ongoing antibiotic therapy, the positive effect of the drug immunocorrective «Transfer Factor», potentiates the pathogenetic therapy of chronic uretroprostatitis.

Среди воспалительных заболеваний мочеполовой системы хронический простатит (ХП) является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим диагнозом у мужчин

старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака простаты), составляет 8% амбулаторных визитов к урологу [1].

С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30-73%. Влияние этого заболе-

вания на качество жизни сопоставимо с инфарктом миокарда, стенокардией, болезнью Крона, что обуславливает также и значительные психологические и социальные проблемы у больных простатитом мужчин трудоспособного возраста [2].

В Казахстане до 45% мужчин трудоспособного возраста (30 - 45 лет) страдают хроническим простатитом. Среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы ХП занимает первое место. Несмотря на многовековую историю изучения ХП (Herophilus впервые описал предстательную железу как орган около 350 лет до н.э., а Legneau в 1815 году опубликовал свои наблюдения за воспалительным процессом простаты) в вопросах диагностики и лечения как бактериального, так и не бактериального хронического простатита ученых нет единого мнения.

Сочетание рецидивирующих инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и антибиотикорезистентной формы хронического бактериального простатита (ХБП) является в настоящее время трудноразрешимой междисциплинарной медицинской проблемой [4,5].

Многие авторы отмечают, что при разработке лечебных схем необходимо учитывать цикл развития хламидий, возможность образования ими L-форм, персистенции в организме, что обуславливает, наряду с выбором антибактериальных средств, поиск эффективной иммунокоррекции. В этой связи представили интерес сообщения о препаратах «Трансфер-Факторов» (ТФ), которые относятся к новому поколению биологической активных веществ (БАД), зарекомендовавшим себя как природные иммуностимуляторы и адаптогены.

ТФ представляют собой сбалансированную смесь трех функционально различных фракций, которые обеспечивают эффективный иммунный ответ. Индукторы обеспечивают общую готовность иммунной системы, стимулируют Т-клеточный иммунитет, повышая антиген-презентирующую функцию, приводя к высвобождению ИЛ2, ИФН гамма, повышая цитотоксичность клеток и усилиению функции натуральных киллеров. Супрессоры регулируют интенсивность иммунного ответа. Предотвращают аутоиммунные реакции, приводя к сбалансированности клеточного и гуморального звена.

Основной биологической функцией ТФ в организме является обеспечение иммунной защиты от микробов (бактерий, вирусов, грибов, простейших), раковых клеток и других антигенных веществ, способных привести к нарушению жиз-

ненно-важных процессов в организме. Это осуществляется посредством ряда механизмов, а именно, ТФ:

- Регулирует клеточное и гуморальное звено иммунной системы, в частности, повышает активность естественных лимфоцитов-киллеров, которые стимулируют выработку иммуноцитокинов;
- Стимулирует Т-клеточный иммунитет, восстанавливает соотношение Т-хелперы/Т-супрессоры, повышает цитотоксичность лимфоцитов;
- Увеличивает цитотоксический потенциал НК-клеток;
- Вызывает образование в организме эндогенных интерферонов;
- Усиливает местный иммунитет за счет снижения свободно-радикального окисления липидов и повышения стабильности цитомембран, что оказывает протекторное действие на эпителиальный покров слизистых, увеличивая конкурентную адгезию на них полезной микрофлоры;
- Резко сокращает частоту обострений при хронических заболеваниях, улучшает качество жизни больных.

На рынок Казахстана Трансфер факторы поступают пока в пяти модификациях и входят в Государственный Реестр биологически активных добавок к пище, разрешенных к применению в Республике Казахстан.

По данным литературы, Трансфер Фактор XF™ - запатентованный концентрат трансфер факторов из молозива коров. 200 мг в 1 капсуле. Патент США №4 816 563. Свидетельство о государственной регистрации. № 2644 от 20.12.06.

Трансфер Фактор Плюс™ - Содержит: Трансфер Фактор XF™ 100 мг, цинк монометионин 17 мг, кордиванты™ 297 мг (инозитол гексофосфат, экстракти: соевые бобы, кордицепс китайский, пивные дрожжи (бета-глюкан). Лимон, грибы: Agaricus blazei, Grifolea frondoza (Maitake mushroom), Lentinus edodes (Shiitake mushroom), гель Aloe Vera, овес (бета-глюкан), Маслина Европейская (листья). (Патент США №4 816 563. Свидетельство о государственной регистрации № 2644 от 20.12.06г).

Цель исследования: Оценить эффективность применения препарата «Трансфер-Фактор Плюс» (Transfer Factor Plus фирмы «4 – Life Research L.C.», США) в комплексной терапии у больных с диагнозом «хронический уретрогенный простатит» вызванной Chlamidia trachomatis, в сравнении с базовым лечением.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 больных больных с диагнозом «хронический уретрогенный простатит» вызванной *Chlamidia trachomatis* в возрасте от 20 до 45 лет. Диагноз был верифицирован на основании клинико-эпидемиологических данных: жалоб (рези при мочеиспускании, скучные слизисто-гнойные выделения из уретры, покраснение головки полового члена), специфического анамнеза (случайный незащищенный половой контакт за 1-3 недели до появления симптомов и поздние обращения пациентов), перенесенные уретропростатиты в анамнезе, клинической картины и результатов лабораторных исследований: получение материала из уретры, для метода анализа полимеразной цепной реакции (ПЦР), с целью выявления возбудителя *Chlamidia trachomatis*. ПЦР проводилось до начала и после проведенного курса лечения.

В процессе проводимого лечения все больные были распределены на две группы: 19 пациентов (1-я группа) получали только антибактериальную терапию по традиционным рекомендуемым схемам (табл. 1); 21 больным (2-я группа) был сокращен курс антибактериальной терапии до 7 дней, по принципу пульс-терапии [5], состоящий из двух коротких курсов и проведено курс лечения с включением препарата «Трансфер-Фактор

Плюс» (TF+). Препарат назначался по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 20 дней (табл. 1).

Результаты и их обсуждение. Проведенные наблюдения показали хорошую переносимость препарата Трансфер Фактор плюс. У пациентов 2-ой группы после назначения антибиотика и приема Трансфер Фактор плюс при сравнении с 1-ой группой практически не наблюдалось развития «побочных эффектов», часто возникающих после проведения таким больным рекомендуемой схемы лечения (табл. 2).

У больных, получавших традиционное лечение, без назначения ТФ плюс (1-я группа) можно было отметить развитие болезненных проявлений со стороны органов желудочно-кишечного тракта: появились жалобы на чувство дискомфорта в области эпигастрита и правого подреберья (69%). Тошноту и снижение аппетита отмечали каждый третий (30 %) больной. В 76 % случаев зарегистрированы явления дисбактериоза кишечника с преобладание грибкового поражения и кандидоз гениталий (табл. 2).

Большой процент «побочных эффектов» у пациентов 1-ой группы при приеме антибактериальных препаратов определял необходимость дополнительного назначения к основной терапии гепатопротекторов, эубиотиков, энзимов и противогрибковых препаратов, что удлиняло сроки и повышение стоимости лечения.

Таблица 1. Схемы лечения больных в сравниваемых группах

1-Я ГРУППА, N =19	2-Я ГРУППА, N =21
1. Клацид 500 мг (кларитромицин 500 мг) x 2 раза в день (10-14 дней)	1. Клацид 500 мг (кларитромицин 500 мг) x 2 раза в день (7-дней, затем перерыв 5 дней)
2. Доксициклин 100 мг 1 раз в день (10 дней)	2. Трансфер фактор плюс по 1 капсуле 3 раза в день (20 дней, без перерыва)
3. Офлоксацин 200 мг 2 раза в день (10 дней)	3. После перерыва, повторный прием препарата клацид 500 мг (кларитромицин 500 мг) x 2 раза в день (7-дней)
Препараты назначались последовательно.	Препараты назначались одновременно с первого дня лечения.

Таблица 2. Частота возникновения «побочных эффектов» у больных с «хроническим уретрогенным простатитом» вызванной *Chlamidia trachomatis* при проведении антибактериальной терапии

ПРОЯВЛЕНИЯ «ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ»	1-Я ГРУППА, N =19	2-Я ГРУППА, N =21
Тошнота	30%	3%
Рвота	11%	-
Горечь во рту	54%	3%
Диарея	13%	-
Дискомфорт в эпигастрии	69%	-
Метеоризм	58%	2%
Кандидоз ЖКТ и гениталий	76%	7%
Головная боль	30%	-

Пациенты 2-ой группы крайне редко нуждались в добавлении протективной терапии. Индивидуальной непереносимости препаратов Трансфер Фактор плюс у пациентов 2-ой группы не отмечено.

Контрольное исследование для оценки эффективности лечения методом ПЦР проводилось через 2 месяца после окончания лечения. В обеих группах эрадикация *Chlamidia trachomatis* - в 100% случаев.

Выводы: Наличие выраженного вторичного иммунодефицита, у больных с хроническим уретральным простатитом значительно снижает эффект проводимой антибактериальной терапии, положительный иммунокорректирующий эффект препарата «Трансфер фактор», потенцирует патогенетическую терапию хронического уретропростатита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э., Исмолова Е.Ш. Оценка сексуальных дисфункций у мужчин с инфравезикальной обструкцией // Фармация Казахстана, 2005. - №3. - С.47-49.
2. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G., Krane R.J., McKinlay J.B. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994. - 151:P.54–61.
3. Ayta I.A., McKinlay J.B., Krane R.J. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. BJU Int 1999. - 84:– 6 p.
4. Braun M., Wassmer G., Klotz T., Reifenrath B., Mathers M., Engelmann U. Epidemiology of erectile dysfunction: results of the 'Cologne Male Survey'. Int J Impot Res 2000; 12:305–11 p.
5. Молочков В. А., Ильин И. И. Хронический уретральный простатит// Москва «Медицина» 2004. – С.187-193.

УДК 616-083-614.73 (574.41)

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШЕГОСЯ ДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ, Е.Т. МАСАЛИМОВ, Т.И. БЕЛИХИНА, Л.К. ЖАЗЫКБАЕВА
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей, Казахстан

Резюме

Определены основные концептуально-обоснованные методы создания и реализации реабилитационных программ помощи населению Казахстана, подвергшегося действию ионизирующего излучения в результате деятельности Семипалатинского ядерного полигона.

Тұжырым

Семей ядролық полигонның қызмет нәтижесінен иондаушы радиация өсеріне ұшыраған Қазақстан халқына қажетті жәрдем көрсету үшін сауықтыру бағдарламаларды құру және іске асырудың негізгі тұжырымдық-дәлелделген өдістер анықталды.

Summary

The main conceptual and sound methods of creation and implementation of rehabilitation programmes of assistance to the people of Kazakhstan, the effects of ionizing radiation as a result of the Semipalatinsk nuclear testing ground.

Указом Президента Республики Казахстана Нурсултана Назарбаева № 409 от 29 августа 1991 года СИЯП был закрыт Семипалатинский испытательный ядерный полигон (СИЯП).

Для решения проблемы ликвидации деятельности Семипалатинского полигона были приня-

ты такие судьбоносные решения, как закрытие СИЯП и прекращение испытаний ядерного оружия, принятие Закона РК от 18.12.1992 г. № 1787-ХП, «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне», Постановление Правитель-

ства РК № 336 от 17.03.1997 г. «О программе медицинской реабилитации населения, пострадавшего вследствие ядерных испытаний на бывшем Семипалатинском ядерном полигоне в 1949-1990 гг.», Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 сентября 2005 года № 927 «Об утверждении Программы по комплексному решению проблем бывшего Семипалатинского испытательного ядерного полигона на 2005-2007 годы» определены основные объемы и характер медицинской помощи пострадавшему населению.

Медицинские последствия радиационного воздействия на население, проживающего на территориях, прилегающих к СЯП, возможность их проявления через десятки лет после облучения и у последующих поколений определяют необходимость постоянного медицинского наблюдения за состоянием здоровья данного контингента [1-4].

Основой стратегии в области охраны здоровья граждан, подвергшихся воздействию радиации, являются оценка (текущая и прогнозная) состояния их здоровья и проведение комплекса практических мероприятий, направленных на снижение медицинских последствий радиационного воздействия.

Состояние здоровья населения, подвергшегося радиационному воздействию, определяет необходимость проведения диспансеризации, завершения создания на местном и региональном уровнях эффективной системы оздоровления пострадавших граждан, развитие специализированной медицинской помощи населению, проживающему на загрязненных территориях [5-8].

По разработанным в НИИРМЭ алгоритмам движения населения, контролируемых районов ВКО, было установлено, что предположительно группы радиационного риска из числа населения 2 городов и 10 районов, где в прошлые годы выпадали радиоактивные осадки, составляют 356 000 человек, из них – лица, подвергавшиеся прямому облучению – 30,1%, их потомки во втором и третьем поколениях – 69,9% человек. Естественно, сложившаяся ситуация, требует постоянного контроля и решений экономического, медицинского и социального характера.

Планируемые мероприятия, направленные на совершенствование реабилитационной помощи населению РК, подвергшегося действию ионизирующего излучения.

В рамках реализации реабилитационных программ предусматривается осуществить комплекс следующих мероприятий:

-обеспечение деятельности Государственного научного автоматизированного регистра населения Казахстана, подвергшегося действию ионизирующего излучения;

-оказание специализированной медицинской помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию, и их детям первого и второго поколения;

-обеспечение деятельности межведомственных экспертных Советов по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан с воздействием ионизирующего излучения.

Обеспечение деятельности Государственного научного автоматизированного регистра населения Казахстана, подвергшегося действию ионизирующего излучения (ГНАР);

Регистр является информационно-аналитической основой изучения медицинских последствий и анализа состояния здоровья граждан, подвергшихся радиационному воздействию.

К числу основных задач ГНАР относится создание и развитие единой по Республике Казахстан системы радиационно-эпидемиологической регистрации лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате радиационных аварий и инцидентов, а также определение приоритетных мер, направленных на охрану здоровья граждан этих категорий.

К настоящему времени эта задача не решена в полной мере – требует совершенствования материально-техническая база ГНАР и объединение имеющейся информационной базы о состоянии здоровья граждан существующих в Республике

Оказание медицинской помощи лицам, подвергшимся радиационному воздействию, и их детям первого и второго поколения предусматривает работу по трем основным направлениям:

Специализированная медицинская помощь гражданам, включенным в регистр, осуществляется в специализированных отделениях на базе областных больниц, в региональных лечебно-диагностических центрах и клиниках республиканского уровня при наличии соответствующих медицинских показаний.

Группы повышенного риска формируются из числа лиц, включенных в регистр, в зависимости от величины полученной дозы радиационного облучения, а также по результатам скринингового медицинского обследования. Граждане, включенные в группы повышенного риска, еже-

годно проходят углубленное медицинское обследование в специализированных медицинских учреждениях в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РК (тем самым появляется возможность оказания адресной медицинской помощи).

Эффективность системы оказания специализированной медицинской помощи (реабилитационной) обеспечивается совершенствованием материально-технической базы учреждений и их кадровым обеспечением;

Предусматривается частичное обеспечение функционирования региональных лечебно-диагностических центров для обследования, лечения и клинической реабилитации лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Совершенствование медицинского обслуживания граждан, подвергшихся радиационному воздействию, и их детей первого и второго поколения предусматривает:

- совершенствование системы медицинского обслуживания населения районов, подвергшихся воздействию радиации;

- совершенствование работы лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь лицам, подвергшимся радиационному воздействию;

- дополнительное оснащение медицинскими приборами, оборудованием, медикаментами, реактивами, расходными материалами и автотранспортом учреждений здравоохранения, замену устаревшего и изношенного диагностического и лечебного оборудования, сервисное обслуживание медицинской техники;

- подготовку и повышение квалификации специалистов для лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь лицам, подвергшимся радиационному воздействию.

Обеспечение деятельности межведомственных экспертных Советов по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан с воздействием радиации.

В соответствии с действующим законодательством установление причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан с последствиями радиации обеспечивается межведомственными экспертными Советами. Экспертные Советы организованы в соответствии с Приказом № 240 от 14.03.2001г. «О порядке работы межведомственных экспертных Советов по установлению причинной связи заболеваний у лиц, пострадавших от ядерных испытаний,

Чернобыльской и других радиационных аварий», Постановлением Правительства РК № 34 от 13.01.2004г. «Об утверждении перечня заболеваний, связанных с воздействием ионизирующих излучений, и Правил установления причинной связи заболеваний с воздействием ионизирующих излучений».

Порядок деятельности экспертных Советов регламентируется Министерством здравоохранения РК.

В результате реализации предусмотренных мероприятий предполагается обеспечить:

- а) персональный учет граждан, подвергшихся радиационному воздействию, и их детей первого и второго, третьего поколения с необходимой дозиметрической и медицинской информацией;

- б) разработку наиболее адекватных методов медицинской реабилитации граждан, включенных в ГНАМР;

- в) медицинское обследование, лечение и реабилитацию в специализированных медицинских учреждениях республиканского и регионального уровней граждан, входящих в группы повышенного риска, и по медицинским показаниям: в республиканских клиниках ежегодно получают специализированную медицинскую помощь около 800 человек, в том числе консультативную, стационарную;

- г) оснащение современным лечебно-диагностическим оборудованием, медикаментами и реактивами республиканских лечебно-профилактических учреждений, оказывающих амбулаторную, стационарную и консультативную помощь гражданам, подвергшимся радиационному воздействию, включая ликвидаторов;

- д) создание подвижных медицинских подразделений с двухсторонней оперативной связью для оказания медицинской помощи населению в труднодоступных и отдаленных населенных пунктах;

- е) ежегодную подготовку и переподготовку кадров врачей и среднего медперсонала для учреждений, оказывающих помощь пострадавшим гражданам;

- ж) проведение экспертизы медицинских документов для установления причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан, подвергшихся радиационному воздействию.

В целом долговременный характер и масштабы последствий деятельности Семипалатинского ядерного полигона не позволяют говорить о полном решении всех проблемных социально значимых вопросов,

В целях оптимизации мер социальной защиты в соответствии с законодательством Республики Казахстан необходимо обеспечить поддержку деятельности межведомственных экспертных советов по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан с последствиями воздействия радиации.

Снижение уровня социальной напряженности на загрязненных территориях должно быть обеспечено комплексом информационных мероприятий по вопросам преодоления последствий радиационных аварий и формирования культуры безопасности жизнедеятельности населения, обеспечения свободного доступа к информации и повышения радиологической грамотности населения.

Реализация комплекса мероприятий реабилитационных программ должна обеспечить:

- повышение готовности органов управления и сил к решению задач преодоления последствий радиационного воздействия;
- условия радиационной безопасной жизнедеятельности и медико-социальной защиты наиболее пострадавших категорий населения;
- медицинскую помощь лицам с наибольшим риском реализации негативных последствий радиационного воздействия (группа риска);
- содействие повышению уровня и качества жизни населения на основе создания условий для динамичного и устойчивого экономического роста территорий, подвергшихся радиационному воздействию.

Решение проблемы преодоления последствий радиационных воздействий программно-целевым методом обосновано, прежде всего:

- социальной значимостью проблемы и ее комплексным характером; наличием значимой единой научной и информационной составляющей в работах по преодолению последствий воздействия ионизирующего излучения (НИИРМЭ);
- необходимостью межведомственной координации деятельности органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Республики Казахстан и органов местного самоуправления, а также необходимостью концентрации усилий и ресурсов (республиканского и региональных бюджетов) на приоритетных направлениях работ по реабилитации территорий и обеспечению условий безопасного проживания;

- необходимостью создания условий для целевого и адресного использования ресурсов с целью решения задач преодоления последствий радиационного воздействия по приоритетным направлениям;

- долговременным характером и масштабами радиоактивного загрязнения территорий.

Предлагаемый к использованию программно-целевой методов по выполнению приоритетных задач позволяет получать необходимые результаты. Кроме того, создает условия для достижения мультиплексного эффекта при использовании средств ресурсного обеспечения реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Отчет НИИ радиационной медицины и экологии «Разработка научно-обоснованных программ по совершенствованию Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергшегося воздействию ионизирующего излучения, и медико-социальному мониторингу на этапе отдаленных последствий» (заключительный) – 2009.
2. Apsalikov K., Chaizhunusova N., Galich B., Bilyalova G., Azhmuratova G., Buleuanova R.. The Clinical-epidemiological markers of radiation effects of premature aging // 15th Hiroshima International Symposium, Japan, P.10-11, 2010.
3. Молдагалиева Ж.Т. Популяционные эффекты и коррекция нарушений гомеостатического баланса и антиоксидантной защиты у населения, проживающего на территориях, прилегающих к СИЯП. автореф дисс. ... докт. мед. наук. 03.00.01. – радиобиология - Астана, 2010г с.34
4. Кулабухова Н.С. Клинико-эпидемиологические особенности развития гомеостатических нарушений среди населения Казахстана при радиационном воздействии, и их коррекция.: автореф дисс. ... канд. мед. наук., 14.00.07- гигиена - Алматы, 2008 г с.18
5. Галич Б.В. Медико-социальные основы мониторинга радиационных эффектов преждевременного старения.: автореф дисс. ... докт. мед. наук. 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение - Семей, 2010 г. с.35.
6. Апсаликов К.Н. Радиационно-гигиенические и медико-демографические параллели формирования здоровья населения Семипалатинской области, подвергавшегося облучению при испытаниях ядерного оружия.: дисс...докт. мед.наук. 14.00.07- гигиена, Алматы, 1998г., с.356.
7. Chaizhunusova N., Madieva M., Galich B., Сыкунов K., Apsalikov K., Adylkanova A. Radiation Effects and Chromosome Aberrations //Journal of Radiation Research. – 2006. – Р. 6-9.
8. Адылканова А.М. Радиационно-гигиенические и генетические проблемы формирования здоровья подростков Восточно-Казахстанской области.: авт.дисс....канд.мед.наук, 14.00.07 – гигиена, Алматы, 2010, 21 с.

УДК 618.63:613.287

УРЕАПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ В ГЕНЕЗЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН

А.Ж. СУРАНЧИЕВ

Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова, г. Алматы

Резюме

В статье описаны патогенные действия уреаплазмы на репродуктивную функцию мужчин.

Тұжырым

Макалада еркектердің репродуктивтік функциясына уреаплазманың патогенді әсерлері жарияланған.

Summary

This article describes the pathogenic action of ureaplasma's in male reproductive function.

В последние годы проблема бесплодия приобретает особую медицинскую и социальную значимость. По данным ВОЗ, около 10% всех супружеских пар страдают бесплодием.

По данным ряд авторов, доля «мужского фактора» в бесплодном браке приближается к 50%. Наряду с другими причинами к последнему могут привести и так называемые «современные» инфекции - хламидии, уреаплазмы и др. В частности, вопрос о роли уреаплазменной инфекции в развитии мужского бесплодия является дискутабельным.

Уреаплазменные инфекции у мужчин чаще протекают под диагнозами: негонококковый уретрит, пиелонефрит, проктосигмоидит, простатит, бесплодие и др. Этиологическая роль уреаплазм, особенно в формировании мужского бесплодия, не всеми разделяется. В литературе имеются противоречивые данные, хотя у обследованных больных наблюдается деформация сперматозоидов в эякуляте, содержащем уреаплазмы, но если внести в эякулят эти возбудители лабораторным путем (искусственно), то форма и функция сперматозоидов не изменяются (В.И. Козлова, А.Ф. Пухнер, 1997).

Некоторые авторы считают, что бесплодие у мужчин может быть обусловлено не только простатитом, вызванным уреаплазмами, но и влиянием их непосредственно на сперматогенез, а также на подвижность сперматозоидов, появлением незрелых форм и морфологически измененных клеток (Корчилова Т.М., 1988).

Уреаплазмы уменьшают подвижность сперматозоидов, ингибируют процесс их пенетрации в

яйцеклетку и, адсорбируясь на сперматозоидах, колонизируют верхние отделы урогенитального факта. Однако этим не исчерпывается влияние уреаплазм на процесс репродукции. Следует еще остановиться на их возможном мутагенном действии. В работах R.B. Kun- disinet.al. (1971, 1975) показано, что штаммы уреаплазм вызывали хромосомные аберрации в культурах малых лимфоцитов. Вероятно, их мутагенное действие может проявиться и по отношению к сперматозоидам.

А.М. Савичева, М.А. Башмакова и соавт. (1996) сообщили о снижении оплодотворяющей способности эякулята, в котором обнаружены генитальные уреаплазмы, о снижении концентрации сперматозоидов, о повышенной вязкости спермы и повышенной концентрации иммуноглобулинов А и G.

Уреаплазмы могут также оказывать непосредственное влияние на взаимодействие сперматозоидов и яйцеклетки, а именно ингибировать процесс пенетрации. Такая информация была получена F. Busolo, R. Zan- chetta (1985), поставивших серию специальных опытов в условиях *invitro*. Влияние уреаплазм на пенетрацию было изучено при взаимодействии яйцеклетки хомяка и сперматозоидов человека. Возможность такого взаимодействия была обнаружена R. Yanagimachiet.al. (1976). При сравнении степени воздействия на пенетрацию уреаплазм 8 различных серотипов было показано, что наиболее отрицательное влияние оказывали уреаплазмы IV серотипа, несколько меньше - VI и VIII. Влияние уреаплазм проявлялось в уменьшении числа сперматозоидов, прикрепившихся к яйцеклетке.

Инфицированность сперматозоидов, по данным С.Е. Swenson, W.M. Leary(1980), полученным в результате обработки проб спермы флуорочромом Hecchst-2358, составляет 1-20%. Уреаплазменная инфекция приводила к нарушению подвижности сперматозоидов, появлению незрелых форм и морфологическим изменениям клеток, проявляющимся в их спирализации и появлении так называемых пушистых хвостиков.

При электронно-микроскопическом исследовании обнаруживаются уреаплазмы, тесно связанные с головкой и хвостиком сперматозоидов. При большом количестве адсорбировавшихся уреаплазм может механически нарушаться подвижность сперматозоидов (Meseguer M. et. al., 1990). Адсорбция множества уреаплазм на хвостовой части создает картину «пушистых хвостиков».

Зависимость между наличием уреаплазм и морфологическим изменением сперматозоидов подтверждалась в 70% случаев (TothA. et. al., 1978). Морфологически измененные малоподвижные клетки исчезали после проведения эффективной в отношении уреаплазм антибиотикотерапии. Так, Л.К. Guhai соавт. (1978) сообщили об успешной элиминации из спермы уреаплазм при воздействии тетрациклина. По мнению M. S. E. Rehewyet. al. (1978), элиминация уреаплазм не восстанавливает fertильность, однако Л.К. Guhaet. al. (1978) придерживаются противоположной точки зрения.

Таким образом, можно отметить, что некоторые механизмы действия уреаплазмы, приводящие к бесплодию мужчин, уже выяснены. Однако о механизмах патогенеза инфекций, вызван-

ных U. Urealyticum, и об их тератогенном действии известно еще мало.

Основные сведения по этим вопросам получены при исследовании случаев внутриутробного заражения плода и при экспериментальном моделировании инфекций на животных. Попытки экспериментального моделирования урогенитальной инфекции на животных в некоторых случаях увенчались успехом, что явилось дополнительным доказательством этиологической роли уреаплазмы в развитии воспалительных процессов нижнего и верхнего отделов урогенитального тракта.

Продемонстрированная в эксперименте длительная персистенция уреаплазмы в инфицированном организме и специфика их локализации определяют особенности патогенеза инфекции и ее хроническое рецидивирующее течение.

Таким образом, приведенные данные говорят о патогенном действии уреаплазм на репродуктивную функцию мужчин. Хотя в этом вопросе имеется еще ряд не выявленных обстоятельств, что обосновывает их актуальность.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алчинбаев М.К., Избасаров А.И. Андрологические аспекты бесплодного брака. - Алматы. - 1999. – 133 с.
2. Тиктинский О.Л. Руководство по андрологии. Л.: Медицина. 2000.
3. Berger R.E. Sexually transmitted diseases: The classic diseases // Walsh P.C., Retik A.B., Vaughan E.D., Wein A.W. eds. Campbell's Urology. Philadelphia: Saunders, P. 663-683.1998.
4. Busch M.P., Lee L.L.J., Satten G.A., et al. Time course of detection of viral and serologic markers preceding human immunodeficiency virus type I seroconversion: Implications for screening of blood and tissue donors// Transfusion 35: P.91-97.1995.

УДК 616.3:314.4:614.73 (574.4)

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА СРЕДИ ЭКСПОНИРОВАННОГО РАДИАЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИАЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Е.Т. МАСАЛИМОВ, Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ, Л.Б. КЕНЖИНА,

А.В. ЛИПИХИНА, Г.К. КОШПЕСОВА

НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей, Казахстан

Резюме

В двух репрезентативных группах исследования лица, подвергшихся радиационному воздействию в период 1949-1962 гг. (доза облучения 250 и более мЗв), а так же период 1963-1990 гг. (доза внутреннего облучения 75 мЗв), проведено изучение показателей смертности от болезней ЖКТ. Относительные риски в группе с внутренним облучением оказались достоверно более высокими, чем в группе с ЭЭД 250 и более мЗв (1,55; 1,24 соответственно).

Тұжырым

1949-1962 жж. кезеңінде (сөүлелену дозасы 250 және мЗв астам), сондай-ақ, 1963-1990 жж. кезеңінде (ішкі сөүлелену дозасы 75 мЗв) радиацияға шалдыққан тұлғалардың екі репрезентативті топтарына асқазан-ішек жолдарының ауруларынан болатын өлім көрсеткіштеріне зерттеу жүргізілген. Иштей сөүлеленген топтағы қатысты қауіп-кательлер 250 және мЗв астам (1,55; 1,24 сәйкес) ЭЭД бар топқа қарағанда, аса жоғары болып шықты.

Summary

In two representative groups of research which were exposed to radiating influence during the period since 1949-1962 (a dose of radiation 250 and more mZv) and as in 1963-1990 (a dose of internal radiation 75 mZv), studying of indicators of mortality from diseases of a gastroenteric path is carried out. Relative risks in group with internal radiation appeared authentically higher, than in group with a dose of radiation 250 and more mZv (1,55; 1,24 respectively).

Результаты исследований отечественных и зарубежных ученых по анализу и оценке радиационно-гигиенических и медико-демографических последствий деятельности ядерного полигона позволили довольно полно описать ближайшие и отдаленные эффекты ионизирующих излучений среди декретированного населения Казахстана. Это, в первую очередь, относится к верификации связи величин доз и характера облучения с увеличением частоты болезней системы кровообращения, эндокринной системы, крови и кроветворной ткани, дыхания и, особенно, с онкологическими эффектами [1-8].

В известных нам публикациях мы практически не нашли материалов, характеризующих распространенность заболеваний органов пищеварения среди облучавшегося населения ВКО и их потомков, хотя в современной радиобиологии и радиационной медицине установлено, что отдаленная радиационно-обусловленная патология пищеварительного тракта может развиваться в результате как действия источников внешней радиации, так и инкорпорации долгоживущих

радионуклидов. Подчеркивается, что радиационная патология желудочно-кишечного тракта возникает, в основном, в процессе транзита радионуклидов, поступающих в организм человека с пищей и водой [9-10].

В настоящее время известны две глобальные радиационно-гигиенические ситуации, связанные с испытаниями ядерного оружия и аварией на Чернобыльской атомной электростанции. Объединяет эти ситуации загрязнение обширных территорий продуктами ядерного распада, что является причиной миграции отдельных радионуклидов из объектов внешней среды в продукты питания местного производства, что, в свою очередь, создает условия облучения органов желудочно-кишечного тракта и формирования постлучевой патологии [11-13].

Отличие анализируемых ситуаций заключается в высоких дозах внешнего облучения населения при испытаниях ядерного оружия и практически полное их отсутствие при аварии на ЧАЭС. Эти сходства и отличия предполагают значительно более агрессивную радиационно-гигиеничес-

кую ситуацию, сложившуюся для территорий и населения Казахстана.

Принимая во внимание высокую биологическую опасность сочетанного внешнего и внутреннего облучения, сопровождающегося формированием различной соматической постлучевой патологии, для разработки и внедрения программ по ранней диагностике и профилактике радиационно-индуцированных заболеваний, необходимы тщательный анализ и интерпретация патогенетических механизмов развития этих заболеваний, обусловленных характером облучения, в том числе внутреннего облучения при поступлении радионуклидов с пищей и водой.

В этой связи сложившаяся радиационная ситуация на территориях отдельных районов Восточно-Казахстанской области, обусловленная не только внешним гамма-облучением в момент прохождения радиоактивного облака, но и внутренним облучением за счет длительного поступления радионуклидов из объектов внешней среды в продукты питания местного производства, предполагает наличие избыточных уровней распространенности патологии органов пищеварения среди местного населения [14-18].

Материалы и методы

Материалами исследования послужили акты-сертификаты по причинам смерти лиц двух основных групп исследования с различными дозами облучения и лиц контрольной группы за период 2007-2011 гг.

Основная группа – 1 350 актов-сертификатов по причинам смерти лиц, подвергавшихся облучению в дозе 250 мзв сформированной в результате атмосферных испытаний ядерного оружия на СИЯП.

Группа сравнения – 95 актов-сертификатов по причинам смерти лиц, прибывшего на контролируемые территории в 1965 г. и подвергавшиеся радиационному воздействию от атмосферных испытаний в дозе 75 мзв и дополнительному облучению в дозе 0,432 мзв в результате нештатных ситуаций подземных ядерных взрывов за период 1965-2007 гг.

Контрольная группа – 1 429 актов-сертификатов по причинам смерти лиц, прибывших в 1990 г. в контролируемые районы, прилегающие к СИЯП.

Для характеристики уровней смертности рассчитывали интенсивные показатели смертности с последующей их стандартизацией.

Интенсивный показатель рассчитывался на 100 000 населения по формуле:

$$\text{Cruderate} = \frac{\text{пт} * 10^5}{\text{N}},$$

где пт – число случаев смерти от болезней различных классов за период Т;

10^5 – стандартное число жителей.

В качестве показателя, характеризующего различия в уровнях смертности между группами населения отдельных районов в целом, отдельными возрастно-половыми группами, использовали величину показателя «относительного сравнения» – относительного риска (RR):

$$\text{RR} = \frac{\text{MR}_1}{\text{MR}_0},$$

где MR_1 – коэффициент смертности населения экспонированного района;

MR_0 – коэффициент смертности населения контрольной группы.

Статистически значимое повышение относительных рисков было подтверждено построением 95 %-доверительных интервалов. Статистическая значимость RR оценивалась с помощью критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение.

Результаты анализа динамики показателей смертности от болезней органов ЖКТ, в исследуемых группах, в какой-то мере, подтвердили полученные данные по анализу распространенность болезней ЖКТ. Среди лиц группы сравнения показатели смертности от этих заболеваний оказались достоверно более высокими, чем среди лиц основной и контрольной групп. Относительные риски заболеваний ЖКТ, как причин смерти, в среднем за год в основной группе составили 1,24, тогда как в группе сравнения -1,55 (рисунок 1).

В структуре заболеваний ЖКТ, как причин смерти, преобладали удельный вес болезней пищевода, желудка, 12-перстной кишки (в среднем 35,5%), болезни печени (в среднем 28,4%) и болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (в среднем 16,7%) (таблица 1).

Таким образом, В последние годы представления о радиочувствительных (критических) и радиоустойчивых (некритических) системах (или тканях) организма существенно меняются в связи с новыми данными об ином характере реагирования на действие энергии ионизирующего излучения клеток с низкой пролиферативной способностью (главным образом, это – клетки па-

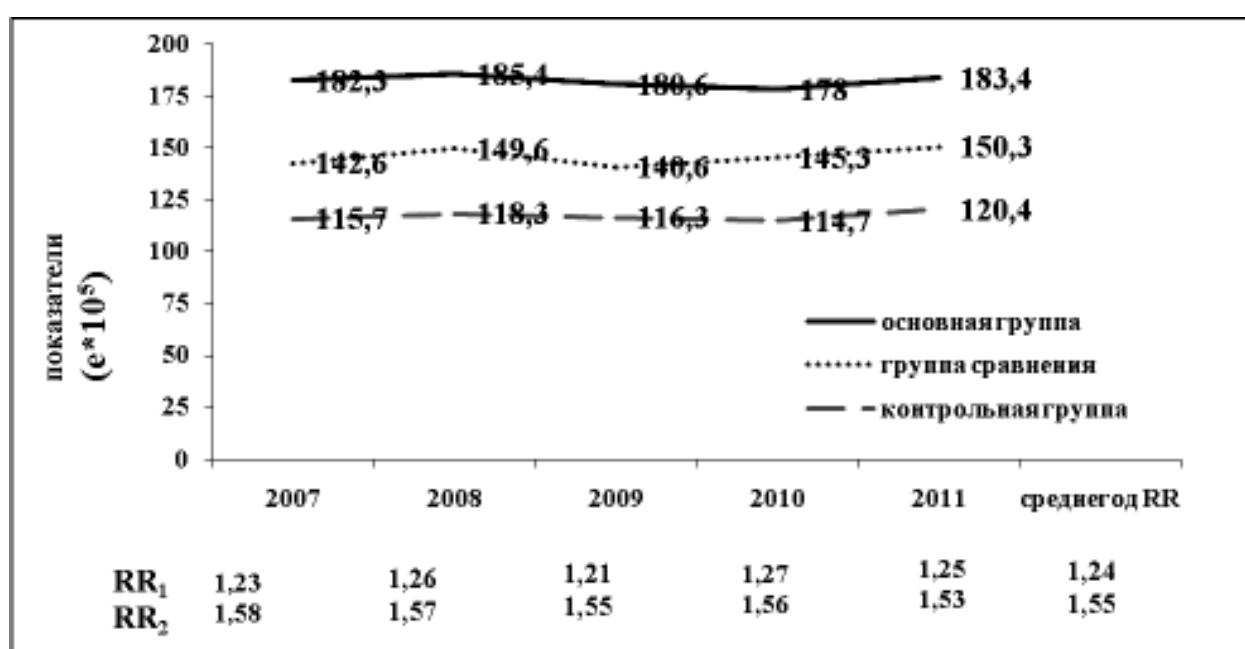


Рисунок 1. Динамика показателей смертности от болезней органов ЖКТ в исследуемых группах (случаев на 100000 населения)

ренхиматозных органов) или вообще неделяющиеся (клетки нервной и мышечной систем).

Нельзя не учитывать того, что эти события происходят на фоне прогрессирования возрастных изменений, иными словами, на фоне биологического старения организма. Исследования показывают, что интегральный биологический возраст этой группы пострадавших опережает такой для людей аналогичного календарного возраста и пола на 8-10 лет. Количество диагнозов у больных колеблется от 5 до 12 и более, то есть для них характерна полиморбидность.

В последние годы представления о радиочувствительных (критических) и радиоустойчивых

(некритических) системах (или тканях) организма существенно меняются в связи с новыми данными об ином характере реагирования на действие энергии ионизирующего излучения клеток с низкой пролиферативной способностью (главным образом, это — клетки паренхиматозных органов) или вообще неделяющиеся (клетки нервной и мышечной систем).

Нельзя не учитывать того, что эти события происходят на фоне прогрессирования возрастных изменений, иными словами, на фоне биологического старения организма. Исследования показывают, что интегральный биологический возраст этой группы пострадавших опережает тако-

Таблица 1. Ежегодная структура показателей смертности от болезней ЖКТ в исследуемых группах (2007-2011 гг.), %

Класс XI - K ₀₀ - K ₉₃ болезни ЖКТ МКБ - 10	Группы исследования		
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа
K ₂₀₋₃₁ болезни пищевода, желудка, 12-перстной кишки, в том числе:	38,3	37,2	30,9
K ₂₅ - язва желудка	17,2	16,4	12,1
K ₂₆ - язва 12 –перстной кишки	15,8	14,2	10,8
K ₅₁₋₆₄ – гастроэнтериты, колиты	18,5	16,5	23,4
K ₇₀₋₇₇ – болезни печени	28,8	27,0	29,3
K ₈₀₋₈₇ – болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей; в том числе:	14,4	19,3	16,4
K ₈₀ - желчекаменная болезнь	9,3	10,7	8,5
Всего	100	100	100

вой для людей аналогичного календарного возраста и пола на 8-10 лет. Количество диагнозов у больных колеблется от 5 до 12 и более, то есть для них характерна полиморбидность.

Таким образом, проанализированные нами литературные данные по изучаемой тематике показывают наличие достаточно выраженных эффектов длительного внешнего и внутреннего облучения в различных дозах в отношении пищеварительной системы лиц разных возрастных групп [19-21].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Б.И.Гусев, Л.М.Пивина, К.Н.Апсаликов, Г.К.Раисова. Динамика общей смертности населения некоторых районов Восточно-Казахстанской области, подвергавшихся облучению в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне (1976-1998 гг.) // Вестник НЯЦ РК.- 2004, №1.- С.58-63.
2. A.I.Ivannikov, Zh.Zhumadilov, B.I.Gusev, Ch.Miyazawa. Individual dose reconstruction among residents living in the vicinity of the Semipalatinsk Nuclear Test Site using EPR spectroscopy of tooth enamel // Health Physics. - Vol.83, N 2, August 2002.-P 183-196.
3. K.Gordeev, S.Shinkarev, L.Ilyin, A.Bouville et al. Retrospektive Dose Assessment for the population living in Areas of Local Fallout from the Semipalatinsk Nuclear Test Site Part I: External Exposure // Journal of Radiation Research – 2006. – Vol. 47 Supplement A. – P. 129-136.
4. Simon S., Baverstock K., Lindholm C. A summary of evidence on radiation exposures received near to the Semipalatinsk nuclear weapons test site // Health Physics. – 2003. – Vol. 3, №11. – P. 101-119.
5. Shoiknet Y., Kiselev V., Algazin A. Fallout from nuclear tests: health effects in the Altai region // Radiat. Environ. Biophys. – 2003. – Vol. 12, №7. – P. 44-49.
6. Б.И.Гусев, Б.В.Галич, К.Н.Апсаликов, Л.М.Пивина. Динамика смертности от заболеваний системы кровообращения среди населения некоторых районов Семипалатинской области Казахстана, подвергавшихся облучению в результате испытаний ядерного оружия // Материалы II Международной конференции. – Томск. – 2004 г. – С. 181-183.
7. Чайжунусова Н.Ж. Иммунные, генетические эффекты и онкозаболеваемость населения в условиях комбинированного действия вредных факторов окружающей среды (в регионе распространения локальных радиоактивных осадков): Дисс. ... д-ра мед. Наук. - Алматы. - 1993. - 456 с.
8. S. Bauer, B. Groshe, B.I. Gusev, A. Strelnikov, L.M. Pivina, K.N. Apsalikov. Semipalatinsk historical cohort: causes of death in a study group from settlements adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site // STUK-A.-2003.-V. 187.- 55 p.
9. Stewart A. Detecting the health risks of radiation // Med. Confl. Surviv. – 1999. – Vol. 15, №2. – P. 138-148.
10. Слапшике Г., Грицене Б., Мераускене Ю., Самердокене В., Аклеев А.В. Биологическая индикация ионизирующего излучения и ее значение для радиационной медицины // Международное рабочее совещание «Радиация: медицинский, социальный и правовой статус пострадавшего». - Челябинск. – 2002. – С. 4-11.
11. Жаворонок С.В., Калинин А.Л., Пилипцевич Н.Н. Анализ заболеваемости хроническими и циррозами печени у населения, пострадавшего от аварии на ЧАЭС в Республике Беларусь // Медицинская радиология и радиационная безопасность.- 1998.-Т.43, № 5. – С.18 – 24.
12. Харченко В.П., Зубовский Г.А., Пескин А.В. Заболеваемость и смертность участников ЛПА на ЧАЭС // Тез докл. конф. «Критерии оценки состояния здоровья и реабилитации инвалидов радиационных катастроф. – М.: Сталлер. – 1997. – С. 58-64.
13. Валуцина В.М., Норейко С.Б., Пефтиев И.Ф. и др. Структура заболеваемости и инвалидности среди рабочих – ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Врачебное дело. – 1993, № 2-3. – С. 39-41.
14. Б.И.Гусев, К.Н.Апсаликов, Л.М.Пивина. Закономерности и особенности формирования групп радиационного риска среди населения Казахстана, подвергавшегося облучению в результате испытаний ядерного оружия // Материалы II Международной конференции.- Томск.- 2004 г.- С. 177 – 181.
15. Б.И.Гусев, Л.М.Пивина, К.Н.Апсаликов, Г.К.Раисова. Динамика общей смертности населения некоторых районов Восточно-Казахстанской области, подвергавшихся облучению в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне (1976-1998 гг.) // Вестник НЯЦ РК.- 2004, №1.- С.58-63.
16. A.I.Ivannikov, Zh.Zhumadilov, B.I.Gusev, Ch.Miyazawa. Individual dose reconstruction among residents living in the vicinity of the Semipalatinsk Nuclear Test Site using EPR spectroscopy of tooth enamel // Health Physics. - Vol.83, N 2, August 2002. - P 183-196.
17. K.Gordeev, S.Shinkarev, L.Ilyin, A.Bouville et al. Retrospektive Dose Assessment for the population living in Areas of Local Fallout from the Semipalatinsk Nuclear Test Site Part I: External Exposure // Journal of Radiation Research – 2006. – Vol. 47 Supplement A. – P. 129-136.
18. Simon S., Baverstock K., Lindholm C. A summary of evidence on radiation exposures received near to the Semipalatinsk nuclear weapons test site // Health Physics. – 2003. – Vol. 3, №11. – P. 101-119.
19. Цыб. А.Ф., Иванов В.К., Туков А.Р., Горский А.И. Оценка показателей заболеваемости, смертности, их дозовая зависимость для участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС // Проблемы смягчения последствий Чернобыльской катастрофы: Материалы международного симпозиума. - Брянск. - 1993. - С. 171-173.
20. N. S. Shilnikova, D. L. Preston, E. Ron, E. S. Cancer mortality risk among workers at the Mayak Nuclear // Radiat. Res. – 2003. - V.159. - P. 787 – 798.
21. М.М.Косенко, А.В.Аклеев, Л.Ю.Крестинина. Методология наблюдения за когортой лиц, облучившихся на р. Течь // Сибирский медицинский журнал – 2003, № 5. – С. 40-48.

УДК 340.62:616-079:651

МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ КАК ИСТОЧНИКИ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ПРИ РАССЛЕДОВАНИИ ПРЕСТУПЛЕНИЙ ПРОТИВ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

У.С. УТЕБАЕВ

РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, г. Павлодар

Резюме

Цель данной статьи показать большое разностороннее значение медицинской документации, прежде всего – истории болезни. Кроме того, значительную трудность при проведении экспертиз на основании медицинских документов представляет отсутствие единых стандартов в медицине клинической и судебно-медицинской, в частности единой классификации телесных повреждений.

Тұжырым

Осы мақаланың мақсаты медициналық құжаттаманың жан-жақты үлкен маңыздылығын, бәрінен бұрын – ауыру тарихын көрсету. Сонымен бірге, медициналық құжаттама негізінде сараптама жүргізу барысында барынша қыншылықты медицинадағы клиникалық және сот-медициналық, жеке алғанда дене жаракатының бірынғай жіктемесінң бірынғай стандарттарының болмауы көрсетіп отыр.

Summary

The purpose of this paper show a great value versatile medical records, first of all - the history of the disease. In addition, a considerable difficulty in carrying out examinations on the basis of medical records is the lack of uniform standards in clinical medicine and forensic medicine, in particular the uniform classification of injuries.

На основании записей в истории болезни или ином медицинском документе устанавливается вид и особенности повреждений, орудия которым они нанесены, давность причинения, выявляются признаки характерные для искусственного происхождения заболевания, выявляются методы лечения и целесообразность их применения в конкретном случае, своевременность и полнота оказания помощи и т. д.

Разрешение медицинских вопросов, возникающих по делу, следователь и суд поручают судебно-медицинскому эксперту, предоставляя ему на изучение разнообразную документацию, истребованную для этой цели из лечебного учреждения. Если такая документация оказывается не достаточно полно и объективно составленной, то судебно-медицинский эксперт или вообще лишается возможности ответить на некоторые вопросы, или выводы его оказываются не совсем конкретными и малообоснованными. Если же в документации содержатся еще и ошибочные данные, то эксперт может, не заметив ошибки, повторить ее, сформировав за счет этого неправильное заключение.

В аналогичной ситуации может оказаться и комиссия экспертов, которой поручаются особо сложные экспертизы, в том числе и по делам о

профессиональных и профессионально-должностных правонарушений медицинских работников.

К качеству ведения медицинских документов всегда должны предъявляться высокие требования. М.Я. Мудров в свое время писал: «История болезни должна иметь достоинство точного представления о случившемся...». Она должна быть справедливой. Врачу нужно писать ее рачительно, подобно живописцу, малейшие черты и тени, изображавшему на лице человека».

Эти слова никогда не потеряют своего значения, они могли бы быть эпиграфом к каждому документу. Строго следя им, врач может быть уверенными в том, что составляет документ, полностью соответствующий всем предъявляемым к нему требованиям, а каждый, кому придется изучать этот документ, будет знать, что найдет в нем достаточно полные данные, точно и объективно отображающие наблюданную картину. Оформляя медицинские документы, врач должен исходить из того, что записи в них имеют важное лечебно-диагностическое, научно-практическое, воспитательное, юридическое и социальное значение. Документы, оформленные в том или ином лечебном учреждении характеризуют «лицо» этого учреждения, уровень лечебно-диагностической работы в нем. В каждый стационар или

поликлинику приходят новые молодые врачи, формирование и становление которых как специалистов осуществляют коллектив, и от того, как поставлена здесь работа с медицинской документацией, зависит многое в воспитании врача.

Эта простая истина понятна каждому врачу, однако анализ медицинских документов фигурирующих в уголовных и гражданских делах, показывают, что врачи - клиницисты слабо представляют себе юридическое значение своих записей о больном, которое последние приобретают, когда становятся источниками доказательств, не задумываясь о том, что неудовлетворительно оформленный документ может не только не помочь, но принести серьезный ущерб делу правосудия.

Содержащиеся в истории болезни данные о повреждениях являются во многих случаях единственным источником сведений о них, так как в связи с последующим врачебным вмешательством (первичная обработка ран, иммобилизация переломов и др.) первоначальный вид травмы изменяется: например ушибленная рана, входное и выходное пулевые отверстия превращаются в резаные раны. Выводы эксперта по интересующим следствие вопросам, а именно о характере повреждений, механизме их образования, орудии травмы, степень вреда здоровью, времени причинения частично, а иногда и полностью базируются на записях в истории болезни. Если эти записи недостаточны, или повреждения описаны небрежно, с нарушением требований, то эксперт не может разрешить стоящие перед ним вопросы. Наряду с необходимостью детального описания в истории болезни морфологических свойств повреждений существенное значение имеет сохранение для передачи следователю обнаруженных в этих повреждениях инородных включений, а также иссеченных краев ран, при судебно-медицинском исследовании которых может быть получена информация, важная для характеристики орудия травмы и механизма его действия.

Отмеченное, кстати, полностью относится к одежде пострадавшего, которую нужно обязательно сохранить, так как на ней имеется информация об орудии травмы и механизме его действия, она особенно необходима в случаях, когда внешний вид повреждений на теле потерпевшего изменился и восстановить его не представляется возможным. По приведенным соображениям одежду пострадавшего выдавать родственникам без разрешения следователя нельзя, а так-

же уничтожать, несмотря на крайнюю степень изношенности или завшивленности (например, у лиц без определенного места жительства).

Нередким видом травмы являются колото-резанные повреждения. Применительно к ним в медицинской документации, очень часто можно встретить диагноз «ножевая рана» или «ножевое ранение». Такие повреждения действительно во многих случаях наносятся ножами, но орудием травмы могут быть также кинжалы, металлические пластинки, осколки стекла и другие предметы, имевшие заточенный край. Вывод об орудии, использованном для нанесения конкретного повреждения, базируется на результатах медико-криминалистического исследования. Что касается морфологических свойств травмы отмечаемых в процессе осмотра, то они позволяют лишь констатировать, что ранение является колото-резанным, резанным, рубленным и др. Такой диагноз и должен фигурировать в медицинской документации. Попутно нужно подчеркнуть, что при описании повреждений указывается два размера - длина и ширина. Это - ошибка врача, чреватая негативными последствиями в связи с тем, что исходя из длины раны (с учетом механизма ее образования) строится экспертный вывод о ширине, погрузившейся в тело части клинка ножа или иного орудия травмы. Двумя размерами характеризуются повреждения, соединенные с дефектом ткани, вырывания куска зубами животного, входные огнестрельные отверстия, образованные так называемым «пробивным» действием пули или иного снаряда. Правильное представление о длине колото-резанной раны можно получить только при измерении после сопоставления ее краев.

Окончательный клинический диагноз (заключительный) не всегда является истинным. Особенно часто без достаточных на то оснований, исходя главным образом, из жалоб больного, выставляется диагноз сотрясения головного мозга, а продолжительность нахождения на стационарном или амбулаторном лечении не обоснована соответствующими объективными данными, в связи с чем, возникают трудности при квалификации степени вреда здоровью. Не подтвержденный объективными данными диагноз не принимается во внимание при оценке вреда здоровью, и совершенно очевидно, что при этом страдают интересы потерпевшего.

Особое значение медицинские документы приобретают при расследовании дел профессио-

нальных и профессионально-должностных правонарушениях медицинских работников, при рассмотрении жалоб больных и их родственников на несвоевременное или недостаточное лечение, когда возникают основания думать о неправильных действиях, а также халатности врача и среднего медицинского работника. За правонарушения, связанные с профессиональной деятельностью, медицинские работники могут быть привлечены к уголовной ответственности.

Тщательному анализу подвергается вся медицинская документация, в особенности те части, которые отражают исходное состояние больного, обоснование диагноза, данные о хирургических и других лечебных мероприятиях. Небрежное заполнение, стандартные фразы в дневнике, по которым трудно сделать конкретные выводы о течении заболевания или повреждения, подчистки, исправления, отсутствие записей о согласии больного на оперативное вмешательство или сложную диагностическую процедуру, о результатах осмотра приглашенными консультантами и других существенных данных уже само по себе может создать представление о недобросовестном отношении врача к своим обязанностям, о недостаточном чувстве моральной ответственности при выполнении должностных действий. Крайне неубедительно звучат в таких случаях ссылки на служебную занятость, в связи, с чем не было возможности более полно заполнить историю болезни, которые приходится слышать от допрашиваемого следователем врача.

Записи, содержащиеся в истории болезни, как и иной медицинской документации, могут иметь определенное значение для идентификации личности в некоторых уголовных делах, прежде все-

го при обнаружении трупа неизвестных лиц. При сравнительном исследовании, произведенном с целью установления тождества покойного и пропавшего без вести определенного человека, информативным источником доказательств нередко оказывается история болезни или иной медицинский документ, составленный на конкретное лицо. Здесь могут содержаться записи о локализации и размерах рубцов, родимых пятен, татуировок и прочих особых приметах имеющих существенное идентификационное значение. То же относится и к данным о стоматологическом статусе и лечебных мероприятиях на зубах. Следовательно, заполняя любой медицинский документ, врач не должен забывать об идентификационном значении своих записей, их полнота и объективность и в этом аспекте должны быть предельно полными и объективными.

Все сказанное свидетельствует о большом значении медицинской документации, прежде всего — истории болезни. Поэтому к качеству ее всегда должны предъявляться высокие требования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бедрин Л.М., Загрядская А.П., Ширинский П.П. Вопросы права и деонтологии в подготовке и воспитании врача, г. Ярославль, 1986 г.
2. Вагнер Е.А. О деонтологическом воспитании врача, г. Пермь, 1977 г.
3. Загрядская А.П., Бедрин Л.М. Медико-юридическое и социальное значение медицинской документации, Нижегородский медицинский журнал № 2, 1993 г.
4. Концевич И.А. Долг и ответственность врача, г. Киев, ВШ, 1983 г.

УДК 616.37-002-036.1-06-073.4

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

С.С. ИСТАЕВА

Западно-Казахстанский областной консультативно диагностический центр, г. Уральск

Резюме

Ультразвуковое исследование (УЗИ) является первым диагностическим малоинвазивным методом исследования в диагностике острого панкреатита.

Тұжырым

Ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ) жіті панкреатит диагностикасындағы зерттеудің алғашқы диагностикалық шағын инвазиялық әдістеме болып табылады.

Summary

Ultrasonography (USG) is a minimally invasive treatment for the first diagnostic investigation in the diagnosis of acute pancreatitis.

Актуальность. Для повышения диагностической ценности эхографии необходима определенная последовательности в выполнении ультразвукового исследования: детальный осмотр парапанкреатических тканей и самой железы; осмотр всех отделов брюшной полости на предмет свободной жидкости и инфильтратов; осмотр плевральных полостей и полости перикарда на наличие выпота; детальный осмотр внутри- и внепеченочных желчных протоков; прицельный осмотр сосудов системы воротной вены; исследование забрюшинного пространства; динамическое наблюдение (частота повторного УЗИ определяется степенью тяжести заболевания и вероятностью развития осложнений).

Острый панкреатит является полиэтиологическим поражением поджелудочной железы, которое может протекать в острой и хронической форме. Причинами острого панкреатита могут стать обтурация панкреатического протока, желчекаменная болезнь, злоупотребление алкоголем, механическая травма, патология гепатобилиарной системы.

Нельзя не отметить ангиогенный или ишемический фактор в патогенезе острого панкреатита. С высокой степенью достоверности установлено, что среди больных острый панкреатитом превалируют пациенты в возрасте 40-64 лет, когда возрастает риск развития распространенного атеросклероза. Нередко возникают трудности в дифференциальной диагностике деструктивного панкреатита, протекающего с явлениями панкреатоген-

ного шока и инфаркта миокарда с кардиогенным шоком, нередко имеет место сочетание двух указанных патологий, являющихся конкурирующими при определении основной причины смерти больных панкреонекрозом. На фоне атеросклеротического поражения сосудов поджелудочной железы возникают локальные тромбозы, которые при наличии изменений в системе гемостаза приводят к необратимым деструктивно-некротическим изменениям в паренхиме органа [1].

При остром воспалении поджелудочная железа на эхограмме видна как резко увеличенное образование, в некоторых случаях не сохраняющее своей формы. При остром панкреатите наблюдается диффузное увеличение поджелудочной железы, локальное же увеличение какого-то одного отдела встречается довольно редко. Нарушается ровность контура, в некоторых участках вещество железы сливается с окружающими тканями. Эхогенность паренхимы снижается, железа отчетливо выделяется на фоне печени в виде почти прозрачного тяжа. Такая отечность паренхимы позволяет ультразвуку легко проходить через нее, в результате чего хорошо контурируется задняя стенка. Вместе с тем значительное снижение эхогенности паренхимы часто не позволяет найти четкой границы между железой и селезеночной веной, что может вызвать затруднения при измерениях. Вирсунгов проток расширяется, его диаметр может достигать 4 мм.

Эхография представляет собой идеальный метод для динамического наблюдения за состоя-

нием поджелудочной железы при панкреатите и его осложнениях. Накопление жидкости при остром панкреатите приводит к формированию псевдокисты, которая ограничена фиброзной капсулой. Эхографически киста представляется объемным, хорошо очерченным образованием округлой или овальной формы, имеющим отчетливые стенки. Она может быть одно- или многокамерной и, в зависимости от сроков возникновения, эхосвободной или содержать внутреннее эхо от некротических осколков или тромбов. Киста может разрешиться спонтанно: если это происходит, то обычно впервые 6 недель после возникновения [2].

К осложнениям псевдокисты относятся массивный интраперитонеальный разрыв, разрыв в соприкасающуюся часть желудочно-кишечного тракта, медленное истечение, приводящее к развитию хронического панкреатического асцита, кровоизлияние, инфицирование и абсцедирование, обструкция желчного протока, кишечная обструкция. Геморрагическая псевдокиста может быть заподозрена по возникновению резких неожиданных болей в брюшной полости, падению гематокрита, увеличению кисты в размерах и возникновению обширных внутренних эх. Четких эхографических критериев, которые бы позволяли отличить инфицированную кисту от геморрагической нет, только в первом случае количество внутренних эхо больше, но этот дифференциально-диагностический показатель сомнителен [3].

Патоморфологическим, не смотря на различные причины, отмечаются такие фазы развития панкреатита, как отек, жировой или геморрагический некроз. Таким образом, эхографическая картина, несмотря на свою вариабельность, имеет ряд общих черт. При оценке состояния поджелудочной железы имеет значение форма, контуры, эхогенность, внутренние структуры и ряд дополнительных признаков [4].

При тяжелом течении панкреатита возможен ряд осложнений, диагностировать которые можно с помощью ультразвукового исследования.

Результаты и исследования.

Были проанализированы результаты эхографического исследования 125 больных с осложненными формами панкреатита, среди которых было 22 женщины и 103 мужчины в возрасте от 17 до 66 лет.

Исследование проводилось на аппарате «Medison 8000 – live» трансдьюсером 3,5МГц. У 38 больных были выявлены различных размеров эхо-

негативные образования (псевдокисты) с неровными, нечеткими контурами, а в некоторых случаях с гиперэхогенными включениями. В то же время у 5 больных с размерами кист 5-6 см органопринадлежность была установлена только интраоперационно.

В 62 случаях эхографически определялись локализованные эхонегативные образования различных размеров (ограниченный перитонит) и у 3 больных выявлено большое количество свободной жидкости в брюшной полости. У 17 больных были эхоскопически диагносцированы признаки псевдотуморозного панкреатита. В 58% случаев вышеперечисленные диагнозы верифицированы во время оперативных вмешательств.

Заключение.

Таким образом, можно сделать вывод, что ультразвуковое исследование является достаточно информативным и в то же время абсолютно безопасным методом исследования при осложненном течении панкреатита для установления точного диагноза и определения дальнейшей тактики лечения.

На сегодняшний день УЗИ является одним из основных методов диагностики, так как позволяет распознать увеличение и отек ткани поджелудочной железы (основные признаки острого панкреатита) уже в первые часы болезни. Кроме того, УЗИ используют для динамического наблюдения за ходом лечения, поскольку относительно легко и быстро врач может, получив данные об основных параметрах органа судить о динамике течения заболевания (выздоровление или, наоборот, прогрессирующее разрушение железы).

Это позволяет в большинстве случаев спрогнозировать течение и исход заболевания, наметить меры профилактики осложнений, обострений и рецидивов, а также, воздействуя на определенное звено этиопатогенеза, снизить степень деструктивных изменений в поджелудочной железе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Минушкин О.Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения (рус.). Consilium-Medicum - 2002.
2. Белокуров С.Ю., Могутов М.С., Потапов М.П., Якубова Р.Р. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения / Под редакцией Ю.Н Белокурова - Ярославль: ТПУ, 2003 – 224 с.
3. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. - Киев.: Наук. думка, 1990. - 272 с.
4. Чаплинский В.В., Гнатышак А.И. Острый панкреатит. Москва, Медицина, 1972.

УДК 614.1:614.73-058 (574.4)

ДИНАМИКА ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАЙОНАХ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРИЛЕГАЮЩИХ К СЕМИПАЛАТИНСКОМУ ПОЛИГОНУ И ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РАДИАЦИОННОГО РИСКА

К.Н. АПСАЛИКОВ, Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ,
Е.Т. МАСАЛИМОВ, Б.И. ГУСЕВ, А.Е. МАНСАРИНА
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

Резюме

По разработанному в НИИ радиационной медицины и экологии алгоритму формирования групп радиационного риска в районах ВКО, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, изучены и проанализированы данные по динамике движения населения за период 2007-2011 гг. Установлено, что только не более 30% населения имеет отношение к радиационным ситуациям прошлых лет, из них непосредственно подвергавшиеся облучению составляют 26,3-34,5%, остальные представлены их потомками второром и третьем поколениях.

Тұжырым

Ғылыми-зерттеу институтында құрастырылған Семей полигонына жақын орналасқан аудандарда радиациялық топтарын құру алгоритмы бойынша 2007-2011 ж. кезеңінде халық қозғалыс динамика деректеріне зерттеу және талдау жасалды. Тұрғындардың тек қана 30% өткен жылдардың радиациялық жағдайларына катысы бар екені анықталды, оның ішінде сөүлеленуге тікелей ұшырағандар 26,3-35,4 %, қалғандары екінші және үшінші буыннан тараған үрпактарымен ұсынылған.

Summary

On developed in Research institute of radiating medicine and ecology of formation of groups of radiating risk in the regions of the East Kazakhstan area adjacent to the Semipalatinsk nuclear tests, data on dynamics of movement of the population during 2007-2011 are studied and analyzed. It is established that only no more than 30 % of the population concern radiating situations of last years, of them directly being exposed to radiation make 26,3-35,4 %, the others are presented by their descendants in the second and third generations.

Учитывая различные гипотезы исследования отдаленных эффектов ионизирующего излучения в группах радиационного риска, представленных населением Восточно-Казахстанской области и необходимости расчета и оценке ежегодного ущерба здоровью экспонированного радиацией населения и их потомков, предполагалось получить объективную информацию по движению населения и его распределение по группам радиационного риска на момент обследования. Эта информация давала возможность экстраполяции полученных результатов исследования на население (не включенного в группы исследования) с одинаковыми дозами облучения[1-3].

В НИИ радиационной медицины и экологии при выполнении работ по формированию базы данных Государственного Научного Автоматизированного Медицинского Регистра (ГНАМР) были разработаны алгоритмы численного распределения групп радиационного риска, в основу которого заложены такие параметры, как распре-

деление общего числа населения конкретного поселка на лиц постоянно проживающих на этой территории с 1949 г. и их потомков; лиц прибывших с других территорий (не загрязнявшихся радиоактивными осадками). В группах постоянно проживающих рассчитывалась численность лиц, подвергавшихся прямому облучению – I поколение(1949-1962 гг.) и численность их потомков во II-III поколениях (родившихся после 1962 г.).

Результаты и обсуждение.

В нашем исследовании основная группа была сформирована из населения Абайского, Бескарагайского и Жанасемейского районов ВКО, включенного в базу данных ГНАМР.

Как следует из таблицы 1 в 9 населенных пунктах Абайского района, по состоянию на 2011г. общая численность населения составляла 16 333 человек, из них постоянно проживающих -38,2 % (6 248 человек), прибывших с других территорий – 61,8% (10 085 человек). Из постоянно проживающих 2 303 человека представляли лица,

Таблица 1. Численное распределение групп радиационного риска Абайского района ВКО по состоянию на 2007-2011 гг.

Населенные пункты	Общая численность населения	Постоянно проживающие лица		I-поколение (1949 – 1962 г.р.)		II–III поколение (1963-2010 г.р.)		Лица, прибывшие с других территорий	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Караул	5233	2020	38,6	719	35,6	1301	64,4	3213	61,4
Кенгирбай	1197	469	39,2	170	36,2	299	63,8	728	60,8
Архат	1353	545	40,3	204	37,4	341	62,6	808	79,7
Каскабулак	1318	543	41,2	218	40,1	325	59,9	775	78,8
Кундызы	1602	620	38,7	255	41,2	365	58,8	982	61,3
Кокбай	2013	751	37,3	290	38,6	461	61,4	1262	62,7
Тактамыс	1001	386	38,6	141	36,4	245	63,6	615	61,4
Саржал	1991	701	35,2	223	31,8	478	68,2	1290	64,8
Медеу	625	216	34,6	73	33,6	143	66,4	409	65,4
Всего	16 333	6 248	38,2	2 303	36,9	3 945	63,1	10 085	61,8

Таблица 2. Численное распределение групп радиационного риска Бескарагайского района ВКО по состоянию на 2007-2011 гг.

Населенные пункты	Общая численность населения	Постоянно проживающие лица		I-поколение (1949–1962 г.р.)		II–III поколение (1963-2010 г.р.)		Лица, прибывшие с других территорий	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Большая Владимировка	4825	1558	32,2	477	30,6	1081	69,4	3267	67,7
НовоНиколаевка	1089	311	28,6	88	28,2	223	71,8	778	71,4
Башкуль	600	230	38,3	90	39,1	140	60,9	370	61,7
Бегень	1625	670	41,2	257	38,4	413	61,6	955	58,8
Семеновка	1834	519	28,3	144	27,8	375	72,2	1315	71,7
Глуховка	1353	438	32,4	125	28,5	313	71,5	915	67,6
Долонь	644	130	20,2	26	20,3	104	79,7	514	79,8
Бодене	685	263	38,4	73	27,8	190	72,2	422	61,6
Мостик	440	92	20,8	20	21,3	72	78,7	348	79,2
Черемушки	305	77	25,3	16	20,6	61	79,4	228	74,7
Канонерка	1557	445	28,6	126	28,3	319	71,7	1112	71,4
Всего	14 957	4 733	31,6	1 442	30,5	3 291	69,5	10 224	68,4

непосредственно подвергавшиеся облучения (36,9%), их потомки – 63,1% (3 945 человек).

Приблизительно та же картина наблюдалась и при анализе алгоритма численного распределения групп радиационного риска по Бескарагайскому району (таблица 2). Общая численность – 14 957 человек, 30,5% (1 442 человека) – первое поколение; 69,5% (3 291 человек) – их потомки во втором и третьем поколении.

По Жанасемейскому району из общей численности 16 979 человек, 34,7% (5 898 человек) составляли постоянно проживающие (таблица 3). Лица первого поколения составили – 2 035 человек (34,5%), второго и третьего поколения – 3 863 человека(65,3%).

Представленная динамика движения населения и формирования групп радиационного риска, в конечном счете, показала, что среди 48 269 человек, проживающих в 32 населенных пунктах Абайского, Бескарагайского и Жанасемейского районов ВКО 16 879 (35%) лиц имеют отношение к радиационным ситуациям прошлых лет.

Из них 5 780 человек (34,2%) представляют население, подвергавшееся прямому облучению, тогда как 11 099 человек (65,8%) их потомки во втором и третьем поколении. Установлено, что на сегодняшний день, в населенных пунктах районов ВКО, прилегающих к СИЯП, демографическая ситуация свидетельствует о галопирующем снижении (смертность, миграция) числа

Таблица 3. Численное распределение групп радиационного риска Жанасемейского района ВКО по состоянию на 2007-2011 гг.

Населенные пункты	Общая численность населения	Постоянно проживающие лица		I-поколение (1949-1962 г.р.)		II-III поколение (1963-2010 г.р.)		Лица, прибывшие с других территорий	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Алгабас	1027	417	40,6	168	40,3	249	59,7	610	59,4
Чекоман	1408	518	36,8	164	31,6	354	68,4	890	63,2
Мукур	1426	502	35,2	173	34,5	329	65,5	924	64,8
Прииртышское	1001	304	30,4	98	32,8	206	67,2	697	69,6
Буkenчи	980	319	32,6	117	36,7	202	63,3	661	67,4
Зиаменка	1680	496	29,5	153	30,8	343	69,2	1184	70,5
Новобаженово	2226	681	30,6	215	31,6	466	68,4	1545	69,4
Булак	719	290	40,4	112	38,7	178	61,3	429	59,6
Кайнар	2341	904	38,6	345	38,2	559	61,8	1437	61,4
Озерки	2097	723	34,5	220	30,4	503	69,6	1374	65,5
Приречное	1274	403	31,6	139	34,5	264	65,5	871	68,5
Жаркын	800	341	42,6	131	38,5	210	61,5	459	57,4
Всего	16 979	5 898	34,7	2 035	34,5	3 863	65,3	11 081	65,3

лиц, постоянно проживавших на этих территориях, в период до 1949 г. и с 1949 г. по 1962 г., таких лиц не более 30% от постоянно проживающего населения (1949-1962гг.), остальная часть представлена потомками во втором и третьем поколении.

Эта информация должна быть базисом при разработке и внедрении медико-социальных программ по профилактике заболеваний, связанных с радиационным воздействием и реабилитации этих групп населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Г.К.Кошпесова, А.Е.Мансарина, Т.Ж.Мулдагалиев, А.В.Липихина Методы радиационно-эпидемиологического мониторинга состояния здоровья потомков во II и III поколениях лиц, подвергавшихся прямому радиационному воздействию. // Материалы республикан-

ской научной конференции «Медико-биологические проблемы адаптации к антропогенным стрессорным факторам и пути их коррекции, посвященной 70-летнему юбилею профессора Тапбергенова С.О., ГМУ г. Семей, 20.05.2011 г., С.35-36.

2. Кошпесова Г.К., Мансарина А.Е., Иноземцева О.В. Эпидемиолого-статистический анализ показателей смертности на основе данных государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергшегося действию ионизирующего излучения, по состоянию на 2010 г. Материалы VII Международная научно-практическая конференция «Экология. Радиация. Здоровье», 27 августа 2011г. Семей, 22 с.

3. Аспаликов К.Н., Мулдагалиев Т.Ж., Гусев Б.И., Белхина Т.И. Современные медико-демографические проблемы населения Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия и их преодоление. Материалы научно-практической конференции, посвященной 20-летию закрытия Семипалатинского ядерного полигона «Двадцать лет свободы от ядерного оружия», 5 октября 2011г., г. Семей.

УДК 614.73:612.014.482:613.648.4:614.1:303(574.4)

**ОЦЕНКА ЕЖЕГОДНОГО УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ У ЭКСПОНИРОВАННОГО РАДИАЦИЕЙ
НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ ДИНАМИКИ
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ УРОВНЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗА ПЕРИОД 2007-2011 гг.**

**Е.Т. МАСАЛИМОВ, Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ,
Т.И. БЕЛИХИНА, Б.И. ГУСЕВ, Л.Б. КЕНЖИНА**
НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

Резюме

В группах исследования с дозой облучения 250 и более мзv и 75 мзv проведена оценка и расчет ущерба здоровью подвергавшегося радиационному воздействию, а так же спектр дополнительных к ожидаемым случаев заболеваний, имеющих корреляционную зависимость с величинами доз облучения. Ежегодные радиогенные риски дополнительные случаи заболеваний по отдельным рубрикам и классам для лиц основной группы составили 359,3 случая на 1000 населения, в группе сравнения 134,6 случая. По наиболее часто регистрируемым отдельным классам онкологических и общесоматических заболеваний ежегодный ущерб здоровью составил 203,6 случая на 1000 населения в основной группе и 56,0 случая в группе сравнения.

Тұжырым

250 және мзv астам және 75 мзv сөүлелендіру дозасымен зерттеу топтaryнда радиациялық әсерге шалдыққандар денсаулығы залалының, сондай-ақ, сөүлелендіру дозасын ұлғайту арқылы корреляциялық тәуелділігі бар аурулардың күтілетін жағдайларға қосымша спектрінің есебі және оны бағалау жүргізілді. Негізгі топ тұлғалары үшін жеке айдарлар және жіктемелер бойынша аурулардың қосымша жағдайларының жыл сайынғы радиогендік қауіп-кательлері 1000 тұрғынға 359,3 жағдайды құрап отыр, салыстырмалы топта 134,6 жағдай. Онкологиялық және жалпы тәндік аурулардың ең жиі тіркелетін жеке жіктемелері бойынша денсаулыққа келтірілген жыл сайынғы залал негізгі топта 1000 тұрғынға 203,6 жағдайды құрайды және салыстырмалы топта 56,0 жағдай.

Summary

By means of models of relative and attributable risks the annual damage to health on additional to expected cases of diseases in two main groups of research with the established doses of radiation 250 and more mZv and 75 mZv is calculated. Annual radiogenic additional cases of diseases on separate headings and classes for persons of the main group left 359,3 cases on the 1000th population, in group of comparison 134,6 cases. On most often traceable separate classes of oncological and all-somatic diseases the annual damage to health made 203,6 cases on the 1000th population in the main group and 56,0 cases in group of comparison.

Показатель ущерба здоровью подвергавшегося радиационному воздействию населения, может быть определен сокращением продолжительности предстоящей жизни, а так же расчетами спектра и дополнительных к ожидаемым случаев заболеваний (в том числе случаев смерти), имеющих корреляционную зависимость с величинами доз облучения.

Ущерб здоровью в результате радиационного облучения рассчитывается по соматико-стохастическим эффектам, как правило, существенно превышающие спонтанные случаи заболеваемости и смертности.

В настоящее время в основу оценок радиационных эффектов положены модели абсолютного (MAP) и относительного (MOP) риска, которые различаются способом учета дополнительного радиационного риска: по модели абсолютного рис-

ка он полагается не зависящим от существующего радиационного фона и аддитивным; по модели относительного риска эффекты облучения должны увеличивать существующий риск мультипликативно.

Оценки ущерба радиационного воздействия, представляемые в Публикации 27 Международной комиссии по радиологической защите (МКРЗ) [1], основаны на MAP. В Публикации 45 они дополнены оценками по MOP. Так же приводятся оценки радиационного риска, выполненные на базе двух моделей, различающиеся примерно в три раза, реальное значение риска лежит в пределах этих оценок. Модели абсолютного и относительного риска, не являясь строго обоснованными, уязвимы для критики. Применение MAP и MOP обусловливает и различные способы оценки показателей ущерба. Наиболее

часто используемым показателем ущерба является пожизненный риск смерти от рака, который отражает повышенную вероятность смерти от рака облученного организма [2-6].

Приоритетными задачами современной радиационной эпидемиологии, согласно общепринятым понятиям являются: изучение индуцированных радиацией заболеваний среди экспонированного населения и определение дополнительных факторов риска, обусловливающих развитие болезней.

Материалы и методы. В нашем исследовании показатель относительного риска, в том числе, использовался для получения некоторых производных показателей, интерпретирующих результаты исследования. При этом мы не рассчитывали абсолютный риск (AR) радиационного воздействия по эпидемиологическим показателям, а определение доли заболеваний, причиной которых послужило радиационное воздействие, проводили по расчету атрибутивного риска (атрибутивный риск – AR), его называют еще непосредственным риском. Фактически, атрибутивный риск – это доля болезней вызванных действием радиационного фактора среди всех болезней конкретной группы исследования.

Наиболее важным, при выполненных нами расчетах ущерба здоровья экспонированного радиацией населения основной группы и группы

сравнения являлся доверительный интервал (ДИ – диапазон колебаний истинных значений уровней заболеваний). Определение 95% ДИ показывало, что истинные значения величины с вероятностью 95% в пределах рассчитанного интервала. Величина ДИ характеризует степень доказательности данных, в то время как значение р (достоверность различий) указывает на вероятность отклонения о-гипотезы.

В упрощенном виде метод оценки ежегодного ущерба здоровью исследуемых групп населения от радиационного воздействия нами рассчитывался следующим образом:

- по разнице минимальных значений ДИ ежегодного уровня конкретного заболевания в основных группах исследования и максимальных значений ДИ контрольной группы устанавливалось число дополнительных случаев к ожидаемым за год;

- по величине атрибутивного риска ($AR = (RR - 1)/RR$) определялся процент вклада радиационного воздействия в установленных дозах в дополнительные случаи заболеваний в основных группах;

- сумма ежегодных дополнительных случаев заболеваний, связанных с радиационным воздействием по различным классам, рубрикам, нозологическим формам определяла ущерб здоровью.

Результаты и обсуждение. В основу расчета ежегодного ущерба здоровью положены данные

Таблица 1. Среднегодовое распределение дополнительных к ожидаемым случаев заболеваний в исследуемых группах по отдельным рубрикам и классам, за период 2007-2011, (случаев на 1000 населения)

Рубрики, классы болезней (МКБ-10)	Эпидемиологические показатели									
	Среднегодовой уровень		Дополнительные случаи		RR Относительный риск		AR,% Атрибутивный риск		Радиогенные дополнительные случаи	
	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС
A₀₀ – B₉₉ – инфекционные и паразитарные болезни	272,4	205,8	69,2	-	1,41	-	29,0	-	20,1	-
C₀₀ – D₄₉ – новообразования	260,0	240,0	109,5	89	1,73	1,6	42,1	37,5	46,1	33,3
D₅₀ – D₈₉ – болезни крови и кроветворных органов	156,7	100,5	54,3	-	1,73	-	42,1	-	22,8	-
E₀₀ – E₉₀ – болезни эндокринной системы	251,8	232,3	73,0	53,6	1,5	1,38	35,3	27,5	25,7	14,7
F₀₀ – F₉₉ – психические расстройства	169,4	166,7	76,8	75,0	1,84	1,81	45,6	44,7	35,0	33,5
I₀₀ – I₉₉ – болезни системы кровообращения	634,7	573,4	210,5	151,4	1,55	1,4	35,5	28,5	74,7	53,1
J₀₀ – J₉₉ – болезни органов дыхания	598,3	412,6	214,5	-	1,59	-	37,1	-	79,6	-
K₀₀ – K₉₃ – болезни органов пищеварения	284,5	178,2	112,0	-	1,76	-	43,1	-	48,2	-
Q₀₀ – Q₉₉ – врожденные аномалии	96,2	70,5	21,0	-	1,52	-	34,2	-	7,1	-
Всего	2724	2180	940,8	369	14,6	36,19	344	138,2	359,3	134,6

*ОГ - основная группа, ГС - Группа сравнения

по распространению уровней заболеваний в трех группах исследования: 2 180 лиц основной группы с дозой облучения 250 и более мзв, 1 950 – группы сравнения с дозой облучения 75 мзв, 1 750 – контрольной группы за период 2007 – 2011 гг.

Ежегодный ущерб здоровью экспонированных радиацией групп исследования определялся по сумме дополнительных случаев заболеваний.

Как следует из таблицы 1 в основной группе всего зарегистрированы 940,8 дополнительных случаев заболеваний в год на 1000 населения по 9 рубрикам и классам.

При этом 359,3 случая отнесены к радиогенным дополнительным случаям (38,2%), из которых наиболее высокие значения зарегистрированы по БСК (74,7 случая), болезням органов дыхания (79,6 случая), новообразованиям и болезням органов пищеварения дали по 46,1 и 48,2 дополнительных радиогенных случая. В группе сравнения всего зарегистрировано 369,0 дополнительных случаев по 4 рубрикам и классам, из них 134,6 случая отнесены к радиогенным дополнительным случаям (36,5%).

Таблица 2. Среднегодовое распределение, дополнительных к ожидаемым, случаев заболеваний в исследуемых группах по отдельным нозологическим формам, за период 2007-2011 гг. (случаев на 100 000 населения)

Нозологические формы отдельных классов заболеваний	Эпидемиологические показатели									
	Среднегодовой уровень		Дополнительные случаи		RR		AR, %		Радиогенные дополнительные случаи	
	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС	ОГ	ГС
Новообразования:										
Рак ЖКТ	39,5	74,6	-	18,1	-	1,65	-	36,1	-	6,5
Рак легких и бронхов	72,1	44,3	41,1	12,4	3,43	1,97	70,8	49,2	29,1	6,1
Рак молочной железы	56,2	35,6	25,7	6,0	2,7	1,74	62,9	42,5	16,1	3,9
Болезни щитовидной железы	170,2	154,2	65,8	50,0	1,9	1,69	47,3	40,8	31,1	20,4
Болезни системы кровообращения	157,3	115,8	56,6	17,1	1,78	1,29	43,8	22,4	24,8	2,8
Артериальная гипертония										
Ишемическая болезнь сердца	142,6	112,3	46,1	16,2	1,75	1,37	42,8	27,0	19,6	4,4
Инсульты	105,2	81,3	35,3	9,2	1,79	1,4	44,0	28,5	15,5	2,6
Психические расстройства										
Умственная отсталость, расстройства развития	68,1	42,4	28,1	4,0	2,48	1,6	59,6	37,5	16,7	1,5
Болезни ЖКТ	68,1	42,4	28,1	4,0	2,48	1,6	59,6	37,5	16,7	1,5
Язвенная болезнь	68,1	42,4	28,1	4,0	2,48	1,6	59,6	37,5	16,7	1,5
Болезни системы дыхания										
Острые инфекционно-воспалительные заболевания	117,8	-	31,0	-	1,56	-	35,8	-	11,1	-
Хронические инфекционно-воспалительные заболевания	163,8	-	44,7	-	1,48	-	32,4	-	14,5	-
Всего	1167,6	713,1	413,3	150	21,5	14,56	501,3	329,9	202,6	56

*ОГ - основная группа, ГС - Группа сравнения

В соответствии с таблицей 2 представлено распределение дополнительных к ожидаемым случаев заболеваний (в том числе радиогенных) в основной группе наиболее часто встречаемых 10 онкологических и неонкологических нозологических форм заболеваний, в группе сравнения по 9 нозологическим формам.

Всего зарегистрировано дополнительных в основной группе 413,3 случая в год на 1000 населения, в группе сравнения – 150,0 случая, из них в основной группе – 203,6 радиогенных дополнительных случая (49,3%), в группе сравнения – 56,0 случая (37,3%).

В основной группе наибольшее число дополнительных радиогенных случаев заболеваний зарегистрировано по раку легких и бронхов (49,2 случая), раку молочной железы у женщин (42,5 случая), болезням щитовидной железы (40,8 случая) и болезням ЖКТ (45,9 случая). По группе сравнения наибольшее число дополнительных радиогенных случаев заболеваний зарегистрировано по болезням щитовидной железы (20,4 случая).

Таким образом, ущерб здоровью от радиогенных дополнительных к ожидаемым случаев заболеваний среди населения основной группы составил 12,2% от уровня общей ежегодной заболеваемости; 5,3% по группе сравнения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Сравнительная канцерогенная эффективность ионизирующего излучения и химических соединений: Публикация 96 НКРЗ: Пер. с англ. /Под ред. И.В. Филюшкина. М: Энергоатомиздат, 1992. Авалиани С. Л., Андрианова М. М., Печеников Е. В., Пономарева О. В. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья (мировой опыт). — М., 1996.- 159 с.

2 Быков А. А., Соленова Л. Г., Земляная Г. М., Фур-

ман В. Д. Методические рекомендации по анализу и управлению риском воздействия на здоровье населения вредных факторов окружающей среды. — М.: Издательство «Анкил», 1999.

3 Вараксин А. Н. Статистические модели регрессионного типа в экологии и медицине. Екатеринбург, 2006.

4 Вековшинина С.А., Долгих О.В., Землянова М.А. и др. Экологические факторы риска здоровью населения: информационный сборник / под ред. Н.В. Зайцевой. Пермь: РИО ПГТУ, 1998. - 76 с.

5 Альбом А.Ю., Норрел С. Введение в современную эпидемиологию. Таллин, 1996.

6 Окружающая среда. Оценка риска для здоровья. Опыт применения методологии оценки риска в России / Консультационный центр по оценке риска, Гарвардский институт международного развития, Агентство международного развития США. М., 1997. Вып.1-6.

УДК 340.6:615.478.6-07:339.138

ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО МАРКЕТИНГА ПРИ ВЫБОРЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ АППАРАТНО-ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ И ИССЛЕДОВАНИЙ

У.С. УТЕБАЕВ

РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК, г. Павлодар

Резюме

В статье освещаются принципы медицинского маркетинга при выборе специализированных аппаратно-технических средств для производства судебно-медицинских экспертиз и исследований в конкурентоспособной среде.

Тұжырым

Мақалада сот-медициналық сараптама және зерттеу өндірісі үшін бәсекелестік ортада арнайы аппараттық-техникалық құралдарды таңдау кезінде медициналық маркетинг қағидаттары жарияланады.

Summary

The article highlights the principles of medical marketing in the choice of specialized hardware and technical equipment for forensic and research in a competitive environment.

У государственных судебно-экспертных предприятий, как потребителей специализированных приборов для производства экспертиз, практически не имеется научно-методической базы для оптимального выбора предлагаемой им продукции. Поэтому в закупке оборудования велика роль субъективного фактора, что, нередко идет в ущерб качеству, функциональной и экономической целесообразности.

Директор Павлодарского филиала Республиканского государственного казенного предприятия «Центр судебной медицины» Министерства здравоохранения Республики Казахстан:

Для руководителей государственных судебно-экспертных учреждений Республики Казахстан актуальной является проблема оснащения вверенных им учреждений наиболее эффективными специализированными приборами для проведения различных видов судебно-медицинских экспертиз.

В настоящее время принципы медицинского маркетинга являются определяющими при выборе тех или иных медицинских средств. Эти принципы также целесообразно использовать при оценке и выборе специализированных аппаратно-технических средств, применяемых при проведении судебно-медицинских экспертиз и исследований.

В соответствии с принципами маркетинга, субъекты товарооборота (производитель и потребитель) взаимосвязаны посредством товара-продукта, произведенного производителем, потребность в котором имеется у потребителя. Товар – сложный, много аспектного понятия, включающее совокупность свойств, главным из которых являются потребительские свойства, то есть способность товара удовлетворить потребность того, кто в нем нуждается. В понятие «товар» входит не только само изделие как таковое, но и его составляющие, оказывающие существенное влияние на решение о покупке и сохранение приверженности данной товарной марке (фирме). К числу таких составляющих относят, кроме набора функциональных свойств, эстетику внешнего вида, эргонометрические параметры (удобство пользования), сопровождающую документацию (аннотации, сертификаты качества и т.д.).

В условиях рынка одним из важнейших свойств любого товара является его способность конкурировать с другими аналогичными товарами. Термин «конкурентоспособность товара» является общепринятым в маркетинге – это совокупность потребительских, стоимостных и прочих характеристик товара, определяющих его сравнительные позиции и возможность продажи на данном рынке. Конкурентоспособность является относительным показателем, так как может быть определена только в результате сравнения продукции с другими аналогичными товарами. По своей сути она отражает отличие продукции от товара – конкурента по степени удовлетворения конкретной общественной потребности.

Свидетельством высокой конкурентоспособности является предпочтение, отдаваемое потребителем конкретному виду товара, которое в конечном итоге определяет покупку. Чтобы товар представлял интерес для покупателя, он должен обладать определенными технико-эксплуатационными и экономическими параметрами. Условием приобретения товара, совершения покупки является соответствие этих параметров основным характеристикам неудовлетворенной потребности потребителя. В процессе покупки покупатель осуществляет выбор товара, устанавливает отличительные признаки, характеризующие конкретное превосходство данного товара над аналогичными по значению товарами конкурентов, находящимися на рынке. Приобретая товар, покупатель тем самым оценивает его привлекательность, возможную степень удовлет-

ворения своей конкретной потребности и свою готовность нести затраты, связанные с приобретением и использованием данного товара.

Таким образом, конкурентоспособность товара может рассматриваться как степень привлекательности товара для потребителей, которая определяет возможность удовлетворения целого комплекса их требований. Покупатель обосновывает выбор товара, оценивая полезный эффект от его использования и расходы, связанные с его покупкой и эксплуатацией. Поэтому конкурентоспособность товара определяется потребителем путем сравнения цены. Качества и уровня сервиса, который может быть ему представлен до, и после покупки товара. Сравнению подлежит также такой показатель, как уровень маркетингового окружения товара, то есть состояние расширенных характеристик товара (сервис, гарантии, имидж).

Термин «конкурентоспособность» применим и к специализированным аппаратно-техническим средствам для проведения различным видов судебно-медицинских экспертиз и исследований. Вместе с тем, следует уточнить что в данном случае конкурентоспособность указанных приборов должна рассматриваться не с точки зрения их производителя, для которого важным является не только удовлетворение нужды потребителя, но еще и получение прибыли при реализации прибора, а с точки зрения потребителя –пользователя аппаратно-технических средств. Поэтому с точки зрения специалистов Центра судебной медицины и их филиалов, под конкурентоспособностью специализированных аппаратно-технических средств для производства судебно-медицинских экспертиз и исследований следует понимать совокупность потребительских, стоимостных и прочих характеристик аппаратно-технических средств, определяющих их сравнительные позиции и целесообразность конкретного их приобретения.

Таким образом, с точки зрения потребителей специализированной аппаратуры для производства судебно-медицинских экспертиз и исследований, наиболее конкурентоспособным будет являться прибор, который обладает наиболее эффективными технико-эксплуатационными характеристиками, функциональными возможностями и финансовыми затратами на его приобретение и эксплуатацию, по сравнению с аналогичными приборами-конкурентами.

К сожалению, реалии сегодняшнего дня таковы, что выбор тех или иных аппаратно-техни-

ческих средств, в том числе и специализированных приборов для проведения отдельных видов судебных экспертиз, осуществляется только на основе качественных критериев субъективных оценок тех или иных специалистов. Поэтому разра-

ботка объективных критериев выбора приборов с оптимальными потребительскими характеристиками, включая и экономические, является важной задачей исследовательской работы специалистов Центра судебно-медицинской экспертизы.

УДК 615.38:614.2

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОНОРСТВА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Б.У. БУРАМБАЕВА

ГКП «Областной центр крови», г. Кызылорды

Резюме

В статье анализируются основные моменты организации донорства на современном этапе: мероприятия по пропаганде донорства, организация работы в центрах крови, на выездных условиях, внедрение методов информатизации, автоматизации, организация питания доноров.

Тұжырым

Мақалада көзірігі кезеңде донорлықты үйымдастырудың негізгі кездеріне шолу жасалған, атап айтқанда, донорлықты насиҳаттау шаралары, қан орталығында және көшпелі жағдайларда жұмысты үйымдастыру, информатизация, автоматандырудың әдістерінің енгізу, донорлардың қан тапсырганнан кейін тамақтануын үйымдастыру туралы.

Summary

The article analyzes the main points of the organization of blood donation at the modern stage - on activities to promote the donation, the organization of work in the centers of the blood, in the field conditions, the application of methods of information, automation, organization of power donors.

Служба крови является одной из важнейших составных частей отечественного здравоохранения и обеспечивает оказание трансфузиологической помощи в мирное время, так и при чрезвычайных ситуациях, что имеет общегосударственный стратегический характер, затрагивающий вопросы безопасности страны.

Как известно, главной опорой службы крови является донорство крови и ее компонентов. Однако в последнее десятилетие донорство переживает значительный спад, что, в основном, связано с ухудшением демографической ситуации, ликвидацией прежней плановой системы организации донорства, недостаточной пропагандой донорства в средствах массовой информации, неудовлетворительным финансированием учреждений службы крови.

Для эффективного развития безвозмездного добровольного донорства необходимо формиро-

вание благоприятных социальных, правовых, экономических и медицинских условий для реализации гражданами донорских функций.

Важнейшим социальным условием развития донорства является популяризация образа донора через рекламу в средствах массовой информации. Основной целью просветительской работы должно быть формирование общественного мнения о необходимости и полезности донорства, о зависимости здоровья каждого члена общества от уровня развития донорства в стране, формирование мотивации к добровольному участию в донорском движении.

Мероприятия по пропаганде донорства должны включать использование современных рекламных технологий, выступления по телевидению и радио ведущих работников здравоохранения, доноров и реципиентов крови, трансляцию по каналам телевидения и радиовещания тематических

видеофильмов, видеоклипов, радиопередач, публикации в печати, адресные агитационные мероприятия для различных социальных и возрастных категорий населения, создание национального и региональных общественных объединений доноров.

Ухудшение экологической обстановки, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация в стране и в мире в связи с распространением различных инфекций среди донороспособного населения, а также снижения уровня жизни оказывают отрицательное влияние на донорство.

Развитие медицинской науки, особенно в области иммунологии, иммуногематологии, привело к расширению номенклатуры выпускаемых из крови гемотрансфузионных лечебных средств, соответственно возросла потребность донорской крови.

Для того чтобы привлечь населения к донорству и поддержания их дальнейшего участия важно, чтобы условия донации были максимально безопасными и удобными. Все учреждения службы крови должны быть внешне привлекательными и открыты в часы, удобные для доноров. Пersonal должен быть профессиональным, внимательным, налажено информационное обеспечение в виде печатных плакатов, буклетов, листков, радио и телевизионного вещания.

Практика показывает, что пребывание донора в организации службы крови более 50 минут негативно сказывается на его настроении и решении повторно сдать кровь. В этой связи организация потока доноров приобретает принципиальное значение. Идеальным вариантом является ситуация когда донору устанавливается индивидуальное время явки в центр крови и благодаря равномерности потока не создается толкучка в утренние часы, как это часто бывает, а согласно графика реализации донорской функции осуществляется в течение всего рабочего дня. Таков опыт зарубежных центров крови и базируется он на следующей практике [1]:

1. Уменьшение доли заготовки крови в стационарных условиях и организация работы на выездах.
2. Максимальное внедрение методов информатизации, автоматизации.
3. Расширение практики компонентного донорства.
4. Совершенствование методов поощрения доноров крови.

Работа по первому направлению предполагает, прежде всего, тесное взаимодействие учреж-

дений службы крови и НПО, общественные и медицинские организации. Деятельность названных структур должна способствовать максимальному наполнению базы данных Единых информационных донорских центров сведениями о реальных донорских кадрах.

Организационный процесс должен выглядеть таким образом, что выездные бригады, отправляясь на заготовку крови в конкретные учреждения или организации, должны иметь полное представление о каждом потенциальном доноре, его донорском анамнезе и располагать сведениями санитарно-эпидемиологической службы об отсутствии контактов предполагаемых доноров с заболевшими инфекционными болезнями или явлениями их носителями.

Оперативность взаимодействия организаций службы крови с сотрудниками предприятий и фирм достигается за счет налаженной автоматизированной системы управления службой крови, позволяющей формировать план работы выездных бригад в конкретные учреждения и с заранее известными подготовленными и отобранными донорами.

Современный подход в организации обслуживания доноров в условиях центров крови предполагает максимально широкое внедрение компьютерных технологий и программ, автоматизацию определенных участков обслуживания доноров. Попав в учреждение службы крови донор должен быть активно задействован при заполнении специальных опросных анкет рукописно или при помощи компьютерных программ. Организации службы крови как правило имеют информативные сайты в интернете, из которых доноры заранее из дома или с рабочего места могут получить необходимые сведения.

Создание единой информационной базы данных по заготовке, переработке, хранению способствует обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов. При обращении оформляется «Учетная карточка донора», куда заносятся паспортные данные донора и осуществляются отметки о количестве сданной крови и ее компонентов. Одновременно сведения о доноре заносятся и в электронную базу данных. Благодаря внедряемой автоматизированной системе учитывать и отслеживать донорские материалы можно в режиме реального времени. Улучшается взаимодействие между учреждением службы крови и лечебными учреждениями, обеспечивается возможность эффективного управления ресурсами

крови. Кроме того, благодаря подобной системе, обеспечивается еще большая безопасность для граждан, так как становится возможным отстранение от донорства тех людей, кому это абсолютно противопоказано [2].

Дальнейшее движение донора – лабораторное обследование, осмотр терапевта, этап донации крови предусматривает использование аппаратуры имеющей интерфейсный выход на модем, где все сведения аккумулируются и анализируются как машиной, так и специалистами, что в конечном итоге оказывается на этапе паспортизации полученной крови или компонентов крови, гарантиях их качества и соответствия стандартам. Примером тому может быть выбор рабочих процедур, малозначимых для персонала, но важных для донора. Например, технология прокола пальца для получения капиллярной крови с целью ее лабораторного тестирования. Многочисленные опросы показывают, что самым неприятным и болезненным моментом на их взгляд является прокол пальца, создающий доминирующее представление о процедуре донации. Использование автоматических скарификаторов уменьшает неприятные ощущения у доноров.

Следующий момент – организация питания доноров. Прием пищи является обязательным после процедуры донации. В течение следующих 4-х часов рекомендуются принимать больше жидкости для восполнения ОЦК. В соответствии статьи 167 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» донор, осуществляющий донорскую функцию безвозмездно, для восполнения объема своей крови и энергетичес-

ких затрат организма после дачи (донации) крови и ее компонентов по выбору получает бесплатное питание либо его денежный эквивалент в размере, устанавливаемом Правительством Республики Казахстан [3].

В центрах крови необходимо создание отделения проблем донорства, с функцией помимо организации донорства, совершенствования форм работы и поощрения доноров, важное место должно занять вопросы профилактики и реабилитации уровня здоровья доноров. Последнее требование становится необходимым еще и потому, что уровень здоровья молодого поколения катастрофически падает, о чем свидетельствует обследование призывников и студентов, а также возрастающий с каждым годом процент отводов первичных доноров.

Программы в области развития донорства крови и ее компонентов должны быть направлены на оценку донорского потенциала населения, непрерывный поиск и обмен информацией об эффективных методах агитации и пропаганды донорства, а также профессиональную подготовку специалистов для работы с донорскими кадрами с учетом международного опыта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афонин Н.И. «Донорство крови: трудности и решения», 2004 г.
2. Попкова Н. Г. «Современные аспекты управления и организации деятельности службы крови в России и за рубежом», 2007 г.
3. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», утвержденный Президентом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV Астана, Акорда.

УДК 614.2:334

СООПЛАТА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

А.Б.УТЕГЕНОВА, М.Ж. КУСАИНОВ

КГКП «Городская поликлиника № 3», г. Атырау
КГКП «Атырауская областная офтальмологическая больница», г. Атырау

Резюме

Сооплата медицинской помощи призвана обеспечить социальную справедливость, прозрачность системы здравоохранения и повысить авторитет и репутацию врача.

Тұжырым

Медициналық қомектің қосарлас төлемі өлеуметтік әділеттілікті, деңсаулық сақтау жүйесінің ашықтығы мен дәрігерлердің абыройы мен беделін арттыруға бағытталған мұдделерді қамтамасыз ету керек.

Summary

Payment of medical care is urged to provide social justice, transparency of health system and to increase authority and reputation of the doctor.

В Казахстане государственный сектор в социальной сфере занимает доминирующее положение. Бюджетное финансирование призвано гарантировать и обеспечить населению обязательный объем социально значимых благ, в здравоохранении – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Все расходы, выходящие за его рамки, покрываются другими источниками финансирования, не противоречащими законодательству Республики Казахстан.

Несмотря на мнение ВОЗ, что любая доплата за медицинские услуги со стороны пациентов ведет к усилению социального неравенства и ограничению доступности медицинской помощи, многие страны, преследуя цель именно увеличение доступности медицинской помощи и повышение ее качества, ввели схемы возмещения затрат, когда за медицинские услуги платит сам пациент и частично государство или страховая компания. Разделение финансовой ответственности и перенос ее части на потребителя известно как «сооплата».

В нашей республике, Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» среди источников финансирования государственной системы здравоохранения (ст. 35) предусмотрены средства, поступающие от граждан в виде сооплаты сверх ГОБМП в амбулаторных и стационарных условиях. Сооплата медицинской помощи призвана обеспечить социальную справедливость, прозрачность системы здравоохранения и

повысить авторитет и репутацию врача. Однако, неразработанность основных параметров (распространенность, объем, характер, мотивы) затрудняет представление о финансовых и моральных аспектах прямой неофициальной оплаты пациентов.

Положительным моментом сооплаты, помимо привлечения дополнительного финансирования, является преодоление социального иждивенчества и развитие социального партнерства, повышение требовательности к качеству медицинской помощи, усиление контроля за деятельностью организации здравоохранения.

Однако, несмотря на то, что Казахстан общеизвестен как лидер в Центрально-Азиатском регионе по уровню и темпам социально-экономического развития, а также по разработке систем противодействия коррупции, в системе здравоохранения продолжает существовать «теневая экономика», так называемые «нелегальные платежи».

Методы основной оплаты медицинских услуг, как поставщикам, так и медицинским работникам являются основной частью реформирования здравоохранения. Применяемые механизмы оплаты могут существенно тормозить или стимулировать процесс оказания медицинской помощи. Любая реформа финансирования или методов возмещения затрат должна способствовать развитию конкуренции между поставщиками медицинских услуг: государственными клиника-

ми или частными. Очевидно, что для сохранения принципов равенства, доступности и эффективности централизованное государственное финансирование является лучшим механизмом оплаты основных медицинских услуг.

Основными неудачами рынка медицинских услуг являются экономически неэффективное распределение медицинской помощи, включая трудности в определении потребностей в медицинской помощи, влияние внешних факторов и асимметричность информации между поставщиками и потребителями, требующие определенного правительственного вмешательства. В настоящее время медицинская услуга в плане оказания медицинской помощи рассматривается как особый товар, на который оказывают влияние множество факторов: доход населения, структура и численность населения, изменение вкусов и предпочтений пациентов и др. Но основным фактором, определяющим спрос на медицинские услуги, является платежеспособность населения. Возможность населения оплачивать медицинскую помощь является серьезной проблемой, влияющей на доступность. Исходя из этого, одной из важных задач является достижение не только экономической эффективности, но и равнодоступности к медицинской помощи.

Практическим значением сооплаты является дополнительное финансирование здравоохранения: через платные услуги можно зарабатывать деньги непосредственно от пациентов. Кроме

того, сооплата сдерживает вероятность оказания избыточной медицинской помощи, что в свою очередь ведет к экономически эффективному ее использованию.

Однако, существуют и негативные эффекты сооплаты: снижение общедоступности медицинской помощи, понижение статуса здоровья, особенно среди малоимущих слоев населения; уровень потребности является неопределенным, так как оплата за медикаменты увеличивает финансовый риск, что сокращает социальную полезность. Во-вторых, сооплата является дополнительным «налогом на заболевание», в том плане, что падает фиксированная оплата за лекарства со стороны государства или страховых компаний.

Любая прямая форма оплаты не повышает доступность, особенно для малообеспеченных слоев и, наконец, сооплата может оказать неблагоприятный эффект на статус здоровья населения, т.к. в некоторых случаях, сокращается уровень потребления необходимых лекарственных форм.

Таким образом, проблема выбора подходящей схемы софинансирования медицинских услуг остается актуальной для современного сектора здравоохранения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193 – IV по состоянию на 19 января 2011 года.

УДК 616.2:616-082:65.018

СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

А.Б. УТЕГЕНОВА

КГКП «Городская поликлиника № 3», г. Атырау

Резюме

Весьма актуальна стандартизация всех элементов и этапов оказания качественной медицинской помощи, как лечебно-диагностических, так и ресурсных технологий в обеспечении качества медицинской помощи.

Тұжырым

Емдік-диагностикалық, сонымен қатар ресурстық технологияны сапалы медициналық қомекпен қамтамасыз ету үшін оның барлық сатыларын және элементтерін стандартизациялау қазіргі кездеңі өзекті мәселенің бірі.

Summary

Standardization of all elements and stages of rendering of high-quality medical care, both medical and diagnostic, and resource technologies in ensuring quality of medical care is actual.

Проблема обеспечения населения РК качественной медицинской помощью по-прежнему актуальна, несмотря на ряд положительных преобразований в системе. В современном здравоохранении отмечается неудовлетворенность фактическим техническим оснащением МО, что обусловлено недостаточным уровнем организации и финансирования поставок медицинского оборудования, низким уровнем технического оснащения, отсутствием современных медицинских технологий, компьютеризации; несовершенством закупок по тендеру, несвоевременным обеспечением медицинским оборудованием; недостаточным обеспечением техническим персоналом; несоответствием технического оснащения стандартам диагностики и лечения.

Системный программно-целевой подход обеспечения качества медицинской помощи в РК ориентирован на международные стандарты и требования к критериям и показателям качества медицинской помощи различным группам населения на уровне первичного и стационарного звена общественного здравоохранения.

Составные элементы представлены медико-организационными, информационными, инновационными, социальными, экономическими, экспертными, инвестиционными и управлеченческими аспектами традиционного и инновационного содержания.

Программно-целевого планирование и управление качеством включает в себя основные уров-

ни и типы медицинских организаций и позволяют соотнести международные стандарты и требования ключевым положениям формирования, обеспечения и оценки качества медицинской помощи населению республики.

Однако, существует ряд проблем обеспечения качества медицинской помощи, в частности, адекватность ресурсного обеспечения медицинских организаций при их соответствующей технической и технологической оснащенности.

Также критериями качества являются своевременность, полнота, кратность, специфичность, доступность, удовлетворенность, безопасность, приемлемость и рентабельность диагностических технологий. При этом полнота диагностического комплекса подразумевает реализацию всех возможных на данном этапе развития медицинской помощи, мероприятий и так далее.

Важным критерием в обеспечении качества медицинской помощи сельского населения, в частности, более значимым становится критерий доступности медицинской помощи. Далее одной из составляющих оценки качества медицинской помощи является уровень удовлетворенности населения. Применяемые современные технологии диагностики также должны соответствовать требованиям, предъявляемым к их безопасности.

Основными причинами недостаточного уровня качества медицинских услуг согласно гарантированному объему бесплатной медицинской помощи и платных услуг являются отсутствие

адекватных, действенных механизмов планирования, выделения и распределения финансовых, кадровых, информационных, инновационных, материально-технических, лекарственных и иных видов ресурсов. Необеспеченность высокого качества медицинской деятельности связана и с отсутствием или недостаточностью базовых ресурсов, относящихся к сфере традиционно используемого и высокотехнологичного производства, наладки и ремонта медицинского инструментария, аппаратуры и оборудования. Сложившаяся ситуация свидетельствует о необходимости проводить планирование мероприятий и мо-

ниторинг реализации решений в отношении наиболее критически важных направлений совершенствования качества медицинских услуг.

Необходим пересмотр вопросов управления качеством технического и технологического обеспечения медицинских организаций и внедрения соответствующих международных стандартов в решение данной проблемы здравоохранения.

Таким образом, актуальна стандартизация всех элементов и этапов оказания качественной медицинской помощи, как лечебно-диагностических, так и ресурсных технологий в обеспечении качества.

УДК 616-083-053.9

ПРОБЛЕМА ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

К.О. СУЛТАНГАЛИЕВА, С.М. АУБЕКЕРОВ
КГКП Городская поликлиника №4, г. Атырау

Резюме

В оказании медико-социальной помощи лицам старшего возраста ведущее место занимают амбулаторно-поликлинические учреждения, осуществляющие амбулаторный прием, обслуживание больных на дому и дневных стационарах.

Тұжырым

Егде жастағы тұлғаларға медициналық-әлеуметтік көмекті көрсетуде алдыңғы орынды амбулаторлық қабылдауды жүзеге асыратын, науқастарға үй жағдайында және күндізгі стационарларда қызмет көрсететін амбулаторлық-емханалық мекемелер алады.

Summary

In the provision of health and social care to elderly occupy a leading place at outpatient clinics, carrying out patient services, patient care at home and day care.

В послании Президента Республики Казахстан «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г. указано, что главным в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по улучшению здоровья населения.

Устойчивая тенденция увеличения доли лиц пожилого возраста в Казахстане соответствует общемировому процессу старения населения, что обусловлено снижением показателя рождаемости и ростом продолжительности жизни. Эта проблема не так давно коснулась Казахстана, и как

следствие не достаточно детально отражена в нормативно-правовых документах, тем не менее, учитывая прогрессирующий характер данного явления, требует пристального внимания.

В оказании медико-социальной помощи лицам старшего возраста ведущее место занимают амбулаторно-поликлинические учреждения, осуществляющие амбулаторный прием, обслуживание больных на дому и дневных стационарах. При этом основную нагрузку в оказании медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста выполняет участковый врач-терапевт, который должен больше внимания уделять прове-

дению реабилитационных мероприятий на дому (активная стимуляция двигательных способностей и способностей к самообслуживанию) и выработке активной жизненной позиции у больного. Отмечающийся рост обращаемости пожилых людей за скорой медицинской помощью свидетельствует об имеющихся организационных проблемах в оказании доступной, качественной амбулаторно-поликлинической помощи.

Согласно программе «Саламатты Қазақстан» целью государственной политики в области здравоохранения является - улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню потребностям населения.

Основная помощь пожилым в Республике Казахстан оказывается в рамках медико-санитарной помощи в связи с тем, что врачей – гериатров, занимающихся оказанием медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста практически нет. Несмотря на ежегодно проводимые месячники по профилактическому медицинскому осмотру населения пожилого возраста, создания в областях комиссии для проведения комплексного осмотра пожилых людей, существование гериатрической службы с 1994 года, анализ организационно-функциональной структуры медико-социальной помощи пенсионерам Республики Казахстан выявил недостаточность ее объема.

Снижение доступности медико-социальной помощи пенсионерам, связанное с их ограниченной возможностью приобретения необходимых лекарств и прохождения клинико-диагностических процедур, необходимо решить путем функционирования гериатрических кабинетов на уровне поликлинического обслуживания, что связано с запросами людей пенсионного возраста в консультировании их по вопросам возраст-

ных изменений и профилактики старения, а также нуждаемостью данных пациентов в профессиональной компетенции врача гериатра.

Об актуальности совершенствования гериатрической помощи также свидетельствует отсутствие адекватной государственной медико-социальной политики при планировании медико-социального обслуживания населения старшей возрастной группы. Медицинская помощь данному контингенту лиц представляется в общей медицинской сети здравоохранения, без учета особенностей возрастных и физиологических изменений.

В целях совершенствования оказания помощи пожилым необходимо обеспечить функционирование гериатрических кабинетов в амбулаторно-поликлинических организациях, клиническую подготовку врачей терапевтов по вопросам гериатрии и геронтологии. Актуальность введения должности врача-гериатра амбулаторного приема основана на нуждаемости людей пенсионного возраста в консультировании их по вопросам возрастных изменений и профилактики старения. Заинтересованность пожилых пациентов в профилактических мерах самоохранительного поведения определяет острую нуждаемость терапевтов в глубоких знаниях геронтологии и гериатрии.

Вопросы совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи лицам пожилого возраста являются актуальными для современной системы здравоохранения Казахстана.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Послание Президента народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г.
2. Государственная программа «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная от 29 ноября 2010, №1113.
3. Оспанова Д.А. Методологические и управленческие основы развития геронтологической службы в Республике Казахстан. Дис. докт. наук.- Алматы, 2010.

УДК 616-082-083

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ТЕХНОЛОГИИ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

К.О. СУЛТАНГАЛИЕВА

КГКП Городская поликлиника №4, г. Атырау

Резюме

Углубленный анализ эффективности стационароздающей технологии необходимо для изыскания медико-организационных резервов повышения качества и эффективности медицинской помощи населению.

Тұжырым

Стационарды дұрыс орналастыру технологиясының тиімділігін теренірек зерттеу медициналық - ұйымдастыру-шылық қорының сапасын арттыру жолдарын іздестіру мен халыққа көрсетілетін медициналық қомектің тиімділігін арттыру үшін қажет

Summary

In-depth analysis of the effectiveness of hospitalization technologies need to seek medical and institutional provisions to improve the quality and effectiveness of medical care.

В данное время темп развития медико-информационных технологий и достижения современных научных разработок в области медицины определяют новые подходы к реформированию и совершенствованию системы оказания медицинских услуг в рыночных условиях развития здравоохранения. Внедрения в практику медицинских учреждений современных технологий зависит от состояния материально-технической базы, обеспеченности финансовыми средствами, возможности формирования и использования внутреннего резерва медицинской организации.

Высокая востребованность первично медико-санитарной помощи определяет необходимость совершенствования деятельности организаций здравоохранения амбулаторно-поликлинического типа, развития и внедрения новых перспективных организационных ресурсосберегающих технологий, одной из форм которых являются стационароздающие технологии. Последние представляют собой сложный, многогранный целостный непрерывный процесс, главной целью которого является восстановление сохранение здоровья населения. Уже сейчас становится очевидным, что стационароздающие формы организации медицинской помощи становятся своеобразным буфером, позволяющим круглосуточно работающим стационарам сосредоточиться на более сложных в диагностическом и лечебном планах больных, а амбулаторно-поликлини-

ческим учреждениям расширить свои возможности за счет активизации лечебного процесса во внебольничных условиях и выполнения некоторых сложных диагностических процедур.

Вместе с тем по мере накопления практического опыта функционирования стационароздающих структур в медицинских учреждениях выявляется ряд аспектов, требующих оптимизации, внедрения современных организационных технологий и управленческих решений, среди которых можно выделить следующие: необходимость четкого соблюдения показаний и противопоказаний при направлении больных на лечение в дневной стационар; составление и использование в работе индивидуальных алгоритмов применения лекарств, проведения физиотерапевтических и других процедур с учетом диагноза и особенностей течения патологического процесса у каждого больного с целью достижения лечебного эффекта в максимально короткие сроки и повышения качества и результативности оказываемой медицинской помощи; рациональное чередование медицинских процедур с отдыхом больного, для чего в дневном стационаре обязательно должно быть выделено специальное помещение, способствующее психоэмоциональной разгрузке пациента.

Поскольку в медицинских учреждениях, как в амбулаторно-поликлинических, так и в стационарных, для организации текущей работы по приему больных и для работы дневных ста-

ционаров используются одни и те же отделения и кабинеты (лаборатория, физиотерапии и т.д.), необходимо составление или выделение специального времени для больных дневного стационара.

Реализация на практике принципов преемственности в работе между стационарнозамещающими структурами и врачами, ведущими приемы в амбулаторно-поликлинических учреждениях, с одной стороны, и врачами, работающими в круглосуточных стационарах, с другой стороны.

Можно выразить уверенность, что по мере улучшения организации работы стационарнозаме-

щающих форм оказания медицинской помощи, оптимизации структуры и преемственности в работе, изучения опыта и эффективности их деятельности, анализа мнения медицинских работников и больных, они займут свое достойное место в системе практического здравоохранения.

Таким образом, высокая медицинская и социальная результативность, а также экономическая целесообразность позволяет заключить о стационарнозамещающих формах медицинских услуг, как о весьма перспективном методе обслуживания пациентов в современных условиях.

УДК 614:613(574)

К ВОПРОСУ КОМПЛЕКСНОГО ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

К.О. СУЛТАНГАЛИЕВА, С.М. АУБЕКЕРОВ
КГКП Городская поликлиника №4, г. Атырау

Резюме

В теории и практике здравоохранения важное место занимают проблемы методологии и методики изучения и объективной оценки уровня и сдвигов в состоянии здоровья населения.

Тұжырым

Денсаулық сактау саласының теориясында және тәжірибесінде халықтың денсаулығын зерттеу бойынша денсаулық деңгейіне нақты (объективті) баға беру және денсаулығындағы өзгерістерді бағалау бойынша әдістемелер мен әдістер мәселеісі маңызды орын алады.

Summary

In theory and practice of health problems occupy an important place of the methodology and techniques of study and objective evaluation of the level and changes in health status.

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу «Казахстан -2030. Процветание и улучшение благосостояния всех казахстанцев» одним из долгосрочных приоритетов определен «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана». Здоровье населения – это стратегическая цель развития каждого региона республики, ибо его показатели являются отражением социально-экономического положения на местах и одним из главных критериев в оценке эффективности проводимых преобразований.

Здоровье населения являются одним из индикаторов социально-экономического развития.

Ситуация в отношении здоровья населения в целом, в том числе сельского населения, его отдельных групп и слоёв (женщины, дети дошкольного и школьного возраста) вызывает особую тревогу медицинской общественности, так и местного органа управления. Это отражено в проводимой политике государства в вопросах сохранения и укрепления здоровья населения.

«Под здоровьем населения в социально-гигиеническом и санитарно-статистическом плане, принято понимать совокупность объективных цифровых показателей, характеризующих изучаемой коллективных цифровых отношении на фоне и в связи с конкретными социальными и

социально-гигиеническими условиями труда и быта данной группы населения». А «само же здоровье следует оценивать с позицией не только отсутствии болезни и инвалидности, но и полноценного состояния человека, которое позволяет ему оптимально, без всяких ограничений осуществлять общественную и прежде всего трудовую деятельность».

Основными показателями здоровья населения обычно считаются: санитарно-демографические показатели, характеризующие его воспроизведение; показатели заболеваемости населения; показатели физического развития основных возрастно-половых групп.

Здоровье населения является важнейшим источником и неотъемлемым компонентом благосостояния общества. Все очевидней становится необходимость углубления знаний в области разработки научных подходов к профилактике заболеваний в рыночных условиях, планирования социальной политики в этой области на основе выработки эффективных методов получения показателей общественного здоровья, которые рассчитываются, как правило, по уровням заболеваемости и смертности населения.

Процессы формирования здоровья населения неотделимы от происходящих в стране событий. Для оценки состояния здоровья населения необходимы определенные знания закономерностей и особенностей основных демографических процессов, данные о заболеваемости населения, их тенденций, о социальной, а также экономической ситуации в стране, состоянии здравоохранения.

Одним из важнейших критериев в оценке здоровья населения является инвалидность, которая характеризуется стойкой, полной или частичной потерей трудоспособности наносит значительный ущерб людским ресурсам народного хозяйства. Следовательно, предупредить инвалидность – это значит сохранить здоровье человека и тем самым увеличить производительные силы страны и сократить расходы на социальное обеспечение и медицинское обслуживание инвалидов.

Инвалидность неразрывно связана с заболеваемостью населения, так как является одним из исходов болезней или несчастных случаев. Инвалидность, так же как и заболеваемость с временной утратой трудоспособности, дает представление о состоянии здоровья в основном трудоспособной части населения, занятой общественно полезным трудом.

Одним из важных показателей социально-экономического развития страны, санитарного, материального благополучия населения, успехов медицинской науки и практического здравоохранения, а также эффективности проводимых оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий является смертность. Показатели смертности достаточно четко реагирует на изменение факторов окружающей среды, влияющих на сдвиги в организме и в определенной мере условий жизни, о краевой и возрастной патологии отдельных общественных групп населения.

Таким образом, следует отметить, что только при комплексном подходе к изучению состояния здоровья населения с применением современных методов исследования и сочетанного всестороннего анализа основных показателей, можно получить достоверное представление о здоровье, установить его тенденции и на этой основе дать обоснования мероприятиям по совершенствованию текущего и перспективного планирования, проводить разработку рациональных мер по повышению культуры и качества оказываемой медицинской помощи населению, направленных на укрепление и охрану здоровья изучаемого населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Назарбаев Н.А. Послание Президента страны народу Казахстана «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев». – Алматы, 1999. – 67 с.
2. Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: Концепция, проблемы и перспективы. – Алматы, 2001. – 100 с.

УДК 614.257

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА ВРАЧЕБНОГО ПЕРСОНАЛА

К.О. СУЛТАНГАЛИЕВА, С.М. АУБЕКЕРОВ
КГКП «Городская поликлиника №4», г. Атырау

Резюме

Внедрение системы дифференцированной оплаты труда и мотивации в государственных учреждениях решит проблему оттока высококвалифицированных кадров и повысит качество оказываемых услуг.

Тұжырым

Мемлекеттік мекемелерде дәрігерлердің енбегін төлеуде дифференциалды жүйені енгізу және машиқтандыру жөнін көтереді.

Summary

Introduction of system of the differentiated payment and motivation in official bodies will solve a problem of outflow of highly-skilled personnel and will raise quality of rendered services.

Труд врачебного персонала во всем мире, связан с высоким уровнем творчества, индивидуальным подходом, большим и разнообразным объемом информации, высокой степенью ответственности, выраженным психоэмоциональным напряжением, и именно от врачей зависит жизнь пациента. В условиях значительной трансформации казахстанского общества, в период перехода от одной общественной формации к другой, когда Республика Казахстан признана государством с рыночной экономикой, особое значение приобретает роль личности в процессах реформирования экономики страны в целом, в реформировании и развитии системы здравоохранения в частности.

В развитых странах мира доля оплаты труда в стоимости медицинской услуги составляет не менее 60%, а реальный доход врачей составляет более 5 тыс. долларов в месяц.

Поэтому, чтобы достичь показателей здоровья развитых стран мира, роста средней ожидаемой продолжительности жизни, снижение смертности, в том числе, младенческой, снижение заболеваемости, особенно от социально значимых болезней и других показателей, необходимо поднять реально заработную плату врачей и привести ее в соответствие с заработной платой врачей развитых стран мира.

Проблема оплаты труда одна из самых трудноразрешимых в экономике любого типа. Опла-

та труда медицинских работников, величина которой существенным образом зависит от объема и качества оказываемой медицинской помощи, получила название системы дифференцированной оплаты труда.

Дифференцированная система оплаты труда значительно расширяет возможности руководителей медицинских учреждений и входящих в них подразделений влиять на величину заработной платы работников, изменять ее в ту или иную сторону в зависимости от количества и качества выполненной работы. В то же время следует иметь в виду, что в этой системе возрастают возможность влияния субъективного фактора, проявляющегося в предрасположенности руководителей к отдельным подчиненным работникам в форме предпочтения в оплате труда, не обусловленных успешной деятельностью.

Несмотря на усложнение процедур определения величины заработной платы, дифференцированная оплата труда более прогрессивна в сравнении с чисто тарифной благодаря своей гибкости, стимулирующему характеру, более тесной связи с количеством и качеством оказываемых медицинских услуг.

Тяжелые условия труда врача, наряду с низкой заработной платой и отсутствием мотивации привели к утечке высококвалифицированных кадров. Те, кто остался не способным

оказывать в полной мере квалифицированную помощь вследствие отсутствия опыта, низкой квалификации, отсутствия мотивации. Таким образом, для того чтобы решить проблемы утечки кадров и низкого качества лечения необходимо повышать заработную плату медицинским работникам и вводить систему мотивации.

Дифференцированная оплата труда призвана стимулировать образование, повышение квалификации и тем самым улучшение качества лечения. Так как чем выше уровень квалификации медицинского работника, тем выше качество предоставляемых им услуг. Соответственно разница в оплате труда работников разной квалификации должна быть существенной. Система мотивации необходима для заинтересованности медицинских работников в предоставлении качественных услуг населению. При этом врач должен быть заинтересован в том, чтобы его пациенты меньше болели. Таким образом, необходимо перейти к финансированию с учетом объемов, сложности и видов оказываемой медицинской помощи. При выполнении государственного заказа по бесплатному гарантированному объему медицинской помощи за счет средств государственного бюджета организации здравоохранения за базовый уровень

оплаты труда принимаются тарифные ставки и должностные оклады, исчисленные на основе Единой тарифной сетки, тарифных коэффициентов и минимального размера месячной заработной платы, установленных законодательством.

Для усиления материальной заинтересованности работников в совершенствовании их мастерства и повышения квалификации практически во всех отраслях используется принцип прогрессивного относительного возрастания тарифных коэффициентов, что целесообразно использовать и в здравоохранении, поощряя во все большем денежном выражении труд все более высокой квалификации.

Применение методов оплаты медицинских услуг и дифференцирование оплаты труда позволило повысить заинтересованность врачей в удовлетворении потребностей пациентов, повышении производительности и качества труда, а также квалификации

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Назарбаев Н.А. Послание Президента Республики Казахстан «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации». Казахстанская правда. 19 марта 2004 г.

Инфекция емес ауруларының алдын алу – Профилактика неинфекционных заболеваний

УДК 613.95:616-053.2:614.2(574)

ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И КРИТЕРИЙ ЕЕ ОЦЕНКИ

Т.М. МУХАМЕТОВА, З.К. ХАБДУЛИНА

Департамент комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора,
Акмолинская область

Резюме

Анализ заболеваемости указывает на существование проблем в совершенствовании условий обучения в школах и соблюдении гигиенических аспектов в ходе учебно-воспитательного процесса

Изучение здоровья детей, разработка профилактических мероприятий, проведение плановой оздоровительной работы в организованных детских коллективах, на основании результатов оценки здоровья и оценки влияния факторов окружающей среды, на сегодня, актуально. Оно продиктовано новыми социально-экономическими условиями в стране, повышением интенсивности производственной деятельности, в связи с чем, и возрастанием требований к состоянию здоровья.

Тұжырым

Ауруға жасалған талдау мектептердегі оқыту жағдайларын жетілдіруде және оқыту-тәрбиелендерінде барысында гигиеналық қырларды сактауда проблемалардың болуын көрсетіп отыр.

Денсаулықты бағалау нәтижелері және коршаган орта факторларының өсеретін бағалау негізінде балалар денсаулығын зерттеу, профилактикалық іс-шараларды өзірлеу, үйымдастырылған балалар ұжымдарында жоспарлы сауықтыру жұмысын жүргізу қазіргі танда өзекті. Ол елдегі жаңа әлеуметтік-экономикалық жағдайлармен, өндірістік қызмет қарқындылығын арттырумен, және денсаулық жағдайына талаптардың өсуіне де байланысты танылған.

Summary

The analysis of incidence indicates the existence of problems in improving the conditions of learning environment at schools and observance of hygienic aspects in the educational process

It is current for today studying of children's health, the development of preventive measures, carrying out improving works in organized groups of children, based on the results of health assessment and the evaluation of the influence of environmental factors. It is dictated by the new socio-economic conditions in the country, increasing the intensity of industrial activity and increased the requirements for health reasons.

Здоровье это самая большая ценность. В послании президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева, 2010 года, здоровье народа определено как неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей. Тема охраны здоровья, развития здравоохранения, постоянно находит свое отражение в правительственные документах. Если здоровье людей в целом, является очень важным аспектом и неотъемлемо связано с достижениями страны, то здоровье детей, подрастающего поколения, имеет еще большее или, вернее сказать, колоссальное значение. Дети – это наше будущее.

Последние десятилетия, в связи с ускорением научно-технического прогресса, в том числе: повышением промышленного производства, по-

всеместной компьютеризации, химизации, увеличением автомобильного транспорта, характеризуются повышенной нагрузкой на население, различных неблагоприятных факторов, которые отрицательно влияют на здоровье населения и наиболее восприимчивым к ним является детское население. Развивающиеся в стране новые социально-экономические условия создали предпосылки к формированию рыночных отношений, появлению открытой и скрытой безработицы, возникновению конкуренции на рынке труда, повышению интенсивности производственной деятельности и возрастанию требований к состоянию здоровья, и эти явления напрямую коснулись жизни детей и подростков. Как можно оценить состояние здоровья детей на сегодня? Ка-

кие критерии используются в практике для оценки здоровья детей? О чём они свидетельствуют? Каково состояние здоровья детей?

По данным Московского НИИ гигиены и профилактики заболеваний, среди детей и подростков, уже при поступлении в школу к первой группе здоровья, в среднем можно отнести только 15% детей, ко второй – 35%, остальные 50% детей это – больные хроническими заболеваниями. Результаты комплексной оценки состояния здоровья детей, проведенных в нашей стране, свидетельствуют о снижении, за последние годы, количества здоровых школьников до 8,6%. Количество подростков, имеющих функциональные отклонения составляет 36,0%, страдающих хронической патологией разной степени тяжести 55,4%, при этом увеличилась доля лиц с хроническими болезнями в стадии субкомпенсации с 1,1 до 7,3%. Анализ динамики заболеваемости свидетельствует, что в структуре, выявляемых у подростков расстройств соматического здоровья, произошли изменения. Рост функциональных расстройств и хронических заболеваний произошел преимущественно за счет увеличения частоты поражений системы кровообращения, органов пищеварения, позвоночника, хронических болезней верхних дыхательных путей, эндокринных, обменных и аллергических нарушений, в целом их распространенность возросла на 147,3%.

С целью оценки состояния здоровья детей, проведен анализ заболеваемости и результатов медицинского осмотра школьников и юношей призывного возраста за последние 3 года в Есильском районе.

Уровень заболеваемости в случаях и днях, ниже среднего. Количество не болевших школьников от 34 до 44 на 100 учащихся, то есть более 1/3 учащихся. Удельный вес часто болеющих детей в среднем 1,33%, наблюдается снижение. Обращает на себя внимание низкий удельный вес пропущенных дней по болезни от 20 до 45%, то есть от 55 до 80% пропуски по другим причинам. Что это за причины? В большинстве случаев, можно предположить, что это те же болезни,

только не учтенные, болезни по которым не обращались в медицинские учреждения за помощью. И та заболеваемость, которую мы наблюдаем по обращаемости, это, в среднем, только третья часть всей заболеваемости, вершина айсберга, основная часть спрятана от глаз, то есть регистрируемая заболеваемость не отражает действительную.

При анализе заболеваемости по нозологическим формам, основной удельный вес приходится на ОРВИ (28,3-38,3), высокий удельный вес заболеваемости ангинами (11,8-14,0), другими простудными заболеваниями органов дыхания (9,4-13,2), распределение остальной заболеваемости примерно одинаково. Общий вывод: в структуре заболеваемости превалируют заболевания, передающиеся воздушно-капельным путем, вирусной этиологии и заболевания простудного характера, в первую очередь органов дыхания, а затем, периферической нервной системы и выделительной системы. Инфекционные и паразитарные заболевания, связанные с несоблюдением правил личной гигиены, питья и питания составляют от 2,4 до 4,0%, от всех случаев. Незначительный удельный вес, по сравнению с другими заболеваниями, болезней сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения, до 2,3 и 1,9% соответственно. Наименьший удельный вес занимают в структуре травмы и несчастные случаи, до 0,15%. Эта закономерность наблюдается все три года. Тревогу вызывает высокий удельный вес прочих болезней, которая составила от 26 до 32%, то есть, примерно до 1/3 части всех случаев, заболеваемость остается нерасшифрованной.

Теперь рассмотрим заболеваемость и состояние здоровья школьников по результатам медицинского осмотра. Анализ результатов за 3 года показывает, что ежегодно выявляются от 12 до 16,0% детей с отклонениями в состоянии здоровья. Отклонения в росте и массе, в среднем, у каждого 50-ого школьника, удельный вес нарушений осанки и сколиозов от 0,6 до 1,5%. Высокие показатели заболеваемости стоматологическими болезнями, на втором месте нарушения зре-

Таблица 1. Показатели заболеваемости школьников

Критерии оценки здоровья.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Общее число пропущенных дней на 100 учащихся.	688,9	1282,3	825,3
Число пропущенных дней на 100 учащихся по болезни.	313,2	268,2	384,2
Удельный вес дней пропущенных по болезни.	45,4	20,9	46,5
Заболеваемость в случаях на 100 учащихся.	70,1	57,4	68,8
Индекс здоровья.	36,5	44,9	34,1
Удельный вес часто болеющих школьников.	2,3	1,6	1,1

ния, на третьем месте, в среднем равномерно, распределена заболеваемость нервно-психическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническим тонзиллитом. Далее следуют болезни органов пищеварения и моче - половой системы, последние ступени занимают болезни кожи и бронхиальная астма. При анализе распределения по группам здоровья и физкультурным группам следует отметить высокий удельный вес школьников первой группы здоровья и низкий удельный вес школьников третьей группы, и заметное увеличение первого и снижение второго показателя к 2009 году. Удельный вес школьников второй группы здоровья остается примерно на одном уровне. Распределение по физкультурным группам по годам примерно одинаковое, большинство школьников в основной группе. Следует отметить высокий удельный вес школьников, освобожденных от физкультуры, который увеличился с 1,4 до 2,6% школьников, в целом по району с 74 до 124 детей. Теперь сравним с некоторыми показателями результатов медицинского осмотра подростков при проведении призывной кампании. Здесь обращает на себя внимание низкий удельный вес лиц признанных годными к службе в армии, чуть больше половины призывников. Высокий удельный вес лиц, не годных к службе в мирное время, от каждого 20-ого до каждого 12-ого призывника, проходившего медицинский осмотр. Вызывает тревогу также и удельный вес лиц, признанных годными к службе после обследования и лечения. Из числа, направленных, на дополнительное обследование и лечение, признаны годными к службе, в среднем, 1 из 10.

Теперь сравним все три анализа и получаем что каждый из них, частично раскрывает состояние заболеваемости и здоровья больных детей и подростков, в целом не отражая, всей заболеваемости. Обращаемость в медицинские учреждения в основном по ОРВИ и простудным заболеваниям, что дает наибольшую заболеваемость по этим заболеваниям. При медицинских осмотрах школьников основной удельный вес на стоматологические патологии и болезни органов зрения. А если сравнить результаты двух мед. осмотров, обращает на себя внимание большая разница. В результате мед. осмотра юношей призывного возраста удельный вес лиц признанных не пригодными к службе предварительно от 43,6 до 46,5%, что равно удельному весу лиц, выявленных с серьезными отклонениями в состоянии

здоровья. Удельный вес лиц, выявленных с серьезными отклонениями в состоянии здоровья, который выявил мед осмотр школьников, намного меньше, и составил от 5,9 до 14,7%. Можно предположить, что при проведении призывной кампании мед осмотр более углубленный, а при мед. осмотре школьников многие отклонения в здоровье не устанавливаются. Возможно, есть еще и серьезные упущения в диспансерном наблюдении, лечении и оздоровлении больных детей, а также в профилактике заболеваний. Точно это утверждать мы не можем, но этот контраст в результатах требует изучения.

Проведя данный анализ, мы видим, что дать полную оценку состояния здоровья детей и подростков, по применяемым сегодня, критериям оценки здоровья, невозможно. Можно лишь констатировать тот факт, что мы не владеем ситуацией полностью. В то же время, знать истинное положение о состоянии здоровья детей, своевременно принимать все меры по профилактике заболеваний, укреплению и улучшению здоровья, очень важно. Остается множество вопросов, таких как: «Какова действительная заболеваемость? Что скрыто от нас? Каково здоровье здоровых детей?» Для того чтобы определить профилактические мероприятия, мы должны знать состояние здоровья, и нам нужны критерии для ее всесторонней оценки.

Вопрос оценки состояния здоровья детей поднимался издавна и много раз. Так, в результате исследования, гигиенисты Московского НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков, пришли к выводу, что наиболее информативными методами определения уровня здоровья адаптационных резервов организма, являются: метод анкетирования, определение психической и физической подготовленности, по показаниям – иммунологические методы, а также выявление факторов риска с установлением их корреляционной связи с уровнем здоровья. А дети и подростки I и II групп здоровья подлежат гигиенической донозологической диагностике. При этом, авторы отмечают, что гигиеническая донозологическая диагностика не менее сложна (если не более), чем клиническая, но нет основания считать ее невыполнимой. Группой авторов Алматинского государственного медицинского института разработана методика оценки влияния неблагоприятных факторов различной природы на состояние здоровья детского населения, в котором предложены методики оценки физического раз-

вития, функциональных показателей состояния нервной, дыхательной, сердечно-сосудистой систем. Авторы отмечают также, что наиболее ранним и чувствительным показателем является метод изучения резистентности организма. Ввиду особенностей изучаемого контингента, предельного ограничения отбора проб крови у детей, связанной с опасностью для здоровья, предложены бескровные методы. Это: определение иммuno-глобулина и титра лизоцима в слюне, изучение аутофлоры кожи. Также предложено определение накопления загрязнителей (чаще всего тяжелых металлов) в биосубстратах, где в качестве объекта исследования при обследовании детского населения предложены волосы. По результатам исследований, по степени накопления загрязнителей можно судить о влиянии на организм средовых объектов. Для обработки и оценки результатов предлагается использование персональных компьютеров и соответствующих программ.

В целях улучшения состояния здоровья детей целесообразно и необходимо применение методов раннего выявления отклонений в здоровье, на стадии функциональных расстройств, до развития патологии. Необходимо также совместно внедрять проведение профилактической работы в детских и подростковых учреждениях. В школах должны работать специалисты санитарно-гигиенического профиля или прошедшие специализацию и аттестацию по вопросам гигиенического нормирования. Во всех административных территориях, городах, районах, необходимо создание центров, для изучения состояния здоровья детей и организации профилактической работы, в состав которой должны входить, наряду с педиатрами, санитарные врачи по гигиене детей и подростков. В педагогических институтах, курсах повышения квалификации педагогов, должно уделяться большое внимание освещению

гигиенических требований с обоснованием важности и необходимости их соблюдения.

Актуальность данной проблемы, отметил в своем послании народу, Президент Республики Казахстан Н.А.Назарбаев от 28 января 2011 года, он говорит в своем докладе: «Мы должны серьезно взяться за профилактику и повысить качество первичной медико-санитарной помощи. При грамотно организованной профилактической работе болезни можно предотвратить на ранней стадии. Поэтому в Казахстане необходимо внедрить комплекс национальных программ наблюдения за состоянием здоровья целевых групп населения. В первую очередь, это дети, подростки, женщины репродуктивного возраста»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Выдержки из Посланий Президента народу Республики Казахстан Н.А.Назарбаева 2010, 2011 годов, (стр. 3-4, газета «Жана Есиль» №6 от 03.02.10 г., №5 от 04.02.11 г.).
2. «Методика оценки влияния неблагоприятных факторов различной природы на состояние здоровья детского населения» методические рекомендации: д.м.н. проф. Б.А.Неменко, д.м.н. У.И.Кенесариев, А.И.Оконечников, к.б.н. А.А.Акынов, доц. Р.Ф.Сидоренко, доц. Г.В.Казанцева, гл. вр. СЭС А.Ж. Шарбакова, к.м.н. Тургаева, ст.пр. Р.К.Шакирова, ст.пр. Г.К.Оспанова, асс. А.С.Уважанова, асс. Р.А.Бердалина, асс. С.Абдрахманова, АГМИ, г. Алматы, 1996 г.,
3. «Гигиена и санитария» - 1995 год, «Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков», НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков НЦ ЗД РАМИ Москва, коллектив авторов: А.Г.Ильин, И.В.-Звездина, М.М.Эльянов, И.К.Раппопорт, Ю.А.Ямпольская, А.Н.Усольцев, Л.А.Агапова.
4. Сведения из годовых отчетов за 2007-2009 годы, управления Госсанэпиднадзора по Есильскому району, ДКГСЭН МЗ РК по Акмолинской области.
5. Сведения из отчетов по результатам призывной кампании за 2007-2009 годы, ГККП «Есильская районная поликлиника»

УДК 613.88-053.7

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ УСТАНОВКИ МОЛОДЕЖИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Г.Д. КОШКИМБАЕВА, Д.В. ДЖАКУПОВ

Городская студенческая поликлиника, Институт репродуктивной медицины, г. Алматы

Резюме

В статье освещается о том, что для репродуктивного потенциала молодежи необходима разработка отдельных целевых программ, нацеленных на формирование адекватного и репродуктивного поведения с учетом многофакторности жизни современного молодого поколения.

Тұжырым

Макалада көзірігі заманғы жас үрпактар өмірінің көп факторлығын есепке ала отырып, талапқа сай және репродуктивтік мінез-құлқын қалыптастыруға көзделген, жастардың репродуктивтік өлеуетіне арналған жеке нысаналы бағдарламаларды өзірлеу қажеттілігі жайында жазылған.

Summary

The article reveals that the reproductive potential of the youth need to develop specific targeted programs aimed at promoting adequate and reproductive behavior in view of comprehensiveness of modern youth.

Актуальность. Для достижения успехов в улучшении репродуктивного здоровья населения любого государства необходимо, чтобы «... все страны стремились как можно скорее и не позднее 2015 года сделали доступными все услуги по репродуктивному здоровью через основную систему здравоохранения для всех возрастов населения...» [1]. В связи с полным пониманием и принятию к действию этого документа, во всех странах в т. ч. в Республике Казахстан, все больше уделяется внимания состоянию репродуктивного здоровья молодежи. Это понятие включает в себя не только физическое, психическое здоровье и социальное благополучие любого индивида, но и определенные установки и критерии каждого составляющего, которые зависят от поведения и личных моральных этических психологических мотиваций. Бессспорно, что формирование репродуктивного потенциала взрослого человека в целом зависит от состояния здоровья в предыдущие годы развития, начиная от детского и подросткового возраста. Понятие «подросток» и «молодежь» тесно взаимосвязаны. В терминологии и практике ООН применяются следующие понятия: дети- лица, не достигшие 18 летнего возраста, подростки- лица, в возрасте 10-19 лет (включая младший, средний и старший подростковый возраст), молодежь – лица в возрасте 15-24 лет. Возрастные деления требуют

очень внимательных подходов при изучении репродуктивного здоровья взрослых женщин-матерей, понимая, что подростки сами по себе являются уникальной демографической группой со своими специфическими особенностями физического и психического развития, требующих особых условия для социальной адаптации к взрослой жизни. И естественно необходимо понимание того, что современная молодежь (из подростков) взрослеет в очень беспокойное время. Стремительно изменяющиеся психосоциальные, общественные, духовные показатели не всегда и не на всех влияют позитивно. Молодежь остро и мобильно реагирует на все эти изменения, поэтому она является одной из групп повышенного медико-социального риска в отношении репродуктивного здоровья будущих матерей. Абсолютно понятно, что под понятием «репродуктивный потенциал» подразумевается не только способность воспроизвести здоровое потомство, но и наличие резервов духовного, интеллектуального, умственного потенциала будущих поколений.

Репродуктивный потенциал и его качественная реализация зависит от совокупности и адекватности таких понятий как социальное поведение, репродуктивное поведение и репродуктивные установки. Правильное (адекватное возрасту) репродуктивное поведение предполагает: индивидуум должен знать, что с началом сексуаль-

ной функции при наличии менструального цикла (с 12-14 лет) моментально реализуется репродуктивная функция, но адекватность предполагает, что эта реализация должна быть в зрелом (физически и психически) возрасте. В связи с этим, индивидуум должен иметь адекватную репродуктивную установку «рождение детей должно быть в адекватном возрасте». Таким образом, формирование репродуктивного потенциала должно быть одновременно с формированием правильного сексуального поведения, репродуктивного поведения и репродуктивных установок. Искаженное формирование этих понятий у молодежи приводит к негативным последствиям. К сожалению, в виду отсутствия программ по формированию сексуальной культуры и наличию массивной искаженной информации в СМИ, низкой информированности молодежи (особенно в сельской местности) о сексуальном и репродуктивном поведении является причиной не правильных репродуктивных установок в регионах РК.

Цель исследования. Нами проведено исследование среди молодежи в г. Алматы с целью выяснения характера сексуального и репродуктивного поведения, репродуктивных установок, а так же в зависимости от этого анализированы результаты количественной и качественной реализации репродуктивной функции.

По специальной анкете анонимно опрошено 526 студенток ВУЗов и колледжей. Средний возраст анкетированных (1,2,3 курсы) был равен 21,8 ±0,9 лет.

Результаты. Начало половой жизни отметили анонимно до 17 лет 71 (13,5%), причем, в 14

лет-12, в 15 лет-17, в 16 лет -31. Как видим первый половой дебют связывают с любовью лишь – 34,9% или 184 студентки, а у остальных половой дебют имел случайный характер (рис. 1).

При таком сексуальном поведении характеристика репродуктивного поведения и репродуктивных установок выглядит следующим образом: на вопрос «Знаете ли вы, что можете забеременеть?» ответили утвердительно «Да» - 326 (61,9%), «не думала» - 128 (24,3%), «не знала» - 34 (6,5%), «не всегда же беременеют» - 38 (7,2%). Из тех, кто ответил утвердительно, знали, как предохраняться от беременности 69,9% (228), но не предохранялись.

Причинами такого вопиющего неадекватного репродуктивного поведения считаем в первую очередь, не информированность молодого поведения по проблеме сексуальной культуры вообще сексуального и репродуктивного поведения в частности. Мы считаем, что в этом аспекте играет роль многофакторность медико-социальных, этических и поведенческих обстоятельств, не выделенных, к сожалению, в отдельные программы для молодежи и отсутствие службы формирования сексуальной культуры, профилактике последствий неадекватного репродуктивного поведения.

В то же время, совершенно интересно, что на вопрос «Планируете ли вы иметь детей в будущем?» утвердительно ответили подавляющее большинство – 86,6% (или 455 анкетированных), т.е. «установка на реализацию материнства» соответствует женской природе продолжению потомства. Это заложено генетически. Реализация репродуктивной функции – физиологический ре-

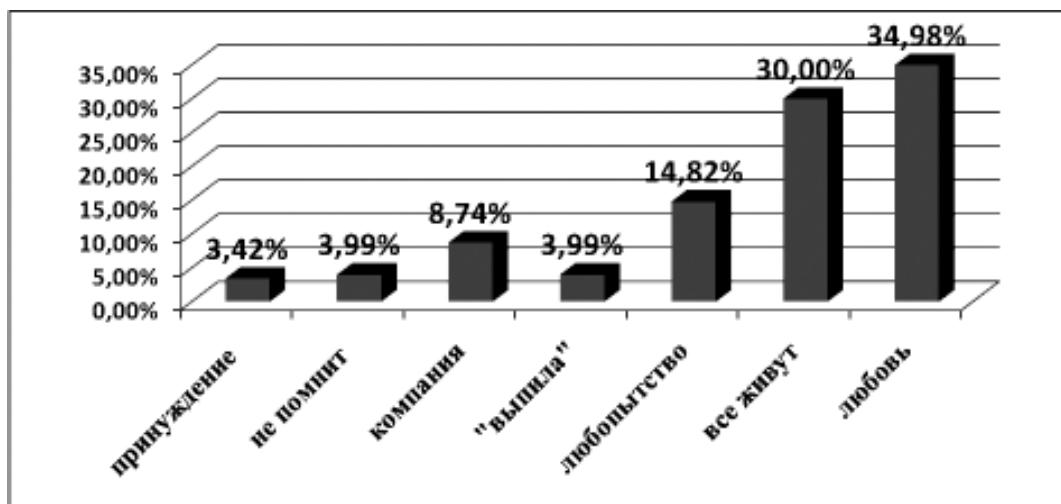


Рисунок 1. Характеристика сексуального поведения

зультат существования женщины. Интересно, что по данным института репродуктивной медицины, ради реализации репродуктивной функции в течение 1 года через программы ЭКО прошли 51 женщина в возрасте 19-24 лет, преимущественно в счастливом, но бездетном браке [4].

Из всего изложенного следует, что для репродуктивного потенциала (молодежи) необходима разработка отдельных целевых программ, направленных на формирование адекватно позитивным репродуктивным установкам такого же адекватного и репродуктивного поведения с учетом многофакторности жизни современного молодого поколения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Материалы международной конференции по народонаселению, Каир, 1994 г.
2. Молодежь в системе социального воспроизведения: социологический анализ / Полутин С.В. – Саранск.- 2000.- 125 с.
3. Джусубалиева Т.М. Медико-социальные технологии управления репродуктивного здоровья женщин в условиях крупного города: автореф. дисс. конд. мед. наук Алматы, 2001 г.
4. Нукусева С.Г. Управление репродуктивным здоровьем женщин в современных условиях Казахстана: дисс. докт. мед. наук: Алматы, 2003 г.

616.132.2-004.6:615.272.4+615.03

РОЛЬ АТОРИСА В СОВРЕМЕННОМ ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СНИЖЕНИИ СМЕРТНОСТИ ОТ КОРОНАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СЕРДЦА

А.М. ИСАЛИЕВА

Областной кардиологический центр, Западно-Казахстанская область

Резюме

Аторис – препарат, который позволяет добиться выраженного и стойкого снижения содержания в крови ХС ЛПНП и триглицеридов. Полученные данные свидетельствуют об эффективности, хорошей переносимости и безопасности Аториса при включении его в схему лечения больных стабильной стенокардией и инфарктом миокарда.

Тұжырым

Аторис – қандағы ТТЛП ХС төменгі тығыздықтағы липопротеиндер холестерині/ мөлшерін айқын және тұракты азайтуға мүмкіндік беретін препарат. Алынған деректермен Атористің миокард инфарктімен және үнемі жүрек қыспасымен ауыратындарды өмдеу сызбасына енгізген кезде қауіпсіз әрі төзімі жаксы, тиімді екендігі жөнінде расталған.

Summary

Atoris - a drug that allows you to achieve marked and persistent reduction in blood LDL cholesterol and triglycerides. The data obtained witness exist on the effectiveness, good tolerability and safety Atoris when included in the scheme of patients with stable stenocardia and myocardial infarction.

Ежегодно в Казахстане от сердечнососудистых заболеваний умирает более 100 000 человек. Среди сердечно-сосудистых заболеваний ведущее место занимают коронарная болезнь сердца (КБС) и инфаркт мозга, которые обусловлены атеросклеротическим поражением коронарных и мозговых артерий. Хорошо известно, что имеется прямая зависимость между уровнем холестерина и ХС ЛПНП в сыворотке крови и смертностью от ИБС. Международными организаци-

ями предложены целевые уровни липидов, достижение которых считается условием эффективной терапии (ХС ЛПНП - 1,8 ммоль/л). Согласно современным рекомендациям более низким содержание ХС ЛПНП в крови должно быть у больных КБС и при заболеваниях, которые признаны ее эквивалентами (сахарный диабет). Достижение целевых уровней ХС ЛПНП стало возможным благодаря появлению и широкому распространению активных гиполипидемических

средств группы статинов. Статины занимают лидирующее место в лечении больных с гиперхолестеринемией и атеросклерозом. Активно препараты данной группы начали применять с конца 20-го столетия и по сей день. Наиболее предпочтительны в мировой клинической практике статины первой генерации - симвастатин и синтетический аторвастатин.

Аторис - хорошо изученный препарат за рубежом (клинические исследования CURVES, ACCESS и др.).

Цель. Изучить влияние Аториса при клинически значимых проявлениях атеросклероза - перенесенный инфаркт миокарда, наличие стенокардии. Достигение целевого уровня ХС ЛПНП (1,8 ммоль/л).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 больных в возрасте 31-79 лет с высокими показателями ХС ЛПНП и высоким уровнем триглицеридов. Уровень ХС ЛПНП у этих больных к моменту исследования колебался от 3,5-5,9 ммоль/л и триглицеридов 1,8-2,9 ммоль/л. Перед началом исследования больным назначалась стандартная гипохолестеринемическая диета, которая соблюдалась в течении всего исследования. Доза Аториса подбиралась индивидуально от 10 до 80 мг 1 раз в сутки с учетом исходного уровня ХС ЛПНП и ТГЦ. Доза статина изменялась с интервалом в 2-4 недели под контролем уровня липидов в плазме. Максимальная суточная доза 80 мг. Критерии включения:

- наследственная гиперхолестеринемия
- исходный уровень общего ХС 3,5-5,9 ммоль/л, триглицеридов 1,82,9 ммоль/л.

-до начала исследования ранее не принимали статины: больные, перенесшие инфаркт миокарда, со стенокардией.

Критерии исключения:

- беременность и период лактации
- пациенты с нарушениями функции печени и почек
- заболевания системы кроветворения.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные. Эффективность препарата оценивалась через 4 недели от начала терапии путем лабораторного метода исследования. Контролировалась возможность развития побочных эффектов применяемого препарата, уровень трансаминаз сыворотки с интервалом в 10- 14 дней. Протокол исследования подразумевал увеличение

дозы препарата до 80 мг/сут при показателях ХС ЛПНП выше 3,5 ммоль/л.

Результаты и обсуждение. В течение 15-18 месяцев проведенного исследования клинические наблюдения показывают, что уже через 4 недели от начала исследования при применении Аториса в суточной дозе 10-80 мг уровень общего холестерина снизился до целевого в среднем на 45%, а ХС ЛПНП - на 55%, уровень ТГЦ - на 25-40%. Нельзя не отметить, что наряду с Аторисом больные получали аспирин 75-325 мг/сут. Эффективность Аториса в высоких дозах (до 80 мг) уже через 30 дней проявила себя и сохранялась на протяжении всего исследования в равных случаях, как у мужчин, так и у женщин с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда. Частота коронарных событий была низкой уже в применении Аториса в дозе 10 мг. Побочного действия за время лечения не наблюдалось.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют об эффективности, хорошей переносимости и безопасности Аториса при включении его в схему лечения больных стабильной стенокардией и инфарктом миокарда. Аторис снижает ХС ЛПНП на 55%, ТГЦ до 40 % и повышает содержание ХС ЛПВП на 5-15%. Аторис - препарат, который позволяет добиться выраженного и стойкого снижения содержания в крови ХС ЛПНП и триглицеридов. Его применение способно остановить прогрессирование коронарного атеросклероза и количество коронарных событий. Длительность применения не менее 5 лет снижает частоту смертельных исходов и других болезней системы кровообращения на 25-40%. Учитывая данные исследования можно сделать заключение, что при применении Аториса целесообразно практически у всех больных КБС не только при исходно повышенном ХС ЛПНП, но и в случаях, когда терапия начинается при содержании ХС ЛПНП, считающейся как целевой уровень. Обладая широким спектром действия на липидный профиль и высокой гиполипидемической активностью при терапии выраженных нарушений липидного обмена, быстрого достижения целевой концентрации липидов, обеспечило большую защиту от смерти или основных сердечно-сосудистых событий, чем стандартные дозы. Таким образом, больным полезно раннее и продолжительное снижение ХС ЛПНП до уровней, существенно более низких (целевых), чем было принято ранее.

УДК 616.8-008.64-053.9

ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ДЕПРЕССИЙ

Б.А. САЯТОВА

ГУ «Талдыкурганский региональный психоневрологический диспансер», г. Талдыкурган

Резюме

В старости и, особенно в глубокой старости четко прослеживается развитие упрощения структуры с витализацией и соматической направленностью всех составляющих их психопатологического синдрома.

Тұжырым

Көрілікте, өсірсек терең көрілікте психопатологиялық синдромның барлық құрылымдарының соматикалық бағытында және витализация мен құрылымының кедейленуі байқалады.

Summary

At old age and, particularly at deep old age is clearly tracked development of the simplification of the structure with vitalis and somatic directivity all forming their psihopatologic syndrome.

Актуальность разработки проблемы возрастного патоморфоза депрессий определяется запросами теории и практики психиатрии и предусматривает выявление роли биологических и социальных факторов в формировании депрессивных состояний в разных возрастных группах, разработки методов раннего распознавания депрессий, поиска оптимальных способов терапии и профилактики. Актуальными остаются исследования, касающихся разных сторон проблемы депрессий, вопросам возрастного патоморфоза уделяется сравнительно небольшое внимание. В этом плане специальный анализ роли возрастного фактора как сложного сочетания биологических и социально-психологических элементов представляется перспективным. В известной степени общепринятым можно считать представление о специфически возрастных особенностях психопатологической структуры депрессий в период инволюции, склонность аффективных состояний к затяжному течению во второй половине жизни. Однако многие стороны этой сложной проблемы в научной литературе освещаются противоречиво или остаются вне поля зрения исследователей. В частности, роль возрастного фактора в формировании депрессий, как правило, рассматривается односторонне без учета значимости биологических факторов. Диагностика депрессий до настоящего времени остается задачей неоднозначно решаемой представителями разных направлений, несмотря на привлечение современных методов математического анализа

[1,2]. Традиционные подходы к диагностике депрессий соотносятся с классическими эндогенными вариантами, характеризующимися триадой торможения. Эти критерии сохраняются и в последних классификациях, включая представление о “большом депрессивном синдроме” [2]. Американская классификация DSM-3 признает, однако, необходимость выделения вариантов “до-синдромального уровня” [3].

Степень структурной завершенности депрессивных проявлений в зрелом возрасте может быть различной, так же как и “набор симптомов”, и находится в определенном соотношении с нозологической отнесенностью депрессии. В то же время феноменологические особенности обусловливаются характером ведущего аффекта. Нозологическая “типичность” депрессии в зрелом возрасте также определяется типом ведущего аффекта — тоскливостью при эндогенных аффективных психозах, преимущественно тревожно-тоскливого — при психогенных расстройствах и сложного сочетания элементов тоски, тревоги и апатии — при депрессиях в рамках шизофрении. Положение о значении ведущего аффекта позволяет внести определенные поправки в представления об “атипичности” депрессий. Как показывают специально направленные исследования, увеличение удельного веса тревожных элементов, значительно изменяющих не только синдромальную структуру, но и биологические показатели (биогенные амины, кортизол, пролактин) при эндогенной депрессии, в абсолютном

большинстве наблюдений может быть связано с влиянием экзогенных (психогенных или резидуально - органических) факторов. В то же время при затяжном характере психогенных расстройств появлению в картине депрессии черт, более характерных для эндогенных вариантов, включая тосклиwyй аффект, способствует, наряду с наследственным фактором, преморбидная структура личности, близкая к "меланхолическому типу" [4].

Своеобразие аффективных нарушений в пожилом возрасте обусловлено тем, что тенденция к росту числа этих расстройств, связана с двумя другими значимыми тенденциями. Во-первых, это неуклонно растущая, по мере продвижения в возрасте, тенденция к упрощению самого аффективного расстройства, сужение его объема, уменьшения его размаха. В результате, — чем старше возраст, тем меньше масштаб психического феномена, меньше богатство его нюансов. За счет старости аффективные синдромокомплексы в пожилом возрасте приобретают каркасность, схематичность. Примером этого может служить инволюционная меланхолия — наиболее яркий пример столкновения взглядов по вопросу о самостоятельности инволюционных психозов. Решая вопрос о нозологической самостоятельности инволюционной меланхолии можно считать, что в группе факторов, определяющих первичное возникновение в старости этого психоза, существенное место занимает эндогенный радикал. Настоящее предположение подтверждается и рядом других клинических данных. К наиболее значимым тенденциям в проявлениях как аффективных, так и других психических отклонений в старости должно быть причислено ослабление внутренних связей между отдельными сторонами клинической картины синдрома. В старости и, особенно в глубокой старости, симптоматика психических расстройств выступает разрозненно, иногда в виде отрывочных изолированных психопатологических образований. Знакомая последовательность в развитии известных, в частности аффективных, клинических схем нарушается. Перечисленные три тенденции (учащение, упрощение, ослабление внутренних связей) отражают неравномерный, но неуклонный процесс дезорганизации и разбалансировки высших психических функций в старости. Ослабление внутренних связей находит отражение в картине известных форм эндогенных депрессий в старости. Это находит свое выражение в виде вклю-

чения в картину эндогенных депрессий добавочных элементов, чаще это элементы тревоги, ипохондрические включения, галлюцинаторные переживания, идеи ущерба. По мере углубления органической симптоматики, нарастания органической деменции фрагментарность, неразвернутость аффективных нарушений нарастает и, наконец, указанная симптоматика скрывается за картиной тяжелой деменции. Чем глубже возрастно-органическая деменция, тем более типично выражена эта особенность проявления аффективной симптоматики в позднем возрасте.

Специальной главой геронтопсихиатрии является раздел о расстройствах настроения пожилых вне круга известных форм нервно-психических заболеваний позднего возраста. Речь идет о тех случаях, когда при наличии жалоб на пониженное настроение, несмотря на специальные усилия, не обнаруживается известных признаков психической болезни. Подобные формы расстройств настроения можно отнести к той особой ущербной аффективности, которая в ряде случаев сопутствует старению, отражая ту сторону психической инволюции, которая характеризуется снижением всех видов физической и психической энергетики (естественное старение или психический упадок). В этом случае аффективность, как и другие стороны психической жизни, характеризуется уменьшением силы аффективного тонуса, замедлением аффективных реакций, сужением объема аффективного реагирования. Внешнее выражение психического упадка с его аффективным компонентом обладает специфическими особенностями, за счет чего в ряде случаев и возникает представление о наличии апатии, депрессии, дисфории, которых в действительности нет. Однако в рамках психического упадка можно наблюдать и своеобразные, присущие только пожилым людям типично возрастно-реактивные депрессии пожилых. Речь идет о равномерно и стойко пониженном настроении, впервые выявившимся в старости. Основное в переживаниях — болезненное неприятие своего старения со всеми сопутствующими ему изменениями, как в физическом, так и психическом статусе. Самому пожилому и его окружению особенности настроения не представляются болезненными. Правомерен вопрос о принадлежности этого рода депрессивных нарушений к кругу собственно-возрастных реакций. Эти реакции представляют себя форму психического упадка в старости и характеризуются типич-

ными его признаками; замедлением скорости психических процессов с наклонностью к застраванию на отдельных переживаниях, малым объемом и фоновым снижением всех форм психической продукции.

Таким образом, четко прослеживается развитие упрощения структуры с витализацией и соматической направленностью всех составляющих психопатологического синдрома в старости и, особенно в глубокой старости.

УДК 616–00:612.084

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ ОПТИМИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩЕГО СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Н.П. КРАВЧЕНКО

ГКП на ПХВ «Районная поликлиника», Жамбылский район, Алматинская область

Резюме

Цель исследования – изучение состояние здоровья, дать оценку качества проведения диспансеризации работающего населения и разработать комплекс медико-организационных мер, направленных на совершенствование диспансеризации. Установлено, что основными проблемами являются низкий уровень «диспансерной активности» здоровья работающего населения; наличие многообразия факторов, влияющих на здоровье граждан; негативные стереотипы поведения по сохранению своего здоровья. В результате проведенного исследования предложен комплекс мероприятий по оптимизации медико-социальной помощи работающего населения.

Ключевые слова: диспансеризация, работающее население, первичная медико-санитарная помощь, группы здоровья

Тұжырым

Зерттеудін мақсаты – денсаулық жағдайын зерттеу, жұмыс істейтін тұрғындардың диспансеризациясын өткізу сапасына баға беру және диспансеризацияны жетілдіруге бағытталған медициналық-ұйымдастыру шаралары кешенін өзірлеу. Жұмыс істейтін тұрғындар денсаулығының «диспансерлік белсенділігін» төмөн деңгейлері; азаматтардың денсаулығына әсер ететін факторлардың қөптүрлілігін болуы; өз денсаулығын сақтау бойынша мінез-құлықтың теріс стереотиптері негізгі мәселелер болып табылатындығы анықталған. Өткізілген зерттеулер нәтижесінде жұмыс істейтін тұрғындарға медициналық-әлеуметтік көмекті оңтайландыру бойынша іс-шаралардың кешені ұсынылған.

Негізгі сөздер: диспансеризация, жұмыс істейтін тұрғындар, бастапқы медициналық-санитариялық көмек, денсаулық топтары

Summary

The research objective - studying a state of health to state an assessment of quality of carrying out medical examination of the working population and to develop a complex of the medico-organizational measures directed on improvement of medical examination. It is established that the main problems are low level of «Dispensary activity» health of the working population; existence of variety of the factors influencing health of citizens; negative stereotypes of behavior on preservation of the health. As a result of the carried-out research the complex of actions for optimization of the medico-social help of the working population is offered.

Key words: the medical examination, the working population, primary medical sanitary help, groups of health.

В настоящее время здравоохранение является постоянно видоизменяющейся сферой социального развития общества и имеет специфические черты и особенности в различных регионах [1]. В большинстве публикаций последних лет проводится анализ тенденций регионального разви-

тия, особенностей модернизации систем здравоохранения [2]. В условиях экономического кризиса, неблагоприятных медико-демографических тенденций, характеризующихся естественной убылью населения, высоким уровнем смертности, особенно мужчин трудоспособного возраста,

проблемы охраны здоровья населения приобретают большую социальную значимость [3]. Одной из важнейших составляющих системы отечественного здравоохранения является диспансеризация – метод систематического врачебного наблюдения в медицинских учреждениях за состоянием здоровья определенных групп населения с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного их лечения и профилактики [4].

Таким образом, необходимо изучить существующую систему диспансеризации, дать ее оценку и предложить меры по совершенствованию качества медицинского обслуживания населения при диспансерном наблюдении на сельском уровне.

Цель исследования. Изучить состояние здоровья, дать оценку качества проведения диспансеризации работающего населения и разработать комплекс медико-организационных мер, направленных на совершенствование диспансеризации.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились работающее население, подлежащее диспансеризации, и врачи, принимающие участие в проводимой диспансеризации.

Статистический анализ результатов исследования выполнялся с использованием прикладных программ: Statistica for Windows 6.0 – для статистического анализа, MS Office 2003 – для организации и формирования матрицы данных, подготовки графиков и диаграмм.

Результаты исследований и их обсуждение. Общий коэффициент смертности в 2009 г. составлял 5,9 %, в 2010 г. – 7,4%, в 2011 г. – 6,8%, что отчасти объясняется продолжающимся старением сельского населения. В структуре смертности на первом месте находится смертность от болезней органов кровообращения (60,4%), новообразований (17,1%), несчастных случаев, травм и отравлений (9,8%). Последняя причина смертности более характерна для мужчин, чем для женщин (соответственно 14,7% и 5% от всех причин смертности). В 2010 году на 8% увеличилась смертность от дорожно-транспортных травм. Неблагоприятное влияние на продолжительность жизни оказывает рост заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (на 17,4% в 2011 г. по сравнению с 2009 г.), в том числе алкоголизмом и алкогольными психозами (на 26,3%) и наркоманией (на 3,1%).

Младенческая смертность имеет устойчивую тенденцию к снижению: за трехлетний период

(2009-2011 гг.) уровень снизился в 1,2 раза, соответственно с 8,6 до 7,3 на 1000 родившихся живыми.

В сельской местности ухудшается соотношение численности населения в зависимости от пола. Наиболее ярко диспропорция проявляется в старших возрастах. Среди населения в возрасте 50 лет и старше, женщин в 1,6 раза больше, чем мужчин. Доля населения трудоспособного возраста составляет 69,5%, моложе трудоспособного возраста – 16,1%, старше трудоспособного возраста 14,4%. Основными причинами снижения численности населения являются снижение рождаемости и усилившаяся миграция за пределы области.

Таким образом, анализ медико-демографической ситуации свидетельствует о неблагоприятной ситуации с воспроизводством населения, его старением, высоким уровнем смертности, особенно мужчин трудоспособного возраста.

В результате изучения заболеваемости работающего населения выявлено, что в 2009 г. болезни системы кровообращения составили 426,5%, костно-мышечной системы – 162,2%, мочеполовой системы – 124,7%; в 2010 г. – 234,6%, 102,7% и 144,1%; в 2011 г. – 196,9%, 116,4% и 139,6%.

Все осмотренные граждане, в зависимости от выявленной патологии распределены по группам здоровья. В связи с тем, что у одного гражданина могло быть выявлено несколько заболеваний, по которым пациенту необходима различная медицинская помощь (амбулаторная, стационарная), одного пациента могли отнести к нескольким группам здоровья одновременно.

Установлено, что в 2011 году по результатам диспансеризации практически здоровыми оказались всего 19,85% обследованных (I – группа) и 11,05% имели риск развития заболеваний (II – группа). Основная масса осмотренных – 68,32% – вошли в III группу здоровья – нуждающиеся в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях. Стационарное обследование и лечение было показано 0,76% пациентам – IV группа здоровья, а 0,02% – нуждались в высокотехнологичной медицинской помощи – V группа здоровья.

В 2010 и 2011 гг. максимальное количество граждан было отнесено к III группе здоровья – 61,65% и 61,22% соответственно, но далее следует I группа – 19,30% и 19,00%, II группа – 16,23% и 17,41%, IV группа – 2,52% и 2,33%, V группа – 0,30% и 0,04%.

При сравнении результатов проведенной диспансеризации было отмечено, что в целом, соотношение обследуемых по группам здоровья одинаковое, что позволяет судить об уровне здоровья и необходимости оказания медицинской помощи трудоспособному населению.

Проведенный социологический опрос среди работающего населения показал, что доминируют респонденты в возрасте от 41 до 50 лет – 42%, от 31 до 40 лет - 30%. Большую часть опрошенных респондентов составили женщины 66%, в то время как мужчин оказалось 34%. Среди опрошенных, преимущественное количество составили люди с высшим и средним специальным образованием 50% и 39 % соответственно.

В ходе исследования были сформированы 3 группы работающего населения: рабочие, служащие и люди, занимающиеся другим видом деятельности. Преобладали работающие в бюджетных организациях - 54% и 31,3%, затем следовали служащие - 24,5% и 14,8% и рабочие - 12% и 28,3%, на третьем месте – пенсионеры - 9,5% и 25,6%. При этом сохраняется высокий уровень распространенности вредных привычек среди работающего населения (более 50%): курит 36% опрошенных, из них 55% составляют мужчины, 45% - женщины; алкоголь, в качестве вредной привычки отметили только 16% опрошенных мужчин, 7% женщин.

Таким образом, в настоящее время, работающее население представлено людьми разной половозрастной структурой, в диапазоне которой присутствуют жители пенсионного возраста (старше 55 лет) и различного социального статуса (образования, семейного положения, вида трудовой деятельности), имеющие определенные вредные привычки. Участие работающих граждан в диспансеризации заключается преимущественно в контроле за своим здоровьем, которое является основой длительной и стойкой трудоспособности.

Диспансеризация является одной из составляющих профилактического раздела медицины. Она позволяет своевременно выявить ряд опасных заболеваний, угрожающих потерей трудоспособности, а часто и жизни болеющего. За период 2009-2011 гг. диспансеризация претерпевала постоянные изменения, имела ряд проблем и трудностей, с которыми приходилось сталкиваться как медицинским работникам и населению.

Информационная сфера (уровень информированности) медицинских работников испытывает

хронический дефицит современных общемедицинских знаний, нормативно-правовой и методической литературы. Приказы Министерства здравоохранения, стандарты лечения и протоколы ведения больных чаще всего доходят до организационно-методических отделов, и практически отсутствуют на рабочем месте врача или среднего медицинского работника. В настоящее время существующая система доведения (распространения) информации от органов управления до исполнителей отличается преимущественным использованием бумажных носителей, большим объемом и трудностью восприятия. Также отсутствует возможность обратной связи и доведение информации до управляющей системы относительно функционального состояния исполняющих структур, о результатах лечебно-диагностического процесса и степени удовлетворенности потребителя оказанной медицинской услугой.

Для оценки проведения диспансеризации были опрошены врачи, участвовавшие в ежегодной диспансеризации. Преимущественная часть опрошенных находится в возрастных группах: от 41 до 50 лет (50%). Из них большинство опрошенных – женщины (84%). Среди анкетированных 43% замужем или женаты, 23 человека имеют детей.

Большая часть имеет общий медицинский и врачебный стаж более 20 лет (83%). 34% имеют I категорию, 3% - II, 50% - высшую и 13% не имеют категорию. 80% закончили интернатуру. Большинство врачей регулярно повышают уровень профессиональных знаний: 93% опрошенных отметили, что читают статьи по своей специальности, 77% общаются с коллегами и читают монографии, 70% посещают конференции и 50% используют глобальную сеть. Уровень подготовленности врачей по своей специальности высокий. Половина активно пользуется современными электронными источниками.

Из опрошенных, 74% работают более чем на ставку по основному месту работы, а 53% не имеют дополнительного заработка. 50% врачей работают на 1,25 ставки, 27% - на 1,5 ставки, 23% - на 1 ставку по основному месту работы.

Большие трудности при проведении диспансеризации, по мнению, врачей представляют устаревшие организационные формы работы (24%) и отсутствие современной оргтехники (12%). Около (82%) врачей готовы к внедрению в свою практику современных технологий с ведением электронных баз данных, а каждый третий на-

строен категорически против замедления компьютеризации своей работы. Вместе с тем, досконально неотработанное построение взаимоотношений, основанных на системном планировании с соблюдением режима труда работающих граждан в соответствии с действующим законодательством, между ЛПУ и организациями направляющими своих сотрудников на диспансеризацию, приводит к снижению ее эффективности.

Большинство опрошенных врачей в группе сочли наиболее оптимальным возрастом для проведения диспансеризации – 30 – 60 лет (32%). По мнению врачей, диспансеризация должна проводиться с частотой 1 раз в год - 67%, 1 раз в два года - 30%, 2 раза в год - 3%. 80% врачей высказали мнение о расширении перечня обследований необходимых во время проведения диспансеризации.

После медицинского осмотра 32% встали на диспансерный учет, 41% - готовы встать на диспансерный учет и приступить к лечению и 27,0% отказались от дальнейшего скрининга.

На основании социологического опроса работающего населения и врачей, принимающих участие в ежегодной диспансеризации, определен ряд недостатков и достоинств ее проведения, что позволит нам предложить оптимальные пути совершенствования диспансерного наблюдения работающих.

Установлено, что основными проблемами являются: низкий уровень «диспансерной активности» здоровья работающего населения; наличие многообразия факторов, влияющих на здоровье граждан; негативные стереотипы поведения по сохранению своего здоровья.

В результате проведенного исследования предложен комплекс мероприятий по оптимизации медико-социальной помощи работающего населения:

- усиление профилактической направленности в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений по медицинскому обеспечению трудоспособных граждан;

- совершенствование материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, действующих стандартов диагностики работающего населения с учетом их потребностей;

- содействие формированию положительных стереотипов самих граждан на сохранение и ук-

репление здоровья; оптимизация мониторинга состояния здоровья граждан, определения факторов, влияющих на него;

- активное внедрение современных автоматизированных систем учета и ведения первичной медицинской документации, и формирование электронной базы данных диспансерного наблюдения работающего населения.

Таким образом, при комплексной оценке здоровья работающих, прошедших диспансеризацию за период 2009-2011 г.г., в среднем к I группе здоровья отнесено 18,25%, ко II группе здоровья 9,32%, к III группе 71,67%, к IV группе 0,74% и к V группе 0,02%. При изучении заболеваемости работающего населения установлено: в 2009 г. болезни системы кровообращения составили 426,5%, костно-мышечной системы – 162,2%, мочеполовой системы – 124,7%; в 2010 г. – 234,6%, 102,7% и 144,1%; в 2011 г. – 196,9%, 116,4% и 139,6%. Изучив медико-социальную характеристику работающих, были выделены 4 группы: рабочие – 12%, служащие – 24,5%, работающие в бюджетных организациях 54% и пенсионеры – 9,5%. При этом сохраняется высокий уровень распространенности вредных привычек среди работающего населения (более 50%): курит 36% опрошенных, из них 55% составляют мужчины, 45% – женщины; алкоголь, в качестве вредной привычки отметили только 16% опрошенных мужчин, 7% женщин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаларова Л.С. Качество диспансеризации больных в городских поликлиниках // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2008. - №6. - С. 24-27.
2. Агранович Н.В., Овчаров В.К., Григорян З.Э. Роль активизации профилактической работы амбулаторно-поликлинического звена // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005.-Ж3.- С.3-6.
3. Алмазова Е.Г., Микшина В.С. Математическая модель процесса диспансеризации населения // Успехи современного естествознания. 2006.-№ 11.- С. 99-101.
4. Кучеренко В.З., Алексеева В.М., Шамшурина Н.Г., Шастин И.В. Стоимость законченного случая дополнительной диспансеризации работающего населения и экономические издержки поликлиники // Экономика здравоохранения. 2010. - № - С.52-57.

УДК 616.13.002.2- 004.6-07:615.272.4

РОЛЬ СТАТИНОВ В ЛЕЧЕНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Ж.Е. ТЕМИРНИЯЗОВА

Городская поликлиника № 1, г. Уральск

Резюме

В статье широко обсуждена актуальность лечения атеросклероза, возникающая в результате поражения сосудов головного мозга с появлением заболеваний инфаркта, инсульта, тромбоза.

Тұжырым

Мақалада ми қан тамырларының закымдануы салдарынан пайда болатын, нәтижесінде инфаркт, инсульт, тромбоз ауруларына соктыратын атеросклерозді емдеудің көкейтестілігі көнінен талданған.

Summary

This article is about atherosclerosis. It is a treatment, which plays the great role in genesis of vessels lesion in brain and leads to heart attack, stroke (insult), trombosys.

Атеросклероз – один из вариантов артериосклероза, характеризуется поражением артерий эластического и мышечного типа в виде очаговых отложений в интиме липидов и белков и реактивной клеточной реакции стенки сосудов.

Встречается у подавляющей части больных ИБС аневризмой аорты, заболеваниями артерий нижних конечностей, играет важную роль в генезе поражений сосудов головного мозга.

Артериосклероз – более общее понятие, им называют уплотнение и утолщение стенок артерий.

Развитие атеросклероза связано:

- А) с нарушением обмена липидов,
- Б) реологических свойств крови (состояние тромбоцитов и свертывающей системы),
- В) клеточных процессов.

В основе атеросклеротического процесса лежит мутация структурного гена кодирующего синтез рецепторов. Этот дефект уменьшает плотность рецепторов, связывающих ЛПНП и ЛПОНП. Низкая плотность данных рецепторов уменьшает связывание и, как исход, – избыточное накопление в свободно циркулирующей крови ЛПНП и нарушение их метаболизма. Носительство мутантного гена может быть гомозиготным или гетерозиготным. В первом случае заболевание и клинические проявления атеросклероза возникают в детстве, во втором случае развиваются к 40 годам жизни человека. В самые последние годы обнаружили мутацию генов, ответственных за функцию клеток печени и энтероцитов. Повышение активности свертываемости

крови обусловлено накоплением простоноида. Расстройство состояния тромбоцитов с их тромбоцитарным фактором нарушает процесс восстановления структуры эндотелия. Под влиянием простоноидов этот процесс сопровождается отложением нитей фибрина с последующей их кальцификацией с возможным развитием склероза, наславывающимся на упомянутый клеточный процесс. Повреждение эндотелия вызывает адгезию тромбоцитов и пролиферацию гладкомышечных клеток. Сама неполнота стенки сосудов (повышенная проницаемость) у больных атеросклерозом носит генетически обусловленный характер. Процесс адгезии тромбоцитов сопровождается скоплением липидов с последующей пропиткой ими этих участков, местным увеличением синтеза глюкозоаминогликанов, локальным образованием коллагена и эластина. Накопление последних двух обуславливает образование бляшки.

Клинические проявления обусловлены локализацией атеросклеротической бляшки, степенью гемодинамических расстройств и вторичными осложнениями, прежде всего, образованием тромба.

К факторам риска, способным повлиять на возникновение и течение атеросклероза, в основном относятся: артериальная гипертензия, курение и гиперхолестеринемия (большая тройка).

При комбинации у больного всех трех указанных факторов риск умереть от коронарной катастрофы возрастает в 8 раз, при комбинации двух факторов – в 4 раза и при наличии одного из них

- в 2 раза по сравнению с таковыми у людей того же возраста без упомянутых факторов риска.

Диагностика атеросклероза складывается из установления генетической предрасположенности к нему и верификации зон отложения атеросклеротических бляшек, по клиническим проявлениям ИБС, поражениям сосудов головного мозга, почек, нижних конечностей и др.

Для диагностики атерогенной предрасположенности исследуют наличие гиперхолестеринемии, дислипидемии, ЛПНП и ЛПОНП, выявление тканевого холестерина (в коже), характеристике липидного спектра, ВОЗ (1992) было предложено деление дислипидемии на 5 типов.

Тип 1: - высокий уровень ОХС плазмы, низкое содержание ХСЛПНП, повышенное содержание триглицеридов. Конечная аномалия - избыток хилаомикронов.

Первичная причина типа 1 - дефицит липопротеиновой липазы. Вторичная причина - СКВ.

Тип 2, подтип 2а: - высокое или нормальное содержание ОХС, высокий уровень ХС ЛПНП (>5 ммоль/л), нормальное содержание триглицеридов. Конечная аномалия - избыток ЛПНП.

Тип 2, подтип 2б: - высокий уровень ОХС, высокий уровень ХС ЛПНП, высокий уровень триглицеридов. Конечная аномалия - избыток ЛПНП и ЛПОНП. Причины: первичная - семейная гиперхолестеринемия, Тип 3: - низкий или нормальный уровень ХС ЛПНП, высокий уровень - триглицеридов. Конечная аномалия - избыток остатков хиломикронов и липопротеидов промежуточной плотности.

Причины: первичная - семейный тип гиперхолестеринемии. Вторичная - гипотиреоз, СД, ожирение.

Тип 4: - высокий или нормальный уровень ОХС, нормальный уровень ХС ЛПНП,

высокий уровень триглицеридов (>2 ммоль/л) Конечная аномалия - избыток ЛПОНП.

Причина: первичная - семейная комбинированная гиперхолестеринемия, семейная гипертриглицеридемия. Вторичная - СД, хроническое заболевание почек, алкоголизм, диуретики, р-адреноблокаторы, пероральные контрацептивы.

Тип 5: - высокий уровень ОХС, нормальный уровень ХС ЛПНП, высокий уровень триглицеридов. Конечная аномалия - избыток хиломикронов и ЛПОНП,

Причина - семейная гипертриглицеридемия, СД, алкоголизм.

В основе прогрессирования и обострения ате-

росклероза лежит постепенное увеличение размеров липидных бляшек, появление новых в ранее неизмененных артериях, внутрисосудистое тромбообразование, которое также участвует в формировании атеросклеротической бляшки и может привести к внезапной окклюзии сосуда. В последние годы доказано, что толщина бляшки (а следовательно, и степень сужения просвета сосуда) может уменьшаться. Такая регрессия атеросклероза происходит как спонтанно, так и под влиянием лечения. В связи с этим чрезвычайно важна визуальная информация о структуре и функции сосудов. К методам получения изображения сосудов и оценки их функционального состояния относятся рентгенологический, ультразвуковой, ядерно-магнитный, радионуклидный, томографический и др.

Рентгенконтрастная ангиография на протяжении многих лет остается «золотым стандартом» среди методов исследования сосудов. Однако не потеряла своего значения и обычная рентгеноскопия органов грудной клетки. В частности, рентгеноскопия с электронно-оптическим усилением и прицельная рентгенография позволяют выявить очаги кальциноза в артериях сердца (один из характерных признаков коронарного атеросклероза).

Магнитно-резонансная ангиография позволяет селективно визуализировать сосудистые структуры в трехмерном формате с точностью до мельчайших деталей. А с использованием специальных методик можно количественно определить кровоток и его направление. Ультразвуковая диагностика (УЗД) сердца и сосудов используется для линейного В-сканирования сонных артерий, позволяет оценить протяженность и степень стенозирования сосуда, форму атеросклеротических бляшек, их положение, морфоструктуру, плотность фиксации к сосудистой стенке. При помощи каротидной и транскраниальной допплерографии можно определить характер кровотока и, что особенно важно, церебро-сосудистые реакции при различных функциональных стрессах.

Лечение. Диета: рекомендуются фрукты, овощи, бобовые (горох и бобы), злаки и витаминизированный хлеб, мясо птицы и рыба. Молоко, лучше обезжиренное. Орех содержит ненасыщенные жирные кислоты, в яйце белок значительно полезнее желтка. Источником полиненасыщенных жирных кислот (линовой кислоты) являются подсолнечное, кукурузное и соевое масла,

а также рыбий жир. Исключить продукты, содержащие большие количества холестерина: яичный желток, субпродукты, ограничить мясо животных, сливочный жир. Добавление соевого белка в мясной фарш снижает уровень холестерина и ЛПНП.

Лекарственная терапия.

1. Ингибиторы ГМГ - коA- редуктазы (статины) - основные гиполипидемические средства (ловарастатин, симвастатин, флувастиатин). Они эффективно снижают как общий уровень липидов в крови, так и содержание ЛПНП. Применение статинов уменьшает выраженность коронарной недостаточности и снижает смертность пациентов при этой патологии. Ингибиторы ГМК-коA-редуктазы являются препаратами выбора при заболеваниях, связанных с атеросклерозом. Побочные эффекты при применении статинов возникают редко и в основном сводятся к появлению миопатий. Частота возникновения миопатий возрастает при комбинированном применении статинов с никотиновой кислотой и фибратами. Статины противопоказаны при беременности, так как для нормального развития плода необходим холестерин. Ловарастатин применяют в дозе 20-80 мг/сут. Начинать рекомендуется с приема 20 мг перед сном. Примерно через месяц при недостаточном эффекте дозу следует увеличить до 40 мг, которые можно разделить на 2 приема. Еще через 4 недели дозу можно увеличить до 80 мг (на 2 приема). Длительность курса до 2 лет. Зокор (симвастатин): 10-20 мг однократно вечером. При выраженной гиперхолестеринемии возможно увеличение дозы до 30-40 мг/сут. Длительность приема - 3-6 месяцев. Препарат надежно снижает риск основных кардиальных церебральных осложнений атеросклероза (дислипидемии).

2. Анионообменные смолы (секвестранты желчных кислот). К ним относятся: холестирамин (квестран, кванталан) и др., колестипол (колестирид). Оба лекарства представляют собой нерастворимые в воде порошки, которые размешиваются в какой-нибудь жидкости (воде, соках, супе т.д.)- Холестирамин принимают во время еды 4-24 г/сут. Эквивалентные дозы колестиопола 5-30 г/сут. При назначении 8-16 г холестирамина и 10-20 г колестиопола. т.е. их малых и средних доз. Препараты принимают 2 раза в день по 4-8 и 5-10 г, соответственно. Высокие суточные дозы - 24 г холестирамина или 30 г колестиопола делят на 3 приема. Гипохолестеринемический эффект

секвестрантов желчных кислот проявляется обычно через 1 месяц лечения. Побочные эффекты препаратов связаны с их влиянием на кишечник. Препараты не всасываются из ЖКТ; при их применении возможно появления вздутия живота, диспепсии, поноса или запора.

Никотиновая кислота. Начинают применение с минимальной дозы (0,03г), постепенно наращивая ее до максимально переносимой. Лучше переносится препарат эндурацин (никотиновая кислота, помещенная в восковую матрицу). Постепенное высвобождение действующего вещества устраняет многие побочные эффекты. Эндурацин назначают в дозах 250-2000 мг/сут. Побочные эффекты: обратимое нарушение функции печени, рост активности аминотрансфераз. Возможны обострения хронических заболеваний ЖКТ в частности пептических язв, развитие гипергликемии и повышение содержания мочевой кислоты. В настоящее время никотиновую кислоту в комбинации с анионообменными смолами используют при наследственной гиперхолестеринемии.

Фибраты (гемифиброзил, бензофибрат) являются препаратами выбора при повышенном уровне триглицеридов в плазме крови, когда имеется риск развития панкреатита. Применяют гемифиброзил в дозе 900-1200 мг/сут (450-600 мг 2 раза за 30 минут до еды, т.е. до завтрака или ужина). Побочные действия: вызывает миозит, камнеобразование в желчевыводящих путях, увеличивает активность ферментов печени, действие непрямых антикоагулянтов, различные желудочно-кишечные расстройства, диспепсию, боли в животе и даже мерцательную аритмию. Пробукол (лорелко, фентубол) снижает уровень холестерина ЛПНП (на 10-15%) и ЛПВП. Пробукол активирует нерекепторный путь удаления из крови ЛПНП, поэтому он способен снижать содержание холестерина в крови у больных, не имеющих рецепторов к ЛПНП, т.е. гомозиготной форме семейной гиперхолестеринемии. Применяют пробукол в дозе 1000 мг/сут. (по 500 мг 2 раза во время еды). Полностью влияние препарата на липиды ЛП проявляется не ранее 2 мес. лечения. Он хорошо растворяется в жирах и очень долго сохраняется в жировой ткани, постепенно выделяясь в кровь. Поэтому его действие сохраняется в течение длительного времени (до 6 месяцев) после прекращения лечения. Пробукол может быть использован в комбинации практически со всеми гиполипидемическими средствами. Побочные эффекты связаны прежде всего с возмож-

ностью удлинения интервала КТ — ЭКГ, что чревато возникновением опасных для жизни желудочковых аритмий.

Тактика лечения атеросклероза. Начинать терапию нужно с установления жесткой диеты. Лекарственная терапия по рекомендации ВОЗ должна начинаться при содержании холестерина в плазме крови более 249,0 мг/дл. (6,5 ммоль/л) для лиц, имеющих 2 фактора риска, и более 220,0 мг/дл. (5,7 ммоль/л) при наличии ИБС и 2 факторов риска. При назначении лекарственных препаратов нужно учитывать тип гиперлипидемии конкретного пациента и особенности действия каждого из гиполипидемических средств. Наиболее активно снижают уровень холестерина ЛПНП статины, никотиновая кислота, секвестранты желчных кислот. Фибролиты влияют на этот показатель значительно слабее. Уровень ХС ЛПВП повышают никотиновая кислота и фибролиты, а статины и анионообменные смолы на этот показатель влияют менее активно. Концентрацию триглицеридов умеренно снижают статины, а более выражено — никотиновая кислота и фибролиты. Пробукол и его аналоги активны у больных с гомозиготной формой семейной гиперхолестеринемии. Предпочтение в лечении дислипидемии нужно отдавать статинам (симвастатин, аторвастатин). Именно в отношении этих препаратов доказана эффективность в уменьшении смертности вследствие ИБС и увеличении продолжительности жизни. Если при назначении монотерапии эффект недостаточный, возможно применение комбинации из двух и более препаратов. При этом каждый из них эффективен в значительно меньших дозах, чем при применении его в качестве монотерапии. Кроме того, при дислипидемии показаны препараты (эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день или по 10 мл в/м 1 раз в сутки, курс 3 недели); витамин Е и р - каротин — антиоксиданты, понижающие риск развития изменений венечных артерий сердца путем защиты ЛПНП от свободно-радикального окисления. Применяются препараты, улучшающие реологию крови (дезагреганты, антикоагулянты, ингибиторы агрегации тромбоцитов). В большинстве случаев адекватное медикаментозное лечение в сочетании с диетой позволяет добиться улучшения липидных показателей. Однако, если активные терапевтические способы борьбы с дислипидемией бесполезны либо не переносятся пациентом, приходится прибегать к радикальным методам лечения. Это экстракорпоральное удаление липидов, час-

тическое илеошунтирование и трансплантация печени. Современными методами коррекции тяжелых дислипидемии является гемосорбция с применением неселективных угольных адсорбентов, иммuno сорбентов (моно- и поликлональных АТ). ЛПНП- аферез, представляющий собой иммуносорбционный способ селективного связывания и экстракорпорального удаления атерогенных липопротеидов из плазмы крови. В лечении наследственных нарушений липидного обмена будущее, вполне очевидно. Принадлежит генной инженерии, переживающей сейчас период бурного развития.

Актуальность. Атеросклероз встречается у подавляющей части больных ИБС, аневризмой аорты, заболеваниями артерии нижних конечностей, играет важную роль в генезе поражений сосудов головного мозга, в последствии приводящих к инфаркту, инсульту, тромбозам. Лечение атеросклероза имеет большое значение для общественного здравоохранения.

Цель работы. Изучение влияния статинов при лечении атеросклероза (гиперхолестеринемии). Именно в отношении этих препаратов доказана эффективность в уменьшении смертности вследствие ИБС и увеличении продолжительности жизни.

Материал и методы. Наблюдалось 12 больных в возрасте от 45 до 68 лет. Мужчин — 5, женщин — 7. У всех больных наблюдалось повышение ХС в пределах 6,7 — 8,3 ммоль/л. Всем больным до начала лечения проводилось обследование: ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови, ЭКГ, определение ХС и ТГ. Перенесенный инфаркт миокарда зарегистрирован у 3-х больных, ОНМК — у 2-х, атеросклероз аорты у 3-х, артериальная гипертензия — у 2-х, гиперхолестеринемия — у 2-х больных. Всем больным был назначен симвастатин по 20 мг/сут 1 раз на ночь в течение 6 месяцев.

Результаты исследования. Уже после 2-месячного применения статинов отмечалось снижение ХС до нормальных величин. Далее всем больным назначались профилактические дозы статинов для поддержания нормальных величин холестерина. Кроме статинов больные получали фосфолипидные препараты (эссенциале по 2 кап. 3 раза в день — 3 недели, витамин Е, дезагреганты — курантин по 1 таб. 3 раза в день — 1 месяц, далее кардиомагнол 75 мг 1 раз на ночь постоянно).

Обсуждение. Наиболее широкое применение гиполипидемических средств — статинов (ловас-

татин, симвастатин, флувастиатин) уменьшает выраженность коронарной недостаточности и снижает смертность пациентов при этой патологии. Адекватное лечение статинами в сочетании с диетой позволяет добиться улучшения липидных показателей. При семейной гиперхолестеринемии применяют никотиновую кислоту в сочетании с секвестрантами желчных кислот (холестирамин 4- 24 г/сут, или колестипол 5-30 г/сут).

Выводы. Статины являются основными гиполипидемическими средствами. Они эффективно снижают как общий уровень липидов в крови, так и содержание ЛГШП. Применение статинов уменьшает выраженность коронарной недостаточности и снижает смертность пациентов при этой патологии.

Статины являются препаратами выбора при заболеваниях, связанных с атеросклерозом.

Побочные эффекты при применении статинов возникают редко и в основном сводятся к появлению миопатий. Частота возникновения миопатий возрастает при комбинированном применении статинов с никотиновой кислотой и фибратаами.

Статины противопоказаны при беременности, так как для нормального развития плода необходим холестерин.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 3-е изд. - СПб; «Эльби - СПб». 2005; 2. Суслина З.А., Гераскина Л.А., Фокин А.В. Артериальная гипертония, сосудистая патология мозга, антигипертензивное лечение. М. 2006: 3. Бурцев В.И. Об актуальных вопросах проблемы атеросклероза, артериальной гипертензии // Клиническая медицина. 2001: 4. Джусипов А.К., Ошакбаев К.Р., Аманов Г.И. Состояние кардиологической службы в Республике Казахстан // Терапевтический вестник. - 2005.

УДК 613.955:371.7:616-002.5-084

СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ШКОЛЫ КАЗАХСТАНА

Д.А. БАХТИЯРОВА

Городская поликлиника № 2, г. Тараз

Резюме

В связи с актуальностью проблемы туберкулеза среди населения РК проводятся различные противотуберкулезные мероприятия на уровне ПМСП.

Тұжырым

Туберкулез мәселелерінің өзектілігіне байланысты КР тұрғындары арасында БМСК деңгейінде туберкулезге карсы шаралар өткізіледі

Summary

Due to the urgency of the problem of tuberculosis among the population of the RK held a variety of control activities at PHC level.

Одной из приоритетных задач реформ в системах здравоохранения и образования является сбережение и укрепление здоровья учащихся, формирование у них ценности здоровья, здорового образа жизни и что не менее важно - выработка осознанного желания сохранить свое здоровье.

Охрана физического, психического и социального здоровья подростков и молодежи возведена в ранг государственной политики в Казахстане.

Подтверждением этого является законодательная база, регламентирующая обязанности государства и самого населения в вопросах сохранения репродуктивного здоровья.

К сожалению, приходится констатировать тот факт, что в нашем обществе наблюдается снижение здоровья населения, включая здоровье школьников, которые являются самой социально активной группой.

Так, за последние 5 лет заболеваемость школьников выросла на 22%, в том числе анемия в 2,5 раза, болезни органов дыхания в 1,5 раза, эндокринные болезни и расстройства питания в 1,4 раза, болезни нервной системы в 1,5 раза, травмы и отравления в 1,2 раза. Растет заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами у детей и подростков. На сегодня из всех страдающих психическими и поведенческими расстройствами каждый четвертый – это ребенок. При этом темпы прироста этой патологии у подростков в 2 раза превышают прирост у взрослых. Не уменьшается число юношей, неспособных нести воинскую службу по медицинским показаниям.

Следует напомнить, среди учащихся в возрасте 12-18 лет общеобразовательных школ Казахстана выявлено, что 44,6% школьников имеют различную патологию. Лидирующее место занимают болезни органов пищеварения, которыми страдает каждый шестой учащийся. Далее следуют болезни органов дыхания, нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Это дает полную картину состояния здоровья учащихся общеобразовательных учреждений.

Среди школьников за период обучения в учебных заведениях разного профиля возрастает частота нарушений со стороны органов зрения, патология пищеварительной и мочеполовой систем, нервно-психические расстройства, а также факторов рискованного поведения: приобщение к употреблению алкоголя, наркотиков, табакокурению. Это происходит на фоне сниженной физической активности и отсутствии рационального сбалансированного питания.

Социологические исследования, проведенные службой здорового образа жизни, выявили, что самый распространенный возраст, в котором начинается употребление табака – 12-13 лет. 23,6% учащихся пробуют курить именно в этот период жизни. Каждый третий из десяти учащихся, пробовавших курить (33%), впервые попробовали табачные изделия в возрасте младше 10 лет, из них 17,7% учащихся 7-9 классов проявили интерес к сигарете в возрасте младше 7 лет.

Еще один важный аспект, влияющий на формирование личности ребенка, сохранение или ухудшение его здоровья, как психического, так и физического – это формирование девиантного поведения. К сожалению, мы не располагаем данными о численности таких детей. Это еще не заболевание, но это отклонение от принятых норм поведения в нашем обществе.

Дети и подростки с девиантным поведением склонны к неадекватному поведению и поступкам, которые вызывают негативное отношение у сверстников, педагогов, родителей и в целом у всего общества.

Причины девиантного поведения: неблагоприятная семейная атмосфера; отсутствие взаимопонимания и заботы со стороны родителей; дефекты воспитания; неспособность справляться со стрессами, общественными задачами; отсутствие жизненных навыков, в том числе навыков общения с окружающими, особенно со сверстниками; неумение противостоять давлению и принимать собственное решение, а также развивать критическое мышление; доступность психоактивных веществ; наличие агрессивной рекламы; слабо развивающаяся служба психологической помощи в школах; проблемы досуга детей и подростков.

Дети и подростки, пожалуй, являются самой уязвимой и незащищенной прослойкой нашего общества. Вопросы формирования здорового образа жизни у школьников преподаются на уроках Валеология, которые, хотя и факультативные, внедрены во многих школах Казахстана.

Вопросы сохранения и укрепления здоровья даются в предметах общеобразовательной программы.

Предлагаемые пути решения: анализ эффективности существующих образовательных программ по формированию здорового образа жизни школьников; объединение существующих программ, касающихся формирования навыков здорового образа жизни, привития не рискованного поведения с акцентом на начальную медицинскую подготовку; необходимость создание новой программы для детей с девиантным поведением для обеспечения доступности этой группы к образованию, досугу; совершенствование законодательно-правовой базы; целенаправленная работа с родителями с созданием обучающих программ для них; повышение профессиональной компетенции медицинских работников и педагогов школ, в том числе интернатных учреждений, в сохранении и укреплении психического, нравственного, морального и социального здоровья школьников; разработка или адаптация уже имеющихся методических рекомендаций для педагогов и медработников по вопросам сохранения и укрепления здоровья учащихся; использование возможностей и опыта других ведомств и структур при поддержке местной исполнительной власти.

УДК 616.89-008.44:615.851

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАНАКАНА В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЛЁГКИМИ И УМЕРЕННЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т.И. СТРЕЛЬЦОВА

Медицинский центр АО «Алюминий Казахстана», г. Павлодар

Резюме

Тест «Рисование часов» прост для выполнения и объективно оценивает выраженность когнитивных расстройств. Танакан в дозе 120мг/сут при приёме в течение 2-хмесяцев действительно оказывает восстанавливающее действие на интеллектуальные способности пациентов.

Тұжырым

«Сағат суреттеу» тесті колдануда қаралайым және когнитивтік ауруға шалдыққандардың ашық сипатын объективті бағалайды. Танаканды құніне 120 мг. мөлшерінде 2 ай бойы қабылдаган жағдайда, шындығында науқастың зияткерлік қабілеттіліктеріне қалпына келуіне септігін тигізеді.

Summary

«Clock Drawing» test is easy to perform and objectively assesses the severity of cognitive impairments. Tanakan in dose of 120 mg/day when taking for two months does have a restorative effect on the intellectual ability of the patient.

Цель работы. 1) Изучить возможность использования теста «Рисование часов» для диагностики когнитивных расстройств на приёме врача невролога в поликлинике. 2) Убедиться в эффективности препарата танакан при лечении лёгких и умеренных когнитивных расстройств, вызванных артериальной гипертензией и атеросклерозом церебральных сосудов.

Материалы и методы. В обследовании участвовали лица, работающие на АО «Алюминий Казахстана», состоящие на диспансерном учёте у врача невролога с диагнозом Дисциркуляторная энцефалопатия. Для исследования использовался тест «Рисование часов».

В неврологии когнитивные расстройства разделяются на лёгкие, умеренные и тяжелые. Лёгкие когнитивные нарушения выявляются с помощью чувствительных нейрофизиологических тестов и на повседневную активность не оказывают влияния. Умеренные когнитивные нарушения заметны в повседневном общении с пациентом. При этом у таких людей могут возникать затруднения в сложных видах профессиональной деятельности или социальной. Хотя в целом пациенты сохраняют независимость и самостоятельность. Тяжелые когнитивные нарушения диагностируются, когда у пациента возникает частичная или полная зависимость от посторонней помощи, что граничит с деменцией. В своей

практике, для оценки когнитивных функций я использовала один из экспресс-тестов для диагностики данной патологии.

Тест «рисование часов».

На чистом листе неподаренной бумаги пациенту предлагается самостоятельно нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. В норме это задание не вызывает затруднений. Ошибки оцениваются по 10- бальной шкале.

- 9-8 б. – незначительные неточности, ошибки в расположении стрелок.
- 7-6 б. – стрелки не показывают время.
- 5 б. – неправильно расположены числа.
- 4 б. – нет целостности часов.
- 3 б. – цифры и циферблат не связаны друг с другом.
- 2 б. – больной пытается выполнить инструкции, но безуспешно.
- 1 б. – пациент не пытается выполнить инструкции.

Тестировались пациенты, состоящие на диспансерном учёте у невропатолога в группе «Сосудистые заболевания ЦНС» с диагнозом: Дисциркуляторная энцефалопатия. Основными заболеваниями, вызвавшими данные нарушения, были артериальная гипертония и атеросклероз церебральных сосудов. У пациентов с артериаль-

ной гипертонией не получающих гипотензивные препараты или получающих не регулярно, целесообразно проводить исследование когнитивных функций для выделения группы риска развития клинически значимых когнитивных нарушений. Всего протестировано 125 человек. 12 из них, перенесли преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК), у 19 в анамнезе - острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), у 1 – операция по поводу мальформации сосудов головного мозга. Все пациенты, у которых были выявлены лёгкие и умеренные когнитивные расстройства получали препараты для лечения основного заболевания – гипотензивные, липотропные. Для лечения когнитивных расстройств назначался Танакан в дозе 120мг/сут. в течение 2-х месяцев. Танакан представляет собой стандартизованный экстракт из листьев реликтового дерева Гинкго- билоба. В состав танакана входят флавоноидные гликозиды, которые блокируют свободные радикалы, а также гинколовиды, которые повышают эластичность стенок кровеносных сосудов. Данные свойства танакана обусловливают возможность его применения для коррекции гипоксического, ишемического, нейроденегеративного повреждения клеток головного мозга. Доказано, что препарат оказывает вазоактивное, антиагрегантное, антигипоксическое действие, обладает ноотропным и антидепрессивным эффектом. Ноотропный эффект танакана проявляется, прежде всего, в сферах внимания и памяти. Препарат положительно влияет на объём запоминания и воспроизведения, концентрацию и устойчивость внимания, ассоциативные процессы, психомоторные функции. Высокая эффективность танака-

на доказана у пациентов, перенесших ПНМК и ишемический инсульт с негрубым неврологическим дефицитом.

У 97 обследованных, выявлены лёгкие когнитивные нарушения. У 27 – умеренные, 1 – с Болезнью Альцгеймера – установлена 2-я группа инвалидности.

Танакан, будучи препаратом натурального происхождения, характеризуется хорошей переносимостью, что весьма важно для пациентов пожилого возраста. Из субъективных жалоб уменьшилась частота, и выраженность головной боли, головокружение, шум в голове, возрастила умственная работоспособность. Указанный профиль танакана делает его применение наиболее оправданным при сочетании сосудистых заболеваний головного мозга и наличии когнитивных расстройств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в пожилом и старческом возрасте. М. 2005 г. – 71 с.
2. Локшина А.Б., Захаров В.В. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии. Неврологический журнал 2006г. №11. - С. 57- 63.
3. Парфёнов В.А., Старчина Ю.А. Лечение танаканом неврологических расстройств у больных артериальной гипертензией. Русский медицинский журнал 2005 г.- № 22. - С.1462 - 1465.
4. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Дамулин И.В. Применение танакана при начальных стадиях сосудистой мозговой недостаточности. Неврологический журнал 1998 г. Т-3. - № 6. С.18-123.
5. Локшина А.Б., Захаров В.В. Диагностика и лечение лёгких и умеренных когнитивных расстройств, при дисциркуляторной энцефалопатии / Врач. - 2007 г. - №4. С. 60-64.

УДК 616.12

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

С.С. САГЕЕВ, Н.П. КРАВЧЕНКО

ГККП «Сельская больница», с. Каргалы, Жамбылский район,
ГКП на ПХВ «Районная поликлиника», с. Узынагаш, Жамбылский район, Алматинская область

Резюме

В работе представлены основные направления совершенствования организации кардиологической помощи сельскому населению в условиях модернизации здравоохранения: эффективная профилактика заболеваний, ранее выявление и полноценный учет больных; обеспечение условий для эффективного лечения заболеваний; диспансеризация и комплексная реабилитация в амбулаторно-поликлинических учреждениях; подготовка высококвалифицированных медицинских кадров для кардиологических подразделений и повышение квалификации врачей по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с болезнями системы кровообращения.

Тұжырым

Жұмыста денсаулық сактауды жаңғырту шарттарындағы ауыл тұрғынына кардиология қомегін үйімдастырудың әбден жетілдірудің негізгі бағыты талқыланған: аурулардың тиімді алдын алу, ауруларды ерте анықтау және толығымен есепке алуы; ауруларды тиімді емдеу үшін жағдайды жасау; амбулаториялық-поликлиникалы мекемелердегі диспансеризация және кешенді оңалту; профилактиканың сұраптары бойынша дәрігерлердің кардиология бөлімшелері және мамандығын жетілдіру үшін мамандандырылған дәрігерлік кадрлардың әзірлеуі, анықтау, емдеу және кан айналым жүйесінің аурулары бар науқастарды оңалту.

Summary

In work the main directions of improvement of the organization of the craniological help are presented to country people in the conditions of health care modernization: effective prevention of diseases, earlier identification and high-grade accounting of patients; providing conditions for effective treatment of diseases; medical examination and complex rehabilitation in outpatient and polyclinic establishments; preparation of a highly-skilled medical personnel for craniological divisions and professional development of doctors concerning prevention, diagnostics, treatments and rehabilitations of patients with diseases of system of blood circulation.

Социально-гигиеническая значимость болезней органов кровообращения обусловлена целым рядом причин. В развитых странах мира заболевания органов кровообращения являются ведущей причиной смертности и инвалидизации населения. В Казахстане 25–30% взрослого населения страдает артериальной гипертонией. В структуре общей смертности населения Казахстана смертность от болезней системы кровообращения (БСК) составляет 53–54% [1,2]. Особую тревогу вызывает омоложение контингента больных, страдающих тяжелыми заболеваниями сердечнососудистой системы. Учитывая значительные потери, наносимые обществу в результате преждевременной смертности, инвалидизации и трудопотерь от болезней кровообращения, формирование стратегии и тактики развития кардиологической службы является одной из важнейших задач современного здравоохранения [3,4].

Актуальной проблемой является организация и проведение действенной профилактики сердечнососудистых заболеваний, своевременная их диагностика и лечение с применением высокотехнологичных методов [5,6,7]. В последние годы в ряде регионов страны открываются современные кардиологические центры, в составе которых функционируют кардиохирургические отделения. Однако полного удовлетворения потребностей больных с заболеваниями органов кровообращения в кардиохирургической помощи достичь не удалось.

Особые проблемы связаны с организацией кардиологической службы, характеризующиеся низкой плотностью населения. Из-за убыли населения, особенно в сельских населенных пунктах, снижается мощность центральных районных больниц, а, соответственно, и уровень их специализации. В связи с этим требуются новые

подходы к организации специализированных видов медицинской помощи с целью максимального удовлетворения потребностей населения в современных методах лечения и диагностики при условии рационального использования ресурсов регионального здравоохранения.

Поэтому целью данного исследования является разработка основных направлений совершенствования организации кардиологической помощи сельскому населению в условиях модернизации здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Численность сельского населения с. Каргалы Алматинской области на конец 2011 г. – составила 24660 чел. Важным разделом исследования стало изучение общей и первичной заболеваемости взрослого населения, в т.ч. и болезнями системы кровообращения в динамике за 5 лет с 2007 по 2011 г.

В ходе исследования на основании данных статистического отчета лечебно-профилактического учреждения изучены основные показатели деятельности. Сплошным методом был изучено медико-демографический состав больных кардиологического профиля сельской больницы, сроки и результаты их лечения.

При изучении организации медицинской помощи больным с БСК использовался историко-аналитический метод. Для оценки качества медицинской помощи использовались метод экспертизы оценок. Обработка материала проводилась с использованием современных статистических методов, в т.ч. проводился расчёт экстенсивных и интенсивных показателей, средних величин с определением их достоверности. Рассчитывались показатели динамического ряда, использовался корреляционный анализ.

Результаты исследования и обсуждение. Анализ показателей общей заболеваемости сельского населения показали, что по сравнению с 2007 годом в 2011 году уровень данного показателя увеличился в 1,2 раза: с 1497,2 % до 1755,9 %. Уровень же первичной заболеваемости в 2011 году по сравнению с 2007 годом снизился с 765,7 % до 747,9 % (-2,3 %). Причём, максимальный уровень данного показателя зафиксирован в 2009 году – 833,0 %.

За тот же пятилетний период отмечается рост общей заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения в 1,5 раза: с 218,8 % в 2007 году до 332,6 % в 2011 году. Произошёл и существенный рост первичной заболеваемости взрослого населения. Количество слу-

чаев впервые выявленных болезней системы кровообращения увеличилось с 21,3 до 28, 1 случаев в расчёте на 1000 взрослого населения (+ 31,9%). В структуре общей заболеваемости взрослого населения БСК в 2007 году занимали II место, уступив I-е место заболеваниям органов дыхания (соответственно 14,6% и 19,5%). В 2011 году болезни органов дыхания, составившие 14,1% от числа всех зарегистрированных заболеваний, уступили I место болезням системы кровообращения, удельный вес которых увеличился до 18,9 %.

Следует отметить, что в 2007 году отмечается некоторое улучшение показателей заболеваемости населения с временной утратой трудоспособности (ВУТ). Так, число случаев заболеваемости с ВУТ снизилось с 109,6 случаев в расчете на 100 работающих в 2011 году до 78,1 случая в 2007 году, а число дней временной нетрудоспособности с 1248,8 дней до 1013,0 дней ВУТ в расчете на 100 работающих. Динамика аналогичных показателей при заболеваниях системы кровообращения существенно отличается. В 2007 году на 100 работающих пришлось 5,8 случая ВУТ в связи с БСК, а в 2011 году – 5,9 случаев ВУТ. Максимальный уровень данного показателя имел место в 2009 году – 6,5 случаев ВУТ на 100 работающих. Число дней ВУТ в связи с заболеваниями сердечнососудистой системы увеличивалось вплоть до 2010 года (с 103,4 дней ВУТ в 2007 году до 115,3 дней ВУТ в 2010 году), а в 2011 году произошло некоторое снижение показателя – до 107,3 дней ВУТ на 100 работающих. Средняя длительность одного случая ВУТ при заболеваниях системы кровообращения в течение 5 лет практически не менялась и в 2011 году составила 18,2 дня.

Также продолжается некоторый рост смертности населения. Уровень этого показателя увеличился от 16,6 % в 2007 году до 18,1 % – 2011 году (+ 9,0%). Следует отметить и некоторый рост смертности населения от болезней системы кровообращения, хотя темп прироста данного показателя в полтора раза меньше. В 2011 г. по сравнению с 2007 годом смертность населения республики от болезней системы кровообращения возросла с 9,2 % до 9,8 %. В связи с неравнозначным приростом показателей доля болезней системы кровообращения в структуре всех причин смерти уменьшилась с 55,7 % в 2007 году до 54,2 %, однако, разность показателей не доказана ($p > 0,05$).

Среди причин первичного выхода на инвалидность взрослого населения БСК традиционно

занимают первое место. Доля лиц, впервые признанных инвалидами в связи с заболеваниями сердечнососудистой системы составила в 2011 году 71,0 %.

Анализируя медико-демографический состав пациентов кардиологического профиля стационара, лечившихся в течение изучаемого периода, выявлено, что почти 2/3 из них (66,0%) составили мужчины и 1/3—34,0 %—женщины. Каждый пятый пациент (19,6%) на момент госпитализации был моложе 30 лет, а каждый четвертый пациент входил в группу лиц пожилого и старческого возраста (70 лет и старше). Почти равную долю составили пациенты 50—59 лет и 60—69 лет (соответственно 20,4% и 21,5%). Пациенты 40—49-летнего возраста составили 10,5% и наименьшую долю (3,0%) составили больные в возрасте 30—39 лет.

Анализ нозологического состава больных показал, что большинство из них были госпитализированы по поводу ишемической болезни сердца (73,5%). Второе место заняли больные с заболеваниями, характеризующимися повышенным давлением — 10,0%. Практически равный удельный вес составили пациенты с другими заболеваниями сердца (4,1%), с врожденными аномалиями системы кровообращения (5,0%) и с заболеваниями других органов и систем (6,3%). Незначительную долю составили пациенты с хроническими ревматическими болезнями сердца (0,4%), болезнями артерий, артериол и капилляров (0,3%), цереброваскулярными заболеваниями, болезнями вен, лимфатических сосудов и лимфатических узлов (по 0,1%). Кроме того, 0,2% составили допризывники, направленные на обследование из военкоматов.

Пациенты, госпитализированные по поводу ишемической болезни сердца, могут быть распределены на 4 группы. В первую вошли больные, лечившиеся по поводу стенокардии (37,9%), во вторую — пациенты с инфарктом миокарда (45,7%). Третью группу составили пациенты с коронарным тромбозом, не приведшим к инфаркту миокарда и с другими формами острой ишемической болезни сердца (7,9%). И, наконец, в четвертую группу вошли больные с прочими формами хронической ишемической болезни сердца (8,5%). Следует отметить, что на одного пациента с повторным инфарктом миокарда приходилось 3,3 пациента с острым инфарктом миокарда.

Большинство пациентов кардиологического профиля (68,7%) были госпитализированы по эк-

стренным показаниям и немногим менее 1/3—31,3% — в плановом порядке. Половина пациентов (50,7%) были направлены и доставлены в стационар бригадами скорой медицинской помощи. Почти равную долю составили больные, поступившие по направлению поликлиник (17,6%), и других немедицинских организаций (18,8%). Незначительный удельный вес (3,4%) оставили пациенты, поступившие в стационар без направления.

Стационарная медицинская помощь, особенно кардиологическая, является дорогостоящей и высокозатратной. Важным направлением оптимизации затрат на стационарную помощь является интенсификация лечебно-диагностического процесса и сокращение длительности стационарного лечения. Однако необоснованное сокращение сроков лечения приводит к необходимости повторной госпитализации, развитию тяжелых осложнений.

Результаты изучения распределения пациентов кардиологического профиля по срокам стационарного лечения свидетельствуют о том, что более половины всех больных провели в больнице более 2-х недель, в том числе — 25,8% пациентов от 15 до 19 дней и 28,7% — 20 и более дней. Равную долю составили пациенты кардиологического профиля стационара от 5 до 9 дней и от 10 до 14 дней (13,1% и 13,7%). Почти такую же долю составили пациенты с длительностью госпитализации от 2 до 4 дней — 12,6%. В течение одного дня лечились 6,1% пациентов. В эту группу вошли больные, умершие в первые сутки, а также «непрофильные» больные, которые после уточнения диагноза были переведены в другие отделения.

Одним из показателей качества стационарного лечения является распределение пациентов по результатам лечения. Результаты исследования показали. Что более ½ всех пациентов кардиологического профиля (76,8%) были выписаны из отделения с улучшением, у 17,7% — существенных изменений в состоянии здоровья не произошло, каждый двадцатый (5,2%) умер в стационаре, и лишь у 0,4% больных наступило выздоровление. Большинство пациентов (87,4%) были выписаны на амбулаторное лечение, 5,2% — умерли, 1,6% — переведены в другие стационары. Пациенты с другими исходами госпитализации (в т.ч. и переведенные в другие отделения базового стационара) составили 5,8%.

Следует отметить, что на долечивание в амбулаторных условиях направляется и большинство

пациентов, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда. При этом нарушается принцип постепенного расширения двигательного режима. Кроме того, пациенты амбулаторий общеврачебной практики ввиду отсутствия физиотерапевтических отделений и отделений ЛФК лишены возможности получения полноценного комплекса реабилитационных мероприятий в амбулаторных условиях.

Результаты экспертизы оценки случаев стационарного лечения показали, что в санаторий для проведения медицинской реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда направляется лишь каждый десятый пациент. При проведении экспертизы оценивалось также наличие в истории болезни рекомендаций проведения хирургического лечения. Такие рекомендации были даны 39,4% больным, случаи, лечения которых были подвергнуты экспертизы оценке.

Следовательно, отмечается рост общей заболеваемости взрослого населения в 1,5 раза, первичной заболеваемости - на 31,9 % (количество случаев впервые выявленных болезней увеличилось), смертности от болезней системы кровообращения - на 0,6%. Среди причин первичного выхода на инвалидность взрослого населения болезни системы кровообращения традиционно занимают первое место. Большинство больных госпитализированы по поводу ишемической болезни сердца, второе место - больные с заболеваниями, характеризующимися повышенным давлением. Более 4 пациентов выписаны с улучшением, у 17,6% - существенных изменений в состоянии здоровья не произошло, каждый двадцатый умер в стационаре, и лишь у 0,4% больных наступило выздоровление. Большинство пациентов были выписаны на амбулаторное лечение.

Таким образом, для повышения доступности и качества как первичной медико-санитарной, так и кардиологической помощи больным с болезнями системы кровообращения требуется комплекс мероприятий, направленных на оптимизацию структуры кардиологической службы, повышение эффективности оказания кардиологической помощи населению и обеспечение преем-

ственности на всех этапах оказания медицинской помощи больным с болезнями системы кровообращения:

- эффективная профилактика заболеваний, ранее выявление и полноценный учет больных с болезнями системы кровообращения;
- обеспечение условий для эффективного лечения заболеваний системы кровообращения (совершенствование инфраструктуры кардиологической службы, улучшение материально-технической базы, внедрение телемедицинских технологий, полноценное лекарственное обеспечение);
- диспансеризация больных с болезнями системы кровообращения и проведение комплексной реабилитации больных в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- подготовку высококвалифицированных медицинских кадров для кардиологических подразделений и повышение квалификации врачей первичного звена по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с болезнями системы кровообращения (в том числе и с использованием телемедицины).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Изатуллаев Е. А., Боборыкин В. М., Ошакбаев К. П. Современное состояние кардиологической службы Республики Казахстан // Терапевтический вестник. - 2009. - N 4. - С. 3-5.
2. Абдукаримов Б.У., Ошакбаев К.П., Рысмендиев А.Ж. Специализированная кардиологическая помощь населению Казахстана. – Алматы, 2004. – 100 с.
3. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J Hypertension 2007; 25: 1105-87.
4. Шарманов Т.Ш. Алматинский рубеж мирового здравоохранения (от Алматы к новому тысячелетию человеческого развития). Алматы-Вашингтон-Женева, 2008. 184 с.
5. Carinci F. The GIPSY-RECPAM model: a versatile approach for integrated evaluation in cardiologic care // G Ital Med Lav Ergon. 2009 Jul-Sep; 31(3 Suppl B):B64-71.
6. Aumiller J. Registries to detect reality: how good is cardiologic care really? // MMW Fortschr Med. 2009 May 21; 151(21):12-3.
7. Liutov VV, Litvinenko VA, Markevich NS, Sergeev SM, Rysev AV. Specialized cardiologic care in a military regional hospital // Voen Med Zh. 2009 Apr; 330(4):23-7.

УДК 618.63:613.287

О ПОЛЬЗЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

К.Ж. БУРМАГАНОВ

Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Кокшетау

Резюме

В статье освещены современные данные о преимуществах грудного вскармливания, о пользе грудного молока.

Түжірим

Макалада емшекпен емізудің басымдылықтары, емшек сүтінің пайдасы туралы қазіргі заманғы деректер жарияланған.

Summary

This article presents current data on the benefits of breastfeeding, the benefits of breast milk.

Грудное молоко – это самый замечательный продукт питания, который создала сама Природа. Состав грудного молока идеально сбалансирован по всем необходимым в первые 4-6 месяцев жизни ребенка питательными веществами.

Грудное молоко всегда готово к употреблению. Имеет оптимальную температуру, его не надо готовить, оно не содержит бактерий. Грудное молоко не может испортиться даже если мать не кормила ребенка несколько дней.

Во время кормления между матерью и ребенком устанавливается эмоциональная близость, которая сохраняется долгие годы, ребенок не только удовлетворяет чувство голода, но и успокаивается (за счет самого акта сосания, а также при метаболизме женского молока в организме ребенка выделяются вещества, которые успокаивают ребенка и улучшают сон).

Состав грудного молока. Грудное молоко – самый ценный и незаменимый продукт питания детей первых месяцев жизни, идеально приспособленный для ребенка. Многие исследователи занимались изучением состава грудного молока, состав изменяется в зависимости от возраста матерей, от сроков лактации, от региона проживания, от традиции питания. В его состав входят (таблица 1):

- Наиболее подходящие ребенку белки (сывороточные альбумины и глобулины) и жиры (полиненасыщенные жирные кислоты, средне цепочечные триглицериды) в необходимых количествах;

- Достаточное количество витаминов;
- Железо, которое практически полностью всасывается из кишечника;
- Достаточное количество воды, даже в жарком климате;
- Необходимое количество солей кальция, фосфатов, других жизненно важных микроэлементов (селен, медь, цинк, молибден, магний, марганец);
- Специальные ферменты - липазу, лактазу и др. расщепляющие основные ингредиенты молока;
- Вещество бифидус - фактор, способствует росту и развитию нормальной микрофлоры кишечника, подавляет рост патогенных бактерий;
- Белок лактоферрин, связывает железо, также предотвращая размножения болезнетворной микрофлоры, которым для роста необходимо железо;
- Вещество таурин - необходимый для построения клетчатки глаза и ткани головного мозга, карнитин - жироподобное вещество, способствующее метаболизму жиров в клетках и тканях растущего организма;
- Живые клетки крови (нейтрофилы, моноциты, лимфоциты), убивающие бактерии;

Антитела (иммуноглобулины) ко многим распространенным инфекциям.

Для вскармливания детей первых месяцев жизни рекомендован свободный режим кормления. Ребенок сам определяет частоту прикладывания к груди. Данный режим приводит к уве-

Таблица 1. Состав грудного молока

Компоненты в грудном молоке	Количество	Роль в организме
Вода	87%	Обеспечивает постоянство внутренней среды организма, теплообмен
Углеводы	7%	Обеспечивают организм энергией, способствуют усвоению питательных веществ
Жиры	4%	Обеспечивают организм энергией, способствуют строению клеток, в т.ч. головного мозга и центральной нервной системы
Белки	1%	Обеспечивают усвоение молока, помогают строению клеток, поддерживают иммунитет, обеспечивают рост и развитие ребенка
Витамины, микро-элементы и др.	Менее 1%	Осуществляют питание организма, обеспечивают сопротивляемость инфекциям

личению выработки молока, способствует профилактике лактостаза, мастита у женщин.

Новорожденный ребенок может «требовать» от 8 до 12 и более раз прикладывания к груди, длительность кормления может составлять от 15 до 25 минут, однако надо знать, что в первые 2-3 минуты ребенок высасывает от 40 до 50 процентов необходимого ему молока, в последующие 4-5 минут 70-80 процентов.

Критерии достаточного кормления ребенка:

- Достаточная прибавка в весе ребенка за первый месяц (600-800 грамм).
- Частота мочеиспусканий не менее 6 раз в сутки.
- Частота стула соответствует количеству кормлений (6-10 раз) в первый месяц жизни.
- Ребенок спокоен, выдерживает интервалы между кормлениями 2 и более часа.

Для выработки достаточного количества молока маме необходимо:

- увеличить частоту кормлений;
- не пропускатьочные кормления;
- если ребенок долго спит, не дожидаясь его пробуждения нужно сцедить молоко молокоотсосом;
- предлагать обе груди в одно кормление и заканчивать той грудью, которой начали;
- максимально долго находиться с ребенком, обеспечивая тесный контакт с ним;
- необходима спокойная обстановка дома, помочь и психологическая поддержка мужа и родственников;
- достаточный по продолжительности ночной сон (6-8 часов) и отдых днем (1-2 часа);
- правильное и сбалансированное питание с использованием специальных продуктов питания для кормящих матерей (увеличение калорий-

ности питания на 700 - 1000 ккал, объем жидкости не менее 2 литров в день);

· прием настоев трав, стимулирующих лактацию (чабрец, душица, крапива, тмин, укроп, анис, фенхель и др.); редька с медом, морковь, тертая с молоком, настой грецких орехов;

· посещение лечебных мероприятий, назначенных врачом: физиотерапия (ультрафиолетовое облучение молочных желез, иглорефлексотерапия, точечный массаж).

Техника кормления:

- Внимание матери должно быть сконцентрировано на малыше, контакт «глаза в глаза».
- Ребенок всем корпусом повернут к матери и прижат к ней.
 - Его лицо находится близко от груди.
 - Подбородок прикасается к груди.
 - Над верхней губой виден больший участок ареолы, чем под нижней.
 - Заметно, как ребенок делает медленные, глубокие сосательные движения и глотает молоко.
 - Ребенок расслаблен и доволен.
 - Мать не испытывает боль.
- Рекомендовано кормление из двух грудей, при этом одна должна быть опустошена полностью, чтобы ребенок получил и «переднее» и «заднее» (более богатое жирами) молоко.
- Учитывая суточный ритм лактации, возможно более частое прикладывание к груди в вечерние часы.

Польза кормления грудью для матери и ребенка:

Кормление грудью сохраняет жизнь ребенка.

Грудное молоко и кормление грудью является эволюционно сложившимся механизмом обеспечения выживания ребенка. Ребенок рождается с недоразвитыми органами и системами, в том числе и защитных систем организма. Новорожден-

ный еще практически полностью беззащитен от неблагоприятных воздействий внешней среды и различных инфекций.

Кормление грудью - средство первой иммунизации и иммунной защиты ребенка. Молозиво является средством первой иммунизации и иммунной защиты ребенка. В грудном молоке, особенно в молозиве, содержатся в большом количестве все антигены и антитела, имеющиеся в крови матери, биологические активные соединения, стимулирующие становление и развитие собственной иммунной системы ребенка, которая еще недоразвита при рождении, а также большой комплекс антибактериальных, антивирусных и других защитных факторов, способствующих предохранению от различных инфекций.

Кормление грудью предохраняет ребенка от распространенных заболеваний. Кормление грудью, наряду с обеспечением нормального роста и развития ребенка, предохраняет его организм от диареи, острых респираторных заболеваний, воспаления среднего уха, зубочелюстной и конной патологии, диабета, некротизирующего enterоколита, анемии, ожирения, гипотрофии, ракита, пищевой аллергии и ряда других распространенных детских заболеваний.

Кормление грудью – наиболее полноценное и оптимальное питание.

Грудное молоко является эволюционно сложившимся природным продуктом, обеспечивающим наиболее оптимальное питание для детей грудного возраста. Содержащиеся в грудном молоке пищеварительные ферменты (липаза, лактаза) компенсируют недозрелость органов пищеварения у новорожденного и пищевые вещества из грудного молока полностью усваиваются организмом ребенка.

Длительное кормление грудью до 2-летнего возраста с использованием различных видов до-корма с 6 месяцев жизни представляет собой наиболее оптимальный способ кормления ребенка, без употребления какого - либо дополнительного питания, воды или напитков.

Кормление грудью – залог оптимального развития физического и интеллектуального потенциала ребенка. У новорожденного ребенка практически все органы и системы еще недоразвиты. В грудном молоке содержится комплекс физиологически активных стимуляторов роста и развития различных тканей, органов и систем, обеспечивающих их нормальный рост и развитие после рождения ребенка. В этой связи грудное вскармливание

чрезвычайно необходимо для обеспечения нормального физического и умственного развития ребенка.

Кормление грудью укрепляет взаимосвязь между матерью и ребенком.

В процессе кормления грудью происходит наиболее тесная физиологическая и эмоциональная взаимосвязь между матерью и ребенком. Ребенок получает молоко, тепло и ласку матери, что создает чувство его полной защищенности. Комплекс положительных эмоций приносит кормление грудью и самой матери. Кормление грудью оказывает благоприятное влияние на психо-эмоциональный статус матери и ребенка, укрепляет и усиливает их взаимосвязь.

Грудное вскармливание предохраняет мать от преждевременной нежелательной беременности. Частое кормление грудью после родов обуславливает высокое содержание прогестерона в женском организме. Это препятствует овуляции, продлевает длительность послеродовой аменореей паузы, увеличивает интервалы между родами и предохраняет мать от нежелательной ранней повторной беременности. Такое действие кормления грудью в плане предохранения от новой незапланированной беременности при исключительно грудном вскармливании превышает эффективность всех других методов контрацепции вместе взятых.

Грудное вскармливание спасает жизнь матери, предохраняет ее от заболеваний. Ранее первое прикладывание ребенка к груди останавливает послеродовое кровотечение, способствует более быстрому отхождению плаценты. Кормление грудью предохраняет женщину от анемии ряда распространенных онкологических заболеваний, в частности, рака молочных желез, матки и яичников. Увеличивая интервалы между родами, кормление грудью позволяет матери восстановить силы перед новой беременностью.

Кормление грудью экономит средства. Грудное вскармливание является не только самым оптимальным, но и наиболее экономным для семьи средством кормления ребенка. Стоимость искусственного вскармливания одного ребенка детскими смесями в течение месяца в настоящее время равняется уровню среднемесячной зарплаты в Казахстане. Существенно снижая заболеваемость детей, грудное вскармливание уменьшает средства, необходимые для их лечения.

Кормление грудью удобно и выгодно. Кормящие грудью матери освобождают себя от многих

забот, которым подвержены матери детей, получающих искусственное и смешанное вскармливание. Так, при исключительно грудном вскармливании нет необходимости покупать дорогостоящие смеси, ежедневно ходить в молочную кухню за питанием для ребенка, постоянно, включая ночное время, охлаждать и греть детские смеси, стерилизовать посуду для ребенка. Кроме того, время кормления ребенка грудью, составляющее около 2,5-3 часов ежедневно, является для матери временем физического и психо-эмоционального отдыха.

Кормление грудью сохраняет окружающую среду. Кормление грудью – естественно возобновляемый процесс, не требующий строительства заводов и фабрик, упаковки, транспортировки, хранения и последующего уничтожения отходов, необходимых в случае кормления ребенка детскими смесями. Кормление грудью не истощает природные ресурсы и не загрязняет окружающую среду.

Кормление грудью важно для остановки кровотечения после родов и ускорения отхождения плаценты. Ранее первое прикладывание ребенка к груди приводит к резкому выбросу окситоцина в кровь матери в результате включения окситоцинового рефлекса и способствует остановке послеродового кровотечения. Интенсивное сокращение гладкой мускулатуры матки в результате

включения окситоцинового рефлекса при кормлении ребенка способствует также более быстрому отхождению плаценты.

Кормление грудью в инволюции репродуктивных органов после родов. Окситоциновый рефлекс включается и работает не только при первом прикладывании ребенка к груди, но и при каждом кормлении грудью, хотя в последующем он становится менее выраженным. Под влиянием окситоцина, выделяющегося в кровь кормящей матери во время сосания груди ребенком, приводит к ритмичному сокращению гладкой мускулатуры репродуктивных органов, что играет важную роль в нормализации процессов физиологической инволюции последних, протекающих в послеродовом периоде.

Главное – нет ничего лучше для малыша, чем грудное молоко. Там есть гормоны, биологически активные вещества, ферменты. Этого нет ни в одной молочной смеси.

Кормите своего малыша сами!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Питание – важнейший фактор здоровья человека / Т. Шарманов. - г. Алматы, 2010.- 480 с.
2. Главная книга мамы: Как выкормить малыша?/ А.Герасимова.- С-Петербург.2009.- 192 с.

УДК 618.177-089.888.11-072

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ГИСТЕРОСКОПИИ ПРИ ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОК НА ПРОГРАММУ ЭКО

Д.В. ДЖАКУПОВ

Институт репродуктивной медицины, г. Алматы

Резюме

В данной статье приведены результаты использования гистероскопии для диагностики патологии матки с целью прицельного отбора пациенток для программ ЭКО.

Тұжырым

Осы макалада ЭКО бағдарламасына пациентті көздел таңдал алу мақсатында жатыр патологиясының диагностикасы үшін гистероскопияны қолданудың нәтижелері көлтірлген.

Summary

This article presents the results of the use of hysteroscopy for the diagnosis of uterine pathology in order to impact the selection of patients for IVF programs.

В настоящее время стремительное развитие репродуктивной медицины и репродуктивных технологий подчеркивают значимость создания условий и предоставления качественных услуг для каждой женщины с целью реализации ее репродуктивной функции. В этом аспекте в международной программе ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году» былоделено особое внимание программам по репродукции человека.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) решают многие вопросы лечения бесплодия, а значит, увеличивают контингент женщин с реализованной репродуктивной функцией. Однако процент эффективности ВРТ особенно программ ЭКО колеблется в широких пределах от 13% до 35%, что объясняется разными причинами и особенностями репродуктивного здоровья женщин в разных регионах.

Одной из причин низкой эффективности является отсутствие четких алгоритмов прицельного отбора пациенток для программ ЭКО. Известно, что наиболее частыми причинами женского бесплодия являются трубно-перитонеальный фактор (30-85%) и патологии эндометрия (12-21%). В 23-37% случаев наблюдаются сочетание этих факторов [1,2]. Восстановление fertильности у этого контингента представляет большие трудности из-за неэффективности длительных консервативных методов лечения проведенных в общей сети, без учета фактора потери времени, т.е. своевременно не использовались новейшие методы ВРТ. Увлечение реконструктивно-пластическими операциями на маточных

трубах также не дают желаемого результата, т.к. до сих пор не предложены эффективные методы профилактики спайкообразования [3]. В связи с этим, очень остро встает вопрос тщательного обследования контингента женщин с бесплодием с целью прицельного отбора на ВРТ, и в том числе на ЭКО, уже при первых обращениях женщин в женские консультации.

Самым существенным в этом вопросе является своевременная диагностика причины бесплодия с целью избежать потери времени и средств на неэффективные консервативные методы лечения, включая на хирургические методы восстановления репродуктивной функции.

Практика показывает, что сокращение фактора времени играет существенную роль в эффективности своевременного использования методов ВРТ и программ ЭКО.

В современных условиях наиболее прогрессивными и эффективными методами диагностики и лечения патологий репродуктивных органов являются эндоскопические методы, когда для исследования используются оптические приборы (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия).

В данном сообщении приведены результаты использования гистероскопии для диагностики патологии матки с целью прицельного отбора пациенток для программ ЭКО.

В клинику обратилось 1158 женщин с бесплодием. Обязательным условием для отбора пациенток на программы ЭКО является диагностическая гистероскопия.

Таблица 1. Выявленная патология при гистероскопии

Патология матки	Абс. ч.	%
1. Гиперпластические процессы эндометрия	354	65,2
2. Миома матки	68	12,6
3. Синехии	52	9,6
4. Хронический эндометрит	42	7,7
5. Эндометриоз	19	3,6
6. Аномалии развития	5	0,9
7. Инородное тело	3	0,4
Всего:	543	100,0

Таблица 2. Виды гиперпластических процессов эндометрия

Патология эндометрия	Абс. ч.	%
1. Полип эндометрия	212	59,8
2. Диффузная гиперплазия	52	14,8
3. Очаговая гиперплазия	46	12,9
4. Полипоз эндометрия	44	12,5
Всего:	354	100,0

Внутриматочная патология обнаружена у 543 (46,9%) из 1158 обследованных. При этом из 543 большинство (62,2%) лечились в течение 3-5 лет в женской консультациях и гинекологических отделениях по поводу I и II бесплодия.

Средний возраст женщин был равен $32,8 \pm 2,7$. В возрастной группе старше 35 лет было 28,2%, из них у 61,8 % длительность лечения в общей сети равнялась $3,7 \pm 1,2$ годам.

Наиболее частой патологией были гиперпластические процессы.

Среди гиперпластических процессов из 354 пациенток у 212 (59,8%) обнаружены единичные полипы и у 44 (12,5%) - полипоз эндометрия.

Диффузная и очаговая гиперплазия диагностирована у 52 (14,7%) и у 46 (12,9%) больных соответственно.

Вся перечисленная патология, в т.ч. обнаруженные инородные тела, явились непосредственной причиной бесплодия у этого контингента.

Гистероскопия позволила диагностировать эти процессы очень четко.

Всем пациенткам с выявленной патологией проведена соответствующая лечебная коррекция, в т.ч. внутриматочные эндоскопические процедуры с последующей биопсией.

Выявление патологии эндометрия у пациенток, безуспешно прошедшим ЭКО программы без ГСК и последующей коррекции, свидетельствует о том, что «упускать время» на неадекватное

лечение бесплодия без контрольного ГСК недопустимо на современном этапе развития эндоскопических технологий.

Использование ГСК позволило нам прицельно отобрать из 543 только 206 (37,9%) для программы ЭКО. Нашей задачей было проследить эффективность программы ЭКО у женщин, желавших повторить попытки, находясь в репродуктивном возрасте. Кроме того, диагностическая ГСК позволила выявить причину безуспешных попыток из-за патологии эндометрия и далее дала возможность провести лечебную гистероскопию и дать надежду на реализацию репродуктивной функции.

Из 206 пациенток в I группу вошли 108 женщин, имевших одну безуспешную попытку ЭКО и не прошедших перед этим ГСК, во II группу отнесены 98 пациенток, прошедших от 3 до 5 ЭКО – попыток, так же ни разу не обследованные гистероскопически. В III группу мы отобрали 78 пациенток, прошедших обязательную ГСК без обнаружения патологии и подготовленных на ЭКО.

Нами проведена оценка эффективности программ-ЭКО при прицельном отборе у женщин: без патологии, с пропущенной патологией и прошедших 1-3-5 безуспешных попыток, но имевших возможность повторить ЭКО после диагностической и лечебной гистероскопии.

Как видим, из таблицы 4, наиболее эффективные результаты (60,2%) программы ЭКО получены в III группе пациенток, которые прошли

Таблица 3. Эффективность ЭКО в группах с впервые выявленной патологией при гистероскопии

Патология при ГСК	I группа, n=108				II группа, n=98			
	Абс. число	%	Беременность		Абс. число	%	Беременность	
			Абс. число	% к 108			Абс. число	% к 98
1. Гиперплазия эндометрия	62	57,4	25	23,1	48	47,95	12	12,2
2. Эндометриоз	19	17,6	10	9,6	16	16,33	3	4,6
3. Полип эндометрия	10	9,3	5	4,6	18	18,4	6	6,1
4. Синехии	4	3,7	1	0,9	5	5,1	2	2,0
5. Хронический эндометрит	4	3,7	4	3,7	8	8,23	4	4,08
6. Субмукозная миома	3	2,8	-	-	2	2,04	1	1,0
7. Внутриматочная перегородка	2	1,8	-	-	2	2,04	1	1,0
8. Нет патологии	4	3,7	-	-	-	-	-	-
Всего:	108	100,0	45	41,6	98	100,0	29	29,5

Таблица 4. Беременность в обследованных группах

Группы обследованных	Беременность		P
	Абс. число	%	
I группа n=108	45	41,6	P<0.05
II группа n=98	29	29,5	P<0.001
III группа n=78	47	60,2	P<0.06

ГСК при первом обращении и у которых внутриматочная патология не обнаружена по сравнению с результатами I группы (41,6%) и II группы (29,5%).

Конечно, наша попытка ЭКО из 98 была у 16 женщин «4-я по счету», у 12-и – «5-я по счету», а у 8-и женщин «6-я по счету». Вопрос о допускаемом количестве попыток остается спорным и даже конкретно не освещается в литературе. Очевидно, решающим является настойчивое желание женщины, возраст и финансовые возможности. И все же наступление беременности у 29,5% такого контингента свидетельствует о необходимости изучения репродуктивных резервов организма женщины.

Достоверно, что обязательное включение ГСК на подготовительном этапе повышает эффективность программ ЭКО.

Данное сообщение предварительное и некоторые аспекты проблемы являются предметом дальнейших исследований.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.Н.Локшин, Т.М. Джусубалиева «Бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии», Алматы, 2005 г.
2. Г.А. Алдонгарова, Г.В. Федотовских и др. «Роль эндоскопии в повышении эффективности ВРТ.» в кн. «Бесплодие и вспомогательные репродуктивные технологии», Алматы, 2005 г., 25 с.
3. В.С. Бейлин «Применение мексидола при эндоскопических операциях в гинекологии». Автореф. Дисс... канд. мед. наук, Москва, 2002 г., С. 185-186.

УДК 613.88:614.2:34

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Г.В. ДОБРИНИНА

ГККП «Районная поликлиника Талгарского района», Алматинская область

Резюме

Одними из основных принципов государственной политики Республики Казахстан в области здравоохранения являются охрана материнства и детства, приоритетность профилактической направленности в деятельности медицинских организаций.

Тұжырым

Қазақстан Республикасының деңсаулық сақтау саласы бойынша мемлекеттік саясатының негізгі принциптерінің бірі - ол ана мен бала деңсаулығын қорғау, медициналық мекемелерде жұргізілетін жұмыстар аурудың алдын алуға бағытталуы қажет.

Summary

One of the basic principles of state policy in the Republic of Kazakhstan in the field of health are maternal and child health, priority health interventions in the work of medical institutions

Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» государство гарантирует гражданам Республики Казахстан предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утверждаемого Правительством РК. Также женщина имеет право на охрану материнства путем проведения медицинских осмотров в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, динамического наблюдения и оздоровления женщин репродуктивного возраста [1].

Одними из основных принципов государственной политики Республики Казахстан в области здравоохранения являются охрана материнства и детства, приоритетность профилактической направленности в деятельности медицинских организаций. Реализация конституционного права гарантировано постановлениями Правительства Республики Казахстан от 29 января 1999 г. № 70, от 27 января 2000 г. № 135, от 21 декабря 2004 г. № 1348, где регламентированы виды, объемы и условия оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), предоставляемой гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств государственного бюджета.

При проведении диагностических исследований и лечения в рамках гарантированного государством пакета медицинских услуг пациенты должны бесплатно обеспечиваться необходимы-

ми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения.

В соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» проводится профилактика железодефицитных состояний. При этом ответственность за обеспечение и соблюдение требований к производству, ввозу и вывозу обогащенных железом пищевых продуктов возлагается как на государственные органы, так и на физические и юридические лица, имеющие отношение к обороту данных продуктов в РК.

Государство гарантирует профилактическое обеспечение железосодержащими препаратами целевых групп населения, а также доступность получения медицинской помощи лицам, страдающим ЖДА.

С целью проведения социальной политики по созданию наиболее благоприятных условий для поддержки материнства и детства государство предоставляет единовременное пособие в связи с рождением ребенка.

Как следует из официальных данных, в целом по республике отмечается рост численности женщин, получивших единовременное пособие по рождению ребенка, и как очевидно, численность родившихся детей увеличивается, соответственно.

Также положительной динамикой характеризуется увеличение размера государственного

пособия (в 2 раза). Кроме того, государством выплачивается пособие по уходу за ребенком до 1 года.

Наряду с увеличением размера назначенного пособия, практически в 2 раза, отмечается снижение численности женщин, получивших это государственное пособие. Следует думать, что определенным барьером в получении пособия, является перечень документов, необходимых для получения данного пособия.

В целом, следует отметить социальную направленность политики государства, в том числе в вопросах охраны здоровья женщин и детей и создания наиболее благоприятных условий для воспроизводства населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

УДК 613.88:618.17:616.697-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДНОГО БРАКА

Э.Ш. НУРГОЖАЕВА

ГККП «Районная поликлиника Талгарского района», Алматинская область

Резюме

Несмотря на важнейшие достижения медицинской науки и практики в гинекологии, женское бесплодие остается актуальной проблемой.

Тұжырым

Медициналық ғылым мен тәжірибелің гинекология саласындағы маңызды жетістіктеріне қарамастан, әйелдердің бедеулігі маңызды мәселе болып отыр.

Summary

Despite major achievements in medical science and practice in gynecology, female infertility is an important issue.

Бесплодие в браке – одна из наиболее важных и сложных медико-социальных проблем. Во второй половине XX века учёными ВОЗ были проведены широкомасштабные научные исследования по проблемам регулирования рождаемости и бесплодия. На основании распределения «плодовитости» в нормальной популяции, где частота наступления беременностей на менструальный цикл колеблется от 17 до 25% и в 80-90% случаев беременность наступает в течение первого года сознательного желания иметь ребёнка, было определено понятие бесплодного брака, согласно которому «...бесплодным считается брак, в котором по тем или иным причинам, происходящим в организме женщины или мужчины либо обоих партнеров, беременность не наступает при регулярной половой жизни без применения каких-либо противозачаточных средств в течение 12 месяцев при условии детородного возраста супружеского».

Согласно результатам эпидемиологических исследований, частота бесплодия в браке колеблется от 8 до 29%. По оценке специалистов, в Европе бесплодны около 10% супружеских пар, в США – 8–15%, в Канаде – около 17%, в Австралии – 15,4%.

Доля бесплодных браков на территории Казахстана колеблется от 8 до 17,5% и в настоящее время не имеет тенденции к снижению. В 42,6–65,3% случаев бесплодие в браке обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины, в 5–6,3% – мужчины, в 27,7–48,4% – нарушениями у обоих супружеских. Приблизительно в 2,3% случаев причину бесплодия выявить не удаётся.

Наиболее распространёнными формами нарушения репродуктивной функции у женщин выступают трубно-перитонеальная (37,5–37,7%), эндокринная (18–26,9%), а также наружный генитальный эндометриоз (1,3–27,8%). Преобладающие причины мужского бесплодия – на-

рушения сперматогенеза (33,3% случаев), инфекция добавочных половых желёз (4,3–29,2%), варикоцеле (12,3–20,8%).

Приведённые данные косвенно характеризуют состояние репродуктивного здоровья населения, качество оказания медицинской помощи, а также общую и медицинскую культуру населения. Наиболее важными в проблеме профилактики бесплодия следует считать своевременную диагностику и лечение ИППП, уменьшение количества абортов и их осложнений, совершенствование эндоскопической хирургии и гормональных методов лечения эндокринных гинекологических заболеваний.

В эпидемиологических исследованиях, посвящённых изучению нарушений репродуктивной функции, чётко разграничивают такие понятия, как: неспособность к зачатию – собственно бесплодие; невозможность донашивания плода до жизнеспособного состояния – потерю плода; невозможность для новорождённого выжить – нежизнеспособность новорождённого.

В понятие «бездетный брак», принятое в демографических исследованиях, входят нежелание иметь детей, невынашивание беременности, мертворождение, смерть или гибель детей и собственно бесплодный брак. Отдельно выделяют женское и мужское бесплодие.

Женское бесплодие – неспособность к зачатию, сохраняющаяся в течение года регулярной половой жизни.

Мужское бесплодие – неспособность половых клеток зрелого мужского организма к оплодотворению.

Сочетание женского и мужского бесплодия обозначают термином «сочетанное бесплодие».

Кроме того, бесплодие подразделяют на первичное и вторичное, абсолютное и относительное. Диагноз первичного бесплодия устанавливают у женщины, у которой не было ни одной беременности, несмотря на регулярную половую жизнь в течение года без применения контрацептивных средств.

Вторичное бесплодие – состояние, при котором у женщины в прошлом были беременности, однако в течение года регулярной половой жизни без предохранения зачатие стало невозможным.

Абсолютным считают бесплодие, при котором возможность забеременеть исключена, например, при врождённом отсутствии внутренних половых органов или их хирургическом удалении, двусторонней окклюзии маточных труб. Термин «относительное бесплодие» применяют, когда женщина и мужчина способны иметь детей каждый по отдельности вне брака, но при длительной совместной жизни их брак бесплоден.

В мужском бесплодии выделяют секреторное, связанное с нарушением процесса сперматогенеза, и экскреторное, возникающее при нарушении выделения спермы. Патозооспермия объединяет такие понятия, как: азооспермия – полное отсутствие сперматозоидов; олигозооспермия – недостаточное количество жизнеспособных сперматозоидов; тератозооспермия – морфологические дефекты сперматозоидов; астенозооспермия – снижение подвижности сперматозоидов.

Способность к воспроизведству потомства выступает одной из составляющих репродуктивного здоровья населения, поэтому успешное решение медицинских задач по его укреплению должно способствовать улучшению социального климата в обществе и положительно отразиться на демографических показателях в стране.

УДК 616.211-002-056.3-053.2

ПРИМЕНЕНИЕ МЕЛКОДИСПЕРСНОГО ПОРОШКА РАСТИТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕЗОННОГО АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

Г. Т. БАКИЕВА, З. И. МУРДИНОВА

Детская консультация, г. Талгар, ГККП № 20, Центр ПМСП «Заря Востока»

Резюме

При лечении аллергического ринита в детском возрасте желательно использовать препараты, применение которых не дает побочных эффектов и не отражается на функциях органов и систем растущего организма.

Тұжырым

Балалық шактағы аллергиялық ринитті емдеу кезінде қосымша эффекттерді бермеген және органдар және бөлтек-бөлтегілгендік организмының жүйелерінің функцияларында шағылыспайтын лазым препараттарды пайдалану.

Summary

For treatment of allergic rhinitis in children is desirable to use drugs, use of which has no side effects and does not affect the functions of the organs and systems of the growing organism.

Аллергический ринит (АР) это аллергическое воспаление слизистой оболочки полости носа с характерными симптомами: заложенность носового дыхания, ринорея, чихание, зуд в носу. В последние годы наблюдается рост заболеваемости аллергическим ринитом среди детей. Как известно, АР является фактором высокого риска развития бронхиальной астмы у этой категории больных. Основной целью лечения аллергического ринита является достижение устойчивой клинической ремиссии заболевания. В связи с этим, большое значение в терапии аллергического ринита у детей приобретают средства, действие которых направлено на уменьшение воспалительного процесса, защиту слизистой оболочки носовых ходов, а также улучшение мукоцилиарного транспорта. На сегодняшний день предлагается большой выбор антигистаминных препаратов, назальных кортикоидов, вазоконстрикторов, но выбор врача зачастую ограничен побочными эффектами, которые наблюдаются при продолжительной терапии этими средствами. Детский организм особо нуждается в препаратах, которые оказывают минимальное влияние на функцию органов и систем.

Для профилактики обострения аллергических ринитов в настоящее время широко применяется препарат Аллергиз. Это натуральный назальный порошковый спрей растительной целлюлозы с легким запахом мяты. Мелкодисперсный порошок, попадая на слизистую носа, образует тонкую гелеобразную пленочку, которая служит естественным барьером для аэроаллергенов. Для предотвращения контакта с аллергенами достаточно по одному впрыску в каждую ноздрю 3-4 раза в день после очищения носовой полости. Аллергиз не всасывается в кровь, не обладает

системным действием, поэтому не имеет побочных эффектов и не вызывает привыкания. Разрешен к применению беременным женщинам, кормящим матерям и детям.

Аллергиз прошел ряд клинических испытаний за рубежом. В настоящее его применяют в 50 развитых странах мира. В 2009 в России профессор Н.А. Гепп с коллегами, на базе ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова провели открытое сравнительное рандомизированное исследование эффективности и безопасности применения микродисперсного порошка целлюлозы (Аллергиз) в профилактической терапии сезонного АР у детей. В исследовании участвовало 50 детей с сезонным АР. По результатам исследования выявлено отчетливое влияние Аллергиза на симптомы сезонного АР: к 5 дню применения 73% пациентов ощутили отчетливое улучшение состояния, через 2 недели у 40% пациентов симптомы купировались полностью.

Превентивное применение Аллергиза перед контактом с известным аллергеном (кошка, собака и др. животные) значительно снизило развитие аллергических реакций. У детей, получавших Аллергиз снизилась частота применения антигистаминов, деконгестантов и топических стероидов.

Доказана целесообразность применения Аллергиза: 86,4% родителей и врачей оценили Аллергиз как высокоэффективное средство для профилактики сезонного АР. Исследование было представлено в июне 2010 в Лондоне на EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology).

В 2011 году Президиум Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов рекомендовал применение микродисперсного порошка целлюлозы в комплексном лечении аллергического ринита.

УДК 612.1:612.014.483:616.1(574.42)

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАТА СРЕДИ ЭКСПОНИРОВАННОГО РАДИАЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИХ ПОТОМКОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДОЗ ОБЛУЧЕНИЯ

**Т.Ж. МУЛДАГАЛИЕВ, Е.Т. МАСАЛИМОВ,
А.М. ТОКАНОВ, Ж.Т. БАЙБУСИНОВА**

Резюме

В период 2007 -2011 гг. в двух основных группах, с установленными дозами облучения 250 и более мзв и 75 мзв и контрольной группе с заболеваниями системы кровообращения было проведено исследование состояния вегетативного гомеостат. Установлено преобладание парасимпатических сосудистых реакций в основных возрастных группах возрастных страт 20-269 лет мсимпатотонических в старших возрастных группах. При этом нарушения вегетативной регуляции в основных группах зарегистрировано только по вегетативному тонусу и вегетативной реактивности. Существенного превышения нарушений вегетативного обеспечения деятельности в основных группах, по сравнению с контрольной группой не установлено.

Тұжырым

2007-2011ж. кезеңдегі 250, одан жоғары және 75 мзв белгіленген сөүлелену мөлшерлермен қан айналымы жүйесінің ауруларыменекі негізгі және бақылау топтарында вегетативті гомеостаттың жағдайы зерттелді. Негізгі топтың 20-29 жастағы жастық страттарда парасимпатикалық бағытты тамыр реакциялар санының шектен шығуы, ал жоғары жастық страттарда симпатотоникалық бағытты тамыр реакциялар санының шектен шығуы анықталды. Осымен вегетативті реттеліс бұзылуы негізгі топтарда тек кана вегетативті сергүлік пен вегетативті қайтабейсенділік бойынша тіркелуде. Дене қызметін вегетативті камтамасыз етудің бұзылуының маңызды шектен шығуы негізгі топтарда, оларды бақылау тобымен салыстырған жағдайда, анықталмаған.

Summary

In 2007-2011 in two main groups, with the established doses of radiation 250 and more mZv both 75 mZv and control group with system diseases blood circulation research a condition vegetative homeostata. Prevalence of parasympathetic vascular reactions in the main groups' age and simpatotonic in the senior age striations is established 20-29 years. Thus violations of vegetative regulation in the main groups are registered only on a vegetative tone and vegetative reactance. Essential excess of violations of vegetative ensuring activity in the main groups in comparison with control group it is not established.

В последние десятилетия усилия ученых-радиобиологов разных стран направлены на изучение вклада ионизирующих излучений в патогенез сердечно-сосудистых заболеваний, поскольку именно они устойчиво лидируют среди причин смерти населения промышленно-развитых стран [1,2]. Утверждения классической радиобиологии о радиорезистентности элементов данной функциональной системы организма не должны являться запрещающим моментом для проведения исследований, поскольку ИИ как патогенный фактор может, не являясь определяющим и главным, выступать в качестве агента, потенцирующего патологическое воздействие традиционных факторов риска развития

заболевания [3]. При этом нельзя исключить и самостоятельную роль ИИ в диапазоне «малых» доз в формировании сосудистой патологии [4].

Среди профессиональных групп, подвергавшихся облучению в дозах 0,2-1,3 Гр за 10 лет, зафиксировано расширение границ физиологической лабильности вегето-сосудистых реакций. Если при дозах 0,5 Гр эти изменения носили транзиторный характер, то при более высоких дозах вышеуказанные изменения становятся устойчивыми и являются одним из основных компонентов формирующегося синдрома нейро-циркуляторной дистонии. Авторы особо подчеркивают, что большая часть клинических симптомов сосудистого характера является результатом нару-

шения адаптивного регулирования и нарушения гуморальных воздействий на функционирование сосудистой системы. В этом случае вегето-сосудистая дистония может сохраняться в течение длительного времени, даже через 20-30 лет после прекращения облучения. Постепенный переход гипотензивных дистоний в гипертензивные является причиной формирования гипертонической болезни [5-7].

Материалы и методы. Из массива медицинских документов для лабораторно-инструментальных методов исследования по оценке вегетативной регуляции рутинным способом отобрано в основных и контрольной группе по 152 человека в четырех возрастных стратах. Оценка показателей ВСР проведена в двух возрастных стратах 30-49, 50 и старше лет, в основной группе среди 120 человек, в группе сравнения 100 человек, в контрольной группе – 100 человек.

Критерии включения в выборку:

- юридически подтвержденное постоянное проживание лиц основной группы на территориях изучаемых районов ВКО, прилегающих к СИЯП за период 1963 -2011 гг; группы сравнения – 1965 – 2011 гг.; контрольная группа – лица, прибывшие на изучаемые территории после окончания испытаний ядерного оружия на СИЯП (с 1990 г.) и прожившие на них не менее 5 лет.

- диапазоны эффективных эквивалентных доз облучения лиц 250 и более мЗв и 75 мЗв;

- возраст 20 старше лет.

Критерии исключения из выборки:

- отказ от участия в исследовании;
- неполное выполнение алгоритма обследования.

Стандартизация и алгоритм процедуры сбора данных обеспечивалась унифицированным характером обследования и регистрации эпидемиологического и клинического материала.

Методы. Были использованы общепринятые рутинные методы оценки вегетативного статуса с помощью:

- интегративных таблиц;
- вегетативного индекса Кердо;
- коэффициента Хильдебранта по общепринятой методике;
- пробы Мак-Клюр и Олдрича, Ашнера-Даньини, Галя, а также орто- и клиностатической пробы.

Вегетативный статус (сосудистые реакции) оценивали по анализу ВСР с чередованием 5-ми-

нутных записей кардиоинтервалограмм в состоянии расслабленного бодрствования в положении лежа и при выполнении ортостатической пробы.

Спектральный анализ предполагает разложение временной зависимости ВСР на отдельные ритмы с различными частотами (различными периодами колебаний) и оценку их интенсивности (размаха, вклада в общую дисперсию ВСР).

Зависимость оцениваемой интенсивности от частоты задается рассчитываемой зависимостью спектральной плотности мощности (СПМ) ВСР от частоты. Статистическими характеристиками ВСР являются SDNN, SDANN, RMSSD, pNN50, CV.

SDNN (мс) – среднее квадратическое отклонение – суммарный показатель вариабельности величин кардиоинтервалов за анализируемый период. Увеличение SDNN указывает на усиление парасимпатической регуляции, снижение SDNN связано с усилением симпатической регуляции.

SDANN (мс) – стандартное отклонение средних значений SDNN из 5-минутных сегментов. Используется при длительных записях кардиоинтервалов.

RMSSD (мс) – квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар кардиоинтервалов. Показатель активности парасимпатического звена вегетативной регуляции.

pNN50 (%) – процент последовательных кардиоинтервалов, различающихся более чем на 50 мс, от общего количества пар кардиоинтервалов за весь период анализа. Коррелирует с RMSSD.

CV – коэффициент вариации. Представляет собой нормированную оценку SDNN: $CV = SDNN/M * 100$, где M – среднее значение кардиоинтервалов. NN – означает ряд интервалов без экстрасистол.

Применение спектрального анализа ВСР позволяет определить следующие компоненты:

TP (мс2) – суммарная мощность спектра. По физиологическому смыслу аналогична SDNN.

VLF (мс2) – VeryLowFrequency – мощность частот в диапазоне 0,003-0,04 Гц. Характеризует надсегментарный уровень регуляции симпатического звена.

LF (мс2) – LowFrequency – мощность частот в диапазоне 0,04-0,15 Гц. Характеризует состояние симпатического отдела ВНС, в частности, активность вазомоторного центра продолговатого мозга.

HF (мс2) – HighFrequency – мощность частот в диапазоне 0,15-0,4 Гц. Дыхательная составляющая спектра. Показатель вагусной активности.

Все зарегистрированные параметры ВРС в динамике при оценке должных величин в контрольных группах и таковых в основных группах обрабатывались методом расчета медианы, 25 перцентиляй и 75 перцентиляй.

Результаты и обсуждение. В нашем исследовании проведен анализ и оценка выкопированных первичных медицинских документов по группам исследования, содержащие данные параметров состояния вегетативного гомеостата. Как следует из таблицы 1 в контрольной группе возрастных страт 20-60 и старше лет в подавляющем большинстве случаев (71-85,9%) регистрировались нормальные сосудистые реакции (эйтония).

Причем в возрастных стратах 20-39 лет парасимпатическая направленность сосудистых реакций преобладала над симпатотонической, тогда как в возрастных стратах 40 и старше лет симпатотоническая. Зарегистрированные состояния соответствовали физиологическим нормам возрастной вегетативной регуляции. В основной группе число лиц возрастных страт 20-39 лет с нормальной вегетативной регуляцией, вегетативного тонуса и реактивности было достоверно меньше чем в контрольной группе (в среднем 72,4%) ($p<0,05$) за счет достоверно большего числа лиц с парасимпатической направленностью со-

судистых реакций. В группе сравнения число лиц с различными вегетативными реакциями не имело существенных различий с контрольной группой. Что касается анализа возрастного распределения показателей вегетативного обеспечения деятельности организма, то нами не получено достоверных различий по числу лиц с различными сосудистыми реакциями в группах исследования. При этом регистрировалась четкая закономерность увеличения числа лиц с симпатотоническими сосудистыми реакциями в возрастных стратах 40-60 и более лет.

Полученные результаты свидетельствовали об определенных нарушениях вегетативной регуляции в основной группе, связанные с достоверно большим числом лиц с сосудистыми реакциями симпатотонической направленности в возрастных стратах 40 лет и старше и парасимпатической направленности в более молодых возрастных группах по сравнению с таковыми в контроле.

За последние 10 лет в НИИ РМиЭ адаптирован метод по оценке вариабельности ритма сердца (ВРС) в группах исследования из различных пострадавших районов с установленными ЭЭД. Полученные результаты исследований демонстрировали наличие определенных закономерностей, связанных со снижением суммарной эффективности вегетативной регуляции в группах лиц

Таблица 1. Возрастное распределение нарушений вегетативной регуляции в исследуемых группах, % (2007-2011 гг.)

Вегетативные пробы	ГИ	Возраст (лет)											
		20-29 n=126		30-39 n=120		40-59 n=120		60 и > n=90					
		Э	П	С	Э	П	С	Э	П	С	Э	П	С
Вегетативный тонус Интегративные показатели Вегетативный индекс Кердо	КГ	85,9	9,5	4,6	84,3	7,4	8,3	80,5	4,2	15,3	79,1	2,3	18,6
	ОГ	73,0*	19,6*	7,4	71,9*	10,3	17,8*	65,1*	6,4	28,5*	63,4*	3,8	32,8*
	ГС	83,7	11,2	5,1	79,3	10,3	10,4	75,7	5,1	19,2	66,1	4,1	29,8
Вегетативная реактивность Проба Ашнера-Даньини Проба Галля	КГ	83,1	11,6	5,3	82,1	8,8	9,1	78,0	5,8	16,2	76,1	4,6	19,3
	ОГ	71,2*	20,7*	8,1	66,3	11,4	21,3*	69,5*	7,1	23,4*	56,4*	5,1	38,5*
	ГС	79,7	14,2	6,1	71,1	11,3	17,6	73,5	7,1	19,4	70,2	5,0	24,8
Вегетативное обеспечение деятельности организма Ортостатическая проба Клиностатическая проба	КГ	83,7	10,3	6,1	82,8	9,2	8,0	76,1	6,3	17,6	74,1	5,7	20,2
	ОГ	81,1	11,6	7,3	81,3	8,6	10,1	80,6	7,1	12,3	71,0	6,9	22,1
	ГС	80,9	12,1	7,0	80,2	9,1	10,7	78,5	7,6	13,9	69,1	7,1	23,8

* - указанные значения имеют достоверные различия с контрольной группой

По горизонтали: ГИ- Группы исследования КГ - Контрольная группа, ОГ- Основная группа, ГС- Группа Сравнения
По вертикали: Э – эйтония, П - парасимпатотония, С- симпатотония

с дозами облучения превышающими 200 мзв. При этом регистрировались различные нюансы симпатотонической регуляции и вагусной активности. Эти эффекты позволяли констатировать наличие функциональных нарушений сосудистой регуляции при различных патологических состояниях, достоверно чаще регистрируемых среди экспонированного радиацией населения [8-10].

В нашем исследовании были сформированы группы (двойным слепым методом) из всего массива основных и контрольной групп с установленными диагнозами и прошедшие эпидемиолого-статистический анализ динамики распространенности заболеваний и показателей смертности. Всего проанализированы основные показатели ВРС в трех группах (основная группа, группа сравнения, контрольная группа) - 160 человек в возрасте 30-50 лет и старше не имеющих заболеваний системы кровообращения; в трех группах той же численности и возраста с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Обращало на себя внимание достоверное снижение суммарной эффективности вегетативной регуляции в основной группе и группе сравнения среди лиц без БСК и среди лиц с АГ и ИБС относительно контрольной группы: SDNN, мс в основной группе и группе сравнения без БСК в возрастных стратах 30-39 и 50 и старше лет – 38,6;30,4, в группе сравнения – 39,2; 35,4, в контрольной группе – 45,3; 38,6 (p<0,01;0,01 –

0,05;0,05 соответственно) (таблица 2). При этом в основных группах с АГ и ИБС этот показатель был достоверно ниже, по сравнению с таковыми среди лиц без БСК этих групп, так и контрольной группы.

Показатели активности парасимпатического звена вегетативной регуляции и преобладания парасимпатического звена над симпатотоническим в основной группе с АГ и ИБС был достоверно ниже в возрастной страте 50 лет и старше, по сравнению с контрольной группой: RMSSD, мс – 31,9;36,2 соответственно (p<0,05). В группе сравнения эти показатели не имели существенных различий с показателями контроля. Среди лиц основной группы с АГ и ИБС в возрастных стратах 30-50 и старше лет RMSSD, мс составлял 33,8-30,8 и был достоверно ниже, чем в контрольной группе 37,2-35,9 (RMSSD, мс (p<0,05; p<0,05). Среди лиц группы сравнения с АГ и ИБС этот показатель был достоверно ниже, по сравнению с контрольной группой, только в возрастной страте 30-49 лет 35,3;37,2 (p<0,05).

Показатель преобладания парасимпатического звена над симпатотоническим (PNN50, %) в основной без БСК в обеих возрастных стратах был достоверно ниже, чем в контрольной группе (13,0-13,7; 15,2-15,2, p<0,05, p<0,05) тогда как в группе сравнения он существенно не отличался. Та же картина наблюдалась и при анализе этого показателя в основных и контрольной группе с

Таблица 2. Возрастное распределение основных показателей ВРС в группах исследования с заболеваниями системы кровообращения

Группы исследования	Возраст, лет	RR сп., мс	SDNN мс	RMSSD мс	PNN 50, %	TP, мс ² /Гц	VLF, мс ² /Гц	LF, мс ² /Гц	HF, мс ² /Гц	LF/HF
Основная группа без БСК, n=60	30-49	820,8	38,6*	40,4*	13,0*	1996	734	742*	813*	0,91
	50 и >	756,2	30,4*	31,9*	13,7*	2110	760	712*	770*	0,92
Группа сравнения без БСК, n=50	30-49	812,6	39,2*	40,6	14,8	1980	747	690*	750	0,92
	50 и >	763,2	35,4*	36,2	14,7	1970	746	725*	790	0,92
Контрольная группа без БСК, n=50	30-49	834,8	45,3	38,3	15,2	2176	756	650	760	0,85
	50 и >	782,5	38,6	36,2	15,2	1826	742	670	773	0,87
Основная группа с АГ и ИБС, n=60	30-49	856,3	30,2*	33,8*	10,8*	2126	748	700*	790*	0,89
	50 и >	839,7	26,3*	30,8*	11,1*	2032	747	712*	798*	0,89
Группа сравнения с АГ и ИБС, n=50	30-49	844,3	33,8*	35,3	12,4*	1920	742	672*	760*	0,88
	50 и >	838,3	32,4*	34,7	12,6*	1935	751	680*	758*	0,90
Контрольная группа с АГ и ИБС, n=50	30-49	842,3	38,6	37,2	14,1	1972	742	624	732	0,85
	50 и >	862,4	41,5	35,9	14,2	1986	751	631	704	0,89

*-указанные значения имеют достоверные различия с контрольной группой

АГ и ИБС. В обеих возрастных стратах основной группы этот показатель был достоверно ниже, чем в контрольной группе (10,8-11,1; 14,1-14,2, $p<0,05$, $p<0,05$), в группе сравнения показатель преобладания парасимпатического звена над симпатотоническим (PNN50,%) вегетативной регуляции так же был достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Два основных показателя, представляющих симпатотоническую регуляцию и вагусную активность (LF, $\mu\text{с}^2/\text{Гц}$; HF, $\mu\text{с}^2/\text{Гц}$) демонстрировали разнонаправленную динамику, которая в целом свидетельствовала о достоверном превышении симпатотонической регуляции вегетативного отдела нервной системы среди лиц основных групп по сравнению с контрольной группой. При этом обращало на себя внимание отсутствие существенных различий в группах исследования по показателю баланса симпатотонических и парасимпатических отделов ВНС (LF/HF). На наш взгляд, это свидетельствовало о наличии достаточных компенсаторных механизмов регуляции соотношений различных звеньев ВНС, что с клинической точки зрения могло означать отсутствие каких-либо осложнений течения АГ и ИБС на момент обследования конкретных лиц.

Таким образом, выполненное нами исследование по оценке функционирования вегетативного гомеостата в основных группах и контрольной группе среди лиц с БСК (в том числе с АГ и ИБС) и без БСК, позволило установить достоверное преобладание нарушения симпатотонического звена вегетативной регуляции в основных группах по сравнению с контрольной.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- Семенова Ю.В., Бабакина Н.В., Тахауов Р.М., Карпов А.Б. Относительный риск развития артериальной гипертонии у лиц, подвергающихся воздействию ионизирующего излучения // Материалы III Международного симпозиума «Хроническое радиационное воздействие: медико-биологические эффекты», Челябинск, 2005 г. С. 48-49.
- Peterson J., Cormack L.D., Wissoney A. et al. Burden of suffering. Update on epidemiology of cerebrovascular diseases // Br. Med. J. – 1999. – V. 239/–No 7. – P. 715-724.
- Воробьев Е.И., Степанов Р.П. Ионизирующее излучение и кровеносные сосуды. М.: Энергатомиздат, 1985. 296 с.
- Чепрасов В.Ю., Юдина Н.Л., Рюмина Е.П. и др. Патофизиологические особенности изменений системы кровообращения при воздействии ионизирующего излучения и других факторов аварии // Патология отдаленного периода у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС/ Под ред. профессора Никифорова. – М.: Изд-во “Бином”, 2002. – С. 104-110.
- Литвиненко Т.М., Семенова Ю.В., Тахауов Р.М., Карпов А.Б. Оценка абсолютного, относительного и атрибутивного риска развития острого инфаркта миокарда среди персонала радиационно-опасных производств и населения, проживающего в зоне их расположения // Здоровье работающего населения: материалы 39-й науч.-практ. конф. - Новокузнецк, 2004.- С. 125–127.
- Гайдук В.Н., Русецкая В.Г., Лазюк Д.Г., Крушинская Т.В. и соавт: Итоги и перспективы кардиологических исследований у лиц, пострадавших в результате катастрофы на ЧАЭС // Медико-биол. аспекты аварии на ЧАЭС, 1998. -№2. – С. 3-8
- Торубаров Ф.С., Зверева З.Ф. Оценка риска сосудистых заболеваний головного мозга у лиц, подвергающихся воздействию от источников внешнего и внутреннего облучения // Медицинская радиология и радиационная безопасность. - 2005.-Т.50, № 2.- С. 25-31.
- Клейнбок И.Я., Байбусинова Ж.Т., Шарипова Х.К., Апсаликов к.н. Состояние вегетативной регуляции сосудистых реакций экспонированных ионизирующей радиацией женщин репродуктивного возраста // Наука и здравоохранение №1,2008.-С. 86-88
- Молдагалиева Ж.Т., Кулабухова Н.С., Шагиева Д.Ш., Токанов А.М. Нарушения вегетативной регуляции сосудистых реакций больных с артериальной гипертонией лиц, подвергшихся воздействию ионизирующей радиации и их коррекция с помощью метода адекватной температурной стимуляции чувствительных зон кожи // «Астана медицинылык журналы». № 2, 2007, С. 113-117.
- Молдагалиева Ж.Т., Кулабухова Н.С., Гусев Б.И., Токанов А.М., Шагиева Д.Ш., Рыженкова О.Н., Щербакова С.В., Белихина Т.И., Мансарина А.Е. Оценка вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного сопровождения деятельности организма среди населения Восточно-Казахстанской области, подвергавшегося облучению в результате испытания ядерного оружия // «Наука и здравоохранение» № 1, 2007. - С. 105-107.

УДК 616.211- 08:615.838.1:664.41

ЭЛИМИНАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

М.А. ИЗБАСАРОВ, О.А. ПОПОВА

Центральная городская клиническая больница, г. Алматы

Резюме

Современные возможности использования гипертонического раствора морской воды Синомарин позволяет улучшить качество проводимой терапии и снизить лекарственную нагрузку на пациентов.

Тұжырым

Синомарин теніз суының гипертоникалық ерітіндісін қолданудың қазіргі заманғы мүмкіндіктері өткізілетін терапияның сапасын жақсартуға және пациенттерге дәрілік жүктелімді азайтуға мүмкіндік береді.

Summary

Modern possibilities of the use of hypertonic saline sea water Sinomarin can improve the quality of the therapy and reduce the drug burden on patients.

В настоящее время в арсенале врача оториноларинголога имеется большое количество препаратов местного действия. Для эндоназального применения широко используются а-адреномиметики и глюкокортикоиды, которые обеспечивают противоотечное и противовоспалительное действие. В целях этиотропной терапии используются растворы антибиотиков и антисептиков. Эффект от применения препаратов местного действия крайне незначительный без предварительного туалета полости носа.

Промывание полости носа приводит к многократному разбавлению действующих на слизистую оболочку факторов (бактерий, аллергенов, триггеров и др.), механическому ее очищению - «элиминационная терапия».

В настоящее время элиминационная терапия является неотъемлемой частью лечения заболеваний полости носа. Ирригация полости носа – один из самых древних методов лечения и профилактики простудных заболеваний. Широко распространенный ранее домашний способ приготовления гипертонического соляного раствора: «чайная ложка поваренной соли на стакан кипяченой воды», сейчас можно заменить готовыми солевыми растворами.

Готовые солевые растворы морской воды имеют различную концентрацию - изотонические и гипертонические. Если изотонические растворы имеют чисто профилактическое применение, то применение гипертонических растворов можно

рассматривать, в том числе, и в лечебных целях, так как они хорошо снимают отек слизистой полости носа. Благодаря природному осмотическому эффекту жидкость из отечной ткани слизистой оболочки переходит в полость носа, тем самым уменьшается отек, разжижается назальный секрет и улучшается его текучесть, дренаж пазух, улучшается носовое дыхание.

Эффективность применения гипертонических растворов подтверждена многочисленными клиническими исследованиями, проведенными за рубежом, а также у нас в Казахстане.

Так, еще в 1998 г. С. Freche и соавторы провели исследование клинической эффективности 2,3% гипертонического раствора морской воды при ринологических заболеваниях у взрослых. В исследование были включены 80 взрослых людей с диагнозами «гипертрофический ринит» (11 пациентов), «аллергический ринит» (17 пациентов), «полипозный риносинусит» (8 пациентов), «вазомоторный ринит» (8 пациентов), «риносинусит» (11 пациентов), «катаральный ринит» (25 пациентов). Оценку результатов 2-недельного применения гипертонического раствора проводили на основании визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и данных стандартного оториноларингологического осмотра. По данным ВАШ, отмечены следующие изменения функции носового дыхания: полное восстановление функции носового дыхания или значительное улучшение отмечалось у 77,4% пациентов, тогда как ухуд-

шение отметил лишь 1 (1,4%) пациент. В целом удовлетворительным результат лечения риносинусита был признан у 65% пациентов: у 25% – отличный результат и у 40% – хороший. За неудовлетворительный результат лечения принимали умеренные положительные изменения в динамике общей симптоматики заболевания (16,25%), незначительные изменения (5%) или их отсутствие (13,75%). При этом пациенты отмечали отличную переносимость препарата в 62,5%, хорошую – в 32,5%, неприятные ощущения при орошении полости носа отмечали только 5% пациентов.

Исследования, проведенные в последующие годы, также подтвердили эффективность и безопасность применения 2,3% раствора морской воды в ринологической практике. Они доказали положительное влияние применения гипертонических растворов при вирусных, бактериальных и аллергических ринитах, в комплексном лечении синуситов, а также в уменьшении применяемых антигистаминных препаратов при аллергическом рините.

Гипертонический 2,3% раствор морской воды Синомарин®, который мы применяем в своей практике, выпускается в 4 формах:

Синомарин Взрослый объемом 125 мл, разрешен к применению с 6 лет

Синомарин Детский объем 100 мл с мягким впрыском и насадкой, адаптированной к анато-

мическому строению детской носовой полости, разрешен к применению у детей с 6 месяцев.

Синомарин Мини – «карманная» форма с дозированным впрыском, объемом 30 мл. Все формы имеют антибактериальный фильтр, который защищает раствор от микробной контаминации в течение полугода после начала применения.

Синомарин Нео для грудных детей – стерильные одноразовые флаконы – капельницы по 5 мл, в упаковке 18 флаконов.

Широкий выбор форм выпуска, а также преимущества гипертонического раствора позволяют Синомарину занять ведущее место в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух, как в стадии обострения, так и в качестве профилактики обострений у взрослых и детей. Применение Синомарина позволяет уменьшить использования сосудосуживающих препаратов, обладающих серьезными побочными эффектами и вызывающими развитие медикаментозного ринита. Также это открывает новые возможности при лечении такого патологического состояния, как ринит беременных. Необходимо подчеркнуть, что гипертонический раствор не оказывает системного действия, хорошо переносится.

Таким образом, применение гипертонического раствора Синомарин в лечении патологий полости носа и околоносовых пазух целесообразно, высокоэффективно, безопасно и позволяет сократить лекарственную нагрузку у пациентов.

УДК 616.147.3 - 053.2:615.472.5

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КАТЕТЕРИЗАЦИИ БЕДРЕННЫХ ВЕН У ДЕТЕЙ

Р.А. МУСИЛИМОВА

Детская городская клиническая инфекционная больница, г. Алматы

Резюме

Критические состояния в современных условиях требуют проведения адекватной инфузационной терапии. Обеспечение венозного доступа одна из основных задач врача реаниматолога. Данная статья отражает эффективность катетеризации бедренных вен у детей как альтернатива другим методам доступа к магистральным сосудам. Описаны преимущества и недостатки данного метода.

Тұжырым

Казіргі жағдайдағы дағдарыс кезенде сәйкес инфузионды ем жүргізуді талап етеді. Реаниматолог дәрігерінің негізгі міндеттерінің бірі күретамырга өнуді қамтамасыз ету. Осы мақала торапты қан тамырларына өнудің басқа әдістемелеріне балама ретінде балалардағы жамбас күретамырының катетеризациясының тиімділігін көрсетеді. Мақалада осы әдістеме кемшіліктері және басымдылығы сипатталған.

Summary

Critical state in present conditions require adequate infusion therapy. Providing venous access - one of the main tasks of medical resuscitation specialist. This article reflects the effectiveness of femoral vein catheterization in children as an alternative to other methods of access to the main vessels. The article describes the advantages and disadvantages of this method.

В отделение реанимации и интенсивной терапии детского инфекционного стационара госпитализируются больные с острыми нарушениями гемодинамики различной этиологии, с острыми расстройствами функции жизненно-важных органов и систем ЦНС, пищеварения, мочеотделения, эндокринной, с острыми расстройствами метаболизма, повлекших за собой нарушение функции жизненно-важных органов, или при реальной угрозе их развития; больные после шока и клинической смерти, больные с токсикозами при невозможности их заблаговременной госпитализации в специализированные реанимационные отделения или центры) [1].

Современные подходы к лечению больных детей в тяжелом критическом состоянии требуют проведения адекватной инфузационной терапии. Рациональная инфузционная терапия составляет важный аспект поддержания функции гемодинамики. Для обеспечения длительного доступа к венозной системе наиболее часто в нашей клинике используется катетеризация центральных вен бассейна верхней полой вены (правая и левая подключичные вены, правая наружная и внутренняя яремные вены), так как катетеризация периферических вен технически доставляет определенные трудности в отличие данной манипу-

ляции у взрослых. В основном это связано с анатомическими особенностями детей 1 года жизни – избыточное развитие подкожно-жирового слоя, узкий просвет сосудов и их разветвленность. Преимуществами катетеризации центральных вен являются: возможность чрезвычайно длительного (до нескольких месяцев) использования единственного доступа к венозному руслу, возможность проведения массивных инфузий различных препаратов, возможность введения практически любых (даже высокоосмолярных) инфузионных сред, возможность забора крови для анализов и измерения ЦВД столь часто, сколь это необходимо, возможность рентгенологического и ультразвукового контроля расположения катетера. Однако проведение катетеризации подключичной вены являются потенциально опасной манипуляцией, так как выполняется анестезиологом-реаниматологом практически «вслепую», то есть только с использованием анатомических ориентиров. Как следствие, имеет место риск серьезных осложнений, связанных с техническим исполнением пункции и катетеризации магистральных венозных сосудов - пневмоторакс, гидроторакс, повреждение диафрагмального нерва, повреждение грудного лимфатического протока. Поэтому в последние годы в нашей клинике ста-

Таблица № 1. Сравнительный анализ применения различных форм катетеризации сосудов у детей за период 2009-2011гг. (ОРИТ ДГКИБ г. Алматы)

Годы	2011 г	2010 г	2009 г
Катетеризация магистральных вен	590	656	725
Катетеризация правой подключичной вены	387	349	449
Катетеризация левой подключичной вены	47	48	94
Катетеризация правой бедренной вены	139	224	151
Катетеризация левой бедренной вены	17	35	28
Катетеризация правой яремной вены	0	0	2
Катетеризация левой яремной вены	0	0	1
Осложнения манипуляций:			
Не удачных катетеризаций	26	53	79
Пункция подключичных артерий	4	19	15
Тканевые гематомы	2	4	4
Отек конечности	3	6	2
Пневмоторакс	3	2	3

ла использоваться катетеризация бедренной вены, которая при правильном техническом проведении данной манипуляции практически не дает осложнений [2].

Цель работы. Изучить эффективность применения катетеризации бедренных вен у детей в условиях ОРИТ.

Материалы и методы исследования, результаты, обсуждения.

Мною был сделан анализ проведения катетеризации магистральных вен за последние 3 года – с 2009 по 2011 годы [3].

Из данной таблицы видно, что уменьшилось число катетеризации подключичных вен, и соответственно снизился риск возникновения пневмоторакса, пункции подключичных артерий и число неудачных катетеризаций. Бедренный доступ особенно показан при проведении сердечно-лёгочной реанимации, так как проводящий катетеризацию врач не мешает своим коллегам, выполняющим непрямой массаж сердца. Катетеризация бедренной вены проводится нами по методу Сельдингера, или «катетер через проводник». Метод Сельдингера имеет следующие преимущества. Во-первых, тонкая игла вызывает минимальное повреждение сосуда и прилежащих структур; это особенно важно при случайной пункции артерии. Во-вторых, введение катетера по проводнику гарантирует, что пункционное отверстие в стенке сосуда будет не больше диаметра

катетера, а возможность кровотечения из места пункции будет минимальной.[4] В последние годы нами используются одноразовые, нетоксичные, апирогенные катетеры фирмы «Balton» (Польша), преимущественно 2-х размеров: 3F * 10см – детям весом до 6кг и 4F*15 см – детям весом более 6кг.

Выводы и рекомендации: Катетеризация бедренной вены у детей – наиболее простой способ введения катетера в крупные вены; успех этой манипуляции превышает 90%. Хотя область введения катетера находится в паху, частота бактериальных осложнений катетеризации в течение 1-2 дней не превышает таковой при катетеризации других центральных вен

Преимущества: простота введения, отсутствие риска пневмоторакса.

Недостатки: тромбоз вены (10% попыток по данным литературы), пункция бедренной артерии (5% попыток по данным литературы) [4]

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.В. Курек, А.Е.Кулагин, Д.А. Фурманчук. Анестезиология и интенсивная терапия у детей. Медицинская литература. Москва. 2006 г. – 210 с.
2. Роджерса М. Хелфеер. Неотложная помощь и интенсивная терапия, г. Санкт – Петербург, 1999 г.- 23 с.
3. Годовые отчеты ОРИТ ДГКИБ за 2009 -2011 гг.
4. Seneff MG. Central venous catheterization: A comprehensive review. Part 1. Intensive Care Med 1987; 2: Р. 163-175.

УДК 616.24-002-036.2-035-053.2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

В.В. ЧЕРЕМИССКИХ, А.П. КЛЕЙНБОК, Ж.Е. НУПБАЕВА, И.А. БЕЗРУК

Республиканский семейно-врачебный центр «Sofi», г. Алматы
ТОО «СОС Казахстан», г. Алматы

Резюме

Эмпирический выбор стартовых антибиотиков при внебольничных пневмониях у детей с учётом эпидемиологических условий, возраста, индивидуальных данных ребёнка (фоновые состояния, сопутствующая патология) и клинических особенностей заболевания.

Тұжырым

Балалардағы ауруханадан тыс пневмонияларда эпидемиологиялық жағдайларды, баланың жас шамасын, жеке қасиеттерін (бедерсіз бір түсті күйі, ілеспелі патология) және аурудың клиникалық ерекшеліктерін есепке ала отырып бастапқы антибиотиктердің эмпирикалық тандауы.

Summary

Empirical selection of initial antibiotics for community-acquired pneumonia treatment taking into consideration the epidemiological condition, age, individual returns of the child (background conditions, accompanying pathology) and clinical peculiarities of disease.

Пневмония – острое инфекционное воспаление легочной паренхимы, диагностируемое на основании характерных клинических и рентгенографических признаков[1–4].

Пневмония является одним из наиболее серьезных заболеваний у детей, популяционная частота которого и прогноз напрямую связаны с социально-экономическими условиями [1,2,5–8]. Так, в странах с низким культурным и социально-экономическим уровнем, неустойчивой политической обстановкой и продолжающимися военными конфликтами заболеваемость пневмонией у детей первых 5 лет жизни превышает 100 случаев на 1000, а летальность достигает 10%. В то же время в экономически благополучных странах у детей указанной возрастной категории пневмония встречается значительно (практически в 10 раз) реже, а уровень летальности не превышает 0,5–1%. Благоприятный прогноз при пневмонии определяется ранней диагностикой, своевременным лечением и адекватным выбором стартовой антибактериальной терапии. При этом своевременная диагностика основывается на результатах детального и последовательного анализа клинико-анамнестических и рентгенологических данных [1–4]. Терапевтические мероприятия должны быть комплексными и включают адекватный уход за ребенком, правильный режим дня и питания, рациональное использование этиотроп-

ных и симптоматических средств. Ключевым звеном при этом является адекватная антибактериальная терапия.

Выбор антибактериальных препаратов при пневмонии, как и при других инфекционно-воспалительных заболеваниях, должен определяться в первую очередь особенностями этиологии заболевания. Однако в подавляющем большинстве случаев корректное микробиологическое обследование детей с пневмонией не проводится, несмотря на то, что в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ–Х) [10] рубрикация пневмоний должна строиться строго по этиологическому принципу. Для уменьшения ошибок при проведении антибактериальной терапии пневмоний у детей в последние годы были разработаны рекомендации по эмпирическому выбору стартовых антибиотиков [1,8,9,11,12]. Принципиальным положением разработанных алгоритмов является выбор препаратов в зависимости от эпидемиологических условий и возраста заболевших, так как установлено, что этиология пневмонии напрямую зависит от этих факторов (рис. 1). При этом эпидемиологическая рубрикация пневмонии предусматривает выделение внебольничных, госпитальных и внутриутробных форм заболевания [3]. Наиболее частой формой острого инфекци-

онного воспаления легких у детей является внебольничная пневмония.

О внебольничной пневмонии говорят в тех случаях, когда инфицирование и заболевание ребенка не связано с его пребыванием в лечебном учреждении. Тем самым подчеркивается, что развитие пневмонии произошло в условиях обычного микробного окружения. Это позволяет с высокой долей вероятности предположить этиологию заболевания, поскольку было установлено, что основным возбудителем пневмонии при этом является *Streptococcus pneumoniae*. Реже внебольничную пневмонию вызывают *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, хламидии (*Chlamydia trachomatis* – у детей первых месяцев жизни и *Chlamydia pneumoniae* – в последующие возрастные периоды) и респираторные вирусы.

Для адекватного эмпирического выбора стартовой антибиотикотерапии, помимо эпидемиологической характеристики, необходим детальный анализ индивидуальных данных ребенка (возраст, фоновые состояния, сопутствующая патология) и клинических особенностей заболевания. Так, частое использование антибиотиков у детей с хроническими инфекционно–воспалительными заболеваниями (пиелонефрит, тонзиллит, отит и др.) может привести к селекции резистентных штаммов микроорганизмов. В случае развития пневмонии у таких детей этиология заболевания может быть представлена антибиотико–устойчивыми возбудителями. Аналогичная ситуация может произойти и при возникновении пневмонии у детей с незаконченными курсами антибактериальной терапии или получавших антибиотики в неадекватно низких дозах. Наличие у ребенка синдрома срыгиваний создает предпосылки для аспирации и развития пневмонии, вызванной не только аэробными (стрептококки, энтеробактерии, стафилококки и др.), но и неспорообразующими анаэробными (бактероиды, фузобактерии, пептострептококки, пептококки и др.) бактериями. Приведенные примеры, которые являются лишь частью возможных клинических ситуаций, свидетельствуют о важности подробного уточнения анамнестических данных в каждом конкретном случае.

Стартовая этиотропная терапия внебольничной пневмонии у детей первых месяцев жизни. У пациентов данной возрастной группы этиология пневмонии может быть связана с очень широким спектром возбудителей (вирусы, хлами-

дии, стрептококки, стафилококки, протей, клебсиелла, кишечная палочка и др.). Учитывая это, для адекватного выбора стартовой терапии вначале эмпирически определяют, чем вызвано заболевание: типичными или же атипичными микроорганизмами? Для этого оценивают клинико–анамнестические данные и анализируют результаты рентгенологического обследования. При этом такие симптомы, как лихорадка, токсикоз, четкие физикальные данные, а также очаговые и/или сливные рентгенологические изменения в легких, позволяют с большей достоверностью предполагать типичную бактериальную этиологию пневмонии. В этих случаях лечение начинают с антибиотиков широкого спектра действия, введение которых, учитывая высокий риск развития тяжелых форм заболевания, целесообразно осуществлять парентерально. В качестве стартовых препаратов используют аминопенициллины и цефалоспорины, а при тяжелых вариантах пневмонии – их комбинацию с короткими курсами аминогликозидов. Такой выбор антибиотиков объясняется необходимостью воздействия на целый ряд грамположительных и грамотрицательных бактерий, которые могут быть причиной заболевания у детей данного возраста. Принимая во внимание высокий уровень β –лактамаза–продуцирующих штаммов среди потенциальных возбудителей, предпочтение должно отдаваться ингибитор–защищенным аминопенициллинам и цефалоспоринам 3–й генерации. В тяжелых случаях необходимо использовать внутривенное введение антибиотиков. При этом амоксициллин/claveulanat применяется в дозе (по амоксициллину): 30–60 мг/кг/сут., а базовые цефалоспорины 3 поколения (производные цефтриаксона и цефотаксима) в дозе 50–100 мг/кг/сут. Цефалоспорины 3 поколения активны по отношению к бактериям, продуцирующим β –лактамазы широкого спектра действия, а также подавляют штаммы, антибиотикорезистентность которых обусловлена и другими механизмами [11,12]. Если пневмония развивается у ребенка, имеющего особенности анамнеза в виде генитального хламидиоза у матери, указаний на затяжной конъюнктивит у ребенка, который не купируется при использовании бета–лактамных антибиотиков, необходимо исключать возможность атипичной этиологии заболевания. При этом наличие сухого кашля с постепенным нарастанием интенсивности и частоты, медленное развитие других симптомов заболевания и преобладание интерстици-

альных изменений на рентгенограмме, заставляют подумать о возможной этиологической роли *C. trachomatis*. В этой ситуации целесообразно назначение современных макролидных антибиотиков (мидекамицина ацетат, кларитромицин, рокситромицин или др.). Терапию макролидами при этом (за исключением азитромицина) проводят в течение 14 дней. В тех же случаях, когда у иммунодефицитных пациентов, а также у недоношенных или соматически ослабленных детей на фоне неспецифических симптомов интоксикации отмечается постепенное нарастание тахипноэ, превышающее частоту пульса в разгар заболевания, а при рентгенологическом обследовании выявляют «ватное легкое», «крылья бабочки» (диффузное двухстороннее усиление интерстициального рисунка, неоднородные очаговые тени с нечеткими контурами, участки локализованного вздутия, мелкие ателектазы, реже – парциальный пневмоторакс) необходимо исключать пневмоцистную пневмонию. При этом препаратом выбора является ко-трамоксазол в дозе 6–8 мг/кг/сут. (по триметоприму). При тяжелых формах пневмоцистной пневмонии ко-трамоксазол должен вводиться внутривенно в дозе 15–20 мг/кг/сут. (по триметоприму) в два приема на протяжении 2–3 недель.

Стартовая этиотропная терапия внебольничной пневмонии у детей дошкольного возраста. Лечение детей данного возраста при нетяжелых пневмониях проводится, как правило, в амбулаторных условиях. При этом наиболее частым бактериальным возбудителем внебольничных пневмоний является *S. pneumoniae*, реже заболевание вызывается *H. influenzae*. Учитывая, что пневмококк и гемофильная палочка в последние годы все чаще проявляют устойчивость к природным пенициллинам, антибактериальную терапию рекомендуют начинать с аминопенициллинов (амоксициллин, амоксициллин/claveulanat). Поскольку для лечения легких и среднетяжелых форм пневмонии, как правило, не требуется parentеральное введение антибиотиков, предпочтение отдается оральным формам препаратов. В тех случаях, когда пневмония развивается у ребенка, не получавшего ранее пенициллины, препаратом выбора является амоксициллин. Обычно амоксициллин при этом назначается по 10–20 мг/кг на прием с интервалом 8 часов (суточная доза – 30–60 мг/кг/сут.). Установлено, что более низкие дозы препарата недостаточны для эрадикации основных возбудителей пневмонии и

поэтому не должны использоваться. Следует также отметить, что в тех случаях, когда развитие заболевания связывают с пенициллиноустойчивым пневмококком, амоксициллин рекомендуется назначать в более высоких дозах (до 90 мг/кг/сут.) или использовать базовые цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон и цефотаксим) в обычных дозах. Противопоказанием для назначения аминопенициллинов являются анамнестические указания на аллергию к пенициллину. В этих случаях используются макролиды или цефалоспорины 2–3 поколения (риск перекрестной аллергии с пенициллином – 1–3%).

При подозрении на атипичную этиологию пневмонии (хламидии, микоплазмы) терапия проводится современными макролидными антибиотиками (джозамицин, спирамицин, мидекамицин, кларитромицин, рокситромицин или др.). Основанием для предположения об атипичной этиологии пневмонии у детей являются такие клинико-анамнестические данные, как наличие в окружении ребенка «длительно кашляющих» лиц, подострое начало заболевания, длительный субфебрилитет, постепенно нарастающий и длительно сохраняющийся кашель (нередко спастического характера), рецидивирующий бронхобструктивный синдром, а также двухсторонние изменения с мелкими негомогенными очагами и усиленным сосудисто-интерстициальным рисунком на рентгенограмме. В пользу хламидиоза может также свидетельствовать лимфаденопатия, сопутствующая основному заболеванию [7, 15].

Стартовая антибактериальная терапия внебольничных пневмоний у детей школьного возраста. Основными возбудителями внебольничной пневмонии у детей данной возрастной категории являются пневмококк (*S. pneumoniae*) и микоплазма (*M. pneumoniae*). При этом установлено, что каждые 4–8 лет, во время эпидемических подъемов заболеваемости *M. pneumoniae* – инфекции частота микоплазменных пневмоний значительно возрастает (до 40–60% всех пневмоний у детей школьного возраста). Клинически микоплазменная пневмония характеризуется острым началом, нередко с фебрильной лихорадкой. Однако, несмотря на гипертермию, симптомы интоксикации у ребенка при этом обычно слабо выражены, что является одним из немногих специфических признаков заболевания. Через несколько дней от начала заболевания появляется кашель – сухой, навязчивый, нередко приступообразный. Кашель может отмечаться в течение

длительного времени, но постепенно он становится продуктивным. В легких при этом могут выслушиваться рассеянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы. При рентгенологическом обследовании в легких выявляют двухсторонние очаги негомогенной инфильтрации. Установлено, что у 10% детей с микоплазменной пневмонией отмечается преходящая макулопапулезная сыпь. В подавляющем большинстве случаев заболевание протекает нетяжело, характеризуется гладким течением и отсутствием дыхательной недостаточности или слабой ее выраженностью. Принимая во внимание особенности этиологии внебольничной пневмонии у детей школьного возраста, в качестве стартовых антибиотиков могут быть использованы аминопенициллины (при заболеваниях, вызванных типичными пневмококковыми возбудителями) и макролиды – преимущественно при атипичной этиологии пневмонии. В ряде случаев, когда имеются противопоказания для назначения макролидных антибиотиков, лечение микоплазменных и хламидийных пневмоний у детей старше 8 лет может быть проведено доксициклином [1,7,8,11,12].

В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что определяющими для благоприятного течения и исхода пневмонии у детей являются ранняя диагностика заболевания и своевременно назначенная рациональная терапия, основные принципы которых изложены в настоящем сообщении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста. М. 2001; 268 с.
2. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика/ Научно–практическая программа Союза педиатров России. М.: Международный Фонд охраны здоровья матери и ребенка 2002; 69 с.
3. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Рос. Вест. Перинатол. и Педиатр. 1996; 2: С. 52–56.
4. Пневмонии у детей/ Под ред. С.Ю.Каганова, Ю.Е.Вельтищева. М.: Медицина 1995.
5. Churgay C.A. The diagnosis and management of bacterial pneumonias infant and children. Primary Care. 1996; 4: Р. 822–835.
6. Gendrel D. Pneumonies communautaires de l'enfant: etiologie et traitement. Arh. Pediatr., 2002, 9 (3): Р. 278–288.
7. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2006. - 992 р.
8. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Антибактериальная терапия пневмоний у детей. М.: Медпрактика 2006. - 48 с.
9. The Management of Community–Acquired Pneumonia in Infants and Children Older than 3 month of Age. Clin Infect Dis. 2011, 30 august.
10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр. ВОЗ, 1994 (пер. на рус.) М.: Медицина; 1998.
11. Антибактериальная терапия пневмонии у детей. Пособие для врачей. – Клиническая микробиология и антимикробная терапия у детей. 2000; 1: С. 77 – 87.
12. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия пневмоний у детей. / Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии/ Под ред. С.Ю.Каганова. М.: Медпрактика–М 2002; Т.1: С. 65 – 103.
13. Самсыгина Г.А., Дудина Т.А. Тяжелые внебольничные пневмонии у детей: особенности клиники и терапии. Consilium Medicum. 2002; 2: С. 12–16.
14. Государственный реестр лекарственных средств: МЗиСР РФ, 2011.
15. Block S., Hedrick J., Hamerschlag M.R. et al. Mycoplasma pneumoniae and Chlamydia pneumoniae in pediatric community–acquired pneumonia. Pediatr. Infect. Dis.J., 1995.-14-471-477.

УДК 616.9-053.2:615.32

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БЭБИПРОП ДЛЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНЫХ И БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ С 4-Х ЛЕТ И СТАРШЕ

Т.Г. КУЗЬМИНА

Медицинский центр «Сункар», г. Алматы

Резюме

В статье дана информация о применения препарата БЭБИПРОП и полностью рассматривается его состав и показания.

Тұжырым

Мақалада БЭБИПРОП препаратын қолдану туралы акпарат берілген және оның құрамы мен көрсетілімдері толық қарастырылған.

Summary

The article gives information about the drug BEBIPROP and fully considered the testimony, and its composition.

Воздействие на организм ребенка неблагоприятных факторов внешней среды т. к. вирусы, бактерии, грибы а также экологических, техногенных, социальных факторов приводит к снижению иммунологической реактивности. Дети в городе Алматы болеют вирусными инфекциями до 6-8 раз в год с длительным реконвalesцентным периодом. Часто мы врачи прибегаем к применению антибактериальных препаратов, которые в свою очередь блокируют иммунный ответ ребенка. Иммунитет - невосприимчивость, сопротивляемость организма к инфекциям. Иммунитет обеспечивается защитными свойствами кожи и слизистых оболочек, клетками иммунной системы. Различают врожденный и приобретенный иммунитеты. Дети имеют хороший врожденный иммунитет при условии, если находились на естественном вскармливании до года. Приобретенный иммунитет формируется на протяжении всей жизни ребенка с помощью вакцинации и при непосредственном контакте с вирусными и бактериальными агентами.

Цель работы. Оценить результаты лечения детей с вирусными и бактериальными инфекциями на фоне применения в комплексной терапии препарата БЭБИПРОП. А также применения препарата БЭБИПРОП в профилактических целях.

Содержание работы. Характеристика препарата: Комбинированный препарат: Прополис и Эхинацея. Прополис («пчелиный клей») - смолистое вещество, которым пчелы заделывают

щели своего жилища. Прополис защищает ульи от микроорганизмов и используется пчелами в качестве дополнительного строительного материала. При исследовании ульев на бактерионосительство, еще в 19 веке выявили, что в здоровом улье – почти полная стерильность. И именно прополис способствует этому, так как обладает важным свойством уничтожать патогенные микроорганизмы.

Сложные органические вещества, входящие в состав прополиса (флавоны; производные бензойной и коричной кислот), обладают антимикробными и противогрибковыми свойствами. Кроме того, прополис богат микроэлементами - алюминием, ванадием, железом, марганцем, кремнием и витаминами В1, В2, Е, С, РР, а также каротином - провитамином А. Прополис обладает антибактериальным и противовоспалительным свойствами. Он предотвращает, ослабляет и останавливает развитие воспалительные процессы в организме. Способствует более быстрому заживлению поврежденных участков.

Прополис – усиливает иммунитет, повышает уровень гамма-глобулинов в организме (повышается так называемый специфический иммунитет против определенных факторов). Прополис рекомендуют использовать при вирусной инфекции (грипп, герпес, гепатит, энцефалит и др.).

Благодаря тому, что прополис является природным натуральным антибиотиком, он выводит из организма вредные бактерии, но позволяет

жить тем, которые нужны организму для обеспечения всех его функций - тем самым прополис предотвращает интоксикацию организма.

В отличие от антибиотиков, прополис не вызывает привыкания микроорганизмов и остаётся эффективным в течение длительного времени приёма. Одновременное применение прополиса с антибиотиками целесообразно, т. к. прополис в этом случае одновременно усиливает действие антибиотиков и сохраняет собственную микрофлору организма - хозяина в кишечнике. Прополис обладает обезболивающим эффектом, уменьшает болезненные ощущения в горле при глотании. Способствует уменьшению выраженности и длительности основных проявлений инфекций верхних дыхательных путей.

Обезболивающее действие связано с присутствием в нем эфирных масел, которые обладают сильнодействующим анестетическим эффектом.

Дерматопластическое действие прополиса. Прополис стимулирует регенерацию тканей, способствует быстрому восстановлению целостности слизистых оболочек после перенесенных вирусных и бактериальных заболеваний дыхательных путей. Особый интерес представляют данные о противовирусной активности прополиса. Прополис тормозит рост вирусов (грипп группы А, оспа, герпес, вирус гепатита). Он не только тормозит их рост, но и способен осуществлять профилактику развития вирусной инфекции в организме. Флавоноиды прополиса препятствуют размножению вирусов, активируют тимус и фагоцитоз, то есть воздействуют на иммунную систему.

Прополис, проявляя иммуномодулирующие свойства (активирует и укрепляет иммунную систему) оказывает стимулирующее действие на макрофаги, запуская в них сразу несколько бактерицидных механизмов. Прополис стимулирует работу вилочковой железы, а она играет центральную роль в иммунитете. Прополис - мощное профилактическое и общеукрепляющее средство. Применение **прополиса** эффективно при всех заболеваниях верхних дыхательных путей.

Эхинацея (*Echinacea angustifolia*, *E. purpurea*, *E. pallida*) - растение американских прерий. Ее издавна использовали в качестве лекарственного растения. Появление современных антибиотиков отодвинуло эхинацею на дальние позиции. Однако последние исследования показали, что эхинацея - это мощное средство, помогающее бороться со многими инфекциями и другими заболеваниями.

Состав эхинацеи. Химический анализ растений рода Эхинацея определил в их составе 7

групп биологически активных веществ, которые включают полисахариды, флавоноиды, производные кофейной кислоты, эсценциальные липиды, алкиламиды, витамины и микроэлементы.

В эхинацее обнаружены калий и кальций, серебро, цинк, селен, кобальт, литий, медь и другие микроэлементы. Лабораторные и клинические исследования показали, что эхинацея действует как антибиотик и является самым мощным и эффективным растительным стимулятором иммунной системы среди всех известных нутрицевтиков. Имеются четкие научные подтверждения эффективности эхинацеи при лечении инфекций верхних дыхательных путей.

Препараты, содержащие эхинацею применяют при простудных заболеваниях, бронхитах, пневмониях, гриппе, герпесе, оспе, полиомиелите, инфекциях мочевых путей, циститах, заболеваниях ЛОР-органов. А так же в случае недостаточной эффективности антибактериальной и противовоспалительной терапии. Из Эхинацеи были выделены отдельные полисахариды, обладающие иммуностимулирующими и умеренными противовоспалительными свойствами. Оказывается, что именно в полисахаридах, окружающих клетки тканей и, таким образом, защищающих их от бактериальных и патогенных инвазий, кроется иммуностимулирующее воздействие Эхинацеи. Кроме того, составляющие полисахаридов, стимулируя фибробласты и угнетая гиалуронидазу энзимов, которая разрушает внутриклеточный цемент, называемый гиалуроновой кислотой; способствуют регенерации ткани.

Изучение иммуномодулирующих свойств Эхинацеи при её приёме позволило установить повышение в крови общего количества лейкоцитов за счет увеличения гранулоцитов (на 34-89%). Этот эффект обусловлен стимулирующим действием Эхинацеи на функцию костномозгового кроветворения. Одновременно наблюдается повышение фагоцитарной активности как лейкоцитов, так и ретикулоэндотелиальных клеток печени.

Эти данные послужили основанием к использованию препаратов Эхинацеи при заболеваниях, связанных, в первую очередь, с ослаблением функционального состояния иммунной системы, вызванных различными этиологическими факторами: хроническими воспалительными заболеваниями, воздействием ионизирующей радиации ультрафиолетовых лучей, химиотерапевтических препаратов, длительной терапии антибиотиками.

Наряду с иммуномодулирующими свойствами, препаратам Эхинацеи присущ и целый ряд

других ценных свойств, к которым в первую очередь следует отнести антибактериальные, антивирусные и фунгицидные.

Описание работы. Препарат БЭБИПРОП в нашей практике применялся у детей г. Алматы при лечении вирусных и бактериальных инфекций в амбулаторных условиях. Препарат БЭБИПРОП применяли у детей с 4-х летнего возраста в монотерапии и комплексной терапии, в сочетании с антибактериальными препаратами, там где это было необходимо.

Назначался БэбиПроп детям от 4-х до 8 лет по 3 таблетки в день, детям старше 8-ми лет по 5 таблеток в день. Анализ динамики клинических симптомов показал, что препарат оказался эффективным в комплексной и монотерапии при достоверно более быстром купировании основных и

сопутствующих клинических проявлений болезни. Клиническое улучшение подтверждалось объективными данными и данными обследования в динамике. Применение БЭБИПРОП в комплексной терапии позволило повысить эффективность стандартного лечения и уменьшить сроки лечения, а также снизить частоту побочных эффектов от применения антибактериальных препаратов. Повторные вирусные инфекции наступали более поздно и протекали в более легкой форме. Кроме того БэбиПроп прекрасно переносится больными имеет приятный вкус и эстетический вид, который полюбили наши дети. БЭБИПРОП - препарат многопрофильного действия, являясь природным антибиотиком, местным анестетиком, стимулятором регенерации тканей, а также активатором природного иммунитета.

УДК 616.12-008.331.1-035:615.225.2

ИНГИБИТОРЫ АПФ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

К.Р. ЖАЙСАНОВА

ГККП «Станция скорой медицинской помощи», г. Алматы

Резюме

Статья посвящена анализу купирования неосложненных гипертонических кризов при применении препарата капотен для сублингвального приема. Проанализированы результаты лечения 53 больных с систоло-диастолическим подъемом АД, динамика снижения АД, изменения клинических симптомов, безопасность препарата.

Тұжырым

Бұл мақала Капотен дәрісін сублингвальді қолданудағы ауыр емес гипертониялық криздің алдын алу талдауына арналған. АҚ систола-диастолалық жоғарылауымен ауыратын 53 науқасты емдеудің қорытындысына, дәрінің қатерсіздігіне, симптомдардың клиникалық өзгерістеріне АҚ тәмендеу динамикасына талдау жасалған.

Summary

This article analyzes the relief of uncomplicated hypertensive crises with use of the drug Capoten for sublingual administration. Results of treatment of 53 patients with systolic-diastolic blood pressure elevation, the dynamics of blood pressure reduction, changes in clinical symptoms, the safety of the drug.

В последние годы отмечается рост обращений за скорой медицинской помощью и наиболее часто причинными факторами является сердечно-сосудистые заболевания, среди которых ведущее место занимает артериальная гипертензия (36,2-36,9%), часто проявляющаяся гипертензивными кризами. Несмотря на достижения медицины в области кардиологии, проблема гипертонических кризов остается одной из основных

причин сердечно - сосудистых осложнений и снижение работоспособности населения.

Гипертонические кризы (ГК) - острые и обычно значительные подъемы артериального давления, сопровождающиеся характерной клинической симптоматикой. Практически каждый больной эссенциальной гипертонией переносит в течение жизни спорадические гипертонические кризы, но есть категория больных, у которых они

следуют одни за другими с короткими интервалами, что создает сложные проблемы как для этих больных, так и для врачей. Важность догоспитального этапа первичной медицинской помощи и его существенное влияние на результативность лечения не вызывает сомнения.

Необходимо отметить, что при оказании первичной медицинской помощи нужно дифференцированно подходить к диагностике и лечению гипертонических кризов, что не всегда возможно в условиях догоспитального этапе в связи с ограниченным набором лекарственных препаратов в арсенале выездной бригады.

Несмотря на большое количество антигипертензивных препаратов, перечень медикаментозных средств, используемых для лечения гипертонических кризов, особенно на догоспитальном этапе, остается весьма ограниченным.

В комплексном лечении артериальной гипертензии широко применяются ингибиторы АПФ (ангиотензин-превращающего фермента). Это группа препаратов, которые включаются в метаболизм системы альдостерон – ангиотензин – ренин. Они уменьшают образование основного прессорного компонента этой системы – ангиотензина – 2 в системном кровотоке и в тканях, способствуют повышению в крови содержания кининов, обладающих вазодилатирующим эффектом, влияют на тонус автономной нервной системы и центры регуляции АД в головном мозге. Благодаря сосудорасширяющему действию уменьшают общее периферическое сопротивление (постнагрузку), давление заклинивания в легочных капиллярах (преднагрузку) и сопротивление в легочных сосудах, повышают минутный объем сердца и толерантность к физической нагрузке. Гипотензивное действие ингибиторов АПФ связано преимущественно с дилатацией артериол и уменьшением общего периферического сопротивления. У больных с недостаточностью кровообращения при применении ингибиторов АПФ отмечается как артериальная, так и венозная дилатация, приводящая к снижению пред- и постнагрузки на левый желудочек, уменьшению застойных явлений в малом круге кровообращения и к увеличению сердечного выброса.

Капотен – один из немногих ингибиторов АПФ, который используется для купирования гипертонического криза. Применяется сублингвально в дозе 12,5мг (1/2 таблетки), или в дозе 25мг (1 таблетка). Эффект наступает в течение 5 минут и длится 4-8 часов, что делает возмож-

ным его применение как препарата экстренной помощи у нестабильных пациентов.

Биодоступность Капотена составляет 75 %, более 95% выделяется через почки, 40-50% в неизменном виде, остальная часть в виде метаболитов. Капотен является препаратом выбора для купирования неосложненного гипертонического криза.

В силу своей хорошей переносимости и отсутствия аритмогенного эффекта, Капотен показан пациентам с сердечной недостаточностью, ИБС, нестабильной стенокардией и перенесшим инфаркт миокарда, а также пожилым и пациентам из групп риска по СС заболеваниям. Применение препарата при гипертонических кризах с гипокинетическим типом гемодинамики, с систоло-диастолическим характером повышения АД является наиболее эффективным.

Клиническая картина гипертензивных кризов может варьироваться от бессимптомной формы до специфических симптомов острых органных повреждений (одышка, боль в груди, неврологические расстройства). При отсутствии проявлений органных повреждений больной может жаловаться на неспецифические симптомы, в частности на сердцебиение, головную боль и головокружение.

Были проанализированы карты вызовов больных с гипертоническими кризами, которым в комплексном лечении применялся капотен сублингвально. Всего у 53 больных, из них мужчины составили 56,6% (30 больных), женщины – 43,4 % (23 больных). Длительность заболевания варьировала от 7 до 19 лет.

В клинической картине превалировали общемозговые симптомы: головная боль – у 84,4% больных, головокружение – у 60%, тошнота и рвота – у 35,7%, дискомфорт в грудной клетке – у 11,8%, сердцебиение – у 23,4%. Средние цифры артериального давления (АД) на момент приезда бригады СНМП составили: систолическое (АДс) – 197,2 и диастолическое (АДд) – 105,3 мм.рт.ст. При наличии кардиальных жалоб регистрировалась ЭКГ в 12 стандартных отведениях.

Капотен назначался в зависимости от уровня АД, возраста больных, с учетом медикаментов принятых до прибытия скорой помощи. Пациентам, ранее не принимавшим ингибиторы АПФ (17 больных) доза капотена составляла 12,5 мг под язык, остальным (36 больных) – 25 мг. Снижение АД после приема капотена начинается через несколько минут.

При контрольном измерении АД через 15 минут у 29 больных АДс снизилось на 23 мм.рт.ст, а АДд на 12 мм.рт.ст., у 19 больных АДс снизилось на 16 мм.рт.ст, а АДд на 10 мм.рт.ст. Через 30 минут после приема капотена у 48 больных среднее значение АДс составило 161 мм.рт.ст., АДд – 93,6 мм.рт.ст. В связи с недостаточным уровнем снижения АД у 5 больных потребовалось дополнительное введение мочегонных (лазикс 2-4 мл. в/венно) препаратов.

Параллельно гемодинамическим сдвигам наблюдалось значительное клиническое улучшение у 91% больных, что проявилось уменьшением головной боли, головокружения, прекращением тошноты и рвоты, исчезновением неприятных ощущений в грудной клетке. После проведенной терапии были госпитализированы 4 больных в связи с резистентностью к препаратору, остальным больным было рекомендовано амбулаторное лечение под наблюдением участкового врача. Побочные эффекты при лечении капотеном не наблюдались.

Выводы: сублингвальное применение капотена у больных с неосложненным гипертоническим кризом с гипокинетическим типом гемодинамики и систоло-диастолическим характером

повышения АД позволяет добиться клинически значимого снижения АД в течение 15-30 минут у большинства пациентов. Таким образом, капотен для сублингвального применения может быть рекомендован как гипотензивный препарат выбора для снижения АД у больных артериальной гипертензией на догоспитальном этапе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Руководство по скорой медицинской помощи. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 816 с. Под редакцией Багненко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г., М.Ш. Хубутия.
2. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях: Руководство для врачей./ Под редакцией Верткина А.Л. Астана: РГКП «Дирекция административных зданий Администрации Президента и Правительства Республики Казахстан» УДП РК, 2004.-392 с.
3. Неотложная кардиология. Джанашия. Медицина.2006.- 288 с.
4. Антигипертензивные средства: выбор препаратов при артериальной гипертензии у пожилых людей, больных с некоторыми сопутствующими заболеваниями, при гипертензивном кризе. Аракелова В.В. Монография.- Алматы, 2004.- 220 с.
5. Гипертонические кризы (диагностика, лечение, осложнения) М.: Медицинская книга, Н. Новгород: Издво НГМА 2001.- 61 с.

УДК 616.89-008.42/.44-06

ОСОБЕННОСТИ ТЕЛЕСНЫХ СЕНСАЦИЙ В СТРУКТУРЕ ТРЕВОЖНОЙ ДЕПРЕССИИ

Б.А. САЯТОВА

ГУ «Талдыкурганский региональный психоневрологический диспансер», г. Талдыкурган

Резюме

Анализ соматопсихических ощущений в структуре тревожной депрессии показал их взаимозависимость с аффектами тревоги и страха и позволил определить наиболее характерные для этих аффектов признаки соматопсихических ощущений.

Тұжырым

Үрейлі депрессия құрылымның соматопсихикалық сезімдердің анализі олардың үрей мен қорқыныш аффектімен өзара тәуелділігін көрсетті және осы аффекттерге сай соматопсихикалық сезімдердің көріністерін анықтауга мүмкіндік берді.

Summary

The analysis of the somatic psychic sensations at structure of alarm depression has shown their interdependence with fit of the alert and awe and has allowed to define the most typical of these fit signsomatic psychic sensation.

В клинической психиатрии накопилось много фактов, свидетельствующих о том, что аффективные расстройства, в частности тревожного полюса, сопровождаются теми или иными соматопсихическими ощущениями. Практическая важность изучения телесных сенсаций при аффективной патологии подчеркивалась многими исследователями [1-3]. Э. Кречмер одним из первых отметил неразделимость элементов ощущений и эмоций в телесном чувствовании. Обосновывая это положение, он указывал на определенные аффективно-ощущенческие взаимоотношения при психозах страха, невротических состояниях страха и при депрессиях [4-5]. Дальнейшее развитие эти идеи нашли в трудах М. И. Аствациатурова, который считал, что телесные ощущения входят в структуру элементарного аффективного переживания. Ряд исследователей уделили значительное место телесным ощущениям при описаниях аффектов тревоги и страха [6].

В последние десятилетия отмечается тенденция к «соматизации» психозов, что, по мнению А. В. Снежневского, обусловлено, прежде всего, улучшением диагностики тех форм аффективных расстройств, которые протекают с преобладанием соматических симптомов. Систематика соматопсихических расстройств в большинстве работ последних лет основывается на их локализации или анатомо-физиологической проекции. Значительно менее освещен вопрос о взаимоот-

ношениях соматопсихических ощущений с различными типами аффекта и степенью его выраженности [7-11].

Целью настоящего исследования является изучение психопатологии телесных сенсаций при тревожной депрессии, с учетом взаимосвязи между тревожным аффектом, аффектом страха и соматопсихическими ощущениями. **Основной метод исследования** клинико-психопатологический. Телесные сенсации оценивались по ряду признаков: характеру испытываемых ощущений, способу распространения ощущений, локализации ощущений по анатомическим областям и внутренним органам. Учитывались также склонность ощущений к миграции в теле, интенсивность ощущений, степень нарастания и уменьшения интенсивности, периодичность, субъективная тяжесть. Степень выраженности аффектов тревоги и страха была различной: от легкого беспокойства, переживания напряженности и волнения до выраженной тревоги с ожиданием неприятностей, беды; вплоть до страха с нарушением элементарного поведения и переживанием непосредственной угрозы физическому существованию.

Результаты исследования: было исследовано 60 больных: 41 женщина и 19 мужчин. Гендерное распределение больных: от 18 до 30 лет - 20 больных, от 30 до 40- 20 больных, от 40 до 50 - 11; и от 50 до 60 - 9 человек. У 27 человек был диагностирован маниакально-депрессивный пси-

хоз(45±6%), у 25 (41±6%) — шизофрения, невротические депрессии у 3 (5±3%), резидуальные органические поражения головного мозга у 5 (8±4%). Было выявлено 3 типа соматопсихических ощущений с характерными для них особенностями. Ощущения различных типов нередко отмечались одновременно в различных анатомических областях.

1-й тип. В характеристиках ощущений такого типа обращает на себя внимание указания на «термичность». Больные жаловались на «жжение», «горение», «покалывание», «пощипывание», «холодные колики», «жжет - огнем», «не болит, а как горячо», «режет холодными жгучими иголками», «спазмы жжения», «как изморозь на сердце» и т. д. Ощущения такого типа могли охватывать от одной до нескольких анатомических областей (65±6%). Локализация ощущений часто менялась, обнаруживая склонность к миграции в большинстве наблюдений (92±5%). Изменение локализации происходило постепенно в течение нескольких часов или дней. Описанные ощущения чаще возникали или усиливались в вечернее или ночное время.

2-й тип ощущений отличался большей интенсивностью и алгическим характером. Больные жаловались на острые, колющие, режущие боли, пристрелы, на ощущение прохождения через тело электрического тока, «кусающую боль» и т.д. Локализация этих сенсаций, вследствие их выраженной склонности к быстрой миграции (в 72±8%о), мгновенного распространения на различные анатомические области, определялась с трудом. Неожиданно возникнув, такие ощущения мгновенно достигали максимальной интенсивности. Данному типу ощущений была присуща пароксизмальность, кратковременность (обычно несколько минут, реже часов).

3-й тип ощущений характеризовался не столько остротой и болезненностью, сколько «тяжостным переживанием внутреннего движения, динаминости. Больные жаловались на ощущения внутреннего дрожания, дергания, пульсации, перемещения, шевеления, переливания. Наиболее часто такие ощущения возникали в руках, ногах, голове, имели более поверхностный характер. Воспринимались они как неприятные, приковывающие внимание, но переживались менее тяжостно, чем ощущения 1-го и 2-го типа. Определенной периодичности возникновения ощущений данного типа не прослеживалось. Локализация телесных сенсаций всех выделенных ти-

пов могла быть самой различной. Чаще они отмечались в голове (68±6%) и грудной клетке (65±6%), эпигастральной области (28±6%), верхних и нижних конечностях (28±6%), нередко одновременно в различных областях. Рассмотренные ощущения субъективно воспринимались больными как странные и необычные. В большинстве случаев больные самостоятельно отличали их от ощущений, характерных для соматических заболеваний. Странность и необычность заключалась, прежде всего в аффективной охваченности, стойкой фиксации внимания па испытываемых ощущениях, их мучительной болезненности, изменчивости и непостоянстве, невозможности осознавания причин их возникновения. Можно было проследить определенные взаимозависимости между степенью выраженности аффектов тревоги и страха и типом соматопсихических ощущений. Основная масса телесных сенсаций (80±5%) сопровождалась тревогой с чувством постоянного внутреннего напряжения, волнения, беспокойства. Для ощущений 1-го типа корреляция с уровнем тревожного аффекта была достаточно высокой. При нарастании тревоги усиливалась миграция в теле, сенсации становились более острыми, болезненными, возрастала их интенсивность. Ощущения 3-го типа появлялись уже при легком беспокойстве. При выраженных степенях тревожного аффекта ощущения 3-го типа уступали место ощущениям 1-го и 2-го типов. Интенсивные болезненные ощущения 2-го типа сопровождались страхом. Максимальная интенсивность, мгновенная миграция ощущений отмечалась при наибольшей выраженности аффекта страха, когда возникало чувство надвигающейся соматической катастрофы, неминуемой гибели, предчувствие близкой смерти [12-14].

Таким образом, анализ соматопсихических ощущений в структуре тревожной депрессии показал их взаимозависимость с аффектами тревоги и страха и позволил определить наиболее характерные для этих аффектов признаки соматопсихических ощущений: субъективно переживаемую остроту ощущений, повышенную склонность к миграции в теле, дискретный, прерывистый их характер, периодичность со склонностью к приступообразности. В зависимости от преобладания ряда признаков выделено три типа соматопсихических ощущений: 1-й и 2-й с более тяжостным переживанием остроты и болезненности и 3-й с тяжостным переживанием внутреннего движения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Невзорова Т. А. В кн.: Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Л., 1963. - 145 с.
2. Пападопулос Т. Ф. В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, лечения. Москва—Базель, 1970. - 81 с.
3. Эглитис И. Р. Сенестопатии. Изд. «Зинатне», Рига, 1977.
4. Кречмер Э. Медицинская психология. М., 1927.
5. Кречмер Э. Мед. биол. журнал, 1928, № 3-4.
6. Аствацатуров М. И. Избранные работы. Л., 1989.
7. Суханов С. А. О меланхолии. Спб., 1906.
8. Крепелин Г.. Учебник психиатрии. М., 1910.
9. Чиж В. Ф. Учебник психиатрии. Киев, 1911.
10. Рыбаков Ф. Е. Циклофrenия (круговой психоз). М., 1914.
11. Каннабих Ю. В. Циклотимия, ее симптоматология и течение. Дисс. М., 1914.
12. Becker L. G. Organverteilung bei Hypochondrie. Miinch. 1968.
13. Serry D., Serry M., Med. J. Aust, 1969, v. 56/1, 334 p.
14. Ануфриев А. К. Ж. невропатол. и психиатр, 1978, т. 78, вып. 6.

УДК 616.833.58-009.7-053.2:615.84

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕВРОПАТИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА

К.М. БЕКТУРГАНОВА

Республиканская детская клиническая больница «Аксай», Алматинская область

Резюме

Проблема невропатии седалищного нерва у детей обусловлена наличием выраженного болевого синдрома, нарушением функций нижних конечностей и ухудшением качества жизни. Определена клиническая эффективность и безопасность применения физиотерапевтических процедур, массажа и лечебной физкультуры в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы у детей.

Тұжырым

Балалардағы шонданай нерві невропатиясының проблемасы айқындалған ауырсыну синдромының болуына, кол аяқ қызметінін бұзылуына және өмір сапасының нашарлауына байланысты. Балалардағы перифериялық нерв жүйесінің кешенді терапиясында физиотерапиялық емшараны, массажды және емдік деңешінің тұрды колданудың клиникалық тиімділігі және қауіпсіздігі анықталған.

Summary

Neuropathy of the sciatic nerve problem in children due to the presence of marked pain syndrome, lower extremity dysfunction and deterioration of quality of life. Determined by the clinical efficacy and safety of physiotherapy, massage and physical therapy in the treatment of diseases of the peripheral nervous system in children.

Актуальность проблем невропатии седалищного нерва у детей обусловлена наличием выраженного болевого синдрома, нарушением функций нижних конечностей и ухудшением качества жизни. Этиология заболевания полифакторная, но ведущую роль занимает травматическое повреждение, в результате которого формируется стойкий неврологический дефицит.

Цель работы. Определить клиническую эффективность и безопасность в комплексной терапии заболеваний периферической нервной системы у детей путём применения

физиотерапевтических процедур, массажа и лечебной физкультуры.

Материалы. Исследования, проведенные в отделении восстановительной терапии Республиканской детской клинической больницы «Аксай». Оценка эффективности комплексного лечения проведена у 10 пациентов в возрасте от 1 года до 15 лет с невропатией седалищного нерва. Всем детям были проведены анамнестические, клинико-неврологические, нейрофизиологические обследования, электромиография и электродиагностика. Мышечная сила оцени-

валось по Международной шкале комитета медицинских исследований (0-5 баллов) по разработанной шкале мышечной гипотонии и состоящей из следующих характеристик: А - легкая степень; Б - умеренная степень; В - выраженная степень. Оценка сниженной рефлексорной деятельности: 1 балл - гипорефлексия; 2 балла - гипорефлексия с истощением рефлексов; 3 балла - арефлексия. Выраженность болевого синдрома: резко выраженная боль. Анамнестические данные: травматический характер поражения.

Методы. Наряду с медикаментозным лечением было проведено следующее физиотерапевтическое лечение: для снятия болевого синдрома был назначен электрофорез с 2% раствором новокаина и амплипульстераия. Амплипульстераия - применение синусоидально - модулированных токов (СМТ), которые оказывают выраженное обезболивающее, трофическое действие, снижают возбудимость вегетативных ганглиев. Электроды накладываются по ходу седалищного нерва кратностью 10-15 дней ежедневно или через день, в год 3- 4 курса. С целью рассасывания проведен электрофорез с лидазой и 2% раствором калий йода. Электрофорез - применение непрерывного постоянного электрического тока низкого напряжения для создания в коже депо лекарственного вещества. Основные терапевтические эффекты: трофическое, противоспазмоторное, седативное действие. Курс лечения 10-15 дней, в течение года дети получали 3-4 курса. С целью восстановления местного кровообращения назначены тепловые процедуры - озокеритовые аппликации. Озокерит обладает большой теплоемкостью и низкой теплопроводностью. Основные терапевтические эффекты - тепловой, компрессионный, сосудорасширяющий, противовоспалительный, антиспастический. Курс лечения 10-15 дней, 5-7 курсов в течение года. Для повышения тонуса мышц дети получали массаж по 10-15 дней, 6-7 курсов в течение года.

Лечебная гимнастика как метод восстановительной терапии (тренировка нервно-мышечного аппарата) помогает развитию компенсаторных функций благодаря динамической перестройке нервной системы и непосредственной тренировке мышц. Развитые компенсаторные функции можно постепенно расширять, используя мышцы-синергисты с сохранившейся иннервацией. Назначая средства ЛФК при травмах периферических нервов необходимо

учитывать особенности функции верхних (координационная деятельность) и нижних (опорная функция) конечностей.

Лечебная гимнастика назначалась с первых дней лечения в виде следующих физических упражнений: пассивные движения, при которых сближаются точки прикрепления паретичных мышц и растягиваются антагонисты; упражнения с помощью здоровой конечности, с помощью инструктора и с использованием гимнастического снаряда (для упора); активные движения; особое значение имеют упражнения для симметричных конечностей, так как возможно реперкуссионное воздействие на пораженную конечность. В начале курса (при остром процессе) преимущественное внимание уделяют упражнениям для здоровой конечности; постепенно по мере уменьшения болевых ощущений, вовлекают в специальную тренировку и пораженную конечность.

Быстрое истощение повреждённого нервно-мышечного аппарата требует назначения лечебной гимнастики индивидуальным и групповым методами от 5 до 30 минут в виде дробных нагрузок 2-4 раза в течение дня. С первых дней реабилитации обязательным для паретичной конечности является коррекция положением при помощи наложения ортопедических шин, лонгет, артезов, что вместе с физическими упражнениями предупреждает развитие контрактур, растяжение паретичных мышц и связочного аппарата сустава. Развившиеся контрактуры разрабатывались бережно, не допуская болевых ощущений и грубых силовых нагрузок. Важно своевременно замечать появления произвольных движений, выбирая оптимальные исходные положения, стремиться стимулировать развитие имеющихся активных движений. Для этой цели назначаются упражнения с дозированным сопротивлением, на сокращение паретичных мышц и растягивание антагонистов, упражнения с гимнастическими снарядами и предметами (валики, мячи разных размеров, палочки, шарики, коврики, звуковые игрушки, гимнастическая стенка, скамейка). Хороший лечебный эффект дают упражнения в воде (ванны и ванночки для конечностей), продолжительностью 10-20 минут. Покой и движение в различные периоды травматического процесса не исключают, а дополняют друг друга, их применяют комбинированно; их роль зависит от фазы процесса.

Таблица 1. Динамика эффективности лечения

возраст	гипорефлексия	Снижение силы мышц (баллы)	Гипотония мышц
1 – 3года	2	3	В
3 – 10лет	3	1-3	Б
10 – 15лет	2	2	А, Б

Для восстановления функции нижней конечности необходимо упражнять все её мышцы, сосредотачивая особое внимание на укреплении и развитии паретичных мышц.

Выводы. После курса комплексной терапии отмечался положительный эффект. Значительная динамика наблюдалась при острых процессах в раннем восстановительном периоде болезни.

УДК 616.6-073.48

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

П.С. ПЕТАНОВ

Городская больница №2, г. Тараз

Резюме

В статье приводятся классификация ультразвукового исследования мочевыделительной системы.

Тұжырым

Макалада зәп шығару жүйелерін ультрадыбыстық зерттеудің жіктемесі келтірілген.

Summary

This article describes the classification of ultrasound research the urinary system.

Ультразвуковое исследование почек (УЗИ почек) – это неинвазивная процедура, с помощью которой можно установить форму, размер и местоположение почек. Методика **ультразвукового исследования почек** позволяет быстро визуализировать почки, оценить их структуру. С помощью **ультразвука почек (УЗИ почек)** можно оценить почечный кровоток. Выявить патологические состояния почек, в частности, аномалии количества почек (удвоение или отсутствие), аномалии сращения, структуры, аномалии положения почек (обе почки располагаются на одной стороне, или опущены), а также признаки воспаления, мочекаменную болезнь, опухоли (как доброкачественные, так и злокачественные) и так далее.

Ультразвук может с успехом использоваться во время беременности или при наличии аллергии на контрастные вещества, применяемые для других исследований. Перед проведением УЗИ почек не требуется никакой специальной подготовки. Ультразвуковое исследование не вызывает болевых или неприятных ощущений.

Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря на сегодняшний день является наиболее безопасным и эффективным средством диагностики заболеваний мочевыделительной системы. Необходимо помнить, что своевременно проведенное УЗИ почек поможет избежать серьезных заболеваний. Плохая экология, распространенность многих заболеваний, травмы часто оставляют след на нашем здоровье. Про-

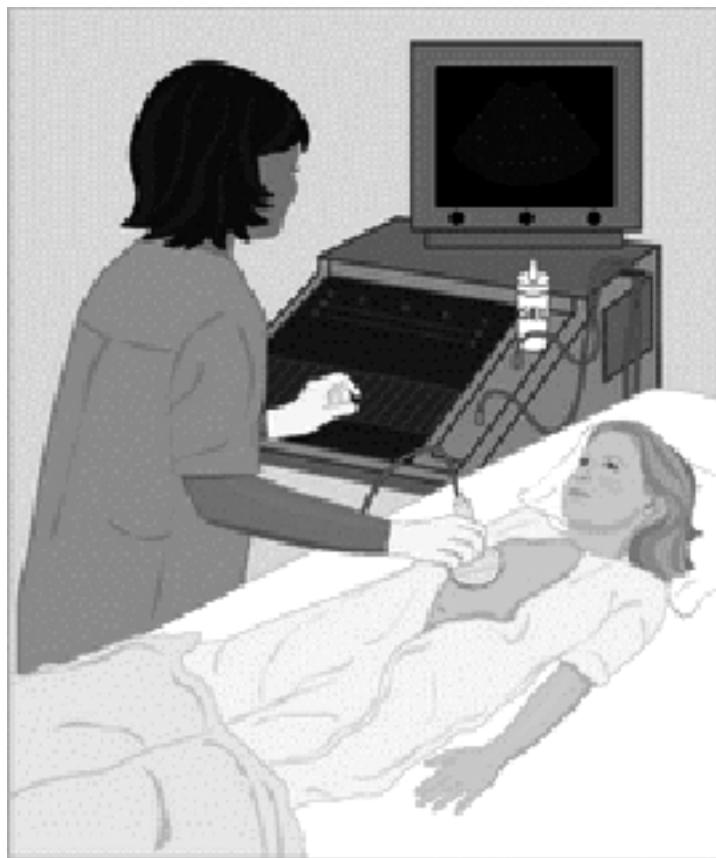


Рисунок 1. Процесс ультразвукового исследования

блемы с почками это довольно частый вопрос, который мешает нормально жить человеку. Ко всем заболеваниям такого рода приводят многочисленные факторы. Очень часто причиной заболевания становятся острые и хронические инфекционные заболевания, неконтролируемый прием лекарственных препаратов, несбалансированное питание, которое увеличивает нагрузку на почки. Современная диагностика различных заболеваний почек невозможна без ультразвукового исследования.

Показания к ультразвуковому исследованию почек (УЗИ почек)

Основными показаниями для проведения данного обследования являются:

- боли в поясничной области;
- изменение клинических анализов мочи;
- ушибы и травмы;
- частое повышение давления;
- диагностика новообразования почек;
- почечные колики.

Если у Вас возникают: поясничные боли, кровь при мочеиспускании, боли в паху, пройдите УЗ-исследование. При мочекаменной болез-

ни ультразвуковая диагностика высокоэффективна как в выявлении конкрементов (визуализируются камни любого химического состава, в то время для рентгенологических методик камни, состоящие из мочевой кислоты, остаются невидимыми); так и осложнений мочекаменной болезни - расширение мочевых путей, их обструкция, уровень локализации конкремента. Проводится оценка выраженности диффузных заболеваний почечной паренхимы; выявление кист, опухолей как доброкачественных (аденомы, аденомиолипомы), так и злокачественных.

При помощи ультразвукового исследования можно выявить:

- мочекаменную болезнь;
- доброкачественные опухоли почек;
- злокачественные опухоли почек;
- структуру почек;
- кисты;
- гнойнички.

УЗИ почек позволяет доктору выявить заболевания на ранних стадиях их развития, подтвердить или точно установить диагноз, также врач сможет следить за ходом заболевания и лечения,

позволяет вносить своевременные изменения в схему лечения.

Перед ультразвуковым исследованием почек (УЗИ почек)

Состояния, при которых могут возникнуть трудности во время ультразвукового исследования почек (УЗИ почек):

- наличие в кишечнике бария после недавней процедуры исследования с барием
- газ в кишечнике
- выраженное ожирение

В тех случаях, когда наблюдаются признаки метеоризма, следует некоторое время перед УЗИ соблюдать диету, ограничивая себя в таких продуктах, как свежее молоко, хлеб, грубоволокнистая клетчатка.

Подготовка к УЗИ мочевого пузыря заключается в том, чтобы пациент в момент исследования ощущал позывы к мочеиспусканию, поэтому за час-два перед исследованием следует выпить 1-1,5 литра негазированной жидкости.

УЗИ мочевого пузыря

Что касается **УЗИ мочевого пузыря**, то данное исследование позволяет выявить аномалии развития мочевого пузыря, камни, а также опухоли. Стоит отметить, что опухоли именно мочевого пузыря в подавляющем своем большинстве являются злокачественными, а потому УЗИ мочевого пузыря очень важно для своевременной постановки диагноза и своевременном же лечении.

Как работают почки?

В организме питательные вещества пищи преобразуются в энергию. После того, как в организм поступает пища, которая была необходима, ненужные вещества выделяются через кишечник или остаются в крови. Почки и мочевыводящие пути выводят такие химические вещества, как калий и натрий, обеспечивают водный баланс, выводят азотистые шлаки (мочевина). Мочевина секретируется из белковых веществ- мясо, птица, некоторые овощи, которые расщепляются в организме. Мочевина с кровотоком поступает в почки. Почки — парные органы багрово-красного цвета, расположенные ниже ребер в середине поясницы.

Функции почек:

- удаляют избыток жидкости из крови в форме мочи
- поддерживают солевое равновесие в крови
- производят эритропоэтин, гормон, который стимулирует образование эритроцитов
- регулируют кровяное давление

Камни в почках

Возникновение камней в почках, прежде всего, связано с нарушением обменных процессов в организме, при которых происходит повышение в моче концентрации различных солей, выпадающих в виде кристаллов. Эти кристаллы (фосфаты, ураты, оксалаты) дают начало росту камня. Размеры камня почки могут варьировать от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, форма - от округлой в виде небольшой песчинки до крупного образования причудливой древовидной формы, так называемые коралловые камни. Камни почки оказывают травмирующее влияние на внутреннюю оболочку чашечек и лоханок, являющихся резервуарами мочи. Микротравмы могут провоцировать вспышки пиелонефрита, цистита, почечную колику. Камни почки достаточно больших размеров или камни, спустившиеся в мочеточник, могут нарушать отток мочи. Это приводит к гидронефрозу - резкому, кистообразному расширению чашечек и лоханок почек. Исходом может быть нарушение функции почки, а в тяжелых, запущенных случаях гибель органа.

Диагностика камней в почках при УЗИ позволяет установить размер камня, его расположение в почке, а также обнаружить осложнения - изменения структуры почки, нарушении оттока мочи. Где сделать УЗИ почек и мочевого пузыря

УЗИ мочевого пузыря и почек - метод, позволяющий правильно диагностировать многие аномалии, заболевания, при этом практически не вмешиваясь в человеческий организм. Однако, во-многом результат зависит и от мастерства, опыта доктора, проводящего УЗИ, а также от оборудования. Поэтому вопрос о том, где сделать УЗИ почек и мочевого пузыря — далеко не праздный.

Современные технологии дают возможность и врачам и пациентам диагностировать различные заболевания максимально быстро и четко, и такую возможность упускать не следует. В такой области, как диагностика заболеваний, четкость и скорость первостепенно важны — здоровье нельзя «отложить на потом».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Митьков В.В. «Справочник по ультразвуковой диагностике».
2. Курбатов Д.Г., Дубский С.А. «Лучевая диагностика острого пиелонефрита».
3. Комаров Ф.И. «Комплексная лучевая диагностика органов брюшной полости и забрюшинного пространства».
4. Быковский В.А. «Ультразвуковая семиотика острого пиелонефрита».
5. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. «Неотложная урология»

УДК 616.137-004.6-073/-079

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Н.С. КАМАЛОВА

Городская поликлиника №1, г. Тараз

Резюме

В статье описаны облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей.

Тұжырым

Мақалада қолқаның облитерациялайтын аурулары және аяқтардың күре тамырлары сипатталған.

Summary

The article describes obliterating diseases of the aorta and lower extremity arteries.

Хронические облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей (обусловленные в большинстве случаев атеросклерозом) составляют более 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии, что соответствует 2–3% от общей численности населения. Так, в эдинбургском исследовании (1990) пациенты с перемежающейся хромотой составили 4,5% в возрастной группе от 55 до 74 лет, а асимптомные поражения отмечены в 8% случаев. Показательно, что лечащие врачи только 30–50% пациентов знали о наличии у последних перемежающейся хромоты.

Патоморфология и патогенез. Различают 4 вида атеросклеротических изменений сосудов:

1. Жировые пятна или полоски, представляющие собой участки бледно-желтого цвета, содержащие липиды, не возвышающиеся над поверхностью интимы. Это наиболее ранние проявления атеросклероза.

2. Фиброзные бляшки овальные или округлые образования, содержащие липиды, возвышающиеся над поверхностью интимы, нередко сливающиеся в сплошные бугристые поля.

3. Фиброзные бляшки с различного рода осложнениями: изъязвлением, кровоизлиянием, наложением тромботических масс.

4. Кальциноз отложение в фиброзных бляшках солей кальция.

Наиболее значительные атеросклеротические изменения чаще всего локализуются в местах наибольшего гемодинамического или механического воздействия на стенку сосуда: зонах бифуркаций, местах отхождения магистральных артерий от аорты и в извитых участках артерии.

По данным J.S.A. Fuchs, к ведущим факторам риска развития атеросклероза относятся артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия и курение. В меньшей степени влияют ожирение, сахарный диабет, гипертриглицеридемия, сидячий образ жизни, стресс и наследственность.

Современные методы диагностики расстройств периферического артериального кровообращения отличаются широтой диапазона одни используются для уточнения клинического диагноза, характера и степени поражения сосудов, другие для оценки эффективности проводимого лечения либо динамического наблюдения за больным. С целью изучения гемодинамики в нижних конечностях и топической диагностики поражений артериального русла используют следующие инструментальные методы исследования: ультразвуковая допплер-сфигмоманометрия, тренд-мил-тест, ультразвуковое ангиосканирование, в том числе дуплексное, и рентгеноконтрастная аортография. Кроме этого, необходимо определять показатели липидного обмена, свертывающей системы и реологических свойств крови.

Терминология и клиническая классификация. В клинической практике для обозначения заболеваний брюшной аорты, приводящих к ее сужению или окклюзии, часто употребляют термин синдром Лериша, который обобщает картину поражения бифуркации брюшной аорты и подвздошных артерий. Основными особенностями клинического течения этого поражения являются высокая перемежающаяся хромота (боль в конечности при ходьбе), двустороннее отсутствие пульса на артериях и импотенция. Примерно у

30% пациентов с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей атеросклеротический окклюзирующий процесс локализуется в брюшном отделе аорты, у 70% больных в артериях бедренно-подколенного сегмента. Тактические вопросы в выборе того или иного метода лечения при атеросклеротическом поражении аорты и артерий конечности основываются на выраженности хронического ишемического синдрома, который классифицируется по 4 стадиям заболевания. Преобладающей системой оценки являются классификация R. Fontaine и А.В. Покровского.

При 1-й стадии заболевания боль в нижних конечностях появляется только при большой физической нагрузке, она не связана с проходящим пациентом дистанцией.

Для 2-й стадии характерно появление лимитирующей боли при ходьбе (лимитирующая перемежающаяся хромота). С тактических позиций эту стадию подразделяют на 2А (проходимая дистанция без боли более 200 м) и 2Б (появление болей при ходьбе на расстояние менее 200 м). Боль в конечности в состоянии покоя характеризует 3-ю стадию, появление язвенно-некротических изменений 4-ю стадию заболевания.

Хирургическая тактика и определение степени операционного риска. Принципиальной общеизвестной позицией в выборе метода лечения в соответствии с данной классификацией считается необходимость восстановления магистрального кровотока с применением реконструктивных операций, начиная со стадии 2Б.

При решении вопроса об оперативном лечении необходимо учитывать мультифокальный характер атеросклеротического поражения и наличие сопутствующей патологии, отягощающей состояние больных. По нашим данным, около 70% пациентов страдают ишемической болезнью сердца, у каждого 4-го выявляют постинфарктный кардиосклероз и хроническую недостаточность мозгового кровообращения, у половины больных имеется гипертоническая болезнь в сочетании с хроническими заболеваниями легких. У 35% - заболевания желудочно-кишечного тракта и у каждого 7-го - сахарный диабет.

Принципы консервативного лечения. Одним из главных направлений консервативного лечения является улучшение реологических свойств крови. И это не случайно, так как у больных имеются выраженные отклонения реологических характеристик: повышение уровня фибриногена в плаз-

ме, увеличение времени агрегации тромбоцитов, вязкости крови и плазмы, уменьшение фибринолитической активности крови и изменение показателей тромбоэластограммы в сторону гиперкоагуляции.

Среди лекарственных средств, используемых для консервативной терапии, выделяется несколько групп: 1. Спазмолитики: периферические миолитики (папаверин, дротаверин, бенцилан), препараты блокирующие а-адренорецепторы или преганглионарную передачу импульса (кофеин, празозин), центральные холиномиолитики (толперизон, баклофен), вещества с разносторонним действием (абана). 2. Дезагреганты: пентоксифиллин, ацетилсалициловая кислота, ксантиноиды, никотинат, тиклопидин, реополиглюкин. 3. Антиатеросклеротические средства: препараты, блокирующие всасывание холестерина из кишечника (холестирамин), тормозящие биосинтез и перенос холестерина и триглицеридов (производные фиброевой кислоты клофибррат, ципрофибррат) и статины (ловарстин, симвастатин), другие средства (никотиновая кислота). 4. Препараты метаболического действия: солкосерил, актовегин и др. 5. Ангиопротекторы: пирикарбат и др.

Особо хочется подчеркнуть, что важное место в общем арсенале лечебных мероприятий у больных с облитерирующими заболеваниями аорты и артерий нижних конечностей занимает дозированная ходьба терренкур, которая способствует развитию коллатерального кровообращения. Сугубо консервативное лечение показано больным с хронической артериальной недостаточностью 1-й стадии и 2А, у пациентов со стадией 2Б и критической ишемией с развитием язвенно-некротических поражений встает вопрос о необходимости восстановления магистрального кровообращения. Благодаря возможностям современных технологий в последние годы появилось много работ по применению баллонной ангиопластики у пациентов с различной локализацией окклюзионно-стенотических поражений артерий таза и нижних конечностей.

Однако не во всех случаях удается применить баллонную пластику вследствие окклюзии аорты или распространенных окклюзий артерий. Попытки реканализации в этих случаях опасны развитием тромбоза магистральных артерий (нередко с тромбозом периферического русла), что неминуемо ведет к ампутации конечности в 60% случаев, а нередко и к летальным исходам.

Виды реконструктивных хирургических вмешательств. При высокой окклюзии аорты, двусто-

роннем поражении артерий конечностей в зависимости от тяжести состояния больного выполняют операции от аортобедренного бифуркационного или линейного шунтирования до подмышечного- или подключично-бедренного бифуркационного шунтирования. Если критическая ишемия имеется только с одной стороны, то при поражении подвздошной и бедренной артерии на контрлатеральной конечности выполняется одностороннее перекрестное подвздошно-бедренное, подмышечно - или подключично-бедренное шунтирование.

На современном этапе реконструктивные операции занимают ведущее место в лечении этих больных. Количество таких операций постоянно увеличивается, значительно расширяется их объем, что дает возможность сохранить конечность даже при тяжелых формах хронической артериальной недостаточности. Для рассасывания келлоидных рубцов, возникающих после операции, эффективен препарат Контрактубекс, обладающий фибринолитическим, антитромботическим и кератолитическим действием. Между тем выполнение полноценной реконструкции нередко вступает в противоречие с возможнос-

тями больного перенести оперативное вмешательство. Операции в этих случаях должны быть минимальными по травматичности и продолжительности, так как у подавляющего большинства этого контингента больных имеются тяжелые сопутствующие заболевания, резко ограничивающие функциональные резервные возможности организма [2].

Использование метода комбинированных операций, включающих баллонную ангиопластику в сочетании с открытой операцией под периуральным или местным обезболиванием, позволяет значительно сократить объем вмешательства и отказаться от сложной хирургической реконструкции на нескольких сегментах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Покровский А.В., Кошкин В.М., Кириченко А.А. и др. Вазапростан (простагландин Е1) в лечении тяжелых стадий артериальной недостаточности нижних конечностей. Пособие для врачей. М., 1999. - 16 с.
2. FowkesF.G., HousleyE., Cawood E.H./ Edinburgh artery study: prevalence of asymptomatic and symptomatic peripheral arterial disease in the general population./ Int J Epidemiol 1991; 20: 38492.

УДК 616.34-009.11-053.3

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАРДА ІШ ҚАТУ

А.Т. НҰРЫМОВ

Облыстық медициналық орталық, Қызылорда қаласы

Резюме

Макалада ерте жастағы балаларда іш кату дамуының қауіпті факторлары, себептері және оны емдеу шаралары сипатталған.

Тұжырым

В статье описаны причины, опасные факторы и методы лечения запоров у детей раннего возраста.

Summary

This article describes the causes, hazards and methods of treatment of constipation in children.

Іш қату (constipation, obstipacio - жиналу) үлкен дәретке шығу аралығының ұлғаюымен (жеке қалыптылықпен салыстырғанда) көрінетін немесе ішек босауының

Іш қату балалар арасында 10-15% анықталады, соның ішінде мектепке дейінгі балаларда 3 есе жиі байқалады. Көп жағдайда іш қатумен келген балаларда органикалық патология анықталмайды. Ауыр психомоторлы дамудан қалыс қалатын балаларда іш қату науқастардың жартысынан көбінде анықталады. Балалар церебралды параличімен ауыратын балалар көбінесе іш қатумен ауырады.

З жастан асқан балаларда үлкен дәреті апта-сана 6 реттен аз болса іш қату деп айтады. Үлкен дәрет жиілігі қалыпты, бірақ шығу кезінде ауырсыну, тығыз консистенциялы нәжіс болса, іш қату анықтамасына кіреді.

Балаларда тұрақты 7 ай бойы нәжісінің сирек болуы, нәжісінің шығу актісінің қындауы, ішектің жартылай босау сезімімен, нәжістің түрі және сипатының өзгерісімен жүретін болса, созылмалы іш қату диагнозы қойылады. Сонымен бірге бала күнделікті үлкен дәретке шыққанында күшену, ішектің толық емес босауы, нәжіс сипатының өзгерісі де («қой құмалағы», нәжіс цилиндрінің үлкен диаметрі) созылмалы іш қатуды растайды.

Балада ішек бойымен нәжіс қозғалысының қындауы келесі өзгерістерде байқалады:

- серпімділіктің және көптеп жиырылудың әлсіздігінде;

- сегментті және серпімділікке қарсы жиырылудың күшесінде (бұл кезде фрагментті «қой құмалағы» тәрізді нәжіс пайда болады)

- оқшауланған немесе нәжіс шығуының бұзылуымен және ішектің рецептрлік сезімталдығымен қосарланып жүретін ішектің гипер және гипомоторлы дискинезиясында;

- ішкі іш күйінің қысымының әлсіздігінде.

Қазіргі уақытта вазоинтестиналды пептидтің, мотилиннің, Р субстанциясының, серотониннің, гистаминнің, глюкогонның концентрациясының тоқ ішек кілегей қабатымен ішектің моторлы қызметі арасындағы байланыст туралы мәселе талқылануда. Асқазан ішек жолының гориондары, ішек қабырғасында орналасқан нысанан клеткарымен, сонымен бірге нерв талшықтарымен және жұмсақ бұлшықет клеткаларымен байланысады.

Көптеген зерттеушілер дәнекер-тігін желісінде іш қатудың дамуында жұмсақ бұлшықет қабаттары маңызды роль атқарады. Осы құрылымдардың ұздықсіз бұзылысынан ішек қабырғасының жиырылу жиілігі мен күшінің төмендеуімен бірге, оның вегетативті иннервациясының бұзылуының мегаколонның дамуына әкеледі.

Ерте жастағы балаларда іш қату дамуының қауіпті факторлары болып табылады:

- гинетикалық тұқымкуалаушылық;

- емізуі әйелдің құнарсыз тамактануы;

- перинаталды әнцефалопатия;

- бұлшықет гипотониясы;

- рапит;

- темір жетіспеушілігі;

- сиыр сүті ақузызының көтере алмауы;

- сүйекшілік ішудің жеткілікісіздігі;

- жасанды тамактандыруға тез ауыстыру;

- құрамында жоғары мөлшерде темірі бар қоспамен балаларды тамактандыру;

- бір қоспадан екінші қоспаға тез ауыстыру;
- ішек дисбактериозы;
- гипотиреоз.

Ерте жастағы балаларда іш катудың себептері өр түрлі болады және бір балада өр түрлі себептердің қосарлануы мүмкін. Ерте жастағы балаларда кен тараған себебі - тоқ және тік ішектің моторлы-эвакуаторлы қызметінің функционалды бұзылысы болып табылады. Оның негізінде ішек қабырғасының тоникалық және пропульсивті бұлшықеттік жиырылудың дискоординациясы жатыр. Ішек қызметін реттейтін гуморалды жүйелер (кининді, простагландинді, энтеринді және т.б) жағынан дисфункциясының дамуына өкелетін, орталық және вегетативті жүйке жүйесінің патологиясымен байланысты психо-эмоционалды және жүйкелік бұзылыстар ерекше назар аудартатын себеп болып табылады. Ерте жастағы балаларда іш катудың негізгі себептерінің бірі - орталық жүйке жүйесінің өсіреле бас ішлік гипертензиямен жүретін пост-гипоксиялық закымдануы. Сонымен бірге баланың ішектік энзимдердің кеш стартымен және рецептрлік аппарттың толық жетіспеушілігімен анықталған. Балаларда рахит, темір жетіспеушілігінің белсенді ағымында дамитын бұлшықет гипотониясы іш катудың себебі болуы мүмкін. Жедел ішек инфекциясынан кейінгі және ішек дисбактериозы фонында іш кату дамиды. Соңғы жылдардағы зерттеулер бойынша карнитиннің жетіспеушілігі жасанды тамактандырылатын балаларда іш катуға өкеліп соктырады. Тағаммен қысқа тізбекті май қышқылдарының жеткілікіз түсіү тоқ ішек клеткаларында энергияның жетіспеушілігіне өкелу мүмкін.

Нәжіс шығудың рефлексін қалыптастыру уақытылы болмауынан нәжіс шығу актісі бұзылысы ерте жастағы балаларда функционалды іш кату дамуында маңызды роль атқарады. Бұл бұзылыс көбінесе ұзак ұақыт үшкіл жаялық киғен балалрада кездеседі. Сирек емес ұялшақ, ұян балалрада жаңа орындарға үйрену барысында іш кату дамиды. Нәжіс шығу рефлексін болдырмай нәжіс құрамының тығыздалуына, тік ішек кілегейінің жаракатына, нәжіс шығу кезінде ауырсынуына, оның реактивті қабынуына өкеледі.

Тоқ және тік ішектің даму ақаулары - Гиршпрунг ауруы, долихосигма, анус атрезиясының жыланкөзді түрлері, ануспен тік ішектің түа болған структурасы іш кату себебі болып табылады. Егер тексеру кезінде ішектің органикалық зақымдалуы болмаса және іш кату басқа аурулар-

дың белгісі емес немесе дәрілік препараттарды қабылдаудан болмаса, онда оны функционалды іш катуға жатқызады. Ерте жастағы балаларда іш кату функционалды сипатта болады және көптең себептермен айқындалады.

Балаларда іш катуды анықтауда - тері қабатының түсіне, тіндер серпімділігіне, тілдің жағдайы, іштің түрі мен мөлшеріне назар аударылады. Ішекті пальпациялағанда анықталады: ауырсыну, ішектің жиырылу бөліктері; Гиршпрунг ауруында сигматөрізді ішек проекциясында «нәжісті тастарды» ұстап көруге болады. Иш катумен ауыратын балаларды міндетті түрде аноректалды аймакта карау керек, сонымен бірге ректалды саусақты тексеру керек, бұл кезде тік ішек ампуласындағы нәжіс жиынтығы, оның диаметрі аналды сфинктердің ішкі жағдайы бағаланады.

Балаларда іш катудың негізгі мақсаты ішек бойымен нәжіс жүруінің жылдамдығын реттеу, сонымен катар ішек ішіндеі құрам консистенциясын реттеу болып табылады. Егер бала ана сүтімен қоректенетін болса, онда бірінші орында анықталған тамактануын реттеу қажет. Асқазан ішек жолында жоғары газ түзілуіне өкелетін өнімдерді (қырық қабат, жуа, қызанақ, сонымен бірге азы, тұздалған, кептірілген, күріш) шектеу қажет. Анасының ішек қызметінін қалыптасуы, балада іш катудың төмендеуіне өсерін тигізеді.

Бір жасқа дейінгі арнайы емдік жасанды тамактандыны балада арнайы тағамдық талшықтары немесе лактулозасы бар арнайы емдік қоспаларды қолданған тиімді. Сүт қоспаларын берілген түрдегі компонентіне байланысты 4 түрге бөлуге болады: іш катуда емдік қоспаларды қолдану - балбыры тағамдық химустың түзілуіне, нәжіс жиынтығының жабысқақтық және көлемін жоғарлатады, серпімділікті қуаттандырады, сонымен бірге қалыпты микрофлорасын қалыптастырады.

Іш катуда ең маңыздысы балаға қажетті көлемде сүйықтық ішу режимін қалыптастыру қажет, ол «жұмсақ» нәжіс және ауырсынусыз нәжіс шығуына көмектеседі.

Баланың тамактану рационына тағамдық талшықтарды енгізу емдеудің қажетті бөлшегі болып табылады. Америкалық диетологтар ассоциациясы ерте жастағы балаларға күніне 5 гр.дейін тағамдық талшықтарды қолдануға кенес береді.

Бала рационында көп мөлшерде тағамдық талшықтардың болуы, олардың қорытылуының бұзылысына және кейбір нутриенттердің - кальций, темір, цинктің және т.б нашар абсорбациясына өкеледі.

Функционалды іш қатумен ауыратын балаларды емдеудің басты бағыты, газ түзілудің және ішек коликасының тәмендеуі. Осы максатта симетикон негізінде препараттар (эспумизан, Саб Симплекс және т.б.) сонымен катар ас көк, фенхел шайы.

Кейбір жағдайда нәжісті механикалық тасымалдау - газшығаруышы түтік, клизма, глицеринді свечалар, анусқа массаж жасау жақсы нәтиже береді. Бірақ жоғарыдағы тәсілдер күнделікті жасалмауы қажет, олар тек жедел жәрдем ретінде ғана қолданылуы керек.

ОЖЖ-ның перинаталды закымдалуы белгілері бар балаларда емдеу бала неврологымен бірлесіп жүргізілген тиімді (тамырлық препараттар, ноотроптар, В тобының витаминдері тағайындалады.)

Ерте жастағы балаларда іш катуды емдеудің тандаулы препараты лактулоза. Ағы ішекте серпілмейтін және қорытылмайтын синтетикалық дисахарид болып табылады. Салыстырмалы

лактулоза өзгермелі түрде тоқ ішекке түседі, онда ол көмірсуларды ерітетін ішек бактерияларына негізгі энергия көзі ретінде бифидобактерияларға жақсы өсер етеді. Ресейде жүргізілген клиникалық зерттеулер негізінде лактулоза негізінде жасалған дюфалакоммен емдеген 4 апта ішінде іш қатудың жойылуына көмектеседі. Бұнда көп науқастарда бифидо және лактобактериялардың өсуі, сонымен бірге ашытқы тәрізді санырауқұлақ, лактозонегативті энтеробактериялар, энтерококктар денгейінің тәмендеуі байқалады.

Ерте жастағы балаларда спатикалық іш катуда, спазмолитиктер қолданылады - 3-5 күн (риабал, но-шпа, папаверин) контакттылы жылу, жылы ванналар, папаверинмен, новокаин свечалар.

Іш қатумен балаларды бакылау және сүйемелдеуші емді жүргізу 6-24 ай көлемінде жүргізу қажет. Егер балада аптасына 6 нәжіс шығарудан көп болса баланың сауыққаны, ал басқа жағдайда емді жалғастырады.

*Инфекция ауруларының, ВИЧ/СПИД, туберкулездің,
маскунемдік және нашақорлықтың алдын алу –
Профилактика инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа,
туберкулеза, алкоголизма и наркомании*

УДК 616-002.5-084:614.446(574.25)

ОПЫТ СОВРЕМЕННОГО ПОДХОДА ПРОВЕДЕНИЯ МЕСЯЧНИКА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Г.С. УШКЕМПЕРОВА, М.Т. САТАБАЕВ

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Павлодар

Резюме

В данной статье представлен опыт современного подхода проведения месячника по профилактике туберкулеза в Павлодарской области.

Тұжырым

Бұл макалада Павлодар облысында туберкулезге қарсы шаралар айлығын өткізуде заманауи тәжірібесі көрсетілген.

Summary

This article presents the experience of the modern approach of the month for the prevention of tuberculosis in the Pavlodar region.

Профилактика туберкулеза является одним из приоритетных направлений Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы.

Туберкулез остается серьезной проблемой современности и общественного здравоохранения в мировом масштабе, поражает все слои населения, как бедных, так и богатых. Отмечается рост заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, трудно поддающейся лечению. Бремя туберкулеза неразрывно связано не только с огромными нагрузками на систему здравоохранения и потерями в экономике страны, но и человеческими потерями, поскольку туберкулез поражает, в основном, трудоспособное население. По прогнозам ВОЗ, в ближайшие 10 лет туберкулез останется одной из 10-ти ведущих причин заболеваемости и смертности в мире.

В период с 23 февраля по 23 марта 2012 года в Павлодарской области проведен областной месячник по профилактике туберкулеза посвященный Всемирному дню борьбы с туберкулезом 24 марта под девизом «Я остановлю туберкулез!».

Целью проведения месячника было привлечь внимание общественности, политических, общественных, религиозных и других лидеров, кото-

рые могут повлиять на проблему туберкулеза с целью изменения мнения, поведения населения и мобилизации всех сил для улучшения ситуации по туберкулезу в области и по Республике Казахстан в целом.

Успех работы по борьбе с туберкулезом в значительной степени зависит от объема и качества проводимой профилактической работы среди населения, представляя собой один из методов своевременного выявления, предупреждения и снижения риска заболевания туберкулезом.

В области проведены широкомасштабные информационные кампании с призывом пройти обследование на туберкулез.

В медицинских организациях города проведены «Дни открытых дверей» с консультацией врачей фтизиатров и фтизиопедиатров Областного противотуберкулезного диспансера.

Проведена областная конференция по межведомственному и межсекторальному взаимодействию, в которой приняли участие специалисты противотуберкулезной службы, УДГСЭН, ОЦ ФЗОЖ, ПМСП с приглашением средств массовой информации региона.

Организована трансляция видеороликов на местном и кабельном телевидении, регулярно

выходят в эфир радиопередачи как на областном радио, так и в местах массового пребывания людей.

Для привлечения внимания общественности к проблемам туберкулеза, аудио и видеоролики транслировались в общественном транспорте, ЛЕД – дисплее, бегущая строка на местном телевидении, был установлен билборд на центральной улице города, размещены плакаты в общественном транспорте города. Организована рассылка СМС «Сделай важный снимок в своей жизни, пройди флюорографию!» среди абонентов Сотового оператора «Билайн».

Для развития волонтерского движения обученные студенты медицинского колледжа привлекались на проведение мини – акций на улицах города с раздачей информационно – образовательных материалов по профилактике туберкулеза, провели тренинги в образовательных учреждениях города.

На Веб – сайте Управления здравоохранения, странице Областного тубдиспансера, все пользователи могли получить всю интересующую их информацию по противотуберкулезной службе, задать вопрос или оставить отзыв в блоге непосредственно руководству или врачу противотуберкулезного учреждения.

Областным противотуберкулезным диспансером в 2011г. провел социологическое обследование в виде анкетирования молодежи в количестве 430 человек. Мониторинг результатов опроса 2008-11гг. показал повышения уровня знаний

по профилактике туберкулеза. Но есть моменты на которое было обращено внимание в ходе информационной работы среди молодежи области.

В целях повышения качества информационно-образовательной работы, стали шире использовать современные средства и интерактивные методы работы, особое внимание стали уделять вопросам формирования у населения, в том числе подростков, знаний о ранних симптомах туберкулеза, на воспитание гигиенических навыков, на укрепления здоровья, профилактику поведенческих факторов риска.

В результате постоянной, последовательной и целенаправленной работы показатель заболеваемости в области ниже республиканского уровня.

На сегодняшний день в Казахстане достаточно сил и средств для полноценного лечения больных и оздоровления населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Статистический обзор по туберкулезу в РК / г. Алматы, 2010 . - С. 65-68
2. Роль сети первичной медико-санитарной помощи в контроле над туберкулезом. Методические рекомендации для специалистов сети ПМСП, органов ГСЭН и фтизиатров, г. Алматы, 2008. - 56 с.
3. Все о туберкулезе. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, г. Алматы, 2008. - 72 с.
4. Приказ МЗ РК №404 от 17.06.2011г. «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан».

УДК 616.831.-002.1-078

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЙ

К.Т. УСПАНОВА

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

Резюме

Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, характеризующееся разнообразной как по характеру, так по тяжести клиническими проявлениями: от назофарингита и простого носительства до генерализованных форм.

Тұжырым

Менингококты жұқпа - клиникалық көріністерінің ауырлығы, ерекшелігі және әртүрлілігімен ерекшеленетін жедел жұқпалы ауру: назофарингиттен және тасымалдаушылықтан жайылып кеткен түріне дейін болады.

Summary

Meningococcal disease is an acute infectious disease, characterized by diverse both in nature and severity of symptomatic: from nazofaringita and a simple carrier to generalized forms.

Для грамотного проведения бактериологической диагностики различных форм менингококковой инфекции на современном уровне необходимо располагать сведениями об основных биологических свойствах её возбудителей – менингококк N. Meningitidis.

В чистой культуре менингококк отнюдь не является диплококком бобовидной формы, каким он выглядит в нативных препаратах, преимущественно в мазках СМЖ. В мазке чистой культуры с питательных сред менингококк имеет вид беспорядочно расположенных круглых клеток неодинаковой величины и практически не отличим по морфологическим свойствам от многих других нейссерий, обитающих в носоглотке.

Как и все представители этого рода, менингококки грамотрицательные. Но это свойство выражено у нейссерий недостаточно четко и при малейшем нарушении техники окраски клетки менингококка могут казаться грамположительными. С целью лучшей дифференциации нейссерий от грамположительных кокков рекомендуется применять модификацию окраски по Граму предложенную Калиной Г.П.

Менингококк весьма прихотлив к условиям его культивирования. Известны его требования к наличию в питательной среде нативного белка: сыворотки крови, яичного желтка. Однако сами по себе эти субстраты являются лишь источниками ростовых факторов – вита-

минов, солей, микроэлементов, сами же нативные белки не утилизируются менингококком из-за отсутствия у него протеолитических ферментов. Поэтому в питательных средах в качестве источников азота и углерода для менингококка используются продукты триптического переваривания белка.

Менингококк для размножения требует повышенной влажности, поэтому среды должны быть свежеприготовленными, срок хранения готовых сред в холодильнике не более суток. При соблюдении указанных условий менингококк вырастет на плотных средах через 18-20 часов в виде круглых, гладких, уплощенных слегка опалесцирующих колоний, диаметр до 1 мм, голубоватых в проходящем свете, вязкой консистенции. Колонии сухие, слизистые, крошащиеся, а также пигментированные отбрасываются.

Из числа биохимических признаков важным является наличие оксидазы, как у менингококка, так и у всех представителей рода нейссерий.

Сахаролитические ферменты у менингококка выражены нечетко, степень их проявления зависит от особенностей питательной среды и практически они не могут быть рекомендованы для дифференциации менингококка от прочих видов нейссерий.

Менингококк имеет общие антигены с прочими нейссериями. Кроме того, часто в носоглотке и изредка в ликворе встречаются штаммы,

не агглютинирующиеся типовыми сыворотками, а также полиагглютина - бельные и спонтанно - агглютинирующиеся. Это ограничивает значение серологического метода идентификации менингококка.

Идентификация культур менингококка основывается на комплексе его биологических признаков. Морфологические и тинкториальные свойства (круглая форма клеток, беспорядочное расположение, полиморфизм, неравномерность краски, отрицательное окрашивание по Граму в модификации Калины Г.П. и положительная реакция на оксидазу говорят о его принадлежности к роду нейссерий. Характерный нежный рост бесцветных непигментированных колонийс обыч-

ным сывороточным агаром. Указанное сочетание позволяет повысить высеваемость менингококка из носоглоточной слизи более чем в 2 раза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. С.А. Амиреев, Т.А.Муминов, Б.А.Черкасий, К.С.Оспанов. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. Том 1. Менингокок. инф. Алматы 2007 г.
2. Л.Б. Борисов, А.М.Смирнова с соавт. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М. Медицина 1994 г.
3. Е.П. Красноженов и др. Микробиол. диагностика инф. заболеваний. Ростов на Дону, Томск .Сибирский Гос.мед.университет 2006г.
4. Л.П. Зуева, Р.Х.Яфаев Эпидемиология. Санкт-Петербург. ФОЛИАНТ 2008 г.

УДК 616.98:579.882-07

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

А.Ж. СУРАНЧИЕВ, А.Т. АУБАКИРОВА, С.Т. АЛИЕВА
Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова, г. Алматы

Резюме

В статье освещена, что полимеразная цепная реакция (ПЦР) в диагностике урогенитального хламидиоза имеет преимущество по чувствительности перед реакцией прямой иммунофлюоресценции.

Тұжырым

Макалада урогенитальді хламидиоз диагностикасында полимеразды тізбекті реакция (ПТР) тікелей иммунды флюоресценция реакциясы алдында сезімталдыры бойынша басымдылығы жөнінде жарияланған.

Summary

The article covered that polymerase chain reaction (PCR) in the diagnosis of urogenital chlamydiosis has the advantage of the sensitivity of the reactions of direct immunofluorescence.

Актуальность. Урогенитальные инфекции (УГИ) являются сложной медико-социальной проблемой современности, что обусловлено их широким распространением, тяжестью вызываемых последствий и влиянием на репродуктивное здоровье населения [1]. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 330 млн. больных УГИ, наиболее частым возбудителем которых является *Chlamydiatratachomatis*[2,3].

Социально значимым является то, что УГИ, чаще встречаясь у молодых людей, преимущественно у женщин, служат причиной бесплодия

у 17-20% супружеских пар [4]. Среди женщин, обратившихся по поводу бесплодия, у 14% была выявлена хламидийная инфекция, у 32% - уреамико-плазменная; в группе мужчин, страдающих бесплодием, хламидиоз диагностировали у 19%, урсаплазмоз у 41% [5,6].

Воспалительные заболевания органов малого таза, вызванные хламидийной инфекцией, не только приводят к нарушению репродуктивного здоровья мужчин и женщин, но и могут сопровождаться внутриутробным инфицированием плода [7,8]. Множественные экстрагенитальные

поражения (офтальмии, фарингиты, артрозоартриты) приводят к инвалидизации больных, являясь также причиной больших экономических потерь [9].

Широкое распространение хламидийной инфекции, многоочаговость патологических проявлений, склонность к диссеминированию позволяют рассматривать ее как одну из важнейших проблем, следующую по значимости за ВИЧ-инфекцией [10]. Однако, несмотря на большое количество научных исследований, посвященных хламидиозу, до последнего времени не решены многие вопросы его патогенеза, особенностей клинического течения, прогноза и терапии [11].

Цель исследования: оптимизация методов диагностики урогенитального хламидиоза у андрологических больных

Материал и методы. Обследовано 150 пациентов с торpidными формами воспаления половых органов, находившихся на лечении в отделении андрологии АО «Научный центр урологии им. Б.У. Джарбусынова» за период с января 2011 года.

Иммуноферментный анализ (ИФА) проводили на планшетном анализаторе StatFax (Австрия) с использованием тест-систем производства «Вектор Бест», Новосибирск.

Полимеразно-цепную реакцию (ПЦР) проводили на оборудовании «Realtime PCR» производства «Bio-RadLaboratory» (США), с использованием тест-систем фирмы «ДНК технология».

Статистическую обработку результатов проводили при помощи программы ExcelMicrosoftOffice2010 г. Достоверность различий полученных результатов оценивали по t-критерию Стьюдента.

Результаты. Пациенты обследованы на наличие возбудителя *C. trachomatis* основными методами лабораторной диагностики: микроскопией нативного и окрашенного мазка отделяемого из половых органов, иммуноферментный анализ (ИФА), полимеразная цепная реакция (ПЦР).

Среди общего числа обследованных наблюдали 72 (48%) больных с выраженным клиническими проявлениями уретрита. Наличие воспалительного процесса подтверждено микроскопически - количество лейкоцитов в I отделяемом уретры - от 30 до 50 и более в поле зрения. По результатам микрокопирования у 150 мужчин 54 (36%) был выявлен возбудитель *C. trachomatis*.

Методом непрямого выявления *C. trachomatis*, косвенно указывающим на наличие

возбудителя у обследуемых лиц, является ИФА. Специфические антихламидийные антитела в сыворотке крови были исследованы у 150 мужчин в возрасте от 22 до 60 лет.

Специфические IgA выявлены у 64 (42,6%) больных, IgG - у 59 (39,3), одновременно IgA и IgG - у 19 пациентов, что составляет 12,6%. У 86 (57,3%) наблюдавшихся в сыворотке крови не регистрировались антитела ни того, ни другого класса. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что метод ИФА имеет сравнительно высокую информативность, поэтому целесообразно использовать его при проведении скрининговых обследований большого потока пациентов.

В то же время, метод ПЦР показал значительное превосходство в чувствительности у больных урогенитальной хламидий с выраженным воспалением ($t=7,4$; $p<0,001$). Следует отметить, что из 33 больных с урогенитальной хламидий с подтвержденным диагнозом, у 4 (12,3%) методом ПЦР патоген был обнаружен.

Выводы. У 72 (48%) пациентов с выраженными симптомами уретрита *C. trachomatis* обнаруживается реакцией прямой иммунофлюоресценции специфические IgA у 64 (42,6%) больных, IgG - у 59 (39,3) и лишь у 4 (12,3%) методом ПЦР. Полимеразная цепная реакция (ПЦР) при диагностике урогенитального хламидиоза имеет преимущество в чувствительности перед реакцией прямой иммунофлюоресценции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абидов А.М., Эшбаев Э.Х., Файзиева Г.Б. О роли хламидийно-уреаплазмениной инфекции в возникновении бесплодия // Тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов. С-Петербург, 2003.- Т.П. - 87 с.
2. Абидов А.М., Гурдюмова Э.Р. Репродуктивные нарушения у мужчин с хроническими процессами мочеполовых органов, обусловленных ИПП // Тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов, С-Петербург, 2003.- 86 с.
3. Арифов С.С., Сабиров У.Ю. Изучение распространенности инфекций, передаваемых половым путем, среди ВИЧ-инфицированных лиц // Тезисы научных работ I Российского конгресса дерматовенерологов. - С.-Петербург, 2003.- 150 с.
4. Баткаев Э.А., Липова Е.В. Урогенитальный хламидиоз. Пособие для врачей. М., 2004. – 60 с.
5. Баткаев Э.А., Обухов И.Л. Частота выявления заболеваний, передаваемых половым путем, методом полимеразной цепной реакции // Вестник последипломного образования. Материалы V междисциплинарного симпозиума. - М., 2000. - 38 с.

6. Гасанова Т.А., Гомберг М.А. Методические подходы к лабораторной диагностике персистентных урогенитальных инфекций // VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов (тезисы научных докладов). -М., 2001. Ч.П. - С.99-100.
7. Калинина С.Н., Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Роль заболеваний, передающихся половым путем, в бесплодном браке // Урол. и нефрол. -1997. - №1. С.37-39.
8. Кан Д.В., Сегал А.С., Кульменко А.И. Диагностика и лечение хронического неспецифического простатита: методические рекомендации. М., 1980. - 30 с.
9. Кудрявцева Л.В., Мисюрина О.Ю., Генерозов Э.В. Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции. Пособие для врачей. М., 2003. - 62 с.
10. Курило Л.Ф. Инфекции, передаваемые половым путем, и генетическое здоровье населения// ИППП. 2002. - №2. - С.7-9.
11. Литвинов В.А., Бурдакова Ю.А., Черепахина Н.Е. Роль ПЦР в диагностике инфекций мочеполовой системы у детей // Журнал «Аллергология и иммунология». 2004. - том 5. - № 1. - 155 с.

УДК 616.97:579.882

ЖЫНЫСТЫҚ ҚАТЫНАС АРҚЫЛЫ БЕРІЛЕТІН ИНФЕКЦИЯНЫҢ ЖЫНЫС АҒЗАЛАРЫНЫҢ ҚАБЫНУЫНДА АТҚАРАТЫН РОЛІ

А.Ж. СУРАНЧИЕВ

Научный центр урологии им. Б.У.Джарбусынова, г.Алматы

Резюме

В статье освещена одна из актуальных проблем медицины – инфекции, передающиеся половым путем, и их последствия в репродуктивной деятельности.

Тұжырым

Мақалада медицинаның өзекті мәселелерінің бірі – жыныстық қатынаспен берілетін инфекциялар және олардың репродуктивтік қызметтеге салдары айқындалған.

Summary

The article covered one of the most pressing medical problems - infections, sexually transmitted infections and their consequences for reproductive activity.

Күйқасты безінің ауруларына қатысты мәліметтер тұрғындардың, әсіреле ерлер арасында ерекше қызығушылық тудыруды. Қазақ халқында «Секендеген жігіттің – серкештік соры бар» деген аталы сөз бар. Иә, жан жарын «жарылқаймын» деп жүріп, байқап та байқамай да, жыныстық жол арқылы таралатын инфекцияны жүқтырған жігіттің серкештік соры жанұя алдында және де дәрігерге келгенде бес елі болуы өкінішті нәрсе. Жыныстық жолмен берілетін аурулар (гонорея, хламидиоз және т.б.) әсіреле жастар арасында кен таралуда, ал осы аурулардың асқынуыны жи түрлерінің бірі простатит, яғни жедел немесе со зылмалы түрде өтетін күйқасты безінің қабынуы.

Еркектер мен әйелдер жыныс мүшелерінің қабынуы соңғы он жылдағы деректерге сүйенсек, жыныстық қатынас немесе үйленген сексуалды жұптардың урогенитальді инфекциялары на байланысты.

Қабыну процестерін қоздыратын белгілі инфекциялық агенттерден басқа қүйқасты еркектік

безінің (простата) ұрық бездерінің (везикулит) еннің қосалқы безінің, үрпінің қабынуын қоздыратыны белгілі (грам+, грам-, кейбір вирустар) инфекциялық агенттерден басқа, эпителиалды клетка ішінде паразиттеп өмір сүргіш: хламидии, уреаплазма, микоплазма; олардан өзгеше: қынаптық гарднерелла, урогениталды герпес, цитамегаловирус деген қатерлі де кесаптты микробтар, вирустар жиі кездеседі.

Бұлар жүқпалы микробтар және жыныстық қатынаста онай тарқайды, сондықтан да жыныс қатынас жолдары арқылы тарайтын инфекциялар тобына жіктеледі. («Классикалық» венерологиялық қоздырығыштар өз алдына басқа, шатастырмау қажет).

Жанұяда қос жардың немесе жыныстық қатынаста жүрген қосақтың жыныс мүшелерінің жасырын қабынуып, ауруына себепші болатын, көп жағдайларда, жоғарыда аталған инфекциялық агенттер. Осы бір инфекциялар мен олардың шакыратын аурулары жайлы көптеген ғылыми зер-

ттеулер жүргізілген. Көптеген мәселелер шешімін тапты, емдік шаралар жолға қойылған, әрине дер кезінде дәрігерге көрінген абзal.

Хламидии дегеніміз грам әдісімен бояғанда грам минустік болатын өзіндік даму циклі бар, бүкіл әлемдік денсаулық сактау үйімінің деректері бойынша 40%-тен 54%-ке дейінгі барлық жыныстық қатынас арқылы берілетін инфекциялық ауруларды құрайды. Адам организмі үшін хламидии трохоматис деген түрі патогенді, яғни, қауіпті болып саналады. Оның сыртқы клеткалы қабығы бар және ол екі бірдей нуклеин қышқылынан (ДНК, РНК) тұрады. Уреплазма урелитикум клеткалық қабығынан айырылған, инкубациялық кезеңі 20-25 күнге дейін болатын адам ағзасының эпителиалді клетка ішінде паразиттік өмір сүретін қоздырғыш.

Осы аталған инфекция агенттері шүрхет жасушаларының дамуына кері өсер береді. Хламидии болса атalyқ жасушаларға (сперматозоидтарға) жабысып олигоастенотератозооспермия құбылысына апарып соктырады. Бұл өзгерістер еректік бедеулікке апарып ұрындырады.

Уреплазма атalyқ ұрық жасушаларын бір-біріне жapsырып (агглютинация) үйітып, қозғалғыштық қасиетін төмендетіп қалыпты ұрықтану процесін бұзады.

Әйел адамдарда түсік тастау, уакытынан ерте босану, әйел бедеулігі секілді асқынударға апарып соғады.

[Бұдан артық бақытсыздық бар ма жанұя құрған әйел затына?]

Жоғарыда аталған микробтар ер адамдардың жыныс ағзаларында төмендегідей дерттерді қоздырады.

Простатит. Бұл ауытқушылық көбінене 50 жасқа дейінгі және простата гиперплазиясымен ауыратын одан да үлкен жастағы ер адамдарда кездеседі. Простатиттің екі түрі бар: құрт өрбитін және созылмалы.

Құрт өрбитін простатит

Құрт өрбитін простатит - қуық асты безінін инфекциялық закымдануға аяқ асты ұшырауы. Құрт өрбитін простатиттің белгілері:

- Қуық асты безі маңынан байқалатын ауру сезімдері
- Шап аралығындағы ауру сезімі
- Несеп шығарудағы ауырсыну; жіңі несеп шығару, кей-кезде - несептің құрт тежелуі.

Сонымен қатар, құрт өрбитін простатит кей жағдайда қызудың көтерілуін, қалтырауды,

бұлшықеттердің сыйдал ауруын, хал-ахуалдың нашарлауын туғызуы мүмкін.

Науқас кей жағдайларда атабездің (везикулит) ауруына шағымданады. Олар аяққа да берілуі мүмкін. (Дәлірек айтқанда санның ішкі жағына тарқай ауырады)

Жұқпалы простатитті антибиотиктермен емдейді, жалпы емдеу курсы 1-2,5 айға немесе одан да көп мерзімге созылуы мүмкін.

Кей жағдайларда құрт өрбитін простатит науқастың қаты аурысынан туғызатын абсцесстің (простатадағы ірінді ошак) пайда болуына әкеліп соктырады. Бұл жағдайда ен тиімді әдіс антибиотиктерді қабылдау болып табылады, простата аймағын қыздыруға болмайды.

Созылмалы простатит. Созылмалы простатит әр түрлі белгілер арқылы білінеді:

1. қасаға маңына, тік ішекке және т.б. таратын бұт аралық ауру сезімдері.
2. несеп шығарудың бұзылуы – дизурия (жиілеуі, ауруы, шығуның қиналуы)
3. аурудың ұзак мерзімді созылу нәтижесінде пайда болған сексуалды ауытқушылықтар (эректильді дисфункция).

Емдеу үшін әдетте антибиотиктер қолданылады, сонымен қатар, қуық асты безінін массажы, әрқылы физиопроцедуралар түрі.

Несеп шығару жолының структурасы (үрпінің тарылуы, бітелуі). Структура - бұл үрпінің тарылуы. Катетерді ендіру кезінде болған закымданудан немесе хирургиялық операция кезіндегі, закымданудан; гонорея сияқты несеп жолдары мен уретраның (үрпі) инфекциялық аурулары, сондай-ақ басқа да жәйттер соның себептері болуы мүмкін. Сонымен катар, үрпінің (уретраның) тарылуы ешбір закым келмей-ақ болуы мүмкін.

Үрпі өзегінің тарылу белгілері, жалпы алғанда, простата катерсіз гиперплазиясы белгілерімен бірдей сипатталады. Бұндай сырқат емдеуді аса қажет етпейді. Емдеуді қажет ететін жағдайда науқастың үрпі өзегін сүмбілеу немесе эндоурологиялық операциялық жолмен кеңеиту қажет.

Қорыта айтқанда осы бір атамыш дерттер ер адамды сансыратып, өмірлік сапасының деңгейін біртіндеп төмендетіп, қофамдық, әлеуметтік тіршілікten ада қалдырады. Осындағы аянышты жағдайға қалмау үшін кездейсөк жыныстық қатынастардан аулақ болып, халқымызда ежелден қалыптасқан дәстүрлі жанұяны некелік, имандылық тұрғыдан сактау керек. «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жолда болған абзал демекпіз» - көпшілік оқырманға.

УДК 616.932

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ

К.Т.УСПАНОВА, М. МАРДАНОВА, Н.А. ДУЗУМБЕТОВ

Санитарно-эпидемиологический Центр Вооруженных Сил Республики Казахстан
г. Алматы

Резюме

Сибирская язва – зоонозная, спорообразующая инфекция, вызываемая *Bacillus anthracis*. Экспресс – индикация предназначена для быстрого обнаружения возбудителя сибирской язвы.

Тұжырым

Сібір жарасы – *Bacillus anthracis* туғызатын зоонозды, спора құрайтын жүқпа. Экспресс – индикация сібір жарасының қоздырышының жылдам табуға арналған.

Summary

Anthrax - zoonotic, spore-forming infection caused by *Bacillus anthracis*. Express - Display is designed for rapid detection of anthracis.

Наиболее достоверным методом микробиологической диагностики сибирской язвы является выделение и идентификация культуры возбудителя. Диагностическую ценность представляют также реакция термопреципитации по Асколи и кожно-аллергическая проба.

Бактериоскопическое исследование. Первичная бактериоскопия дает возможность обнаружить сибиреязвенную палочку в патологическом материале и поставить ориентировочный диагноз. *Bac.anthracis* имеет характерную морфологию. Она представляет собой грамположительную, крупную (1-2 x 6-10 мкм), неподвижную стрептобациллу.

Бактериологическое исследование. Материал от больного засевают на чашку с мясо-пептонным агаром и чашку с кровяным агаром и в пробирку с мясо-пептонным бульоном.

В бульоне культура *Bac.anthracis* растет в виде хлопьевидного осадка; на агаре вирулентные штаммы образуют колонии в R-форме, имеющие под малым увеличением микроскопа вид «львиной гривы» или «головы медузы». Авирулентные и слабовирулентные бактерии образуют S-формы колонии. Сибиреязвенная палочка обладает сахаролитическими свойствами, не гемолизирует эритроциты, медленно разжижает желатину (рост в виде елочки верхушкой вниз). Широкое распространение для идентификации сибиреязвенных бацилл нашла пенициллиновая проба,

позволяющая обнаружить шары – «жемчужины», которые представляют собой сферопласты, образовавшиеся из стрептобацилл под действием пенициллина.

Биологическая проба. Исследуемый материал вводят подкожно лабораторным животным (белым мышам, морским свинкам или кроликам) одновременно с посевом на питательные среды. Животные находятся под наблюдением в течение 10 дней. Павших животных вскрывают, приготавливают мазки из крови и внутренних органов и делают посевы для выделения чистой культуры возбудителя.

Для выявления капсульных палочек в экссудате используют метод иммунофлюоресценции. Мазки из экссудата через 5-18 ч. после заражения обрабатывают капсулой сибиреязвенной сывороткой, меченной родамином, в препаратах, содержащих свечение возбудителя.

Серологическое исследование. Ставят реакцию термопреципитации по Асколи.

Иммунологические исследования. Поиск специфических антител проводят в сыворотках крови людей и животных, исследование осуществляется путем постановки двухкомпонентной реакции непрямой гемагглютинации (РНГА) с использованием эритроцитарного сибиреязвенного антигенного диагностического (производство Казахского противочумного НИИ) и трехкомпонентной реакции нейтрализации антигена (РНаг).

Специфичность РНГА дополнительно подтверждают реакцией торможения (РТНГА). Материал исследуется одновременно в обеих реакциях. Учет результатов проводят через 3-4 часа. РНГА положительный результат – полноценная гемагглютинация, эритроциты выпадают на дно лунки равномерным слоем.

Отрицательный результат – отсутствие гемагглютинации, эритроциты выпадают на дно лунки в виде маленькой пуговки, или очень маленького колечка с ровным краем.

Поиск специфических антигенов осуществляют путем постановки двухкомпонентной реакции непрямой гемагглютинации (РНГА/с) использованием сибиреязвенного эритроцитарного иммуноглобулинового диагностикума, при необходимости подтверждением специфичности результата в РТНГА или трехкомпонентной реакции нейтрализации антител (РНат) с эритроцитарным антигенным диагностикумом.

Результат РТНГА. Результат реакции считается специфичным – когда число лунок с положительной гемагглютинацией уменьшилось или они совсем исчезли, по сравнению с РНГА.

Отрицательный ответ – эритроциты в РНГА и в РТНГА выпадают на дно в виде пуговки или узкого колечка с ровными краями.

Результат РНат. Положительный – когда в лунках нет гемагглютинации. По числу лунок с отрицательной гемагглютинацией учитывают титр исследуемой сыворотки.

Экспресс – индикация предназначена для быстрого обнаружения возбудителя сибирской язвы. Положительный результат позволяет заподозрить наличие сибиреязвенного микробы. Отрицательный результат ускоренного метода исследования не является основанием для отрицательного ответа по анализу. Ускоренное исследование проводится в комплексе с развернутым бактериологическим анализом. Ускоренное исследование на наличие возбудителя сибирской язвы проводят люминесцентно – серологическим методом, выявлением капсулообразования *in vivo* и *in vitro*, постановкой РНГА, РТНГА и РНат, а также реакцией термопреципитации по Асколи.

В случае доставки загнившего патологического материала, объекты исследуют в реакции пропитации РНГА и РТНГА.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бургасов П.Н., Черкасский Б.Л., Марчук Л.М., Щербак Ю.Ф. Сибирская язва М.Медицина,1970.-127 с.
2. Методические рекомендации по лабораторной диагностике сибирской язвы (для врачей курсантов) Иркутский Гос.Ордена Трудового Красного Знамени научно-иссл.противочумный институт Сибири и Дальнего Востока. Сост. Р.И.Швецова, А.А.Вейде, Татарина и др. Иркутск.-1987.-34 с.
3. Оспанов К.С.,Сыздыков М.С., Горелов Ю.М., Шушаев Б.Х., Лухнова Л.Ю. Сибирская язва в Южно-Казахстанской и Жамбылской областях РК. Вестник военной медицины Казахстана. 2000.-№3.- С.73-74

ӘОЖ 616.98-071:579.841.93

САРЫПҚА ЖУРГІЗЛЕТІН ЛАБОРОТОРИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

К.Т. УСПАНОВА, А.Т. АЙДАБАЙ, А.А. ДУЗІМБЕТОВ, А.Қ. ШІЛІКБАЕВ
 Казақстан Республикасы Қарулы Құштерінің Санитарлық-эпидемиологиялық
 Орталығы Алматы облысы Қарасай ауданы бойынша Мемлекеттік
 санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы

Резюме

Клиническое течение бруцеллеза у людей разнообразно и характеризуется пестрой симптоматикой, поэтому в динамике этого заболевания большая роль принадлежит лабораторным исследованиям. В статье отражены основные серологические методы исследования при бруцеллезе у людей.

Тұжырым

Адамдарда сарыптың клиникалық өтуі өр кілі және түрлі көріністермен сипатталады, сондықтан да осы аурудың динамикасында лабораториялық зерттеулердің маңызы зор. Макалада адамдардағы сарыпты анықтаудың негізгі серологиялық зерттеу әдістері сипатталады.

Summary

The clinical course of brucellosis in humans is characterized by varied and colorful symptoms, so the dynamics of the disease play a major role of laboratory research. The paper describes the basic serological methods for brucellosis in humans.

Сарыптың қоздырғышын анықтау осы аурудың диагнозын сөзсіз дәлелдейді. Сарып жүқпасын адамдарда анықтау үшін мына әдістер колданылады:

Бактериологиялық әдіс;

Серологиялық әдіс;

Терішілік аллергиялық сынама.

Зертханалық зерттеулердің он нәтижесі эпидемиологиялық жағынан да өте маңызды. Теріс нәтижеде қоздырғыштың тексеріліп жатқан организме жоқ екендігін көрсетпейді. Қоздырғыш қабыну ошактарында жасушаішінде болуы да мүмкін. Сондықтан аурудың өр кезеңінде нәтижелер өр қалай болуы мүмкін. Сондықтан, бұл сарыпты анықтауда серологиялық әдістерді кешенді қолдануды ұсынуға әкеледі.

Зертханалық зерттеуге қоздырғышты бөліп алу:

биоматериалды алу (кан, сүйек майы, буын сүйықтықтары, жұлын сүйығы, лимфатүйіндерінің ішіндегі сүйықтар және т.б.).

Коректік орталарға себу – қоздырғыштың түрін және биоварларын анықтау үшін биоматериалды бактериологиялық зерттеу.

Бруцелла антигендерін серологиялық әдіспен зерттеп, анықтау. Сарыптың антигендерін анықтаудың негізгі серологиялық әдістері:

иммунофлуоресценция реакциясы (РИФ);

антигенді нейтралдау реакциясы (РНАг);
 созылмалы сарыпта антигенемияны анықтауға арналған геммаглутинация - агрегат реакциясы (РАГА);

полимеразды тізбек реакциясы (ПЦР);

сарып ерекшелікті антигендерді байланыстыратын лимфоциттерді анықтау әдісі (АСЛ);

Антиденелердің ерекшелігін анықтауға қолданылатын серологиялық әдістер:

Хедельсон реакциясы (РХ);

Райт реакциясы (РА) антиденелердің мөлшері өсіу қажет ($\geq 50-200$ МЕ/мл);

Иммуноферментті анализ (ИФА);

Роз-Бенгал сынамасы (РБП);

Кумбстың антиглобулинді сынамасы;

Тұзу гемагглютинация реакциясы (РПГА).

Сарыпқа стационарда және жалпылай тексеруде серологиялық реакциялар жалпы колжетімді әдіс болып табылады.

Ошактарда тұрғындарды эпидемиологиялық тексеру кезінде пластинкалық агглютинациялық Хедельсон және көлемді Райт, Кумбс реакцияларын қолдану ұсынылады.

Райт реакциясы – жоғары сезімтал, аурудың бірінші күнінен ақ көрінеді және жедел немесе созылмалы сарыптың қозуының ерте кезеңдерінде анықтайдын негізгі диагностикалық әдіс. Осы реакцияның көмегімен антиденелердің

мөлшерін және жұқпа ағымының фазасын бақылауға болады. Райт реакциясының бір реттік зерттеден кейінгі теріс нәтижесі аурудың жоқ екенін көрсетпейді, «проагглютинациялық аймактардың» (аз және оң нәтижелі сарысудың жоғарғы бөлінділерінде агглютинацияның болмауы) болуы мүмкін, сонымен бірге зерттеліп жатқан сарысуда олардың толық емес антиденелермен блокталуы, антиденелер түзілуінің кідіруі болады.

Хедельсон реакциясының Райт реакциясына қарағанда сезімталдығы тәмен және алдын ала диагностикалауға сапалы бағыттағы тест ретінде колданылады. Сонымен бірге Райт реакциясымен қатар оң нәтижеде береді. Кейбір жағдайларда ұзағырақ ұсталады, өсіреке созылмалы жұқпада, барлық зертханаларда және экспедициялық жағдайларда да қолданылуы мүмкін. Біракта оның арнайылығы тәмен, сапалы сипатта және агглютинациялық деңгейдің жоғарылығы турағында мүмкіндік бермейді.

Комплементтерді байланыстыру реакциясына келетін болсақ аурудың кейбір кезеңдерінде Райт реакциясының да жоғары сезімтал болады, бірақ оны алмастыра алмайды, созылмалы сарыппен ауыратындарда агглютиндерге қарағанда кейінірек қанда пайда болатын комплементбайланыстыруышы антиденелер ұзағырақ сакталады және тұракты анықталады.

Гемагглютиндеуші антиденелерді жедел және созылмалы сарыппен ауыратындарда анықтауға болады. Созылмалы тұрларінде және резидуальды көріністерде олар сирек анықталады, бірақ

агглютиндерге қарағанда жиі табылады. Агглютиндер жиі басқа реакциялар теріс немесе күмәнді болған жағдайда табылады.

Күмбс сынамасының жоғарғы сезімталдығы сарып кезінде науқастада, жұқпамен ластанған материалмен немесе ауру майдармен қатынаста болған адамдарда, сонымен бірге ауылшаруашылық майдарының сарыппен қолайсыз аудандарда тұратын адамдарда дәлелденген. Күмбстың антиглобулиндік сынамасы сарыптың созылмалы және латентті тұрларінде, адамдарды және жануарларды терендептілген тексеру кезінде антигенмен қатынаста болғандығын ретроспективті анықтау мақсатында тұрғындардың иммунологиялық құрылымын зертеуге диагностикалық әдіс ретінде қолданылады.

Бұл иммунологиялық тестер бруцелла антигендерін анықтауға ерекше және жоғары сезімтал болғандықтан адамдарда сарыпты диагностикалауға, сонымен бірге жұқпа ошақтарында эпизоотикалық қауіп факторларының белсенделілігін бақылауда қолданылады.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

Мирзаева М.А. Актуальные вопросы эпидемиологии, диагностики и профилактики бруцеллеза: (Өзбекстан бойынша материалдар). Автореферат. Докт дис . - М., 1992;

Диагностика бруцеллеза и применение лабораторных данных при проведении противоэпидемических мероприятий. Методические рекомендации. // Ременцова М.М., Грушна Т.А., Ишанова Р.Ж. и др. – Алматы, 1983.

Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях. // Практическое руководство С.А.Амиреев, Т.А Муминов и др. – Алматы, 2007, 1том.

УДК 616.36-002.1-036.22:614.3/.4

О РЕГИСТРАЦИИ ГРУППОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «А»

Р.Б. АКАШЕВА

ГУ «Департамент Государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК
по Алматинской области», Алматинская область, с. Бескайнар

Резюме

Вспышка вирусного гепатита «А» в с.Бескайнар Талгарского района из-за загрязнения питьевой воды отдыхающими, которые были допущены в зону строгого режима водозабора из речки Котыр-булак, расположенного на территории Национального парка. Вниз по течению реки загрязненная вода от отдыхающих поступала в водозабор и систему водоснабжения с. Бескайнар.

Тұжырым

Талғар ауданының Бескайнар ауылында вирустық гепатит «А» бұрк ету жағдайы Қотыр бұлак өзенінен бастау алған ауыз судың корғау аумағына демалушылар жіберіліп, судың ластануынан туындағы. Ластанған су өзеннін ағысы бойынша су құбырына кеткен.

Summary

The outbreak of viral hepatitis «A» s.Beskaynar Talgar district due to contamination of drinking water vacationers who have been admitted into a zone of strict regime of water intake from the river Kotyrev -Bulak , located within the National Park. Downstream of contaminated water from the rest came in the intake system and water supply Beskaynar.

В с. Бескайнар Талгарского района с конца июля по август месяц 2011г. зарегистрировано 50 случаев вирусного гепатита «А», показатель заболеваемости на 100 тысяч населения составил 2238,1 при областном за 8 месяцев 2011г. – 13,9. Среди заболевших преобладает удельный вес лиц старше 14 лет: подростков в возрасте 15-18 лет – 15 (30%), 19 лет -3 (6%), 20- 29 лет- 16 (32%). Среднее возраста – 15,9, медиана - 16, мода – 15, диапазон 2-29.

С целью этиологической расшифровки и подтверждения диагноза в вирусологической лаборатории областного центра санэпидэкспертизы г.Талдыкорган исследован материал от 5-ти больных, от 05.08.2011г. по результатам ПЦР (№3420-3424) обнаружены специфические маркеры ВГА.

По данным проведенного эпидемиологического расследования, учитывая одновременность регистрации заболеваний, отсутствие тесного контакта между больными, выявление несоответствующих проб воды в очагах (в 8 пробах из 13 обнаружены коли фаги) предположен водный путь передачи инфекции.

На территории расположенной выше водозабора с. Бескайнар, на берегу реки Котыр-Булак – в зоне санитарной охраны была организована стихийная зона отдыха. Данная территория от-

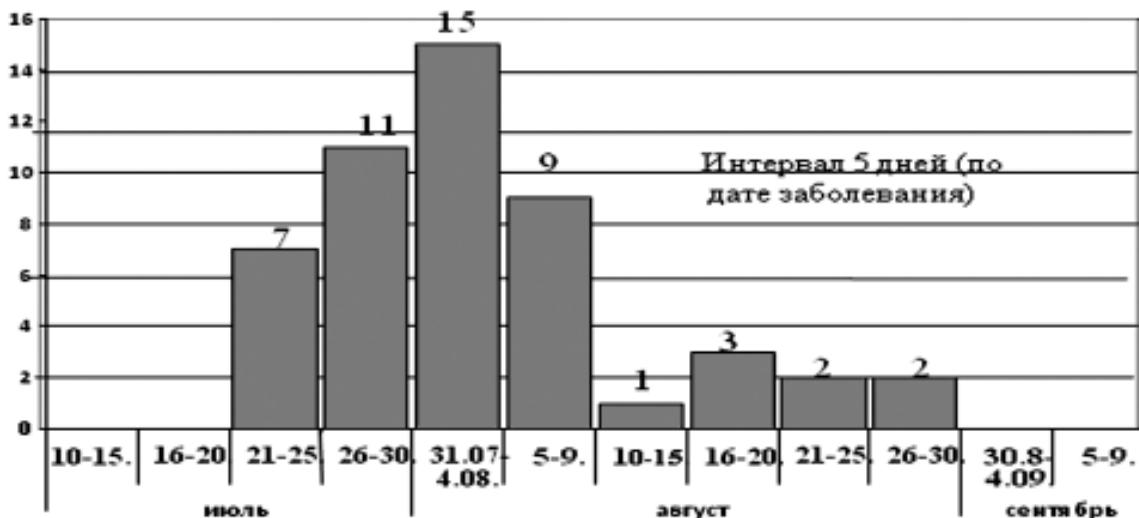
носится к Национальному парку и Лесному хозяйству Талгарского района. Беседки были установлены без согласования и разрешения районной комиссии. Вниз по течению реки загрязненная вода от отдыхающих поступала в водозабор и систему водоснабжения с. Бескайнар.

Водоснабжение населения из речки Котыр булак, водозабор имеет зону строгого режима, ограждение 3 км, вода поступает в накопитель и далее в распределительную сеть протяженностью 12-13км. На улицах распределительных колонок нет, вода подведена в дома.

С целью стабилизации эпидситуации по вирусному гепатиту «А» были организованы все необходимые мероприятия: постановлением начальника УГСЭН по Талгарскому району приостановлена работа водозабора, организован подвоз питьевой воды. Материалы переданы в межрайонный экономический суд, 15.08.2011г. вынесено решение суда о приостановлении работы водопровода на 2 месяца до локализации эпидемиологической ситуации.

В с. Бескайнар с момента осложнения ситуации для оказания помощи привлечены с других медицинских учреждений 9 врачей, 9 средних медицинских работников для проведения подворных обходов. Задействовано 5 единиц автотран-

**Заболеваемость вирусным гепатитом "А"
в с.Бескайнар Талгарского района, n=50.**



спорта для транспортировки больных с подозрением и анализов в ЦРБ. Организованно круглосуточное медицинское облучивание населения.

Для своевременной изоляции больных с подозрением на вирусный гепатит «А» организован провизорный госпиталь. Всего было госпитализировано 63 больных, из них у 13 диагнозы сняты.

По эпидемиологическим показаниям в селе проведена специфическая иммунизация подлежащего населения вакциной против вирусного гепатита «А», приобретенной на средства Акимата области. Привито 566 человек, в том числе детей в возрасте старше 1 года - 403, взрослых – 163.

С целью локализации заболеваемости проведено заседание районной комиссии по предупреждению и ликвидации ЧС и внеочередной медицинский совет с принятием решений. Разработан и реализован оперативный план Акима области, работал штаб по координации деятельности органов и организаций здравоохранения. По выявленным нарушениям наложено 6 штрафов: на частного предпринимателя, ответственного за водопровод, акима и акимат сельского округа, директора лесного хозяйства, заведующего ФП.

В прокуратуру Талгарского района направлен материал для принятия мер к директору лесного хозяйства и национального парка. Согласно постановления Акима области выделено 15 млн тенге для проведения работ по монтажу водозабора выше по течению реки Котырбулак от источников загрязнения и восстановления систем водоподачи с.Бескайнар. В настоящее время освоено

8 млн.тенге, проложено 500 м труб, смонтирован резервуар емкостью 8 м куб. Осталось проложить еще 500 м. труб, утеплить их, произвести утепление резервуара, его гидроизоляция, строительство зоны строгого режима. Работы планируется возобновить в весенне время.

С оказанием организационно-методической и практической помощи в населенном пункте работала бригада специалистов областного департамента, управления здравоохранения и РГКП «НПЦСЭ».

В связи с вспышкой вирусного гепатита с водным фактором передачи нами проведено ряд мероприятий по области, так добились выделения из местного бюджета 50 млн. тенге и управлением здравоохранения проведен закуп 23474 доз вакцины для проведения плановой иммунизации против вирусного гепатита «А» детей с 2-х летнего возраста. Для проведения плановой иммунизации определены 10 наиболее проблемных районов (Аксуский, Балхашский, Енбекшиказахский, Ескельдинский, Кербулакский, Панфиловский, Талгарский, Уйгурский районы и города Капшагай и Талдыкорган). Прививки начаты с 1 ноября 2011г. в выше указанных районах на сегодня привито 13282 детей. На 2012 год с местного бюджета для закупа вакцины выделено 176 млн. тенге (на проведение плановой иммунизации – 132 млн., по эпидпоказаниям – 44 млн.). Плановая иммунизация внедряется в оставшихся регионах, специалистами отдела эпидемиологического надзора проведены семинары по организации вакцинации детей с 2-летнего возраста.

Совместно с областным управлением образования проведена определенная работа по регулированию питьевого режима в школах области. В 214 школах из 751 имеются питьевые фонтанчики, при отсутствии питьевых фонтанчиков установлены диспенсеры.

Пересмотрены и расширены критерии по отбору пробной воды по эпидемиологическим показаниям на вирусологические исследования на вирусный гепатит «А», так в районы дана установка об обязательном отборе воды при регистрации первого случая заболеваемости в эпидсезон в населенном пункте с неудовлетворительным состоянием водообеспечения населения, выявлении в пробах воды коли-фагов, регистрации аварий в системе водоснабжения, регистрации 3-х и более случаев в одном населенном пункте и др.

На базе ДКГСЭН совместно с Управлением энергетики и коммунального хозяйства проведен областной семинар, со специалистами санитарно-гигиенического надзора за коммунальными объектами и областного Управления энергетики

и коммунального хозяйства, жилищно-коммунального хозяйства районов и городов.

Информирован Аким области, областная прокуратура, на основании нашей информации дано представление Акимам районов по устранению недостатков (одним из наших предложений было передача бесхозных водопроводов в существующие учреждения «Су құбыры»).

С населением проводилась разъяснительная работа, по вопросам клиники и профилактики вирусного гепатита «А» каждой семье разданы памятки, подготовленные областным центром ЗОЖ, проведен сход. На ТРК «Жетысу» проведено 2 репортажа, организована 1 пресс - конференция с участием ТРК «31 канал», «Жетысу», «Талдыкорган».

Выводы. В результате проведенных мероприятий (приостановление работы водозабора, организация подвоза питьевой воды, организация провизорного госпиталя, вакцинация контактировавших против вирусного гепатита «А», проведение санитарно-просветительной работы среди населения) заболеваемость локализована в течение среднего инкубационного периода с конца июля до конца августа 2011г.

ӘОЖ 616.932-071

ТЫРЫСҚАҚТЫҢ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ

К.Т. УСПАНОВА, Н.А. ДУЗІМБЕТОВ, А.Т. АЙДАБАЙ, А.К. ШІЛІКБАЕВ

Алматы облысы Қарасай ауданы бойынша Мемлекеттік
санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы

Резюме

Холера – карантинная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя: водным, пищевым и контактно-бытовыми путями распространения инфекции.

Тұжырым

Тырысқақ – қоздырғыштың ауыз нәжістік механизмімен берілетін карантиндік жүқпә: су, тамақ және тұрмыс-тық-қатынас жолдарымен тарайтын жүқпә.

Summary

Cholera – a quarantine infection with the fecal - oral mechanism of transfer of the activator: water, food and contact and household ways of distribution of an infection.

Тырысқақ – қоздырғыштың су (жи кездесетін), тағамдар және тұрмыс жағдайында қарым-қатынас жолдарымен таралатын, нәжіс-ауыз арқылы залалдану механизмі, ішетпе (диарея) синдромы бар аса қауіпті жүқпәлі ауру.

Тырысқақ өте жоғары жүқпәлілігімен және клиникалық белгілерінің әртүрлі ауырлықта өттіндігімен, адам ағзасында тұз және су алмасу үдерісінің бұзылуымен, ағзаның сузыдануымен, токсикозбен және асқазан-ішектің қабынуымен сипатталады.

Тырысқақтың алдын алу және эпидемияға қарсы іс-шаралары жүйесінде, негізінен маңызды орынды зертханалық өдістер, оның ішінде бактериологиялық өдіс негізі болып табылады. Тырысқаққа зерттеулер келесі максатта жүргізіледі:

тырысқақ науқастарын және вибриотасымалдаушыларды анықтау;

тырысқаққа құдікті аурудан қайтыс болған мәйіттің ақырғы диагнозын анықтау;

айналымдағы штаммдардың антибиотикаграммасын анықтау және тырысқақ науқастарының емінін сапасын бактериологиялық жолмен бақылау;

коршаған орта нысандарының залалдануына бактериологиялық бақылау;

ошақтың залалсыздандыру сапасына бактериологиялық бақылау;

Серологиялық зерттеу өдісі, әдетте косымша зерттеу болып табылады. Бірақ бактериологиялық зерттеу теріс нәтиже бергенде, мысалы:

тексерілетін тұлғадан материал алынбас бұрын антибиотиктер қолданылғанда, серологиялық өдіс, тырысқақ диагностикасында немесе вибриотасымалдаушылықта және ретроспективті диагностикада маңызды болып табылады.

Тырысқаққа бактериологиялық зерттеудің сапасы, материалдың дұрыс алынуына, зерттеудің дәркезінде басталуына байланысты.

Бактериологиялық сынамаға нәжіс, құсық, өт, мәйіт материалдары (ашы ішектің бөлінділері, және өт қалтасы) нәжіс және құсықпен залалданған заттар (тәсек-жабдықтар, киім-кешектер, т.б.); су (балдырлар, гидробионттар, ағынды лас сулар, қоршаған орта нысандарынан алынған жұғындылар, тамақ, шыбын және басқа нысандар) жатады.

Тырысқаққа зерттелінетін материалдарды өндеп дайындау:

а. тырысқаққа бактериологиялық зерттеуде өр түрлі қоректік орта қолданылады: сұйық өсіретін орта, сілтілі агар, электривті диференциалды орта және идентификацияға арналған орталар жиынтығы (набор);

б. бактериологиялық зерттеуде құрамында 100 м.ж. құрайтын дақылдар езіндісінің қоспасын еккеннен 15-16 сағат өткеннен кейін текес өсінділердің 30 колониясынан аз өспейтін агар қолданылады;

с. селективтік қоректік орталар жапонның құрғақ агары TCBS, тұзды өт агары сияқты агарларда тырысқақ қоздырғышының өсіп-өнгенінде

морфологиялық қасиеттері бойынша: колонялардың түсі жағынан және өсіндінің өсуі баяулауы, алынған өсінді тырысқақ сары суларымен шыныда нашар алютинацияланатындығы зерттеу сапасын төмөндөтеді. Өсінділер элективті ортада TCBS және СЭДХ жасыл фонда, ашық сары түсті жартылай мөлдір болып келеді;

д. элективті ортада табылған өсінділерден оксидаза және гемолиз пробаларын қоюға болмайтындығы ескеріледі;

е. тырысқақ диагностикасында қолданылатын қоректік орталар, консерванттар, өзге микрофлораны тежегіштер бекітілген белгілі бактериологиялық бакылаудан өтүі қажет;

ф. тырысқақка зерттелінуде қолданылатын қоректік орталар залалсыздандырылған зертханалық ыдыстарға құйылады. Қоректік орталар қолданар алдында мұқият кептіріледі. Агарға өсінділер колониясы оқшауланып жеке өсіп шығуына ынғайлап егіледі. Барлық егілгендер $37 \pm 0,5^{\circ}\text{C}$ температурасында ұсталынады (инкубациялау);

7) тырысқақ бактериологиялық тексеру бактериологиялық өдістің классикалық кестесімен жүргізіледі. Шұғыл жағдайларда қосымша экспресс және жедел өдістер қолданылады. Барлық нысандардың бактериологиялық зерттелінуінің этаптары бірдей, материалдың сапасы және ондағы қоздырғыштардың концентрациясына байланысты, тек бірінші этапта ғана бірнеше айрымашылығы бар.

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. КР табиги-ошактық зооноздардың эпизоотиялық белсенділігін қадағалау тактикасы бойынша әдістемелік нұсқаулық, Карантиндік және аса қауіпті жұқпалар бойынша нормативтік құжаттардың жиынтығы, Алматы, 2000 ж.

2. Эпидемиология / Зуев Л.П., Яфаев Р.Х., Санкт-Петербург. ФОЛИАНТ, 2008 ж.

3. Тырысқақтың зертханалық диагностикасы бойынша әдістемелік нұсқаулық. КР Денсаулық сактау министрлігі Мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитеті төрағасының 27.09.2010 жылғы №252 бүйріғымен бекітілген.

УДК 616.98 - 056.8:613.83:615.212.7

АИТВ ЖҮҚПАСЫНА ЖУРГІЗЛГЕН ШОЛҒЫНШЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ ЖҰМЫСЫНА ТАЛДАУ

Б.О. КАРИБАЕВА

Қызылорда облыстық ЖИТС-тың алдын алу
және оған қарсы құрпес жөніндегі облыстық орталық

Резюме

Основной целью проведенного дозорного эпидемиологического надзора на ВИЧ инфекцию является изучения уровня распространенности ВИЧ, гепатита «С» и сифилиса среди потребителей инъекционных наркотиков, чтобы оценить эффективность проводимых мероприятий по профилактике ВИЧ провести анализ поведенческих факторов, приводящих к риску заражения ВИЧ. Несмотря на то, что в области эпидемиологическая обстановка по ВИЧ остается стабильной, инъекционные и половые поведенческие факторы потребителей инъекционных наркотиков, которые являются движущей силой эпидемии, показывают о необходимости совершенствования и качественного проведения профилактических мероприятий среди них.

Тұжырым

АИТВ жұқпасына жүргізілген шолғыншы эпидемиологиялық қадағалаудың негізгі мақсаты АИТВ-ны жұқтыру қаупін тудыратын мінез-құлық факторларына талдау жасау, АИТВ профилактикасы бойынша өткізілетін іс шаралар тиімділігін бағалау үшін инъекциялық есірткі тұтынушылардың арасында АИТВ, мerez, С гепатитінің таралу деңгейін зерттеу болып табылады. Облыста АИТВ бойынша эпидемиологиялық ахуалға қарамастан, індегін қозғалуши күші болып табылатын инъекциялық есірткі тұтынушылардың жыныстық және инъекциялық мінез-құлқы факторлары тұрақты бол қалуда, олардың арасында профилактикалық іс-шараларды сапалы өткізу және жетілдіру қажеттілігін көрсетеді.

Summary

The main goal of carrying out surveillance for HIV is the study of the prevalence of HIV, hepatitis «C» and syphilis among injecting drug users to assess the effectiveness of interventions for HIV prevention, an analysis of behavioral factors that lead to the risk of HIV infection.

Injecting and sexual behaviors of injecting drug use factors that are driving the epidemic, suggest the need to develop and carry out preventive measures among them.

Елімізде АИТВ жұқпасының індегін ахуалы күрделі қүйде қалып, 2012 жылдың 1 қантарына 17763 адамға АИТВ жұқпасы диагнозы қойылып, 100 мың адамға шаққандағы көрсеткіш 86,4 құраса, Қызылорда облысында 67 адамнан АИТВ жұқпасы анықталып атальыш көрсеткіш 8,1-ді құрап, республикалық көрсеткіштен 10,6 есеге төмен болды. ҚР бойынша инъекциялық есірткі тұтыну арқылы таралу деңгейі 63,4 пайызды құраса, облыста 44,8 пайызды құрады, жыныстық қатынас арқылы таралу республикада 28,6 пайыз болса, облыста 44,8 пайыз. Облыстағы эпидемиологиялық жағдайдың ерекшелігі - инъекциялық есірткі тұтыну арқылы таралу мен жыныстық қатынас арқылы таралу деңгейі төп тен.

Есірткіні инъекциялық жолмен қолдану – қазақстандық эпидемияның қозғауши күші болып есептеледі. Инъекциялық есірткі тұтынушылардың АИТВ індегінің дамуындағы рөліне баға

беру мақсатында Қызылорда облысында 2005 жылдан бастап ИЕТ арасында шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жұмысы жүргізіліп келеді. ШЭҚ жұмысы Қазақстан Республикасы Денсаулық сактау министрлігінің 2005 жылғы 23 желтоқсандағы №634 «Қазақстан Республикасында АИТВ жұқпасына шолғыншы эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастыру және жүргізу туралы» бұйрығымен бекітілген типтік күнтізбелік жоспар мен әдістемелік ұсыныстарға сәйкес аткарылуда.

ШЭҚ жұмысының негізгі мақсаты - ИЕТ арасында АИТВ-ның, мerezдің, гепатит С-ның таралу деңгейін анықтау, ИЕТ арасында АИТВ-ның алдын алу бағдарламасын өзірлеу және оның тиімділігіне баға беру үшін АИТВ-ны жұқтыру қаупін тудыратын мінез-құлық факторларына талдау жасау, АИТВ-ның алдын алу жұмыстарын ИЕТ арасында пәрменді жүргізу үшін ұсыныс-

тар енгізу. ШЭҚ жұмысына соңғы 12 айда бір рет болса да инъекциялық есірткі қолданған тұлғалар іріктелді.

Іріктеу мөлшері облыстық наркологиялық қызметте диспансерлік есепте тұрған және жағдайы жедел бағалау әдісімен анықталған Қызылорда қаласындағы ИЕТ санына және олардың арасында АИТВ жұқпасының таралу деңгейіне байланысты 250 ИЕТ болып бекітілді.

Зерттеу материалы, әдісі. Барлығы 53 сұрақтан тұратын анкета әлеуметтік-демографиялық қорсеткіштер, инъекциялық және жыныстық мінез-құлқы, АИТВ/ЖИТС бойынша ақпараттану деңгейі, профилактикалық бағдарламамен қамтылуы, ИЕТ-н тестілеуден өтуі, ЖЖБИ симптомдары анықталған жағдайда медициналық көмекке жүгінуі, серологиялық қорсеткіш сияқты бөліктерді қамтыды. 2011 жылға дейін ИЕТ арасында ШЭҚ «қар көшкіні» әдісімен жүргізіліп келсе, 2011 жылдан бастап «RDS» (респонденттердің өздері құрған іріктеу) әдісімен жүргізілді. ИЕТ арасында жұмыс жасайтын 8 волонтердің әрқайсынына үшеуден шақыру купондары таратылды, осы волонтерлардан келген әр респондентке тағы да 3 купоннан беріліп отырылды. Осында жұмыс 250 адам іріктеліп алғанша жалғастырылды.

Сауалнама және зертхана нәтижесі

Әлеуметтік-демографиялық қорсеткіштер

ШЭҚ жұмысына қатысушылардың ең жасы 19-да, ең көрісі 58-де болды, 94%-н ерлер, 6%-н әйелдер күрады, 74%-н білімі орта немесе арнайы орта болды. 79,6% жұмыс істемейді, 11,2 пайызы ғана некеде тұрады. Соңғы айда 81,2 % табыс көзі болмаған, ал қалған 18,8 пайызының 1 айдағы орташа табысы 35-40 мың теңгені

күрады.

2011 жылды респонденттердің 50 пайызы соңғы айда есірткі тұтыну кезінде ортақ құралдарды қолданбаған және кездейсоқ немесе коммерциялық жыныстық қатынас кезінде презерватив қолданған, яғни қауіпсіз инъекциялық және жыныстық қатынас практикасын ұстанған. Есірткі тұтыну кезінде соңғы айда ортақ құралдарды қолданбаған ИЕТ-н үлес салмағы 2010 жылмен салыстырғанда 18 пайызға төмендеп, 79-ды құраса, есірткіні соңғы егу кезінде ортақ шприц қолданған ИЕТ-н үлес салмағы 2,5 есеге өсken.

Соңғы 6 айда кездейсоқ және коммерциялық жыныстық қатынаста болған ИЕТ-н үлес салмағы 2010 жылмен салыстырғанда 19 пайызға төмендегенімен, коммерциялық жыныстық серіктеспен соңғы жыныстық қатынас кезінде ИЕТ-н 2011 жылы 79 пайызы ғана презерватив қолданым деп жауап берген, ал 2010 жылы 100%, яғни 21 пайызға төмен. ШЭҚ жұмысына қатысқан ИЕТ-н 62% ғана соңғы кездейсоқ жыныстық қатынас кезінде презерватив қолданған, бұл қорсеткіш 2010 жылмен салыстырғанда (92%) 1,5 есеге төмен.

АИТВ/ЖИТС жөніндегі ақпараттану деңгейі

Респонденттерге АИТВ-ның жалған және нақты жұғу жолдары, сақтану шаралары жөнінде сұрақтар қойылды. Нәтижесінде ИЕТ-н 2011 жылды АИТВ/ЖИТС жөніндегі ақпараттану деңгейі 82,4 пайызды құрап, 2010 жылмен салыстырғанда 9,2 пайызға төмен болды.

ИЕТ-н профилактикалық бағдарламамен қамтылу деңгейі

ИЕТ-н профилактикалық бағдарламамен қамтылу деңгейі 2011 жылды 92 пайызды құрап, 2010 жыл деңгейінде қалды. Жағдайы жедел бағалау

Таблица 1. Инъекциялық мінез-құлқы қорсеткіштері

№	Қорсеткіштер	2010	2011
1	Соңғы айда есірткі тұтыну мен жыныстық қатынастың қауіпсіз практикасын қолдануы	55%	50%
2	Есірткі тұтыну кезінде соңғы айда ортақ құралдарды қолданбаған ИЕТ-н үлес салмағы	97,6%	79%
3	Есірткіні соңғы егу кезінде ортақ шприц қолданған ИЕТ-н үлес салмағы	0,8%	2%

Таблица 2. Жыныстық мінез-құлқы қорсеткіштері

№	Қорсеткіштер	2010	2011
1	Соңғы 6 айда кездейсоқ және коммерциялық жыныстық қатынаста болған ИЕТ-н үлес салмағы	42%	34%
2	ИЕТ-н соңғы коммерциялық жыныстық қатынас кезінде ИЕТ-н презерватив қолдануы	100%	79%
3	ИЕТ-н соңғы кездейсоқ жыныстық қатынас кезінде презерватив қолдануы	92%	62%

әдісімен жүргізілген санаққа сәйкес есептегендегі сенім бекеттері арқылы профилактикалық бағдарламамен қамтылған ИЕТ-н үлес салмағы 84,3 пайызды құрады.

ИЕТ-н өз еркімен тестілеуден өту көрсеткіші

ШЭҚ-а қатысқан ИЕТ-н 62 пайызы ғана тестілеуден өткен болса, оның 75 пайызы өз еркімен тестілеуден өттім деп жауап берген, бұл көрсеткіш 2010 жылмен салыстырғанда 7 пайызға төмен.

ЖЖБИ симптомдары анықталған жағдайда ИЕТ-н медициналық көмекке жүгінүі. ИЕТ-н 20,4 пайызы соңғы 6 айда ЖЖБИ симптомдары болды деп көрсеткен, бұл көрсеткіш 2010 жылды 17,6 пайызды құраған. ЖЖБИ симптомдары байқалған ИЕТ-н 68,6 пайызы ғана медициналық көмекке жүгіндім деп жауап берген (2010 ж.-89%).

Серологиялық көрсеткіштер

2010-2011 жылдары ИЕТ арасында АИТВ анықталған жоқ. Гепатит С-ның ИЕТ арасында таралу деңгейі 2010 жылы 52, 2011 жылы 45 пайызды құраса, мерездін таралу деңгейі 12-13 пайыз аралығында болды. (1,3)

Қорытынды:

1. АИТВ жүкпасының індегіттік ахуалы облыста тұрақты күйде қалуда. 2010-2011 жылдары ШЭҚ нәтижесінде ИЕТ арасында АИТВ анықталмағанымен мерездін таралу деңгейі 12-13 пайыз болып жоғары деңгейде қалды, гепатит С-ның таралу деңгейі 52-45% құрады.

2. Респонденттердің тен жартысы соңғы айда есірткі тұтыну мен жыныстық қатынастың қауіпті практикасын қолданған.

3. ИЕТ-н АИТВ/ЖИТС жөніндегі ақпараттаң деңгейі жоғары болып 82,4%-ды құраса, 75% ғана өз еркімен тестілеуден өтіп, 68,6% ғана ЖЖБИ анықталған жағдайда медициналық көмекке жүгінген, яғни 40 пайызға жуығы емдемлеген.

КОЛДАНЫЛҒАН ҚЫСҚАРТУЛАР:

АИТВ – адамның иммунитет тапшылығының қоздырығышы

ЖИТС – жұқтырылған иммунитет тапшылығының синдромы

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита

ЖЖБИ – жыныстық жолмен берілетін инфекция

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

ИЕТ – инъекциялық есірткі тұтынушылар

ШЭҚ – шолғыншы эпидемиологиялық кадағалау

КОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБІЕТТЕР ТІЗІМІ:

Алмаз Шарман. Синдром приобретенного иммунодефицита: Профилактикалық медицина академиясы, NeiroNex, Bethesda, MD, USA; 2006г, 65-70 бет

ЕВРАЗЭС, Проект по контролю СПИД в Центральной Азии Региональный обучающий центр по эпидемиологическому надзору за ВИЧ инфекцией в Центральной Азии. Пособие: «Основы эпидемиологического надзора за ВИЧ инфекцией» г.Алматы, 2010 145-149, 269-270 беттер

ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД», Обзор эпидемиологической ситуации по ВИЧ инфекции и результаты дозорного эпидемиологического надзора за 2009 год в РК, 33-80 бет

Сапарбеков М.К. монография ВИЧ-инфекция (эпидемиологические и социальные аспекты) . – Алматы, 2008. – 120-130 бет

УДК 616-002.951.21-07-053.2

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

А.Т. НУРУМОВ

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Резюме

Статья посвящена основным методам диагностики эхинококкоза у детей.

Тұжырым

Мақала балалардағы эхинококкоз диагностикасының негізгі әдістемесіне арналған.

Summary

The article deals with basic methods for diagnosis of hydatidosis in children.

Проблема эхинококкоза, несмотря на достигнутые успехи в его диагностике и лечении, в настоящее время остается до конца не изученной и весьма актуальной в детской хирургии [Аскаров А.А., 2001; Абдуфатаев Т.А., 2002; Шамсиев Ж.А. с соавт., 2007; Каримов Ш.И. с соавт., 2008]. Исследования многих авторов показывают, что в последние годы увеличилось количество больных с эхинококкозом не только в общепривычных эндемических очагах, но также и среди жителей центрального региона России, в том числе в Республике Казахстан [Розинов В.М., 2002; Гумеров А.А., 2002; Чебышев Н.В. с соавт., 2002; Гребнев П.Н., 2006; Шарипов А.М. с соавт., 2007]. Ввиду отсутствия патогномоничных симптомов, а также длительного бессимптомного течения эхинококкоз диагностируется в ряде случаев случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Нередко заболевание распознается при присоединении к нему различных осложнений, частота которых колеблется от 15 до 52%, что значительно ухудшает течение заболевания и результаты хирургического вмешательства [Пулатов А.Т. с соавт., 2002; Паршиков В.В. с соавт., 2004; Гумеров А.А. с соавт., 2006]. Основным методом диагностики эхинококкоза является традиционная рентгенография и ультразвуковое исследование (УЗИ) [Гаджимирзаев Г.А., 2000; Гаффаров У.Б., 2007; Шангареева Р.Х. с соавт., 2007]. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день проблема оперативного лечения данного заболевания у детей еще далека от своего окончатель-

ного решения [Пулатов А.Т., 1994; Аллаберганов А.Т. с соавт., 2002]. Многими авторами доказаны преимущества эндоскопических методов лечения [Гумеров А.А., 1999; Горемыкин И.В., Филатов Ю.В., 1999; Дженелаев Б.К. с соавт., 2003; Мамлеев И.А., 2004]. Сочетанный эхинококкоз нескольких органов отмечается в 3 раза чаще, чем у взрослых. Детский организм реагирует на инвазию паразита более остро. Так наличие эхинококковой кисты диаметром 4-5 см в любом органе проявляется токсическим воздействием в виде хронического эндотоксикоза с сенсибилизацией организма. Ведущим современным методом выявления эхинококковых кист, их локализации, размеров и количества является УЗИ, которое позволяет в 88% случаев установить правильный диагноз. Однако при УЗИ затруднительна дифференциальная диагностика эхинококковых ацефалоцист и нагноившихся паразитарных кист и абсцессов печени. Основным методом диагностики эхинококкоза легких является рентгенологическое исследование. По данным ДХО ОМЦ, на стационарном лечении с 1997 по 2008 гг. находилось 115 детей в возрасте от 4 до 13 лет. Девочек 65 (56,5%), мальчиков 50(43,5%). Эхинококкоз печени встречался в 63,4% легких в 24,3%, сочетанные 12,1% (печень + легкие, печень + селезенка, печень + почка. Сельских жителей было 85 (73,9%), городских 30 (26,1%). Заболевание у всех детей выявлено случайно, при обследований по поводу других заболеваний, тупой травмы живота и др. Всем детям произведено рентген обследование, ультразвуковое исследование, компьютерная томог-

рафия. С целью выявления особенностей клинических проявлений эхинококкоза нами изучены анамнез заболевания, Жалобы и симптомы у 80 детей с эхинококкозом печени и у 20 пациентов с эхинококкозом легких. В первой стадии эхинококковая киста легкого нами обнаружена у 4 (20%) детей, а эхинококковая киста печени - у 20 (25%) больных. Хотя А.Т. Пулатов (1983; 2002) первую стадию заболевания называет бессимптомной, тем не менее при тщательно собранном анамнезе и обследовании у 10 детей из 20 с эхинококком легких были выявлены различные симптомы, неспецифические для эхинококкоза: периодическое недомогание, слабость, снижение аппетита, изредка боли в грудной клетке, в животе, кожные высыпания, крапивница, иногда кратковременный сухой кашель. Указанные симптомы мало беспокоили больных и не настораживали медицинский персонал. У 7 пациентов эхинококковые кисты были выявлены случайно при обзорной рентгенографии, выполненной по поводу бронхита, острого респираторного вирусного заболевания, при пневмонии, а также при эхографии по поводу болей в животе, при профилактических осмотрах. Что касается эхинококкоза печени в первой стадии, также как и при эхинококкозе легких, клиническое проявление складывалось из симптомов эндотоксикоза. У 27 детей из 80 эхинококковая киста печени диагностирована случайно при обследовании и лечении детей по поводу холецистита, гепатита, гастро-дуоденита, у 23 пациентов- при профилактическом осмотре. Во второй стадии заболевания эхинококкоз легкого обнаружен у 3 (15%) детей и у 30 (37,5%) - эхинококкоз печени. В клинических проявлениях эхинококковых кист легких у детей ведущими симптомами были боли в грудной клетке, кашель, не резко выраженные симптомы дыхательной недостаточности, а также эн-

дотоксикоз, отставание в физическом развитии. Больные с эхинококкозом печени во второй стадии отмечали боли различной интенсивности в правом подреберье, в эпигастральной области или в нижнем отделе грудной клетки. При эхинококковой болезни в настоящее время хирургический метод остается единственным радикальным способом лечения. При сочетанием и множественном поражении нами выполнялись поэтапные операции - сначала на легком, затем в печени с интервалом 1-2 мес. Наряду с хирургическим методом лечения применяли два основных типа химиотерапии: лечебную и профилактическую. Показания к лечебной химиотерапии, в свою очередь могут быть абсолютными и относительными. К абсолютным показаниям мы относили случаи, когда с помощью химиотерапии, возможно проведение полной санации организма больного от эхинококкоза, чаще у детей в возрасте 2-3 лет с множественными мелкими 3-4 см. эхинококковыми кистами, локализующихся в одном или нескольких органах. Химиотерапия способствовала ликвидации мелких эхинококковых кист, снижению внутрикистозного давления в средних и больших кистах. Последние удалялись оперативным путем. При лечебной химиотерапии доза мебендозола составляла 50 мг/кг/сут, при профилактической 40 мг/кг/сут. Дети, получающие химиотерапию, находились под диспансерным наблюдением в течении 2-3 лет. Таким образом, химиотерапия эхинококкоза в сочетании с иммуномодуляторами и другими препаратами общеукрепляющего действия является важным средством для санации организма детей от эхинококка. Химиотерапия может применяться, как в качестве самостоятельного метода лечения, так и в качестве эффективного метода предоперационной подготовки больных к хирургической.

УДК 616.24-002.5-053.7(574.1)

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЁЗА У ПОДРОСТКОВ В ЗАПАДНО-КАЗАХСАНСКОЙ ОБЛАСТИ

3. Р. ДАВЛЕТЬЯРОВА

Западно-Казахстанский областной противотуберкулёзный диспансер, г. Уральск

Резюме

Проведён сравнительный анализ заболеваемости туберкулёзом подростков за 2009 - 2011 гг. в Западно-Казахстанской области. Изучен возрастно-половой состав заболевших и структура клинических форм туберкулёза подростков. Наиболее распространенной формой в данной категории является инфильтративный туберкулёз. Дан анализ эффективности лечения у 116 подростков, находящихся на лечении в Западно-Казахстанском Облтубдиспансере за три года.

Тұжырым

Батыс-Қазақстан облысында 2009-2011 жж. жасөспірімдердің туберкулез ауруына салыстырмалы талдау жүргізілді. Ауырғандардың жасы-жыныстық құрамы және жасөспірімдер туберкулезінің клиникалық түрлінің құрылымы зерттелді. Осы санаттағы ең көп тараған түрі инфильтративті туберкулёз. Үш жылда Батыс-Қазақстандық облыстық тубдиспансерде емделуде жаткан 116 жасөспірімдердегі емдеудің тиімділігіне талдау жасалды.

Summary

A comparative analysis of the incidence of tuberculosis in adolescents 2009 - 2011 years. in West-Kazakhstan region. Studied the age-sex composition and structure of cases of clinical TB adolescents. The most common form in this category is infiltrative tuberculosis. The analysis of the effectiveness of treatment in 116 adolescents in treatment in the West Kazakhstan Obltubdispansere for three years.

Введение. В современной социально-эпидемиологической ситуации проблема туберкулёза среди подростков не потеряла своего значения. Несмотря на снижение заболеваемости данной категории населения в области за последние пять лет в 1,6 раза (в 2007г.-158,8, в 2011г.-105,9), в абсолютных цифрах – 53 случая в 2007 г. и 34 – в 2011 г., этот показатель остаётся достаточно высоким.

Цель исследования - изучить распространённость и клинико-эпидемиологические особенности туберкулёза у подростков.

Материалы и методы.

Мною проанализированы истории болезни подростков(116), лечившихся в детско-подростковом отделении в 2009-2011 гг. Западно-Казахстанской области.

Результаты и обсуждения.

В 2009 году среди 656-ти впервые выявленных больных зарегистрировано 44 случая туберкулёза у подростков, что составило 6,7%, из них у 39(88,6%) туберкулёз органов дыхания, 2010 году соответственно среди 580-ти – 38 подростков(6,5 %), у 35-ти(92%) туберкулёз органов дыхания, в 2011 г. из 525 случаев-34 подростка(6,5%), туберкулёз органов дыхания у 33(97%) подростков.

Из таблицы 1 видно, что среди подростков туберкулёз у девушек составил 40,5%, у юношей – 59,5%. Наибольшее число случаев зарегистрировано в 16– 17 лет.

В структуре клинических форм доминирует инфильтративный туберкулёз (68,9%), на втором месте – очаговый туберкулёз (12,1%), затем первичный туберкулёзный комплекс(9,5%) и экскуративный плеврит (5,2%). В 15,9 % выявлена деструкция и в 10,5 % - бактериовыделение.

Из 116 подростков, заболевших в 2009 – 2011 гг., учащиеся средних школ составили 77,5%, студенты СУЗов и ВУЗов – 22,5%.

Выявление при профилактических осмотрах отмечено у 91 – го подростка, что составило 78,5%, при самообращении в лечебно-профилактические учреждения у 25 больных (21,5%).

Подростки из сельской местности составили 60%, из числа городских жителей - 40%.

У 30(25,8%) больных отмечались сопутствующие заболевания.

Таблица № 1. Возрастно-половой состав подростков заболевших туберкулёзом

Возраст	2009 г.						2010 г.					
	Юноши		Девушки		Оба пола		Юноши		Девушки		Оба пола	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15 лет	5	11,3	5	11,3	10	22,7	4	10,5	6	15,8	10	26,3
16 лет	12	27,2	5	11,3	17	38,6	7	18,4	6	15,8	13	34,2
17 лет	11	25,0	6	13,6	17	38,6	10	26,3	5	13,1	15	44,1
Всего	28	63,6	16	36,3	44	100	21	55,3	17	44,7	38	100

Возраст	2011 г.					
	Юноши		Девушки		Оба пола	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15 лет	4	11,7	5	14,7	9	26,4
16 лет	7	20,6	6	17,6	13	38,2
17 лет	9	26,2	3	8,8	12	35,2
всего	20	59,5	14	40,5	34	100

Таблица № 2. Структура клинических форм туберкулёза у подростков

	2009 г.		2010 г.		2011 г.	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Первичный туберкулёзный комплекс	4	9,0	4	10,5	3	8,8
Очаговый туберкулёз лёгких	7	16,0	3	7,9	4	11,7
Инфильтративный туберкулёз легких	27	61,0	27	71,0	26	76,0
Туберкулёзный плеврит	3	6,8	2	5,2	1	3,0
Туберкулома	1	2,2	1	2,6	-	-
Туберкулёз костей и суставов	-	-	1	2,6	-	-
Туберкулёз периферических лимфоузлов	2	4,5	-	-	-	-
С деструкцией	7	17,0	6	15,7	5	14,7
С бактериовыделением	5	12,1	4	10,8	3	8,8
ИТОГО:	44	100	38	100	34	100

Все больные получали в стационаре лечение по I, III категории ДОТС. Также по показаниям применялись средства, улучшающие переносимость препаратов, симптоматические средства, лечение сопутствующей патологии.

Эффективность лечения оценивалась по прекращению бацилловыделения и закрытия полостей деструкции. У 11-ти больных с бактериовыделением достигнута конверсия в 100% случаев, из 18-ти больных с деструкцией полости распада закрылись в 83,4% случаев, оперативным методом – у 3 больных (16,6%).

Из 116-ти больных при выписке из стационара исходы были следующие – вылечен у 11 больных (9,5%), лечение завершено у 90 больных (77,6%), перерегистрировано в IV категорию 15 больных (12,9%).

Выводы. Заболеваемость туберкулёзом подростков в Западно-Казахстанской области остаётся высокой. Основной клинической формой является инфильтративный туберкулёз лёгких, хотя отмечается положительная динамика в структуре заболеваемости в виде отсутствия таких форм как тубменингит, диссеменированный туберку-

лёз лёгких. Стабильно регистрируются случаи туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью. Выше изложенное требует улучшения работы по профилактике и раннему выявлению туберкулёза у подростков, активной работе в очагах туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Фирсова В.А. Особенности течения туберкулёза у подростков // Ж. Туберкулёз и болезни лёгких, №1 (2012г), С. 19-25.
2. Туберкулез органов дыхания / Руководство для врачей под редакцией А. Г. Хоменко -М.: Медицина, 1988.- С. 203-298.
3. Туберкулёз у подростков / Фирсова В. А. – М., 2010.
4. Лекарственно-устойчивый туберкулёз у подростков (особенности клинического течения, эффективность лечения, отдалённые результаты). Пособие для врачей / Фирсова В. А., Полуэктова С. А., Рыжова А. П. – М., 2006. - 13 с.

УДК 616-002.5:614.88

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА УРОВНЕ ПМСП

Н.А. АКАЖАНОВ, С.С. САЙДУЛЛАЕВА
Городская поликлиника № 20, г. Алматы

Резюме

В связи с актуальностью проблемы туберкулеза среди населения РК проводятся различные противотуберкулезные мероприятия на уровне ПМСП.

Тұжырым

ҚР тұрғындары арасындағы туберкулез мәселелерінің өзектілігіне байланысты ЖМКП деңгейіндегі өкпе құрт ауруына қарсы әр түрлі шаралар жүргізілуде.

Summary

Due to the urgency of the problem of tuberculosis among the population of the RK held a variety of control activities at PHC level.

По данным ВОЗ ежегодно в мире 3 млн. человек умирают от туберкулеза. Около 1/3 населения земного шара (примерно 2 млрд.) инфицированы палочкой Коха. В основном, это люди молодого продуктивного возраста. Каждые 4 секунды кто-то заболевает туберкулезом. Каждые 10 секунд кто-то умирает от туберкулеза. В Казахстане ежегодно регистрируется до 23 тысяч вновь выявленных больных.

Туберкулез – это инфекционное заболевание. Основной источник заражения – это больной человек с открытой формой туберкулеза. Передача инфекции происходит в основном воздушно-каспельным путем, имеет место контактно-бытовой (через контаминированные предметы обихода) и алиментарные пути передачи (недостаточно термически обработанные продукты животного происхождения). Новорожденный ребенок может за-

разиться от больной матери и через молоко. Беременная женщина, больная туберкулезом, представляет опасность для плода. Можно заразиться от больного туберкулезом животного при уходе за ним и при употреблении молочной продукции без термической обработки. Не все инфицированные туберкулезом становятся больными. Степень риска заражения человека зависит от концентрации микобактерий, от длительности контакта и состояния иммунитета.

Ослабление иммунитета (недостаточное питание, переохлаждение, тяжелая работа, психологически стрессовые ситуации), сопутствующие заболевания (заболевания легких, сахарный диабет, ВИЧ/СПИД), вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков) критически повышают риск развития туберкулеза. Заразиться туберкулезом может каждый человек. В го-

Таблица 1. Флюрообследование женщин после родов

Годы	Рожениц	Флюрообследование женщин после родов	Выявлено с подозрением на туберкулез
2010	813	813	1
2011	841	841	Нет
2012	120	120	Нет

Таблица 2. Ежегодные планы на проведение туберкулиновой пробы среди детей, поступающих в 1-й класс

Общий годовой план	2009	2010	2011	2012
Годовой план Манту	2314	2675	3050	800
Выполнение плана	2314	2675	3111	800
Полож. Манту (впервые)	98	107	184	20
Всего взято на учет виражных детей	97	95	178	7

Таблица 3. Ежегодное проведение туберкулиновых проб детям группы риска

Группа риска из общего плана	2009	2010	2011	2012
План Манту	1945	1982	1828	736
Выполнение	1945	1982	1829	736
Положит. Манту (впервые)	60	69	80	20
До обследованы	60	69	80	20

родской поликлинике №20 проводится работа с населением по профилактике и борьбе с туберкулезом. Профилактика начинается с рождения ребенка. Все женщины после родов проходят флюрообследование (таблица №1).

На 2-3 день новорожденным проводится специфическая профилактика в роддоме или по показаниям до 2-х месяцев, вакциной БЦЖ. По истечении 2-х месяцев вакцинация новорожденных проводится после пробы Манту. Ежегодно планируют проведение туберкулиновой пробы среди детей, поступающих в 1-й класс, и детей из группы риска. (Таблица №2).

Дети школьного возраста перед поступлением в 1 класс после отрицательных проб на инфицированность туберкулезом вакцинируются. Дети с положительными результатами пробы Манту дообследование проходят у фтизиатров.

За 2011 год в поликлинике прошли флюрообследование при профосмотре 10686 человек, при плане 10587 (109%) выявлено с подозрением на туберкулез 10 больных. Туберкулез – это проблема не только медицинская, но и общественная.

В связи с актуальностью этой проблемы с 24 февраля по 24 марта 2012 год в г. Алматы объяв-

лен месячник по борьбе с туберкулезом. По предложению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 24 марта официально считается Всемирным днем борьбы с туберкулезом. В связи, с чем с 24 февраля по 24 марта 2012 год в городской поликлинике №20 организован и проведен Месячник по профилактике. За этот период флюроосмотр прошли - 552 человека, выявлен 1 больной туберкулезом. Собрана для исследования мокрота на микобактерии туберкулеза у 26 пациентов, с положительным результатом выявлено 2. Проводилась разъяснительная работа среди населения. Подготовлен текст для диктантов и организовано в школах написание диктантов в старших классах и бесед в младших классах. Написаны диктанты в 52 классах 1850 учащимися, беседы проведены в 27 классах среди 1175 учащихся. В газете «Вечерняя Алматы» № 26 от 25 февраля 2012 года опубликована статья о профилактике туберкулеза «Просветитесь, подлечитесь». Обновлены стенды и уголки здоровья в поликлинике, школах и детском саду. Распространение по участкам информационно-образовательных материалов среди населения по профилактике туберкулеза продолжаются.

УДК 616.12-005.4-035:615.214.22

ГРАНДАКСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ИБС

Р. Ж. РАХИМОВА

ГККП «Городская поликлиника №12», г. Алматы.

Резюме

В статье обобщен опыт применения грандаксина в комплексном лечении больных ИБС. Получены данные о положительном влиянии дневных транквилизаторов не только на астенические и психовегетативные проявления болезни, но и непосредственно на основное заболевание, что позволяет рекомендовать применять данную группу препаратов при наличии показаний.

Тұжырым

Бұл мақалада жүректің ишемиялық ауыруымен ауыратын адамдарды кешенді емдеу кезінде грандаксинде қолдану тәжірибесі қортындыланған. Тәжірибе қортындысы күндізгі транквилизаторлардың жақсы әсері тек аурудың астеникалық және психовегетативті белгілеріне ғана емес, сонымен қатар негізгі ауруға да тікелей жақсы әсері бар екенін дәлелдейді, сондықтан бұл дәрі тобын қолдануға көрсетім болса, оны кешенді ем кезінде кеңінен қолдану үсынылады.

Summary

The article summarizes the experience of grandaksina in the complex treatment of patients with coronary artery disease. The data on the positive influence of tranquilizers day not only in asthenic and psycho-vegetative symptoms of the disease, but also directly on the underlying disease that can be recommended to use this group of drugs when indicated.

Эпидемиологические исследования последних десятилетий свидетельствуют о высокой распространенности непсихотических психических расстройств в общемедицинской практике, намного превышающей частоту этих расстройств в популяции. Согласно данным масштабного эпидемиологического международного исследования, проведенного ВОЗ, различные расстройства психической сферы присутствуют у каждого четвертого (24%) пациента общемедицинской сети здравоохранения, расстройства депрессивного спектра — у каждого пятого (21%) больного. Из расстройств депрессивного спектра чаще всего отмечаются собственно депрессивные (10,4%) и тревожные (10,5%) расстройства. По данным многолетнего многоцентрового популяционного исследования, в территориальных поликлиниках нескольких городов России около 30% обращающихся за помощью к участковым врачам имеют нарушения, соответствующие критериям депрессии, а при учете тревожных расстройств эта пропорция достигает 50% [1].

Получены очевидные доказательства того, что даже маловыраженная депрессивная симптома-

тика увеличивает риск кардиальной смертности, причем как у лиц без ССЗ, так и больных ССЗ. Совокупный анализ большого числа исследований показывает, что уровень смертности у больных, перенесших ИМ и страдающих депрессией, в 3–6 раз выше, чем у постинфарктных больных без признаков депрессии. Значимость депрессии в качестве предиктора сердечно–сосудистых катастроф и смерти повышается у больных с аритмиями, а также у пожилых [2,3].

В комплексной терапии ИБС находит применение широкий спектр психофармакологических средств — седативные, снотворные, транквилизаторы, нейролептики и антидепрессанты. Традиционные седативные средства — препараты валерианы, пустырника, бромиды, комбинированный препарат корвалол (валокордин) — дают положительный эффект лишь при умеренно выраженных невротических расстройствах. Больным ИБС с невротическими и неврозоподобными состояниями, при неврастенических и ипохондрических синдромах, умеренно выраженной вегетативной дисфункции, сопровождающейся повышением АД и тахикардией, колющей болью

в области сердца, показаны транквилизаторы, которые не требуют сложной методики терапии, достаточно свободных от побочных эффектов и безопасных даже в амбулаторных условиях. В настоящее время из транквилизаторов наиболее широко используются производные бензодиазепина. Под влиянием транквилизаторов устраняются эмоциональное возбуждение и напряжение, больные начинают спокойнее относиться к травмирующим психику ситуациям. На этом фоне ослабляются неблагоприятные сердечно-сосудистые реакции. Иногда субъективное улучшение опережает объективную нормализацию состояния [5,6].

Термин «транквилизатор» ведет свое происхождение от латинского слова «tranquillo», что означает успокаивать. Транквилизаторы определяют как «лекарственные средства, подавляющие или способные уменьшить выраженность беспокойства, тревоги, страха и эмоциональной напряженности». Однако спектр их действия значительно шире, поэтому транквилизаторы применяются практически во всех областях медицины, ими пользуются здоровые люди в стрессовых ситуациях, больные с разнообразными эмоциональными расстройствами, больные с хроническими соматическими заболеваниями для купирования тревоги и улучшения качества жизни.

Многочисленными экспериментальными исследованиями доказано, что фармакологическое действие бензодиазепинов осуществляется через бензодиазепиновые рецепторы. Бензодиазепиновые рецепторы вместе с ГАМК-ergicескими рецепторами и хлоридными каналами образуют рецепторный комплекс. ГАМК является распространенным тормозным нейротрансмиттером. Бензодиазепин связывается с бензодиазепиновым рецептором, увеличивается сродство ГАМК к рецептору, выделяется ГАМК, что приводит к увеличению частоты открытия хлорных каналов и соответственно, увеличению тока хлора внутрь нейрона, в результате чего происходит гиперполяризация пресинаптического и постсинаптического нейронов и развивается процесс торможения, т. е. подавление нейрональной активности.

Нередко, особенно в амбулаторной практике необходимо снять тревогу и беспокойство, не вызывая при этом значительной седации. В этих случаях используют дневные транквилизаторы — препараты, не вызывающие дневной сонливости. Грандаксин является анксиолитиком без седативно-гипнотического действия, не нарушает

выполнения психомоторной и интеллектуальной деятельности, но при этом обладает легким стимулирующим эффектом [7].

Препарат Грандаксин (tofizopam) также относится к группе бензодиазепиновых транквилизаторов. Он впервые появился в середине семидесятых годов.

Основной особенностью этой группы препаратов является место расположения нитрогенной группы. Если у традиционных бензодиазепинов нитрогенная группа находится в положении 1-4, то у вышеописанных препаратов она расположена в положении 2-3, в связи с чем их обычно обозначают как 2-3 бензодиазепины.

Грандаксин (тофизопам), являясь производным бензодиазепина, обладает как типичными для этой группы препаратов анксиолитическими эффектами, так и рядом уникальных свойств: не оказывает седативного, миорелаксирующего и противосудорожного эффектов, не потенцирует действие алкоголя, не нарушает внимания, не вызывает привыкания и зависимости. Грандаксин оказывает несомненное вегетостабилизирующее действие. Подобные качества предопределили широкое использование Грандаксина в амбулаторной практике: при лечении психовегетативных расстройств, в том числе и в случае стрессовых реакций; при функциональных расстройствах различных соматических систем; при необходимости проведения лечения без отрыва от профессиональной деятельности, у пожилых пациентов с соматическими и когнитивными расстройствами [7].

Грандаксин назначался больным ИБС: 38 со стенокардией напряжения 2 функционального класса и 18 пациентов со стенокардией напряжения 3 функционального класса. Всего грандаксин получили 56 больных, 24 — женщины и 32 мужчины. Возраст больных находился в пределах 49- 67 лет. Кроме симптомов основного заболевания у всех больных наблюдались признаки психовегетативных и функциональных расстройств [4,5]. У изученных больных наблюдались следующие симптомы: астенические проявления (98 %), эмоциональные нарушения (92%), головные боли (89%), неустойчивость артериального давления (83%), сердцебиения (54%), гипергидроз (74%), гипервентиляционные расстройства (51%), нарушения сна (90%).

Грандаксин назначался в дозе 100 мг в сутки (по 50 мг. утром и днем) в течении 4-х недель. Результаты оценивались после проведенного курса

са лечения. У большинства больных выявлено отчетливое улучшение состояния. Так 43% больных отметили очень хороший эффект, 48% - хороший, и у 9% результат оказался неудовлетворительным.

В результате проведенного лечения у 73% больных значительно уменьшились проявления астении и эмоциональные нарушения, у 69% стабилизировалось артериальное давление, 42% отметили заметное урежение приступов сердцебиения, головные боли уменьшились у 61%, а гипервентиляционные расстройства у 37% пациентов. Большинство больных отметили уменьшение частоты ангинозных приступов и повышение переносимости физической нагрузки на фоне приема грандаксина.

Выводы: применение грандаксина в комплексном лечении ИБС, стенокардией напряжения позволяет улучшить качество жизни, а у значительной части больных уменьшить количество ангинозных приступов.

УДК 616.71-001.5-053.2-07/-08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

А.Т. НУРУМОВ

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Резюме

При переломах длинных трубчатых костей не существует одного метода, который можно считать методом выбора. При сочетанных и открытых, а также переломов костей голени и бедренной кости, следуют расширить показания к применению метода внеочагового остеосинтеза.

Тұжырым

Ұзын тұтікше сүйектер сынған кезде таңдаң алу әдістемесі деп санауға болатын бірде-бір әдістеме қолданыста жок. Ашық және жанамаласқан, сонымен қатар тобық сүйектері және сан сүйектері сынған кезде ошактан тыс остеосинтез әдістемесін қолдануға көрсетілімдерді кенеүт керек.

Summary

When fractures of long bones there is no single method that can be considered the method of choice. When combined and open, as well as fractures of the femur and tibia, followed by expanded indications for use of the method extrafocal osteosynthesis.

Повреждение опорно-двигательного аппарата у детей встречается довольно часто, но переломы и вывихи возникают не всегда, чаще имеют изолированный характер и, как правило, являются следствием бытовой или спортивной травмы. Переломы верхних конечностей встречаются чаще, чем нижних (соответственно 69 и 31%).

Диагноз перелома длинных трубчатых костей выставляется на основании клинических данных и рентгенологического исследования.

Для лечения переломов длинных трубчатых костей у детей предложено несколько основных как инвазивных, так и консервативных методов. Это одномоментная ручная репозиция с после-

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология. 2005. -8. - С. 38–44.
2. Краснов В.М. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике. РМЖ. 2002. - 25 (144).- С. 1187–91.
3. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М., 2000.
4. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология. 2002; 4: 86–91.
5. Психоэмоциональные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: масштабы проблемы, вопросы диагностики. Кардиоваскул. тер. и профилактика. 2005. - 6: 82.–8 с.
6. Артеменко А.Р., Окин В.Ю. Грандаксин в лечении психотерапевтических болезней. Лечение нервных болезней. 2001.- 1: 24.- 7 с.
7. Смулевич А.Б., Дробижев М. Ю. Иванов С. В. Транквилизаторы – производные бензодиазепина в психиатрии и общей медицине. - М. - Издание ф-мы Рош. 1999.- 63 с.

дующей фиксацией в гипсовой повязке, скелетное вытяжение, часто с репозицией на вытяжении или с наложением дополнительных тяг, внечаговый остеосинтез аппаратами различных конструкций и, наконец, открытая репозиция с последующим металлокаркасом.

Выбор метода лечения зависит от объективных и субъективных факторов. К первым следует отнести возраст ребенка, сопутствующие повреждения и заболевания, вид перелома. К субъективным факторам относятся установки различных клиник, практические навыки хирургов, наличие или отсутствие необходимого оборудования.

Сегодня в нашем отделении применяют практические многие предложенные методы, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Так, скелетное вытяжение предполагает длительное пребывание больного в вынужденном положении, что может привести к нарушению функции почек или сердечно-легочной системы, не всегда обеспечивает удовлетворительное сопоставление отломков и требует либо неоднократных репозиций в невыгодных для анестезиолога условиях, либо проведения дополнительных спиц или тяг. Кроме того, скелетное вытяжение не обеспечивает достаточной стабильности перелома и неприменимо при множественных и сочетанных повреждениях, число которых в последние времена увеличивается.

Аппараты наружной фиксации требуют относительно длительной анестезии и специальных приспособлений ухода за стержнями и спицами. Однако этот метод позволяет достичь максимальной стабильности отломков, допускает раннюю активизацию больного. Наложение аппарата возможно в ранние сроки, что незаменимо при множественных и сочетанных повреждениях.

Открытая репозиция с последующей фиксацией различными конструкциями позволяет идеально сопоставить отломки, добиться максимальной стабильности и в последующем ранней активизации больного. Однако, кроме косметических недостатков и необходимости повторной операции, по травматичности сопоставимой с первой, такой метод лечения требует подготовки больного.

В отделении детской хирургии за последние пять лет получили лечение 659 детей с переломами длинных трубчатых костей. Как показано на диаграмме, мы наблюдаем ежегодный рост травматизма. Из всего контингента около 16-18% де-

тей получили оперативное лечение. Следующая диаграмма показывает, что ежегодно имеется тенденция к снижению оперативной активности в отношении к переломам длинных трубчатых костей. В нашем отделении принят дифференцированный подход к лечению переломов длинных трубчатых костей.

Безусловно, там, где возможно, применяется закрытая репозиция с последующей фиксацией в гипсовой повязке. Это не осложненные переломы костей предплечья, изолированные переломы большеберцовой кости, неосложненные поперечные переломы костей голени, поперечные переломы диафиза плечевой кости у детей младшего возраста. Скелетное вытяжение мы используем при косых и винтообразных переломах костей голени во всех возрастных группах, и таких же переломах бедра у детей младшей возрастной группы. Открытая репозиция осуществлялась при невозможности сопоставления путем вытяжения. Анализируя пролеченных больных, выявилось, что около 80% детей лечились с переломами плеча и предплечья, переломы костей голени составило около 9%, бедро 6%, ключица 3%. Среди больных с переломами плечевой кости в большинстве случаев около 89% выявлено надчрезмышелковые переломы. В двух случаях произведено открытая репозиция с фиксацией отломков спицами Киршнера после неоднократной закрытой репозиции. В двух случаях произведено закрытое наложение аппарата Илизарова в виде полуколец, с последующей тракцией аппаратом, с сопоставлением и компрессией. В анамнезе, в первом случае стойко держалась контрактура, во втором случае разработка сустава осуществлялась на следующий день после операции. В остальных случаях всем детям удалось сопоставить отломки закрытым реопонированием.

При переломах костей предплечья всем детям проводилось закрытая репозиция. Закрытая репозиция при переломах костей верхней конечности осуществлялась от 1 до 3 раз, причем чаще всего трудности в сопоставлении отломков наблюдалось у детей со сроками переломов в несколько дней и леченных у костоправов.

При переломах бедра и голени у детей младшей возрастной группы (до 5 лет) всем детям удавалось сопоставление отломков путем клеммового, лейкопластырного, спицевого скелетного вытяжения. В более старшем возрасте к оперативному лечению подвергались 19-20% детей с переломами длинных трубчатых костей ниж-

них конечностей. При переломах ключицы закрытая репозиция удавалось в основном у детей до 10 лет. В 10-12% случаях всех переломов ключицы производилось открытая репозиция с фиксацией костных отломков спицей Киршнера.

Таким образом, при переломах длинных трубчатых костей не существует одного мето-

да, который можно считать методом выбора, но нарастание в последние годы числа детей с травмой и увеличение доли множественных, сочетанных и открытых, а также переломов костей голени и бедренной кости, заставляют расширить показания к применению метода внеочагового остеосинтеза.

УДК 616.1/.9-073.4

МЕТОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

А.У. АХМЕТОВА

Городская детская поликлиника №4, г. Алматы

Резюме

В статье рассказывается о методе ультразвуковой диагностики, в частности, о проведении ультразвукового исследования печени.

Тұжырым

Мақалада ультрадыбыстық диагностика шаралары, атап айтқанда, бауырды ультрадыбыстық зерттеуден өткізуі қарастырылған.

Summary

The article describes the method of ultrasound, in particular, to hold the ultrasound of the liver.

Ультразвуковое исследование одно из более доступных и достоверных способов при жизненной визуализации строения внутренних органов человека.

Сегодня это обязательный этап обследования больных с любой внутренней патологией. Высокая разрешающая способность, безопасность, гибкость методических приемов - все это способствовало утверждению высокого доверия к ультразвуковому исследованию, как у врачей клиницистов, так и у их пациентов. Метод ультразвуковой диагностики основан на изучении изображений внутренних органов и структур, полученных в результате взаимодействия ультразвука и тканей человека. Ультразвук представляет собой упругие колебания частиц материальной среды, частота которых превышает 20 кГц. В одной среде ультразвуковые волны распространяются прямолинейно. Если на их пути находится граница двух сред, различающихся по плотности, часть ультразвукового потока отражается, а часть, преломляясь, проникает дальше в ткани.

Показания к проведению ультразвукового исследования печени:

1. Желтуха (новорожденных)
2. Увеличение печени по данным объективного исследования.
3. Клинические и биохимические - лабораторные признаки диффузного заболевания печени.
4. Наличие пальпируемого образования в правом подреберье.
5. Объемный процесс печени по данным других методов исследования.
6. Подозрение на паразитов (эхиноккоз).
7. Дифференциальная диагностика острых заболеваний органов брюшной полости, включая травмы живота, поясничной области, грудной клетки.
8. Неясная патология других органов и систем.
9. Подозрение на злокачественные заболевания других органов и систем.
10. Наличие опухолевых метастазов внепечечной локализации.
11. Динамический контроль за эффективностью лечения гепатобилиарной патологии.

12. Проведение чрезкожной аспирационной биопсии печени.

Для проведения ультразвукового исследования печени в большинстве случаев предварительной подготовки не требуется.

Плановые исследования лучше выполнять утром, натощак, в экстренных ситуациях - в любое время. В некоторых случаях, особенно у тучных детей, у лиц с функциональной патологией кишечника, исследование может быть затруднено ввиду помех от жирового слоя и кишечных газов.

Анатомические особенности тела пациента, в частности, высокое стояние купола диафрагмы, также могут создать сложности при выполнении ультразвукового исследования печени. Для облегчения визуализации бывает полезной предварительная подготовка пациента. Рекомендуется соблюдение трехдневной диеты с исключением из рациона молока, сладких овощей, фруктов, бобовых культур и других продуктов, усиливающих газообразование в кишечнике.

Накануне ультразвукового исследования назначается энтеросорбент - Адсорбикс Экстра.

Адсорбикс Экстра - микронизированный активированный уголь в капсулах, с высокой адсорбирующей способностью.

Адсорбикс Экстра устраниет газообразование, препятствует перерастяжению стенок кишечника. Кишечно - растворимая желатиновая капсула обеспечивает полную сохранность адсорбирующей способности, так как препарат не контактирует со слизистой оболочкой и содержимым желудка, действует непосредственно в тонком кишечнике, где сорбируются вещества.

Адсорбикс Экстра обладает большой адсорбирующей поверхностью: 2000 кв. м на 1 г вещества и способностью активно поглощать из желудочно-кишечного тракта до всасывания в кровяное русло газы, эндо- и экзотоксины бактериального, растительного, животного происхождения, алкалоиды, гликозиды, барбитураты и иные снотворные и наркотические средства, соли тяжелых металлов, а также производные фенола, салициловой кислоты, сульфаниламиды и другие химические соединения. По мере прохождения по кишечнику связанные им компоненты не подвергаются десорбции и не изменяют pH среды.

УДК 617.751:615.471.03:614.2

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЫНКА ОПТИЧЕСКИХ УСЛУГ

М.Ж. КУСАИНОВ, А.Б. УТЕГЕНОВА

КГКП «Атырауская областная офтальмологическая больница»
КГКП Городская поликлиника № 3, г. Атырау

Резюме

В настоящее время наблюдается активное развитие рынка оптических услуг в РК по различным направлениям.

Тұжырым

Қазіргі таңда ҚР оптикалық қызметтің әр түрлі бағытта белсенді дамуы байқалады.

Summary

Currently, there is active development of optical services market in the Republic of Kazakhstan in various fields.

Рынок очковой оптики в Казахстане в настоящее время является одним из наиболее динамично развивающихся коммерческих секторов медицины. В связи с увеличением численности населения нуждающегося в данных услугах, очки становятся товаром первой необходимости.

На протяжении последнего десятилетия отмечался постепенный переход от торговых точек и уличных стендов на рынках и ярмарках к цивилизованным формам торговли - салонам и бутикам оптики.

В розничном ритейле очковой оптики республики различают три основных вида точек продаж. Сегмент масс-маркет: стеллы и торговые точки на улицах, в метро, магазинах, на рынках и т. п., а также небольшие специализированные киоски-магазины с готовой продукцией. Салоны оптики и Центры коррекции зрения. Главным отличительным признаком салона оптики является наличие офтальмолога. Бутики и магазины модной одежды.

В настоящее время наблюдается активное развитие рынка оптических услуг в РК по различным направлениям.

Оптическая коррекция зрения в республике представлена услугами по проверке зрения клиента, его консультированию, обеспечению информацией о существующих современных методах, технологиях и особенностях того или иного вида оптических комплектующих, а также услугами по подбору необходимых средств коррекции зрения.

Также активно развивается рынок контактных линз, обеспечивающий коррекцию зрения. Рынок солнцезащитных очков и аксессуаров, призванных не только защищать глаза от вредного воздействия ультрафиолетового излучения, но и способствовать раскрытию индивидуальных особенностей клиента. Сегодня система коррекции и защиты зрения – это в первую очередь современная диагностика зрения, научно обоснованный подход к выбору необходимых средств, а также детальное консультирование по перспективам коррекции в будущем.

Анализируя становление и развитие рынка оптических услуг можно выделить определенные закономерности. Казахстанский, как и Российский рынок оптических услуг прошел ряд этапов в своем развитии: от полного административного контроля со стороны государства в советский период до стадии начала формирования зрелых рыночных отношений и их совершенствования. Рыночные цены, мелкооптовые и оптовые цены, категории спроса и предложения в большей степени стали определять взаимоотношения между покупателями и поставщиками оптических услуг. В систему взаимоотношений устойчиво проникли такие понятия как, качество предлагаемой продукции и услуг, конкурентоспособность субъектов рынка, реклама и другие рыночные категории. Как правило, ряд оптических магазинов стали специализироваться на своей ценовой нише, на своем особом сегменте рынка. Данная стратегия определяется наличием

соответствующего оптического товара, бренда, который подходит той или иной группе потребителя.

Основу ассортимента казахстанских салонов оптики составляет импортный ассортимент, и как следствие полная зависимость от зарубежных поставщиков оправ, линз, солнцезащитных очков, специализированного оборудования.

Однако рынок оптической продукции в республике слабо защищен от воздействия нелицензированной, контрафактной продукции. К сожалению, дешевая и доступная продукция удовлетворяет потребности малообеспеченных покупателей. Зачастую продукция сомнительного качества не соответствует минимальным стандартам. Однако, именно из-за ценовой политики, большинство населения решают свои проблемы коррекции зрения именно путем покупки дешевой, некачественной оптики.

Казахстанский рынок оптических услуг характеризуется снижением потребления продук-

ции дорогого ценового сегмента, в то же время остается стабильным спрос на среднекценовую и низкоценовую группы продукции. Спрос на оптическую продукцию увеличивается в связи с ухудшением экологической обстановки и рядом аспектов социально-экономического характера.

Таким образом, переход к рыночной экономике изменил принципы функционирования организаций, обеспечивающих население средствами коррекции зрения. Приоритетным для субъектов рынка оптических услуг Казахстана стало получение максимальной экономической выгоды, чему в большей степени способствует отсутствие государственной политики и системы государственного контроля в области обеспечения населения средствами коррекции зрения, децентрализация структуры рынка оптических услуг, ежегодное увеличение потребности населения в оптических услугах, расширение сети салонов и магазинов оптики и возрастающая конкуренция среди них.

УДК 616.248

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Р.Г. ГАБДУАЛИЕВА

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Уральск

Резюме

Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание органов дыхания, для которого характерна периодический возникающая обструкция (нарушение проходимости) дыхательных путей — период обострения (приступ бронхиальной астмы). Частота заболеваемости у населения составляет 1-6%, а у детей этот процент повышается до 5-10%.

Тұжырым

Тыныс демікпесі – бұл тыныс алу мүшелерінің созылмалы қабыну ауры, кез келген асқыну кезеңінде тыныс жолдарының бітелуінен, тыныс демікпесінің ұстамасы пайда болады. Тұрғындардың ауру-сырқауының жілілігі 1-6 %ды құрайды, балаларда бұл пайыз 5-10 ға дейін жоғарылайды.

Summary

Asthma is a chronic inflammatory disease of the respiratory system, which is characterized by recurring obstruction (obstructions), the respiratory tract - the period of exacerbation (asthma attack). Incidence in the population is 1-6% , and the children, this percentage rises to 5-10%.

Бронхиальной астмой можно заболеть в любом возрасте. Прямое наследование предрасположенности к бронхиальной астме не обнаружено. Причины заболевания у конкретного пациента могут быть различны и не обязательно связаны с аллергией. К сожалению, с точностью ответить на вопрос, почему у одних людей возникает бронхиальная астма, а у других нет, в настоящее время невозможно. В то же время у некоторых детей первоначальное аллергическое поражение кожи и системы пищеварения на первом году жизни неудержанно переходит в бронхиальную астму в возрасте примерно до 5 лет. Конкретные причины, провоцирующие возникновения приступов астмы, хорошо известны, к ним относятся:

- истинные аллергические факторы — провокаторы — домашняя пыль, в которой живут специфические клещи, пыльца растений, белки некоторых видов пищевых продуктов;
- погодные, сезонные и климатические факторы;
- наличие респираторной (в основном повторной) вирусной инфекции;
- некоторые лекарственные вещества;
- самые разнообразные химические соединения, например препараты бытовой химии, парфюмерии, масляные красители, лаки, обладающие резким запахом, антигенной активностью.

В настоящее время курение табака рассматривается как один из основных факторов, влияющих на возникновение и течение бронхиальной астмы. Дыхательные пути детей подвергаются интенсивному воздействию табачного дыма от курения окружающих. Пассивные курильщики поглощают из прокуренной атмосферы помещения столько же никотина и других токсических компонентов, как и сам курильщик.

Помещение, в котором больной проводит большую часть времени (его комната, кухня), должно быть в максимальной степени освобождено от возможных накопителей домашней пыли. Сюда относятся ковры, коврики, паласы, книги на полках без стекол, мягкие игрушки, горшки с землей для домашних растений (в этой земле обитают клещи). Верхняя поверхность шкафов и полок должна быть полностью освобождена от хаотично наваленных предметов, чтобы ее легко можно было протереть влажной тряпкой. Раз в неделю необходимо делать влажную уборку. Подушки и одеяла должны быть синтепоновыми.

Наличие в доме аквариумных рыбок, а также наличие в доме любых покрытых шерстью животных и пернатых — неблагоприятный фактор. В квартире не должно быть склада плохо закупоренных бутылок и банок с химическими реактивами и лакокрасочными изделиями. Ремонт в

квартире можно проводить только летом. Водоэмульсионная краска и клей для обоев опасности не представляют. Другим членам семьи нельзя пользоваться косметикой и парфюмерными средствами. Желательно отказаться от пищевых продуктов, явно содержащих консерванты, эмульгаторы, красители от блюд, приготовленных на темном растительном масле, топленом масле, от тугоплавкого жира и от кондитерского жира в виде пирожных и торты с кремом.

Наиболее актуальными вопросами в плане лечения больных с БА является достижение контроля над БА посредством применения современных методов лечения.

У многих больных контроль бронхиальной астмы остаются не оптимальным, однако на практике необходимо подбор доз препаратов не редко оказывается достаточно затруднительным т.к. тяжесть состояния больного может меняться очень быстро, в зависимости от не регулярности осмотров дисциплинированности самого больного. И не редко не чувствуя непосредственного улучшения самочувствия после ингаляций ГКС, больной отдает предпочтение бронхолитикам.

Все это, безусловно, ухудшает прогноз заболевания.

Последняя версия « Глобальной инициативы по бронхиальной астме» предлагает новую кон-

цепцию применения комбинированных препаратов в качестве базисной терапии Симбикорт и Серетид в одном ингаляторе, как в качестве средства базисной терапии, так и для купирования симптомов бронхиальной астмы. Таким образом при лечении БА пациент использует ингаляции Симбикорта и Серетид что позволяет проводить своевременное и адекватное лечение воспалительного процесса в бронхиальном дереве в качестве поддерживающей терапии и для купирования приступов удушья, что такой подход к лечению приводит к уменьшению обострений и улучшению достижения контроля над БА, у взрослых и подростков.

Занятие спортом и прогулки на свежем воздухе для больного бронхиальной астмой совершенно необходимы. Особенно благоприятным воздействием обладает плавание в бассейне.

Таким образом, если больной будет вести здоровый образ жизни (например, бросит курить и начнет заниматься физическими упражнениями), изберет рациональную профессию, будет проводить согласованную с врачом противоприступную терапию, то даже если его заболевание первоначально будет протекать тяжело, совместными усилиями удастся скомпенсировать течение болезни и добиться для этого больного комфорной жизни.

УДК 616.34-002.1-053.2:616.9

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА

А.М. РАИСОВА

ДКГБ «Поликлиника №4», г. Алматы

Резюме

В статье приводится классификация острых кишечных инфекций и основные принципы лечения в условиях амбулаторной практики.

Тұжырым

Мақалада ішек жіті инфекциялары жіктемесі және амбулаториялық тәжірибе жағдайында емдеудің негізгі қағидаттары көлтірілген.

Summary

The article provides a classification of acute intestinal infections, and the basic principles of treatment in an outpatient practice.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) – это группа инфекционных заболеваний, вызываемых патогенным энтеробактериями, представителями условно-патогенной флоры (УПФ), многочисленными вирусами, которые характеризуются поражением желудочно-кишечного тракта с развитием симптомов токсикоза и дегидратации. В структуре детских инфекционных заболеваний острые кишечные инфекции занимают 2-е место после респираторных инфекций. ОКИ характеризуются не только высокой заболеваемостью, частотой случаев, но и достаточно высокой летальностью. Особенно высока летальность у детей 1-го года жизни. Классификация острых кишечных инфекций у детей по этиологии:

1. Дизентерия. Занимает первое место среди кишечных заболеваний у детей, особенно дошкольного и школьного возраста.

2. Сальмонеллезы. Занимают 2-е место по частоте в структуре острых кишечных инфекций. Поражаются дети всех возрастных групп.

3. Коли инфекции.

4. Кишечные заболевания, вызванные стафилококком (в основном патогенным штаммом золотистого стафилоккока), иерсиниями, энтерококком, кампилобактер, представителями условно-патогенной флоры (протей, клебсиелла), грибы рода Кандида (поражают весь ЖКТ вследствие того что у детей имеется физиологический иммунодефицит).

5. Вирусные кишечные инфекции. По данным литературы наибольшее значение имеют ротавирусы. Также имеют значение в возникновении кишечного синдрома аденоовирус – тропный ко всем слизистым – поэтому одновременно может быть ряд симптомов: насморк, кашель, конъюнктивит, выраженный понос и т.д. Энтеровирус – возбудитель энтеровирусных заболеваний, которые могут протекать с диарейным синдромом, кожной сыпью, иногда в сочетании с полиомиелитоподобным синдромом и менингитом.

Клинически заболевание протекает в виде следующих синдромов:

1. Острый гастрит, когда заболевание характеризуется только синдромом рвоты, нет расстройств со стороны кишечника. Это бывает у детей старшего возраста при пищевых отравлениях.

2. Острый энтерит – отсутствует синдром рвоты, но присутствует диарея – стул частый, жидкий.

3. Острый гастроэнтерит встречает чаще всего: есть синдром рвоты, обезвоживания, диареи.

4. При тяжелой форме дизентерии, у ребенка развивается синдром острым колитом: тенезмы, бескаловый стул с примесью крови.

5. Острый энтероколит – поражение всего кишечника

По степени тяжести заболевания ОКИ подразделяется на легкую, среднетяжелую, тяжелую

Критерии определения тяжести: высота температуры, частота рвоты, частота стула, выражен-

ность симптомом интоксикации и обезвоживания.

Атипичные формы ОКИ

1. Стертые формы с невыраженными клиническими проявлениями - кашицеобразный стул 1-2 раза, субфебрильное однократное повышение температуры, отсутствие рвоты, общее удовлетворительное состояние. Диагноз ставится по бактериологическому и серологическому подтверждению.

2. Бессимптомная форма: полная отсутствие каких-либо симптомов. Диагноз ставят на основании бактериологического высеива.

3. Бактерионосительство - это полное отсутствие клинических проявлений, имеется лишь транзиторное, однократное выделение микробы. Многие педиатры, когда не хотят иметь неприятностей с санэпидстанцией ставят диагноз бактерионосительство. Но ставить такой диагноз не всегда целесообразно, потому что возможности обследования в амбулаторных условиях ограничены и лучше поставить диагноз - легкая форма ОКИ.

4. Гипертоксическая форма. Заболевание развивается остро, нередко с развитием инфекционно-токсического шока (1-3 степени), который характеризуется выраженным токсическими симптомами и практически отсутствием местных изменений (поражения в кишечнике не успевают развиться). При острых кишечных инфекциях инфекционно-токсический шок встречается редко.

Лечение начинается сразу после появления симптомов специальными солевыми растворами (например, Регидрон). Если это временно невозможно, необходимо дать воду, зеленый чай, компот из сухофруктов, отвар изюма или шиповни-

ка несладкие. Самая большая ошибка родителей — стремление прекратить, проявления болезни. Но в первые часы этого делать категорически нельзя, потому как рвота и понос — это защитная реакция организма, который пытается самоочиститься от токсинов. Остановка очистки приводит к еще большей интоксикации. Постоянное восполнение потери жидкости и минеральных солей — обязательное условие первой доврачебной помощи. Обезвоживание и деминерализация очень опасны не только для здоровья, но и для жизни ребенка. Тем более, у детей эти процессы происходят очень быстро, поскольку запасы воды и солей в детском организме очень невелики, и часто в таких ситуациях счет идет на часы. Чтобы убедится в том, что поступление жидкости в организм происходит в достаточной степени, необходимо следить за мочой ребенка: если она светлая и прозрачная, то дефицита жидкости нет. Не стоит давать ребенку никаких медикаментов, потому что организм может прореагировать на лечение очень непредсказуемо. Можно и даже желательно применить сорбенты, например, активированный уголь. Сейчас появилась форма микронизированного активированного угля Адсорбикс, который обладает большой адсорбирующей активностью, изготовленные по особой технологии частички угля не травмируют раздраженный кишечник.

В подавляющем большинстве случаев лечение вполне может обойтись обильным питьем, диетой, а также назначением пробиотических препаратов. В нашей практике мы рекомендуем Ферталъ, который благодаря высокому содержанию бифидо- и лактобактерий в сочетании с пребиотической средой — экстракта Алоэ Вера, позволяет быстрее восстановить нарушенную микрофлору кишечника.

УДК 616.72-002.2-056.7-053.2

ЮВЕНИЛЬНЫЙ ИДИОПАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Р.Р. АБУЗЯРОВА

Городская поликлиника, г. Сатпаев

Резюме

Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА) - это редкое заболевание, которое отмечается у 80-90 на 100 000 детей. Прогноз артрита зависит от его тяжести, клинической формы ЮИА и своевременности и адекватности лечения.

Тұжырым

Жасөспірімдердің себебі белгісіз буын қабынуы (ЖСББК) – бұл 100 000 балаға шакқанда 80-90 балада айқында-латын сирек ауру. Буын қабынуын болжай оның ауыртпашилығына, ЖСББК, клиникалық түріне және емдеудің талапқа сәйкестігіне және уақытылылығына байланысты.

Summary

Juvenile idiopathic arthritis (JIA) - a rare disease that is seen in 80-90 per 100 000 children. Forecast of arthritis depends on its severity, clinical form of JIA and the timeliness and adequacy of treatment.

Ювенильный идиопатический артрит – это хроническое заболевание, которое характеризуется упорным воспалением суставов; типичными признаками которого являются боль, припухлость и ограничение движений. «Идиопатический» означает, что мы не знаем причину заболевания, а «ювенильный», в данном случае, значит, что первые симптомы появляются в возрасте до 16 лет.

Такие заболевания как ЮИА также называют «аутоиммунными», имея в виду, что иммунная система действует против собственных органов. Однако точные механизмы, являющиеся причиной ЮИА, также как и большинства хронических воспалительных заболеваний человека неизвестны.

Ювенильный идиопатический артрит - это не наследственное заболевание, поскольку оно не может передаваться непосредственно от родителей ребенку. Тем не менее, имеется ряд генетических факторов, предрасполагающих к болезни, поиск которых по большей части еще ведется. Учеными считается, что заболевание это многофакторное, т.е. это следствие сочетания генетической предрасположенности и воздействия факторов внешней среды (возможно, инфекции). Но даже в случае генетической предрасположенности, редко в одной семье, имеющей двоих детей, оба страдают

Диагноз ЮИА, следовательно, основывается на наличии и персистенции артрита при тщатель-

ном исключении каких-либо других заболеваний с использованием анамнеза (истории) болезни, осмотра и лабораторных тестов.

Синовиальная оболочка, покрывающая сустав, которая обычно очень тонкая, утолщается и заполняется воспалительными клетками, в то время как количество синовиальной жидкости внутри сустава увеличивается. Это является причиной припухлости, боли и ограничения движений в суставе. Характерное проявление воспаления в суставе - скованность, которая наблюдается после продолжительного отдыха, особенно в утреннее время (утренняя скованность).

Часто ребенок пытается уменьшить боль, придавая суставу положение среднее между сгибанием и разгибанием; эту позу называют «анталгической», подчеркивая, что это положение позволяет уменьшить боль.

Если проводимого лечения недостаточно, суставное воспаление может привести к повреждению вследствие двух причин:

а) синовиальная оболочка может стать очень утолщенной (с формированием так называемого синовиального паннуса), вследствие высвобождения различных веществ образуются эрозии в суставном хряще и кости;

б) длительное пребывание в антагонистической позе приводит к мышечной атрофии, натяжение или сокращению мышц и мягких тканей, обуславливающих формирование сгибательной контрактуры.

Имеется несколько различных вариантов ЮИА. В основном они различаются по наличию или отсутствию системных симптомов, таких как лихорадка, сыпь, перикардит (при системном ЮИА) и числом вовлеченных в процесс суставов (олигоартикулярный и полиартикулярный ЮИА).

Разделение на различные варианты ЮИА принято осуществлять в соответствии с симптомами, присутствующими в первые 6 месяцев болезни. Поэтому они также часто называются как варианты начала болезни.

Системный ювенильный идиопатический артрит.

Этот вариант помимо артрита характеризуется наличием системных признаков (системные признаки - это значит возможность вовлечения различных внутренних органов). Основным системным признаком являются высокие подъемы температуры часто в сочетании с кожной сыпью розового цвета, появляющейся на фоне лихорадки. Из других симптомов могут быть мышечные боли, увеличение печени, селезенки или лимфатических узлов, воспаление оболочки сердца (перикардит) и легких (плеврит). Артрит, как правило, полиартикулярный (поражение 5 и более суставов), может присутствовать с начала болезни или появиться позднее. Этим заболеванием страдают дети разного возраста.

Примерно у половины пациентов заболевание характеризуется только системными признаками; эти больные имеют тенденцию к лучшему прогнозу заболевания при длительном наблюдении. У другой половины пациентов системные признаки в дальнейшем могут стихать, в то время как на первый план выходит поражение суставов. У некоторых детей системные признакиpersistируют вместе с суставным синдромом.

Системный ЮИА составляет менее 10% от всех случаев ЮИА; характерен для детского возраста и редко наблюдается у взрослых пациентов.

Полиартикулярный ЮИА. Характеризуется наличием в первые 6 месяцев болезни артрита с вовлечением 5 или более суставов и отсутствием перечисленных выше системных признаков. Присутствие или отсутствие аутоантител в крови, называемых ревматоидным фактором (РФ), позволяет разделять полиартикулярный ЮИА на 2 субтипа: РФ-негативный (отрицательный) и РФ-позитивный (положительный).

1) РФ позитивный полиартикулярный ЮИА. Редко встречается у детей (менее 5% от всего числа больных ЮИА). Рассматривается как эк-

вивалент РФ-позитивного ревматоидного артрита у взрослых (главный вариант хронического артрита у взрослых). Представляет собой обычно симметричный артрит с вовлечением в начале преимущественно мелких суставов кистей и стоп, с последующим распространением на другие суставы. Чаще встречается у девочек, чем у мальчиков и обычно начинается после 10 летнего возраста. Нередко этот вариант является тяжелой формой артрита.

2) РФ негативный полиартикулярный ЮИА. Составляет 15-20% от всех случаев ЮИА. Это разнородная форма, которая, возможно, состоит из различных заболеваний. Может встречаться в любом возрасте. Разнородность также обуславливает различный прогноз.

Олигоартикулярный ЮИА характеризуется наличием в первые 6 месяцев болезни менее чем 5 пораженных суставов и отсутствием системных признаков. В процесс вовлекаются обычно крупные суставы (такие, как коленные и голеностопные), в основном асимметрично. Иногда поражается только один сустав (моноартикулярная форма). У некоторых пациентов число вовлеченных суставов увеличивается после 6 месяцев болезни до 5 или более; эти варианты называются распространившийся олигоартрит.

Олигоартрит обычно начинается в возрасте до 6 лет и, в основном, наблюдается у девочек. При правильно подобранном лечении прогноз обычно хороший, если болезнь ограничена поражением только нескольких суставов и может быть разным у тех пациентов, у которых суставной синдром распространяется на другие суставы.

У части больных может развиться серьезное осложнение со стороны глаз - воспаление переднего отдела сосудистой оболочки (переднийuveит), покрывающей глаз и обеспечивающей кровоснабжение через проходящие в ней сосуды.

Так как передняя часть сосудистой оболочки состоит из радужки (iris) и ресничного тела (ciliary body), это осложнение называется или хроническим переднимuveитом или хроническим иридоциклитом.

Нераспознанный или нелеченный переднийuveит прогрессирует и может приводить к очень серьезным повреждениям глаза. Следовательно, крайне важным является раннее распознавание этого осложнения. Так как переднийuveит может остаться незамеченным родителями или медицинскими работниками из-за отсутствия покраснение глаз и жалоб ребенка на ухудшение

зрения, крайне необходимо для детей, имеющих риск поражения глаз, каждые 3 месяца проходить проверку у окулиста с помощью инструмента, называемого щелевой лампой. Олигоартрит является наиболее частой формой ЮИА (50%). Положительны по АНФ (см. «лабораторное обследование») тип олигоартрита в сочетании сuveитом является типично заболеванием детского возраста и не наблюдается у взрослых.

Псориатический артрит характеризуется наличием артрита в сочетании с псориазом или некоторыми свойственными псориатическим клиническими особенностями. Псориаз - это кожное заболевание, проявляющееся пятнистыми высыпаниями преимущественно локализующимися на наружных поверхностях локтей и коленей. Кожные проявления могут предшествовать или появиться после начала артрита. Этот вариант очень разнообразен по клиническим проявлениям и прогнозу.

Артрит, связанный с энтеозитом. Наиболее частыми проявлениями являются олигоартрит с вовлечением преимущественно крупных суставов нижних конечностей и энтеозит. Энтеозит - воспаление энтеозиса, места прикрепления сухожилий к кости. Наиболее часто при этом варианте источником боли является область стопы по задней или нижней поверхности пятки. Иногда у этих пациентов может развиться острый переднийuveит, при котором в отличие отuveита при олигоартикулярном варианте может быть покраснение глаз, слезотечение, светобоязнь. У большинства больных положительный лабораторный тест, называемый HLA B27 антигеном. Заболеванием страдают преимущественно мальчики, обычно оно начинается в возрасте после 7-8 лет. Течение этой формы различное. У некоторых больных заболевание затихает, в то время как у других в процесс вовлекается осевой скелет (область позвоночника) сначала в виде поражения крестцово-подвздошных суставов (в нижней части спины). На самом деле, эта форма относится к группе заболеваний, которые чаще встречаются у взрослых и называются спондилоартропатиями поскольку часто затрагивают позвоночник.

Также как и артрит, воспаление глаза вызвано ненормальным иммунным ответом, (автоиммунным), направленным против структур глаза. Точные механизмы этого однако неизвестны.

Это осложнение в основном наблюдается у пациентов с олигоартикулярным типом более младшего возраста, имеющим положительный тест на антинуклеарные антитела (АНА).

Причины по которым развивается поражение глаз при суставном заболевании неизвестны. Важно, однако, помнить, что артрит и иридоциклит могут иметь независимое друг от друга течение, поэтому периодический осмотр на щелевой лампе необходим даже если артрит находится в состоянии ремиссии. Течение иридоциклита характеризуется периодическими обострениями, которые также протекают независимо от обострений артрита.

Обычно иридоциклит развивается после начала артрита или одновременно с ним. Реже он предшествует артриту. Это обычно самые неблагоприятные ситуации; так как из-за отсутствия клинических симптомов иридоциклит обнаруживается не на ранних стадиях, а когда уже приводит к развитию осложнений, таких как нарушение зрения.

Различается ли это заболевание у детей и взрослых?

По большому счету, да. Полиартикулярный РФ-позитивный вариант, который у взрослых составляет 70% от всего ревматоидного артрита, у детей составляет менее 5% среди ЮИА. Олигоартикулярная форма с ранним началом составляет 50% среди ЮИА и не наблюдается у взрослых. Системный артрит характерен для детей и крайне редко встречается у взрослых.

При постановке диагноза будут полезны несколько лабораторных тестов в сочетании с клиническими проявлениями для более точного определения варианта ЮИА и выявления у пациента риска развития некоторых осложнений, например хронического иридоциклита.

Ревматоидный фактор (РФ) - это антитела, которые выявляются повторно и в высокой концентрации только при полиартикулярном варианте ЮИА, являющемся эквивалентом РФ положительного ревматоидного артрита у взрослых.

Антинуклеарные антитела (АНА, АНФ) очень часто положительны у пациентов с олигоартикулярным ЮИА с ранним началом. Они определяют контингент больных ЮИА с высоким риском развития хронического иридоциклита и нуждающихся в периодическом (каждые 3 месяца) осмотре окулистом на щелевой лампе.

HLA - B27 - это клеточный маркер, выявляющийся у 80% пациентов с энтеозит-связанным артритом. В здоровой популяции детей он встречается значительно реже (5-8%).

Другие показатели такие, как скорость оседания эритроцитов (СОЭ) или С-реактивный бе-

лок (СРБ), определяют выраженность воспаления в целом и используются при лечении заболевания, хотя врач больше ориентируется на клинические проявления, чем на лабораторные показатели.

В зависимости от проводимого лечения пациенты могут нуждаться в периодических исследованиях (таких как общий анализ крови, печеночные ферменты, анализ мочи и др.), для контроля за потенциальной токсичностью лекарственных средств.

Периодическое рентгеновское обследование полезно для определения прогрессирования заболевания и соответственно коррекции лечения.

Цель лечения сводится к тому, чтобы дать возможность детям вести нормальную жизнь и предотвратить разрушение суставов и внутренних органов в ожидании спонтанной ремиссии заболевания, которая наступает в большинстве случаев после различного и непредсказуемого промежутка времени. Лечение основывается, в основном, на использовании препаратов, которые подавляют системное или суставное воспаление, и на реабилитационных мероприятиях, которые позволяют сохранить функцию суставов и способствуют предотвращению развития деформаций. Лечение комплексное и необходимо сотрудничество различных специалистов (детского ревматолога, хирурга-ортопеда, физиотерапевта, офтальмолога).

1) Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Это симптоматические противовоспалительные и жаропонижающие (снижающие температуру) лекарственные средства; симптоматические - это значит, что они не могут вызвать ремиссию заболевания, а только контролируют симптомы воспаления. Наиболее часто (в странах Европы) используются напроксен и ибuproфен; аспирин, хотя и является эффективным и дешевым препаратом, в настоящее время используется гораздо реже из-за риска его токсичности (системные эффекты в случае высокой концентрации в крови, токсическое действие на печень особенно при системном ЮИА). Все НПВП обычно хорошо переносятся, а дискомфорт со стороны желудка, наиболее частое побочные эффекты для взрослых, не характерно для детей. Сопоставление эффективности различных НПВП не указывается, но изредка один НПВП может быть эффективен в том случае, когда другой недостаточно эффективен. Оптимальное воздействие на суставное воспаление развивается спустя несколько недель лечения.

2) Внутрисуставные инъекции. Используются при вовлечении одного или небольшого числа суставов, и когда сохранение контрактуры сустава (вторичной вследствие боли) может привести к деформациям. Для внутрисуставных инъекций используются длительно действующие гормональные (стериоидные) препараты. Для получения более длительного эффекта (нередко длящающегося много месяцев) предпочтителен триамцино-лона гексацетонид, т.к. его всасывание в общий кровоток минимально.

3) Препараты второй линии. Показаны детям с прогрессирующим полиартритом, несмотря на адекватное лечение НПВП и внутрисуставными инъекциями. Препараты второй линии добавляются к предшествующему лечению НПВП, которое необходимо продолжать. Эффект от большинства препаратов второй линии развивается в полной мере только спустя несколько недель или месяцев лечения.

Препаратором первого выбора является метотрексат в низкой дозе, получаемой 1 раз в неделю. Он эффективен у большинства пациентов. Обладает противовоспалительной активностью, но также способен у некоторых пациентов в результате неизвестного механизма, вызывать ремиссию заболевания. Обычно хорошо переносится. Наиболее распространенными побочными действиями являются непереносимость со стороны желудка и повышение уровня печеночных ферментов в крови. Потенциальная токсичность обуславливает необходимость осуществлять периодическое лабораторное обследование на фоне лечения. Сочетание с фолиевой кислотой (витамином) снижает риск развития побочного действия.

Салазопирин (сульфасалазин), также показал свою эффективность при ЮИА, но его переносимость хуже, чем метотрексата. Опыт применения сульфасалазина значительно меньше, чем метотрексата.

До настоящего времени нет контролируемых исследований по оценке эффективности при ЮИА других потенциально полезных препаратов - таких, как циклоспорин или лефлюномид. Циклоспорин - дорогостоящее лекарство, применяемое для лечения синдрома активации макрофагов, не поддающегося лечению стероидами. Это тяжелое и потенциально жизнеугрожающее осложнение системного варианта ЮИА, являющееся отражением общей массивной активации воспалительного процесса. Практически нет сведений об использовании лефлюномида у детей.

Новые перспективы открылись в последние несколько лет с момента появления так называемых анти-TNF (ФНО) препаратов - агентов, которые выборочно блокируют фактор некроза опухоли (ФНО), являющийся основным медиатором воспалительного процесса. Они используются изолированно или в сочетании с метотрексатом и эффективны у большинства пациентов. Эффект от их действия быстрый, а переносимость, как до сих пор было показано, хорошая. Длительное наблюдение за пациентами необходимо для выявления потенциальных отдаленных побочных эффектов. Как и все другие препараты второй линии должны назначаться под строгим медицинским контролем. Анти-ФНО препараты являются очень дорогостоящими.

4) Кортикоステроиды. Наиболее эффективные противовоспалительные препараты, однако, их использование ограничено тем, что длительное применение сопровождается тяжелыми побочными явлениями, включая остеопороз и замедление роста. Однако стероиды цепны для лечения системных симптомов, которые не поддаются другому лечению, жизнеугрожающих осложнений и как переходное лечение («мостик») для контроля остроты заболевания и в период развития эффекта от действия препаратов второй линии. Местные стероиды (глазные капли) используются при лечении иридоциклита. В наиболее тяжелых случаях проводятся подкожные инъекции или назначаются системные стероиды.

5) Ортопедическая хирургия. Основным показанием для замены сустава новым является значительное разрушение суставов, а при часто повторяющихся или стойких контрактурах суставов выполняются операции на мяготканном компоненте.

6) Реабилитация - это основной компонент лечения. Включает в себя соответствующие упражнения также как когда показано ношение шин для предупреждения формирования нежелательных установок. Должно начинаться рано и быть рутинным с целью сохранения объема движений, мышечной трофики и силы и чтобы предупредить, остановить прогрессирование или исправить деформации.

Как длительно рекомендуется продолжать лечение?

Его необходимо проводить так долго, как продолжаются обострения заболевания. Течение болезни непредсказуемо; в большинстве случаев ЮИА, после течения, которое продолжается от

нескольких до многих лет, наступает самопроизвольная остановка (ремиссия) заболевания. Течение ювенильного идиопатического артрита часто характеризуется периодическими ремиссиями и обострениями, которые приводят к важным изменениям в лечении. Полная отмена терапии производится только на фоне длительной и полной ремиссии болезни.

Обследование глаз (на щелевой лампе); как часто и как долго?

У пациентов с риском (АНФ положительные) обследование на щелевой лампе необходимо проводить как минимум каждые 3 месяца. В случае развития иридоциклита следует проводить больше осмотров, частота их зависит от тяжести глазного поражения.

Риск развития иридоциклита со временем снижается; однако он может развиться также спустя много лет после начала артрита. Следовательно, разумно проверять глаза в течение многих лет, даже если артрит находится в стадии ремиссии.

Острыйuveйт, который может возникать у пациентов с артритом и энтеозитами, протекает симптомно (покраснение глаз, боль и светобоязнь) и, следовательно, нет необходимости в осмотре на щелевой лампе для своевременной постановки диагноза

Каков прогноз артрита при длительном течении?

Прогноз артрита зависит от его тяжести, клинической формы ЮИА и своевременности и адекватности лечения. Немалый прогресс в лечении отмечен в последние 10 лет.

При системном ЮИА прогноз различный. Около половины больных имеют незначительные признаки артрита, и заболевание характеризуется, в основном, периодическими обострениями; окончательный прогноз часто хороший, и заболевание нередко самопроизвольно останавливается. У другой половины заболевание характеризуется повторением артрита в то время, как системные симптомы имеют тенденцию с годами угасать; у этой группы пациентов могут развиваться тяжелые разрушения суставов. У единичных больных из этой группы системные симптомы повторяются вместе с прогрессированием артрита; данные пациенты имеют наихудший прогноз и у них может развиться амилоидоз, серьезное осложнение, требующее назначения тяжелой иммуносупрессивной терапии.

При РФ позитивном полиартикулярном ЮИА наиболее часто отмечается прогрессирующее те-

чение артрита, которое может привести к тяжелой деструкции суставов.

РФ негативный полиартикулярный ювенильный идиопатический артрит сложный по клиническим проявлениям и прогнозу. Однако общий прогноз намного лучше, чем при РФ позитивном варианте. Только около четверти пациентов развивается деструкция суставов. При олигоартикулярном ЮИА часто отмечается хороший прогноз по суставам, заболевание ограничивается поражением нескольких суставов. Пациенты, у которых суставной процесс носит распространяющийся характер с вовлечением отдельных суставов, имеют прогноз, сходный с полиартикулярным РФ негативным

Большинство пациентов с псoriатическим артритом более похожи на олигоартикулярный ЮИА, но со временем у них чаще формируется полиартрит. ЮИА, ассоциированный с энтеопатией, имеет разный прогноз. У одних пациентов заболевание выходит в ремиссию, в то время, как у других прогрессирует, и могут вовлекаться крестцово-подвздошные суставы.

Нет достоверных клинических и лабораторных признаков, которые могли бы предупредить на ранних стадиях болезни, у каких больных будет худший прогноз. Такие предвестники могли бы иметь клинический интерес, поскольку они позволили бы выделить тех пациентов, которым необходимо было бы назначить более агрессивное лечение с самого начала заболевания.

Нелеченный иридоциклит может иметь очень серьезные последствия, включая такие проблемы, как помутнение хрусталиков глаз (катаракта) и слепота. Однако, если лечение начато на ранних стадиях, обычно он очень хорошо поддается лечению. Следовательно, ранняя диагностика является определяющей для прогноза.

Разрешены ли профилактические прививки?

Если пациент лечился иммуносупрессорами (стериоиды, метотрексат, анти - ФНО и др.), вакцинацию живыми, ослабленными микроорганизмами (такие, как против краснухи, против паротита и т.п.) необходимо отсрочить в связи с потенциальным риском распространения инфекции вследствие сниженной иммунной защиты. Вакцины, которые не содержат живые микроорганизмы, а только инфекционные белки (антистолбнячная, анидифтерийная, против гепатита В, против коклюша, пневмококка, менингококка) могут быть введены, но существует теоретический риск недостаточной эффективности вследствие состояния подавленного иммунитета.

Может ли диета повлиять на течение заболевания?

Нет доказательств того, что диета влияет на заболевание. В целом ребенку необходимо получать сбалансированную, нормальную по возрасту пищу. Нужно избегать переедания у пациентов, получающих стероиды, так как они повышают аппетит.

Может климат влиять на течение заболевания?

Нет доказательств того, что климатические условия могут влиять на проявления заболевания.

Разрешены ли занятия спортом?

Игровые виды спорта это основная часть повседневной жизни нормального ребенка. Одна из главных задач лечения при ЮИА дать возможность детям вести насколько возможно нормальный образ жизни и не отличаться от своих сверстников. Следовательно, главная тенденция - разрешать пациентам заниматься спортом, каким они хотят, и надеяться, что они прекратят это делать, если это будет вредить суставам. Несмотря на то, что механический стресс не полезен для воспаленного сустава, представляется, что небольшое повреждение, которое может последовать, намного меньше, чем психологическая травма от того, что ребенок не может заниматься спортом со своими друзьями из-за своей болезни. Этот выбор- часть наиболее общего подхода с целью поддержать ребенка психологически быть независимым и справляться самостоятельно с ограничениями, связанными с болезнью.

По некоторым соображениям лучше заниматься спортом, при котором механический стресс для суставов отсутствует или минимален. Это плавание и катание на велосипеде.

Может ребенок регулярно посещать школу?

Крайне важно, что ребенок посещает школу регулярно. Существует несколько факторов, которые могут быть причиной для посещения школы: трудности при ходьбе, слабость, боль или скованность. Следовательно, важно объяснять учителям, в чем нуждается ребенок: собственный стол, регулярные движения в течение школьных занятий, чтобы избежать скованности в суставах, возможные трудности при письме. Больным рекомендуется при каждой возможности заниматься гимнастикой. В этом случае сходные соображения, обсуждаемые выше в отношении спорта, необходимо принимать в расчет.

Школа для детей - это как работа для взрослых, место, где они обучаются как стать самостоятельной личностью, продуктивной и неза-

висимой. Родителям и учителям необходимо сделать все возможное, чтобы больной ребенок участвовал в активной школьной жизни нормальным путем, чтобы имел академические успехи, а также был способен общаться со сверстниками и взрослыми, принимался и ценился своими друзьями.

Будет ли у ребенка нормальная взрослая жизнь?

Это основная цель лечения, в большинстве случаев так и происходит. Терапия ЮИА, действительно, в последние 10 лет кардинально улучшилась и предполагается, что отдельные новые мощные лекарственные средства будут доступны в будущем. Комбинированное фармакологическое лечение и реабилитация в настоящее время дает возможность предупредить разрушение суставов у большинства пациентов.

Большое внимание желательно уделять психологическому влиянию болезни на ребенка и его семью. Хроническое заболевание, каким является ювенильный идиопатический артрит, тяжело отражается на всей семье, и, конечно, чем серьезнее заболевание, тем труднее бороться с ним. Для ребенка будет тяжело справляться со своей болезнью, когда не будет родителей. У родителей может развиться сильная привязанность к

своему больному ребенку, и, чтобы предупредить возможные для него/нее проблемы, они становятся сверх меры опекающими ребенка.

Положительно настроенное (оптимистичное) отношение родителей, которые поддерживают и ободряют ребенка, дают возможность ему быть независимым, как только возможно, несмотря на болезнь, будут чрезвычайно ценной помощью ребенку для преодоления трудностей, связанных с заболеванием, помогут успешно справляться со своими сверстниками и стать независимой, хорошо уравновешенной личностью.

Команда педиатров ревматологов в случае необходимости должна предоставить психологическую поддержку пациентам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Носонова В.А., Носонов Е.Л.- «Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний» - Москва, 2007.

Кельцев В.А. Ювенильный идиопатический артрит. - Самара, 2005.

Кельцев В.А. Ревматоидный артрит у детей. - Самара, 1991.

Кельцев В.А. Избранные лекции по детской кардиологии. – Самара, 2001.

Щукин Ю.В., Бекишева Е.В. Греко-латинская терминология внутренних болезней. - Самара 2006.

УДК 616.36 - 002:615 - 065

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ГЕПАТИТЫ

Ж.Е. ТЕМИРНИЯЗОВА

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Уральск

Тұжырым

Бауырдың морфологиялық өзгеруіне туберкулезге қарсы дәрілер әсер етеді. Бұл дene қызыуының көтерілуіне, бауырдың ісінуіне соктырады, сондыктан да дәрілерді ішкеннен гөрі парәнтералды жолмен емделу керек.

Резюме

На морфологические изменения печени влияют лекарства против туберкулеза. Это приводит к повышению температуры тела, воспалению печени, поэтому чем пить лекарства, лучше лечиться парентеральным методом.

Summary

On the morphological changes of the liver affected by drugs against tuberculosis. It leads to an increase in body temperature, inflammation of the liver, what to drink medicines, it is best treated by parenteral method.

Только 9,5% всех побочных лекарственных реакций протекают с поражением печени, но число тяжелых реакций среди них настолько велико, что, по данным некоторых авторов, лекарства являются главной причиной острой печеночной недостаточности. Практически любое лекарство, особенно при длительном применении или при введении в значительных дозах, может неблагоприятно влиять на структуру и функцию печени.

В настоящее время все гепатотоксические лекарственные осложнения принято подразделять на облигатные и факультативные. Облигатные, т.е. обязательные, зависимые от дозы и воспроизводимые в эксперименте на животных, обусловлены в первую очередь свойствами самого химического соединения (четыреххлористый углерод, фосфор, хлороформ, мускарин). Облигатные лекарственные поражения могут быть относительно безобидными: например, фенобарбитал вызывает гепатомегалию вследствие ферментативной индукции, кортизон и его производные – жировую инфильтрацию печени, препараты железа – гемосидероз органа.

По клинико-морфологическим особенностям различают цитолитические (с некрозами или стеатозом печени), холестатические, смешанные (холестатически – цитолитические) острые лекарственные гепатиты и значительно более редкие хронические лекарственные поражения печени.

Цитолитические гепатиты составляют около 2/3 всех гепатотоксических реакций со смертностью, при холестатических лекарственных пора-

жениях смертность составляет 3%.

Более серьезное поражение по типу смешанной холестатически-цитолитической реакции с воспалительной, чаще лимфоцитарной инфильтрацией печени наблюдается у 1,2% больных при лечении аминазином и другими производными фенотиазина. Оно описано также у больных, получавших тубазид, рифампицин, протионамид, ПАСК, сульфаниламиды, никотиновую кислоту, папаверин, хлорпропамид, толбутамид, метотрексат, элениум, седуксен, оксациллин, пенициллин, пиперазин, мерказолил.

Острый лекарственный гепатит, как и ОВГ, значительно чаще протекает в безжелтушной форме, чем с желтухой, он может возникать в период введения лекарственного средства или через 3-4 нед после его отмены. Наслаиваясь на предсуществующую хроническую гепатопатию, лекарственный гепатит неминуемо отягощает ее течение. В клинической картине нередко на первый план выступают диспепсические нарушения: тошнота, рвота, анорексия, боль в животе. Как и при ОВГ, наблюдается продромальный период с аллергическими и диспепсическими симптомами, однако продолжительность его короче, чем при ОВГ. Астенический синдром выражен менее ярко, чем при ОВГ. Часто отмечается болезненность при пальпации умеренно увеличенной печени. Сplenomegалия наблюдается редко. Активность ферментов сыворотки крови может широко варьировать в зависимости от характера лекарственного поражения печени и его распро-

страненности. Токсический лекарственный стеатоз (тетрациклин, метотрексат), несмотря на нередко тяжелое течение, сопровождается умеренной гипераминотрансфераземией.

Метотрексат при длительном введении малых доз больным гемобластозами, псориазом и для предотвращения реакции отторжения трансплантата костного мозга у всех больных вызывает сначала жировую дистрофию печени, далее фиброз печени, который при продолжении введения препарата может переходить в цирроз.

Наиболее изучено гепатотоксическое действие широко применяемого противотуберкулезного препарата, гидразида изоникотиновой кислоты – тубазида (изониазид). Переходящее умеренное повышение активности аминотрансфераз, обычно не требующее отмены препарата, наблюдается у 23% больных; явный гепатит с летальностью от массивного печеночного некроза. В печени изониазид сначала ацетилируется (т.е. присоединяет молекулу уксусной кислоты), а затем гидролизуется, превращаясь в ацетилгидразин и изоникотиновую кислоту. Ацетилгидразин гепатотоксичен. Он окисляется с образованием активного промежуточного продукта, который реагирует с тканевыми белками и вызывает некрозы печени. Скорость ацетилирования зависит от генетически детерминированной, наследуемой аутосомально активности N-ацетилтрансферазы. У лиц с медленным ацетилированием (12% людей белой и черной и 10% - желтой расы) риск тяжелого поражения печени особенно велик. Сочетанное применение тубазида с ферментативным индуктором рифампицином увеличивает вероятность гепатотоксических реакций.

Морфологические изменения печени при тубазидовом гепатите идентичны ОВГ. Желтуха носит цитолитический или смешанный цитолитический-холестатический характер. Лихорадка и кожная сыпь наблюдаются редко. Диспротеине-

мия часто обусловлена не поражением печени, а туберкулезным процессом. При введении препарата в течении более 2 мес у 10% больных возможен переход в ХАГ и цирроз печени. Отмена препарата обязательна при симптомах, указывающих на явное поражение печени. К развитию тубазидового гепатита предрасположены больные старше 50 лет, мужчины- представители восточных рас и больные с предсуществующей дисфункцией печени. При лечении тубазидом необходимо наблюдать за динамикой АлАТ, так как у 10% больных желтуха может возникнуть без предшествующих симптомов.

Основным терапевтическим мероприятием при лекарственных поражениях печени является срочная отмена препарата. Сравнительно редко, при тяжелом течении с выраженной печеночной недостаточностью, приходится прибегать к парентеральному введению средних доз глюкокортикоидов. Профилактика медикаментозных гепатопатий состоит в рациональной лекарственной терапии с учетом аллергологического и лекарственного анамнеза, недопустимости полипрагмазии, излишней симптоматической терапии и самолечения оценке функциональной способности печени перед назначением сильнодействующих средств или длительной медикаментозной терапии, обеспечении систематического контроля за состоянием гепатобилиарной системы у больных, получающих такие средства, и немедленной отмене препарата при появлении немотивированной и стойкой боли в животе, диспептических нарушений, астении или явной печеночной дисфункции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Логинов А.С., Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени, «Медицина», Москва 2005.

УДК 618.11/13:615.838.7

РЕАБИЛИТАЦИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

О.В. КОНШИНА

Городская многопрофильная больница АО «Талап», г. Уральск

Резюме

В статье дана информация о профилактике рецидивов репродуктивной функции с помощью грязелечения.

Тұжырым

Мақалада сазбалшықтың көмегімен репродуктивтік функциялар қайталануының профилактикасы туралы акпарат берілген.

Summary

The article gives information on the prevention of recurrence of the reproductive function with mud.

Значительный рост числа воспалительных заболеваний половых органов, в частности придатков матки, приводит к нарушению репродуктивной функции, и к нарушению транспортной функции маточных труб.

На сегодняшний день проблема хронических аднекситов остается одной из актуальных в акушерстве и гинекологии в связи с последствиями, к которым она ведет.

В условиях нашего центра проводилось лечение и профилактика рецидивов хронических аднекситов лечебной: илово - сульфидной грязью. Благодаря высокому содержанию органических веществ (гуминовых сульфокислот, аминовых оснований, микроэлементов, витаминов группы В, С, D, а также антибиотиков и гормонов). Грязелечение было направлено на стимуляцию функций яичников при нарушении менструального цикла и рассасывания хронических воспалительных процессов.

Методика заключалась в сочетании грязевых аппликаций на низ живота с интровагинальным введением грязевых тампонов температуры 38

градусов с экспозицией 30 минут. Затем удаляли тампон и проводили орошение.

На курс использовали до 14 процедур.

На курсе использовали до 14 процедур. Результаты оценивались цитологическим исследованием и УЗИ органов малого таза. У всех 28 больных отмечалось улучшение:

- у 5 больных, что составило 18%, отмечалась умеренная бальнеореакция в виде усиления боли в течение 1-3 дней;

- у остальных больных боли снимались после 2-3 процедуры.

О восстановлении микробиоценеза влагалища свидетельствовала динамика степени чистоты до лечения, и после лечения.

II степень – 24% 64%

III – степень – 41% 25%

IV степень – 35% 10%

По данным УЗИ имеется снижение

менений структуры яичника с восстановлением фолликулообразований и исчезновения и уменьшения спаек у 75% больных.

УДК 616-053.9:615.83/.85+615.874

ГЕРОПРОФИЛАКТИКА ПОЖИЛЫХ

О.В. КОНШИНА

Городская многопрофильная больница АО «Талап», г. Уральск

Резюме

В статье рассказывается полезность санаторной геропрофилактики. Даны информация о базовых лечебно-профилактических техниках и средствах санаторных мероприятий.

Тұжырым

Макалада санаториялық геропрофилактиканың пайдалылығы айталған. Базалық емдеу-профилактикалық техникалар және санаториялық іс-шаралардың құралдары туралы акпарат берілген.

Summary

The article discusses the usefulness of sanatorium geroprophylaxis. The information on basic health care techniques and spa media event.

Основной закономерностью изменения структуры населения в мире, является заметное старение населения. Современные подходы к системной геропрофилактике и биоактивации нельзя рассматривать в отрыве от санаторного этапа.

На базе стационара и оздоровительного центра АО «Талап» в течение трех лет разворачивался санаторий с целью геропрофилактики и разработки комплексной программы санаторного оздоровления пожилых. В результате изучения действующих в Казахстане и за рубежом методов санаторной профилактики старения была внедрена программа геропрофилактики. Проведено лечение 32 пациентов пожилого возраста (от 60 до 82 лет).

В основе выздоровления лежали принципы индивидуальности и комплексности. Конкретный подбор лечебного курса осуществлялся после этапа диагностики. Методы диагностики включали физические методы (мониторинг веса, пульса АД), функциональную диагностику: ЭКГ, абдоминальное ультразвуковое обследование, спирометрию.

Наборы используемых методов в каждом курсе значительно варьировали в зависимости от совокупности патологических изменений у пациента, ориентации на диеты, физиотерапию, медикаментозное лечение.

Принцип комплексности заключался в одновременном сочетании нескольких методов оз-

доровления. Использовались следующие базовые лечебно-профилактические техники и средства санаторных мероприятий:

- специальный оздоровительный режим, включающий коррекцию стиля жизни;
- диеты № 8,9,10 по Певзнеру;
- фито-чаи и кумыс;
- музыкотерапия, психологические настрои;
- аппаратная физиотерапия (электросон, аромотерапия, светолечение, аэроздольтерапия);
- бальнеолечение (сухая углекислая ванна, контрастные души, игольчатый душ, циркулярный душ, подводный гидромассаж, лечебные ванны);
- массаж, ЛГ, кардиотренажеры;
- гидроколонотерапия, лечебные микроклизмы;
- бассейн, плавание.

В результате проведенного лечения у всех пациентов отмечалось повышение общей физической активности, улучшение настроения, нормализация нервно-вегетативных расстройств и положительная динамика ряда хронических заболеваний, присущих лицам этого возраста.

В заключение хочется добавить, что комплексное индивидуализированное использование методов санаторной геропрофилактики является целесообразным и повышает качество и продолжительность жизни людей пожилого и старческого возраста.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

16 мая 2012 года состоялась пресс-конференция на тему: «**«Тихий убийца» или как предупредить артериальную гипертонию**», посвященная Всемирному дню борьбы с гипертонией.

Участники пресс-конференции: **Жамиля Баттакова** - директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, **Гульнара Джунусбекова** – заместитель директора Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней, **Сымбат Абзалиева** - главный кардиолог Управления здравоохранения г.Алматы, директор городского ревматологического центра, **Ботагоз Турдалиева** – директор Центра доказательной медицины Казахского Национального медицинского университета им. С. Д. Асфендиярова

Повышенное артериальное давление или артериальная гипертензия – одно из самых распространенных заболеваний сердечно - сосудистой системы. Установлено, что артериальной гипертонией страдают 20-30% взрослого населения. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50-65 % у лиц старше 65 лет.

Гипертонию не случайно называют «тихим убийцей», так как заболевание часто протекает почти бессимптомно. Установлено, что 50% людей, имеющих повышенное артериальное давление, не знают о своем заболевании. Симптомы гипертонии часто сопровождаются головной болью, на которую не обращают внимания или совпадают с признаками обычного переутомления. Гипертония опасна серьезными, опасными для жизни осложнениями (мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), приводит к снижению памяти, ухудшению зрения и может оказаться на функции почек, вплоть до почечной недостаточности.

Все чаще артериальная гипертония поражает людей молодого возраста. Существенное влияние на рост заболеваемости артериальной гипертонией оказывают такие факторы риска, как курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, стрессы.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, оптимальным является давление в пределах 120/80 мм. рт.ст. Регулярное повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст. и выше явля-

ется тревожным симптомом, с которым необходимо обратиться к врачу.

Ежегодно 17 мая отмечается Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией, который проводится с 2005 года по инициативе Всемирной лиги борьбы с гипертонией. Цель проведения Всемирного дня – обратить внимание населения на проблему артериальной гипертонии и научить каждого человека старше 18 лет хотя бы раз в год измерять свое артериальное давление.

В Казахстане Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией отмечается с 2008 года по инициативе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни. В последние годы в республике отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости артериальной гипертонией. Так, по данным Агентства РК по статистике в 2011 году было зарегистрировано 1035,0 случаев гипертонии на 100 тысяч населения, в 2010 году 913,8 случаев на 100 тысяч населения

Гипертония относится к заболеваниям, успешное лечение которых во многом зависит не только от врача и лекарственных препаратов, но и от собственного отношения к своему здоровью. Для предотвращения заболевания каждый человек должен регулярно контролировать уровень артериального давления, вести здоровый образ жизни, не курить, есть больше овощей и фруктов, меньше жирного и соленого, не злоупотреблять спиртным напитками. Важным в профилактике артериальной гипертонии является регулярное прохождение скрининговых профилактических осмотров, в объем которых входит оценка факторов риска, обязательное измерение артериального давления и проведение лабораторных исследований.

17 мая по всей стране пройдет акция «**Узнай свое давление**», где каждый желающий может измерить свое артериальное давление в медицинских организациях и местах массового пребывания людей (торговые центры, ЦОНЫ, банки, бизнес-центры, аэропорты, вокзалы и др.), получить буклеты «**Узнай свое давление**» и пройти консультацию специалистов в случае обнаружения повышенного давления.

Всемирный день борьбы с гипертонией – хороший повод прямо сейчас позаботиться о своём здоровье. Сделайте первый шаг сегодня – узнайте свое артериальное давление.

**Пресс-служба Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
Гульнара Есова**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

30 мая 2012 года в Астане состоялась пресс-конференция на тему **«Стоп вмешательству табачной индустрии»**, посвященная Всемирному дню без табака. (Подготовлена Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни).

В работе пресс-конференции приняли участие: Глава Странового офиса ВОЗ в Казахстане; Депутаты Мажилиса Парламента; Директор Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан; Директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни; Глава национальной коалиции «За Казахстан, свободный от табачного дыма».

Ежегодно 31 мая мировая общественность проводит Всемирный день без табака, который в этом году пройдет под девизом: **«Стоп вмешательству табачной индустрии»**.

Во Всемирный день без табака 2012 года и на протяжении всего года, ВОЗ настоятельно рекомендует странам **сделать борьбу против вмешательства табачной индустрии краеугольным камнем своих усилий по борьбе с глобальной табачной эпидемией**.

По данным Всемирной организации здравоохранения, от болезней связанных с курением, в мире ежегодно умирает пять миллионов человек, а в Казахстане по этой причине ежегодно умирают 25 тысяч человек.

С той поры, как иностранные табачные компании поделили между собой рынок сигарет в Казахстане, потребление табачных изделий казахстанцами выросло более чем в восемь раз! Курильщиками в стране являются мужчины и женщины репродуктивного возраста. В среднем на каждого гражданина, от младенца до старика, приходится 9 выкуренных сигарет в день. Уже регистрируются случаи восьмилетних курильщиков.

Анализ официальной статистики подтверждает неуклонный рост заболеваемости, вследствие табакокурения. Так за период с 1997 по 2009 годы в 2 раза выросла патология органов дыхания у подростков, в 2,2 раза сердечно - сосудистая заболеваемость, а рак легкого - неизменный «рекордсмен-убийца» мужчин среднего возраста.

Экономические потери страны от табакокурения во много раз превышают ту прибыль, которую государство имеет от налогообложения табачных компаний. По прогнозным данным, более 76 миллиардов в год тратятся на лечение заболеваний, ассоциирован-

ных с табакокурением. Таким образом, львиная доля прибыли вывозится за границу, а казахстанцам остаются лишь неизлечимые болезни.

В руководящих принципах осуществления Статьи 5.3 Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (далее – РКБТ ВОЗ), которая ратифицирована Казахстаном в 2006 году, указывается, что **«существует коренной и непримиримый конфликт между интересами табачной промышленности и интересами политики в области общественного здравоохранения»**.

По мере того как растет число стран, встающих на путь полного выполнения своих обязательств в соответствии с РКБТ ВОЗ, усилия табачной промышленности по подрыву контроля табакокурения становятся все более энергичными и Казахстан, как лидер антитабачной политики в СНГ, не стал исключением.

Так, признаком «успешного» табачного лоббизма в Казахстане являются чрезвычайно низкие ставки акцизов на табачные изделия (менее 13% от розничной цены), которые отстают от российских ставок более чем в два раза. Всемирный Банк охарактеризовал казахстанские табачные акцизы как **«преступно низкие»**. Такими они остаются и по сей день – сигареты дешевле мороженного, сладостей или лимонада, их может «позволить себе» каждый школьник, что **«подпитывает»** дальнейший рост табачной эпидемии в Казахстане.

При этом разумное предложение депутатов о выравнивании табачных акцизов с Россией в рамках Единого таможенного Союза, встретила ожесточенное и организованное сопротивление табачного лобби.

Как показывает опыт многих стран, дети в восемь раз чувствительнее взрослых к повышению цены на табачные изделия, и только дорогие сигареты огут отвратить их от курения. Альтернативы этому решению нет.

Кроме примера табачных акцизов, спикеры поделились примером табачного лоббизма при отстаивании государственных интересов в Таможенном союзе.

Таким образом, в Казахстане особенно актуально исполнение руководящего принципа статьи 5.3 РКБТ ВОЗ **«в максимально возможной степени ограждать формулирование и осуществление политики общественного здравоохранения от влияния табачной промышленности»**.

Пресс-служба Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК
Гульнара Есова