

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 3. 2013 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

## Учредитель:

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

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.  
Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе.

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦ ФЗОЖ.

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

## Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

## Зам. главного редактора:

д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

## Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

## Технический редактор:

Досаева С.К.

## Технический секретарь:

Искакова А.А.

## Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш.,  
Тулбаев К.А., Слажнева Т.И.,  
Breda J. (Копенгаген), T.L.Hunt (Нью-Йорк),  
Schluger N. (Нью-Йорк), Касымжанова Ж.К.,  
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),  
Муталова З.Д. (Ташкент), Жандосов Ш.У.,  
Булешев М.К. (Шымкент),  
Даленов Е.Д. (Астана), Палтушева Т.П.

## Научный совет:

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

## Редакционный совет:

Сулейменова Г.Р. (Алматы)  
Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)  
Шахабаев М.С. (Петропавловск)  
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)  
Джайлханова А.А. (Актау)  
Гарась Н.В. (Костанай)  
Кайдарова Д.К. (Актобе)  
Курманов М.К. (Астана)  
Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)  
Сатыбалдиев Ж.Т. (Алматинская область)  
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)  
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)  
Иманбекова Г.М. (Тараз)  
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)  
Хамитов Т.Н. (Караганда)



## МАЗМҰНЫ

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

<b>Ж.Е. Баттақова, А.Е. Рахымбекова</b> Қазақстанның ғаламдық бәсекелестіктегі орны және салауатты өмір салты...	10
<b>Ж.Е. Баттақова, А.Е. Рахымбекова</b> Темекі эпидемиясының салдарын азайтуда темекі бағасын ретке келтіру арқылы қоғамдық денсаулықты қолдаудың заманауи стратегиясы.....	14
<b>С.Г. Нұқышева, Л.В. Лим, М.Н. Шарипова, С.Н. Нұтазаева, А.Т. Нұрханова</b> Салыстырмалы аспектіде профилактикалық тексеру мәліметтері бойынша Қызылорда және Алматы облыстарының 0-5 жастағы балалар ауруларына баға беру.....	17
<b>Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.С. Хайдарова</b> Қазақстан халқын темекі түтінінен қорғаудың өзектілігі.....	21
<b>Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.П. Палтушева, Д.О. Ділімбетова</b> Алматы қаласының балалары мен жасөспірімдерінің өмір салты және олардың арасында темекі шегудің таралушылығы.....	24
<b>М.К. Құрманов</b> Астана қаласындағы Жастар денсаулық орталығының жұмысы туралы.....	29
<b>В.Е. Егорычев</b> Салауатты өмір салтын қалыптастыру ұлттық орталығы негізінде мінез-құлық өзгерісінің транс-теориялық үлгісін оқыту.....	32
<b>Н.А. Сүлейманова, Л.Н. Шумилина</b> Қазақстанда аурушандық пен өлім-жітімді төмендету факторы ретінде қан айналым жүйелері ауруларының алдын алу мен ерте анықтау.....	36
<b>Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Токмурзиева, Н.Т. Өтембаева, Д.О. Ділімбетова</b> Батыс Қазақстан облысындағы инфекциялық емес аурулардың негізі қауіп-қатер факторын бақылау.....	39
<b>А.И. Федоров, И.П. Сивохин, Н.Б. Мәмиев, И.А. Шилов</b> Студент жастардың өз денсаулығына деген қарым-қатынасы.....	42
<b>Қ.З. Сәкиев, С.Ф. Шәріпова, Т.Н. Ишанова</b> Санитарлық-эпидемиологиялық қызмет әрекетін тексеруді жоспарлауда қауіп-қатерді басқару жүйесін қолданудың өзекті мәселелері.....	44
<b>Д.А. Жантөмірова, А.Е. Көлбаева</b> Ақмола облысында «Салауатты колледждер» жобасын енгізу және оның әрекет ету тәжірибесі.....	46
<b>С.Б. Ермакқалиева</b> Батыс Қазақстан облысының халқының денсаулығын сақтау міндетін жүзеге асыруға ведомствоаралық тәсілдер.....	49
<b>А.Н. Қожахметова, М.С. Қайнарбаева, А.Б. Салханова, Г.Х. Хасенова, Ж. Рыстығұлова, А. Пешехова, Д.А. Сукенова, М.В. Ли, Е.Ю. Ушанская</b> Халық арасында салауатты тамақтану дағдыларын қалыптастыру арқылы алиментарлық тәуелді ауруларының алдын алу.....	51
<b>Р.Ш. Нұралин, С.Ф. Беркінбаев, Л.Б. Даниярова, Ж.А. Ақанов, М.Д. Цзян</b> Диабеттік табан синдромымен ауыратындарға профилактикалық көмек ұйымдастыруда жүйелік менеджменттің кейбір аспектілері.....	53
<b>Г.З. Байдосова, Ж.А. Молдашев, Е. Изенбаев, Ж.Б. Бесімбаева, Г.У. Қойшығұлова, Б.Б. Сраж</b> Ақтөбе қаласындағы орталықтандырылған сумен жабдықтау жүйесі арқылы ауыз судың сапасын гигиеналық бағалау.....	56
<b>С.Т. Оразаева, Т.Б. Бегалин, К.Ш. Түсіпқалиева, Д.С. Тасқалиева</b> Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстанның мемлекеттік медициналық университетінде жастар денсаулық орталығының жұмыс тәжірибесі.....	58
<b>Г.Б. Кумар, Ж.К. Тәшімова, А.Б. Оразаева, Г.Ж. Нұрмағамбетова</b> Элективті тәртіпті оқыту арқылы салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша заманауи технологиялармен студенттерді оқыту.....	61
<b>С.Т. Оразаева, Г.Б. Кумар, А.Е. Артықбаева, А.А. Аманшиева</b> Салауатты өмір салтын қалыптастыру бойынша жаппай жұмыс үлгісі ретінде акция.....	62

### КӨП ТАРАҒАН ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ АЛҒАШҚЫ ЖӘНЕ ҚАЙТАЛАП АЛДЫН АЛУ. БМСК ДЕНГЕЙІНДЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ЗАМАНАУИ ЖАҢАРТПАШЫЛ ҮЛГІЛЕРІ МЕН ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

<b>Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.И. Слажнева, Т.К. Сайдармарова</b> Ұлттық скринингтік бағдарлама.....	64
<b>К. Әлжанова, Д.К. Қайдарова, Н.А. Нағашыбаева, К.Х. Базарбаева</b> Гельминтоз кезіндегі тамақтанудың өзекті мәселелері.....	66
<b>К. Әлжанова, Д.К. Қайдарова, Д.Ж. Сейітова, Г.Е. Сәрсенбаева</b> Туберкулезбен ауыратындардың емдік тағамдары.....	68
<b>К.Т. Мырзахметов</b> Қызылорда облысында салауатты өмір салтын қалыптастыру.....	70
<b>К. Әлжанова, Д.К. Қайдарова, Л.М. Каналина, М.А. Есімбаев</b> Ақтөбе облысындағы мектеп оқушыларына ыстық тағамды ұйымдастыру туралы.....	74
<b>Р.Ш. Нұралин</b> Алматы қаласындағы және Алматы облыстарындағы диабеттік табан синдромы мәселесі бойынша қоғамдық пікірлерді талдау.....	76
<b>Р.Ш. Шакиева, А.Н. Қожахметова, А.Б. Бердіғалиев, Г.Х. Хасенова, Д.А. Сукенова, Г.Б. Бектұрарова, Н. Аблайханова, Ж. Рыстығұлова</b> Алматы облысының 40-жасқа жуық тұрғындар арасында остеопороз ауруының таралуы.....	78
<b>С. К. Сырлыбаева, Ш.Д. Өскенбаева</b> Метаболикалық синдром және тамақтану.....	80



<b>Т.Г. Шаповалова</b> Қостанай облысында әскерге шақыру жасындағы жастардың денсаулығын психикалық талдау.....	82
<b>П.Ф.Валуйских, Т.Г. Шаповалова, Л.Ю. Инютина, Р.Т. Закирова</b> Жеткіншек жастағы балалар үшін әлеуметтік-психологиялық ерекшеліктің маңыздылығы.....	83
<b>Т.Г. Шаповалова, Ә.К. Акабаева</b> ООА жағдайында психикалық ауруларды көмектесетін ем (аурудың қайталануына қарсы).....	84
<b>Т.Г. Шаповалова, П.Ф. Валуйский, Б.Т. Қатарова, Г.М. Байгелова</b> Жасөспірімдер арасында салауатты өмір салтын насихаттауда темекінің зияны туралы.....	86
<b>Н.Н. Бекенов, А.Т. Тұғанбаева</b> Балалардағы I дәрежелі қан диабеті кезінде жүрек-қан тамырларының асқынуының алдын алуда инсулиннің ультрақысқа дәрілерін қолдану.....	87

### **БАСТАПҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТІ ИНТЕГРАЛДАУ, ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРДЫ ЕРТЕ АНЫҚТАУ, СКРИНИНГТІК БАҒДАРЛАМАЛАР**

<b>Қ.Ж. Бұрмағанов</b> Скринингтік бағдарламалар біздің денсаулығымызды күзетуде.....	90
<b>Н.А. Мырзабаева, М.Г. Жұматова, Т.С. Хайдарова</b> Артық салмақ және семіру мәселелері туралы заманауи көзқарастар.....	93
<b>Н.А. Мырзабаева</b> Артық салмақ және семіруден болатын асқорыту мүшелерінің функционалдық сырқаттанушылықтарын емдеуде дәрі-дәрмексіз әдістер.....	96
<b>Б.Р. Аманжолов, А.Г. Әлмамбетов, Р.И.Тәшімов, А.Ж.Ысмайылов, А.А.Аймұхаметов</b> Өнеш құрылымы: эндоскопиялық емдеу әдісі.....	97
<b>Р.С. Жошыбаев</b> Дипломнан кейінгі білім беру сапасы мен медициналық қызметкерлерді жетілдіру мәселелерінің қазіргі жағдайы.....	100

### **АНАЛЫҚ ЖӘНЕ БАЛАЛЫҚТЫ ҚОРҒАУ**

<b>З.С. Әбішева, М.Т. Айхожаева, Т.А. Жұмақова, Т.М. Ысмағұлова</b> С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университетінің бірінші курс студент қыздардың арасындағы альгодисменореяның таралу жиілігі.....	103
<b>С.М. Мұхтарова, Г.К. Омарова, А.И. Юлдашева, С.Б. Махажанова, Г.И. Рзаева</b> Әйелдердің гениталдық пролапстың және күйзелісті инконтиненциясының даму себептері.....	105
<b>Г.Т. Біржанова</b> Жасанды түсіктің алдын алудағы жастар орталығының рөлі .....	106
<b>Г.Х. Калбағаева, С.К. Бермағамбетова, Т.К. Кәрімов, А.Н. Зиналиева</b> Ақтөбе облысы бойынша бала өрбіту жасындағы әйелдер ағзасындағы йод, темір және фолий қышқылының деңгейіне сараптама.....	108
<b>Б.А. Қосаева</b> Ана сүтімен тамақтандыру.....	111
<b>З.Т. Бейсембаева</b> Қалалық емхана жағдайында БЦС балаларды сауықтыру қағидалары.....	112
<b>З.Т. Бейсембаева</b> Нәрестелердің гипоксиялық-ишемиялық энцефалопатиясы.....	114
<b>Н.К. Түзелбаев, К.С.Қазбекова</b> Әскерге шақыруға дейінгі жасөспірімдерде көп тараған ауру-сырқаулардың алдын алу шаралары.....	116
<b>З.Т. Бейсембаева</b> Балалардағы ең төменгі деңгейдегі ми әрекетсіздігі. Диагностикалау тәсілдері.....	118
<b>М.Г. Жұматова</b> Семіру мен аналық бездерінің поликистозы синдромы бар пациенттердің экстракорпоралды ұрықтандыру бағдарламасымен болған жүктіліктердің ерекшеліктері.....	120

### **МЕМЛЕКЕТТІК САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНА ҒЫЛЫМИ ЖЕТЕКШІЛІК ЖАСАУ**

<b>А.И.Федоров</b> Мектеп оқушыларының денсаулығын зерттеудегі методологиялық тәсілдер.....	121
<b>А.И.Федоров, Г.К.Калугина, В.Н. Пидуков</b> Қазіргі жасөспірімдердің денсаулығы: әлеуметтік-мәдени аспектілер... 123	123
<b>К.Х. Хасенова, Е.М. Рослякова, А.С. Игибаева, Л.М. Байболатова, А.С. Әліпбекова</b> Студенттердің зерде және парасат көрсеткіштерінің дамуына өмір салттарының әсері.....	125
<b>М.Т. Айхожаева, З.С. Әбішева, Г.К. Асан, Т.А. Жұмақова</b> ҚазҰМУ-дағы студенттер арасындағы темекі тарту мәселесі.....	128
<b>Т.А. Жұмақова, З.С. Әбішева, У.Б. Ысқақова, Г.К. Асан</b> ҚазҰМУ студенттерінің салауатты өмір салты қалыптастыруы.....	129
<b>Г.К. Асан, М.Т. Айхожаева, Т.М. Ысмағұлова, З.С. Әбішева</b> Студенттердің өмір салты мен денсаулығын әлеуметтік бағалау.....	130
<b>У.Б. Ысқақова, Т.М. Ысмағұлова, Г.К.Асан, З.С. Әбішева</b> Салауатты өмір салтын қалыптастыруды және студенттердің жүйелі түрде қарау.....	132
<b>Н.С. Байжанова, А.С. Игибаева, С. Икрамова</b> Студенттердің электромагниттік сәуле тарайтын құралдарды пайдаланудағы қарым-қатынасы.....	133
<b>Г.К. Әжімұратова, О.Г. Қангожинова, Г.К. Сембаева, К.А. Цыкунов, Р.Т. Болеуханова, Р.К. Апсаликов</b> Қалқанша бездерінің таралу қорытындылары кездесетін аурулардың қан айналым жүйесінің және жас ұрпақтарына әсер етуі сәулемен емделу қортындысы.....	136
<b>Г.К. Жұматова</b> Салауатты жастар — нұрлы болашақтың кепілі.....	138



**САНИТАРЛЫҚ-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТ.  
АИТВ/ЖИТС, ТУБЕРКУЛЕЗ, ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ ЖӘНЕ МАСКҮНЕМДІК  
ПЕН НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ**

<b>А.К. Ботабекова, Г.С. Омарова</b> Шымкент қаласы тұрғындарын вирустық гепатиттің алдын алу мәселелері бойынша ақпараттандырып оқыту.....	140
<b>Е.И. Пивоваров, А.К. Кожаметов, Ж.Ж. Каркымбаева, Р.Б. Шин, Ж.Е. Масалимов</b> Суық күндері ашық алаңда жылу жүйесі қосылмаған климатта жұмыс істейтін қызметкерлерге қолайлы демлу жұмыс кестесін анықтау, гигиеналық тұрғыдан жұмыс ұзақтықтарының мөлшері туралы.....	141
<b>Қ.Т. Мырзахметов, А.Н. Ыдырысова</b> 2005-2011 жылдар аралығындағы Қызылорда облысы бойынша вирусты гепатит А ауруының аурушандық көрсеткіштері.....	148
<b>С.Б. Қалимолдаева, Д.М. Нұрадiлова</b> Асқынған есекжем ауруы қайталанған және Квинке ісігімен ассоцияланған жағдайда және Helicobacter pylori инфекциясымен ауыратын аурулардың Е иммуноглобулиннің жалпы мөлшері...	150
<b>А.К. Қалдымұрынова</b> Су сапалығын бақылау.....	153
<b>А.К. Қалдымұрынова</b> Ауаның ластануы.....	155
<b>Ж.А. Күзембекова, А.Қ. Қалдымұрынова</b> Ауыз су, оның химиялық құрамының маңыздылығы.....	157
<b>А.С. Әліпбекова</b> Есірткісіз болашақ.....	162
<b>М.М. Хамитова</b> Аллергиялық риниттің алдын алу үшін Синомаринді қолдану.....	163
<b>Т.Г. Шаповалова</b> Жасөспірімділік нашакорлықтың психологиялық-психиатрлік мәселелері аспектісі.....	164



## СОДЕРЖАНИЕ

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

<b>Ж.Е. Баттакова, А.Е. Рахимбекова</b> Казахстан в глобальной конкурентоспособности и здоровый образ жизни.....	10
<b>Ж.Е. Баттакова, А.Е. Рахимбекова</b> Современная стратегия поддержки общественного здоровья посредством регулирования табачных цен на снижение бремени табачной эпидемии.....	14
<b>С.Г. Нукушева, Л.В. Лим, М.Н. Шарипова, С.Н. Нутазаева, А.Т. Нурханова</b> Характеристика заболеваемости детей 0-5 лет Кызылординской и Алматинской областей по данным профилактических осмотров.....	17
<b>Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.С. Хайдарова</b> Актуальность защиты населения Казахстана от табачного дыма.....	21
<b>Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.П. Палтушева, Д.О. Длимбетова</b> Распространенность табакокурения и образ жизни детей и подростков г. Алматы.....	24
<b>М. К. Курманов</b> О работе Молодежных центров здоровья в г. Астане.....	29
<b>В.Е. Егорычев</b> Преподавание транс-теоретической модели изменения поведения на базе национального центра проблем формирования здорового образа жизни.....	32
<b>Н.А. Сулейманова, Л.Н. Шумилина</b> Профилактика и раннее выявление болезней системы кровообращения, как фактор снижения заболеваемости и смертности в Казахстане.....	36
<b>Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Н.Т. Утембаева, Д.О. Длимбетова</b> Контроль за основными факторами риска неинфекционных заболеваний Западно-Казахстанской области.....	39
<b>А.И. Федоров, И.П. Сивохин, Н.Б. Мамиев, И.А. Шилов</b> Отношение студенческой молодежи к своему здоровью.....	42
<b>К.З. Сакиев, С.Ф. Шарипова, Т.Н. Ишанова</b> Актуальные вопросы применения системы управления рисками при планировании проверок в деятельности санитарно-эпидемиологической службы.....	44
<b>Д.А. Жантемирова, А.Е. Кульбаева</b> Опыт внедрения и работы проекта «Здоровые колледжи» в Акмолинской области.....	46
<b>Ермекалиева С.Б.</b> Межведомственный подход к реализации задач охраны здоровья населения Западно-Казахстанской области.....	49
<b>А.Н. Кожакметова, М.С. Кайнарбаева, А.Б. Салханова, Г.Х. Хасенова, Ж. Рыстыгулова, А. Пешекоева, Д.А. Суkenова, М.В. Ли, Е.Ю. Ушанская</b> Профилактика алиментарно-зависимого заболевания среди населения через привитие навыков.....	51
<b>Р.Ш. Нуралин, С.Ф. Беркинбаев, Л.Б. Даниярова, Ж.А. Аканов, М.Д. Цзян</b> Некоторые аспекты системного менеджмента в организации профилактической помощи больным с синдромом диабетической стопы.....	53
<b>Г.З. Байдосова, Ж.А. Молдашев, Е. Изенбаев, Ж.Б. Бесимбаева, Г.У. Койшыгулова, Б.Б. Сраж</b> Гигиеническая оценка качества питьевой воды при централизованной системе водоснабжения в городе Актобе.....	56
<b>С.Т. Уразаева, Т.Б. Бегалин, К.Ш. Тусупкалиева, Д.С. Таскалиева</b> Опыт работы молодежного центра здоровья Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова.....	58
<b>Г.Б. Кумар, Ж.К. Ташимова, А.Б. Уразаева, Г.Ж. Нурмагамбетова</b> Обучение студентов современным технологиям формирования здорового образа жизни при изучении элективной дисциплины.....	61
<b>С.Т. Уразаева, Г.Б. Кумар, А.Е. Артыкбаева, А.А. Аманшиева</b> Акция как форма массовой работы со студентами по формированию здорового образа жизни.....	62

### ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ И ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УРОВНЕ ПМСП

<b>Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.И. Слажнева, Т.К. Сайдарова</b> Национальная скрининговая программа.....	64
<b>К. Альжанова, Д.К. Кайдарова, Н.А. Нагашибаева, К.Х. Базарбаева</b> Актуальные проблемы питания при гельминтозах.....	66
<b>К. Альжанова, Д.К. Кайдарова, Д.Ж. Сеитова, Г.Е. Сарсенбаева</b> Лечебное питание больных туберкулезом.....	68
<b>К.Т. Мырзахметов</b> Формирование здорового образа жизни в Кызылординской области.....	70
<b>К. Альжанова, Д.К. Кайдарова, Л.М. Каналина, М.А. Есимбаев</b> Об организации горячего питания школьников Актыбинской области.....	74
<b>Р.Ш. Нуралин</b> Анализ общественного мнения о проблеме синдрома диабетической стопы в г. Алматы и Алматинской области.....	76
<b>Р.Ш. Шакиева, А.Н. Кожакметова, А.Б. Бердигалиев, Г.Х. Хасенова, Д.А. Суkenова, Г.Б. Бектурарова, Н. Аблайханова, Ж. Рыстыгулова</b> Распространение болезни остеопороз среди населения старше 40 лет в Алматинской области.....	78
<b>С. К. Сырлыбаева, Ш.Д. Ускенбаева</b> Метаболикалический синдром и питание.....	80



<b>Т.Г. Шаповалова</b> Анализ психического состояния здоровья молодежи призывного возраста Костанайской области.....	82
<b>П.Ф. Валуйских, Т.Г. Шаповалова, Л.Ю. Инютина, Р.Т. Закирова</b> Значимость социально- психологических особенностей для детей подросткового возраста.....	83
<b>Т.Г. Шаповалова, Э.К. Акабаева</b> Поддерживающее (противорецидивное) лечение психических заболеваний в условиях ЦРБ.....	84
<b>Т.Г. Шаповалова, П.Ф. Валуйский, Б.Т. Катарова, Г.М. Байгелова</b> О вреде табакокурения в пропаганде здорового образа жизни среди подростков.....	86
<b>Н.Н. Бекенов, А.Т. Туганбаева</b> Применения ультракоротких препаратов инсулина в профилактике сердечно-сосудистых осложнений при сахарном диабете I типа у детей.....	87

#### **ИНТЕГРИРОВАННАЯ ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ**

<b>К.Ж. Бурмаганов</b> Скрининговые программы на страже нашего здоровья.....	90
<b>Н.А. Мырзабаева, М.Г. Жуматова, Т.С. Хайдарова</b> Современные представления о проблеме избыточной массы тела и ожирения.....	93
<b>Н.А. Мырзабаева</b> Немедикаментозные методы в лечении функциональных заболеваний органов пищеварения на фоне избыточной массы тела и ожирения.....	96
<b>Б.Р. Аманжолов, А.Г. Альмамбетов, Р.И. Ташимов, А.Ж. Исмаилов, А.А. Аймухаметов</b> Стриктуры пищевода: эндоскопические методы лечения.....	97
<b>Р.С. Джошибаев</b> Современное состояние проблемы совершенствования качества постдипломного обучения и развития медицинского персонала.....	100

#### **ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА**

<b>З.С. Абишева, М.Т. Айхожаева, Т.А. Жумакова, Т.М. Исмагулова</b> Распространенность альгодисменорея у студенток младших курсов казахского национального медицинского университета.....	103
<b>С.М. Мухтарова, Г.К.Омарова, А.И.Юлдашева, С.Б.Махажанова, Г.И.Рзаева</b> Причины развитие генитального пролапса и стрессового инконтиненция у женщин.....	105
<b>Г.Т. Биржанова</b> Роль молодежного центра в профилактике абортот.....	106
<b>Г.Х. Калбагаева, С.К. Бермагамбетова, Т.К. Каримов, А.Н. Зиналиева</b> Экспертиза на уровне кислот йода, железа и фолий в организме у женщин репродуктивного возраста по Актыбинской области.....	108
<b>Б.А. Косаева</b> Грудное вскармливани.....	111
<b>З.Т. Бейсембаева</b> Принципы реабилитации детей с ДЦП в условиях городской поликлиники.....	112
<b>З.Т. Бейсембаева</b> Гипоксически - ишемические энцефалопатии новорожденных.....	114
<b>Н.К. Тузельбаев, К.С. Казбекова</b> Профилактические меры распространенных заболеваний подростков до призывного возраста.....	116
<b>З.Т. Бейсембаева</b> Минимальная мозговая дисфункция у детей. Подходы к диагностике.....	118
<b>М.Г. Жуматова</b> Особенности беременности, индуцированной по программе экстракорпорального оплодотворения у пациенток с синдромом поликистозных яичников и ожирением.....	120

#### **НАУЧНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

<b>А.И. Федоров</b> Методологические подходы к изучению здоровья школьников.....	121
<b>А.И. Федоров, Г.К. Калугина, В.Н. Пидуков</b> Здоровье современных подростков: социокультурные аспекты.....	123
<b>К.Х. Хасенова, Е.М. Рослякова, А.С. Игибаева, Л.М.Байболатова, А.С. Алипбекова</b> Влияние образа жизни на развитие сознательного и рассудительного показания студентов.....	125
<b>М.Т. Айхожаева, З.С. Абишева, Г.К. Асан, Т.А. Жумакова</b> Проблема курения среди студентов КазНМУ.....	128
<b>Т.А. Жумакова, З.С. Абишева, У.Б. Исакова, Г.К. Асан</b> Формирование здорового образа жизни у студентов КазНМУ.....	129
<b>Г.К. Асан, М.Т. Айхожаева, Т.М. Исмагулова, З.С. Абишева</b> Социологическая оценка образа жизни и здоровья студентов.....	130
<b>У.Б. Исакова, Т.М. Исмагулова, Г.К. Асан, З.С. Абишева</b> Здоровье и систематизированное рассматривание оценки образ жизни студентов.....	132
<b>Н.С. Байжанова, А.С. Игибаева, С. Икрамова</b> Отношение студентов к использованию приборов, излучающих электромагнитное излучение.....	133
<b>Г.К. Ажмуратова, О.Г. Кангожинова, Г.К. Сембаева, К.А. Цыкунов, Р.Т. Болеуханова, Р.К. Апсаликов</b> Анализ распространенности заболеваний щитовидной железы и их сопряженности с заболеваниями системы кровообраще.....	



ния в группах лиц, подвергавшихся прямому облучению и их потомков.....	136
<b>Г.К. Жуматова</b> Здоровая молодежь — гарантия нашего будущего.....	138

**САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА.  
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ/СПИДА, ТУБЕРКУЛЕЗА,  
АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ**

<b>А.К. Ботабекова, Г.С. Умарова</b> Изучение информированности населения по вопросам профилактики вирусных гепатитов в городе Шымкенте.....	140
<b>Е.И. Пивоваров, А.К. Кожаметов, Ж.Ж. Каркумбаева, Р.Б. Шин, Ж.Е. Масалимов</b> О проблемах гигиенического нормирования продолжительности работ, определения оптимального режима труда и отдыха, работающих в холодное время года на открытой территории или в неотапливаемых помещениях, а также помещениях с охлаждающим микроклиматом.....	141
<b>К.Т. Мырзахметов, А.Н. Идрисова</b> Показатели Кызылординской области на 2005-2011 годы вирусного гепатита А.....	148
<b>С.Б. Калимолдаева, Д.М. Нурадилова</b> Уровень общего иммуноглобулина Е у больных хронической рецидивирующей крапивницей и отеком Квинке, ассоциированными с инфекцией <i>Helicobacter pylori</i> .....	150
<b>А.К. Калдымурынова</b> Контроль за качеством воды.....	153
<b>А.К. Калдымурынова</b> Загрязнение воздуха.....	155
<b>Ж.А. Кузембекова, А.К. Калдымурынова</b> Питьевая вода, значение ее химического состава.....	157
<b>А.С. Алипбекова</b> Будущее без наркотиков.....	162
<b>М.М. Хамитова</b> Применение Синомарина для профилактики аллергического ринита.....	163
<b>Т.Г. Шаповалова</b> Психолого-психиатрический аспект проблемы подростковой наркомании.....	164



## CONTENTS

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

<b>Zh.E. Battakova, A.E. Rakhimbekova</b> Kazakhstan in the global competitiveness and a healthy lifestyle.....	10
<b>Zh.E. Battakova, A.E. Rakhimbekova</b> The current strategy of supporting public health through the regulation of tobacco prices at reducing the burden of the tobacco epidemic.....	14
<b>S.G. Nukusheva, L.V. Lim, M.N. Sharipov, S. Nutazaeva, A.T. Nurhanova</b> Characteristics of morbidity in children 0-5 years of Kyzylorda and Almaty regions according to routine inspections.....	17
<b>Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.S. Khaidarova</b> The relevance of protection of Kazakhstan's population smoke...21	21
<b>Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.T.P. Paltusheva, D.O. Dlimbetova</b> Prevalence of smoking and the healthy lifestyle of children and adolescents in Almaty.....	24
<b>M.K. Kurmanov</b> The work of the Youth Health Centres in Astana.....	29
<b>V.E. Yegorychev</b> Teaching trans-theoretical model of behavior change at the National Center for Healthy Lifestyle.....	32
<b>N.A. Suleimanova L.N. Shumilina</b> Prevention and early detection of diseases of the circulatory system as a factor in reducing morbidity and mortality in Kazakhstan.....	36
<b>Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, N.T. Utembayeva, D.O. Dlimbetova</b> Control of major risk factors for non-communicable diseases of West Kazakhstan region.....	39
<b>A.I. Fedorov, I.P. Sivokhin, N.B. Mamiev, I.A. Shilov</b> Students' attitudes toward their health.....	42
<b>K.Z. Sakiev, S.F. Sharipova, T.N. Ishanova</b> Topical issues of the application of risk management in the planning of inspections in the sanitary-epidemiological service.....	44
<b>D.A. Zhantemirova, A.E. Kulbaeva</b> Experience in the implementation and operation of the project «Healthy Colleges» in Akmola region.....	46
<b>S.B. Ermekkalieva</b> Multi-agency approach to achieve the objectives of public health of the West Kazakhstan region.....	49
<b>A.N. Kozhakhmetova, M.S. Kaynarbaeva, A.B. Salhanova, G.H. Hasenova, Zh. Rystygulova, A. Peshekova, D.A. Sukenova, M.V. Lee, E.Yu. Ushanskaya</b> Prevention of nutrition-related diseases through the use of healthy nutrition among the population..	51
<b>R. Sh. Nuralin, S.F. Berkinbaev, L.B. Danyarova, J.A. Akanov, M.D. Tsyang</b> Some aspects of system management in the organization of preventive care for patients with diabetic foot.....	53
<b>G.Z. Baydosova, J.A. Moldashev, E. Izenbaev, J.B. Beisembaev, G.U. Koyshtygulova, B.B. Srzh</b> Hygienic evaluation of the quality of drinking water in the water supply system in the city of Aktobe.....	56
<b>S.T. Urazaeva, T.B. Begalin, K.Sh. Tusupkalieva, D.S. Taskalieva</b> Experience Youth Health Center West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanova.....	58
<b>G.B. Kumar, J.K. Tashimova, A.B. Urazaeva, G.J. Nurmagambetova</b> Teaching students to modern technology of a healthy lifestyle in the study of elective subjects.....	61
<b>S.T. Urazaeva, G.B. Kumar, A.E. Artykbaev, A.A. Amanshieva</b> Action as a form of mass work with the students on healthy lifestyle.....	62

### PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF THE MOST COMMON NONCOMMUNICABLE DISEASES. MODERN INNOVATIVE MODELS AND TECHNOLOGIES FOR DEVELOPING HEALTHY LIFESTYLES IN PHC

<b>Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.I. Slazhneva, T.K. Saydamarova</b> National screening program.....	64
<b>K. Alzhanova, D.C. Kaidarova, N.A. Nagashibaeva, K.H.</b> Actual problems of nutrition in helminths.....	66
<b>K. Alzhanova, D.C. Kaidarova, D.Z. Seitova, G.E. Sarsenbayeva</b> Nutritional care of patients with tuberculosis.....	68
<b>K.T. Myrzahmetov</b> A healthy lifestyle in Kyzyl-Orda region.....	70
<b>K. Alzhanova, D.C. Kaidarova, L.M. Kanalin, M.A. Esimbaev</b> On the organization of hot school meals Aktobe region...74	74
<b>R.Sh. Nuralin</b> An analysis of public opinion on the issue of the diabetic foot in Almaty and Almaty region.....	76
<b>R.Sh. Shakieva, A.N. Kozhakhmetova, A.B. Berdygaliev, G.H. Khasenova, D.A. Sukenova, G.B. Bekturarova, N. Ablayhanova, Zh. Rystygulova</b> The prevalence of osteoporosis in the population older than 40 years of Almaty region.....	78
<b>S.K. Syrlybaeva, Sh.D. Oskenzaeva</b> The metabolic syndrome and food.....	80
<b>T.G. Shapovalova</b> Analysis of mental health status of young people of draft age Kostanai region.....	82
<b>P.F. Valuiskikh, T.G. Shapovalova, L.Y. Inyutina, R.T. Zakirova</b> The importance of socio-psychological characteristics of adolescent children.....	83
<b>T.G. Shapovalova, E.K. Akabaeva</b> Supportive (antirecurrent) treatment of mental illness in CRH.....	84
<b>T.G. Shapovalova, P.F. Valuyskiy, B.T. Katarova G.M. Baygelova</b> On the dangers of smoking to promote healthy lifestyles among adolescents.....	86
<b>N.N. Bekenov, A.T. Tuganbaeva</b> The use of ultra-insulin in the prevention of cardiovascular complications in type 1 diabetes in children.....	87



## INTEGRATED PRIMARY HEALTH CARE, EARLY DETECTION OF NON-INFECTIOUS DISEASE SCREENING PROGRAM

<b>K.Zh. Burmaganov</b> Screening programs to guard our health.....	90
<b>N.A. Myrzabaeva, M.G. Zhumatova, T.S. Khaidarova</b> Modern ideas about the problem of overweight and obesity.....	93
<b>N.A. Myrzabaeva</b> Non-drug methods in the treatment of functional disorders of the digestive system against the background of overweight and obesity.....	96
<b>B.R. Amanzholov A.G. Almambetov, R.I. Tashimov, A.Zh. Ismailov, A.A. Aymuhametov</b> Stricture of the esophagus: endoscopic therapy.....	97
<b>R.S. Dzhoshibaev</b> Current status of the problem of improving the quality of post-graduate training and development of medical staff.....	100

## MATERNAL ANF CHILD HEALTH

<b>Z.S. Abisheva, M.T. Aykhozhaeva, T.A. Zhumakova, T.M. Ismagulova</b> The frequency distribution algodismenorei among first-year students of the Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov.....	103
<b>S.M. Mukhtarova, G.K. Omarova, A.I. Yuldasheva, S.B. Mahazhanova, G.I. Rzaeva</b> The causes of genital prolapse and urinary incontinence in women.....	105
<b>G.T. Birzhanova</b> The role of the youth center in the prevention of abortion.....	106
<b>G.H. Kalbagaeva, S.K. Bermagambetova, T.K. Karimov, A.N. Zinalieva</b> Studies in iodine, iron and folic acid in pregnant women Aktobe region.....	108
<b>B.A. Kosaeva</b> The breast-feeding.....	111
<b>Z.T. Beisembayeva</b> Principles of rehabilitation of children with cerebral palsy in a city clinic.....	112
<b>Z.T. Beisembayeva</b> Hypoxic - ischemic encephalopathy newborns.....	114
<b>N.K. Tuzelbaev, K.S. Kazbekova</b> Prevention of the most common diseases among teenagers before being drafted into the armed forces.....	116
<b>Z.T. Beisembayeva</b> Minimal brain dysfunction in children. Approaches to diagnosis.....	118
<b>M.G. Zhumatova</b> Features of pregnancy-induced program of in vitro fertilization in women with polycystic ovary syndrome and obesity.....	120

## SCIENTIFIC SUPPORT GOVERNMENT PROGRAMS A HEALTHY LIFESTYLE

<b>A.I. Fedorov</b> Methodological approaches to the study of school health.....	121
<b>A.I. Fedorov, G.K. Kalugin, V.N. Pidukov</b> The health of teenagers: social and cultural aspects.....	123
<b>K.Kh. Khasenova, E.M. Rosliakova, A.S. Igibaeva, L.M. Baybolatova, A.S. Alipbekova</b> The influence of lifestyle on indicators of consciousness and judgment in students.....	125
<b>M.T. Aikhozhaeva, Z.S. Abisheva, G.K. Asan, T.A. Zhumakova</b> The problem of smoking among KazNMU students....	128
<b>T.A. Zhumakova, Z.S. Abisheva, U.B. Iskakova, G.K. Asan</b> Healthy lifestyle formation at students of KazNMU.....	129
<b>G.K. Asan, M.T. Aykhozhaeva, T.M. Ismagulova, Z.S. Abisheva</b> Sociological assessment of lifestyle and health of students...	130
<b>U.B. Iskakova, T.M. Ismagulova, G.K. Asan, Z.S. Abisheva</b> Systematic work in assessing the health and lifestyle of students.....	132
<b>N.S. Baizhanova, A.S. Igibaeva, S. Ikramova</b> The ratio of students to use devices that emit electromagnetic radiation...	133
<b>G.K. Azhmuratova, O.G. Kangozhinova, G.K. Sembayeva, K.A. Tsykunov, R.T. Boleuhanova, R.K. Apsalikov</b> Analysis of the prevalence of thyroid diseases and their conjugation with diseases of the circulatory system in groups of persons exposed to direct radiation and their descendants.....	136
<b>G.K. Zhumatova</b> The healthy youth - the basis of a successful future.....	138

## SANITARY-EPIDEMIOLOGICAL SERVICE

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

<b>A.K. Botabekova, G.S. Umarov</b> The study of public awareness on the prevention of viral hepatitis in the city of Shymkent....	140
<b>E.I. Pivovarov, A.K. Kozhakmetov, Zh.Zh. Karkumbaeva, R.B. Sheen, Zh.E. Masalimov</b> The Problems hygiene regulation duration of the work, determine the optimal timing of work and rest, working in the cold weather in the open air or in unheated areas, and areas with a cooling climate.....	141
<b>K.T. Myrzahmetov, A.N. Idrissova</b> Indicators of Kyzyl-Orda region of 2011 to 2005, hepatitis A.....	148
<b>S.B. Kalimoldaeva, D.M. Nuradilova</b> The level of total IgE in patients with recurrent urticaria and angioedema associated with Helicobacter pylori infection.....	150
<b>A.K. Kaldymurynova</b> Water quality monitoring.....	153
<b>A.K. Kaldymurynova</b> Air pollution.....	155
<b>J.A. Kuzembekova, A.K. Kaldymurynova</b> Drinking water, the value of its chemical composition.....	157
<b>A.S. Alipbekova</b> The future without Drugs.....	162
<b>M.M. Khamitova</b> Application Sinomarina for the prevention of allergic rhinitis.....	163
<b>T.G. Shapovalov</b> Psychological and psychiatric aspect of the problem of teenage drug abuse.....	164

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

УДК 614.2:304.3:339.137(574)

**Ж.Е. БАТТАКОВА<sup>1</sup>, А.Е. РАХИМБЕКОВА<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

<sup>2</sup>докторант PhD, Казахский экономический университет им. Т. Рыскулова

## **КАЗАХСТАН В ГЛОБАЛЬНОЙ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ И ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ**

### **Аннотация**

Главным источником устойчивого и конкурентоспособного развития Казахстана является здоровый образ жизни нации. По данным 5-го национального исследования образа жизни населения, проведенного Национальным центром проблем ФЗОЖ МЗ РК установлено, что показатели образа жизни населения улучшились.

**Ключевые слова:** национальная конкурентоспособность, здоровый образ жизни, глобальный индекс конкурентоспособности.

По определению, Национальная конкурентоспособность обозначает способность страны добиться высоких темпов экономического роста, которые были бы устойчивы в среднесрочной перспективе; уровень производительности факторов производства в данной стране; способность компаний данной страны успешно конкурировать на тех или иных международных рынках.

При этом повышение национальной конкурентоспособности связано с обеспечением роста жизненных стандартов, качества жизни населения и ускорения экономического роста.

Следует отметить, что главным источником устойчивого и конкурентоспособного развития Казахстана является здоровый образ жизни нации.

По данным опубликованного ежегодного отчета Всемирного экономического форума о глобальной конкурентоспособности, пятый год подряд первенство в рейтинге удерживает Швейцария (1 место).

Тройка самых конкурентоспособных стран мира остается неизменной — это Швейцария (1 место), Сингапур (2 место), Финляндия (3 место).

### **Страны-участники с наиболее конкурентоспособной экономикой**

	<b>Рейтинг 2013</b>	<b>Рейтинг 2012</b>	<b>Изменение</b>
<b>Швейцария</b>	1	1	0
<b>Сингапур</b>	2	2	0
<b>Финляндия</b>	3	3	0
<b>Германия</b>	4	6	+2
<b>США</b>	5	7	+2
<b>Швеция</b>	6	4	-2
<b>Гонконг</b>	7	9	+2
<b>Голландия</b>	8	5	-3
<b>Япония</b>	9	10	+1
<b>Великобритания</b>	10	8	-2

Рисунок 1- Рейтинг стран-участников с наиболее конкурентоспособной экономикой за 2012-2013 гг.

Казахстан в 2013 году впервые занимает 50 место среди 148 стран, поднявшись на 1 позицию по сравнению с прошлым годом. Эта позиция является наилучшей за всю историю участия Казахстана в рейтинге Глобального индекса конкурентоспособности (далее – ГИК) с 2005 года.

Преимуществами страны являются гибкий и эффективный рынок труда (15 место) и стабильная макроэкономическая среда (23 место), в то время, как многие страны не эффективны в этих областях.

ГИК формируется из 119 показателей, из ко-

торых 34 рассчитываются по результатам статистических данных, а остальные – по результатам опроса руководителей средних и крупных предприятий страны. Из 119 показателей определяются 12 факторов конкурентоспособности.

Главными вызовами для Казахстана являются сферы здравоохранения и начального образования (97 место), конкурентоспособность компаний (94 место), инновационный потенциал (84 место).

Сфера здравоохранения оценивается в Глобальном индексе конкурентоспособности по че-



Рисунок 2 – Общий рейтинг Казахстана за 2005-2013 гг.

	2012	2013	Изменение
<b>ОБЩИЙ РЕЙТИНГ КАЗАХСТАНА</b>	<b>51</b>	<b>50</b>	<b>1</b>
<b>I Группа: Основные требования</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>-1</b>
Институты	66	55	11
Инфраструктура	67	62	5
Макроэкономическая среда	16	23	-7
Здоровье и начальное образование	92	97	-5
<b>II Группа: Факторы эффективности</b>	<b>56</b>	<b>53</b>	<b>3</b>
Высшее образование и профессиональная подготовка	58	54	4
Эффективность рынка товаров и услуг	71	56	15
Эффективность рынка труда	19	15	4
Развитие финансового рынка	115	103	12
Технологическая готовность	55	57	-2
Размер рынка	55	54	1
<b>III Группа: Факторы инновационного развития</b>	<b>104</b>	<b>87</b>	<b>17</b>
Конкурентоспособность компаний	99	94	5
Инновационный потенциал	103	84	19

Рисунок 3 – Общий рейтинг Казахстана в цифрах за 2012-2013 гг.

тырем показателям ГИК, в связи с чем, являются индикаторами оценки реализации Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан» и Стратегического плана Министерства здравоохранения.

Мониторинг поведенческих факторов риска представляется важным для укрепления здоровья населения Казахстана и оценивает результаты деятельности службы формирования здорового образа жизни.

Широкомасштабный социологический опрос среди взрослого населения в возрасте 18 лет и

старше по всем областям республики свидетельствует о том, что многие поведенческие факторы риска развития неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, органов дыхания и других классов болезней) имеют положительную динамику, кроме потребления алкоголя, распространенность которого возросла до 42,0% (4 Национальном исследовании за 2007 год - 35,6% по РК), но при этом следует отметить, что доля лиц, превышающих недельные нормы потребления алкоголя составляет 5,0% и является невысокой среди мужчин и женщин. Потребление табачных изделий за последние годы

Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья граждан и снижение уровня смертности
Цель 1.1. Эффективная система профилактики, лечения и реабилитации заболеваний
• Позиция ГИК по ожидаемой продолжительности жизни
• Позиция ГИК по материнской, младенческой смертности
• Позиция ГИК по распространенности туберкулеза / среднесрочное воздействие на бизнес туберкулеза
• Позиция ГИК по распространенности ВИЧ / среднесрочное воздействие на бизнес ВИЧ/СПИД

Рисунок 4 - Стратегическое направление 1. Укрепление здоровья граждан и снижение уровня смертности



Злоупотребление алкоголем – 5%, Употребление алкоголь содержащих энергетических напитков – 11,5%

Рисунок 5 – Показатели образа жизни

находится на прежнем уровне (2012 год по РК 26,5%, в 2007 году было 27,0%), имеется динамика по снижению курения среди детей. Значительно возросла физическая активность населения, как в городской, так и в сельской местности, более 30 минут занимаются оздоровительной физической нагрузкой более чем 68,0% опрошенного населения. Доля лиц, регулярно занимающихся по утрам физической зарядкой также увеличилась до 35,5% в среднем по стране в сравнении с предыдущим 4 Национальным исследованием (доля лиц, занимающихся физической зарядкой составляла 23,0% по РК в 2007 году). Также возросло число лиц, занимающихся подвижными видами спорта – 30,5% (в 2007 году 4 национальное исследование -18,0%).

Таким образом, по результатам 5 Национального социологического исследования, проведенного Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни, мы имеем положительные тренды.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 The Global Competitiveness Report 2012–2013, Klaus Schwab, World Economic Forum.- 527 p.
- 2 Ссылка в интернете: <http://forbes.kz/stats/kazakhstan>
- 3 Ссылка в интернете: <http://reports.weforum.org/global-competitiveness/>

4 Ссылка в интернете: <http://www.economy.kz/concurent/imd/>

5 Ссылка в интернете: <http://www.kapital.kz/ekonomika/novosti/v-reiitinge-vedenie-biznesa-2012-kazakhstan-podnyalsya-na-11-strochek.html>.

6 Ссылка в интернете: <http://russian.doingbusiness.org/data/exploreconomies/kazakhstan/>

7 Ссылка в интернете <http://gtmarket.ru/news/state/2011/10/21/3682>

8 Ссылка в интернете <http://www.minplan.kz/economy/about/568/39993/>

9 Ссылка в интернете [http://www.aef.kz/upload/iblock/bcd/\\_qm.wk.%202010.doc](http://www.aef.kz/upload/iblock/bcd/_qm.wk.%202010.doc)

#### Түйін

Қазақстанның тұрақты және бәсекелесуге қабілетті дамуының басты қайнары болып ұлттың салауатты өмір салты болып табылады. Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы қызметкерлерімен жүргізілген тұрғындардың салауатты өмір салтын зерттеу мақсатымен жүргізілген 5-ші ұлттық зерттеудің мәліметтері бойынша, тұрғындардың салауатты өмір салт көрсеткіштері жақсарды.

#### Summary

The main source of sustainable and competitive development of Kazakhstan is a healthy way of life of the nation. According to the 5th National Survey lifestyle of the population conducted by the National Center for problems HLD MOH found that performance improved way of life of the population.

УДК 614.2:613.84-036.2-084:663.97:338.532.67+336.226.33

**Ж.Е. БАТТАКОВА<sup>1</sup>, А.Е. РАХИМБЕКОВА<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

<sup>2</sup>докторант PhD, Казахский экономический университет им. Т. Рыскулова

## **СОВРЕМЕННАЯ СТРАТЕГИЯ ПОДДЕРЖКИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ПОСРЕДСТВОМ РЕГУЛИРОВАНИЯ ТАБАЧНЫХ ЦЕН НА СНИЖЕНИЕ БРЕМЕНИ ТАБАЧНОЙ ЭПИДЕМИИ**

### **Аннотация**

Повышение табачных акцизов на сегодняшний день является наиболее эффективным и действенным инструментом для снижения бремени табачной эпидемии в Республике Казахстан. Для решения данного вопроса необходимо приложить усилия на межведомственном уровне.

**Ключевые слова:** табачная эпидемия, межведомственное взаимодействие, Рамочная конвенция ВОЗ, акцизы на табачные изделия.

Табачная отрасль в Казахстане регулируется Законом Республики Казахстан от 12 июня 2003 года «О государственном регулировании производства и оборота табачных изделий».

Уполномоченный орган в области налоговой политики - Министерство экономики и бюджетного планирования. Уполномоченный орган по контролю и регулированию производства и оборота – Налоговый комитет Министерства финансов Республики Казахстан.

Основной целью Министерства здравоохранения является укрепление здоровья населения. При этом сокращение употребления табака выступает одним из приоритетных направлений деятельности системы здравоохранения. Казахстан ратифицировал Рамочную конвенцию Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака и принял комплекс стратегий MPOWER, включающий мониторинг распространенности употребления табака и стратегий профилактических мероприятий; защиту людей от табачного дыма; предложение медицинской помощи в целях прекращения употребления табака; предупреждение об опасностях, связанных с табаком, размещаемых на табачных изделиях; обеспечение соблюдения действенных запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий; а также повышение налогов на табачные изделия.

По данным Всемирной организации здравоохранения, значительное увеличение налогов на табачные изделия, влекущие повышение цен, является наиболее действенной и экономически эффективной мерой, особенно для молодежи и малоимущих.

Акцизы и НДС являются наиболее распространенными формами налогов на потребление, взимаемых с табачных изделий внутри страны. Около 90 процентов стран (163 из 182) облагают акцизными налогами сигареты.

Существует два вида акцизных налогов – специфический и адвалорный. Специфический акцизный налог представляет собой денежную стоимость в расчете на одну количественную единицу (например, пачка, единица веса, коробка, штука) табачных изделий. Адвалорный акцизный налог взимается в виде процента от стоимости табачных изделий.

Налоги на добавленную стоимость (НДС) – это применяемый в широких масштабах налог на потребление. Как правило, он применяется по некой единой ставке и в отношении широкого ассортимента товаров и услуг.

По данным Министерства финансов Республики Казахстан, у нас в стране применяется специфический налог, при этом ставки акцизов – твердые (на 1000 штук, для сигар – штука, для табака – килограмм).

Стоимость пачки сигарет варьирует на сегодня от 250-300 тенге = 1,2-1,5 € до 100-130 тенге = 0,6 €. Средняя стоимость пачки сигарет в Казахстане 150-170 тенге = 0,75 €.

Розничные цены на сигареты, доля налогов в розничных ценах значительно различаются между странами, сгруппированными по уровню доходов и по регионам. Максимальная средняя цена пачки сигарет в долларах США снижается в зависимости от группы доходов, причем самая высокая средняя цена и доля налогов в цене приходится на группу стран с высоким уровнем дохо-

да. На глобальном уровне на совокупный размер налогов на сигареты приходится примерно 50 процентов от средней розничной цены сигарет, при этом такая средняя цена составляет 2,53 долларов США. Средняя цена и доля налогов в груп-

пе стран с уровнем дохода ниже среднего (1,73 долларов США за пачку и 45 процентов соответственно) и в странах с низким уровне дохода (1,06 долларов США за пачку и 39 процентов соответственно) находится ниже общемирового уровня.

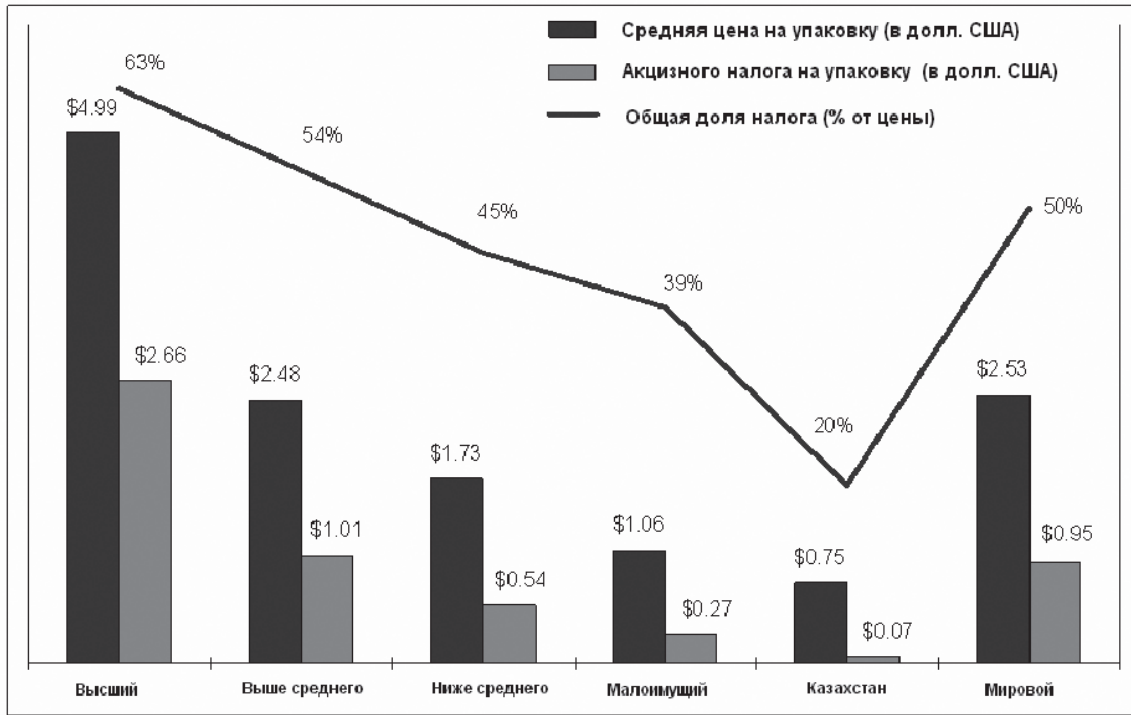


Рисунок 1 – Данные о ценах и налогах на табачные изделия

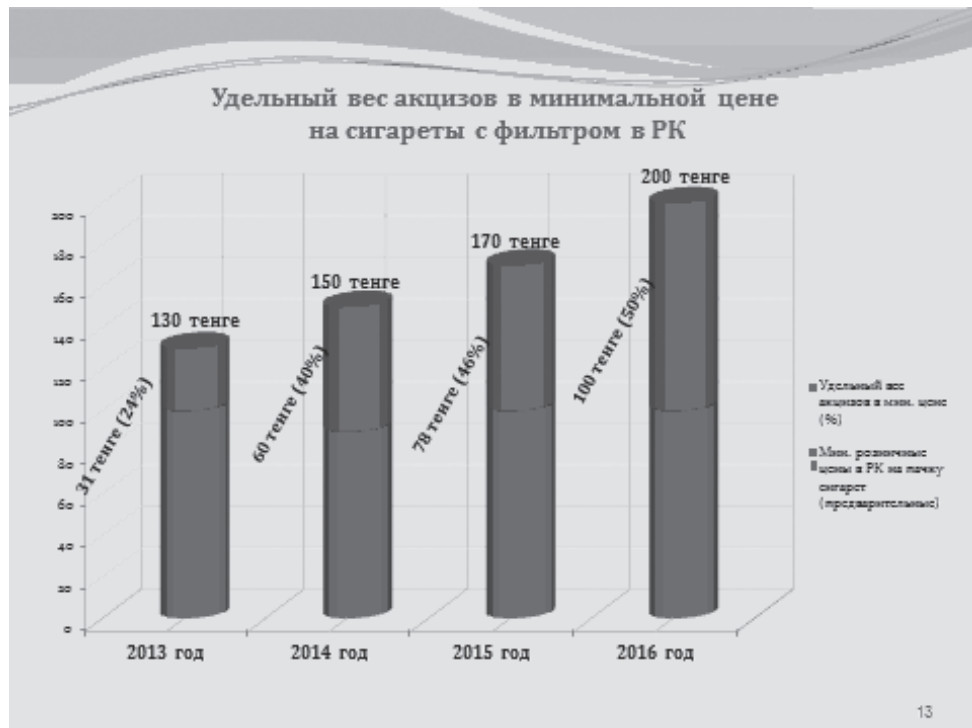


Рисунок 2 – Удельный вес акцизов в минимальной цене на сигареты с фильтром в РК

В 2013 году Казахстан имеет налог 24 процентов, к 2016 году в законопроекте предусмотрено повышение до 50 процентов (представлено ниже на слайде).

При этом процент роста ставки предусмотрен на 94 процентов в 2014 году. При этом минимальные розничные цены к 2014 году планируется утвердить в 3000 тенге на 1000 штук, к 2016 году 5000 тенге на 1000 штук.

На рабочем заседании межведомственной рабочей группы стран СНГ по налогообложению табачных изделий, который прошел при поддержке Всемирной организации здравоохранения в г. Киев 26-28 августа 2013 года, было предложено использовать лучший мировой опыт по управлению табачным налогом для получения желаемого результата сокращения употребления табака и снижения разрушительных последствий для здоровья населения.

Таким образом, повышение табачных акцизов на сегодняшний день является наиболее эффективным и действенным инструментом для снижения бремени табачной эпидемии в Республике Казахстан. Необходимо приложить усилия на межведомственном уровне, чтобы реализовать директиву ЕС, в которой отмечено, что с 2014 года следует поэтапно увеличить акциз на табак до 90 евро на 1000 штук сигарет.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Adioetomo SM, Djutaharta T, Hendratno (2005). Cigarette consumption, taxation and household income: Indonesia case study. Health, Nutrition Population Discussion Paper, Economics of Tobacco Control No.26. World Bank and World Health Organization (WHO).
- 2 Alchin TN (1995). A note on tobacco product prices in the Australian CPI. Applied Economic Letters, 2:473-7.
- 3 Aloui O (2003). Analysis of the economics of tobacco in Morocco. Health, Nutrition Population Discussion Paper, Economics of Tobacco Control No.7. World Bank and WHO.
- 4 Asaria P et al. (2007). Chronic disease prevention: Health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. The Lancet, 370:2044-2053.
- 5 Baille JC (1998). L'Union Europeenne et la tabac. These de Docteur en Medecine. Faculte de medecine de Marseille, Universite de la Mediterranee Aix-Marseille 2.
- 6 Baltagi BH, Levin D (1986). Estimating dynamic demand for cigarettes using panel data : The effects of bootlegging, taxation and advertising reconsidered The Review of Economics and Statistics, 68(1):148-55.

7 Baltagi BH, Levin D (1992). Cigarette taxation: Raising revenues and reducing consumption. Structural Change and Economic Dynamics, 3(2):321-335.

8 Barkat AA et al. (готовится к публикации). The Economics of Tobacco and tobacco Taxation in Bangladesh.

9 Barzel Y (1976). An alternative approach to the analysis of taxation, Journal of Political Economy, 84:1177-1197.

10 Bird RM (1997). Analysis of earmarked taxes. Tax Notes International.

11 Bleacher EG, van Wallbeek CP (2009). Cigarette affordability and trends: An update and some methodological comments. Tobacco Control, 18:167-175.

12 Bleacher EH, van Welbeek CP (2004). An international analysis if cigarette price affordability. Tobacco Control, 13:339-346.

13 Bobak M et al. (2000). Poverty and smoking. In: Jha P, Chaloupka F, eds. Tobacco Control in Developing Countries. Oxford University Press.

14 Bohanon, CE, van Cott TN (1991). Product quality and taxation : A reconciliation. Public Finance Quarterly 19:233-7.

15 Bohanon, CE, van Cott TN (1984). Specific taxes, product quality and rate-revenue analysis. Public Finance Quarterly, 12:500-11.

16 Center for Tax Policy and Administration (2008). Forum on tax administration: Compliance sub-group. Final report. Monitoring taxpayers' compliance: A practical guide based on Revenue body experience. www.oecd.gov.

17 Delipalla S (2009b). Tobacco tax structure and smuggling. FinanzArchiv: Public Finance Analysis, 65(1):93-104.

18 Euromonitor International (2009 and 2008). Country and company reports.

19 Flewelling RL et al. (1992). First-year impact of the 1989 California cigarette tax increase on cigarette consumption. American Journal of Public Health, 82(6):867-9.

20 Gruber J, Koszegi B (2008). A modern economic view of tobacco taxation, Paris: The Union against tuberculosis and lung diseases.

21 Kay JA, Keen MJ (1983). How should commodities be taxed? European Economic View, 23:339-358.

22 West R (2008). Smoking and smoking cessation in England: findings from the Smoking Toolkit Study.

#### Түйін

Бүгінгі күнде Қазақстан Республикасында темекі акциздерін жоғарылату темекі эпидемиясының ауыртпалығын төмендету үшін өте тиімді және ықпалды аспап болып табылады. Осы мәселені шешу үшін мекемеаралық деңгейде күш салу керек.

#### Summary

Raising tobacco excise taxes is by far the most efficient and effective tool for reducing the burden of the tobacco epidemic in the Republic of Kazakhstan. To address this question it is necessary to make efforts at the interagency level.

УДК 616.-053.2./4-07:614.1:314.44(574.51+574.54)

**С.Г. НУКУШЕВА, Л.В. ЛИМ, М.Н. ШАРИПОВА,  
С.Н. НУРТАЗАЕВА, А.Т. НУРХАНОВА**

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

### ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ 0-5 ЛЕТ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТЕЙ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

#### Аннотация

В статье представлены результаты профилактически - медицинских осмотров детей до 5 лет по первичной заболеваемости. Кызылординской и Алматинской областям. Выявлены и определены основные региональные особенности распространенности наиболее часто встречаемых классов болезней.

**Ключевые слова:** профилактически - медицинский осмотр, возрастные и региональные особенностей заболеваемости.

Здоровье населения имеет беспрецедентное значение для развития любого государства, его политической стабильности [1]. Дети составляют самую ранимую и чувствительную часть общества. Все, что характеризует детей сегодня, представляет собой уже прогноз на будущее. Поэтому главным методологическим ключом в педиатрии должно быть понимание, измерение, наблюдение и коррекция здоровья, т.е. все аспекты профилактической педиатрии [2,3].

Подавляющее большинство детей являются уже с детства нездоровыми. Рост заболеваемости, особенно, очевиден в экологически неблагоприятных регионах проживания детей, районах с высоким уровнем факторов социального риска [3].

В этой связи, **целью** нашего исследования явилось изучение возрастных и региональных особенностей заболеваемости детей 0-5 лет Кызылординской и Алматинской области по данным профилактических осмотров 2011 г. в сравнительном аспекте.

#### **Материалы и методы исследования.**

Статистические формы по профилактическим осмотрам за 2011г. в количестве 111 по 237180 детям. Из них по Алматинской области проанализировано формы 163248 и по Кызылординской -73752.

Проведена оценка первичной заболеваемости. Нозологии выделены согласно МКБ 10 пересмотра (1995).

#### **Результаты и обсуждение.**

Из числа проанализированных детей доля городских детей составила 43,5%, сельских- 56,5%. Из них по Алматинской области проживало в городах 39,7% детей исследуемого возраста, сельских соответственно 60,3%. По Кызылординской области городских детей было достоверно больше (табл. 1).

Как видно из табл.1, во всех группах, за исключением первой, наблюдалось в среднем по 19% детей от 1 г до 5 лет, тогда как доля детей в группе до года составила 6%.

Таблица 1 - Количество детей, охваченных профилактическими осмотрами в 2011 г.

Область	Местность проживания	Возрастная группа (лет) и количество осмотренных детей						Всего осмотрено
		До 1	1	2	3	4	5	
Алматинская	Городская	3507	12744	13263	12955	11628	10820	64917
	Сельская	6292	16157	18588	20056	19558	17860	98511
	Всего	9799	28901	31851	33011	31186	28680	163428
Кызылординская	Городская	1955	8049	7592	7387	6822	6348	38153
	Сельская	2599	6595	6812	8678	6573	6142	35599
	Всего	4554	14644	14404	14265	13395	12490	73752
Итого по 2-м областям	Городская	5462	20793	20855	20342	18450	17168	103070
	Сельская	8891	22752	25400	26934	26131	24002	134110
	Всего	14353	43545	46255	47276	44581	41170	237180

Подобное соотношение наблюдалось в обеих областях.

Анализ впервые выявленных заболеваний по исследуемым возрастам показал, что по Кызылординской области количество заболеваний в 1,5 раза выше, чем по Алматинской (37,0% и 25,3% соответственно) ( $p < 0,001$ ).

По месту проживания «город, село» первичная заболеваемость в Кызылординской области преобладает у городских детей, по сравнению с селом (68,8% и 31,1% соответственно), в Алматинской – соотношение противоположное (51,2% и 48,8% соответственно).

Более низкий процент первичной заболеваемости в сельских районах Кызылординской области, скорее всего, связан не с истинным уровнем заболеваемости, но с недостаточным уровнем организации и проведением медицинских осмотров.

Оценка первичной заболеваемости по областям показала относительно низкий удельный вес ее в группе детей до 1 года (6,1% в в Алматинской области и 5,8% - Кызылординской). По остальным возрастным группам наибольший удельный вес первичной заболеваемости отмечен в группе детей 1-го года (24,0% в Кызылординской области и 20,8% - в Алматинской) с тенденцией к уменьшению к 5 годам до 15,5% в Кызылординской области и 17,3% - в Алматинской.

Анализ заболеваемости по отдельным классам и группам болезней по Кызылординской области выявил, что наибольший удельный вес первичной заболеваемости детей до 5 лет принадлежат болезням крови и кроветворных органов, затем пищеварительной системе, далее болезням органов дыхания, нервной системе и патологии глаз, в частности миопии.

В структуре выявленной заболеваемости по Алматинской области также лидируют болезни крови и кроветворных органов. Однако болезни органов дыхания занимают 2-е место, тогда как заболевания пищеварительной системы следуют за ними. Остальные позиции по областям не отличаются.

Наиболее высокий уровень болезней крови, преимущественно, за счет железодефицитных анемий, в Кызылординской области отмечен в возрастных группах от 1 года до 5 лет. В группе детей до 1 года каждый 25 ребенок имел заболевания данного класса, тогда как в группе однолетних - каждый 5, в группе 2-летних – каждый 6, в группе 3-летних - каждый 7, в группе

4-х летних – каждый 9 и каждый 11-й – в группе 5 летних детей. Подобная динамика объясняется возрастными изменениями характера и образа питания детей.

Актуальность данного класса заболеваний в Алматинской области также высока, однако удельный вес последних ниже ( $p > 0,05$ ). Так до 1 года каждый 32 ребенок имел данное заболевание, в группе 1 год- каждый 8 ребенок, в группе 2 года- каждый 10-й, в группе 3-х лет- каждый 12, в 4-летней группе - каждый 15 и в 5 летнем возрасте – каждый 18 ребенок.

Высокая распространенность данного класса заболеваний с преимуществом в Кызылординской области, свидетельствует о низком социальном уровне семей исследуемых детей.

Болезни органов пищеварения прочно занимают лидирующие места в исследуемых областях с преимуществом в Кызылординской области, больше в городских поселениях. По области максимальный удельный вес данного класса заболеваний составил  $38,5 \pm 0,72\%$  и  $39,3 \pm 0,74\%$  в группах 4-х и 5-ти летних детей. У детей от 0 до 2-х лет отмечается резкое снижение болезней данного класса в виду особенностей кормления. Но даже у детей до 2-х лет у каждого 13 ребенка регистрировалась данная патология.

Повозрастная тенденция заболеваний пищеварительной системы в Алматинской области идентичная, т.е. с возрастом удельный вес заболеваний данной группы увеличивается ( $31,1 \pm 0,55\%$  и  $6,0 \pm 0,26\%$  соответственно). Однако преобладание их в Кызылординской области очевидно ( $p < 0,05$ ).

Напротив распространенность заболеваний органов дыхания среди детей Алматинской области выше, чем в Кызылординской, особенно, среди городского населения. Так заболеваемость в Кызылординской области в разных возрастных группах колеблется от  $4,0 \pm 0,20$  до  $6,6 \pm 0,21$ , а удельный вес среди выявленных заболеваний – от  $11,7 \pm 0,81\%$  до  $14,7 \pm 0,44\%$ , при  $5,4 \pm 0,38$  до  $7,3 \pm 0,23$  и  $13,7 \pm 0,59\%$  до  $20,4 \pm 0,60\%$  в Алматинской области ( $p < 0,05$ ). Несмотря на то, что повозрастная динамика мало выражена в обеих областях, частота данной нозологии превалирует в более младших группах.

Следует подчеркнуть, что патология респираторной системы является индикатором экологического неблагополучия воздушной среды.

В настоящее время к числу ведущих по распространенности и удельному весу относятся

болезни нервной системы и глаза и его придатков, в том числе миопии, занимающие 4-5 места в структуре заболеваемости изучаемых областей.

Удельный вес заболеваний нервной системы, по мере увеличения возраста, заметно снижается в Кызылординской и в Алматинской областях (26,9% до 4,6% и с 28,8% до 4,3% соответственно). Достоверной разницы в показателях заболеваемости между областями не наблюдается. Напротив, болезни органов глаз, в частности миопии, с увеличением возраста детей значимо повышаются, особенно, по Кызылординской области. Так удельный вес впервые выявленных заболеваний глаз у детей 5 лет составил  $12,3 \pm 0,5\%$  в Кызылординской области и  $7,8 \pm 0,32\%$  - по Алматинской области ( $p < 0,001$ ). К 5 годам распространенность и удельный вес заболеваний глаза увеличивается почти в 5 раз в Кызылординской области и в 8 раз - в Алматинской. Заболевания нервной системы снижаются к 5 годам в 5 раз в Кызылординской области и в 7 раз - в Алматинской.

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена продолжают увеличиваться в возрастных группах от 0 до 2-х лет, особенно, по Кызылординской области. Так удельный вес их среди всех выявленных заболеваний по области составил от  $2,1 \pm 0,36\%$  до  $4,4 \pm 0,25\%$ . В сравниваемой группе распределение по возрастным группам идентичное, но цифры достоверно ниже (от  $1,7 \pm 0,26\%$  до  $2,4 \pm 1,16\%$ ).

По классу болезней «Врожденные аномалии...» отмечается обратная повозрастная динамика как в Кызылординской, так и в Алматинской областях. Наиболее высокие показатели удельного веса данной патологии отмечены у детей до 1 года ( $2,9 \pm 0,42\%$  по Кызылординской области и  $1,9 \pm 0,27\%$  в Алматинской). К 5 годам отмечается снижение данного показателя в 2,6 раз по Кызылординской области и в 1,2- по Алматинской.

Болезни мочеполовой системы занимают относительно низкий удельный вес, но значения показателей возрастают с увеличением возраста. Распространенность и удельный вес заболеваний данного класса выше в Алматинской области, скорее всего, связанного не со снижением заболеваемости в Кызылординской области, но с практическим отсутствием урологов в области.

По остальным группам и классам болезней изучаемые показатели значительно ниже и не требуют специального описания.

Таким образом, сравнение 2-х областей по частоте выявляемости и по удельному весу в структуре заболеваемости выявило достоверное преобладание их в Кызылординской области, за исключением, болезней органов дыхания.

Сравнительная оценка первичной заболеваемости детей, в зависимости от места проживания «город, село», выявила ряд особенностей в частоте и в выявляемости первичной заболеваемости. Так по Кызылординской области в городской местности удельный вес заболеваний и распространенность пищеварительной системы значительно превышает болезни крови и кроветворных органов в 4-х и 5 летнем возрасте (болезни пищеварения  $-44,4 \pm 0,9\%$  -  $46,1 \pm 0,88\%$  и болезни крови  $19,7 \pm 0,72\%$  и  $28,0 \pm 0,7\%$  соответственно). Но болезни крови (анемии) лидируют у детей 1-3 года среди городских жителей Кызылординской области.

В Алматинской области по городской местности ситуация аналогичная как в качественном, так и в количественном отношении.

В сельских регионах обеих областей преобладают заболевания крови со значительным преимуществом, по сравнению с городской местностью. Болезни органов пищеварения имеют общую тенденцию к увеличению с возрастом. Однако в Кызылординской области удельный вес этих заболеваний почти в 2 раза выше ( $p < 0,05$ ).

Высокий процент кариеса в классе заболеваний пищеварительной системы в Кызылординской области обусловлен не только особенностями питания, составом питьевой воды, но и существенными недоработками стоматологической службы.

По классу нервных болезней отмечается высокие показатели удельного веса впервые выявленных заболеваний, особенно, в группах детей 0-1 год ( $28,8\%$  -  $26,9\%$ ) и в Кызылординской и в Алматинской областях. С возрастом – тенденция к уменьшению. Однако частота данного заболевания выше у Кызылординских детей ( $9,3 \pm 0,43$  и  $1,6 \pm 0,11$  при  $5,3 \pm 0,38$  и  $0,9 \pm 0,09$  соответственно). Различия между городским и сельским населением также очевидны со значительным преимуществом на селе ( $p < 0,05$ ).

Существенные различия между городским и сельским населением очевидны в заболеваемости по классу «Болезни глаза...», особенно это касается миопий. Данный класс болезней имеет противоположную тенденцию с преимуществом в городских поселениях. Удельный вес заболе-

ваний, связанный с понижением остроты зрения в городских поселениях составил по Кызылординской области от  $1,2 \pm 0,35\%$  до  $16,8 \pm 0,68\%$  и по Алматинской области – от  $0,8 \pm 0,26\%$  до  $15,0 \pm 0,61\%$ , что в 3 раза больше, чем с сельской местности по Кызылординской области и в 15 раз – по Алматинской области. Низкий процент выявляемости миопий на селе нельзя воспринимать за отсутствие данной патологии, скорее всего, данный факт можно объяснить отсутствием офтальмологов. Рост удельного веса миопий с возрастом прослеживается в обеих областях. Так к 5-ти годам снижение остроты зрения увеличивается почти в 5 раз в Кызылординской области и в 8 раз – в Алматинской. Значимой разницы в удельном весе впервые выявленных заболеваний глаза по областям не отмечается, однако различия достоверны в частоте данной патологии на 100 осмотренных во всех возрастных группах. По Кызылординской области частота встречаемости детей с пониженным зрением почти в 3 раза превышает таковую по Алматинской.

Заболевания по классу «Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ» в сравниваемых областях одинаково преобладают у детей до 2-х лет, особенно по Кызылординской области. Так удельный вес их среди впервые выявленных заболеваний по области составил от  $2,1 \pm 0,36\%$  до  $4,4 \pm 0,25\%$ .

В Алматинской области распределение по возрастным группам идентичное, но цифры достоверно ниже ( $1,7 \pm 0,26\%$  до  $2,4 \pm 1,16\%$ ).

По частоте на 100 осмотренных детей с эндокринными заболеваниями прослеживается та же динамика, как и по классу «Болезни глаза...», т.е. по Кызылординской области распространенность выше по сравнению с Алматинской ( $0,7 \pm 0,12$ -  $1,9 \pm 0,11$  и  $0,4 \pm 0,06$  -  $0,7 \pm 0,05\%$  соответственно).

Таким образом, изучение возрастных и региональных особенностей заболеваемости детей от 0 до 5 лет по данным медицинских осмотров выявило высокую заболеваемость в целом по

двум областям. Лидируют заболевания крови и кроветворных органов, болезни органов пищеварения, дыхания, нервной системы, болезни глаз, эндокринной системы. Сравнительный анализ выявил достоверно более низкий уровень здоровья детей Кызылординской области. Более агрессивное экологическое неблагополучие региона, неудовлетворительное финансовое положение семей, в том числе недостаточное питание, более низкий культурный уровень и низкая медицинская активность родителей приводит к более высоким показателям заболеваемости детей.

Анализ сведений, выявленных при профилактических осмотрах позволяет не только оценить уровень состояния здоровья детей, определить структуру заболеваемости, но и разработать стратегические направления в улучшении организации медицинского обеспечения и качества оказываемой помощи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баранов А.А., Ильин А.Г. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации. //Рос. Педиатр. журн.-2011.-№4.- С.1-11.
- 2 Сегодня актуальнее, чем когда-либо. //ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире.-2008.- С.125.
- 3 Конова С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: Автореф. Дис. ...д-ра мед. наук.- М.,2007.-С. 15-25.

#### Түйін

Мақалада Қызылорда және Алматы облыстарындағы 5 жасқа дейінгі балалардың алғашқы аурулары бойынша профилактикалық- медициналық тексеру нәтижелері ұсынылады. Аса жиі кездесетін ауру кластарының таралуының негізі аймақты ерекшеліктері айқындалып, анықталды.

#### Summary

Results are presented in article preventively - medical examinations of children till 5 years on primary incidence. To Kyzylordinsky and Almaty areas. The main regional features of prevalence of most often met classes of diseases are revealed and defined.

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

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

**АКТУАЛЬНОСТЬ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА  
ОТ ТАБАЧНОГО ДЫМА****Аннотация**

В связи с тяжелыми последствиями для здоровья XXI век объявлен ВОЗ столетием активной борьбы с табакокурением во многих странах мира. Казахстан присоединился к РКБТ в 2006 году, взяв на себя обязательства снизить табакокурение и следовать принципам защиты населения от табачного дыма через внедрение межсекторальных мер. В настоящее время приняты ряд законодательных актов по борьбе с табачной эпидемией, с 2012 года проводится на основе международных стандартов Глобальное обследование домохозяйств на табакокурение, результаты полученного GATS результаты которого будут основой для разработки эффективных мер по снижению табакокурения в Казахстане.

**Ключевые слова:** борьба с табакокурением, табачные изделия, Всемирная организация здравоохранения, Саламатты Казахстан.

Курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию заболеваний. С курением связаны до 90% всех случаев рака легких, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы легких, 25% случаев ишемической болезни сердца [1-2].

По данным ВОЗ (2009 г) в Казахстане в структуре преждевременной смертности смертность от рака – на втором месте после смертности от болезней системы кровообращения. Так, коэффициент смертности в разбивке по причинам на 100 000 населения от НИЗ составляет 1 145, от ССЗ – 792, от рака – 168, от травм – 152; Так, по данным ВОЗ (Сборник Мировая статистика, 2009) в Казахстане курит 43,2% мужчин, 9,7% женщин, оба пола 26,6%; По показателям влияния факторов риска на потери лет жизни (DALYS) в Казахстане табак занимает первое место – 13% [3].

В связи с тяжелыми последствиями для здоровья XXI век объявлен ВОЗ столетием активной борьбы с табакокурением во многих странах мира. Несколько стран уже законодательно закрепили запрет или ограничение курения, среди них следует отметить и Казахстан (с 2006 года подписана Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе с табакокурением). Конвенция была инициирована ВОЗ, причиной послужили научные данные о реальных масштабах воздействия табака на здоровье людей [4]. В ноябре 2012 года делегаты от более чем 140 Сторон Рамочной конвенции

ВОЗ по борьбе против табака приняли новый международный договор, устанавливающий правила борьбы с незаконной торговлей посредством обеспечения контроля за сбытовой цепочкой и международного сотрудничества. Протокол о ликвидации незаконной торговли табачными изделиями обязывает страны создать в качестве одной из центральных мер глобальную систему отслеживания и прослеживания в целях ограничения незаконной торговли табачными изделиями. Для такого глобального мониторинга табачных изделий необходимо соответствующее законодательство. Казахстан присоединился к Рамочной конвенции, взяв на себя таким образом обязательства по принятию эффективных противотабачных мер в течение ближайших лет. В 2012 году принято Постановление Правительства о предупреждении вреда и размещении цветных картинок на табачных изделиях (пиктограмм), предполагается, что данное мероприятие будет способствовать снижению спроса на табачные изделия и тем самым на снижение распространенности курения, и в конечном итоге спасение жизни и здоровья сотен тысяч граждан РК от табачной зависимости и защиты от табачного дыма [5-6]. Следует отметить, что после подписания РКБТ и после принятия Кодекса «О здоровье народа и системе здравоохранения» в Казахстане усилилась борьба по снижению табакокурения и спроса на табачные изделия, приняты Постановление Правительства Республики

Казахстан № 1366 от 22 ноября 2011 года «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемые на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия», и Постановление Правительства № исх: 1367 от: 22.11.2011 г. «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий».

Для Казахстана совершенствование законодательно-нормативной системы играет ключевую роль в снижении заболеваемости и смертности населения, связанных с табакокурением. В соответствии со стратегическим планом реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» необходимо усиление межсекторального взаимодействия по формированию здорового образа жизни населения, в том числе и по снижению табакокурения до 19,5% к 2013 г, и до 18,2% к 2015 году. В отличие от европейских стран в нашей стране распространены не только курительные виды табака (преимущественно сигареты, кальян и другие виды), но пассивное курение, которому подвержена значительная часть взрослого и детского населения. Как показали результаты 5-го национального социологического исследования (2012 г), проведенного научным отделом НЦПФЗОЖ в среднем по РК (включая детей и взрослых) распространенность курения равна 26,5%, распространенность пассивного курения дома или на рабочем месте в течение последних 30 дней на момент опроса – составляет 65,0% (среди мужчин подверженных пассивному курению больше, и их доля составляет 73,2%, среди женщин – 56,7%), распространенность пассивного курения среди детей также на высоких цифрах – 27,1%. В настоящее время проблемы пассивного курения и насвай едва ли не более серьезная опасность, чем применение курительного табака, установлено, что применение насвая оказывает более быстрое действие на головной мозг, так как он быстрее всасывается через сосуды ротовой полости. Министерство здравоохранения РК проводит работу по запрету жевательных табачных изделий табачную, но ввести ограничения на продажу насвая пока невозможно: его юридический статус никак не закреплен.

Курение сокращает жизнь казахстанцев на 10–12 лет. По критериям ВОЗ превышение 15% уровня мужского бесплодия влияет на демографические показатели, в связи с чем, проблема бесплодия в Казахстане начинает приобретать

государственное значение. В Казахстане до 16% браков являются бесплодными, причем мужской фактор бесплодия достигает 50%, видимо это проявление влияния распространенности табакокурения среди мужчин. Нашими исследованиями (5-е национальное исследование, 2012 г) установлено, что табакокурение среди мужчин в 5 раз больше, чем среди женщин, и составляет 43,0%.

В мире Глобальный опрос взрослого населения на потребление табака (GATS) был запущен в феврале 2007 года в качестве нового компонента текущей Глобальной системы наблюдения табака (GTSS). Разработан комплекс научно обоснованных затратно-эффективных стратегий, направленных на сокращение масштабов употребления табака; он включает Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака и шесть стратегий MPOWER для содействия в реализации Конвенции на уровне стран: 1. мониторинг потребления табака и эффективности профилактических мер (Monitor); 2. защита людей от табачного дыма (Protect); 3. предложение помощи людям, желающим бросить курить (Offer); 4. предупреждение об опасностях, связанных с табаком (Warn); 5. контроль за соблюдением ограничений в отношении рекламы, стимулирования продажи и спонсорства табачных изделий (Enforce); 6. повышение налогов на табачные изделия (Raise). В Казахстане налажена система мониторинга поведенческих факторов риска, так с 1998 года по настоящее время проведено 5 широкомасштабных социологических исследований (1998 г, 2001 г, 2004 г, 2007г, 2012 г) образа жизни, в том числе и вопросов табакокурения, а в 2013 году НЦПФЗОЖ МЗ РК проводит в соответствии с международными требованиями по методологии ВОЗ Глобальный опрос населения на потребление табака. Впервые научные исследования проводятся с учетом международных требований (ранее была использована методология большого охвата населения, большая выборка, что обеспечивало достоверность данных, но не была проведена случайная выборка домохозяйств), в основе обследования взрослого населения использована случайная стратифицированная выборка домохозяйств (всего 8000 домохозяйств, и международный инструментарий для опроса населения (адаптированная и утвержденная Комитетом ВОЗ стандартная анкета GATS). Вместе с тем в последние десятилетия в мировом сообществе особое внимание уделяется межсекторальным про-

граммам и технологиям по предупреждению курения. Используемая при Глобальном обследовании населения анкета GATS состоит из двух частей — анкета домохозяйств (состав домохозяйства, и опрос физического лица, проживающего в данном домохозяйстве (случайный выбор). Вторая часть анкеты для индивидуального опроса физического лица старше 15 лет включает следующие разделы: 1. Раздел А — Основные общие данные; 2. Раздел В — Табакокурение; 3. Раздел WР — Кальян; 4. Раздел С — НекуриТЕЛЬный табак; 5. Раздел D — Прекращение потребления табака; 6. Раздел E — Воздействие окружающего табачного дыма; 7. Раздел F — Экономика; 8. Раздел G — Средства массовой информации; Раздел H — Знание, отношение и восприятие. Таким образом, полученный при обработке и анализе материал и результаты исследования будут сопоставимыми с международными данными по исследованиям других стран.

Таким образом, можно заключить, что принятие соответствующих законодательно-нормативных документов позволяет проводить целенаправленную политику по снижению спроса на табачные изделия и снизить табакокурения и смертность населения от табачного дыма.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аналитическое исследование общей смертности населения в Казахстане. Фонд ООН, НЦПФЗОЖ МЗ РК. Алматы. - 2006. - 95 с.

2 Отчет «Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака» — GlobalAdultTobaccoSurvey (GATS). — Российская Федерация. — 2009. — С.171.

3 World Health Organization, Geneva. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. (Всемирная Организация Здравоохранения, Женева. Отчет ВОЗ по глобальной табачной эпидемии, 2009 г.).

4 Связь между табаком и бедностью: результаты исследований для информационно-пропагандистской деятельности, проведенных в странах Африки, Азии и Латинской Америки. Л.Джонс, Д.Эфроимсон — Фонд HealthBridge, Канада, Оттава - август, 2011.

5 Постановление Правительства Республики Казахстан № 1366 от 22 ноября 2011 года «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемые на пачке табачного изделия, упаковке табачного изделия»;

6 Постановление Правительства № исх: 1367 от: 22.11.2011 г. «Об утверждении предупреждения о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий».

#### Түйін

Денсаулыққа қауіптілігіне байланысты ХХІ ғасыр дүниежүзінің көптеген елдерінде ДДҰ-мен темекімен белсенді күрес ғасыры болып жарияланды. 2006-жылы Қазақстан ТҚНҚ —на қосылып, темекі тартуды төмендету міндетін өзіне ала отырып сектораралық шараларды енгізу арқылы халықты темекі түтінінен қорғау қағидасын ұстанады.

#### Summary

Due to the severe health impacts of XXI century a century of active WHO declared tobacco control in many countries around the world. Kazakhstan acceded to the FCTC in 2006, committing itself to reducing tobacco use and follow the principles of protection from tobacco smoke through the implementation of cross-sectoral measures

УДК 613.84-036.2-053.5/.7:304.3(574-25)

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Т.П. ПАЛТУШЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ И ОБРАЗ ЖИЗНИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ г. АЛМАТЫ**

### **Аннотация**

В статье представлены результаты 5-го социологического исследования по изучению распространённости курения среди детского населения г. Алматы, а также практические рекомендации по совершенствованию профилактической работы среди детей

**Ключевые слова:** курение, пассивное курение, подростки, распространённость.

**Актуальность:** Курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию заболеваний. С курением связаны до 90% всех случаев рака легких, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы легких, 25% случаев ишемической болезни сердца [1].

По данным ВОЗ (2009 г) в Казахстане в структуре преждевременной смертности смертность от рака — на втором месте после смертности от болезней системы кровообращения [2]. Так, показатель причин смертности на 100 000 населения от неинфекционных заболеваний составляет 1145.0, от сердечно-сосудистых заболеваний — 792.0, от рака — 168.0, от травм — 152.0.

По показателям влияния факторов риска на потери лет жизни (DALYS) в Казахстане табак занимает первое место — 13% [3].

В Докладе о состоянии здравоохранения в Европе, «Действия общественного здравоохранения в целях улучшения здоровья детей и всего населения» (Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005г.) [4] указываются следующие основные факторы риска развития неинфекционных заболеваний:

- повышенное артериальное давление (12,8%);
- курение табака (12,3%);
- злоупотребление алкоголем (10,1%);
- повышение уровня холестерина крови (8,7%);
- избыточная масса тела (8,7%);
- низкий уровень потребления фруктов и овощей (4,4%);
- малоподвижный образ жизни (гиподинамия) (3,5%)

В соответствии с документом ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м веке» 12-й задачей определено, что к 2015 году число некурящих, среди лиц стар-

ше 15 лет, должно стать не меньше 80,0% и около 100,0% среди тех, кто еще не достиг 15 лет [5].

Все стратегии борьбы с болезнями должны основываться на достаточном объеме данных, поэтому для информационного обеспечения выполнения стратегических планов и в целях дальнейшего мониторинга распространённости курения, в Казахстане, начиная с 1998г. с промежутком в 3 года проводятся, широкомасштабные социологические исследования. Одним из ключевых показателей упомянутых исследований, является распространённость курения среди взрослого и детского населения.

**Цель исследования:** Проведение социологического исследования по изучению распространённости курения среди детей и подростков в возрасте 11-17 лет г. Алматы,

**Материалы и методы исследования.** Объектом исследования были дети и подростки г. Алматы. Всего было обследовано 200 детей в возрасте от 11 до 17 лет. Исследования были проведены по методике рекомендованной ВОЗ [6]. Была сформирована репрезентативная выборочная совокупность. Выборка состояла из двух возрастных групп: 11-14 лет (дети), 15-17 лет (подростки). Формирование исследуемых групп, было проведено гнездовым методом, путем случайной выборки из числа школьников с 6-го по 11 классы (11-17 лет) общеобразовательных школ, студентами Вузов и Сузов г. Алматы.

В качестве предметов исследования были определены показатели распространённости курения, посещения уроков физкультуры, а также оценка собственного здоровья детьми и подростками.

Опрос проводился по разработанной анкете, на русском и казахском языках. Анкета состояла из нескольких блоков, таких как блок общих

вопросов (пол, возраст, национальность, образование, социальное и семейное положение), наличие поведенческих факторов риска (курение, пассивное курение), физическая активность, самооценка здоровья, состояние здоровья (наличие хронических и неинфекционных заболеваний), источники информации о вреде курения.

**Результаты социологического опроса среди детей и подростков г. Алматы**

Всего было опрошено 200 детей в возрасте от 11 до 17 лет, удельный вес мальчиков составил 50,0%, девочек столько же (50,0 %).

По социальному статусу респонденты были представлены: школьниками - 59,0%, студентами Вузов и Сузов-39,0%, нигде не работающих и не обучающихся - 2,0 %.

**Анализ данных по пассивному курению представлен в таблице 1.**

Анализ пассивного курения (таблица 1) проведенный по возрастным группам 11-14 лет и 15-17 лет показал, что в возрастной группе детей от 11 до 14 лет удельный вес детей в присутствии, которых курят дома и в другом месте составляет 34,6%, в т.ч. удельный вес мальчиков, в присутствии которых курят, составляет - 58,3%, девочек -12,0%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что пассивному курению подвержены как мальчики, так и девочки, при этом мальчики в этой возрастной группе (11-14 лет) подвержены пассивному курению в 4,9 раза больше чем девочки того же возраста.

Данные по пассивному курению среди детей, свидетельствуют о высоком риске у детей этой возрастной группы появления мотивации к началу курения, а также вредного влияния табачного дыма на состояние их здоровья.

**Таблица 1 - Данные по пассивному курению детей и подростков г. Алматы**

возраст			пол		Total
			Мужской	Женский	
11-14 лет	нет		20	44	64
			41,70%	88,00%	65,30%
	8.Курит ли постоянно кто-либо в Вашем присутствии?	дома	10	2	12
			20,80%	4,00%	12,20%
	в другом месте	18	4	22	
			37,50%	8,00%	22,40%
			48	50	98
		Total	100,00%	100,00%	100,00%
	нет		29	20	49
			58,00%	40,80%	49,50%
	8.Курит ли постоянно кто-либо в Вашем присутствии?	дома	11	11	22
				22,00%	22,40%
	в другом месте	10	18	28	
			20,00%	36,70%	28,30%
15-17 лет		50	49	99	
		Total	100,00%	100,00%	100,00%

В возрастной группе 15-17 лет удельный вес подростков, в присутствии которых курят еще выше, чем у детей младшего возраста, и составляет 48,5% , что в 1,4 раза больше чем в возрастной группе 11-14 лет, в т.ч. курят в присутствии 44,0%, мальчиков и 59,1% девочек.

Соответственно, риск вредного воздействия табачного дыма на организм подростков, как мальчиков, так и девочек, очень высокий. Более того, данный риск усугубляется неблагоприятной экологической обстановкой, которую в том числе обеспечивает высокая концентрация выхлопных газов от автотранспорта

Т.о. каждый второй подросток г. Алматы подвержен риску вредного воздействия табачного дыма на их здоровье, а также появления реальной мотивации к началу курения. Анализ данных по курению сигарет представлен в таблице 1.

Анализ распространенности курения проведен в разрезе возрастных групп.

**- 11-14 лет**

В этой возрастной группе курящих было выявлено только среди мальчиков, распространенность курения среди которых составила 16,0%. Из числа курящих мальчиков, каждый 4-й (25,0%) сообщил, что курить начал в возрасте до 10 лет, остальные (75,0%) началом курения указали возраст от 10 до 14 лет.

Подавляющее большинство (72,5%), курящих мальчиков, сообщили, что курят редко (1-2 раза в месяц), 25,0 % сообщили , что курят 3-4 раз в неделю и ежедневно курят - 12,5%.

Анализ, проведенный среди курящих ежедневно мальчиков, также выявил, что 75,0% рес-

пондентов курят 1 сигарету в день, и 25,0% до 5 сигарет в день.

**- 15-17 лет**

Анализ распространенности курения в этой возрастной группе, подтвердил предположение, что пассивное курение может быть мотивацией к началу курения.

Так если в предыдущей возрастной группе курили 16% детей и это были только мальчики, то среди подростков 15-17 лет курят как мальчики, так и девочки. Удельный вес курящих мальчиков и девочек составил по 22%.

Каждый 4-й мальчик и каждая 3-я девочка сообщили, что курить начали в возрасте до 10 лет.

Анализ, проведенный по частоте курения среди курящих подростков, показал, что удельный вес курящих редко (1-2 раза в месяц) мальчиков, по сравнению с предыдущей возрастной группой, уменьшился почти в 2 раза и соответственно увеличился удельный вес мальчиков курящих ежедневно

Среди курящих девочек-подростков, подавляющее большинство (72,2%) курят редко и 16,7% курят ежедневно.

Анализ, проведенный среди ежедневно – курящих мальчиков, выявил, что 84,0% выкуривают от 1 до 5 сигарет в день и 16,0% от 5 до 10 и более сигарет в день.

Данные анализа, проведенного среди курящих девочек, отличается от данных мальчиков, тем, что удельный вес выкуривающих от 1 до 5 сигарет в день девочек меньше чем мальчиков в 1,1 раза и наоборот, выкуривающих от 5 до 10 и более сигарет в день девочек в 1,5 больше чем мальчиков.

Таблица 2 – Распространенность курения среди детей и подростков г. Алматы

Код возраста			3 Пол		Total
			Мужской	Женский	
11-14 лет	9. Курите ли Вы в настоящее время?	да	8	0	8
			16,00%	0,00%	8,00%
		нет	42	50	92
			84,00%	100,00%	92,00%
Total		50	50	100	
		100,00%	100,00%	100,00%	
15-17 лет	9. Курите ли Вы в настоящее время?	да	11	11	22
			22,00%	22,00%	22,00%
		нет	39	39	78
			78,00%	78,00%	78,00%
Total		50	50	100	
		100,00%	100,00%	100,00%	

По распространённости курения среди мальчиков (детей и подростков) г. Алматы занимает 3-е место после Алматинской и Северо-Казахстанской областей.

Распространенность курения среди девочек – подростков г. Алматы является самой высокой по Республике и занимает 1-е место.

Анализ данных о времени проводимом за телевизором и компьютером -11-15 лет

Анализ времени, проводимом детьми за компьютером показал, что у 18% мальчиков и 16% девочек нет компьютеров. У тех, кто имеет компьютеры, время проведения за ним распределилось следующим образом: до 2-х часов за компьютером проводят - 46% мальчиков и девочек, от 2-х до 4-х часов 36% и 38% соответственно.

За телевизором ежедневно большинство опрошенных (66% мальчиков и 70% девочек) проводят от 30 минут до 2-х часов и остальная часть детей (34% и 30% соответственно) проводят за телевизором более 4-х часов.

Если сложить время, которое ежедневно дети тратят на просмотр телепередач и сидят за компьютером, то получается, что удельный вес детей проводящих ежедневно за компьютером и телевизором по 4 часа (2 часа за ТУ+2 часа за компьютером) составляет 90%, как у мальчиков, так и девочек.

Удельный вес детей, проводящих ежедневно за компьютером и просмотром ТУ по 8 часов и более равен 70% среди мальчиков и 68% среди девочек.

#### **-15-17 лет**

В этой возрастной группе за компьютером до 2-х часов в день проводят время несколько большее число, чем в предыдущей младшей группе, удельный вес мальчиков составил 47,9% и девочек 48,0%. Более 4-х часов за компьютером проводят 33,3% мальчиков и 42,0% девочек.

За просмотром телевизионных программ ежедневно до 2-х часов проводят около половины опрошенных мальчиков и девочек, 4 и более часа 12% мальчиков и 28% девочек.

Если, как и в предыдущей возрастной группе, сложить ежедневное время, проводимое подростками за просмотром ТУ программ и компьютером, удельный вес мальчиков тратящих ежедневно 4 часа свободного времени на это составляет - 93,9% и девочек - 98%.

Удельный вес подростков тратящих ежедневно 8 часов и более свободного времени за компь-

ютером и ТУ составляет у мальчиков - 45,3% у девочек -70,0%.

Таким образом, в обеих возрастных группах, довольно высокий удельный вес детей проводящих длительное время (4 и более часов) пассивно за компьютером и TV, что может привести к гиподинамии. У подростков 15-17 лет, высок удельный вес проводящих ежедневно по 8 часов за компьютером и ТУ, особенно высок показатель у девушек 70% против 45,3% у мальчиков. 8 часов это вне рабочее свободное время внутри, которого находится и рекреационное время (время восстановления здоровья).

В течение 8 свободных, от занятий в учебном заведении, часов ребенок должен подготовить уроки, покушать, и отдохнуть - лучше активно и т.о. восстановить потраченное на учебу здоровье. И если приложить ко времени занятий в учебном заведении, время просиживания за компьютером, телевизором, показатели посещаемости (т.е. не посещаемости) уроков физкультуры, занятий активными видами спорта, становится понятным, что у немалого числа детей и подростков г. Алматы, высок риск развития гиподинамии и всех последующих за ним проблем.

#### **Анализ участия в мероприятиях по здоровому образу жизни -11-15 лет**

Анализ данных об участии детей в мероприятиях по пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ), показал, что удельный вес, принимавших участие в различных мероприятиях, составил - 44,0% (в т.ч. 54,0%, мальчиков и 34,0% девочек).

Наиболее популярными мероприятиями по пропаганде ЗОЖ, по значимости в возрастной группе 11-14 лет, являются: беседы с медицинскими работниками, участие в тренингах и семинарах, получение буклетов и листовок, посещение Школ здоровья и получение психологической помощи.

#### **-15-17 лет**

Удельный вес подростков в возрастной группе 15-17 лет принимавших участие в мероприятиях по пропаганде ЗОЖ составил - 37,0% (в т.ч. мальчики - 38,0%, девочки - 36,0%), что несколько меньше чем в предыдущей младшей возрастной группе детей.

Популярными в этой возрастной группе являются: беседы с медицинскими работниками, получение буклетов и листовок, участие в тренингах и семинарах, посещение Школ здоровья и получение психологической помощи.

Источниками информации по укреплению

здоровья, респонденты обоих возрастных группах считают: Интернет, СМИ, родственников и друзей, а также Медицинских работников и специальную литературу.

Выводы по изучению распространенности курения среди детей и подростков г. Алматы:

1. Выявлена высокая распространённость пассивного курения среди детей, наиболее подвержены которому дети младшего возраста и больше всего мальчики.

2. Анализ показателей по курению в следующей возрастной группе, подтвердил эти опасения. Если в возрастной группе 11-14 лет курят только мальчики, удельный вес которых составил 16,5%, то в возрастной группе 15-17 лет курят как мальчики, так и девочки и их удельный вес составил 22,0% и 22,0% соответственно.

3. По распространённости курения среди мальчиков (детей и подростков) г. Алматы занимает 3-е место после Алматинской и Северо-Казахстанской областей.

4. Распространенность курения среди девочек г. Алматы, является самой высокой по Республике, занимает 1-е место.

5. В возрастной группе 11-14 лет, практически все респонденты, как мальчики, так и девочки посещают уроки физкультуры, а также занимаются регулярно физзарядкой. И это самый высокий показатель по Республике.

6. В возрастной группе 15-17 лет, посещающих уроки физкультуры несколько меньше чем в возрастной группе 11-14 лет, но и при этом их большинство.

7. В обеих возрастных группах, довольно высокий удельный вес детей проводящих длительное время (4 и более часов) пассивно за компьютером и TV, что является высоким риском развития гиподинамии и всех связанных с ним проблем здоровья.

8. Наиболее востребованными среди детей и подростков, являются беседы, о здоровом образе жизни, вреде курения с медицинскими работниками.

Практические рекомендации для снижения влияния поведенческих факторов риска на здоровье детей и подростков по г. Алматы:

1. В целях предупреждения вредного воздействия пассивного курения на организм детей и подростков, и таким образом снижения риска появления мотивации к курению необходимо активизировать разъяснительную работу о вреде пассивного курения на здоровье, как сре-

ди детей, так и взрослых, используя все источники информации, в т.ч. средства массовой информации и Интернет.

2. Для сохранения и укрепления здоровья подростков, предупреждения вредных привычек, таких как курение, активизировать пропаганду полезности физической активности, которую обеспечивают уроки физкультуры. Обратить особое внимание на девочек подростков, не посещающих уроки физкультуры без наличия значимых причин.

3. Активизировать информационную работу среди руководства и преподавателей

учебных заведений, о нарастающей гиподинамии среди школьников из-за большого числа освобождений от уроков физкультуры, замены уроков физкультуры другими предметами, а также низким качеством самих уроков физической культуры.

4. В целях уменьшения времени, которое проводят дети и подростки за компьютерами и телевизором (от 2-х до 4-х и более часов) активизировать совместную работу с районными Акиматами, организациями образования, руководством учебных заведений по организации досуга (активного досуга) детей в свободное, от учебы и домашней работы, время.

5. Развернуть информационно-образовательную работу через все доступные средства коммуникации (почта, пресса, телевидение, радио, транзитная антиреклама, сеть Интернет, открытая консультативная телефонная линия), с целью формирования у населения, особенно у детей и молодежи, устойчивого интереса к здоровому образу жизни и предупреждения развития поведенческих факторов (курения) риска развития заболеваний, отказа от курения любых табачных изделий.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Аканов А.А., Тулебаев К.А., и др. Основные показатели и проблемы образа жизни населения Республики Казахстан (первое национальное исследование) – Алматы – 2000. – 110 с.

2 World Health Organization, Geneva. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009. (Отчет ВОЗ по глобальной табачной эпидемии, Женева 2009 г.)

3 Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие, Алматы, 2010.

4 Доклад о состоянии здравоохранения в Европе «Действия общественного здравоохранения в целях улучше-

ния здоровья детей и всего населения»/Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005.

5 Доклад ВОЗ «Здоровье для всех в 21-м веке», Женева 20.

6 (GAT) Proposal Development Guidelines USA, 2009.

дене шынықтыру сабағының аптасына екі сағатқа дейін қысқартылғандығы болып отыр. Жоғарыда көрсетілгендердің барлығы Алматы қаласының балалары мен жасөспірімдері арасында салауатты өмір салтының қағидаларын енгізуді насихаттауды талап етеді.

### Түйін

Алматы қаласында тұратын жасы 11-ден 17 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдердің арасында әлеуметтік сауалдама жүргізу әдісі арқылы темекі шегудің жиілігі мен таралушылығы анықталды. Қыз бала мен ұлдардың, бозбала мен қыздардың арасындағы темекі шегудің таралу ерекшеліктері, сондай-ақ олардың арасында пассивті шылым шегудің жиілігі анықталды. Алматы қаласы бозбала мен ұлдардың арасында темекі шегудің таралуы бойынша Алматы және Солтүстік Қазақстан облыстарынан кейін 3-ші орынды, ал қыздардың арасында темекі шегудің таралуы бойынша 1-ші орынды алатындығы анықталды. Бұл зерттеу Алматы қаласының мектептерінде балалар мен жасөспірімдердің арасында гиподинамияның жоғарылап бара жатқандығын көрсетті. Оның себебі, балалардың компьютер мен теледидар алдында ұзақ уақыт отырулары және мектептерде

### Summary

Using the method of sociological research for children and adolescents between the ages of 11 to 17 years old, living in Almaty, determined the prevalence and frequency of smoking. The features of smoking among girls and boys, young women and young men, as well as the frequency of exposure to secondhand smoke among them. Found that the prevalence of smoking boys Almaty occupies 3 place after Almaty and North-Kazakhstan oblasts, and in the prevalence of smoking among girls—first place. Studies have shown that among children and adolescents, reality is physical inactivity, compounded by a reduction in physical education lessons in schools of up to two hours a week and long stay of children for computers and TV. All of the above requires the strengthening and integration of interested agencies in the promotion and implementation of the principles of a healthy lifestyle among children and adolescents in Almaty

УДК 614.39-053.7

**М.К. КУРМАНОВ**

Центр формирования здорового образа жизни, г. Астана

## О РАБОТЕ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В г. АСТАНЕ

### Аннотация

В статье приводится информация о работе молодежных центров здоровья в городе Астане, особенностях психологии молодежи при выборе места оказания консультативно-профилактических и психологических услуг. Работа молодежных центров здоровья важной при решении задач по охране здоровья молодых в настоящем и будущем, определенных Правительством Казахстана.

**Ключевые слова:** МЦЗ — молодежный центр здоровья. ПМСП — первичная медико - социальная сеть (поликлиники, семейно-врачебные амбулатории). НПО - неправительственные организации.

Охрана здоровья подрастающего поколения является важнейшей государственной задачей, так как фундамент здоровья закладывается в подростковом и молодежном периодах. Неблагоприятные факторы, влияющие на здоровье, а также, постоянный рост различных заболеваний, особенно репродуктивной системы; увлечение алкоголем и табакокурением, наркотиками и энергетическими напитками; уязвимость половой сферы и психологического здоровья молодежи, - все это наносит ощутимый ущерб экономике государства. Подростки и молодежь — это уже не дети,

но еще и не взрослые, поэтому, им требуются услуги, которые отличаются от общепринятых в медицине, оказываемые детям и взрослым. Подростки и лица молодого возраста — наше будущее и, во многом, от них и их здоровья и развития будет зависеть дальнейший путь развития государства. Наша молодежь должна быть образованной, здоровой, имеющей хороший потенциал для будущего.

В Казахстане, основываясь на проектах создания и работы молодежных центров здоровья (далее - МЦЗ), осуществленных в нескольких горо-

дах, идея постоянного функционирования МЦЗ отражена в Приказе Министерства Здравоохранения Республики Казахстан № 491 от 19 октября 2006 года «О внедрении услуг, дружественных к молодежи» [1].

В последние годы во всем мире и, в Казахстане, в частности, растет понимание, что молодежь (в большинстве) не склонна обращаться в общепринятые лечебно-профилактические организации, порой, из-за специфичности имеющихся проблем; отсутствия времени для записи и ожидания приема у специалиста; отрицательного опыта общения с медицинским персоналом; нежелания быть увиденным знакомыми на приеме.

Частыми проблемами у подростков и молодежи являются: нежелательная беременность и ранние аборты; гинекологические заболевания; вопросы контрацепции; планирование семьи; сексуальное насилие; болезни, передающиеся половым путем; различные психологические проблемы (конфликт с родителями, в учебном заведении, неразделенная любовь, одиночество, суицидальные мысли как способ ухода от проблемы) [2, С.45].

Специфика психологии подростков и молодежи в том, что требуемая услуга должна быть предоставлена в ближайшее время, была доступной, сохранялась конфиденциальность приема, специалистом уделялось подростку столько времени, сколько нужно; чтобы была доброжелательная психологическая атмосфера. Все эти составляющие могут предоставить специалисты молодежных центров здоровья [2, С.47].

Основная направленность МЦЗ – это комплексная, преимущественно профилактическая работа, направленная на предупреждение заболеваний (гинекологических, урологических, психологических и многих других), информационная и консультативная работа, создание благоприятных психологических условий для каждого обратившегося. Критерием качественного оказания помощи молодым будет его повторный приход, увеличение количества обращений, доверие к врачам и возможность решения каждой из его проблем.

На сегодняшний день в Астане созданы и функционируют 10 МЦЗ, причем один из них – на базе Евразийского Национального Университета им.Л.Н.Гумилева [1, С.9]. Данный МЦЗ был открыт в самом Университете с целью приближения возможности оказания консультативной и профилактической помощи студентам в удоб-

ное для них время. Сотрудниками данного МЦЗ проводятся акции и презентации со студентами по сохранению репродуктивного и психологического здоровья.

Большинство из МЦЗ работают на базах городских поликлиник, тесно сотрудничают с сотрудниками первичной медико-социальной сети (далее – ПМСП). У работников МЦЗ имеется хорошая возможность, при необходимости, направлять молодежь к узким специалистам для диагностики и лечения заболеваний, полного лабораторного обследования.

Очень большая работа проводится сотрудниками МЦЗ в профилактическом направлении. Она включает в себя самые различные мероприятия: чтение лекций и показ видеороликов и презентаций в школах, среднеспециальных и высших учебных заведениях; раздача слушателям информационных материалов (листовок, буклетов, календарей, плакатов) на двух языках по охране здорового образа жизни; массовые мероприятия, приуроченные к различным датам – Всемирный день здоровья, Всемирный день семьи, Всемирный день отказа от курения, Всемирный день борьбы со СПИДом, месячники и декадни-ки по профилактике различных заболеваний; спортивные соревнования и конкурсы; подготовка и участие в мероприятиях волонтеров; танцевальные конкурсы; Фестивали здоровья – организованные специалистами МЦЗ и Центра формирования здорового образа жизни (далее – ЦФЗОЖ), при поддержке Акимата, НПО, с участием сотрудников других медицинских учреждений и социальных служб, средств массовой информации. [2, С.12]

МЦЗ – это не замена лечебных организаций, а взаимное дополнение друг друга. МЦЗ активно сотрудничают с Управлениями здравоохранения и образования, различными НПО, партией «Нур отан», проводят обучающие тренинги для волонтеров (школьников, учащихся СУЗов, студентов ВУЗов). При МЦЗ организованы секции и кружки по интересам (языковые курсы, курсы по вязанию или вышиванию, психологические кружки, секции для занятия спортом и т.д.).

С целью пропаганды и популяризации работы МЦЗ в течение последнего года были приглашены призеры Лондонской Олимпиады, для участия в мероприятиях МЦЗ приглашаются звезды казахстанской эстрады, танцевальные коллективы. Практически ежегодно проводятся Молодежные форумы по охране репродуктивного здо-

рevity молодежи (проведено 2 форума) с привлечением казахстанских и зарубежных специалистов в области охраны репродуктивного здоровья молодежи в своих странах — с целью обмена опытом и достижениями в данной области.

Важным подразделением МЦЗ является психологическая служба и работа телефона доверия (телефона психологической помощи). Некоторые молодые люди по различным причинам не могут обратиться лично к психотерапевту или психологу, тогда на помощь приходит служба телефонов доверия, которые функционируют практически в каждом МЦЗ г. Астаны. Большинство МЦЗ в г. Астане располагаются в городских поликлиниках, доступны для посещения молодежью и подростками. Телефоны доверия в каждом МЦЗ работает ежедневно, в дневное время. Чаще всего, по телефону обращаются с личностными, семейными проблемами, конфликтными ситуациями, проблемой одиночества или здоровья, редко - с мыслями об уходе из жизни по каким-либо причинам. Психолог телефона доверия внимательно выслушает абонента, поможет найти приемлемое решение. Работа телефонов доверия — бесплатная, анонимная, конфиденциальная.

Работа всех молодежных центров представлена на сайте: zozh\_astana@mail.ru. Информация о проведенных мероприятиях предоставляется регулярно, с видео- и фотоматериалами. Информация доступна для любого пользователя Интернета, каждый может задать вопрос на интересующую тему и получит квалифицированный ответ.

На сегодняшний день в Астане имеется хорошая база для дальнейшего развития МЦЗ с целью развития эффективных служб оказания консультативно — профилактической помощи подросткам и молодежи в области охраны репродуктивного и психологического здоровья, с учетом своего и зарубежного опыта работы. Все это является важнейшим шагом к осуществлению задач, определенных Правительством Казахстана для защиты подрастающего поколения, обозначенных в основных стратегических документах.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Приказ Министерства Здравоохранения Республики Казахстан «О внедрении услуг, дружественных к молодежи» № 491 от 19 октября 2006 года.

2 «Репродуктивное здоровье нации — роль и ответственность молодых» //Материалы Второго Национального Молодежного Форума // Астана, 14-15 июня 2013.- 58 с.

## Түйін

Мақалада Астана қаласындағы жастар денсаулық орталықтарының жұмысы туралы ақпарат берілген. Жастардың медициналық ұйымға проблемасымен (репродукциялық немесе психологиялық денсаулық) келуі кезіндегі олардың психология ерекшеліктері сипатталған. Жастар денсаулық орталықтары жұмысының негізгі бағыттары, олардың өсіп келе жатқан буын үшін қолжетімділігі қысқаша баяндалған. ЖДО жұмысы ізгі ниет, құпиялылық қағидаларына құрылған. Сондай-ақ, кең көлемде алдын алу жұмысы жүргізіледі - әр түрлі зиянды әдеттер мен соматикалық аурулардың алдын алу бойынша акциялар, семинарлар, тренингтер, түрлі айтулы күндерге — Отбасы күні, Денсаулық фестивалі, ЖҚТБ-мен күресу күні, Дүниежүзілік темекіден бас тарту күніне орайластырылған фестивальдер, байқаулар, спартакиадалар ұйымдастыру, өткізу және оларға қатысу және т.б. ЖДО-ның жастармен жүргізіп отырған жұмысының барлығы денсаулықты сақтау және салауатты өмір салтын насихаттаудың қажеттілігін түсінуге, сондай-ақ негізгі проблемалар бойынша толық консультациялық жәрдем алуға, жалпы, болашақта қазақстандықтардың өмірі сапасын жақсартуға жетелейді.

## Summary

The article presents the information on youth health centers for young people in Astana city. The features of the psychology of young people who are handling the problems (reproductive and mental health) in the medical organization were reported in this summary. The main directions of youth health center's work, their availability for the younger generation are described in this summary. YHC's work is based on the principles of benevolence and privacy. Also, a great preventive work is being carried out such as some actions, seminars, training sessions on prevention of various bad habits and somatic diseases. The organization, participation and some festivals, competitions, sports days dedicated to the different dates such as Family Day Festival of Health, World AIDS Day, World Day quitting tobacco and many others are conducted constantly. All conducting YHC' work leads to an understanding of the need the preservation of health and promote a healthy life, as well as getting full of advice on main issues, in general, to improve the quality of Kazakhstan people's life in the future.

УДК 613.2/.8-056.8:303

**В.Е. ЕГОРЫЧЕВ**

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

## ПРЕПОДАВАНИЕ ТРАНС-ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ НА БАЗЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

### Аннотация

В статье описан опыт использования транс-теоретической модели изменения поведения в процессе повышения квалификации врачей на базе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Представлены конкретные методические подходы к преподаванию.

**Ключевые слова:** транс-теоретическая модель, изменения поведения, вредные привычки, мастер-класс, практические навыки.

Проблема негативного воздействия вредных привычек на здоровье населения чрезвычайно актуальна в Республике Казахстан. По материалам V соц. исследования в Республике Казахстан доля лиц, употребляющих табачные изделия, составляет среди взрослых 26.5%. Удельный вес лиц с избыточной массой тела составляет среди взрослых 31.2%. Кроме того, 9.8% от числа взрослых жителей республики страдают ожирением [1,2,3].

С 10 по 14 декабря 2012 года на базе НЦП ФЗОЖ был проведен обучающий семинар-тренинг «Современные стратегии первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний, эффективные методы скрининга, кластерные механизмы и межсекторальное сотрудничество». Семинар проводил директор Учебного центра и создания потенциала Центра Изучения Глобального Здоровья в Центральной Азии (Колумбийский Университет, Школа социальной работы, США) Тимоти Хант. Рассматривались теоретические основы и практические действия по профилактике вредных привычек, отрабатывалась методика мотивационного интервью, обсуждалось влияние стресса на индивидуальное и популяционное здоровья, рассматривались механизмы межсекторального сотрудничества и современные методологические подходы к проведению скрининга. На цикле обучались: руководство НЦ ПФЗОЖ, сотрудники отделов науки и профилактики НЦ ПФЗОЖ, а также представитель Алматинского центра ФЗОЖ. По окончании семинара все слушатели получили сертификаты.

Самой интересной, с нашей точки зрения, тех-

нологией, с которой познакомил аудиторию Тимоти Хант, была транс-теоретическая модель изменения поведения [4].

Отличительная особенность этого вмешательства состоит в том, что от пациента не требуют немедленного отказа от вредных привычек. Значительное время уделяется формированию у человека мотивации к позитивному изменению поведения. Все технологии воздействия зависят от того на какой стадии изменения находится пациент.

Различают следующие стадии изменения поведения относительно вредных привычек:

- Предразмышление;
- Размышление;
- Подготовка;
- Действие;
- Сохранение изменений;

Авторы этого метода (Джеймс Прохазка, Джон Норкросс, Карло ди Клементе) разработали инструмент (набор вопросов) с помощью которого можно определить на какой стадии находится любой человек, страдающий вредной привычкой, и подробно описали вмешательства на каждой стадии.

#### Стадия предразмышления (сопротивления):

- Повышение осознанности;
- Социальное освобождение.

#### Стадия размышления:

- Повышение осознанности;
- Социальное освобождение;
- Эмоциональное пробуждение;
- Переоценка «Я».

#### Стадия подготовки:

- Социальное освобождение;
- Эмоциональное пробуждение;
- Переоценка «Я»;
- Принятие обязательств.

**Стадия действия:**

- Социальное освобождение;
- Принятие обязательств;
- Вознаграждение;
- Контробусловливание;
- Поддерживающие отношения.

**Сохранение изменений:**

- Принятие обязательств;
- Вознаграждение;
- Контробусловливание;
- Поддерживающие отношения.

Таким образом, ценность транс-теоретической модели изменения поведения состоит в том, что при использовании данной технологии предлагаются различные вмешательства, специфичные для каждой стадии, на которой может находиться конкретный пациент.

В настоящее время имеются многочисленные литературные источники, свидетельствующие об успешном применении транс-теоретической модели изменения поведения в разных странах: США, Австралии, Австрии, Бельгии, Иране, Исландии, Корее, Китае, Малайзии, Нидерландах, Новой Зеландии, Турции, Японии [5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17].

Сообщается о трех основных направлениях применения транс-теоретической модели изменения поведения:

- вмешательство, направленное на преодоление вредных привычек и других опасных для здоровья моделей поведения;
- инструмент оценки;
- инструмент прогнозирования.

В качестве вмешательства, направленного на отказ от вредных привычек и других неблагоприятных для здоровья моделей поведения, транс-теоретическая модель используется для:

- формирования среди молодежи поведения, препятствующего возникновению и распространению ВИЧ/ИППП [12,18];
- отказа от курения [9,11,16];
- формирования привычек более здорового питания [5,17,19,20];
- отказа от употребления наркотиков [21];
- снижения потребления табака и алкоголя и формирования поведения, направленного на улучшение энергетического баланса организма (повышение физической активности, увеличение

потребления фруктов и овощей, ограничение времени просмотра телепередач) [10];

- формирования мотивации у терапевтов к периодическому обучению и переоценке компетенции путем сохранения сертификации [22].

В качестве инструмента оценки транс-теоретическая модель используется для оценивания поведения, связанного со здоровьем, как отдельных контингентов населения, так и населения в целом [6,7,15,23,24].

Кроме того, транс-теоретическая модель используется как инструмент изучения прогностической силы выявления наличия различных поведенческих факторов [13].

Сообщается, что в рамках интегрированного подхода к работе по преодолению вредных привычек применяются вмешательства, предусмотренные транс-теоретической моделью изменения поведения и технологии мотивационного интервьюирования [8,14].

Обращает на себя внимание, что значительная часть статей, посвященных транс-теоретической модели изменения поведения, опубликована в 2012-2013 годах, что говорит об особой актуальности этого подхода к преодолению вредных привычек.

С начала 2013 года мы используем транс-теоретическую модель изменения поведения в учебном процессе в рамках Программы 014 МЗ РК «Повышение квалификации и переподготовки кадров государственных организаций здравоохранения». Данный подход преподается слушателям в виде мастер-класса. В течение занятий материал предлагается слушателям не в форме лекции, а практикуется активное участие слушателей в проведении занятия с отработкой практических навыков.

Всего в 2013 году было обучено 52 врача из организаций ПМСП.

На занятиях слушатели рассказывают о своем опыте в области борьбы с вредными привычками и о своих ожиданиях относительно проводимого мастер-класса. Слушателям также предлагается на занятиях определить свою систему ценностей: что для каждого из них в жизни является главным, что имеет большое значение, а что – второстепенное. Овладение этой технологией играет важную роль в работе с пациентами, т.к. при проведении работы по борьбе с вредными привычками специалист исходит из системы ценностей пациента. Необходимо отметить, что вредные привычки всегда противоречат ценнос-

тям пациента, но необходимо эту идею убедительно донести до его сознания.

Как правило, человек, имеющий вредную привычку, на первом этапе «сопротивляется»: он отрицает наличие проблемы, или приуменьшает ее значение, говорит, что сейчас неподходящее время для отказа от вредной привычки, пытается убедить окружающих в «невозможности» преодоления вредной привычки. Помочь пациенту осознать проблему можно путем использования технологии мотивационного интервью. Все слушатели разбиваются по парам и отрабатывают практические навыки проведения мотивационного интервью. При этом один из слушателей играет роль пациента, имеющего вредную привычку, а другой – специалиста, помогающего от этой привычки избавиться. Затем слушатели меняются ролями.

При отработке практических навыков мотивационного интервью, слушатели учатся использовать такие подходы, как открытые вопросы, побуждающие вопросы, аффирмация, оценка важности проблемы и возможности ее решения, рефлексия, суммирование результатов мотивационного интервью.

Кроме того, в процессе проведения занятия отрабатываются технологии побуждения пациента к принятию обязательств. Необходимо отметить, что даже сообщение теоретического материала происходит с активным участием слушателей в обсуждении.

В заключительной части занятия проводится контроль полученных участниками семинара знаний, и определение задач на перспективу, т.е. участники семинара сообщают о том, как они планируют приобретенные теоретические знания и практические навыки использовать в своей повседневной работе.

Занятие заканчивается тем, что слушатели представляют анонимные письменные отзывы о проведенном семинаре. Вот некоторые из них.

1. Я впервые нахожусь в НЦ ПФЗОЖ. Очень понравился мастер-класс. Как приеду, буду внедрять на работе.

2. Побольше таких мастер-классов с разными подходами. Приезжайте к нам.

3. Хотелось, чтобы такие мастер-классы в будущем проводились у нас на работе среди медицинских работников, т.к. медицинские работники сами страдают от вредных привычек. Начиная с себя, легче работать с населением.

4. Получила навыки борьбы с вредными при-

вычками и буду применять их в своей повседневной практике. Спасибо Вам, что провели мастер-класс.

5. Мастер-класс проведен доступно, материал изложен ясно и последовательно, лектор весь материал закрепил на практике.

6. О мастер-классе: интересно, доступно, понятно, обратная связь для определения качества усвоения.

В настоящее время созданы благоприятные организационные условия для внедрения в практическую деятельность организаций ПМСР республики транс-теоретической модели изменения поведения. Центры семейного здоровья имеют в своей структуре отделение профилактики и социально-психологической помощи, структурными подразделениями которого являются кабинет здорового образа жизни, кабинет социального работника и кабинет психолога. Эффективное сотрудничество специалистов разных направлений обеспечит успешное внедрение транс-теоретической модели изменения поведения на уровне ПМСР. На первом этапе такого внедрения мы осуществляем обучение врачей. Однако, в будущем мы планируем обучение технологии транс-теоретической модели изменения поведения также и немедицинских работников организаций ПМСР республики.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность, медицинская активность, информированность и мотивация населения к ведению здорового образа жизни) населения Атырауской области РК. Результаты 5-го национального исследования // Методические рекомендации.- Алматы, 2013.- 48 с.

2 Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность, медицинская активность, информированность и мотивация населения к ведению здорового образа жизни) населения Мангистауской области РК. Результаты 5-го национального исследования // Методические рекомендации.- Алматы, 2013.- 48 с.

3 Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, низкая физическая активность, медицинская

активность, информированность и мотивация населения к ведению здорового образа жизни) населения Актюбинской области РК. Результаты 5-го национального исследования // Методические рекомендации.- Алматы, 2013.- 51 с.

4 Джеймс Прохазка, Джон Норкросс, Карло ди Клементе Психология позитивных изменений. Как навсегда избавиться от вредных привычек.- М.: Манн, Иванов и Фербер, 2013.- С.307.

5 Mendes E. An application of the transtheoretical model to becoming vegan // Soc. Work Public Health, 2013.- №28(2),-P.142-149.

6 Jones C., Jancey J., Howat P., Dhaliwal S., Burns., McManus A., Hills A.P., Anderson A.S. Utility of stages of change construct in the planning of physical activity interventions among playgroup mothers // BMC Res. Notes, 2013.-№6(1).-P.300.

7 Großschädl F., Titze S., Burkert N., Stronegger W.J. Moderate-and vigorous-intensity exercise behavior according to the Transtheoretical Model: associations with smoking and BMI among Austrian adults // Wien Klin. Wochenschr, 2013.- №125 (9-10),- P. 370-278.

8 Thijs G.A. GP's consult and health behavior change project. Developing a programme to train GP's in communication skills to achieve lifestyle improvements // Patient Educ. Couns. 2007.- №67 (3),-P. 267-271.

9 Sharifirad G.R., Eslami A.A., Charkazi A., Mostafavi F., Shahnazi H. The effect of individual counseling, line follow-up, and free nicotine replacement therapy on smoking cessation in samples of Iranian smokers: Examination of transtheoretical model // J.Res. Med.Sci, 2012.-№17(2),-P.1128-1136.

10 Velicer W.F., Redding C.A., Paiva A.L., Mauriello L.M., Blissmer B., Oatley K., Meier K.S., Babbitt S.F., McGee H., Prochaska J.O., Fernandez A.C. Multiple behavior interventions to prevent substance abuse and increase energy balance behaviors in middle school students // Transl. Behav. Med., 2013.- №3 (1),- P. 82-93.

11 Kim J.A., Lee C.Y., Lim E.S., Kim G.S. Smoking cessation and characteristics of success and failure among female high-school smokers // Jpn. J.Nurs. Sci., 2013.- №10(1),- P.68-78.

12 Tung W.C., Hu J., Efirid J.T., Su W., Yu L. HIV knowledge and condom intention among sexually abstinent Chinese students // Int. Nurs. Rev., 2013.-№60 (3),-P. 366-373.

13 Yasin S.M., Retneswari M., Moy F.M., Taib K.M., Isahak M., Koh D. Testing the transtheoretical model in predicting smoking relapse among Malaysian adult smokers receiving assistance in quitting // Asian. Pac.J. Cancer Prev. 2013, №14 (4), P. 2317-2323.

14 Van Weel-Baumgarten E. Patient-centred information and interventions: tools for lifestyle change? Consequences for medical education // Fam. Pract. 2008, №25, Suppl. 1: P. i67-70.

15 Wade K.J., Coates D.E., Gauld R.D., Livingstone V., Cullinan M.P. Oral hygiene behaviours and readiness to

change using the Trans Theoretical Model (TTM) N.Z. Dent.J. 2013, №109 (2), P. 64-68.

16 Gungormus Z., Erci B. Transtheoretical model-based education given for smoking cessation in higher school students // Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. 2012, №43(6), P. 1548-1559.

17 Kushida O., Murayama N. Assessment of validity and reliability of the processes of change scale based on the transtheoretical model of vegetable consumption behavior in Japanese male workers // Nihon Koshu Zasshi. 2012, №59(12), P. 861-870.

18 Patel D.A., Grunzweig K.A., Zochowski M.K., Dempsey A.F., Carlos R.C., Dalton V.K. Human papillomavirus vaccine stages of change among male and female university students: ready or not? // J.Am.Coll. Health. 2013, №61 (6), P. 336-346.

19 Chung S.J., Hoerr S.L. Evaluation of theory-based community intervention to increase fruit and vegetable intakes of women with limited incomes // Nutr. Res. Pract. 2007, №1(1), P. 46-51.

20 Greene G.W., Redding C.A., Prochaska J.O., Paiva A.L., Rossi J.S., Velicer W.F., Blissmer B., Robbins M.L. Baseline transtheoretical and dietary behavioral predictors of dietary fat moderation over 12 and 24 months // Eat Behav. 2013, № 14 (3), P. 255-262.

21 Harrel P.T.,Trenz R.C., Scherer M., Martins S.S., Latimer W.W. A latent class approach to treatment readiness corresponds to a transtheoretical («Stages of Change») model // J. Subst. Abuse Treat. 2013, №45 (3), P.249-256.

22 Arnold G.K., Hess B.J., Lipner R.S. Internists' views of maintenance of certification: a stages-of-change perspective // J. Contin. Educ. Health Prof. 2013, №33(2), P. 99-108.

23 Emdadi Sh., Nilsaze M., Hosseini B., Sohrabi F. Application of Trans-Theoretical Model (TTM) to Exercise Behavior among Female College Students // J. Res. Health Sci. 2007, №7 (2), P. 25-30/

24 Takeshima T., Okyama M., Harada M., Ae R., Kajii E. Effects of disclosing hypothetical genetic test results for salt sensitivity on salt restriction behavior // Int. J. Med. №6, P. 361-368.

### Түйін

Мақалада Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары Ұлттық орталығының негізінде дәрігерлердің біліктілігін көтеру процесінде мінез-құлықты өзгертуге транс-тәжірибелік үлгіні қолдану тәжірибесі баяндалған. Оқытуға нақты әдістемелік тәсілдер берілген.

### Summary

In the article is described an experience of using of transtheoretical model of changing of behavior in process of promotion of qualification of doctors in National Center for Problems of Healthy Lifestyle Development, Almaty, Republic of Kazakhstan. Concrete methodical approaches to the teaching are presented.

УДК 616.1-084-07.39.11: 614.1(574)

**Н.А. СУЛЕЙМАНОВА, Л.Н. ШУМИЛИНА**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

**ПРОФИЛАКТИКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ  
СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, КАК ФАКТОР  
СНИЖЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ**

**Аннотация**

В Республике Казахстан болезни сердца и сосудов занимают лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности, и являются причиной большого числа экстренных госпитализаций. Ведущее место среди острых форм БСК занимает острый коронарный синдром или нестабильная стенокардия и острое нарушение мозгового кровообращения – инсульт.

Факторы риска возникновения БСК включают: артериальную гипертензию, повышенный уровень холестерина и глюкозы в крови, курение и употребление алкоголя в опасных дозах, избыточную массу тела и ожирение, недостаточное потребление овощей и фруктов, физическую инертность.

В результате реализации ГПРЗ «Саламатты Казахстан» предполагается: снизить показатели смертности населения от БСК не менее, чем на 15 % - до 353,9 к 2015 году на 100 тыс. населения и увеличить продолжительность жизни до 70 лет к 2015 году.

**Ключевые слова:** острый коронарный синдром, нарушение мозгового кровообращения, факторы риска, профилактика, скрининги на раннее выявление, снижение заболеваемости и смертности.

В современных условиях болезни системы кровообращения (БСК), по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), являются ведущей причиной смерти в мире, унося ежегодно более 17 миллионов человеческих жизней, при этом 50% смертей приходится на трудоспособный возраст. По прогнозам, к 2030 году около 23,6 миллионов человек умрет от БСК, если не будут приняты экстренные и эффективные меры. При этом 80 % преждевременных инфарктов и инсультов может быть предотвращено благодаря мерам профилактики и ответственного отношения населения к своему здоровью, здоровью своей семьи и окружающих [1].

Ведущее место среди острых форм БСК занимает острый коронарный синдром или нестабильная стенокардия (ОКС или НС) и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – инсульт.

В Республике Казахстан болезни сердца и сосудов занимают лидирующее место в структуре заболеваемости и смертности, и являются причиной большого числа экстренных госпитализаций. Согласно данным Агентства Республики Казахстан по статистике, показатель заболеваемости населения БСК за 1 полугодие 2013 года по РК составил 2036,2 на 100 тыс. населения. В 2012 году зарегистрировано 5258,3 случаев БСК на 100 тысяч населения. В структуре причин

смерти, по данным агентства РК, работающего мужского населения (16-62,5 лет) лидируют БСК, которые в 3 раза встречаются чаще, чем у женщин трудоспособного возраста (16-57,5 лет). Заболеваемость артериальной гипертензией (далее – АГ) по Республике составляет 1005,8 на 100 тыс населения. За 7 месяцев 2013 года смертность от ОНМК на 100 тыс. населения составила 82,64 (в 2012 году – 78,24).

В результате реализации Государственной Программы «Саламатты Казахстан» предполагается: снизить показатели смертности населения от БСК не менее, чем на 15 % - до 353,9 к 2015 году на 100 тыс. населения и увеличить продолжительность жизни до 70 лет к 2015 году [2].

Факторы риска возникновения БСК включают: артериальную гипертензию, повышенный уровень холестерина и глюкозы в крови, курение и употребление алкоголя в опасных дозах, избыточную массу тела и ожирение, недостаточное потребление овощей и фруктов, физическую инертность.

Одним из ведущих факторов риска БСК называют – низкую двигательную активность. По данным ВОЗ во всем мире около 31% взрослых в возрасте 15 лет и старше были недостаточно физически активны [1]. Ещё Гиппократ утверждал, что «Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт

каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь». Населению важно знать, что ежедневная физическая активность на протяжении, по меньшей мере, 30 минут способствует предотвращению инфаркта и инсульта.

По данным 5-го Национального исследования 2012 года, распространенность употребления алкогольных напитков составила 42,0 %, при этом уровень употребления алкоголя в опасных дозах среди взрослых РК равен 5,0 %; распространенность табакокурения среди взрослых РК 26,5 %, пассивному курению подвергаются – 62,2 %, не бросали курить – 25,9 %, ежедневно курят сигареты – 20,3 %, не каждый день курят – 8,3 %; распространенность избыточной массы тела среди взрослых РК – 31,2 %, недостаточное потребление фруктов и овощей среди взрослых РК – 32,7 %, не выполняют физзарядку среди взрослых РК – 64,5% [3].

Гиперхолестеринемия является одним из семи ведущих факторов риска, влияющих на преждевременную смертность населения, и находится на втором месте после артериальной гипертонии. У 30% лиц, страдающих БСК, уровень холестерина превышает 6,5 ммоль/л. Бороться с высоким уровнем холестерина в крови можно, как с помощью изменения образа жизни, изменения питания, так и с помощью медикаментов. Так, ограничение потребления с пищей холестерина позволит снизить его уровень в крови в среднем на 10% -15%. Снижение у населения уровня холестерина на 10% и артериального давления на 10% приведет к снижению смертности от БСК на 45%.

Казахстанцы употребляют в пищу значительно больше, чем рекомендуется сахара и сахаросодержащих продуктов, молочных и мясных продуктов. А именно эти продукты являются главными источниками холестерина. В таких основных мясосодержащих продуктах, как сосиски, сардельки, колбасы, в скрытой форме находится много жира с высоким содержанием насыщенных жирных кислот и холестерина. Овощей и фруктов население республики употребляет меньше 300 г в день при том, что согласно рекомендации ВОЗ, самым низким уровнем считается 400 г в день. Ежедневное употребление в пищу, как минимум, пяти порций фруктов и овощей и уменьшение потребления соли до менее одной чайной ложки в день - 5 г, также помогают предотвратить инфаркт и инсульт.

Важность снижения уровня холестерина в крови через диетологическую коррекцию,

включающую уменьшение потребления жира, увеличение количества фруктов, овощей и рыбных продуктов в ежедневном рационе и употребление функциональных продуктов, содержащих стерины и станолы. Осознание необходимости для здоровья поддержания холестерина на уровне не выше 5 моль/л является основной целью информационных кампаний по профилактике БСК.

Решение данных медико-социальных и экономических проблем зависит от своевременной и доступной медицинской помощи, реализации программ первичной и вторичной профилактики осложнений, внедрения в практику современных схем лечения, подготовки высококвалифицированных кадров, информирования населения.

В связи с актуальностью проблемы, по инициативе Всемирной федерации сердца и поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно, в последнее воскресенье сентября, прогрессивное мировое сообщество отмечает Всемирный День Сердца. В 2013 году он пройдет под девизом: «Выбери дорогу к здоровому сердцу».

В рамках реализации плана мероприятий Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы при организационно-методическом руководстве Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ), 29 сентября 2013 года проводится Всемирный день сердца и приуроченный к нему декадник по профилактике болезни системы кровообращения.

Цель акции: Повысить в обществе осознание опасности, вызванной эпидемией болезней системы кровообращения в мире, инициировать всеобъемлющие профилактические меры в отношении ишемической болезни и мозгового инсульта во всех группах населения. Повысить ответственность населения за состояние своего здоровья, мобилизовать население на определение АД и получение информации по мерам профилактики, ранней выявляемости болезней системы кровообращения и их осложнений. Задачи: Проведение информационной работы среди населения о необходимости контроля уровня холестерина в крови, рациональному питанию и повышению физической активности, своевременной обращаемости за медицинской помощью при первых признаках острого коронарного синдрома/мозгового инсульта. Повышение информированности населения о факторах риска, профилактике и последствиях гиперхолестеринемии, о начальных признаках острого коронарного синдрома/мозго-

вого инсульта. Мобилизация медицинских работников различного уровня на проведение мероприятий в рамках декадника. В рамках декадника по профилактике болезней системы кровообращения и Всемирного дня на базе НЦПФЗОЖ проведен круглый стол на тему: «Профилактика болезней системы кровообращения: современные рекомендации и перспективы развития профилактических программ» с участием руководителей ННЦХ им. А.Н.Сызганова, НИИКиВБ, ГКЦ, представителей Республиканского научно-практического центра психиатрии и наркологии МЗ РК, Управления здравоохранения г. Алматы, средств массовой информации, результатом которого явилось принятие резолюции. Участниками круглого стола, в частности, предложено дальнейшее усиление профилактической деятельности с широким распространением принципов здорового образа жизни среди населения по вопросам профилактики болезней системы кровообращения и повышение информированности населения о начальных признаках острого сердечного приступа/мозгового инсульта для своевременного обращения пациентов за медицинской помощью. Рекомендовано привести в соответствие с приказом МЗ РК от 5 января 2011 года № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» открытие и функционирование отделений профилактики и социально-психологической помощи. Обеспечить выполнение алгоритмов действий медицинских работников ПМСП по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний (протоколы профилактической деятельности), утвержденные приказом МЗ РК от 17 февраля 2012 года №89. Обеспечить повсеместное открытие и функционирование «Школ артериальной гипертонии и ИБС» и «Школ поведенческих факторов риска и ЗОЖ» для эффективной профилактической деятельности на уровне ПМСП с целью обучения пациентов навыкам сохранения и укрепления здоровья [4].

Межсекторальное сотрудничество по реализации профилактических программ, совершенствование деятельности организаций ПМСП, кардиологической службы способствовали тенденции снижения уровня смертности в республике, достигшего в 2012 году 251,88 на 100 тыс. населения, в 2011 году – 309,61. Из них ИБС - 85,37, инсульт - 79,32.

С 2011 года в республике проводятся скрининговые обследования населения на раннее выявление болезней системы кровообращения: артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца и других неинфекционных заболеваний (НИЗ), поведенческих факторов риска (табакокурения, употребления алкоголя в опасных дозах, низкой физической активности, нерационального питания, высокого содержания холестерина и др.), с целью повысить эффективность лечения и предупредить развитие осложнений БСК. По результатам скрининговых осмотров целевых групп населения на раннее выявление БСК за 8 месяцев 2013г скрининговое обследование прошли 1399810 казахстанцев (76,3%), из них выявлено 115263 случаев БСК (7%), взято на «Д» учет 104809 (70,1%) [5].

Прогрессивным методом в решении проблем, связанных с профилактикой сердечно-сосудистых заболеваний, особенно артериальной гипертонии, сегодня является организация системы обучения населения противостоянию поведенческим факторам риска в Школах здоровья по ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии и поведенческим факторам риска, организованных на базе ПМСП. Для эффективной деятельности Школ здоровья специалистами НЦПФЗОЖ разработаны и внедряются «Положение об организации деятельности школ здоровья для больных артериальной гипертонией» и «Типовая программа проведения занятий Школы здоровья для больных с артериальной гипертонией», «Алгоритмы действий медицинских работников ПМСП по пропаганде ЗОЖ, профилактике факторов риска основных социально-значимых заболеваний».

Недостаточная информированность населения о БСК приводит к недооценке степени тяжести этих заболеваний, к низкой обращаемости за медицинской помощью на ранней стадии, когда еще можно избежать серьезных осложнений. Многие пациенты пренебрегают профилактикой БСК и соблюдением принципов здорового образа жизни, что требует дальнейшего повышения ответственности населения за состояние своего здоровья.

С целью повышения информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний сердца и сосудов, знания тревожных признаков острого коронарного синдрома, артериальной гипертонии, инсульта и оказания первой помощи специалистами НЦПФЗОЖ разрабатываются и распространяются информационно-образовательные мате-

риалы в виде плакатов, листовок, буклетов и брошюр, аудио и видеороликов. Создаются ТВ передачи по различным аспектам ЗОЖ с трансляцией на телеканалах республиканского и регионального значения.

Известно, что любую болезнь легче предупредить, чем лечить. Опыт ведущих экономически развитых стран убедительно показывает, что средствами профилактики болезней системы кровообращения и укрепления здоровья населения являются высокий уровень двигательной активности, занятия физической культурой и массовым спортом, рациональное питание и здоровый образ жизни, умение справляться со стрессами и солидарная ответственность населения за свое здоровье.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. Политика, стратегия и меры борьбы.- Женева: ВОЗ, Всемирная федерация сердца, 2013.

2 Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.- Астана.

3 Данные 5-го Национального исследования 2012 года, НЦПФЗОЖ МЗ РК г. Алматы

4 Материалы круглого стола «Профилактика болезней системы кровообращения: современные рекомендации и перспективы развития профилактических программ» 30.09.2013г., НЦПФЗОЖ. г. Алматы.

5 Результаты скрининговых осмотров целевых групп населения на раннее выявление БСК за 8 месяцев 2013г, НЦПФЗОЖ МЗ РК, г. Алматы

#### Түйін

Қан айналымы жүйесі ауруының (КАЖА) пайда болуының қауіпті факторына мыналар кіреді: артериялық гипертензия, қандағы холестерин және глюкозаның деңгейінің көтерілуі, шылым шегу және көп мөлшерде алкогольді тұтыну, дененің артық салмағы және семіздік, көкөністер мен жемістерді аз пайдалану, дене белсенділігіне салғырттылық.

#### Summary

Risk factors for CVD include hypertension, high cholesterol and glucose levels, smoking and drinking in dangerous doses of overweight and obesity, low fruit and vegetable intake, physical inactivity.

УДК 616.1/.8 - 056.8 - 053.6

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Н.Т. УТЕМБАЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы

### ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

#### Аннотация

В статье представлены результаты социологических исследований проведенных в 2012 году по изучению поведенческих факторов риска среди детского населения Западно-Казахстанской области Республики Казахстан и практические рекомендации для снижения влияния поведенческих факторов риска на здоровье населения.

**Ключевые слова:** курение, потребление алкоголя, употребление овощей и фруктов, физическая активность, гиподинамия.

**Актуальность.** Известно, что многие неинфекционные заболевания имеют общие факторы риска, такие как курение, избыточная масса тела, употребление алкоголя, низкая физическая активность, нерациональное и несбалансированное питание. Международный опыт в области здравоохранения свидетельствует: результатом эффективных мер по ограничению распространенности факторов риска неинфекционных заболеваний является увеличение средней продолжительности жизни. С целью первичной профилак-

тики необходимо изучение основных факторов риска, оказывающие существенное влияние на здоровье населения с использованием анкетирования.

**Цель исследования.** Изучение основных факторов риска неинфекционных заболеваний: пассивное и активное курение, употребление алкоголя, уровень потребления овощей и фруктов, физическая активность и гиподинамия среди детского населения 11-17 лет Западно-Казахстанской области.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проведено в рамках научно-технической программы «Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, физическая активность, медицинская активность, информированность населения по поведенческим факторам риска, информированность и мотивация населения к ведению здорового образа жизни)».

В ходе социологического исследования по изучению поведенческих факторов риска среди детского населения Западно-Казахстанской области по методике ВОЗ сформирована репрезентативная выборочная совокупность, состоящая из двух возрастных групп: 11-14 лет и 15-17 лет. Всего опрошено 400 детей и подростков, из них 200 мальчиков, 200 девочек.

Для исследования разработана анкета исследования, которая содержит 29 вопросов касающихся следующих блоков: статистическую информацию (пол, возраст и социальное положение), наличие поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, низкий уровень потребления овощей и фруктов, потребление еды быстрого приготовления), физическая активность (посещение уроков физической культуры, выполнение физзарядок, занятие спортом), гиподинамия (провождение времени за компьютером, телевизором) и др. Обработка полученных данных проводилась в программе SPSS 15,0.

**Результаты исследования.** Регулярное пребывание в роли «пассивного курильщика» повыша-

ет у него риск сердечно-сосудистых заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. Наиболее чувствительны к табачному дыму дети. По результатам исследований было видно, что в городе среди опрошенных детей возрастной группы 11-14 лет 94 %, среди подростков возрастной группы 15-17 лет 69 % не подвергались пассивному курению, в селе - 70,7 % и 74 % соответственно (таблица 1).

Активное курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию сердечно-сосудистых и респираторных заболеваний, некоторых форм рака. Среди опрошенного детского населения не курили в городе в возрастной группе 11-14 лет 98 %, в возрастной группе 15-17 лет 93 %, в селе 99 % и 94,9 % соответственно (таблица 2).

Другой фактор риска возникновения сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, хронического алкоголизма является употребление алкоголя. В городе в возрастной группе 11-14 лет 100 %, в возрастной группе 15-17 лет 92 % не потребляют алкоголь, в селе 98 % и 96 %, соответственно (таблица 3).

По данным ВОЗ низкий уровень потребления фруктов и овощей является причиной желудочно-кишечного рака, ишемической болезни сердца и инсульта в мире. В настоящем исследовании в городе потребляли овощи и фрукты не менее 400 грамм в день в возрастной группе 11-14 лет 94 %, в возрастной группе 15-17 лет 77 %, в селе 79 % и 77 %, соответственно (таблица 4).

Таблица 1 - Пассивные курильщики среди детского населения Западно-Казахстанской области, % (2012 г.)

пассивное курение	город		село	
	11-14 лет	15-17 лет	11-14 лет	15-17 лет
нет	94,0	69,0	70,7	74,0
дома	<b>2,0</b>	<b>12,0</b>	<b>17,2</b>	<b>11,0</b>
в другом месте	<b>4,0</b>	<b>19,0</b>	<b>12,1</b>	<b>15,0</b>

Таблица 2 - Активные курильщики среди детского населения Западно-Казахстанской области, % (2012 г.)

активное курение	город		село	
	11-14 лет	15-17 лет	11-14 лет	15-17 лет
нет	98,0	93,0	99,0	94,9
да	<b>2,0</b>	<b>7,0</b>	<b>1,0</b>	<b>5,1</b>

Таблица 3 - Дети и подростки потребляющие алкоголь среди детского населения Западно-Казахстанской области, % (2012 г.)

потребление алкоголя	город		село	
	11-14 лет	15-17 лет	11-14 лет	15-17 лет
нет	100,0	92,0	98,0	96,0
да	<b>0,0</b>	<b>8,0</b>	<b>2,0</b>	<b>4,0</b>

Низкая физическая активность становится все более частым явлением во многих странах мира, что оказывает существенное влияние на общее состояние здоровья людей и распространенность неинфекционных заболеваний, таких как избыточная масса тела, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, диабет и рак. В городе в возрастной группе 11-14 лет 96 %, в возрастной группе 15-17 лет 74 % посещают уроки физической культуры, в селе 93 % и 90,9 %, соответственно (таблица 5).

Длительная работа за компьютером может привести к нарушениям опорно-двигательного аппарата (позвоночника, лучезапястного сустава), зрения детей. В городе в возрастной группе 11-14 лет 15 %, в возрастной группе 15-17 лет 33 % ведут длительную работу 4 часа в день и более, в селе 14,1 % и 20 %, соответственно (таблица 6).

**Выводы и практические рекомендации.** Таким образом, практическая значимость настоящего исследования обусловлена тем, что на полученных результатах исследований необходимо разработать практические рекомендации. Рекомендуются следующие профилактические мероприятия:

- Организация ежегодных массовых профилактических акций с проведением тематических пресс-конференций, семинаров, конкурсов, выставок, на темы по профилактике табакокурения, алкоголизма и гиподинамии;

- Повышение осознания риска развития тя-

желых хронических заболеваний, а также развития табачной зависимости у человека в результате потребления табачных изделий, включая пассивное курение;

- Мотивация к организации спортивной работы среди людей с ограниченными возможностями, создание условий для развития адаптивной физической культуры и спорта;

- Повышение информированности о потреблении не менее 400 г овощей (помимо картофеля) и фруктов в день с целью первичной профилактики неинфекционных заболеваний;

- Повышение информированности о вреде гиподинамии среди детского населения проводящих длительное время за компьютером.

#### Түйін

Мақалада Қазақстан Республикасының Батыс Қазақстан облысының балалар мен жасөспірімдер арасында мінез-құлық факторларын зерттеу мақсатымен 2012 жылы жүргізілген социологиялық зерттеудің нәтижелері және халықтың денсаулығына мінез-құлық факторларын әсерінің төмендету үшін практикалық кепілдемелер келтірілген.

#### Summary

The results of sociological surveys conducted in 2012 to study the behavioral risk factors among children of West Kazakhstan region of the Republic of Kazakhstan and practical recommendations for reducing the impact of behavioral risk factors on population health.

Таблица 4 - Низкий уровень потребления овощей и фруктов среди детского населения Западно-Казахстанской области, % (2012 г.)

потребление овощей и фруктов	город		село	
	11-14 лет	15-17 лет	11-14 лет	15-17 лет
нет	<b>6,0</b>	<b>23,0</b>	<b>21,0</b>	<b>23,0</b>
да	94,0	77,0	79,0	77,0

Таблица 5 - Низкая физическая активность среди детского населения Западно-Казахстанской области, % (2012 г.)

посещение уроков физической культуры	город		село	
	11-14 лет	15-17 лет	11-14 лет	15-17 лет
нет	<b>4,0</b>	<b>26,0</b>	<b>7,0</b>	<b>9,1</b>
да	96,0	74,0	93,0	90,9

Таблица 6 - Гиподинамия среди детского населения Западно-Казахстанской области, % (2012 г.)

длительность работы за компьютером	город		село	
	11-14 лет	15-17 лет	11-14 лет	15-17 лет
нет компьютера	10,0	10,0	20,2	26,0
до 2-х часов в день	75,0	57,0	65,7	54,0
4 часа в день и более	<b>15,0</b>	<b>33,0</b>	<b>14,1</b>	<b>20,0</b>

УДК 613.96-057.875:304.3:303.1

А.И. ФЕДОРОВ<sup>1</sup>, И.П. СИВОХИН<sup>2</sup>, Н.Б. МАМИЕВ<sup>3</sup>, И.А. ШИЛОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Уральский государственный университет физической культуры, Челябинск, Российская Федерация;

<sup>2</sup> Костанайский государственный педагогический институт;

<sup>3</sup> Костанайский государственный университет им. А. Байтурсынова, г. Костанай

## ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

### Аннотация

Исследование посвящено проблеме изучения психосоциальных и поведенческих факторов здоровья студенческой молодежи, отношения студентов к своему здоровью. Выполнен анализ показателей, характеризующих отношение студентов высших и средних специальных учебных заведений к своему здоровью.

**Ключевые слова:** отношение к здоровью, поведенческие факторы здоровья, студенческая молодежь.

**Введение.** Социально-экономические преобразования, которые произошли в последние 15-20 лет в постсоветских странах, а также недостаточная эффективность отечественных систем здравоохранения обуславливают системное ухудшение состояния здоровья, рост заболеваемости и смертности населения. В условиях рыночных отношений, когда на первый план выходят цели развития производства и получения прибыли, неизбежно дальнейшее ухудшение состояния здоровья населения.

Следует отметить, что, во-первых, любому обществу – политическому, экономическому, социальному – кризису сопутствует длительное состояние дезадаптации личности. Во-вторых, в связи с низкими стартовыми возможностями вхождения в рыночные отношения большинства населения происходит эксплуатация наиболее доступного, а иногда и единственного ресурса (например, у подростков и учащейся молодежи) – здоровья.

В связи с вышеизложенным проблема изучения психосоциальных и поведенческих факторов здоровья, отношения учащейся молодежи к своему здоровью является актуальной.

**Цель исследования** – выполнить анализ различных показателей, характеризующих студентов к своему здоровью.

**Материалы и методы исследования.** Работа осуществлялась в рамках исследовательского проекта «Здоровье студентов» в 2009-2012 годах. В исследовании принимали участие студенты

первого-четвертого курсов Уральского государственного университета физической культуры, Южно-Уральского государственного университета, Костанайского государственного педагогического института, а также учащиеся первого и второго курсов ГУ «Профессиональный лицей № 17» г. Костаная. Всего в исследовании приняли участие 1000 человек.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении факторов здоровья учащейся молодежи, очень важно учитывать, что студенты являются специфическим объектом исследования; это обуславливает возникновение ряда сложностей. В качестве таких сложностей выделяют, во-первых, сложность выбора значимых показателей здоровья студентов; во-вторых, сложность выяснения значимости для студентов проблем здоровья в связи с существующими факторами риска.

Так, в частности, выявлено своеобразное «противодействие» двух тенденций. С одной стороны, более высокий уровень социальной поддержки оказывает позитивное влияние на здоровье студентов (чем больше друзей, тем лучше для здоровья), однако, с другой стороны, установлено, что, чем больше вечеров молодые люди проводят с друзьями, тем выше вероятность их приобщения к табакокурению, употреблению алкогольных напитков и соответствующему ухудшению здоровья. В данном случае, конкурирующий фактор – стремление к взрослости и независимости – оказывается более значимым для молодых людей, чем фактор социальной поддержки.

В качестве наиболее значимых факторов, которые определяют состояние здоровья, студентами отмечены “природная среда” (35,6% – юноши и 39,3% – девушки), “усилия самого человека” (28,8% – юноши и 23,0% – девушки), “условия жизни” (11,9% – юноши и 18,0% – девушки) и “наследственные факторы” (13,6% – юноши и 8,2% – девушки). В числе значимых для здоровья факторов не отмечены факторы “вредные привычки” и “медицинское обслуживание”. С одной стороны, это свидетельствует о недостаточном понимании учащейся молодежью негативного влияния вредных привычек на здоровье человека. С другой стороны, современная молодежь понимает, что только за счет медицинского обслуживания невозможно обеспечить высокий уровень здоровья человека.

В качестве основных факторов, которые оказывают влияние на заботу о своем здоровье, студентами отмечены: “желание быть сильным” – 41,7% (47,5% – юноши и 36,1% – девушки); “воспитание” – 20,0% (23,7% – юноши и 16,4% – девушки); “ухудшение здоровья” – 15,0% (6,8% – юноши и 23,0% – девушки); “пример окружающих” – 10,8% (11,9% – юноши и 9,8% – девушки). То есть, для юношей характерна забота о своем здоровье для того, чтобы быть сильным и мужественным (пример для других), а девушки заботятся о своем здоровье, чтобы быть сильными, работоспособными и “чтобы не болеть”.

Сложность изучения феномена “отношение студентов к своему здоровью” заключается еще и в том, что в основе поведения студентов в сфере здоровья, лежат различные, иногда взаимоисключающие мотивы. Часто поведение в отношении здоровья бывает вызвано мотивами не связанными непосредственно со здоровьем и являются результатом повседневной деятельности, не требующей осознанной мотивации.

**Выводы.** Поведение студентов в отношении здоровья в значительной степени определяется социальными и культурными обстоятельствами (средовыми факторами), но не всегда влияние внешних воздействий является однозначным и строго определенным.

#### **Түйін**

Зерттеу студенттердің денсаулығына әсер ететін психикалық-әлеуметтік және мінез-құлық факторларын зерттеу мәселесіне арналған. Жоғарғы және орта арнайы оқу орындарының студенттерінің өз денсаулығына қатынасты сипаттайтын көрсеткіштерге талдау жүргізілген.

#### **Summary**

Research is devoted to the problem of studying the psychosocial and behavioral determinants of health of students, students' attitudes towards their health. The analysis of the parameters describing the attitude of students of higher and secondary specialized educational institutions to their health.

УДК 614.3/.4+614.2:34:351.773(574.25)

**К.З. САКИЕВ, С.Ф. ШАРИПОВА, Т.Н. ИШАНОВА**

Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Павлодарской области, г. Павлодар

Управления государственного санитарно-эпидемиологического надзора по Баянаульскому району, Павлодарская область, с. Баянаул

### **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ПРОВЕРОК В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

#### **Аннотация**

Социально-экономическая ситуация в стране, интенсивное развитие рыночных отношений, предъявляют новые требования к контролирующим органам и предпринимателям, один из основных аспектов, которой это сокращение проверок с целью поддержки предпринимательской деятельности.

При этом необходимо учесть эпидемиологическую значимость подконтрольных объектов, так к объектам с высокой и средней степенью риска относятся объекты, деятельность которых связана с обеспечением населения безопасной водой и продукцией, условиями воспитания и обучения детей, эпидемиологической безопасностью. В случае нарушений санитарно-эпидемиологических требований на данных объектах возможно возникновение массовых пищевых отравлений, вспышек инфекционных заболеваний и особо опасных инфекций. Проведенный анализ плановых проверок показал, что внесение изменений и дополнений в действующее законодательство и внедрение оценки степени риска, в период с 2011 по 2013 год позволило сократить проверки на 43%.

Вместе с тем до настоящего времени существует ряд разночтений в действующем законодательстве, которые являются существенным препятствием для правильного оформления и проведения проверки.

**Ключевые слова:** Оптимизация контрольно-надзорных мероприятий, система оценки рисков, планирование проверок, кратность проверок, закон РК «О государственном контроле и надзоре в РК».

Социально-экономическая ситуация в стране, интенсивное развитие рыночных отношений, предъявляют новые требования к контролирующим органам и предпринимателям, один из основных аспектов, которой это поддержка предпринимательской деятельности.

Приоритетным направлением в деятельности государственного санитарно-эпидемиологического надзора является оптимизация проверок основанных на системе управления рисками.

Целью данной работы является оценка влияния системы управления рисками на количество проверок. Так, как наряду с оптимизацией количества проверок, остается актуальным вопрос защиты потребителя. Несоблюдение санитарно-эпидемиологических требований на эпидемиологических значимых объектах может влиять на увеличение количества возникновения массовых пищевых отравлений, вспышек инфекционных заболеваний и особо опасных инфекций.

Так, на контроле государственного санитарно-эпидемиологического надзора Павлодарской области в 2011 году находилось 5961 объект. Количество запланированных проверок составило 10580, из них частных предпринимателей 8346.

В 2012 году на контроле находилось 6260 объектов, запланировано 9581 проверка, в связи с внесением изменений в перечень объектов подлежащих плановому надзору 21 группа объектов перенесена во внеплановый надзор, что позволило сократить количество плановых проверок в отношении частных предпринимателей на 1203 (15%) проверки.

В связи с внесением изменений в Закон РК «О государственном контроле и надзоре в РК» с августа 2012 года кратность плановых проверок с высокой степенью риска сократилась с одного раза в месяц до одного раз в квартал, со средней степенью риска с одного раза в квартал до одного раза в полугодие.

Изменение кратности проверок позволило значительно снизить количество плановых проверок во втором полугодии 2012 года. Несмотря на увеличение подконтрольных объектов в 2012 году на 5%, число плановых проверок сократилось на 10%.

Установленная кратность проверок с оценкой степени риска послужила основанием для планирования на 1 полугодие 2013 года -2907 проверок на 2880 объектах.

Одним из рычагов для стимулирования предпринимателей в отношении соблюдения законодательства и осуществления деятельности без нарушений является получение наименьшего количества баллов (от 0 до 100) и перевод в группу с кратностью 1 раз в год. В результате проведенных подсчетов из 1 группы во 2 группу переведено -42 объекта, из 2 группы в 3 группу -842 объекта.

В результате проведенной работы планирование с учетом оценки степени риска по сравнению с 2012 годом позволило сократить количество объектов, подлежащих плановому контролю на 1026 объектов (16%), а число запланированных проверок снизить на 4114 (43%).

Вместе с тем до настоящего времени существует ряд разночтений в действующем законодательстве, которые являются существенным препятствием для правильного оформления и проведения проверки.

Согласно п.2 ст. 18 Закона РК «О государственном контроле и надзоре в РК» регистрация актов о назначении проверки должна производиться в территориальных органах по правовой статистике по месту нахождения проверяемого субъекта, т.е. по месту регистрации субъекта.

Для проверки объектов контроля, чьи субъекты зарегистрированы в качестве предпринимателей в других регионах Казахстана, но осуществляют деятельность на территории Павлодарской области, органам Госсанэпиднадзора необходимо обеспечить регистрацию актов о назначении проверки в регионах по месту нахождения субъекта и только потом осуществлять проверку местного объекта. Проблемы регистрации данной категории проверок обусловлены тем, что затягиваются сроки проведения проверки, предоставление учетно-отчетных документов. Кроме того, при проведении проверок по экстренным извещениям под угрозу срыва ставится как сама проверка, так и проведение противоэпидемических мероприятий.

Как при планировании, так и при регистрации проверок возникают проблемы, связанные с соблюдением временного интервала, в результате которого периодически 1 проверка выпадает. Кроме того в связи с последними изменениями в Закон план проверок разделен на 2 полугодия, что еще больше усложняет ситуацию при подсчете временных интервалов.

**Выводы:** Проведенный анализ плановых проверок показал, что внесение изменений и дополнений в действующее законодательство и внедрение оценки степени риска, в период с 2011 по 2013 год позволило сократить проверки на 43 %.

1. Наряду с сокращением проверок, необходимо на законодательном уровне повышать ответственность предпринимателей перед потребителем, по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.

2. Одним из проблемных вопросов связанных с сокращением проверок, это увеличение нелегальных объектов. С целью поддержки предпринимательской деятельности необходимо при прокуратуре создать мобильные группы.

3. На основании вышеизложенного необходимо внести изменения в Закон РК «О государственном контроле и надзоре в РК» в части порядка регистрации проверок «по месту регистрации объекта проверки или по месту осуществления деятельности».

4. В части понятия периодичности проведения плановых проверок, в Законе РК «О государственном контроле и надзоре в РК» рассмотреть вопрос проверок без соблюдения временных интервалов.

Значимость внесения соответствующих изменений и дополнений в Закон РК «О государственном контроле и надзоре в РК» важна для достижения санитарно-эпидемиологического благополучия подконтрольных объектов, так и для создания благоприятной среды обитания человека в целом.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Закон РК «О государственном контроле и надзоре в РК».- Астана: Акorda, 6 января 2011 года № 377-IV ЗРК.

2 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и ситеме здравоохранения».-Астана: Акorda, 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК.

### Түйін

Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау қызметінің басым бағыты кәсіпкерлік қызметін қолдау мақсатында тексерулерді оңтайландыру болып табылады.

Осы жұмыстың мақсаты тексерулер санына тәуекелді басқару жүйесінің әсер етуін бағалау болып саналады. Өйткені, тексерулердің қысқаруымен қатар тұтынушыны қорғау мәселесі өзекті болып қалып отыр. Эпидемиологиялық маңызды объектілерде санитариялық-эпидемиологиялық талаптарды сақтамау жаппай тамақтан улануға, жұқпалы аурулардың және аса қауіпті жұқпалардың өсуіне әсер етуі мүмкін.

Жоспарлы тексерулерге жүргізілген анализ көрсеткендей қолданыстағы заңнамаға өзгерістер мен толықтырулар енгізу және тәуекел дәрежесін бағалауды енгізу 2011 жылдан 2013 жылға дейін тексерулер санын 43% қысқартуға мүмкіндік берді

### Summary

Country's socio-economic situation along with rapid development of market relations demand new requirements for regulatory authorities and entrepreneurs, one of the main aspects of which is business support. Optimization of risk-management based checks is the priority goal of the State Sanitary and Epidemiological Control Agency.

Meanwhile it is necessary to take into account the specifics of controlled objects on the subject of epidemiological significance. For example, controlled objects related to supplying drinking water for the population, defining educational environment as well as epidemiological safety, in general, are classified as mid- and high-risk objects. Violations of sanitary and epidemiological requirements at the abovementioned objects could lead to food poisoning and infectious disease outbreaks.

Analysis conducted to audit planned checks for the 2011-2013 period showed that integration of risk evaluation allowed to reduce the number of object checks by 39.6%. However, existing discrepancies in the legislation act as a significant obstacle to correct execution of checks.

УДК 614.2:613.96-057.876:304.3

**Д.А. ЖАНТЕМИРОВА, А.Е. КУЛЬБАЕВА**

Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Кокшетау

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ И РАБОТЫ ПРОЕКТА «ЗДОРОВЫЕ КОЛЛЕДЖИ» В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

### Аннотация

Внедрение специального курса или возобновление дисциплины «валеология» в колледжах может стать лучшим вариантом обучения учащихся навыкам сохранения и укрепления здоровья.

**Ключевые слова:** здоровые колледжи, Всемирная организация здравоохранения.

**Актуальность.** Вопрос санитарного просвещения по актуальным темам сохранения и укрепления здоровья среди населения, особенно среди молодежи остается важным. Не случайно формирование и пропаганда здорового образа жизни является стратегическим направлением плана развития страны до 2050 года и первостепенным направлением государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан». Работа по профилактике заболеваний и факторов риска проводится по основным профилактическим программам и посредством реализации проектов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), главной и общей целью которых является укрепление здоровья населения, повышение их благосостояния, формирование ответственности за свое здоровье, навыков, направленных на сохранение и улучшение здоровья, а также пропа-

ганда здорового образа жизни.

В Акмолинской области проекты ВОЗ внедрены с 1999 года и на сегодняшний день действует 5 проектов, среди которых «Здоровые детские сады», «Здоровые рабочие места», проект по работе со школами, больницами. В 2008 году Акмолинским областным центром формирования здорового образа жизни (ОЦФЗОЖ) на примере проекта «Здоровые университеты» был разработан и внедрен новый проект «Здоровые колледжи», целевой группой которого стали учащиеся средне-специальных и технических учебных заведений. Проект основан на принципах проекта ВОЗ «Здоровые университеты», стратегии ВОЗ «Здоровье для всех», философии Оттавской Хартии по укреплению здоровья по программе ООН к устойчивому развитию «Повестка дня на XXI век». Приоритетными направлениями проекта яв-

ляются вопросы охраны репродуктивного здоровья, профилактика вредных привычек и наркомании, формирование и развитие навыков ведения здорового образа жизни. Ежегодно совместно с Управлением образования планируется работа по проекту. Все колледжи области принимают участие в проведении различных мероприятий по формированию и пропаганды ЗОЖ. В каждом учебном заведении создается план мероприятий по профилактике заболеваний и пропаганде ЗОЖ. Составляется график выхода узких специалистов медицинских организаций с целью проведения лекций и семинаров, как для учащихся, так и для педагогов. В рамках проекта проводится и работа по изучению уровня знаний учащихся о проблемах здоровья. На сегодня в проекте участвуют 8 колледжей города Кокшетау и Щучинск.

**С целью** изучения уровня усвоения предоставляемой информации в 1 квартале 2013 г. была проведена работа по исследованию эффективности профилактической работы среди студентов колледжей. В данной программе участие приняли Гуманитарно-технический колледж (специальность «Правоохранительная деятельность», 1 курс) и колледж «Кокше» при Академии «Кокше» (специальность «Начальное образование», 2 курс). Охват – 41 человек.

**Методы и исследования.** В ходе лекций сотрудниками ОЦФЗОЖ были использованы различные методы работы: предоставление информации в сопровождении слайд-шоу, ситуационные задачи, ролевые игры, показ видеофильмов, тренинги. Более того, помимо основных вопросов, освещаемых службой, учащимся была дана информация и о влиянии на организм электромагнитных излучений, правила пользования компьютером и мобильным телефоном, предоставлены сведения о влиянии музыки на организм человека, проведены тренинги по развитию коммуникабельных навыков.

До начала занятий было проведено анкетирование в форме тестов с целью выявления уровня информированности учащихся по вопросам профилактики заболеваний и аспектов ЗОЖ. Отметим, что в ходе тестирования меньше затруднений вызвали вопросы, связанные с такими темами, как рациональное питание, заболевания, связанные с употреблением алкоголя и табака, репродуктивное здоровье, пути передачи и меры профилактики ВИЧ.

Например, уровень информированности по

проблеме рационального питания до проведения занятий в среднем составил более 50% и повысился до 93% после курса. Аналогичная ситуация по уровню знаний в отношении химического состава табачного дыма и его воздействия на организм человека.

По проблеме наркомании учащиеся также показали достаточно неплохие результаты. В перекурсовом тестировании по вопросу «легких» наркотиков уровень информированности составлял 51% (вопрос звучал «согласны ли с тем, что «легкие наркотики» не вызывают зависимость?»), без ответа – 16%. После курса – верный ответ в 100%.

Так как в предкурсовом тестировании учащиеся колледжи опирались на знания, полученные в школе, результаты дают основание полагать, что проблемы вредных привычек, питания и некоторые вопросы ВИЧ в общеобразовательных учреждениях освещаются на должном уровне.

После проведения 12 занятий состоялось послекурсовое тестирование, которое в целом показало значительное повышение уровня знаний по освещенным проблемам. Так, по вопросам, касательно определения основных понятий, составляющих здорового образа жизни, результаты послекурсового тестирования были на высоком уровне и в целом составили 100%.

Вместе с тем, вопросы, требующие точных определений, проблемы инфекционных и сердечно-сосудистых заболеваний, как оказалось, мало известны учащимся. Например, на вопрос «Что такое здоровье?» многие студенты затруднились ответить. Лишь 65% смогли дать логичный ответ. На вопрос «Как передается туберкулез» смогли ответить лишь чуть более половины студентов. В вопросе о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний респонденты отмечали лишь вредные привычки, не указывая такие поведенческие факторы, как низкая физическая активность и частое употребление жирной пищи. К слову, после проведенных занятий учащиеся в послекурсовом опросе отвечали на вопрос верно и результат показал, что 93% участников программы усвоили информацию.

**Результаты исследования.** Предкурсовое тестирование показало слабую осведомленность в таких вопросах, как туберкулез, гепатит и острые кишечные инфекции. Так по вопросу факторов риска ОКИ уровень информированности учащихся до занятий составил менее 40%, после курса данный показатель повысился в 2,5 раза.

На вопрос «пути передачи туберкулеза» до проведения лекции 30% ответили «через кровь», 11% - «половой путь». После лекции материал усвоен и показатель информированности составил 96%. По вопросу о гепатите, до цикла лекций ответы респондентов об органе, который преимущественно поражается при заболевании гепатитом, ответы респондентов разделились между вариантами «сердце и сосуды» (29%), «мышцы» и «желудок» (по 6%), «печень» (24%), и 35% - без ответа. После лекционных занятий вариант ответа «печень» отмечен у 100% учащихся.

Низкая информированность учащихся также отмечалась в вопросах о вреде так называемого безалкогольного пива: 38% респондентов указали, что безалкогольное пиво не вредит здоровью. Примечательно то, что и после проведенных занятий порядка 15% опрошенных остались при этом мнении. Вероятно, отсутствие научного обоснования вреда «безалкогольного пива» по итогам каких-либо проведенных исследований именно отечественными организациями, усиленная реклама и наличие официальных источников, подтверждающих существование пива без содержания в нем спирта формируют лояльное отношение к данной проблеме. В тоже время самими учащимися выдвигается предложение о запрете рекламы безалкогольного пива.

На вопрос по безопасной дозе алкоголя для человека в сутки в ходе опроса до начала занятий 35,5% выбрали вариант «50 мл. вина», лишь 10% указали вариант «0 мл.». После занятий 76,5% ответов составил вариант ответа «0 мл.». (Поясним, что в ходе работы с молодежью специалистами службы ФЗОЖ информация о допу-

стимых дозах алкоголя согласно нормативных документов ВОЗ не рассматривается.) На вопрос «обладают ли алкогольные напитки целебными свойствами» до занятий 37% отвечали «да», 50% - «нет», остальные затруднились ответить; после занятий - 100% ответов «нет», что и являлось целью проведения лекции по антиалкогольной теме.

**Выводы:** Проведенный эксперимент не остраживает полную картину уровня информированности всего контингента учащихся колледжей. Однако эта работа позволила выявить слабо освещаемые проблемы, тематики, на которые необходимо обратить внимание в ходе работы с молодежью. Как, показали результаты наиболее актуальными проблемами среди молодежи остаются поведенческие факторы риска, инфекционные заболевания. Необходимо продолжить работу по данным направлениям и усилить профилактику по таким вопросам, как хронические неинфекционных заболевания, особо опасные инфекции. Кроме того, проведенная работа может стать примером того, что наиболее эффективно работу по профилактике заболеваний и пропаганде ЗОЖ лучше всего вести планомерно. К примеру, внедрение специального курса или возобновление дисциплины «валеология» в колледжах может стать лучшим вариантом обучения учащихся навыкам сохранения и укрепления здоровья.

#### Summary

The introduction of a special course or renewal of the discipline «valueology» in colleges may be the best one for teaching students skills to maintain and promote health.

УДК 614.2+614.39:34:351.773:37:616-84-056.86:659.3(574.1)

**С.Б. ЕРМЕККАЛИЕВА**

ГКП на ПХВ «Областной центр формирования здорового образа жизни» г. Уральск

**МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПОДХОД К РЕАЛИЗАЦИИ  
ЗАДАЧ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ****Аннотация**

В статье отмечено активное сотрудничество Западно-Казахстанского центра формирования здорового образа жизни с межведомственными учреждениями, общественными организациями области в деле укрепления здоровья населения. Представлены способы и формы деятельности, направленные на пропаганду здорового образа жизни, преодоление факторов риска возникновения и развития заболеваний.

**Ключевые слова:** межведомственное сотрудничество, пропаганда здорового образа жизни, профилактика поведенческих факторов риска, мониторинг.

Главным направлением Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК № 1113 от 29 марта 2011 года, является дальнейшее развитие и совершенствование профилактического направления в здравоохранении, а также межведомственный подход к реализации задач по охране здоровья населения.

Основными мероприятиями по дальнейшему развитию и совершенствованию профилактического направления в здравоохранении являются: проведение профилактических медицинских осмотров, раннее выявление заболеваний, динамическое наблюдение и оздоровление населения, а также обеспечение достоверной и доступной информацией в вопросах повышения ответственности каждого гражданина за свое здоровье.

Пропаганда здорового образа жизни, реализуемая службой формирования здорового образа жизни через информационные кампании, широкомасштабные акции, образовательные программы, получила положительные результаты в повышении уровня знаний и выработке навыков ведения здорового образа жизни, а также в снижении заболеваемости населения. Учитывая эффективность деятельности по охране и укреплению здоровья населения области, пропаганда здорового образа жизни определена как отдельный вид медицинских услуг, что отражено в законе РК «О системе здравоохранения».

Формирование здорового образа жизни - это целая система общественных и индивидуальных видов, способов, форм деятельности, активности, направленных на преодоление факторов рис-

ка возникновения и развития заболеваний, оптимального использования в интересах охраны и улучшения здоровья социальных, психологических и природных условий и факторов образа жизни. И эта программа должна координировать совместные усилия государственных, общественных организаций, медицинских учреждений, самого населения.

Отмечено активное сотрудничество областного центра формирования здорового образа жизни в деле укрепления здоровья населения области с такими межведомственными учреждениями области, как: НДП «Нур Отан», департамент внутренних дел, областные управления образования, внутренней политики, культуры, физической культуры и спорта, НПО. ОЦФЗОЖ активно сотрудничает и со средствами массовой информации, которые являются одним из эффективных источников в получении достоверной информации в масштабах области.

В среднем, по области ежемесячно выходят в эфир 25 телевизионных, 40-45 радиопередач, публикуются более 60 статей в печатных изданиях, посвященных актуальным вопросам медицины.

Ярким примером совместной деятельности управления здравоохранения и средств массовой информации является проведение и освещение в СМИ широкомасштабных акций, Всемирные Дни, посвященные актуальным вопросам сохранения и укрепления здоровья населения, профилактики заболеваний. За истекший период областным центром ФЗОЖ подготовлено 205 передач в эфире областных телеканалов, 196 радиовыступлений, в различных изданиях опубликовано 440 статей.

С целью проведения мониторинга работы по формированию навыков ведения здорового образа жизни среди населения области, регулярно проводится анкетирование по аспектам ЗОЖ. В рамках госзаказа запланировано провести анкетирование с охватом 16000 человек, уже охвачено анкетированием 13050 жителей области.

Немаловажное значение областным центром ФЗОЖ уделяется вопросам воспитания подрастающего поколения и оказания дружественных медицинских услуг молодежи. Так, молодежными центрами здоровья «Жалын», «Сенім», «Жігер» и «Қамқор» проведено 746 мероприятий, где участвовали 32574 человек. Антитабачными центрами (ОЦФЗОЖ, городские поликлиники №3, №4, №5, Акжайкская центральная районная больница) было охвачено в рамках мероприятий 3085 чел. человек.

Действенной и популярной формой привлечения внимания жителей области к различным проблемам пропаганды здоровой жизни, профилактики заболеваемости стала трансляция видеороликов на 50 автобусных маршрутах в областном центре, а также на трех видеоекранах, расположенных на оживленных перекрестках города возле торговых домов «Школьник», «Универмаг» и «Астана». Этой же теме посвящены и 12 билбордов, 2 баннера, установленные на улицах г. Уральска.

С целью реализации опыта, приобретенного мною во время четырехмесячной стажировки в Южной Корее, на развитие здравоохранения области, составлен меморандум с областным управлением физической культуры, туризма и спорта и управлением образования о развитии среди населения области массового спорта с целью укрепления здоровья и профилактики заболеваний, а также совместно с областным акимом составлен проект плана по внедрению города Уральска в проект ВОЗ «Здоровые города».

Формированию в обществе грамотного подхода к собственному здоровью, к его защите от вредных факторов, воспитанию навыков оказания первичной медицинской помощи во многом способствует реализация областным центром ФЗОЖ следующих семи социальных проектов:

1. «Жить с диабетом можно» по профилактике сахарного диабета;
2. Создание клубов молодой семьи по организации консультации по вопросам ЗОЖ, планированию семьи, уходу за новорожденными и детьми раннего возраста»;

3. Создание информационных центров для молодежи «Здоровье молодежи – общественная ценность»;

4. «О последствиях влияния ВИЧ, туберкулеза на деловую активность»;

5. «Создание школ по профилактике инсультов»;

6. Проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению злокачественных новообразований «Будь с нами, борись вместе с нами»;

7. «Планируем беременность - планируем визит к стоматологу (по профилактике стоматологических заболеваний)».

На сегодняшний день решение вопросов регулирования эфирного времени по вопросам охраны здоровья населения через СМИ выделено управлению внутренней политики. Совместная деятельность управления внутренней политики и ОЦФЗОЖ позволяет активизировать целевое и эффективное использование каналов СМИ по информационному обеспечению населения в вопросах сохранения и укрепления здоровья.

Слаженная работа всех заинтересованных межведомственных организаций и учреждений по профилактике факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы способствует дальнейшему совершенствованию профилактического направления в реализации поставленных государством социальных задач, непосредственно влияющих на здоровье населения.

#### Түйін

Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығының тұрғындар денсаулығын нығайтуда ведомстваралық мекемелермен, облыстық қоғамдық ұйымдармен арадағы белсенді ынтымақтастық туралы баяндалған. Салауатты өмір салтын қалыптастыруға, аурулардың туындауын және дамуын болдырмауға бағытталған қызмет тәсілдері мен түрлері жөнінде ұсыныстар көрсетілген.

#### Summary

The article noted the active cooperation of the West Kazakhstan center of a healthy lifestyle with interagency institutions, non-governmental organizations in the field of health promotion. Presents the methods and forms of activities aimed at promoting a healthy lifestyle, overcoming the risk factors and the development of the disease.

**А.Н. ҚОЖАХМЕТОВА, М.С. ҚАЙНАРБАЕВА, А.Б. САЛХАНОВА,  
Г.Х. ХАСЕНОВА, Ж. РЫСТЫҒҰЛОВА, А. ПЕШЕКОВА, Д.А. СУКЕНОВА,  
М.В. ЛИ, Е.Ю. УШАНСКАЯ**

Ұлттық салауатты тамақтану Орталығының Алматы қалалық Департаменті,  
С.Ж. Асфендияров Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті, Алматы қаласы

## **ХАЛЫҚ АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ТАМАҚТАНУ ДАҒДЫЛАРЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ АРҚЫЛЫ АЛИМЕНТАРЛЫҚ ТӘУЕЛДІ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ**

### **Түсініктеме**

«Саламатты Қазақстан» бағдарламасы аясында Елбасының жалпы Қазақстандықтардың денсаулығы мен сапалы өрі ұзақ өмір сүруіне бағытталған саралап көрсеткен аталмыш мәселелерін шешуде «Ұлттық Салауатты тамақтану Орталығының» және Алматы қалалық Департаментінің мамандарымен келелі жұмыстар атқарылуда.

**Түйін сөздер:** салауатты тамақтану, алиментарлық тәуелді аурулары.

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымының деректері бойынша, өлім-жітімнің 60%-ы дұрыс тамақтанбаумен, ал дерттердің 40% тамақтану факторына тікелей байланысты. Көптеген созылмалы инфекциялық емес аурулардың (жүрек-қан тамыры жүйелерінің аурулары, қант диабеті және басқалар) дамуы да адамның өмір сүру салтына тәуелді. Соған байланысты қазақстандықтардың саламатты өмір сүруін қамтамасыздауда салауатты тамақтанудың қағидаларын қалыптастыру маңызды болып отыр. Осы мәселелерді жүзеге асыруда «Саламатты Қазақстан 2011-2015 жыл» мемлекеттік бағдарламасында Елбасы, қазіргі уақытта қоғамдық денсаулық сақтау мәселелерінде сектораралық және ведомствоаралық серіктестік тетігі жолға қойылмағандығы, денсаулық сақтау саласындағы өз міндеттерін жете түсінбеуіне, денсаулық сақтау проблемаларын шешуде ақпараттық қолдаудың нашарлығына байланыстылығын орынды атап көрсеткен. - Соңғы зерттеулерге сүйенсек, халық денсаулығы деңгейінің төмен болуының себептері тамақтану мәселелерінде халықтың жеткіліксіз ақпараттандырылуы, сауаттылығының төмендігімен түсіндіріліп отыр. Сонымен қатар, халықтың дұрыс тамақтануын қамтамасыз ету және тамақтануға байланысты аурулардың профилактикасын басты мақсат етудің өзі осы мәселенің өзектілігін айқындай түседі.

«Саламатты Қазақстан» бағдарламасы аясында Елбасының жалпы қазақстандықтардың денсаулығы мен сапалы өрі ұзақ өмір сүруіне бағыт-

талған саралап көрсеткен аталмыш мәселелерін шешуде «Ұлттық Салауатты тамақтану Орталығының» және Алматы қалалық Департаментінің мамандарымен келелі жұмыстар атқарылуда.

Бағдарлама бойынша Елбасының басты міндетінің бірі - дұрыс тамақтану туралы халықты хабардар ету бойынша халықтың өртүрлі топтарының –кәсіпорын жұмысшылары, емдік-профилактикалық мекеме қызметкерлері, ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер, мектеп жасына дейінгі және мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдер, студенттер, қарттар тамақтану ерекшеліктеріне байланысты дұрыс тамақтану дағдыларын қалыптастыру мен осы мақсатты топтардың тамақтану ерекшеліктеріне арналған дәрістер, семинарлар қаламыздың бірнеше мекемелерінде жүйелі түрде өткізіліп отыр. Осы шараларды өткізе отырып, жүкті және емізулі аналардың дұрыс тамақтанбауынан туындайтын бала мен ана аурушылдық көрсеткіштерін, мектеп жасындағы оқушыларда жиі кездесіп жүрген тірек-қимыл аппаратының, тыныс және жүйке жүйесінің, көз ауруларының деңгейін азайту, өртүрлі кәсіптік жұмысшылар арасында жұмысқа қабілеттілікті сақтай отырып, кәсіптік аурулардың дамуын азайту көзделіп, тиімді тамақтану қағидалары кеңінен насихатталып Елбасының аурушылдық деңгейін төмендетуге қойған міндеттемесі жүзеге асырылуда.

Бағдарламаның – «халықты дұрыс тамақтану туралы хабардар ету» міндетін жүзеге асыруда Алматы қаласындағы жоғарғы оқу орындарын-

дағы студенттер, оқушылар, ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер арасында дұрыс тамақтану дағдыларын қалыптастыруда дәрістер, кеңес беру өткізе отырып, осы топтар арасында тиімді тамақтану, дұрыс тамақтану дағдылары, дұрыс тамақтанбаумен туындайтын ауруларға байланысты сұрақтарымен арнайы сауалнамалар өңделіп, сауалнама жүргізу барысында аталмыш топтарда аталмыш мәселе төңірегінде ақпараттану деңгейінің төмендігі анықталды. Әсіресе, жүкті әйелдердің, мектеп оқушыларының арасында темір тапшылық анемия мен йод жетіспеушілік ауруларының көріністері және алдын алу жолдары жөнінде бейхабар екендігі мәлім болды. Ақпараттану деңгейін жоғарылату мақсатында мағлұматтары мол берілген буклеттер, күнтізбе, плакаттар сияқты коммуникациялық ақпарат көздері үнемі тегін таратылумен Алматы қаласы деңгейіндегі жаппай өткізілетін шараларда Департамент мамандары аналар мен емізулі аналарға, мектепке дейінгі балалар мен мектеп жасындағы балаларға, болашақ аналарға дұрыс тамақтану жөнінде балалар арасындағы тағамдық аллергия, ерте жастағы балаларды тамақтандыру, кейбір артық салмақты аналардың денсаулыққа зиянсыз арықтауға байланысты жүзге жуық аналарға ақысыз тегін, пайдалы кеңестер беріледі.

«Саламатты Қазақстан 2011-2015» мемлекеттік бағдарламасында көзделіп халықтың күтіліп отырған өмір сүру ұзақтығының 2013 жылға қарай 69,5-ке дейін, 2015 жылға қарай 70 жасқа дейін ұлғаюы; ана өлім-жітімінің 100 мың тірі туылғандарға шаққанда 2013 жылға қарай 28,1-ге дейін, 2015 жылға қарай 24,5-ке дейін төмендеуі; нәресте өлім-жітімінің 1000 тірі туылғандарға шаққанда 2013 жылға қарай 14,1-ге

дейін, 2015 жылға қарай 12,3-ке дейін төмендеуі; жалпы өлім-жітімнің 1000 адамға шаққанда 2013 жылға қарай 8, 14-ке дейін, 2015 жылға қарай 6,2-ге дейін төмендеуі үшін бір ұжымның атқарған жұмыстарының ауқымы осындай. Осы мемлекеттік бағдарлама негізінде Елбасымыздың тапсырмасын, денсаулық сақтау проблемаларын шешуде барлық осы сала мамандары серіктесіп, жұмыла жұмыс атқарса және тек медицина саласындағы қызметкерлер ғана атсалысып қоймай, әрбір қазақстандық азамат өзінің және отбасының денсаулығы алдындағы жауаркершілікті жоғары қойып, салауатты тамақтануы арқылы қаншалықты аурулардың алдын алып, дүниеге дені сау ұрпақ әкеліп, аурушандық және аурушандық салдарынан туындайтын өлім-жітім көрсеткішін төмендетіп, еңбек қабілеттігін сақтап еліміздің экономикалық ахуалына еңбек етуімен өз үлесін қосады. Сондықтан халқымыздың сапалы, әрі ұзақ ғұмыр кешуіне әрбір қазақстандық борышты.

#### Резюме

В рамках программы «Саламатты Қазақстан» реализуется деятельности «Национального центра здорового питания» и специалистов департамента города Алматы направленного Президентом по решению указанных проблем качественного долголетия и здоровье всех казахстанцев.

#### Summary

Under the «Salamatty Kazakhstan» is implemented activities «of the National Center of healthy eating» and specialists of the Department of Алматы directed by the President to address these issues of quality longevity and health of all Kazakhstan.

**Р.Ш. НУРАЛИН<sup>1</sup>, С.Ф. БЕРКИНБАЕВ<sup>1</sup>, Л.Б. ДАНЬЯРОВА<sup>1</sup>, Ж.А. АКАНОВ<sup>2</sup>, М.Д. ЦЗЯН<sup>2</sup>**<sup>1</sup>НИИ Кардиологии и Внутренних Болезней, Алматы<sup>2</sup>Центр Диабета ОУК КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОГО МЕНЕДЖМЕНТА В ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

#### **Аннотация**

Проведен анализ и оценка 153 выписных листов историй болезни, амбулаторных карт и результатов анкет-опросников пациентов с синдромом Диабетической стопы. В результате определена системность профилактической помощи, предложен алгоритм диагностических мероприятий, предложены пути совершенствования.

**Ключевые слова:** синдром диабетической стопы, профилактическая помощь.

**Актуальность.** В последнее десятилетие число ученых и медиков, занимающихся исследованием синдрома диабетической стопы (СДС), постоянно увеличивается. Не случайно ежегодно на указанную тему в мире публикуется сотни работ, касающихся вопросов диагностики и лечения диабетической стопы. Хотя и достигнуты, определенные успехи в установлении этиологии и патогенеза, и более ранней диагностики, и соответственно в более своевременном лечении, но все же данное осложнение сахарного диабета (СД) остается не менее острой.

В современных условиях дальнейшее развитие клинической медицины не может обеспечить улучшение основных показателей здоровья без коренного изменения в сторону профилактической направленности системы здравоохранения [1]. Правильная и умелая организация работы по оказанию квалифицированной медицинской помощи является одним из ключевых моментов, позволяющих избежать всевозможных неблагоприятных последствий в течение любого заболевания, как для пациента, так и для доктора [2].

**Целью исследования** являлось анализ и оценка системной организации профилактической помощи больным СДС на примере г. Алматы и Алматинской области.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ 153 выписных листов историй болезни, амбулаторных карт и результатов анкет-опросников (40 вопросов) пациентов с СДС в терапевтическом отделении и кабинете «Диабетическая стопа» НИИ К и ВБ, получавших лечение с января 2011 по январь 2013 года.

Собирался подробный анамнез, объективные данные и проводился опрос по разработанной нами анкете—опроснику, находившихся на длительных сроках наблюдения. В основу была заложена стандартная 5 – ранговая шкала R. Likert: «никогда», «редко», «часто», «очень часто», «постоянно» – что соответствует значениям от 0 до 4 баллов. Конечный результат рассчитывался, суммируя все значения, полученные по каждому вопросу опросника. Значения отдельных компонентов качества жизни и лечения, рассчитывались, суммируя балльные оценки соответствующих вопросов анкеты. Гипотетически возможный диапазон итоговой суммы баллов может колебаться от 0 до 116 баллов - первая часть опросника (до лечения); от 0 до 44 – вторая часть опросника (после лечения). Уровень качества жизни и лечения находится в прямой зависимости от суммы баллов.

При этом многофакторная оценка качества жизни и лечения, связанная с развитием СДС была разделена на следующие этапы:

– заполнялась регистрационная карта на каждого отдельного пациента СДС (при анализе историй болезни пациентов СДС);

– на основании основной части анкеты—опросника, делалось заключение о социальных факторах, на которые непосредственно влияют причины развития СДС;

– по специальной части анкеты оценивалась безопасность и эффективность лечения (по жалобам опрашиваемого пациента);

– оценивался образ жизни этих пациентов, который мог отражаться на объективных данных и изменениях в лечении СДС;

— была произведена комплексная оценка материальной обеспеченности пациентов СДС и процентной части их семейного бюджета, которую они тратили на лечение;

— учитывался состав семей опрашиваемых пациентов (больные СДС — это в основном люди пожилого возраста, которые нуждались в физической, психологической и материальной помощи со стороны близких людей);

— выявлялись причины, приводящие больных с СДС к неаккуратному соблюдению необходимого режима наблюдений у эндокринолога, окулиста, хирурга и т.д., а также к нерегулярному применению других методов лечения.

Для контрольной группы (n=10) использовали универсальный модуль опросника, исключая вопрос восприятия процесса лечения и его последствий. В ответах на вопросы анкеты-опросника здоровым людям предлагали фразу «после операции или лечения» заменить словами «из-за Вашего самочувствия». Итоговое количество вопросов, включенных в опросник, составило также 40.

В результате комплексного системного подхода установилась последовательность анализа [3,4,5]. Она определялась характером задач, решение которых обуславливает достижение указанной цели, и включает в себя несколько этапов, в совокупности представляющих алгоритм проведенного анализа:

1. Выявление причин развития СДС;
2. Анализ течения сахарного диабета и его осложнений;
3. Оценка образа жизни и социально-бытовых условий (в том числе комплаентность самого пациента);
4. Анализ правильности, полноты, своевременности и адекватности лечебно-профилактического процесса;
5. Анализ результатов лечебно-профилактического процесса и признаков причинной связи.

#### Результаты и их обсуждение

По результатам проведенного анализа относительно причин были сформированы следующие основные вероятные факторы, приводящие к развитию СДС, что не противоречит ранее проведенным исследованиям [6,7,8]:

- Закономерно высокий риск развития СДС в результате патологических процессов, вызванных сахарным диабетом (диабетическая полинейропатия, поражения периферических кровеносных сосудов любого генеза, деформация стоп любого генеза, диабетическая нефро-

патия, снижение зрения, слепота) в 124 (81,04%) случаях;

- Случайный травматизм пациента — 46 (30,06%);

- Образ жизни и социально-бытовые условия больного (одинокое проживание пациентов, злоупотребление алкоголем, курение и пр.) в 33 (21,56%) случаях;

- Низкая комплектность пациента и позднее обращение за медицинской помощью — 51 (33,3%);

- Ошибки в выборе тактики лечения медицинскими работниками — 91 (59,47%).

При анализе амбулаторных карт, историй болезни и анкет-опросников было установлено, что пролеченные в других ЛПУ города и области и направленные для долечивания и консультативной помощи в НИИ КиВБ было 78 (50,98%) больных СДС. Самостоятельно обратившиеся в кабинет «Диабетическая стопа» 69 (45,1%) пациентов. Кроме того, 126 (82,35%) пациентов в течение года дважды и более находились на лечении в различных стационарах. При исследовании выписных листов из историй болезни отмечались различные тактические просчеты в оказании медицинской помощи в 54 (35,29 %) случаях, диагностические дефекты на этапе ПМСП наблюдались у 61 (39,6%) пациента. В большинстве случаев лечение проводится без учета форм и степеней СДС, а также фаз течения воспалительного процесса. Выписанных с улучшением больных СДС 109 (71,24%), без изменений — 32 (20,9%), с ухудшением — 12 (7,84%). На догоспитальном этапе 93 (60,78%) пациентов самостоятельно занимались профилактическими мероприятиями в меру своей осведомленности и знаний. Остальная часть регулярно получала лечебно-профилактическую помощь в пределах гарантированного объема (в основном городские жители). Из общего объема пролеченных больных 88 (57,5%) были госпитализированы в непрофильные отделения, что привело к осложнению течения СДС, увеличению сроков лечения и приводит к тяжелым последствиям.

В данном контексте для решения профилактики СДС определяются три основные задачи:

а) выявление и устранение вероятных причин развития СДС;

б) борьба с проявившимися осложнениями СД и выбор тактики их коррекции;

в) поиск и разработка персонализированной модели профилактики СДС.

К сожалению, формат публикации не позволяет раскрыть все аспекты данного вопроса, но все же для решения вышеперечисленных задач мы предлагаем использовать следующий алгоритм диагностических мероприятий для пациентов сахарным диабетом.

I. Для всех больных СД при каждой консультации:

- 1) осмотр специалистов (эндокринолога, хирурга, офтальмолога, невролога);
- 2) измерения порога вибрационной чувствительности;
- 3) плечелодыжечного индекса;
- 4) измерение транскутанного напряжения кислорода;
- 5) электронейромиография нижних конечностей;
- 6) гликемический профиль и определение уровня гликозилированного гемоглобина;
- 7) липиды крови: уровень холестерина, ЛПНП, триглицериды, ЛПВП.

II. Пациентам с отсутствием пульса на артериях стопы и клиникой перемежающейся хромоты.

- 1) ультразвуковая доплерография и цветное дуплексное картирование артерий нижних конечностей;
- 2) консультация ангиохирурга;
- 3) ангиография нижних конечностей.

III. Пациентам с деформациями на стопе и выраженным гиперкератозом стоп.

- 1) рентгенография стоп;
- 2) рентгеновская морфометрия, денситометрия и фотонная абсорбциометрия;
- 3) рентгеновская компьютерная томография и остеосцинтиграфия;
- 4) консультация ортопеда.

IV. Пациентам с язвенными дефектами стоп.

- 1) микробиологическое исследование раневого отделяемого (бак. посев);
- 2) ОАК;
- 3) рентгенография стоп (при язвенных дефектах 2 и выше степени по Вагнеру);
- 4) консультация хирурга.

**Выводы:** Одной из основных проблем современной организации профилактической помощи больных с СДС в данном регионе является его слабая системность и систематичность. Как правило, медицинская помощь носит аспектный, «парциальный» характер.

Учитывая опыт организаций здравоохранения дальнего и ближнего зарубежья, в данном воп-

росе нарастает необходимость перехода от «управления граням» к управлению системами. Для этого необходимо, в свою очередь, единая методология организации оказания помощи пациентам с СДС, соответствующая мировым стандартам. Которая в перспективе должна объединять в себе ряд комплексов это:

- единая система мониторинга данной патологии;
- система внедрения результатов научных исследований в практическую медицину, связанные с диабетом;
- мультидисциплинарный подход к лечению и профилактике СДС;
- система формирования навыков здорового образа жизни и профилактики осложнений сахарного диабета у больных и их родственников;
- активное участие пациентов и медицинских работников в информационно-коммуникационных и иных средах, играющих важную роль в оказании медицинской помощи больным с СД;
- единая информативная политика профилактики СДС.

С приоритетной направленностью организации общей структуры службы так, чтобы оказывать помощь пациентам, хронически нуждающимся в ней, в гораздо большей степени, чем однократный ответ на остро возникшую ситуацию.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Программа «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы от «21» декабря 2007 года, № 1260 Астана, 2007
- 2 Козлов С.В. Недостатки организации оказания медицинской помощи (По данным анализа комиссионных судебно-медицинских экспертиз)//Избранные вопросы судебной медицины и экспертной практики. — Хабаровск, 2012. — №12. — С. 62-65.;
- 3 Карташов В.Т. Методические и практические подходы к управлению качеством медицинской помощи в крупном поликлиническом учреждении.//Военно-медицинский журнал. 2004. - № 4. - С. 15-23.;
- 4 Карташов В.Т. Правовое регулирование обязательного медицинского страхования в Российской Федерации//Военно-экономический вестник. 2005. - № 3. - С. 124-126.;
- 5 Медик В.А., Токмачёв В.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: руководство в 2 т.//Под ред. Ю.М. Комарова. М.: Медицина. 2000. - Т.1. -С. 412.
- 6 International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot. — Amsterdam, 1999.
- 7 International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot with supplements. Edition on CD. — Amsterdam, 2003.

8 TASC II: Trans-Atlantic Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease / L. Norgren, W.R. Hiatt et al. (eds.) on behalf of the TASC II Working Group // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2007. – Vol. 33. – Suppl. 1.

#### Summary

The analysis and evaluation of 153 sheets ordering histories, hospital records and the results of questionnaires, questionnaires of patients with diabetic foot syndrome. As a result, to determine which preventive care, an algorithm for diagnostic measures, the ways to improve.

УДК 614.777 (574,13)

**Г.З. БАЙДОСОВА, Ж.А. МОЛДАШЕВ, Е. ИЗЕНБАЕВ, Ж.Б. БЕСИМБАЕВА,  
Г.У. КОЙШЫГУЛОВА, Б.Б. СРАЖ**

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

### **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ ПРИ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОЙ СИСТЕМЕ ВОДОСНАБЖЕНИЯ В ГОРОДЕ АКТОБЕ**

#### **Аннотация**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире из-за низкого качества воды умирают около 5 млн. человек. Это дало основание назвать проблему водоснабжения доброкачественной водой в достаточном количестве проблемой номер один. Вода относится к основным факторам, влияющим на здоровье людей. Подземные воды составляют 14% запасов пресных вод [1]. Ситуация с питьевой водой в Казахстане характеризуется как критическая - это прямая угроза здоровью населения [2].

**Ключевые слова:** ВОЗ, гигиеническая оценка, экологические зависимые заболевания.

**Актуальность.** В конце 20-го века со всей остротой встала проблема обеспечения всего населения планеты доброкачественной питьевой водой, которую можно отнести к первостепенной и самой приоритетной для человечества. Установлено, что 1100 млн. людей на Земле не обеспечены доброкачественной водой. Эта проблема остается актуальной и в начале 21 —го века. Вода относится к основным факторам, влияющим на здоровье населения. Негативное воздействие на организм человека могут оказывать не только вещества — загрязнители, но и естественные компоненты природных вод, если их концентрация значительно выше или ниже содержания необходимого для нормальной жизнедеятельности человека. Питьевая вода - фактор, обуславливающий ведущие показатели жизнеобеспечения и здоровья населения. Доказано, что одним из важных факторов, влияющих на состояние здоровья и условия проживания населения, является не только количество, но и ка-

чество употребляемой питьевой воды. В современном мире качество питьевой воды играет существенную роль в развитии различных патологий у населения и возрастает в зависимости от антропогенной нагрузки на место проживания.

**Цели исследования:** Связь экологически зависимых заболеваний (т.е. обусловленных влиянием окружающей среды, например, новообразования, болезни эндокринной системы или органов дыхания и другие) с факторами среды обитания выражена [3].

**Материалы и методы:** Статистические методы с использованием программы BIOSTAS по материалам Актюбинского областного Центра санэпидэкспертизы, Актюбинского Гидрометеоцентра за период с 1998-2013 годы. Дискретивный анализ статистических и графических данных [5].

**Результаты исследования:** Нами было исследовано качество питьевой воды на содержание

Таблица 1- Содержание химических веществ в питьевой воде г. Актобе за 2008-2012 годы.

Год	Общая жесткость	Сухой остаток	Хлориды	Сульфаты
2008	8,6	961,0	340,0	425,0
2009	10,2	1275,0	358,2	540,0
2010	10,7	1481,0	330,0	560,0
2011	10,5	1592,0	434,0	490,0
2012	22,0	2962,0	538,0	1600,0
	ПДК 7,0	ПДК 1000,0	ПДК 350,0	ПДК 500,0

солей сульфатов и хлоридов. Пробы брались в централизованном и децентрализованном водоснабжении [4].

Проведенные нами анализ качества питьевой воды за период 2008-2012 годы подтверждают изменение солевого состава. Так максимальное содержание хлоридов при норме 350 мг/л выросло за 5 лет в 1,5 раза, сульфатов в 3,2 раза, общая жесткость увеличилась в 3 раза.

**Выводы:** В городе Актобе за последние 5 лет отмечается изменение солевого состава, содержание солей хлоридов практически выросло в 1,5 раза, сульфатов в 3,2 раза, общая жесткость в 3 раза. При централизованном водоснабжении соли хлориды и сульфаты содержало высокие показатели. Состав воды не соответствует Санитарным правилам и нормам это обусловлено обветшалостью систем подачи воды к потребителям. Необходимо рекомендовать службам обеспечивающим поставку воды обратить внимание на солевой состав воды.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хоженко В. И., Обжорин Л. А. Новый ГОСТ «Вода питьевая». // Воен.-мед. журн. 2010. № 12. С. 40-41.
- 2 Bonnefoy X. *Europ. Bull. Env. Hlth.* 2012. № 3. P. 3.

3 *Guidelines for Drinking - Water Quality.* Geneva: WHO, 2009. Vol 1. P. 53.

4 Morapoulos W. // *Wiss. Umwelt.* 2010. № 3. S. 129-133.

5 Martin J. // *Natur (BRD).* 2009. № 10. S. 23-24.

#### Түйін

Су адам денсаулығына әсер ететін негізгі факторлардың бірі болып табылады. Жер асты сулары пресі су [1] қорының 14% құрайды. Ауыз су жағдайы Қазақстанда қиын жағдайда сипатталады – бұл тұрғындардың денсаулығына тікелей қауіп. Бізбен ауыз су сапасының құрамында сульфат және хлорид тұздарының болуына зерттеу жүргізілді. Сонымен, максималды хлорид мөлшері нормасында 350 мг/л 5 жыл ішінде 1,5 есе, сульфат мөлшері 3,2 есе, жалпы судың кермектілігі 3 есеге дейін өскен.

#### Summary

Water is among the major factors affecting the health of lyudey. Podzemnye water comprise 14% of the reserves of fresh water 1. Situation of drinking water in Kazakhstan is characterized as critical is a direct threat to public health. We investigated the quality of drinking water in the salt content of sulphates and chlorides. Since the maximum chloride content at a rate of 350 mg / L increased over 5 years is 1.5 times, salt sulfate in 3.2 times, total hardness increased 3-fold.

УДК 614.39-057.875:378.16(574.1)

**С.Т. УРАЗАЕВА, Т.Б. БЕГАЛИН, К.Ш. ТУСУПКАЛИЕВА, Д.С. ТАСКАЛИЕВА**

Западно- Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

## **ОПЫТ РАБОТЫ МОЛОДЕЖНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ МАРАТА ОСПАНОВА**

### **Аннотация**

Стратегический план развития ЗКГМУ им. Марата Оспанова на 2011-2020 годы предусматривает эффективное взаимодействие с обществом в вопросах пропаганды здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками, улучшения условий труда и экологической ситуации в области, охраны окружающей среды и профилактики заболеваний.

**Ключевые слова:** молодежный центр здоровья, студенты ЗКГМУ им. М. Оспанова

**Актуальность.** Основой процветания, социальной устойчивости и демографического развития общества является здоровая молодежь. Именно поэтому в Западно - Казахстанском государственном медицинском Университете имени Марата Оспанова (ЗКГМУ им. Марата Оспанова) особое внимание уделяется воспитанию будущих врачей, содействию духовному здоровью и высокой нравственности молодежи, формированию профессиональных знаний и практических навыков в области профилактического консультирования, формирования гигиенической культуры и здорового образа жизни среди населения. Студенты нашего вуза живут полноценной и интересной жизнью, реализуя свои творческие и интеллектуальные способности. Помимо учебных занятий, они занимаются в научных, спортивных и музыкальных кружках. Стратегический план развития ЗКГМУ им. Марата Оспанова на 2011-2020 годы предусматривает эффективное взаимодействие с обществом в вопросах пропаганды здорового образа жизни, борьбы с вредными привычками, улучшения условий труда и экологической ситуации в области, охраны окружающей среды и профилактики заболеваний.

**Цель работы:** представить опыт работы Молодежного Центра Здоровья ЗКГМУ им. Марата Оспанова по формированию здорового образа жизни среди студентов.

**Материалы и методы:** С целью создания условий для плодотворного развития и активизации студенческой молодежи в сфере укрепления здоровья, профилактики заболеваний и поведенческих факторов риска в нашем университете при

кафедре эпидемиологии был создан Молодежный Центр Здоровья (МЦЗ) приказом Ректора от 23.11.2012года.

**Результаты и обсуждение.** Задачами Центра являются: формирование жизненных навыков и выработка мотиваций к ведению здорового образа жизни среди студенческой молодежи, обучение коммуникативным навыкам, навыкам подготовки информационно-образовательных материалов и технологиям пропаганды ЗОЖ, широкое распространение национального студенческого движения за здоровый образ жизни и подготовка волонтеров-тренеров из студенческого актива МЦЗ.

Созданию МЦЗ предшествовали обучение преподавателей и студентов факультета «Общественное здравоохранение» на II, III и IV Зимней и III Летней Международных школах «Актуальные вопросы общественного здравоохранения: профилактика социально-значимых заболеваний», проводимой ВШОЗ им. Х. Досмухамедова и КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова. МЦЗ работает в тесном сотрудничестве с Молодежным Центром здоровья КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, МЦЗ Актюбинского областного консультативно-диагностического Центра «Ювентус» и другими организациями по вопросам пропаганды здорового образа жизни: Актюбинский областной центр проблем формирования здорового образа жизни, Актюбинский областной центр по профилактике и борьбе с СПИД, Областной Центр Крови и лечебно-профилактические учреждения города.

За период работы Центра были проведены следующие мероприятия.

29 мая 2012 года в ЗКГМУ им. Марата Оспанова на кафедре эпидемиологии был проведен **семинар – тренинг на тему «Что надо знать о туберкулезе?»**. Были приглашены деканы факультетов «Общественное здравоохранение» и «Общая медицина». Семинар – тренинг включал обсуждение презентаций на темы: «Профилактика туберкулеза» и «О волонтерском движении», подготовленные студентами, ролевые игры, викторины. Участники семинара освоили навыки работы в команде, показали знания по профилактике туберкулеза и научились своими руками делать информационные материалы.

1 декабря официально признан Всемирным днём борьбы со СПИДом. В связи с этим 30 ноября 2012 года в стенах нашего университета была проведена **акция «Остановим СПИД! Не оставайся в стороне!»**. В рамках акции был организовано театрализованное представление, викторина, подведение итогов конкурса тематических видеороликов и флешмоб. Акция началась с флешмоба и раздачи прохожим информационных материалов о ВИЧ/СПИД и красных ленточек, которые являются символом солидарности с ВИЧ-инфицированными во всем мире. На акции выступили представители Департамента Комитета Госсанэпиднадзора, Центра по профилактике СПИД и студенческий врач, которые кратко охарактеризовали эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ/СПИД в мире, Казахстане и Актюбинской области и выразили благодарность студентам за организацию акции по актуальной теме.

8 февраля 2013 года проведен **семинар-тренинг на тему «Профилактика инфекций, передающихся половым путем»**. По окончании тренинга участники приобрели знания по способам профилактики ИППП, практические навыки по распространению информации по принципу «равный-равному» и работе в команде.

С целью развития лидерских качеств, уверенности в себе, творческого потенциала у студентов 11 февраля 2013 года активистами Центра организован **тренинг на тему «Что такое лидерство»**.

В честь этой знаменательной даты – 24 марта – Всемирного Дня борьбы с туберкулезом наш Центр организовал Акцию **«Белый цветок жизни»**, которая прошла в 3-х студенческих общежитиях. Идея «Дня белого цветка» родилась в Швейцарии. Известно, что в 1900 году на улицах Женевы впервые появились молодые люди со щитами, усыпанными белыми ромашками. Они продавали жетоны, и в кружки для пожертвова-

ний каждый опускал посильную сумму. С тех пор символом борьбы с туберкулезом является белая ромашка – символ бескорыстия, людской доброты и любви к ближнему. В акции приняли участие студенческий врач, студенческий фтизиатр, сотрудники кафедры фтизиатрии, эпидемиолог, психолог и социальные работники.

Для повышения уровня знаний студентов в области репродуктивного здоровья и основ эффективного взаимодействия со сверстниками и взрослыми, Молодежным Центром Здоровья 04.04.2013 г был проведен семинар на тему **«Репродуктивное здоровье»**. Целью семинара явилось формирование у подростков установки на заботу о сохранении своего репродуктивного здоровья, ответственного отношения к выбору между сексуальным воздержанием и началом половой жизни, к выбору сексуального партнёра; установки на стремление к гармоничным, взаимоотношениям в паре и о современных методах контрацепции. В организации этого мероприятия нас поддержали приглашенные: студенческий врач, детский гинеколог и медицинский представитель фармацевтической фирмы «Байер КАЗ». Семинар провели наши волонтеры, студенты факультета «Общественное здравоохранение», присутствовали активисты Молодежного Центра Здоровья, все преподаватели кафедры эпидемиологии и студенты 301, 302, 305 групп факультета «Общественное здравоохранение», 316 группа факультета «Общая медицина». По окончании тренинга участники поделились своими впечатлениями и выразили желание активно участвовать в волонтерском движении.

Студенты ЗКГМУ им. М. Оспанова первыми выступили инициаторами Акции **«Подари надежду на жизнь»** в рамках месячной акции – участие в создании Национального Регистра доноров гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) и безвозмездного донорства по нашей области, проводимой с 14 мая по 14 июня 2013 года. Свой призыв студенты «Молодёжного центра здоровья» через интернет сайты адресовали студентам всей республики, с обращением присоединиться к данной акции. Работа по информированию студентов и населения города прошла с 8 по 14 мая 2013 года на местном ТВ была организована бегущая строка с приглашением для принятия участия в Акции, размещены объявления в местных СМИ. Акция началась с торжественного открытия выступлениями проректора по клинической и научной работе д.м.н., профессора Джар-

кенова Т.А. В организации мероприятия приняли участие представители Областного Центра Крови, Областного Центра по профилактике СПИД, а также особенно проникновенными были слова благодарности родственницы ребенка, больного лейкозом - Муратовой Айгуль. В зале звучала классическая музыка, поддержала акцию университетская вокальная группа «Корган тобы». Донорство ГСК достаточно новое направление в нашей стране и требует поддержки со стороны организаций здравоохранения городов и областей, деятелей искусства, спорта и политики. Специалистами практической медицины были проведены презентации по данной тематике. Студенты и профессорско-преподавательский состав ЗКГМУ имени Марата Оспанова активно откликнулись и стали донорами. В акции приняли участие более 200 человек, из них более 130 добровольно подписали согласие о вступлении в Национальный регистр доноров ГСК и сдали образцы крови на исследования антигенов лейкоцитов, а 78 человек стали безвозмездными донорами крови и ее компонентов. 25 мая 2013 года студенты Центра в составе дежурного студента университета посетили Алгинский Детский Дом. Они провели с воспитанниками детского дома **тренинг на тему «Профилактика наркомании среди детей и подростков»**. В ходе тренинга была представлена презентация на тему «Наркомания: миф или реальность». В программу тренинга входили различные игры, направленные

на повышение уровня информированности детей по проблеме наркомании, самым активным участникам были вручены подарки.

**Выводы:** Таким образом, благодаря всесторонней поддержке руководства университета, наш Молодежный Центр Здоровья плодотворно осуществляет поставленные задачи. Перспективный план развития Центра предусматривает: дальнейшее расширение связей с казахстанскими и зарубежными молодежными организациями в области пропаганды здорового образа жизни, совместную работу с воспитательным Центром университета по вовлечению студентов в волонтерское движение и участие в республиканских проектах по формированию здорового образа жизни среди молодежи.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 И.Э. Есауленко, В.И. Болотских, А.А. Зуйкова, Е.Ю. Есина. Опыт работы Воронежской государственной медицинской академии по формированию здорового образа жизни у студентов на основе учебно-профессиональной модели обучения. Материалы конференции «Актуальные проблемы и перспективы развития российского и международного медицинского образования». - Красноярск, 2-3 февраля 2012.
- 2 Гончарова А.С., Ярунина Т.Е., Насыбуллина Г.М. Волонтерство студенту, врачу, здравоохранению // Электронный научный журнал // Системная интеграция в здравоохранении... - 2011. - №4 (15).
- 3 О.И. Чеснокова. Инновации воспитательной работы в общежитиях университета. «Вести ВГТУ» 2013. - №25

**Г.Б. КУМАР, Ж.К. ТАШИМОВА, А.Б. УРАЗАЕВА, Г.Ж. НУРМАГАМБЕТОВА**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова,  
г. Актобе**ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ СОВРЕМЕННЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ФОРМИРОВАНИЯ  
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЭЛЕКТИВНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ****Аннотация**

Неинфекционные хронические заболевания являются актуальной проблемой для Казахстана. В их развитии важную роль играют факторы, связанные с образом жизни человека - личные привычки, нерациональное питание, потребление алкоголя, низкая физическая активность, социальные условия и др.

**Ключевые слова:** неинфекционные хронические заболевания, студенты.

**Актуальность.** Стратегия и тактика Республики Казахстан в области охраны здоровья населения в связи с реформами и преобразованиями направлена на ориентацию здравоохранения на профилактическую деятельность, укрепление и высокую организацию первичной медико-социальной помощи (ПМСП).

Неинфекционные хронические заболевания являются актуальной проблемой для Казахстана. В их развитии важную роль играют факторы, связанные с образом жизни человека - личные привычки, нерациональное питание, потребление алкоголя, низкая физическая активность, социальные условия и др.

**Цель работы:** представить опыт изучения студентами элективной дисциплины для формирования знаний и умений по технологии формирования здорового образа жизни.

**Материалы и методы.** В связи с этим для студентов факультета «Общая медицина», большинство из которых будут работать по окончании вуза в качестве врачей общей практики, кафедра эпидемиологии Западно-Казахстанского государственного университета разработала элективную дисциплину «Первичная медико-санитарная помощь как приоритет системы здравоохранения».

**Результаты и обсуждения.** Целью дисциплины является формирование у студентов знаний по технологии формирования здорового образа жизни и навыков проведения вмешательств по профилактике поведенческих факторов риска. По окончании изучения дисциплины студент должен уметь провести профилактическую консультацию пациенту, организовать Школу здоровья по профилактике поведенческих факторов риска и разработать программу профилактичес-

кого вмешательства и информирование населения на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях.

В тематику курса включены вопросы профилактики таких заболеваний как гипертоническая болезнь, сахарный диабет, туберкулез и состояния как табакокурение, избыточная масса тела, низкая физическая активность, гиперхолестеринемия и др. Практические занятия проводятся с использованием инновационных методов обучения: тренинги, работа в малых группах, кейс-стади, обучающих видеоматериалов, что повышает мотивацию студентов к изучению предмета. Самостоятельная работа обучающихся включает разработку информационно-образовательных материалов, презентаций, видеороликов по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни среди населения.

**Выводы.** Таким образом, преобразование модели здравоохранения Республики по трем основным направлениям - сохранение здоровья, укрепление здоровья и развитие здоровья, требует подготовки квалифицированных специалистов ПМСП, владеющих знаниями и навыками по профилактике поведенческих факторов риска среди населения и формированию приверженности к ведению здорового образа жизни. Подготовка студентов на элективной дисциплине «Первичная медико-санитарная помощь как приоритет системы здравоохранения» отвечает этим требованиям.

**Summary**

Non-communicable chronic diseases are the actual problem for Kazakhstan. In their development are important factors associated with the image of a person's life - personal habits, poor diet, alcohol consumption, physical activity, social conditions, etc.

УДК 614.39:378.17

С.Т. УРАЗАЕВА, Г.Б. КУМАР, А.Е. АРТЫКБАЕВА, А.А. АМАНШИЕВА

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

## АКЦИЯ КАК ФОРМА МАССОВОЙ РАБОТЫ СО СТУДЕНТАМИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

### Аннотация

Организация акции является эффективным инструментом общественного воздействия на человека и с успехом используется в проведении работы со студентами по формированию навыков ответственного отношения к здоровью.

**Ключевые слова:** формирования здорового образа жизни, здоровье.

**Актуальность.** Организация мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни среди молодежи проводится различными методами. Одной из форм привлечения внимания к той или иной общественной проблеме, таких как распространение знаний о профилактике заболеваний, вреде наркотиков, сбор средств для больных детей и других, является акция.

Что отличает акцию от других форм массовых мероприятий? Толковый словарь русского языка С. И. Ожегова и Н. Ю. Шведовой дает такое определение: **«Акция - действие, предпринимаемое для достижения какой-нибудь цели»**. Другими словами, акция – это конкретные спланированные действия или комплекс действий, направленные на решение конкретной задачи.

**Цель работы:** представить опыт проведения акций в Западно-Казахстанском государственном медицинском университете имени Марата Оспанова (ЗКГМУ имени Марата Оспанова).

**Материалы и методы.** В ЗКГМУ имени Марата Оспанова при кафедре эпидемиологии работает Молодежный Центр Здоровья (МЦЗ). Студенты МЦЗ за год работы провели две крупные акции среди студентов.

**Результаты и обсуждение.** Поскольку акции являются эффективным инструментом общественного воздействия, для достижения наилучшего эффекта, к ним необходимо тщательно подготовиться. Активисты Центра занимались сбором информации по проблеме, обсудили возможные пути решения со специалистами, изучили примеры подхода к подобным мероприятиям в других регионах, оформили стенды, плакаты, подготовили раздаточные материалы. Очень важно, чтобы о самой проблеме, как и об акции, на-

правленной на ее решение, обязательно узнали журналисты. Часто сам факт обнародования информации является действенным рычагом решения проблемы. Поэтому организаторами были заранее разосланы пресс-релизы и личные приглашения представителям СМИ, местной власти и бизнеса.

В стенах нашего университета студентами МЦЗ под руководством преподавателей кафедры эпидемиологии была проведена акция «Остановим СПИД! Не оставайся в стороне!». При подготовке к проведению акции был объявлен конкурс - видеороликов, посвященных проблеме ВИЧ и СПИДа. Самые лучшие и поучительные ролики, снятые студентами, были отмечены грамотами.

В ходе акции проводился флешмоб, театрализованное представление, раздача информационных материалов о профилактике ВИЧ инфекции и красных ленточек, которые являются символом солидарности с ВИЧ-инфицированными. Флешмоб проводился перед учебным корпусом с участием студентов, гостей и прохожих. Благодаря этой акции студенты университета в очередной раз привлекли внимание общества и молодежи к этой проблеме, надеясь на более лояльное и солидарное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным

14 мая 2013 года в главном корпусе ЗКГМУ имени Марата Оспанова была организована акция «Подари надежду на жизнь». Данное мероприятие проводилось в рамках месячной акции безвозмездного донорства по нашей области в период с 14 мая по 14 июня 2013 года. Инициаторами акции выступили студенты нашего университета, организаторы акции - кафедра эпидемиологии и Молодежный Центр Здоровья. Свой

призыв студенты «Молодёжного центра здоровья» адресовали через интернет-сайты к молодым людям по всей республике. На каналах местного телевидения, областных и республиканских СМИ были размещены объявления о проведении данного мероприятия.

С приветственным словом к участникам Акции обратился проректор по клинической и научной работе, выступили руководитель кафедры эпидемиологии, представители Областного Центра Крови, Областного Центра по профилактике СПИД, детский гематолог, а также особенно проникновенными были слова благодарности родственницы ребенка больного лейкозом - Муратовой Айгуль. Поддержала акцию студенческая вокальная группа «Корган тобы». На призыв студентов откликнулись профессорско-преподавательский состав университета и стали безвозмездными донорами крови. Было задействовано более 170 человек, из них свыше 130 добровольно сдали образцы крови на исследования антигенов лейкоцитов для вступления в Национальный регистр доноров гемопозитических ство-

ловых клеток (ГСК), а 78 человек стали безвозмездными донорами крови и ее компонентов.

После окончания акции, организаторы выразили признательность за вклад, сделанный каждым участником, и вручили благодарственные грамоты.

**Выводы.** Таким образом, организация акции является эффективным инструментом общественного воздействия на человека и с успехом используется в проведении работы со студентами по формированию навыков ответственного отношения к здоровью.

#### **Түйін**

Акцияны ұйымдастыру адамға қоғамдық әсер етудің тиімді құралы болып табылады және өздерінің денсаулықтарына жауапты қарым-қатынас дағдыларын қалыптастыру бойынша студенттермен жұмыс жүргізуде жемісті қолданылады.

#### **Summary**

The organization shares is an effective tool of social influence on human beings and used with success in working with students to build skills of responsible attitude to health.

*Көп тараган инфекциялық емес аурулардың алғашқы және қайталап алдын алу.  
БМСК деңгейінде салауатты өмір салтын қалыптастырудың заманауи  
жаңартпашыл үлгілері мен технологиялары –  
Первичная и вторичная профилактика наиболее распространенных  
неинфекционных заболеваний. Современные инновационные модели и  
технологии формирования здорового образа жизни на уровне ПМСП*

УДК 614.2: 616-07-039.11-084

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, Т.К. САЙДАМАРОВА**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

## **НАЦИОНАЛЬНАЯ СКРИНИНГОВАЯ ПРОГРАММА**

### **Аннотация**

Массовые скрининговые обследования обеспечивают повышение уровня здоровья населения. Оценивая полученные данные в результате проведения значительного числа скрининговых программ, не возникает сомнений в эффективности скрининга с точки зрения снижения смертности от БСК, СД, РМЖ, РШМ в изучаемой популяции. Наиболее полного охвата скринингом населения следует добиваться с помощью проведения разъяснительной работы, издания популярных печатных материалов (брошюр, памяток и т.д.) и привлечения других средств массовой информации. Немаловажным аспектом эффективности скрининга является не только охват обследованием, но и строгий учет тех, у кого обнаружены факторы риска.

**Ключевые слова:** скрининги для ранней диагностики, профилактика.

Одним из основных компонентов комплексной профилактики и сокращения заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний, а также факторов, способствующих их возникновению, являются медицинские профилактические осмотры путем скрининговых обследований отдельных категорий населения.

Скрининговая программа направлена на раннее выявление и предупреждение развития социально значимых заболеваний, выявление и профилактику факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения

Большинство лиц находятся в состояниях между здоровьем и болезнью, они не нуждаются в дорогостоящих видах обследования и лекарствах и задача состоит не в том, чтобы их лечить, а в том, чтобы сохранить и укрепить их здоровье. И именно, с помощью скринингового обследования становится возможным выявление заболевания на самой ранней стадии, когда явных симптомов еще нет, есть только первые его предвестники.

Концепция скрининга в здравоохранении, то есть активного выявления болезни или предболезненного состояния у лиц, считающихся или считающих себя здоровыми, в течение XX века быстро распространилась и в настоящее время широко принята в большинстве развитых стран.

Методология скрининга должна начинаться с изучения численности населения в обслуживаемом регионе и составления его по возрастной характеристики. Наряду с этим следует достичь необходимого уровня информированности населения о социально-значимых заболеваниях и факторах риска их развития. Без такой работы невозможно добиться нужной эффективности скрининга, задача которого, путем раннего выявления заболевания и полноценного динамического наблюдения - снизить заболеваемость и смертность.

Преимущества скрининговых обследований очевидны. У некоторых пациентов ранняя точная диагностика и вмешательство приведут к улучшению прогноза. На этой стадии лечение может быть менее радикальным. Скудные ресурсы службы здравоохранения удастся сэкономить при лечении заболеваний до их прогрессирования, а лица с истинно отрицательными результатами теста будут успокоены.

В Республике Казахстан Национальная скрининговая программа, регламентируется Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113; Посланием Президента Республики Казахстан народу Казахстана от 28 января 2011 года «Постро-

им будущее вместе!»; Приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» с дополнениями и изменениями утвержденными приказом МЗ РК от 16 марта 2011 года № 145.

Скрининговая программа в Казахстане входит в перечень Государственного объема бесплатной медицинской помощи и все её этапы являются бесплатными для населения.

Всесторонний сравнительный анализ результатов проведения скрининговых осмотров в Республике за 5 лет - период от начала внедрения скрининговой программы – 2008 год по 2013 год, показал очевидную тенденцию к повышению качественных показателей скрининга во всех целевых группах. К примеру, улучшились показатели выявляемости и полноты взятия на диспансерный учет, для дальнейшего динамического наблюдения предопухолевых состояний и рака молочной железы (РМЖ) – с 8,3% выявляемости заболевания до 10,8%; показатель охвата диспансерным наблюдением выявленных случаев РМЖ повысился с 51,1% до 89,1%; Аналогичная картина прослеживается по всем целевым группам скрининга.

Результативность профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения путем скрининговых обследова-

ний (медицинская, экономическая) соответствует данным международных исследований и свидетельствует о необходимости дальнейшего продолжения скрининговой программы.

### **Түйін**

Скринингтік тексеруден жаппай өткізу халықтың денсаулығын көтеруді қамтамсыз етеді. көптеген скринингтік бағдарламаларды жүргізудің нәтижесінде алынған мәліметтерді бағалай отырып, белгілі қажа, дс, жмо, сбо-дан өлім-жітімнің төмендеуіне қарағанда скринингтің тиімділігіне күдік тумаиды. халықты түсіндірмелі жұмыстар жүргізу, әйгілі басылым материалдарын шығаруды (кітапша, жадынама және т.б.) жүргізудің көмегі және басқа бұқаралық ақпарат құралдарын тарту арқылы толықтай скринингпен қамтуға болады. скринингтің тиімділігінің маңызды аспектісі тек қана тексерумен қамту емес, қауіпті факторлары анықталған адамдарды қатаң есепке алу.

### **Summary**

Mass screening tests provide improved health of the population. In assessing the data as a result of a significant number of screening programs, there is no doubt about the effectiveness of screening in reducing mortality from CVD, diabetes, breast cancer, cervical cancer in the population studied. The most complete coverage of population screening should be undertaken through advocacy activities, publication of popular printed materials (brochures, leaflets, etc.) and the involvement of other media. An important aspect of the effectiveness of screening is not only the coverage of the survey, but also the strict control of those who have found risk factors.

УДК 616.995.1-08:613.2

**К. АЛЬЖАНОВА, Д.К. КАЙДАРОВА, Н.А. НАГАШИБАЕВА, К.Х. БАЗАРБАЕВА**  
Департамент Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗРК  
по Актыбинской области, г. Актобе  
Областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Актобе

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ ПРИ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

### Аннотация

В настоящее время гельминтозы сохраняют лидирующее положение в республике среди наиболее массовых нозологий и остаются весьма актуальными практически для всех регионов нашей республики.

**Ключевые слова:** питания при гельминтозах, практическое здравоохранение.

Серьезной проблемой для практического здравоохранения являются гельминтозы человека, на долю которых приходится более 99% всех паразитозов. По оценкам ВОЗ, сегодня гельминтозами страдает более 90% населения земного шара. Согласно данным Всемирного Банка, кишечные гельминтозы занимают четвертое место по наносимому ущербу среди всех видов заболеваний человека после дифтерии, туберкулеза и ишемической болезни сердца. Ежегодно заражаются глистами около одного миллиарда людей. По 500 млн. человек в мире заболевают трихоцефалезом и энтеробиозом. Ежегодно в мире аскаридозом переболевает более 1 млрд человек. Эксперты ВОЗ считают, что до 100 тысяч человек, преимущественно детей, ежегодно погибают от непроходимости кишечника, вызванного аскаридами. Три четверти жителей земного шара проживают в условиях риска заражения анкилостомозами. В мире анкилостомозами болеют 900 млн человек.

В настоящее время гельминтозы сохраняют лидирующее положение в республике среди наиболее массовых нозологий и остаются весьма актуальными практически для всех регионов нашей республики.

Хотя эпидемиологическая ситуация в Актыбинской области по паразитарным заболеваниям считается стабильной, более 92% заболеваний связано с заражением гельминтозами, из которых постоянно регистрируется энтеробиоз, аскаридоз, эхинококкоз, гименолепидоз.

Кроме того, рост числа туристов, отъезжающих в экзотические страны, и вхождение в моду кулинарных традиций Японии, Кореи, Китая и других стран Юго-Восточной Азии, где многие

блюда (суши, сашими, хе и др.) готовят из сырой или полусырой морской рыбы, креветок, кальмаров и других продуктов моря, создает опасность появления новых (тропических) гельминтозов на территории области.

Человек, употребляя в основном растительную пищу, получал вместе с нею антимикробные, противопаразитарные и противовирусные натуральные активные вещества. Снижение потребления дикорастущих растений, плодов, ягод, замена их культивируемыми овощами и фруктами, термическая и промышленная обработка привели к уменьшению потребления природных фитонцидов и антибиотиков. В результате человек стал легкой добычей для множества микроорганизмов, в т.ч. глистов. Глисты (паразитические черви) живут внутри человека. Их вредоносная сущность заключается в том, что, попадая в организм, черви-паразиты используют его как среду обитания и источник питания. Мало того что хозяину-организму - достаются остатки пищи, к тому же выделения этих паразитов токсичны. Так как глисты чаще всего обживают кишечник, именно с него начинаются многие проблемы. Нарушается работа кишечника, он не справляется с всасыванием витаминов. Может появиться дизбактериоз, который появляется в виде болей в животе, поносов, запоров, тошноты и рвоты. Повышение чувствительности к аергенам — тоже результат бурной деятельности глистов. Последствия могут быть очень печальными — от кожных высыпаний до бронхиальной астмы.

Заражение ребенка глистами происходит фекально-оральным путем (через рот) при непосредственном контакте с землей, песком (на даче,

в песочнице), через загрязненные предметы (игрушки, одежду, обувь, постельное белье, пол), через продукты питания (ягоды, овощи, фрукты). В детских коллективах (детские сады) возможно заражение ребенка от других детей через игрушки, постельное белье. У детей этой возрастной категории еще недостаточно развиты гигиенические навыки, а познание окружающей среды идет во многом через рот. Кроме того, у малышей слабо развиты защитные механизмы против инвазии (недостаточно кислая среда желудка, недостаточно силен иммунитет).

А также анализ заболеваемости детей до 14 лет показал, что у детей старше 14 лет вероятность заражения гельминтами незначительно меньше (17,5%), чем у дошкольников (15%).

Поражение гельминтозами принимает хроническое течение с поражением различных частей ЖКТ: кишечника (аскаридоз), верхнего отдела ЖКТ (тениаринхоз, тениоз), билиарной системы (описторхоз). Кроме локального механического воздействия на различные участки ЖКТ, гельминтозы характеризуются значительной аллергизацией и иммунологической перестройкой организма. Особую опасность эти поражения представляют в детском возрасте, делая детей более подверженными различным заболеваниям и утяжеляя их течение.

Кроме того, хроническая инвазия гельминтами нарушает процесс пищеварения и всасывания питательных веществ и приводит к нарушению питания и анемии, тем более всем известно, что 70% гельминтов обитают в желудочно-кишечном тракте.

При эпидемиологическом расследовании очагов установлено, что немаловажной причиной, способствующей заболеванию населения гельминтозами, является отсутствие необходимых знаний, неинформированность населения о реальной опасности этой патологии, методов личной и общественной профилактики гельминтозов, правильном и безопасном питании, культуре землепользования на приусадебных участках.

Обильное, беспорядочное, сладкое питание — идеальная среда для размножения паразитов всех

видов. Питание должно способствовать нормальному пищеварительному процессу; то есть должно быть достаточным, а не обильным, содержать биологически активные и другие вещества, необходимые для здоровья. Для уничтожения паразитов, обитающих в плазме крови, надо насыщать организм кремнием. Много кремния содержит полевой хвощ, свежий огуречный сок и сок болгарского перца. Паразиты не любят пищу зеленого и красного цветов. Они не переносят горячи и специи со жгучим вкусом. Большинство ягод красного цвета, кислого и вяжущего вкуса обладают противопаразитарными свойствами. Квашения капуста, приобретая кислые свойства, еще лучше уничтожают паразитов в организме. Полноценное питание, обеспечивающее организм витаминами С, Д, А может иметь при гельминтозах профилактическое значение.

Наш многолетний опыт дает право утверждать, что успех мероприятий по борьбе с гельминтозами в значительной степени зависит от желания и возможности самих людей вести здоровый образ жизни, уменьшающий вероятность инфицирования. Важной целью медико-санитарного просвещения является пропаганда здорового образа жизни и правила безопасного питания.

Таким образом, правильное питание позволяет восстановить в желудочно-кишечном тракте внутреннюю среду каждого отдела, нормализовать микрофлору, повысить иммунную защиту кишечника и всего организма. В здоровом пищеварительном тракте с его мощной защитой глистам нет места.

#### **Түйін**

Қазіргі уақытта гельминтоздар республикадағы аурулар арасында басты орынды алып отыр және барлық өңірлер үшін өзекті болып калуда.

#### **Summary**

Currently, helminth infections remain the leading position in the country among the most massive Diseases and remain relevant to virtually all regions of our country.

УДК 616-002.5:613.25

**К. АЛЬЖАНОВА, Д.К. КАЙДАРОВА, Д.Ж. СЕИТОВА, Г.Е. САРСЕНБАЕВА**

Департамент Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗРК

по Актыбинской области, г. Актобе

Областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Актобе

## ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

### Аннотация

По данным ученых мира, развивающееся от избыточного питания ожирение не только не улучшает состояние здоровья, а, наоборот, может усугублять туберкулезный процесс.

**Ключевые слова:** ожирение, лечебное питание, туберкулез.

Вопрос организации питания больных туберкулезом находится на постоянном контроле санитарно-эпидемиологической службы Актыбинской области и ему уделяется особое внимание. На контроле находятся 14 противотуберкулезных учреждения, в том числе областной противотуберкулезный диспансер, 5 районных противотуберкулезных больниц, 6 отделений при центральных районных больницах, детский костно-туберкулезный санаторий «Чайка» и санаторий «Берчогур» для взрослых.

Организация питания больных туберкулезом в 1999—2004 гг. не соответствовала требуемым параметрам санитарных норм и правил. Общая калорийность суточного рациона на одного больного в сутки составляла 2400—2600 ккал. В основном калорийность достигалась за счет продуктов, содержащих углеводы и жиры, где содержание белков было занижено. В среднем на питание одного больного выделялось от 120 до 150 тенге.

С принятием «Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005—2010 годы» и «Региональной программы усиления борьбы с туберкулезом на 2007—2010 годы по Актыбинской области» улучшился вопрос обеспечения материально-технической базы и питания противотуберкулезных учреждений. С 2007 года организовано 5—6-разовое питание больных туберкулезом, среднесуточная калорийность на одного больного составляет 2800—3000 ккал. Ассортимент питания разнообразен, в него включен весь перечень продуктов, рекомендуемый постановлением Правительства РК №. 128 от 26.01.2002 года «Об утверждении натуральных норм на питание и минимальных норм оснаще-

ния мягким инвентарем государственных организаций здравоохранения республики».

Лечебное питание больных туберкулезом направлено на повышение защитных сил организма, оно строится с учетом характера болезни, состояния органов пищеварения, сопутствующих заболеваний. Питание должно обеспечивать организм пищевыми веществами, необходимыми для покрытия повышенного распада белков, витаминов, чрезмерного расходования минеральных веществ, восстановления обмена жиров и углеводов.

На протяжении длительного периода в лечении туберкулеза господствовал принцип избыточного питания. Решающая роль при этом отводилась пище, богатой жирами. Однако, по данным ученых мира, развивающееся от избыточного питания ожирение не только не улучшает состояние здоровья, а, наоборот, может усугублять туберкулезный процесс.

Энергетическая ценность суточного рациона питания при обострении туберкулеза и соблюдении больными постельного режима должна составлять 10 467—10 886 кДж. Больному туберкулезом рекомендуется усиленное, но не чрезмерное питание. Белок — это главный строительный материал человеческого организма, он стимулирует энергетические и окислительные процессы, способствует усвоению организмом витаминов. Резкое ограничение белка в пищевом рационе способствует обострению туберкулезного процесса в организме. В рационе больных туберкулезом легкого количества белка должно составлять около 2 граммов на 1 кг веса, причем животных белков должно быть не менее 50—60% от общего количества белка в пищевом рационе. Чем тяжелее состояние больного, тем более полноценным

должен быть пищевой белок. В этих случаях следует, есть больше мяса, рыбы, сыра, творога, молока.

Организм больного туберкулезом плохо усваивает жиры. Поэтому чрезмерное употребление жиров ведет к ухудшению аппетита, а в результате этого к похудению больного. Среднее количество жиров в пищевом рационе в виде свежего сливочного масла не должно превышать 90—100 г в сутки, а у тяжелобольных 70-80 г в сутки.

Количество углеводов в пищевом рационе должно быть в пределах 400—500 г в сутки. Помимо белков и углеводов, имеет большое значение поступление в организм кальция и фосфора. Для этого в рацион нужно включать цветную капусту, молоко, свежий творог, помидоры, инжир. Для пополнения рациона питания витаминами рекомендуются свежие фрукты и овощи, соки, отвар шиповника. Необходимо разнообразное 5—6-разовое питание через каждые 2,5—3 часа. Для питья употреблять натуральные соки, кипяченую воду с лимоном, морсы, отвар шиповника, столовые минеральные воды. К числу распространенных методов диетотерапии при туберкулезе относится кумысолечение. Один литр кумыса из кобыльего молока обеспечивает организм 1633 кДж (390 ккал) и содержит белка 16 г, жиров 10 г, аскорбиновой кислоты - 90 мг. Рекомендуется назначать кумыс по одному стакану 5—6 раз в день. Данный метод лечебного питания внедрен во всех против туберкулезных учреждениях области, а в санатории «Берчогур» является одним приоритетных в укреплении и повышении иммунитета у переболевших туберкулезом. На базе данного санатория имеется мини-цех по производству кумыса.

Энергоценность рациона зависит от особенности течения туберкулеза, сопутствующих заболеваний, массы тела больного. При обострении болезни и постельном режиме достаточно 2300—2400 ккал в день, при полупостельном режиме —

2600- 2700 ккал, при реконвалесценции - 2800—3100 ккал. Для больных легочным туберкулезом с хроническим течением, особенно молодого возраста, при истощении в санаториях необходима диета, энергоценность которой на 15—20% выше физиологических норм.

При туберкулезе, особенно при лечении антибиотиками, повышается потребность в витаминах. Во избежание гиповитаминозов необходимо обогащение лечебного питания свежими овощами, фруктами, соками, отваром шиповника и другим.

В рацион должны входить витамины:

- А и его провитамин — каротин (ими богаты масло, сыр, яйца, печень, молоко, рыбий жир, морковь и различные ягоды; суточная доза составляет около 2—4 мг);

- В1, В2 (содержится в пивных дрожжах, яичных белках, мясе, рыбе, печени потребность — 3—5 мг в сут);

- С (нужно принимать длительное время и систематически, т.к. при туберкулезе запасы витамина С быстро истощаются).

Таким образом, правильная организация лечебного питания больных туберкулезом должна обеспечить: полноценное 5—6-разовое питание; повышение сопротивляемости организма к инфекции и уменьшение явлений интоксикации; нормализацию обмена веществ.

### **Түйін**

Дүниежүзілік ғалымдардың мәліметтері бойынша, артық тамактанудан болған семіздік денсаулықты жақсартпауымен қатар, туберкулез үдерісін күшейтуі мүмкін.

### **Summary**

According to the scientists of the world that develops from excessive power obesity not only improves health, but on the contrary, it may aggravate the tubercular process.

УДК 614.2+614.39-053.7:613.2/.8:616.1/.8-084:304.3(574.54)

**К.Т. МЫРЗАХМЕТОВ**

ГКП «Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни»,  
г. Кызылорда

## **ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Аннотация**

Здоровье каждого из нас — это не только личное благополучие, но и необходимое условие роста благосостояния и экономического могущества государства и является приоритетной задачей государства для обеспечения здорового генофонда, демографического прироста населения, подъема экономики и защиты страны, так как здоровое поколение государства — это залог его дальнейшего процветания.

**Ключевые слова:** формирование здорового образа жизни, молодежный центр здоровья, хронические неинфекционные заболевания.

В настоящее время одним из основных приоритетов Государственной программы «Саламатты Қазақстан» является формирование здорового образа жизни среди населения республики, укрепление и сохранение здоровья, профилактики заболеваний.

На сегодняшний день в Казахстане первое место по уровню заболеваемости и смертности занимают хронические неинфекционные заболевания, представляющие реальную угрозу для жизни и здоровья человека.

Учитывая, что большинство факторов риска являются следствием неправильного образа жизни человека, риск заболеваемости может быть снижен не за счет использования лекарственных препаратов и сложных методов лечения, преимущественно путем самостоятельных усилий, предпринимаемых человеком по формированию здорового образа жизни [1].

Ведь, здоровье, здоровый образ жизни — это непереносимое условие счастливой, продуктивной жизни, ответственное отношение к своему здоровью должно стать естественной внутренней потребностью человека.

Здоровье же не только природный дар, сколько плод собственных усилий человека. Сегодня, как никогда раньше, необходимо внушать людям желание стать здоровым, стимулировать стремление к здоровому образу жизни.

Задачей областного центра формирования здорового образа жизни является не вообще «Просветить человека», т.е. довести до него набор пра-

вил, а научить его рациональному поведению в конкретных условиях жизни, привить чувство ответственности за свое здоровье.

ВОЗ считает, что если бы все население придерживалось рекомендаций по здоровому образу жизни, то человечество имело бы такие достижения в показателях здоровья, которые можно сравнить с коренными социальными переменами в жизненном укладе людей и фундаментальными открытиями в медицинской науке.

Забота о здоровье своего народа является приоритетной задачей нашего государства. Огромный акцент делается на формирование здорового образа жизни, что предполагает улучшение показателей здоровья населения путем профилактики заболеваний, повышения уровня его санитарно-гигиенической грамотности и личной ответственности каждого за свое здоровье, утверждение в обществе принципов здорового образа жизни [2].

В целях реализации Стратегии «Казахстан - 2030», Национальной политики формирования здорового образа жизни населения, а также Постановления Правительства РК № 1678 от 3 декабря 1997 года приказом Кызылординского областного управления здравоохранения №39-Л. от 6 февраля 1998г. областной врачебно-физкультурный диспансер был реорганизован в Кызылординский областной центр проблем формирования здорового образа жизни.

За 15 лет службы наш Центр прошел путь от организации, насчитывающей не более 27 человек до разветвленной сети Службы ФЗОЖ во

всех 7 районах области с общим количеством более 60 специалистов. На сегодняшний день Кызылординский областной центр проблем формирования здорового образа жизни состоит из следующих отделов: отдел профилактических программ, образовательный отдел, организационно-методический отдел, врачебно-физкультурный отдел, отдел внебюджетных средств и административный отдел. Центр оснащен всем необходимым оборудованием использующим в области организации работы по укреплению и сохранению здоровья, профессиональными кадрами, категорияльность специалистов службы составляет 89%. Наши специалисты умеют креативно мыслить, творческий подход к работе с молодежью, прекрасно знают принципы общественного здравоохранения.

В целях обеспечения и активизации мер пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний среди населения нашим центром за 15 лет проделана огромная работа с применением инновационных форм деятельности (рисунок 1).

Областной центр формирования здорового образа жизни является координирующим центром в интеграции работы межведомственных организаций и осуществляет методическое руководство по обучению и подготовке специалистов по

формированию здорового образа жизни, тренеров и волонтеров, с использованием интерактивных методов обучения и проведения мастер-классов.

В целях оказания подросткам и молодежи медико-психосоциальной помощи, профилактики нежелательной беременности, анонимной консультативной помощи по проблемным вопросам подростков с апреля 2010 года на базе областного центра формирования здорового образа жизни создан и функционирует Молодежный центр здоровья «Мейірім», где оказывают консультации психолог, социолог, работа которого направлена на определение уровня осведомленности молодежи о различных заболеваниях и мерах профилактики, о вредных привычках, о пропаганде здорового образа жизни, чувства ответственности молодежи за свое здоровье и т.д, с целью дальнейшего мониторинга работы с молодежью. Также валеологи проводят различные интерактивные игры, тренинги, акции, семинары, дебаты и др.

Так в помощь МЦЗ «Мейірім», Решением Постановления Акимата Кызылординской области с сентября 2012 года созданы и функционируют 2 МЦЗ: МЦЗ «Шапағат» на базе городской поликлиники № 3, из состава 10 штатных единиц и МЦЗ «Үміт» расположенная на базе городской поликлиники № 6, из состава 5-ти штатных еди-

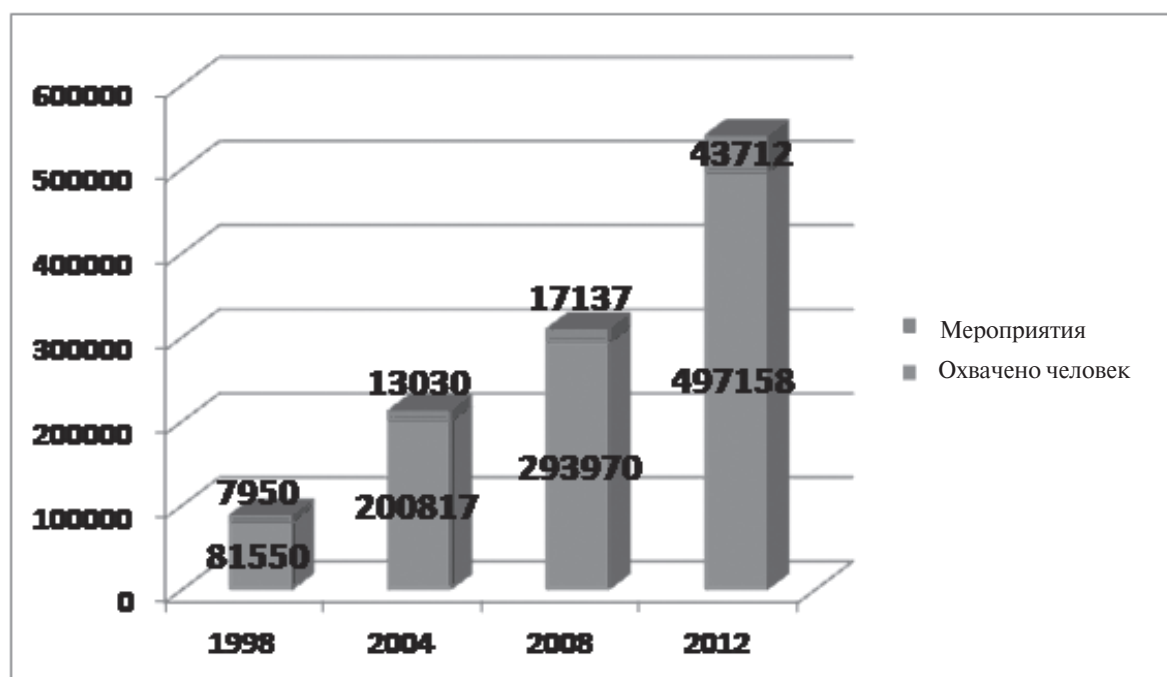


Рисунок 1 - Охват населения Кызылординской области мероприятиями по формированию здорового образа жизни с 1998- 2012 года.



Рисунок 2- Охват Молодежи МЦЗ «Мейірім»

ниц. В центрах круглосуточно работают телефоны доверия, где оказывают консультации квалифицированные психологи.

Также на базе Центра с 2010 года функционирует антитабачный кабинет, где оказывает консультации всем желающим бросить курить профессиональный психолог, работает телефон доверия. На сегодняшний день развита сеть антитабачных кабинетов на базах средне специальных образовательных учреждениях, в некоторых государственных организациях, так например тесно работают психологи противопожарных станций.

Усиление работы по профилактике курения среди населения с проведением широкомасштабных информационных компаний во время месячников и декадников по профилактике заболеваний, фактором риска которых является табакокурение с привлечением СМИ, неправительственного сектора способствовало снижению табакокурения по итогам 2012 года до 20,3% (в 2011 г – 20,8%), что подтверждается результатами опроса населения, а также данными скрининговых исследований – 11,8%.

По данным ВОЗ, здоровье человека на 50% зависит от образа жизни. Развитие большинства хронических неинфекционных заболеваний (болезни сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет и другие) связано с образом жизни человека. В этой связи становится важным формирование здорового образа жизни казахстанцев и развитие физической культуры [3].

Так, например, охват населения, занимающегося физической культурой и спортом за 2012

год составил 22,7% населения против 22,0% в сравнении с аналогичным периодом 2011г. Увеличению охвата населения способствовало развитие существующей и введение новой инфраструктуры для занятия физической активностью и спортом. Важным фактором явилось увеличение дворовых спортивных площадок на 71 ед., спортивных секций, открытие различных частных спортивных комплексов, что способствовало привлечению населения к физической активности, что подтверждается данными скрининговых исследований – 83,3% обследованных ежедневно занимаются физической культурой не менее 30 минут и данными социологических исследований.

В соответствии со статьей 155 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и в целях реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан», утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года № 1113, приказом министерства здравоохранения республики Казахстан № 145 от 16 марта 2011 года по республике проводится Национальная скрининговая программа. Основной целью проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения является выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

Служба формирования здорового образа жизни осуществляет мониторинг и анализ всех проведенных скрининговых осмотров совместно с профильными службами, внештатными специалистами с ежеквартальным предоставлением аналитического материала в Управление и Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни.

Так, с целью информирования населения о Национальной скрининговой программе выпущен и периодический транслируется по местным телерадиовещаниям аудио-видеоролик, изготовлены и развешаны на центральных улицах города и 7-ми районов области билборды, которые по мере необходимости обновляются, размещены в многолюдных местах (поликлиники, больницы, ЦОН, казпочта, казахтелеком, Ж/Д и автовокзалы, аэропорт, торговые центры и т.д) информационные пауки, световые роллеры, систематический тиражируются информационно-образовательные материалы.

В целях популяризации среди казахстанцев культуры формирования здорового образа жизни Службой формирования здорового образа жизни, с 1999 года ежегодно в сентябре месяце во всех регионах республики проводится «Фестиваль здоровья», который стал истинным Праздником Здоровья. Первый «Фестиваль здоровья» прошел в 1999 году под лозунгом «Здоровье для всех в XXI веке», целью которого было привлечение внимания общественности, всех слоев населения к движению за здоровый образ жизни (охвачено более 1 млн. человек). Пятый «Фестиваль здоровья» был организован в 2003 году под девизом: «Жизнь, движение, здоровье». Во всех регионах страны одновременно прошел «Час физической активности», охвативший более 4 млн. человек, что явилось беспрецедентным событием не только в Казахстане, но и в мире. Это событие зафиксировано как рекорд в «Книге Гиннеса».

Нашими партнерами являются республиканские, областные организации, ВУЗы, СУЗы, НПО которые работают в сфере охраны здоровья людей.

В 1998 году по инициативе Нашего Центра по области был внедрен проект ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья», куда вошли 3 школы области. Целью, данного проекта является достижение здорового образа жизни всего школьного сообщества. Для выполнения задач выстроена система информационной, ме-

тодологической и образовательной поддержки школ, участвующих в проекте. Данный проект получил хороший отклик со стороны системы образования и в 2002 году к проекту присоединилось еще 7 школ области и в целом по проекту ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья» в настоящее время работают 15 школ области.

Также при участии Нашего Центра с 2003 года вступил в проект ВОЗ «Здоровые университеты» Кызылординский государственный университет имени Коркыт Ата. Достижениями проекта являются республиканские, областные семинары, конференции, широкомасштабные акции, фестивали и форумы, а также многочисленные тренинги. Основным успехом в росте гражданской активности студенчества можно считать волонтерское молодежное движение в рамках данного проекта. В ряды устойчивых волонтеров ежегодно вступают около 100 студентов, выполняющих немало социально-значимых дел.

Наряду с данными проектами Наш Центр выступил инициатором внедрения в области проекта ВОЗ «Больницы, способствующие укреплению здоровья», направленное на максимальное приближение к нуждам пациентов и всего больничного сообщества, пересматривая при этом функции и роль больниц не только как место, где пациент принимает лечение, но и как источник современных профилактических и информационных методологий. Так в 2002 году в данный проект вошли Областной медицинский центр и областной онкологический центр. С опытом работы по организации системного подхода к вопросам формирования здорового образа жизни медицинские организации обмениваются на областных конференциях, с проведением мастер-классов и использованием новых методов и подходов. Одним из аспектов здорового образа жизни является пропаганда здорового питания среди населения и профилактика заболеваний, зависящих от питания.

Нездоровое питание в сочетании с недостаточной физической активностью является основными причинами хронических неинфекционных болезней – анемии, инфаркта миокарда, гипертонической болезни, инсульта, ожирения, сахарного диабета 2-го типа, остеопороза, рака и других «болезней цивилизации».

Уровень распространенности избыточной массы тела по Кызылординской области имеет тенденцию к снижению с 27,5 % в 2011 году до 22,8

% за аналогичный период 2012 года. Проведение широкой информационной кампании по профилактике избыточной массы тела, проведение семинаров, тренингов, лекций и бесед среди различных групп населения, размещение социального заказа по профилактике избыточной массы тела через пропаганду физической активности и принципов здорового питания для неправительственных организаций, выпуск и распространение печатного информационно-образовательного материала позволили незначительно снизить уровень избыточной массы тела. А также большой вклад к активизации и заинтересованности населения к массовым видам спорта, занятиям физической активности способствовало увеличение и разнообразие спортивных секций и новых спортивных комплексов.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Информационно-образовательный комплекс по профилактике хронических неинфекционных заболеваний «Уроки здоровья», - Алматы, 2011.- 16 с.

2 Черепанова – Альперович А.Л. Здоровое поколение – здоровая нация.- Павлодар, 2011.- 8 с.

3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010.- № 1113,- С 9.

#### Түйін

Денсаулық әрқайсымыз үшін жеке қуаттылық қана емес, мемлекеттің әлеуметтік, экономикалық денгейінің өсуіне ықпал етеді және денсаулықты сақтау мемлекеттің приоритетті міндеттері болып табылады. Өйткені дені сау ұрпақ – мемлекетіміздің одан әрі гүлденуінің кепілі

#### Summary

The health of each of us - it is not only personal well-being, but also a necessary condition for the growth of wealth and economic power of the state and is the priority task of the state to ensure a healthy gene pool, population growth, economic expansion and protection of the country as well as a healthy generation of the state - is the key to its continued prosperity.

УДК 613.2:371.7

**К. АЛЖАНОВА, Д.К. КАЙДАРОВА, Л.М. КАНАЛИНА, М.А. ЕСИМБАЕВ**

Департамент Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗРК по Актыобинской области г. Актобе

Областной центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Актобе

### ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ГОРЯЧЕГО ПИТАНИЯ ШКОЛЬНИКОВ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

#### Аннотация

В современном мире основные причины заболеваемости среди людей, в том числе в детском возрасте, связаны с неправильным питанием.

За последние 5 лет в области отмечается положительная динамика охвата школьников горячим питанием, удельный вес увеличился с 19,10 % в 2005 году до 84,0 % в 2009 году.

**Ключевые слова:** питания школьников, здравоохранения и образования.

В послании Главы государства народу Казахстана от 6 февраля 2008 года «Повышение благосостояния граждан Казахстана - главная цель государственной политики» пропаганда здорового образа жизни и профилактика заболеваний определены государственной важностью.

Именно в школьном возрасте наблюдается интенсивный рост и увеличение массы тела, ске-

лета и мускулатуры, глубокая нервно-эмоциональная перестройка, в связи с половым созреванием, возникают качественные изменения в нервной психической сфере.

Высокая скорость роста и постоянное увеличение информационной, психико- эмоциональной и умственной нагрузки у современного школьника требует постоянного поступления с

пищей достаточного количества пищевых веществ, особенно белка, витаминов и микроэлементов. В этой связи полноценное питание школьников – это обязательный элемент образовательного процесса и базовый факт, определяющий качество освоения школьных программ, а также основа здорового подрастающего поколения и необходимое условие для полноценного физического и умственного развития.

В современном мире основные причины заболеваемости среди людей, в том числе в детском возрасте, связаны с неправильным питанием. Становится очевидным, что нарушения органов пищеварения, анемия, близорукость и невращение приобретают статус «школьных болезней». К моменту окончания школы 1/3 дети страдают хроническими болезнями. Лучше стала просматриваться и тенденция увеличения числа детей и подростков с избыточной массой тела.

Указанные отклонения в физическом развитии и состоянии здоровья дети обусловлены совокупностью рисков – это и неполноценное питание, и нерегулярный прием пищи, и нарушение режима питания, и снижение физической активности в условиях возросшей учебной нагрузки.

В целях улучшения качества питания, его рациональности и сбалансированности в общеобразовательных организациях санитарной службой области осуществляется постоянный контроль за расширением ассортимента и качества реализуемой продукции, включение в меню кисломолочной продукции, блюд из творога, овощей и фруктов. Одним из важных способов удовлетворения суточной потребности растущего организма в незаменимых пищевых веществах является горячим питанием школьников.

В области на учете санитарной службы состоят 453 школы и 10 школ-интернатов.

За последние 5 лет в области отмечается положительная динамика охвата школьников горячим питанием, удельный вес увеличился с 19,10 % в 2005 году до 84,0 % в 2009 году.

В 2009 году в области введена система бесплатного горячего питания учащихся начальных классов. Одновременно создана межведомственная комиссия по мониторингу организации школьного питания, в том числе ассортимента, качества и безопасности поставляемого сырья и

пищевых продуктов для питания обучающихся, воспитанников организаций образования области. В состав данной комиссии входят специалисты санитарной службы, управления образования, департамента по защите прав детей.

До 2010 года показатель охвата учащихся горячим питанием был введен в систему рейтинговой оценки деятельности главных санитарных врачей области. С целью увеличения охвата горячим питанием разработаны региональная программа «Школьное питание» и ее планы реализации до 2011 года. Проводится работа по оснащению технологическим и холодильным оборудованием, технической модернизации школьных столовых. Так, столовые школ г. Актобе, г. Алга, г. Хромтау, г. Шалкар, Кургалинского района значительно улучшили качество питания: расширился ассортимент реализуемых блюд несоответствующей продукции не обнаружено.

В результате проведенной работы увеличился охват горячим питанием детей из многодетных и малообеспеченных семей. По итогам 2009 года охват бесплатным горячим питанием детей из многодетных семей составлял 96,5 %, а на конец 2009/ 2010 учебного года данный показатель достиг 100%.

В целом, вопрос обеспечения школьников качественным питанием является приоритетным в деятельности органов здравоохранения и образования, он постоянно анализируется и обсуждается на совещаниях различного уровня: коллегиях управления образования и санитарно-эпидемиологической службы, педагогических советах организаций образования, заседаниях попечительских советов.

#### **Түйін**

Қазіргі уақыттағы адамдар арасындағы, соның ішінде балалардың жасындағы аурушандылықтың басты себебі дұрыс тамақтанбаумен байланысты.

Соңғы 5-жылда облыстарда мектеп оқушыларын ыстық тағаммен қамту байқалуда, меншікті салмағы 2005 жылы 19,10 пайыздан, 2009 жылы 84,0 пайызға көбейген.

#### **Summary**

In today's world, the major causes of morbidity in humans, including in childhood are associated with malnutrition.

Over the last 5 years in the field of the positive dynamics of coverage schoolchildren with hot meals, the share increased from 19.10% in 2005 to 84.0% in 2009.

УДК 616.379-008.64-06:617.586

**Р.Ш. НУРАЛИН**

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

## **АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В г. АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

### **Аннотация**

Проведен анализ, оценка общественного мнения об организации медицинской помощи больным с синдромом диабетической стопы в г. Алматы и Алматинской области. В результате выявлена картина информированности о данной проблеме, предложены пути совершенствования организации профилактической помощи.

**Ключевые слова:** синдром диабетической стопы, общественное мнение, профилактика.

В настоящее время сахарный диабет (СД) и её осложнения остаются одними из самых актуальных проблем теоретической и практической медицины. Во всем мире синдромом диабетической стопы (СДС) страдает более 20 млн. человек. По данным статистики, 50—70% общего количества выполненных ампутаций нижних конечностей приходится на долю больных сахарным диабетом. В 2012 году в Казахстане было зарегистрировано 4666 пациента с СДС из них у 1021 была сделана ампутация нижней конечности. Например, в России на 1000 больных с данной патологией приходится 6,7-8,9 ампутаций.

**Целью исследования** являлось анализ, оценка общественного мнения и информированности об организации медицинской помощи больным с СДС в г. Алматы и Алматинской области.

**Материалы и методы.** Был проведен анализ результатов разработанных нами анкет-опросников (40 вопросов), как у пациентов с СДС (n=153), получавших лечение с января 2011 по декабрь 2012 года, так и у практически здоровых лиц (n=309) проживающих на территории г. Алматы и Алматинской области, в том числе медицинские работники. Значения отдельных компонентов качества жизни и лечения, рассчитывались, суммируя балльные оценки соответствующих вопросов анкеты. Для практически здоровых лиц проживающих на территории г. Алматы и Алматинской области использовали универсальный модуль опросника, исключая вопрос восприятия процесса лечения и его последствий.

**Результаты и их обсуждения.** Проведенный анализ собственных исследований, к сожалению, выявил низкую информированность по данному

вопросу не только практически здорового населения г. Алматы и Алматинской области, но и медицинских работников.

По результатам проведенного анализа относительно информированности в вопросах профилактики, лечения и прогноза СДС сформировались основные десять десептативных утверждений, слухов и даже фабул относительно синдрома диабетической стопы, которые мы приводим, а также попытаемся опровергнуть в данной публикации.

**1.** Всем больным СД рано или поздно грозит развитие СДС - 206 (44,58%) участника опроса. Нет - при правильном уходе за стопами это невозможно. Существующие сегодня профилактические комплексы позволяют существенно снизить повреждения нижних конечностей при СД.

**2.** Все проблемы с ногами при СД связаны с поражением сосудов - 364 (78,8%) опрошенных. Неверно, только у одной трети пациентов с СД выявляются опасно значимые изменения кровотока в нижних конечностях, связанные с сужением и непроходимостью артерий ног. Чтобы правильно выбрать тактику лечения и прогнозировать вероятность заживления раны. Необходимо полноценно провести исследование артерий нижних конечностей (ультразвуковые методы, компьютерная томография, ангиография и пр.).

**3.** Даже если язва заживет, все равно будут рецидивы, лучше ампутировать, чтобы не обрекать больного на лишние страдания - 194 (41,9%) анкетированных. Неправда — существующие сегодня меры профилактики позволяют избежать рецидива трофической язвы. Проведенные исследования показали, что 5-летняя выживаемость

после высокой ампутации (на уровне бедра) составляет менее 50%.

4. Рана после малой ампутации (на уровне стопы) заживает крайне медленно - 291 (62,9%). Данная проблема возникает только у 10-15% пациентов с выраженным нарушением кровотока нижних конечностей. Но применение хирургических эндоваскулярных и клеточных технологий по улучшению кровоснабжения нижних конечностей, позволяет сохранить конечность большинству больных с СДС, приговоренных к ампутации. Также следует помнить, что одной из причин плохого заживления - неправильное ведение раны.

5. Безуспешность лечения СДС («рано или поздно все равно придется ампутировать ногу») - 393 (85,06%) опрошенных. В реальности, разработанные на сегодняшний день современные методики лечения СДС, а также новые нанотехнологические и клеточные технологии позволяют заживить трофические язвы, гнойно-некротические осложнения при СД у 70-90 % больных.

6. При СДС распространение инфекции происходит молниеносно (как при газовой гангрене), поэтому необходимо ампутировать в срочном порядке - 175 (37,8%) опрошенных. С учетом особенностей организма при СД, а также нынешнего развития фармации и фармакотерапии такое случается крайне редко. Наличие мощных антибиотиков, антибактериальных препаратов и современных средств, для лечения сепсиса, позволяют в короткие сроки купировать острое воспалительное состояние. Перевести влажную гангрену в сухую и обойтись без «высокой» ампутации. Даже при наличии газовой гангрены нижней конечности она успешно лечится без ампутаций (с помощью широких лампасных разрезов).

7. Современное лечение СДС дорого, а ампутируют бесплатно - 324 (70,12%). В реальности - лечение СДС без ампутации у большинства больных не только возможно, но и экономически эффективно. Например, в России прямые расходы на 1 ампутацию составляют 1200 долларов США (по оценке 2000г.). В Европе и США стоимость ампутации - 8000 - 25000 дол. США (Международная рабочая группа по диабетической стопе, 2000г.). Часто лечение сохраняющее конечность обходится намного дешевле. А если посчитать не прямые расходы, связанные с послеоперационным периодом, а также социальные

вопросы, сопутствующие процессу длительного лечения, возвращения к трудовой деятельности, оформления инвалидности и пр. То затраты увеличиваются в несколько раз, не говоря о психологической и моральной травме нанесенной пациенту в результате ампутации.

8. Синдром диабетической стопы неизлечимое состояние - 239 (51,73%) опрошенных. Как показывает опыт, в подавляющем большинстве случаев, это осложнение СД излечимо. При условии соблюдения существующих общепринятых, основополагающих принципов лечения этого синдрома. Выполнение всех «аксиом» гнойной хирургии в лечении СДС вот залог успеха.

9. Ампутация является закономерным исходом лечения СДС - 319 (69,04%). В реальности современные методы, позволяющие успешно лечить это осложнение СД, могут применяться не только (и не столько) в научных центрах, но и в практическом здравоохранении. Внедрение этих методов требует преодоления ряда трудностей. Для этого необходим энтузиазм и согласованные действия всех врачей, занимающихся лечением поражений нижних конечностей при СД. Например, многих врачей приходится убеждать, что ампутация - это поражение в терапии, а не исход лечения.

10. В Казахстане нет условий для лечения СДС - 387 (83,76%) опрошенных. На данный момент в Республике Казахстан в каждом городском и областном центре работают кабинеты «Диабетическая стопа». Разрабатываются и внедряются уникальные методики лечения данной патологии, основанные на патогенетическом понимании развития данного заболевания, которые позволяют купировать воспалительный процесс при тяжелых гнойно-некротических осложнениях и в последующем привести к их заживлению. Применяя инновационные методики терапии сохранить ногу большинству пациентов СДС - это реальность, а не миф.

#### **Выводы:**

1. Проведенные исследования общественного мнения в г. Алматы и Алматинской области выявили слабую осведомленность об истинной картине в лечении и профилактике СДС как среди пациентов и практически здоровых лиц, так и среди медицинских работников - 62,56%.

2. Для решения создавшейся ситуации необходимо внедрение системного подхода в организации профилактической помощи больным с

СДС с единой системой мониторинга, мультидисциплинарного подхода к лечению и профилактике СДС, формирования навыков здорового образа жизни и единой информационно-коммуникативной системы профилактики СДС.

3. Таким образом, все выше приведенные аргументы можно объединить одной фразой: современные эффективные медицинские технологии, которые используются в медицине, могут и должны применяться для лечения СДС, в комплексе с полноценной профилактикой, и обучением

пациентов, что в итоге позволит повысить эффективность профилактической помощи пациентам с СДС в Республике Казахстан.

#### Summary

The analysis, assessment of public opinion on the organization of medical care for patients with diabetic foot syndrome in the city of Almaty and Almaty region. In the result, a picture of awareness of the problem and the ways of improving the organization of preventive care.

ӘОЖ 616.71-007.234-053.8/9:303

**Р.Ш. ШАКИЕВА, А.Н. ҚОЖАХМЕТОВА, А.Б. БЕРДІҒАЛИЕВ, Г.Х. ХАСЕНОВА, Д.А. СУКЕНОВА, Г.Б. БЕКТУРАРОВА, Н. АБЛАЙХАНОВА, Ж. РЫСТЫГУЛОВА**

Қазақ тағамтану академиясы, Алматы қаласы

С.Ж. Асфендияров Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті, Алматы қаласы

### АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ 40-ЖАСТАН ЖОҒАРЫ ТҮРҒЫНДАР АРАСЫНДА ОСТЕОПОРОЗ АУРУЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

#### Түсініктеме

Алматы облысы тұрғындары арасындағы остеопороз таралуының тағаммен байланысын гигиеналық бағалау болып табылды.

**Түйін сөздер:** остеопороз, сынық қаупі, жұқпалы емес аурулар.

Остеопороз – сүйек тіні тығыздығының бұзылуы және сүйек салмағының төмендеуі себебінен, сүйекке аздаған жүктеме түскенде сынғыштығымен сипатталатын қаңқаның жүйелі ауруы. Остеопороз организмге кальцийдің және басқа да минералдық заттектердің жеткілікті түспеуінен, өсу гормоны мен паратгормон, тестостерон (ерлерде), эстроген (әйелдерде) сияқты кейбір гормондардың аз өндірілуінен туындайды. Остеопороз кезіндегі әйелдердегі сынық қаупі 45-55%, ерлерде - 14- 22%. Көп жағдайда омыртқаның, сан сүйегінің ұршық мойны не білезік сүйек сынығы кездеседі. Ұршық мойны сынған наукастардың 30%-ы 6 ай көлемінде өлім жағдайына ұшырайды. Сүйек тінінің бұзылуы мен қайта қалпына келу үрдісі көбінесе 40 жасқа дейін орнықты жүріп, кейін сүйек тінінің қалыптасуынан гөрі бұзылуы басымдау болады,

нәтижесінде сүйек массасы біртіндеп баяу жоғала бастайды. Әсіресе әйелдерде 40 жасан кейін эстроген гормонының азаюымен тікелей байланысты. Жұқпалы емес аурулар арасында (жүрек -қан тамыр, онкологиялық патология, қант диабеті) маңыздылығы бойынша остеопороз төртінші орында кездеседі.

Қаңқадағы сүйектің минералдық массасын және тығыздығын анықтау үшін инвазивті емес зерттеу әдістері кеңінен қолданылады. Заманауи денситометрлермен сүйектің минералдық тығыздығының көрсеткіші бірден нормативтермен салыстырылып, жеке мәннің орта жастағы (Z-критерий) қалыптыдан және жынысына байланысты (T- критерий) пиктік сүйек массасынан ауытқуы есептелінеді, сонымен қатар орта статистикалық көрсеткіштен қалыпты ауытқу деңгейі анықталады.

Біздің зерттеу материалымызға Алматы облысының (Қаскелен, Ұзынағаш, Жаркент аудандары) 40-85 жас аралығындағы 100 тұрғындардан алынды.

**Жұмыс мақсаты:** Алматы облысы тұрғындары арасындағы остеопороз таралуының тағаммен байланысын гигиеналық бағалау болып табылды.

Зерттеу барысында қолданылған әдістер:

1. 24 сағаттық тамақтануды еске түсіру әдісімен 1 тәуліктегі тұтынатын тағам түрлері анықталды (нақты тағамды еске түсіру үшін арнайы альбомдар қолданылды)

2. Тағамның химиялық құрамы Скурихин бойынша базаға енгізілген SPSS – компьютерлік бағдарламасында статистикалық жолмен өңделіп, микроэлементтер мөлшері анықталды

3. Ультрадыбысты Остеоденситометр (SONOST 3000) аппараты арқылы тобық сүйектің минералды тығыздығы анықталды.

Зерттеуге алынғандардың азық-түліктерді тұтыну деңгейін бағалауда остеопороз туындауындағы маңызды кальций, фосфор, магний т.б. тағамдық нутриенттердің шектеулі түсетіндігі белгілі болды. Сүйек мықтылығы мен бекемдігін қалыптастыратын сүт тәуліктік қажеттіліктің 81%, басқа да ашыған сүт өнімдерінің 12-20% құрады.

Алматы облысының тұрғындары республиканың басқа өңірлеріне қарағанда ауасы таза таулы, жайылымы мол, мал шаруашылығына қолайлы аймақта тұрғанымен, остеопороз туындауында маңызды тағам түрлерін жеткілікті қолданбауы әлеуметтік жағдайлармен де байланысты. УДЗ-денситометр (SONOST 3000) бойынша сүйектің минералдық тығыздығының нәтижесіне сүйенсек, остеопорозға шалдыққандар 42%, остеопения 50%, қалыптысы 8% анықталды. 40 жастан бастап остеопороз алды жағдай остеопения сатысында 40-49 жастағы тұрғындар 65,4%, егде жа-

стағы 50-59 жас арасында 60%, жас ұлғайған қарттар арасында 37,5% көрсетті. Ал остеопороз жасы ұлғайғандар арасында 50%-ға жеткенін көруге болады. Осы остеопения сатысындағы анықталған тұрғындар арасында республика көлемінде остеопороздың кешенді алдын алу мен кең көлемде скринингтік зерттеулермен дер кезінде емдік шараларын жүргізу аса маңызды. Остеопения сатысында алдын алуға жұмсалған емшаралар мен экономикалық қаржылай шығын остеопороздан кейінгі асқынулар шығынынан әлдеқайда төмен болады.

**Қорытынды:** Зерттелушілер арасында остеопороз 60-тан жоғары жас аралығында 50% анықталуы тиімді тамақтану дағдыларын ұстанбау мен жас келе қимыл қозғалыстың азаюы, кальций сінімділігіне кедергі келтіретін кейбір факторлардың орын алуымен түсіндіріледі. Өмір сүру ұзақтығын арттыру мақсатында 40-жастан жоғары тұрғындардың салауатты тамақтану ұстындары мен остеопороз жөнінде ақпараттану деңгейін жоғарылататын үгіт-насихат жұмыстарын жүргізу; картаюмен байланысты аурулардың алдын алу үшін емдік және тиімді тамақтануды қадағалау; кальцийдің сінуіне кедергі жасайтын: кофе, ас тұзын тұтынуды шектеу; темекіден, алкогольден бас тарту өмір сүрудің ұзақтығын жоғарылатуда, дұрыс тамақтанбаудан туындайтын аурушылдық пен өлім-жітімнің көрсеткішін азайтатын маңызды фактор болып табылады.

#### Резюме

Распространение остеопороза среди населения Алматинской области является гигиенической оценкой связанной с пищей.

#### Summary

The prevalence of osteoporosis among the population of Almaty region is related to the evaluation of hygienic food.

УДК 616-008.6:613.2-056.8

**С. К. СЫРЛЫБАЕВА, Ш.Д. ӨСКЕНБАЕВА**

№ 6 қалалық емхана, Алматы қаласы

## МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМ ЖӘНЕ ТАМАҚТАНУ

### Түсініктеме

Мақалада метаболикалық синдромның - МС пайда болуында себепшілердің қатарында болатын басқаруға ықтимал қауіп қатер факторлары: дұрыс тамақтанбау, дене салмағы артықтығы – ДСА, дене қимыл белсенділігінің төмендігі – ДҚБТ туралы айтылады.

**Түйін сөздер:** метаболикалық синдром - МС, семіздік, инсулинге тұрақтылық – ИТ, тамақтану, скринингтік байқаулар, қауіп қатер факторлары.

Метаболикалық синдром (МС) дегеніміз – бір-бірімен тығыз байланысты жүретін көмірсулар мен май алмасу процестерінің, қан қысымын реттеу жүйесі мен эндотелий функциясының бұзылу кешені екені белгілі. Оның негізі – тіндердің инсулинге деген сезімталдығының азаюы, яғни ағзада инсулинге тұрақтылық (ИТ) пен компенсаторлы гиперинсулинемияның (ГИ) пайда болуы [1].

ИТ-тың бастапқы себебі – абдоминалдық семіздік, құрсақты май басу. МС-ды емдеудегі негізгі мақсат – онымен сабақтас аурулардың пайда болу қаупін азайту болып табылады. Семіздік ИТ-тың пайда болуының негізгі патогенетикалық факторларының бірі болғандықтан, МС-ды емдеуде метаболикалық ауытқуларды қалыпқа келтіру мен семіздіктің айқындылығын азайтуға бағытталған шараларға көп көңіл бөлінуі керек. Семіздікті дәрі-дәрмексіз емдеудегі негізгі позициялар: тамақтануды реттеу мен дене қимыл белсенділігін арттыру болып табылады [2,3,4].

Тамақтануды реттеудегі бірінші мақсат – рационалды-теңгерімдік тамақтануды ұстану, яғни мерзімдік тамақ мөлшері мен құрамын сақтау. Тағам құрамының тәуліктік калориясы – таңертеңгілік аста – 25% –ды,

II таңертеңгілік аста – 10%, түскі аста – 35%, бесінді аста – 10%, кешкі аста – 20% –ды құрауы тиіс екендігі белгілі.

Тағам үлесінде майлардың мөлшері – 25-30% –ды құрап, оның 8-10% –ын қаныққан майлар, яғни жануарлар майлары: сары май, тұндырылған май, мал, құс еттері, шұжық өнімдері, сүтті тағамдар, ал қалғанын қанықпаған, холестерині жоқ, өсімдік майлары құрағаны жөн. Сонымен қатар, тұрғындарды тамақтануда тағам мөлшері мен құрамын сақтауға ғана емес, тағамды өңдеу мен дайындауда, қуырып емес булап пісіру, кай-

нату, салаттарды майонезбен емес, калориясы аз ас қатықтарымен араластыруды үйретіп, үгіттеген дұрыс. Тағам үлесіндегі қиын өңделетін көмірсуларға – нан, нанөнімдері, макарондар, көкөністер, жеміс-жидектер жатады. Олардың тағамдағы тәуліктік калориясы – 55-60% –ды құрайды.

Тенгерімдік тамақтануда тағамдағы нәруыздар ағзаның энергетикалық қажеттігінің 15% –ын өтеуі тиіс. Нәруыздардың тәуліктік қажеттігін 400г. майлы емес тағамдар – сүзбе, балық, ет құрайды. Бірақ, жануарлық нәруыздарда май мөлшері жоғары. Ал өсімдіктік нәруыздар (соя, бұршақ, лобия, саңырауқұлақтар) тағамдық талшықтарға бай. Сондықтан, өсімдіктік нәруыздар барлық қажетті нәруыздардың 1/3 бөлігін құрағаны абзал. Бұл тағамның калориясын азайтып, ағзадағы балласты заттардың мөлшерін ұлғайтып, асқазанды толтырып, тамаққа тою сезімін тудырады және ішек-қарын жұмысын жақсартады. Нәруыздарға бай тағамдардан еттің майлы емес сорттары, балықтар, құстардың ақ еттері, майлы емес сүт тағамдары, сүзбе, ірімшіктер, бұршақтар мен саңырауқұлақтарды қолдану дұрыс.

Екінші мақсат – тамақтану мерзімінің ретін сақтау (3 негізгі және 2 аралық тамақ қабылдау мерзімдері). Бұл мақсаттар артық салмақты азайту бағдарламасының негіздерін құрайды [4,5].

Артық салмақты азайтуда диеталық емдеумен қатар дене қимыл белсенділігін арттыруға бағытталған шаралар да жүргізілуі тиіс. Орташа қалыптағы мөлшерлі жаттығулар жүктемесі ұзақ уақыт, 35-40 минут және үнемі, жетісіне 3-5 рет орындалуы керек. ИТ-тың пайда болу механизмінде дене қимыл белсенділігінің ролі ерекше. Қысқа мерзімдегі гиподинамияның өзі ИТ-тың пайда болуына әкеліп соғады. Ал егер физикалық

жаттығулар жүктемесі ұзақ уақытқа тиылса, пайда болған ИТ бұлшықет тіндерінде липидтердің шоғырлануын өршітіп, қанның липидтік спектрін бұзып (дислипидемия), ағзада қайта қалпына келмейтін өзгерістердің, яғни МС-семіздіктің, қан қысымының жоғарылауы – артериялы гипертонияның (АГ), жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) пайда болуына әкеліп соғады. Бұл фактілер осы заманғы өмір салтының, дене қимыл белсенділігі аздығының, яғни гиподинамияның ИТ-ты қалыптастыратындығының дәлелі. [4].

Денсаулықты сақтау мен дамытудың 2011-2015жж. арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасын іске асыру барысында ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің 16.03.2011ж. №145 бұйрығына орай қалалық емханаларда (ҚЕ) 2012 жылы жүргізілген әртүрлі жастағы (18 жас, 25 пен 64 жас, 2 жастық аралықпен) тұрғындарды алдын ала медициналық тексеруден скринингтік әдіспен өткізу нәтижесі бойынша:

Скринингтік медициналық тексеруден өткен 12 332 тұрғынның ішіндегі 5 382 (70,5%) әйелдің (барлығы 7 638 әйел қаралған) және 3 968 (84,5%) еркектің (барлығы 4 694 еркек қаралған) бел ауқым мөлшері қалыптағыдай, яғни әйелдерде 80 см-ге дейін, еркектерде 94 см-ге дейін деп анықталса, 2 256 әйелде (29,5%) 80 см-ден артық, 726 еркекте (15,5%) 94 см-ден артық болды, яғни 2 982 тұрғында (24,2%) абдоминалдық семіздік байқалған.

Кетле Индексі - 4 847 әйелде 25-ке дейін (63,5%), 2 148-інде 25-30 аралығында (28,1%), 643-інде 30-дан жоғары (8,4%), ал еркектерде 3 265-інде 25-ке дейін (69,6%), 1 320-ында 25-30 аралығында (28,1%), 109-да 30-дан жоғары (2,3%) деп анықталды.

Кесте бойынша ДСА (дене салмағы артықтар) - 21,14% бен ДҚБТ (дене қимыл белсенділігі төмендер) – 14,14%-ды құрады.

Ал ДСА - дене салмағының артықтығы, егер-

де ол ағзадағы қандай да бір аурулармен байланысты болмаса, көбінесе дұрыс емес, артық тамақтану нәтижесінен, ағзаға энергияның түсуі мен энергияның жұмсалудағы теңсіздіктен, ДҚБТ-гінен пайда болатыны мәлім.

Олай болса, ДСА мен ДҚБТ-гі басқаруға ықтимал қауіп-қатер факторлары болып табылады және МС-мен сабақтас аурулардың пайда болу қаупін азайтуда, емдеуде профилактикалық шараларды жүргізудің инновациялық әдістерін (дұрыс теңгерімді тамақтану туралы, ДҚБ-гін арттыру, тағам мен сусындар маркетингін қадағалау туралы білім мен ақпараттарды тарату) қолдануды қажет етеді.

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Reaven G. M. Diabetology.-1995.-P.3-13.
2. Казека Г.Р. Метаболический синдром.- Новосибирск, 2000.- С.10.
3. Метельская В.А. Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2003.-№2,- С.16-19.
4. Sheridan D.G. Cardiology.- 1996.-P.17-19.
5. Т.Ш. Шарманов Алиментарные аспекты проблемы профилактики хронических неинфекционных болезней в Казахстане. Ж. «Тамақтану және денсаулық» 2009.- №2(78), С.9-10.

#### Резюме

Выявление и проведение профилактических мероприятий с целью уменьшения и устранения управляемых факторов риска, таких как нерациональное, несбалансированное питание, нарушение пищевого поведения населения, низкая физическая активность – НФА, приводящие к развитию избыточной массы тела – ИМТ, ожирению, является одним из немедикаментозных методов лечения заболеваний, способствующих к развитию МС.

#### Summary

Exposure and realization of preventive events with purpose of decreasing and even elimination of controllable risk factors, such as, irrational, unbalanced nutrition, violation of eating behavior inside of population, low physical activity, in consequence of it many people with excess weight, getting fat, this is not the method of medicament treatment. Sickness, which is conductive to development of metabolic syndrome.

Кесте – 1 18-64 жас аралығындағы Алматы қаласы тұрғындары арасында 2012 ж. бойынша алдын ала скринингтік медициналық тексерудің нәтижелері бойынша анықталған қауіп қатер факторлары (ДСА мен ДҚБТ)

Алдын ала медициналық тексеруден өтетіндер саны жоспар бойынша	Алдын ала медициналық тексеруден өткендер саны/% орындалуы бойынша	Дені саулар		Қауіп - қатер факторлары анықталғандар			
		Абс. саны	%	ДСА-дене салмағы артықтар		ДҚБТ-дене қимыл белсенділігі төмендер	
				Абс.саны	%	Абс.саны	%
11 957	12 332/103,1	9 718	78,80%	2 607	21,14%	1 744	14,14%

УДК 616.89-053.7:614.29:355.211.1(574.21)

**Т.Г. ШАПОВАЛОВА**

Центральная районная больница, г. Костанай

## АНАЛИЗ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ

### Аннотация

В статье рассматриваются состояния здоровья молодежи призывного возраста Костанайской области.

**Ключевые слова** Психическое состояние, военно-врачебная экспертиза, призывники.

Экспертиза психического состояния призывников и военнослужащих является одной из важнейших задач, направленных на комплектование воинского контингента психически здоровыми людьми [1]. Основной задачей при проведении военно-врачебной экспертизы является определение психического состояния призывников в целях жизненных сил лиц, негодных к военной службе, и определение степени годности к военной службе военнослужащих, у которых в период прохождения возникли психические расстройства.

При оценке психического состояния испытуемых, наряду с клинико-психопатологическим исследованием, обязательным является клиническое наблюдение за экспертными в динамике, экспериментально-психологическое, электрофизиологическое, рентгенологическое и др. с привлечением консультантов по смежным специальностям.

При вынесении решений о годности к военной службе эксперты руководствуются Законом Республики Казахстан “О воинской обязанности и воинской службе” [2].

Анализ проводился на изучении 2250 испытуемых, поступивших на военно-врачебную экспертизу в период 2011-2012г.г. Из числа обследуемых 2213 призывников, 37 – военнослужащих.

Из числа призывников. Прошедших военно-врачебную экспертизу в 1540 случаях подтвердился диагноз психического нарушения, что составило 70 % от числа обследуемых.

Многочисленную группу составили обследуемые с органическими расстройствами личности (59%) точными являются патологии головного мозга, проявляющиеся нарушениями в когнитивной и интеллектуально-мнестической сфере,

нопри этом не достигается грубых выраженных нарушений в сфере интеллекта, памяти и критических способностей.

Вторую большую группу составили обследуемые с расстройством личности и поведения (психопатия)- 21%.

Третью группу (20%) составили легкая умственная отсталость (17.5%), эпилепсия, (2%), шизофрения(0.5%). 30% из числа прошедших военно-врачебную экспертизу признаны здоровыми(672чел) Существенный интерес представляют 37 военнослужащих, т.к. Данный контингент, будучи призван в армию, считается психически здоровым. Все они призывались от отделов по делам обороны различных регионов Казахстана, исключая Костанайский. Основной причиной направления на военно-врачебную экспертизу послужили: невротические реакции (42%), аффективные колебания настроения. (24%)-в том числе суицидальная настроенность, жалобы астенического круга(34%). В результате обследования психиатрический диагноз подтвердился в 29 случаях [3].

Таким образом, проведенное исследование выявило особенности клинико-психологических, психологических характеристик, связанных с отношением к военной службе.

Подростковой службой больницы ведется ежегодный отбор “группы риска” среди учащихся общеобразовательных школ и средних специальных учебных заведений. В дальнейшем они наблюдаются, проводится профилактическая работа и психологическая коррекция. Одной из целей этой работы является достижение уровня психического здоровья, позволяющего нести службу в Вооруженных силах Республики Казахстан.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Журнал Неврология и психиатрия Костанай, №8 2008.
- 2 Журнал “Психиатрия и психофармакотерапия” №4 от 2007.
- 3 Специализированное приложение “Эскулап” № 9, 10 2008.

#### Түйін

Бұл мақалада Қостанай облысының әскерге баратын балалардың денсаулығы қарастырылған.

#### Summary

This paper discusses the health of young people of military age in Kostanai region.

УДК 159.922.3:613.86-053.5/6

**П.Ф. ВАЛУЙСКИХ, Т.Г. ШАПОВАЛОВА, Л.Ю. ИНЮТИНА, Р.Т. ЗАКИРОВА**

Центральная районная больница, г. Костанай

### ЗНАЧИМОСТЬ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

#### Аннотация

В статье рассматриваются значимость социально- психологических особенностей для детей подросткового возраста.

**Ключевые слова** Дети и подростки, бытовые условия, подростковый возраст.

Актуальность определяется тем, что в подростковом возрасте происходит формирование особенностей на уровне личностных и физиологических характеристик. В настоящее время на детей этого возраста оказывается воздействие мощных информационных потоков, что, возможно, отрицательно воздействует на психику. Психосоматические тенденции в медицине определяют возможность развития на этом фоне различных соматических заболеваний, а значит снижение уровня их здоровья. При этом организм формируется в условиях неблагоприятных факторов экологической обстановки, что также может сказываться на биологических процессах, а значит, может приводить к нарушению течения подросткового периода [1].

Проведено исследование социально-психологических условий детей подросткового возраста на основе анкетирования с включением вопросов: материально-бытовых условий, внутрисемейных отношений, отношений в школе, со сверстниками, употребление алкоголя, курения, источников информации о сексе, наиболее значимых ценностей и др. [2].

Анализ данных показал, что материально-бытовые условия подростков, по их мнению, удовлетворительные. Большинство подростков

оценивают внутрисемейные отношения по 3 балльной системе, как удовлетворительные. Достаточно значимым оказался процент курения членов семьи у опрошенных детей. Отношения сверстниками, по мнению подростков, оказались практически в равных соотношениях: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Большинство школьников считают, что посещают школу по необходимости. Источником информации о сексе большинство подростков определили своих сверстников и официально пропагандистские сообщения в школе, обще-популярные газетные издания. Наиболее значимые ценности для них — карьера, дружба, учеба - рассматривались, как необходимость для обеспечения материальных благ [3].

Таким образом, данные позволяют осуществить коррекцию проводимых мероприятий с детьми подросткового возраста, своевременную организацию грамотных действий в процессе социализации детей, а значит воспитание социально и физически зрелой нации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Авруцкий Г.Я., Надува А.А. Лечение психических больных. - М.:1988. - С.11-13.

2 Бечериков Н.Е. Клиническая психиатрия.- Киев, 1989.- С. 98-99.

3 Дмитриев Т.Б. Клиническая психиатрия.- М.: 1999.- С. 26-27.

#### Түйін

Бұл мақалада жасөспірімдердің социалды психологиялық жағдайға икемделуі.

#### Summary

The article examines the importance of social – psychological features for adolescent children.

УДК 616.89-08-039.57

**Т.Г. ШАПОВАЛОВА, Э.К. АКАБАЕВА**

Центральная районная больница, г. Костанай

### ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ (ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ) ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

#### Аннотация

В статье рассматриваются возможности амбулаторного долечивания и организации поддерживающего (противорецидивного) лечения психических больных.

**Ключевые слова:** Психиатрическая помощь, противорецидивное лечение, поддерживающая терапия.

На современном этапе развития психиатрической помощи населению особое значение приобретают возможности амбулаторного долечивания и организации поддерживающего (противорецидивного) лечения психически больных. Необходимость все большего смещения акцентов в сторону повышения удельного веса больных, пролеченных амбулаторно, совершенно очевидна.

Это обусловлено в первую очередь более низкими экономическими затратами на каждого польвованного больного. Не последнюю роль здесь принадлежит социально- психологическому фактору. Ведь чем более психически больной остается в привычном социальном окружении (вне стен стационара), тем меньше риск нарушить его компенсаторные механизмы. Такой подход оправдан даже в тех случаях, когда увеличивается частота повторных поступлений при суммарно меньшем количестве дней, проведенных в психиатрическом стационаре [1].

Целью настоящего исследования является попытка выявить механизмы корреляции между длительностью и частотой ремиссии с одной стороны и характером примененной поддерживающей (противорецидивной) терапии с другой.

Нами клинически изучено 30 больных, выписанных из стационара и переведенных на амбулаторное поддерживающее лечение. Сроки катamnестического наблюдения — от одного года до трех лет.

По клинической картине все анализируемые случаи были более или менее сходны. В психологическом плане — это больные, у которых на момент выписки из стационара преобладали дезактуализированные бредовые расстройства, аффективные, кататонические, психоподобные нарушения. То есть, это была группа больных, представляющих повышенную социальную опасность [2].

Давность заболеваний шизофринией у исследуемой группы была не менее трех и не более десяти лет, при числе ранее перенесенных приступов (обострений)-3-4. По типу течения заболевания основную массу составили больные шубообразивной шизофринией [3].

Во всех случаях подбор вида поддерживающей терапии производился на стационарном этапе. При этом поддерживающая терапия осуществлялась в трех вариантах и в контрольном.

1. Традиционные нейролептики - галоперидол, трифтазин в среднетерапевтических дозировках (20-30 мг. в сутки)

2. Галоперидол-деканоат в дозе 25-50 мг. Внутримышечно один раз в две недели.

3. Атипичные нейролептики - клоzapтин в средних дозах 40-50 мг. В сочетании с галоперидолом — деканоатом в вышеуказанных дозах.

4. Контрольная группа наблюдалась практически без лечения, в виду отказа больных от приема нейролептиков.

Группы	Нейролептик	Число случаев	Длительность катамнеза в среднем	Частота обострений (госпитализаций)
1	Галаперидол, трифтазин	10	3 года	30
2	Галаперидол-деканат	10	3 года	15
3	Клозапин, галаперидол-деканат.	5	1 года	0
4	Контрольная группа	5	1 год.	8
	<b>ИТОГО</b>	<b>30</b>		

Таким образом, совершенно однозначно абсолютные преимущества в проведении поддерживающей терапии имеют атипичные нейролептики в сочетании с пролонгами (клозапин, галаперидол-деканат). При сроке наблюдения в течение 1 года не было ни одной регоспитализации из 5 учтенных больных. Отрицательным фактором является относительно высокая стоимость препаратов. Оказалось, что несомненным преимуществом перед традиционными нейролептиками имеет форма поддерживающей терапии, в виде галаперидола – деканата: удобство применения по кратности, достоверность факта приема в необходимых дозировках, незначительное число осложнений, экономическая предпочтительность.

Менее эффективными при поддерживающей терапии оказались традиционные нейролептики – галаперидол, трифтазин.

Однозначно следует отрицательно оценить отказ от поддерживающей терапии (хотя и невольный). При этом частота обострений и госпитализаций составляет 1.3 за год в расчете на одного пациента [4].

В качестве общего вывода можно констатировать четкие преимущества применения ней-

ролептиков нового типа в сочетании с пролонгами и пролонгов в чистом виде. А также недопустимость отказа от поддерживающей терапии при наличии у больных после выписки из стационара остаточных психологических нарушений или отчетливых проявлений шизофринического дефекта.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Авруцкий Г.Я. Лечение психических больных.- М.,1988.-19 с.
- 2 Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия.- М.,1999.
- 3 Шейдер Р. Психиатрия.М., 1998.- С.11-12.
- 4 Масолов А.И. Психофармакология.М.,1998.-С. 25-26.

#### Түйін

Бұл мақалада психиатриялық аурулардың рецидивке қарсы емі қарастырылған.

#### Summary

The article examines possibilities of out-patient treatment and organizations supporting (antirecurrent) treatment of mentally ill patients.

УДК 613.84-053.6:614.2:37:304.3

Т.Г. ШАПОВАЛОВА, П.Ф. ВАЛУЙСКИЙ, Б.Т. КАТАРОВА, Г.М. БАЙГЕЛОВА  
№1 Поликлиника КГМА, г. Караганда

## О ВРЕДЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

### Аннотация

В статье рассматриваются проблемы табакокурения у детей подростков.

**Ключевые слова:** табакокурение, подростки, антикурительное образование.

**Актуальность проблемы** табакокурения среди молодежи определяется тем, что оказываемое им действие приводит сначала к функциональным расстройствам ( в первую очередь нервной системы), а затем к развитию соматических расстройств организма. Анализ литературных данных показал. Что основной возраст приобщения к курению – 14-19 лет. При этом дети теряют в весе, у них развиваются различные функциональные расстройства нервной системы. У курящего подростка нарушается обмен веществ, не только ухудшается усвоение сахара необходимого для обмена в структурах головного мозга, мышц и других тканей, но и разрушаются витамины.

По данным ВОЗ, наиболее высокие показатели прогнозируемого числа смертей у мужчин, обусловленных курением, регистрируются в восточной части Европейского региона. В среднем, в Республике Казахстан среди взрослого населения курят 54,6%. Особую значимость приобретает курение среди медицинских работников. Опрос среди врачей в одном из крупнейших городов России показал, что 33% мужчин курят, женщин- 16%, медсестер – 22% ( при этом курили раньше 33%, 5% и 12% соответственно). Курящие мужчины врачи во Франции составили 40%, врачи – женщины-32%, в Китае-55% и 7%, Финляндии-7% и 3% соответственно [1].

Учитывая, что основным пиком начала курения является 19 летний возраст , проведен опрос студенческой молодежи. Данные опроса показав

ли . Что в среднем среди студентов курят 31%, из них юноши составили 37,8%, девушки 21,5%. Данные свидетельствуют о необходимости усиления борьбы с табакокурением среди студенческой молодежи. при этом пропагандистская направленность должна включать в себя понимание того , что в преобладающем большинстве случаев табакокурение-не просто привычка , а болезнь, сопряженная с развитием табачной зависимости. По некоторым данным именно это является существенным препятствием к отказу от табакокурения.

Данные предполагают необходимость создания системы антикурительного образования, особенно в студенческой среде. Это может стать достаточно эффективной мерой повышения уровня здоровья населения. По данным ВОЗ , самостоятельно бросают курить только 1 из 100 страдающих табачной зависимостью.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Левшин В. Врач и курение / Врач-2003-№5-С.59-60.

### Түйін

Бұл мақалада жасөспірімдердің темекі тарқандарының проблемасы қарастырылады.

### Summary

The article examines the problem of smoking among children and teenagers.

УДК 616.379 – 008.64

**Н.Н. БЕКЕНОВ, А.Т. ТУГАНБАЕВА**

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

## **ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАКОРОТКИХ ПРЕПАРАТОВ ИНСУЛИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1 ТИПА У ДЕТЕЙ**

### **Аннотация**

Основным и объективным признаком наличия сахарного диабета является хроническая гипергликемия, которая участвует в патогенезе сосудистых осложнений диабета. Это влияние гипергликемии осуществляется как непосредственно, так и опосредованно – инициацией нескольких биохимических процессов. Характеризуется повышенным образованием свободных радикалов, которые являются высокорективными нестабильными химическими соединениями, повреждающими сосудистую стенку с последующим развитием микро- и макроангиопатий.

Обладая высокой реактогенной способностью, свободные радикалы вступают в реакцию с ненасыщенными жирными кислотами, являющимися компонентом мембранных фосфолипидов, в результате чего возникают новые цепи окисления, а в зонах наибольшей активности липопероксидации возникают каналы пассивной проницаемости, через которые свободно проходят ионы и вода. В результате взаимодействия диальдегидов со свободными группами мембранных соединений - дестабилизирует мембраны и приводит к деструкции клеток.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, инсулин, гликемия, липиды, питание.

Одним из главных признаков сахарного диабета (СД) является хроническая гипергликемия. Также известно, что сахарный диабет является фактором риска специфических для диабета сердечно-сосудистых осложнений [1]. В формировании последних, помимо гипергликемии, придается большое значение нарушениям липидного обмена [1,2]. В литературе имеется множество данных относительно сдвигов в обмене липидов при СД 2 типа [1,3]. Сведения, касающиеся подобных нарушений при диабете 1 типа, в частности у детей, немногочисленны и противоречивы [4].

Цель исследования - изучение состояния жирового обмена и возможность его коррекции у детей при сахарном диабете 1 типа.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находилось 30 детей и подростков, больных СД 1 типа в возрасте от 5 до 16 лет с длительностью заболевания от впервые выявленного до 8 лет, больные дети были как компенсированные, так и декомпенсированные с диабетом. Все они до исследования получали интенсифицированную инсулинотерапию (ИИТ). В качестве болюсного использовался препарат инсулина ультракороткого действия (Хумалог), в качестве базального инсулин Лантус. Среднесуточная доза инсулина составляла 0,75±0,19 ЕД/кг.

Все обследуемые дети и их родители были обучены планированию питания. При этом особое внимание уделялось тому, чтобы источниками углеводов были продукты, содержащие большое количество пищевых волокон (клетчатки), рафинированные углеводы исключались из рациона.

Контроль адекватности проводимой инсулинотерапии осуществлялся путем оценки состояния и самочувствия больных, а также определения гликемии в семи временных точках: перед всеми основными приемами пищи, через 2 часа после них и в 2 часа ночи.

Кроме того, в динамике (в начале и конце исследования) определялось содержание в сыворотке крови ЛПОНП, ЛПНП, ЛПВП, ХОНП, ХНП, ХВП, ХС, ТГ, НЭЖК. Длительность наблюдения составила 12 недель. Вычислялся коэффициент атерогенности (КА) по формуле:  $КА = (ХС - ХВП) / ХНП$ .

При оценке эффективности проводимой терапии пользовались критериями компенсации СД у детей, предложенными Сент-Винсентской декларацией [5], согласно которой конечной целью лечения детей с СД 1 типа является достижение гликемии натощак менее 7,0 ммоль/л, через 2 часа после еды - ниже 10 ммоль/л.

Таблица 1- Динамика уровней гликемии у детей с СД 1 типа, получавших инсулин ультракороткого действия

	до завтрака	ч/з 2 часа после еды	до обеда	ч/з 2 часа после еды	до ужина	ч/з 2 часа после еды	2 <sup>оо</sup> часа ночи
Показатели гликемии при декомпенсации диабета	11,05 ± 2,0	10,7±1,9	9,8±1,2	13,2±1,8	11,4±0,9	10,8 ± 1,7	10,9±1,3
через 1мес.	7,25±1,01	8,50±1,02	6,40±1,72	6,47±0,87	8,16±1,01	8,13±0,88	5,43±0,61
P1	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
через 2 мес.	7,95±1,02	6,75±0,9	5,70±0,6	6,85±0,4	4,80±0,4	5,30±0,3	
P2	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	
через 3 мес.	7,13±1,03	8,27±1,1	3,50±0,4	4,80±0,3	4,83±0,4	4,77±0,5	5,35±0,37
P3	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

**Примечание:**

P1 - достоверность различий показателей гликемии через 1мес. по сравнению с исходными данными; P2 - достоверность различий показателей гликемии через 2 мес. по сравнению с исходными данными; P3 - достоверность различий показателей гликемии через 3 мес. по сравнению с исходными данными.

Как следует из таблицы 1, декомпенсированные больные имели высокие показатели гликемии натощак, хотя уже уровень гликемии через 2 часа после завтрака и ужина были вполне приемлемыми, и лишь через 2 часа после обеда содержание глюкозы в крови превысило допустимое на 3,13 ммоль/л. При получении ультракоротких препаратов инсулина более 3-х месяцев привел к снижению гликемии после завтрака до 8,2 ммоль/л и нормализации ее через 2 часа после обеда и ужина. Параллельно благодаря одновременно производившемуся титрованию доз пролонгированного инсулина удалось достичь нормогликемии в ночные часы и вполне приемлемой средней цифры глюкозы крови натощак.

Улучшение состояния углеводного обмена сопровождалось достоверным снижением содер-

жания в крови атерогенных фракций липидов (таблица 2). Так, уровень ЛПОНП снизился в 2,1, ЛПНП - в 1,3, ХНП - в 1,75, НЭЖК - в 1,7 раза. Заметно повысился уровень ХВП (P<0,05). Отмечена тенденция к снижению КА.

**Выводы:**

1. Назначение детям, больным СД 1 типа, ультракоротких препаратов инсулина способствует значительному улучшению метаболизма.

2. Улучшение обменных процессов при назначении ультракоротких препаратов инсулина проявляется не только снижением показателей гликемии, но и благоприятными сдвигами в липидном спектре крови.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- 1 Лякишев А.А. Лечение ишемической болезни сердца у больных сахарным диабетом 2 типа // РМЖ. - 2003. - Т. 11. - № 9. - С. 53-56.
- 2 Кривцова Л.А. Дислипидемия в генезе диабетического поражения сердца у детей // Второй Российский диабетологический конгресс «Сахарный диабет и сердечно-сосудистые осложнения». Тезисы докладов, М., 2002. - С. 282-283.

Таблица 2 - Динамика показателей липидного обмена у детей с сахарным диабетом типа 1, получавших инсулин ультракороткого действия

Показатели	Исходные значения	Через 3 месяца лечения	P	Изменения показателей, %
ЛПОНП, мг/дл	601,71 ±88,22	283,15±92,62	<0,01	54,2
ЛПНП, мг/дл	687,71 + 75,32	512,37±42,07	<0,05	35,6
ЛПВП, мг/дл	134,67± 11,73	151,37±22,62	<0,05	12,2
ХОНП, ммоль/л	0,21 + 0,07	0,12±0,04	<0,05	76,8
ХНП, ммоль/л	2,09±0,24	1,97±0,13	<0,05	6,4
ХВП, ммоль/л	0,84±0,14	1,18±0,07	<0,05	29,3
ХС, ммоль/л	3,22±0,21	3,23±0,13	<0,05	0,6
ТГ, ммоль/л	0,82±0,29	0,51 ±0,10	<0,05	61,4
НЭЖК, ммоль/л	1,05±0,17	0,62±0,07	<0,01	68,3
КА	3,89±0,66	2,90±0,54	<0,05	33,2

3 Алиева В.А. Особенности липидного обмена у больных сахарным диабетом // Второй Российский диабетологический конгресс «Сахарный диабет и сердечно-сосудистые осложнения». Тезисы докладов, М., 2002. - С. 90.

4 Franc C.H., Van D.K., Joost V.L. Сент-Винсентская Декларация и ее значение в общей практике // Диабетология. - 1998. - С. 7-10.

5 Князев Ю.А., Туркина Т.И. Дислипидемия при сахарном диабете у детей и их коррекция // Второй Российский диабетологический конгресс «Сахарный диабет и сердечно-сосудистые осложнения». Тезисы докладов, М., 2002. - С. 264.

#### **Түйін**

Қант диабетінің негізгі белгісі-созылмалы гипергликемия болып табылады. Қант диабеті диабетке тән жүрек-қантамырлық асқынулардың қауіп факторы екендігі белгілі. Жүрек-қантамырлық асқынулардың пайда бо-

луында гипергликемиядан басқа, липид алмасуының бұзылыстарына үлкен мән беріледі. 2-ші типті қант диабетінде липидтік алмасу ауытқулары жайлы мәліметтер өте көп. 1-ші типті диабетте, жиі балаларда болатын бұзылыстар жайлы мәліметтер көп емес және бір-біріне қарама қайшы.

#### **Summary**

The main sign of diabetes mellitus is the chronic hyperglycemia. It is well-known that, the diabetes mellitus is the factor of risk which are specific for the diabetes of cardiovascular complications. In forming of the lasts, besides hyperglycemia hyperglycemia the great importance is attached to the disturbance of lipids exchange. There are many information regarding the displacements in exchange of lipids with DM of the 2 type. There are not many information concerning similar disturbances in diabetes of the 1 type.

УДК 614.2: 616-07-084-039.11

**К.Ж. БУРМАГАНОВ**

Областной центр формирования здорового образа жизни, г. Кокшетау

## **СКРИНИНГОВЫЕ ПРОГРАММЫ НА СТРАЖЕ НАШЕГО ЗДОРОВЬЯ**

### **Аннотация**

Одним из приоритетов Национальной скрининговой программы, которая реализуется с 2008 г. является профилактика и скрининговые обследования. Доказано, что скрининг обследования является одним из основополагающих принципов раннего выявления заболеваний.

**Ключевые слова:** скрининговые программы, заболевания, здоровье.

Деятельность ОЦФЗОЖ основана на реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Приоритетными направлениями службы остаются образовательные и профилактические программы; внедрение и расширение сети проектов ВОЗ, широкомасштабные и массовые мероприятия по охране здоровья; укреплению здоровья и предупреждению инфекционных и социально обусловленных неинфекционных заболеваний.

В числе профилактических мероприятий важную роль играет повышение уровня информированности населения о тех или иных проблемах, так как обладание достаточной информацией может способствовать выработке навыкам ведения здорового образа жизни, в аспекты которого в свою очередь входит обязательное прохождение медицинского профилактического осмотра и своевременное обращение за медицинской помощью.

В Акмолинской области Национальная скрининговая программа осуществляется с 2008г. Цель скрининговых осмотров — выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, а также формирование и укрепление здоровья населения.

Скрининговые осмотры взрослого населения направлены на раннее выявление болезни системы кровообращения (БСК), сахарного диабета, предопухолевых и злокачественных новообразований, глаукомы, а также факторов риска, влияющих на возникновение заболеваний.

В Республике Казахстан, в том числе Акмолинской области болезни сердца и сосудов занимают лидирующее место в структуре заболевае-

мости и смертности. Факторы риска возникновения БСК включают: артериальную гипертензию, повышенный уровень холестерина и глюкозы в крови, курение и употребление алкоголя в опасных дозах, избыточную массу тела и ожирение, недостаточное потребление овощей и фруктов, физическую инертность.

С 2011г в республике проводятся скрининговые обследования населения на раннее выявление болезней системы кровообращения - артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, поведенческих факторов риска с целью повышения эффективности лечения и предупреждения развития осложнений от БСК. Межсекторальное сотрудничество по реализации профилактических программ совершенствования деятельности службы первичной медико-санитарной помощи, способствовали тенденции снижения уровня смертности, с 309,6 в 2011г до 251,8 на 100тыс. населения в 2012г.

В таблице 1 отражены изменения показателей по 6 видам скрининга.

В 2011 году скрининговый осмотр на раннее выявление БСК прошли 124958 человек, выявлено больных с БСК 5955 человек, что составило 4,8 % от числа осмотренных. Количество взятых на Д-учет по Акмолинской области 2509 - 42,1%.

За 2012 г, соответственно, осмотрено 120302 человек из целевых групп населения. Выявлено лиц с БСК 6091 человек, что составило 5,1% от числа осмотренных. Количество взятых на Д-учет по Акмолинской области 3393, что составляет 55,7%.

Отмечается увеличение числа осмотренных на

Таблица 1. - Сравнительные данные по итогам скрининговых обследований населения Акмолинской области за 2011-2012 гг.

Вид скрининга	Подлежал о осмотру	Осмотрено		Выявлено б-ных		Из выявленных взято на Д-учет		Осмотрено		Выявлено б-ных		Из выявленных взято на Д-учет	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
		2011						2012					
Болезни системы кровообращения	120411	124958	103,8	5955	4,8	2509	42,1	120302	111,3	6091	5,1	3393	55,7
Сахарного диабета	120411	113978	94,6	132	0,1	67	50,7	120345	111,3	249	0,2	197	66,3
Глаукома	95183	88329	92,8	166	0,19	119	0,13	95968	96,5	52	0,05	47	90,3
Рак молочной железы	21509	24284	112,9	24	0,09	24	100	25622	97	15	0,1	15	100
Рак шейки матки	25934	30278	11,8	9	0,02	9	100	27589	103,8	6	0,02	6	100
Колоректальный рак	58343	46893	80,4	17	0,04	17	100	57951	96,9	12	0,02	12	100

БСК с 103,8% в 2011, до 111,3% - 2012 г. Однако недостаточная информированность населения о БСК приводит к недооценке степени тяжести этих заболеваний, к низкой обращаемости за медицинской помощью на ранней стадии, когда ещё можно избежать серьезных осложнений.

В ходе скрининга на сахарный диабет по Акмолинской области отмечается рост числа вновь выявленных больных с 132 человек в 2011г до 249 человек в 2012. Взято на Д-учет 50,7% в 2011г и 66,3% в 2012 г.

Скрининговый осмотр на глаукому составил в 2011г 88329 человек (92,8%) и 95968 (96,5%) –

2012г. Выявлено больных 166 и 52 человека соответственно в 2011 и 2012 гг.

*В Казахстане глаукома лидирует среди основных причин неизлечимой слепоты и слабовидения. Глаукома является основным заболеванием, которое при отсутствии своевременного лечения, необратимо вызывает слепоту. По данным ВОЗ более 5 миллионов человек потеряли зрение вследствие глаукомы, что составляет 13,5 % от всех слепых в мире.*

Согласно данным международных исследований, причинами возникновения злокачественных заболеваний являются такие факторы образа

жизни и окружающей среды, как курение (30%), неправильное питание (35%), инфекционные факторы (10%), профессиональные канцерогенные воздействия, ионизирующее излучение (4-5%), потребление алкоголя (2-3%), низкая физическая активность (4-5%).

По скринингу рака молочной железы по области обследовано в 2011г 24284 человек (112,9%), 25622 человек (97%) в 2012г, из них прошли 2-ю читку маммограмм 5985 женщин – 24,4% и 15945 - 60,3% соответственно в 2011 и 2012гг. Количество больных с верифицированным диагнозом рака молочной железы 24 случая 2011г и 15 случаев в 2012 г.

По скринингу рака шейки матки по Акмолинской области, выявлено в 2011 году 9 случаев (0,03%), РК – 0,04%. Это превышает Международный стандарт цитологического скрининга который равен 0,01-0,02%. В 2012 году выявлено – 6 случаев (0,02%), РК – 0,04%. Показатель равен Международному стандарту цитологического скрининга.

По скринингу колоректального рака осмотрено в 2011г 4689 человек (80,4%). Выявлено 17 случаев рака. В 2012 – 57951 (96,9%) человек. Выявлено 12 случаев рака. Положительный гемокульт-тест в Акмолинской области отмечен в 6,3 %, в РК – 3,3% в 2011г.

В 2012г положительный гемокульт-тест отмечен в 0,27 %, в РК – 3,31%. Показатель Международных данных от 2-10%.

Средства массовой информации (СМИ) исключительно важны для службы формирования здорового образа жизни, именно они охватывающие более 80% населения страны, формируют общественное мнение, а при правильном подходе могут обеспечить размещение информационных материалов на радио- и телеканалах, печатных СМИ.

Организацией службы формирования здорового образа жизни для дальнейшего повышения результативности скрининговых программ проводится ряд необходимых мероприятий: информирование населения, учет прикрепленного населения, формирование целевых групп, проведение анализа скрининговых программ с разработкой мероприятий по укреплению здоровья прикрепленного населения.

Сегодня основные усилия специалистов всех уровней направлены на пропаганду ведения здорового образа жизни, ответственного отношения к своему здоровью и средства массовой информации являются одним из звеньев этих усилий способствующей улучшению сложившейся ситуации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Хайдарова Т.С. Формирование здорового образа жизни населения в Казахстане // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - Алматы: НЦ ПФЗОЖ, 2013. - № 1. – С.8-10.

2 Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 гг. - № 1113, Указ Президента РК от 29 ноября 2010 г. – 56 с.

#### Түйін

Мақалада 2011-2012 ж. арналған скринингтік тексерулер туралы материалдар жарияланған. Жүргізілген скрининг ауруларды ерте кезеңінде диагностикалап, соған сәйкес емдеу жүргізеді. Нәтижесінде мүгедектікті және өлім пайызын төмендетеді.

#### Summary

The article describes the materials screening on the field for 2011-2012. Conducted screening to diagnose the disease in its early stages and to conduct adequate treatment. Ultimately, this will reduce the percentage of morbidity and mortality.

УДК 616-056.52-036.2(574)

**Н.А. МЫРЗАБАЕВА, М.Г. ЖУМАТОВА,<sup>1</sup> Т.С. ХАЙДАРОВА<sup>2</sup>**Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы<sup>1</sup>Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы<sup>2</sup>**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМЕ  
ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ****Аннотация**

В статье приведены современные сведения о проблеме избыточной массы тела и ожирения. Значимость проблемы ожирения определяется риском развития тяжелых сопутствующих заболеваний. К факторам, способствующим развитию ожирения относят, прежде всего, генетические, демографические, социально-экономические, нейрогормональные, психологические и поведенческие дальнейшее изучение которых открывает перспективы разработки дифференцированной коррекции, профилактики и реабилитационных мероприятий. Необходимо привлекать внимание к проблеме ожирения не только научных исследователей, но и врачей общей практики, государственные и общественные структуры.

**Ключевые слова:** избыточная масса тела, ожирение, причины.

В настоящее время одной из актуальнейших проблем современной медицины является ожирение, рассматриваемой ВОЗ как «глобальная эпидемия». Ожирение является не только медицинской, но и социальной проблемой [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Во многих странах количество лиц, страдающих ожирением, возрастает огромными темпами [6, 7]. Так, в США распространенность ожирения среди взрослых и детей (по данным 2009-2010 годов) достигла более одной трети населения, а у детей и подростков возросла почти до 17 % [8]. Прямые и косвенные затраты на лечение ожирения в этой стране составляют приблизительно 10% государственного бюджета, предназначенного для здравоохранения, при этом, в связи с ростом распространенности ожирения, медицинские расходы увеличились в США уже к 2006 г. почти на \$ 40 млрд., в том числе увеличились на 7 млрд. долл. и расходы на отпускаемых по рецепту лекарства [7].

Эпидемия ожирения, которая ранее была характерна для стран с высокими доходами (Северной Америки, Западной Европы) в настоящее время продолжает распространяться и в Казахстане. Для Казахстана экономическое бремя этого заболевания составляет от 25 до 171 000 000 тенге (в диапазоне от 0,09 до 0,61% от ВВП страны). Сюда входят как повышенные расходы на здравоохранение, так и косвенные затраты, связанные со снижением производительности труда, отпусками по болезни, инвалидности и досрочного выхода на пенсию [9].

Эпидемиологические данные при исследовании ожирения разноречивы. Так, в Казахстане при исследовании в некоторых районах число лиц с избыточной массой тела еще около 10 лет назад достигало 36,1%, а ожирением среди них страдало 23,7% [9]. По данным исследования 2010 года среди 18 000 взрослых лиц, проживающих в постсоветском пространстве (в Азербайджане, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Молдове, России и Украине) в общей сложности ожирение было выявлено у 13 % мужчин и 18 % женщин [11]. По данным экспертов ВОЗ число больных ожирением в мире к 2025 году составит более 300 млн. человек [1, 3, 4].

Ожирение это хроническое многофакторное заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме (у мужчин - более 10-15%, у женщин более 20-25% от общей массы тела) [1, 11].

Социальная значимость проблемы ожирения определяется риском развития тяжелых сопутствующих заболеваний: сердечной недостаточности, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, атеросклероза, гипотиреоза, синдрома ночного апноэ, желчнокаменной болезни, дисфункции репродуктивной системы и опорно-двигательного аппарата и др. Развитие этих заболеваний приводит к инвалидизации пациентов, увеличения смертности и снижением качества жизни [1, 10, 11].

Ожирение, связано с расстройством контроля аппетита, регулирования массы тела и нарушениями обмена веществ [1, 2]. Факторы, способствующие развитию ожирения гетерогенны: генетические, демографические (возраст, пол, этническая принадлежность), социально-экономические (образование, профессия, семейное положение), психологические и поведенческие (питание, физическая активность, стрессы, алкоголь, курение, периоды гормональной перестройки (половое созревание, беременность, климакс). Статистические данные свидетельствуют также о наследственной предрасположенности к развитию ожирения [4]. Считается, что у подавляющего большинства пациентов ожирение является следствием пищевого поведения, и всего лишь у 5-10% избыточная масса тела связана с генетическими факторами. Обнаружены несколько генов, отвечающих за развитие ожирения.

Вещества, вырабатываемые жировой тканью, обладают биологическим действием и значительно влияют на активность метаболических процессов в тканях организма непосредственно, или опосредованно через нейроэндокринную систему, взаимодействуя с гормонами гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной железы, надпочечников, половых желез и инсулином. У большинства лиц с ожирением реакция кортикотропина и кортизола на инсулиновую гипогликемию снижена. При развитии заболевания в детском возрасте в организме нарушаются механизмы обратной связи. У этих пациентов увеличена скорость продукции кортизола, ускорен его метаболизм, приводит к уменьшению его содержания в плазме и через механизм обратной связи стимулируется секреция АКТГ. А повышение скорости секреции АКТГ ведет к увеличению продукции кортизола. Повышение секреции кортикотропина обуславливает активацию продукции андрогенов надпочечниками, что также способствует ожирению. При ожирении у ряда пациентов отмечается снижение реакции тиротропина на тиролиберин, изменение чувствительности периферических тканей к тиреоидным гормонам вследствие уменьшения рецепторных мест. Возможно, нарушение связывания  $T_4$  тироксинсвязывающим глобулином, усиление конверсии  $T_4$ , приводящие к снижению содержания тироксина и соответственно развитию субклинического гипотиреоза [5, 11].

Жировая ткань вырабатывает ряд таких биологически активных веществ как лептин, фак-

тор некроза опухолей (ФНО- $\alpha$ ), ингибитор активатора плазминогена-1, свободные жирные кислоты, трансформирующий ростовой фактор В, ангиотензиноген, комплемент D (adipsin), нейропептид Y. Жировая ткань содержит регуляторы липопротеинового метаболизма: липопротеиновую липазу, протеин, переносящий эфиры холестерина. Причем, считается, что ФНО- $\alpha$  нарушает взаимодействие инсулина с рецепторами, а также влияет на внутриклеточные переносчики глюкозы (GLUT-4) как в адипоцитах, так и в мышечной ткани. Лептин оказывает в жировых клетках аутокринное действие и тормозит стимулированный инсулином транспорт глюкозы [5]. А нейропептид Y приводит к увеличению потребления пищи богатой углеводами, снижению термогенеза и гиперинсулинемии. Большое значение в развитии ожирения придается и активности липопротеиновой липазы адипоцитов. Особенности адренергической иннервации адипоцитов, например состояние  $\beta_1$ - и  $\alpha_2$ - адренергических рецепторов клеточных мембран, может оказывать влияние на скорость липолиза и липогенеза и увеличивать количество депонированных триацилглицеролов в адипоците.

Одним из основных патогенетических механизмов, способствующих развитию ожирения, является энергетический дисбаланс, заключающийся в несоответствии между количеством калорий, поступающих с пищей, и энергетическими затратами организма. Низкая физическая активность, нарушение структуры питания с высоким потреблением энергоемких продуктов, таких как мучные, кондитерские изделия, животные жиры, недостаточное потребление белков, свежих овощей и фруктов, растительных масел, неправильный режим питания, обильная еда в вечерние часы. Возникает нарушение межклеточного обмена веществ, при котором преобладают процессы синтеза, накопления жира в тканях, обусловленное изменениями активности липолитических ферментов.

Доказано, что качество питания не всегда влияет на развитие ожирения. Например, при эндокринной патологии ожирение часто развивается независимо от состава пищи, состоит ли диета в основном из углеводов (овощи, фрукты), белков (растительных или животных) или жиров. При всех видах ожирения имеются нарушения центральных механизмов регуляции, меняющие поведенческие реакции, особенно пищевое поведение. В гипоталамусе, преимущественно в облас-

ти паравентрикулярных ядер и латеральной перифорникальной области, происходит интеграция множества импульсов, поступающих из коры головного мозга, подкорковых образований, по парасимпатической и симпатической нервной системе. Нарушение этих регуляторных механизмов может привести к изменениям потребления пищи, отложению и мобилизации жира и в итоге к развитию ожирения [4, 5, 7].

Ожирение значительно ухудшает качество жизни пациентов. Многие пациенты с ожирением страдают от болей, ограничения подвижности, имеют низкую самооценку, депрессию, эмоциональный дистресс и другие психологические проблемы, обусловленные предубеждением, дискриминацией и изоляцией, существующим по отношению к ним в обществе [11].

Итак, данная проблема на современном этапе актуальна. Одна передовая статья специального выпуска журнала *Gastroenterology*, посвященного ожирению называется «Obesity: much silence makes a mighty noise» («Ожирение: много молчания приводит к большому шуму»). Поэтому необходимо привлечь внимание к проблеме ожирения не только научных исследователей, но и врачей общей практики, государственные и общественные структуры в профилактике и реабилитационных мероприятиях.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Анисимова Е.В., Козлова И.В., Волков С.В., Мещерякова В.Л. Патология органов пищеварения при ожирении. Саратовский науч.-мед. журнал. – 2011. – Т.77. – № 4. – С.851-856.
- 2 Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. /Метаболический синдром и органы пищеварения. – М.: Анахарсис, 2009. – 184 с.
- 3 Звенигородская Л.А., Бондаренко Е.Ю., Хомерики С.Г. Клинико-морфологические особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов с абдоминальным ожирением // *Consilium medicum*. – 2010. Т.12. – № 8. – С. 5-8.
- 4 Бессесен Д. Г., Кушнер Р. /Избыточный вес и ожирение: Профилактика, диагностика и лечение. – М.: ЗАО «Изд-во БИНОМ», 2004. С. 240-241.
- 5 Манцорос Х. С. Современные представления о роли лептина в развитии ожирения и связанных с ним

заболеваний человека // *Международ. журн. мед. практики*. 2000. – № 9. С.57-67.

6 Cynthia L. Ogden, Ph.D.; Margaret D. Carroll, M.S.P.H.; Brian K. Kit. K.M. Flegal/ Prevalence of Obesity in the United States. 2009–2010. NCHS Data Brief , No. 82 - January. 2012 . P. 1-7.

7 Ogden C.L., Flegal K.M. Changes in terminology for childhood overweight and obesity National health statistics reports; no 25. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2010.

8 Watson K.Roberts B., Chow C., Goryaki Y., Rotman D., Gasparishvili A., et al./Micro- and meso-level influences on obesity in the former Soviet Union: a multi-level analysis/ *The European Journal of Public Health* (2013) 23 (2): 291-298 first published online May 29, 201, doi:10.1093/eurpub/cks 054.

9 Kadyrova R.Kh., Salkhanov B.A. The prevalence of obesity among the adult population of Kazakhstan. *Vopr Pitan*. 1990. - Jan-Feb; V.1. – P.30-33.

10 Nagar G. Childhood overweight and obesity/ *National Health Center for Health Statistics*.2010. – V. 92. – P. 1257-1264.

11 Kathleen Keller. *Encyclopedia of Obesity*. 2008. - V. 1. 329 p.

#### Түйін

Мақалада артық салмақ және семіру мәселелері туралы замануи мәліметтер келтірілген. Семіру ауыр қосымша аурулардың қауіпті мінез-құлық факторы болып анықталады. Семірудің дамуына әсер ететін қауіпті мінез-құлық факторлары: генетикалық, демографиялық, әлеуметтік-экономикалық, нейроргормоналды, психологиялық және мінез-құлық. Оларды зерттеу үшін дифференциалды коррекция, алдын алу және реабилитациялық құрастыру перспективалар ашылады. Семірудің мәселесіне ғылыми зерттеушілер, жалпы тәжірибенің дәрігерлері, мемлекеттік және қоғамдық құрылымдар назар аудару керек.

#### Summary

The article presents the current information about the problem of overweight and obesity. The significance of the problem of obesity is determined by the risk of serious associated diseases. Factors contributing to the development of obesity include, first of all, genetic, demographic, socio-economic, neurohormonal, psychological and behavioral further study of which offers the prospect of developing a differentiated correction, prevention and rehabilitation. Need to attract attention to the problem of obesity is not only researchers, but also to general practitioners, government and public bodies.

УДК 616.3-06:616-056.52-035:615.322+615.24+615.8

**Н.А. МЫРЗАБАЕВА**

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

## **НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ НА ФОНЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ**

### **Аннотация**

Приведены позитивные результаты применения немедикаментозных методов, а именно рефлексотерапии и иберогаста у больных с функциональными заболеваниями органов пищеварения на фоне избыточной массы тела и ожирения.

**Ключевые слова:** немедикаментозные методы, функциональные заболевания органов пищеварения, избыточная масса тела, ожирение.

В последние годы все больше внимания исследователей сосредотачивается на изучении значения избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения в развитии некоторых функциональных заболеваний органов пищеварения (ФЗОП). Патогенетическим звеном, может являться замедление скорости опорожнения желудка, повышение интрагастрального давления, увеличение градиента давления между желудком и пищеводом, растяжение проксимального отдела желудка и др. Поиск эффективного лечения ФЗОП на фоне ИМТ и ожирения является на сегодняшний день актуальной проблемой и заслуживает особого внимания. Проанализировав многочисленные исследования в применении фитопрепарата Иберогаст (компания «Бионорика», Германия), мы попытались использовать этот препарат наряду с рефлексотерапией (РТ) при лечении ФЗОП на фоне ИМТ и ожирения и оценить их клиническую эффективность и безопасность. Под нашим наблюдением находились 104 пациента в возрасте от 16 до 45 лет с различными формами функциональных расстройств, на фоне ИМТ и ожирения. Контрольную группу составили 42 пациента, получавших только медикаментозную терапию. До и после лечения, наряду с клиническим обследованием больных, проводились лабораторные и инструментальные методы исследования, а также определяли качество жизни с помощью опросника SF-36 (The MOS-SF36-Item Short Form Health Survey) по 8 шкалам. Пациентам основной группы назначали индивидуальную для каждого пациента гипокалорийную диету. Помимо рекомендаций по питанию пациентам давали указания по ведению активного образа жизни. Затем проводили АРТ: по две точки на один сеанс на основные точки (АР 18, 17) в течение 30 мин, а на остальные дополнительные точки (АР 22, 28, 51, 55, 87) по 10-12 мин, затем проводили

терапию сканирующим лазерным лучом на рефлексогенные зоны при каждом функциональном заболевании индивидуальные и КВЧ-пунктуру (электромагнитное излучение миллиметрового диапазона крайне высокой частоты) осуществляли на отдаленные точки общего действия GI 4, GI 11, E 36, C 7, TR 5, MC 6, RP 6, RP 9, F2, F 3 и дополнительно пациенты принимали Иберогаст по 20 капель 3 раза в сутки с небольшим количеством воды до или в процессе приема пищи, в течение 4 недель. В результате проведенного лечения клиническое улучшение наблюдалось на 6-7 день у большинства (87,5%) больных основной группы, отмечалось исчезновение болевого синдрома, уменьшение диспепсических явлений, улучшение общего самочувствия. Устранение клинически релевантных симптомов с улучшением качества жизни (в особенности таких показателей как ролевого эмоционального функционирования (RE), социального функционирования (SF), болевого синдрома (BP) и восприятия общего состояния здоровья (MH)), снижение массы тела на 4-6 кг и восстановление морфофункциональных нарушений возникали к концу курса лечения. В контрольной группе позитивные изменения наблюдались значительно позже.

### **Түйін**

Мақалада дәрі-дәрмексіз әдістердің қолдануының позитивті нәтижелері келтірілген, әсіресе рефлексотерапия мен иберогаст әдістерінің тиімділігі артық салмақ және семіруден болатын асқорыту мүшелерінің функционалдық сырқаттанушылықтары бар науқастарына келтірілген.

### **Summary**

In the article are the positive results of using non-drug methods, namely acupuncture and Iberogast in patients with functional disorders of the digestive system against overweight and obesity.

УДК 617-089.844

**Б.Р. АМАНЖОЛОВ, А.Г. АЛЬМАМБЕТОВ, Р.И. ТАШИМОВ, А.Ж. ИСМАИЛОВ,  
А.А. АЙМУХАМЕТОВ**

АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана

**СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА: ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ****Аннотация**

В статье проведен анализ литературных данных по современным подходам в лечении рубцовых сужений пищевода различной этиологии. Представлены результаты внедрения в практику отделения эндоскопии метода эндоскопической баллонной дилатации пищевода у больных со стенозирующими заболеваниями пищевода неопухолевого генеза. Показано, что применение эндоскопической техники расширяет возможности неоперативного лечения данной тяжелой патологии, в ряде случаев может применяться в комплексе предоперационной подготовки при хирургическом лечении.

**Ключевые слова:** эндоскопические методы, стриктуры пищевода.

Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода (РСП) до сих пор продолжают быть одной из актуальных задач хирургии. Это обусловлено относительно частой распространенностью рубцовых стриктур пищевода, их полиэтиологичностью, трудностью определения оптимального срока и выбора способа лечения, высоким уровнем осложнений и летальности. Среди причин развития стриктур пищевода наиболее часто встречается химический ожог пищевода кислотой или щелочью (образуются у 70-80 % больных), пептический эрозивно-язвенный эзофагит, обусловленный гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, рубцовые стриктуры пищеводных соустьев наблюдаются в послеоперационном периоде, как правило, после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка [1, 2, 3, 4].

Наиболее распространена классификация рубцовых сужений пищевода по Г.Л. Ратнер, В. И. Белоконев, 1982.

По этиологии: ожоги кислотами, щелочами, прочие ожоги.

По времени развития непроходимости: ранняя (3—4 нед.), поздняя (позже 1 мес.).

По механизму развития и клиническим проявлениям.

**А. Функциональная непроходимость пищевода.**

1. Функциональная анорексия.
2. Функциональная дисфагия.

**Б. Механическая непроходимость пищевода.**

1. По степени сужения: легкая, средняя, тяжелая

2. По локализации стриктуры: высокие — место входа в пищевод (шейная); срединные — аортальные (бифуркационные), низкие — эпифренальные (кардиальные), комбинированные — пищевода и желудка.

3. По протяженности — короткая (менее 3 см), трубчатая (более 3 см), четкообразная, тотальная.

4. По форме супрастенотического расширения: коническая, мешотчатая.

5. По наличию осложнений: ложные ходы в средостении, дивертикулы пищевода, рубцовое укорочение пищевода, свищи (пищеводно-бронхиальные, пищеводно-трахеальные)

Среди методов, которые применяются для лечения данной патологии, используется консервативное медикаментозное лечение, бужирование пищевода, эндоскопическая баллонная гидродилатация без или с эндопротезированием, хирургическое лечение, электроинцизия и лазерная реканализация рубцовых стриктур пищевода [5, 6].

Консервативное медикаментозное лечение рубцовых стриктур не имеет самостоятельного значения. Оно может предшествовать одному из более радикальных методов лечения и преследует цель улучшить общие и местные условия для его проведения [7].

Бужирование пищевода является одним из наиболее старых методов неоперативного лечения РСП и ряд авторов считают этот способ лечения данной патологии основным. Следует отметить, что от бужирования вслепую или через эзофагоскоп многие исследователи отказались еще в 80-е годы из-за высокого риска перфорации пищевода, выраженного болевого синдрома и не-

большой эффективности. Анализ качества жизни показал, что у ряда больных с РСП, которым в течение длительного времени проводится бужирование, помимо прямых осложнений, связанных с бужированием, опасности малигнизации стриктур, необходимости повторять бужирование в лечебных учреждениях, у них появляется синдром неполноценной функции пищевода. Это проявляется дисфагией, сильно замедляет продолжительность приема пищи, требуется специальный ее подбор, появляются признаки рефлюкс-эзофагита и его осложнения [4, 6].

Согласно данным Андреева А.Л. баллонная дилатация в чистом виде или в сочетании с бужированием и электроинцизией стриктуры, эндопротезированием или без него в 88,4% позволила получить хороший результат, у 8,1% - удовлетворительный и у 3,5% - плохой. В отдаленном периоде хороший результат отмечен в 73,6%, удовлетворительный - в 13,9% и плохой - в 12,5%.

Преимуществом баллонной дилатации перед бужированием является равномерное воздействие на всем протяжении стриктуры и практическое отсутствие осевой нагрузки на ткани. Введение баллонного катетера в пищевод и установление его в области сужения может быть выполнено тремя способами: 1) через инструментальный канал эндоскопа дилататор со свернутым баллоном подводят к стриктуре и устанавливают его в нужном положении под визуальным контролем; 2) баллонный катетер проводят рядом с эндоскопом и также помещают его в требуемую позицию под контролем зрения; 3) используют струну-проводник, которую проводят через инструментальный канал ниже стриктуры, а после извлечения эндоскопа по ней проводят дилататор, положение которого контролируется либо повторной эндоскопией, либо рентгенологически.

В нашей стране баллонная дилатация при рубцовых стенозах пищевода пока еще используется только единичными лечебными учреждениями, что в определенной степени связано с отсутствием доступности и дороговизной высококачественных дилататоров.

Целью работы явился анализ результатов внедрения метода эндоскопической баллонной дилатации пищевода у больных со стенозирующими заболеваниями пищевода неопухоловой этиологии.

В отделении эндоскопии АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи» в 2012 году эндоскопическое лечение предпринято у 4 больных с рубцовыми стеноза-

ми пищевода. Критериями выбора метода баллонной дилатации явились наибольшая безопасность в техническом исполнении, щадящий по воздействию на орган и эффективность в совокупном отдаленном периоде.

Отбор пациентов для баллонной дилатации стриктур пищевода производился по общепринятым критериям.

Первым этапом проводился тщательный опрос больных с целью определения симптомов дисфагии, ее степени, а также возможных осложнений основного заболевания. Все пациенты жаловались на дисфагию. Так у 1 из 4 пациентов оценка степени дисфагии по шкале Bown составила 1 балл (периодические затруднения при прохождении твердой пищи); у 1 пациента - 2 балла (питание полужидкой пищей); у 2 пациентов - 3 балла (питание только жидкой пищей).

По этиологии возникновения РСП: у 1 пациента - ожог кислотой, у 1 пациента - в результате склерозирования варикозно - расширенных вен пищевода с последующим ушиванием ВРВП (операция Пациоры), у 2 больных - рубцовые сужения, связанные с рефлюкс-эзофагитом.

По времени развития непроходимости: у всех пациентов - поздняя (позже 1 мес.)

Критериями к отбору пациентов для баллонной дилатации явились: отсутствие циркулярных фибринозных наложений, т.е. «пятнистый» эзофагит; отсутствие ригидности при инсuffляции воздухом; отсутствие грубых фибринозных налетов на ожоговой поверхности, которые контактно кровоточат.

Проводилось рентгенологическое исследование, в ходе которого были выявлены следующие изменения:

1. По степени сужения: у 1 из 4 пациентов - легкая, у 2 пациентов - средняя, у 1 больного - тяжелая.

2. По локализации стриктуры: у 1 пациента - высокая (место входа в пищевод (шейная)); у остальных 3 больных - низкие (эпифренальные (кардиальные)).

3. По протяженности стриктуры: у всех обследуемых пациентов - короткая (менее 3 см).

4. По форме супрастенотического расширения: у 3 пациентов - коническая, у 1 пациента - мешотчатая.

Осложнений (дивертикулы пищевода, рубцовое укорочение пищевода, свищи) у обследованных больных не выявлено.

Данные ФЭГДС указывали на сужение диа-

метра стриктуры у 2 пациентов — до 0,6 см., у 1 пациента — 0,9 см. и у 1 пациента - 1,2 см.

Гистологическое заключение: утолщенный многослойный плоский эпителий — у 2 пациентов; активное хроническое воспаление с наличием крупноочаговых, местами сливающихся инфильтратов из мононуклеаров с преобладанием плазматических клеток — у 1 пациента; крупноочаговые воспалительные инфильтраты в рубце в зоне ожоговой стриктуры пищевода — у 1 пациента.

Клинические анализы без особых изменений.

Всем пациентам проведена одноэтапная эндоскопическая баллонная дилатация стриктур пищевода дилататором Quantum TTC QD 20x8 (фирмы «cookmedical») с раздуванием баллона до 4 атм. посредством инсуфлятора QID-1 (фирмы «cookmedical») с экспозицией 3 минуты. Осложнений во время проведения процедур не было. На момент выписки состояние пациентов по шкале Bown — 0 баллов.

Анализ отдаленных результатов лечения показал, что у 1 пациента — развился ранний рестеноз (через 3 недели), впоследствии проведено хирургическое лечение.

У 2-х пациентов повторное сужение до 1,5 см. наблюдалось в период 1-1,5 месяцев после первой дилатации. Пациентам с развившимся рестенозом ранее 1 месяца проведена плановая повторная дилатация, им предложены общепринятые рекомендации: профилактическая дилатация 1 раз в 10-14 дней в течение нескольких месяцев.

У 1 пациента при контрольном осмотре через 2 месяца рецидива не выявлено.

Таким образом, эндоскопическая баллонная дилатация имеет важное значение в лечении доброкачественных рубцовых стенозов пищевода. Применение эндоскопической техники расширяет возможности неоперативного лечения данной тяжелой патологии, в ряде случаев может применяться в комплексе предоперационной подготовки при хирургическом лечении.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев А.Л. Эндоскопическая баллонная гидродилатация и эндопротезирование при рубцовых сужениях пищевода и пищеводных анастомозов: Автореф.

дис. канд. мед.наук: 14.00.27 /АМН СССР. Всесоюз. науч. центр хирургии. - М., 2001. - 23 с.

2. Даналкиев С.А. Морфофункциональные нарушения пищеводно-желудочного перехода при рефлюкс-эзофагитах и их хирургическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.27. / Харьков. гос. мед.ин-т. - Харьков, 1995. - 18 с.

3. Волков С.В. Химические ожоги пищевода. Эндоскопическая диагностика. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2002.- № 1.- С.58- 61.

4. Абдуллаев Б.А., Гуния А.М., Ставертий Я.В. и др. Выбор метода лечения при рубцовых стриктурах пищевода. // Материалы науч. конф.: Новое в реконструктивной хирургии.- М., 2004,- С.3.

5. Галлингер Ю.И., Э.А. Годжелло. Стриктуры пищевода: лечебная стратегия, эндоскопические методы лечения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии.- 2001.-№ 5.- С.73 -78.

6. Ганиходжаев С.С. Лечение рубцовых сужений пищевода методом эндопротезирования. // Материалы науч. конф.: Восстановительные и органосохраняющие технологии главный путь развития хирургии XXI века.- М., 2004.- С.34.

7. Пинчук Т.П., Абакумов М.М., Ильяненко К.К. и др. Влияние желудочно-пищеводного рефлюкса на течение репаративных процессов при ожоге пищеводам // Хирургия.- 2003.- № 12.- С.52 57.

#### Түйін

Мақалада өңештегі тыртықты тарылыс жерлерінің түрлі этиологиясын емдеудегі заманауи тәсілдер жөніндегі әдеби мәліметтерге сараптау жүргізілген. Өңештегі ісік емес генездерінің тарылу ауруларымен ауыратын науқастардағы өңештің эндоскопиялық баллондық кеңейткіш әдістерін эндоскопия бөлімшесінде тәжірибеге енгізудің нәтижесі берілген. Эндоскопиялық техниканы қолдану аталған ауыр патологияны оперативсіз емдеу мүмкіндігін кеңейтетіндігін көрсетеді, бірқатар оқиғаларда хирургиялық емдеуде операция алдындағы дайындық кешенінде қолданылуы мүмкін.

#### Summary

The article provides the analysis of the literature on contemporary approaches in the treatment of esophagus' scar contractions with different etiologies. The implementation of endoscopic balloon dilation results which is used in the treatment of the patients with stenotic disease of esophagus' non-tumor genesis. It is shown that the use of endoscopic technology empowers the non-operative treatment of this severe disease, in some cases, can be used in combination with preoperative surgical treatment.

УДК 614.2:378.046.4

**Р.С. ДЖОШИБАЕВ**

ТОО «Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии», г. Тараз

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

### **Аннотация**

В работе рассмотрены вопросы оказания образовательных услуг медицинским специалистам с целью повышения квалификации и развития профессионального уровня. При этом обеспечение качества профессионального образования медицинского персонала является важнейшей задачей в решении проблемы создания конкурентоспособного кадрового потенциала системы здравоохранения республики.

В условиях повышения требований к качеству оказываемых медицинских услуг совершенствование процесса обучения и развития персонала с применением современных подходов является актуальной задачей здравоохранения республики. Соответственно, в оценке работы медицинских образовательных учреждений постдипломной подготовки приобретают значение не только данные о количестве прошедших курсы обучения, но и мнение самих обучающихся о качестве, формах и методах обучающих программ.

**Ключевые слова:** кадровая политика, совершенствование, непрерывное профессиональное обучение, инновационные методы, медицинский персонал.

**Введение.** Президентом РК Назарбаевым Н.А. была поставлена задача о вхождении РК в число 50-ти наиболее конкурентоспособных стран мира. Совершенствование системы здравоохранения играет важную роль в достижении этой цели [1].

Происходящие в последние годы преобразования в системе здравоохранения Республики Казахстан, оптимизация и реструктуризация сети организаций здравоохранения, увеличение объемов его финансирования и ресурсного обеспечения, пересмотр объемов и видов медицинской помощи в соответствии с протоколами диагностики и лечения направлены на достижение наиболее высокого качества деятельности медицинских организаций.

Основным фактором совершенствования любой системы здравоохранения в мире является компетенция кадрового состава. В США к компетентному подходу относят: наличие глубоких знаний, практических навыков, умение контактировать с пациентами и между собой, заботу о пациенте, профессионализм, обучение в течение всей жизни, умение работать в системе здравоохранения [2]. Вопросы кадровой политики занимают ведущее место в реформировании систем здравоохранения во всем мире [3-7].

В современных литературных источниках отмечается недостаток работ по исследованию не-

прерывного профессионального образования в республике, что определило необходимость исследования современных подходов к профессиональному обучению медицинского персонала.

**Материалы и методы исследования.** В исследовании применялся метод включенного наблюдения, при котором со стороны рассматривались события и явления, которые послужили материалом для разработки анкет для обучающихся на курсах повышения квалификации. При проведении исследования также применялись следующие методы: исторический, аналитический, непосредственного наблюдения, социологический при анкетировании.

Базой исследования стала Высшая Школа Общественного здравоохранения, созданная Постановлением Правительства РК № 1142 от 21 июля 1997 года в городе Алматы. Данная организация является отдельным учреждением Министерства здравоохранения, которая проводит постдипломное обучение и переподготовку медицинских специалистов по различным направлениям общественного здравоохранения, курсы повышения квалификации руководителей медицинских организации всех уровней, специалистов первичного звена здравоохранения, государственных чиновников республики и Центральной Азии.

ВШОЗ способствует устойчивому развитию и продвижению реформ в здравоохранении, применяя современные методики обучения, активно использует мировой опыт. Данная организация предоставляет обучение по кратко- и долгосрочным образовательным программам, активно участвует в научно-исследовательской работе во всех сферах общественного здравоохранения, успешно оказывает экспертную и консультативную помощь руководителям медицинских организаций, работникам здравоохранения всех уровней.

В настоящее время ВШОЗ внедряет на базе Учебно-информационного центра дистанционную форму обучения. Преподаватели используют чат, форум, доску объявлений и др. инновационные методики.

Для изучения состояния системы постдипломного образования проанализированы отчетные данные деятельности ВШОЗ, статистические материалы Министерства здравоохранения Республики Казахстан «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010-2012 году», официальные данные Агентства Республики Казахстан по статистике.

**Результаты и обсуждение.** В настоящее время ВШОЗ является одной из ведущих образовательных организаций оказывающих услуги обучения и развития медицинских кадров при постдипломном образовании. На базе ВШОЗ применяются современные методики обучения: дистанционную форму обучения (чат, форум, доска объявлений и др. инновационные методики), электронное тестирование: в магистратуре, при оценке начального и конечного уровня образования при краткосрочных курсах обучения. В качестве одной из современных методик развития медицинского персонала ВШОЗ проводит выездные школы для руководителей медицинских организаций городов Алматы, Астана и областей. Кроме классических лекций слушателям предлагаются тренинги по британской технологии в интерактивной форме с использованием командного подхода, имитационные упражнения, анализ конкретных ситуаций с выбором наиболее эффективно в плане управления решения проблемы. В своей деятельности ВШОЗ активно привлекает международных экспертов для проведения мастер-классов.

Достаточный перечень курсов повышения квалификации свидетельствует о высоком уровне подготовки самих сотрудников ВШОЗ и об

актуальности проведения обучающих циклов постдипломного образования не только для руководящего состава медицинских организаций, но и для работников первичного звена здравоохранения, преподавателей медицинских вузов, магистрантов, докторантов, менеджеров здравоохранения, среднего медицинского персонала и др. работников здравоохранения.

Проведенный социологический опрос обучающегося контингента выявил, что большинство опрошенных это активная, трудоспособная часть населения, желающая повысить свой профессиональный уровень, при этом в половине случаев это лица до 35 лет (47%), женщины (72%).

Анализ общественного статуса обучающихся показал, что половина респондентов это представители администрации медицинских организаций (51%): руководители МО, их заместители и заведующие отделением, 32% составляют представители профессорско-преподавательского состава других образовательных организаций, и только 17% практикующие врачи. Значительное большинство удовлетворены качеством обучающих курсов. Пятая часть опрошенных (19%) недовольны интенсивностью курса обучения, условиями питания и проживания в общежитии для приезжих обучающихся.

Согласно опросу выявлено, что наиболее важным фактором эффективности профессионального обучения является мотивация самого обучающегося (30%), на втором месте - компетентность преподавателей (29%), на третьем месте по важности была названа материально-техническая обеспеченность учебного процесса (25%), политика руководства МО (9%) и регулярность, повторность обучения (7%) занимают четвертое и пятое место.

Большинство респондентов считают наиболее приемлемым дистанционное обучение (56%), треть опрошенных считают эффективной формой обучения – имитационное (симуляционное) обучение (32%), а классическое обучение предпочитает только каждый десятый обучающийся (12%).

**Выводы:** Таким образом, на примере деятельности одного структурного подразделения ВШОЗ можно сделать вывод о наличии в республике высококвалифицированного профессорско-педагогического состава преподавателей, активном сотрудничестве с ведущими республиканскими и зарубежными университетами, центрами и школами по вопросам расширенного спектра образовательных программ, курсов, построенных с

учетом потребности и заявок потребителей, успешно применение современных инновационных методик обучения. Более широкое внедрение дистанционного обучения в процесс непрерывного профессионального обучения и развития медицинских кадров соответствует как ожиданиям большинства медицинских специалистов, так и кадровой политике государства в системе здравоохранения на современном этапе развития.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана «Казахстан 2050: новый политический курс состоявшегося государства».

2 Демуров Т.Н., Дзукаев О.А. Роль кадровой политики в проведении реформ в здравоохранении // Вестник обязательного медицинского страхования. - 2000. - №6. - С. 22-24.

3 Щепин О.П., Филатов В.Б., Погорелая Я.Д. Подходы к определению стратегии кадровой политики в здравоохранении: международный опыт // Проблемы социально гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 1998. - №3. - С.13-19.

4 Якубов, Э.А. Опыт продвижения реформ сестринского дела / Э.А. Якубов // Главная мед. сестра. 2002. - №1. — С. 13-17.

5 Brisley, P. The impact of education and experience on death anxiety in new graduate nurses /P. Brisley, L.M. Wood // Contemp. Nurse. 2004. - №7. -P. 102-108.

6 Caldwell, K. Postgraduate education for nurses: the Middlesex model / K. Caldwell // Nurse Educ. Today. 2001. - №4. - P. 218-224.

7 Clarke, S. P. Nurse education and patient outcomes: a commentary / P. C. Sean, C. Connolly // Policy Politics Nurs. Pract. 2004. - №2. - P. 12-20.

#### Түйін

Бұл жұмыста медицина мамандарының кәсіптік деңгейі бойынша біліктіліктерін көтеру мақсатында көрсетілетін білім беру қызметтері жайлы мәселелер қаралған. Медициналық қызметкерлердің кәсіби білімін қамтамасыз ету республиканың денсаулық сақтау жүйесінің бәсекеге қабілетті кадрлық мүмкіндігін құру мәселесін шешу маңызды міндет болып табылады.

#### Summary

The paper deals with the provision of educational services for health professionals to improve skills and develop professional skills. At the same time ensuring the quality of vocational training of medical staff is a major challenge in addressing the problem of creating competitive human resource capacity of the health system of the country. With increasing demands for quality of health services improve the process of training and development using modern approaches is the urgent task of Health.

ӘОЖ 618.175-055.2-057.875

**З.С. АБИШЕВА, М.Т. АЙХОЖАЕВА, Т.А. ЖУМАКОВА, Т.М. ИСМАГУЛОВА**  
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина Университеті, Алматы қаласы

**С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІНІҢ БІРІНШІ КУРС СТУДЕНТ ҚЫЗДАРДЫҢ АРАСЫНДАҒЫ  
АЛЬГОДИСМНОРЕЯНЫҢ ТАРАЛУ ЖИІЛІГІ**

**Түсініктеме**

Жұмыста медицина университетінің бірінші курс студент қыздардың арасындағы альгодисменореяның таралу жиілігі туралы мәліметтер көрсетілген.

**Түйін сөздер:** өрбіту саулығы, етеккір циклі, альгодисменорея.

Дені сау адамдардың денсаулығы жөніндегі ғылым - валеология туралы сөз қозғағанда өрбіту саулығын айналып өту мүмкін емес. Өрбіту саулығының ең негізгі көрсеткіші — етеккір циклі. Етеккір циклінің әр түрлі фазаларында әйел организмінде орталық жүйке жүйесі тарабынан функционалдық өзгерістер болатыны белгілі. Әсіресе осы мезгілде етеккірдің келуі ауру сезімімен, яғни альгодисменорея симптомымен қатар болуы мүмкін. Альгодисменорея- органикалық себебі белгісіз, жалпы көңіл күйдің бұзылуы, іштің төмен бөлімінің бел және сегізкөз аймағының толғақ тәрізді немесе сыздап ауруымен бірге жүретін етеккір циклінің бұзылуы.

Әдебиеттердің мәліметтері бойынша альгодисменорея таралу жиілігі 50% дан 80%-ға дейінгі аралықты көрсетеді. В.И. Бодяжинаның анықтауы бойынша 14-44 жас аралығындағы әйелдердің арасында альгодисменореяның таралуы 31-52% құрайды, тіпті олардың 10%-да етеккір кезіндегі ауру сезімі соншалықты күшті болуынан жұмысқа қабілеті бұзылады екен [1,2].

Қазіргі таңда етеккір кезіндегі пайда болатын ауру сезімімен бірге жүретін симптомдардың: эмоциялық-психикалық, вегетативтік, қан-тамырлық, зат алмасу-эндокриндік себептері анықталған. Эмоциялық-психикалық бұзылыстар мына симптомдармен көрінеді: ашуланшақ, көңіл-күйі төмен, анорексия жағдайы булемиямен ауысуы, дәм сезу ауытқулары, ұйқының бұзылуы байқалады. Вегетативтік: жүрегі айну, ықылық ату, тону немесе ыстықтау сезімі, жүрек тұсының ауруы, тахикардия немесе брадикардия, аяқ-қолдарының жансыздануы, ісіктер, зат алма-

су-эндокриндік: құсу, жалпы күрт әлсіздік, терінің қышынуы, буындардың ауруы мүмкін [3,4,5].

**Жұмыстың мақсаты.** С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-нің 1 курс студент қыздарының альгодисменореяға ұшырау жиілігін анықтау.

**Зерттеу материалдары мен әдістері.** Осы себептен біз ҚазҰМУ 1 курстың 180 студент қыздардың арасында анонимді түрде анкета жүргізілді. Анкета етеккір циклі физиологиясы бойынша толық мәлімет алатын 7 сұрақтан құралған.

**Алынған нәтижелер.** Анкетадан алынған мәлімет бойынша студент қыздардың сабақ уақытын жіберу себептері бойынша алғашқы орында альгодисменорея екені анықталды. Респонденттердің 33,4% етеккір кезінде ауырсыну сезінетіні анықталды (бұл көрсеткіш Ресейдің жоғарғы оқу орындарының студент қыздарының арасында -27,6% құрайды екен). Альгодисменореяның I дәрежесі респонденттердің 22,4%, II дәрежесі - 28%, ал III дәрежесі 19,5 % жағдайында кездесетіні анықталды.

Алынған көрсеткіштердің бұл арақатынасы біздің университеттің студент қыздары альгодисменореяның бірінші және екінші дәрежесі кезінде дәрігерге көрінбей өз бетімен ем шара қолдануымен деп түсіндіруге болады. Бұл мәселе жөнінде студент қыздар емханада әрдайым ұзақ кезекте тұрумен және уақыт тапшылығымен түсіндіреді. Сол себептен респонденттердің тек 9,1% дәрігердің көмегіне жүгінген, 3% халық емшілеріне, 1% экстрасенстерге қаралған, 7% аналары мен әжелерінің тәжірибесі арқылы ауру сезімін жою үшін шөптердің тұнбасын, массаж

және тіпті қолдануға болмайтын жылу басу процедураларын пайдаланған.

Өкінішке орай, студент қыздардың көпшілігі ауру сезімін басатын дәрілерді бақылаусыз қабылдаған. Анкетадан II курстың студент қызы емтихандық сессия кезінде қатты ауру сезімін басу үшін бір түнде кетоналдың 10 таблеткасын қабылдаған көрсетіп жазған. Осы студент қыз альгодисменореямен 7 жылдан бері мазалайтын, дәрігерге ешқашан көрінбегенін айтқан. Көрсеткен симптомдарынан альгодисменореяның III сатысы екені анық көрінеді.

Ауру сезімін басатын дәрілерді дәрігердің бақылаусыз бей берекет қабылдау гемопоздың тежелуінен туындайтын қан формуласының күрт өзгеруіне, себебі ол дәрілер қабылдау жолына тәуелсіз ультрогендік әсер етеді, яғни нефро және гепатоксиндік әсер етеді деген сөз [5].

Сонымен, біз жүргізген анкетадан алынған мәлімет бойынша Қазақ Ұлттық медицина университетінің I курс студент қыздарының етеккір циклі физиологиясы жөнінде толық мәлімет алмағаны, етеккір кезіндегі ауытқуларға аса мән бермей және маманданған дәрігерлердің көмегін алмайтындары анықталды. Сол себептен, өз бетімен емделуден болған асқынулардың алдын алу мақсатында студент қыздарға арналған ұсыныстар құрастырылды.

Қорыта келгенде біздің болашағымыз халық санының өсуі, дені сау аналардың қолында болғ-

андықтан, ананың дені сау болса өмірге сау ұрпақтар келетіні айқын. Ана мен баланы жылатпаған халқымыз. Сондықтан ана мен баланың көзінен жас емес бақыт көргіміз келсе бүгінгі қыздар, ертеңгі аналардың саулығын бүгіннен ойлағанымыз біздің басты міндетіміз болып саналады.

#### КОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Бодяжина В. И. и др. Неоперативная гинекология. - М.:1990.- 544 с.
- 2 Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. Дисменорея: алгоритм лечения //Гинекология. -2006. -Т. 8, № 2. - С. 33-35.
- 3 Синчихин С.П., Мамиев О.Б. и др. Дисменорея - современный взгляд на этиологию, патогенез, диагностику, клинику и лечение //Астраханский медицинский журнал. - 2010. - Т. 5. № 1. - С.35-43.
- 4 Майоров М. В. Альгодисменорея: патогенез, диагностика, лечение, // Провизор, 2000, № 16, С. 26 – 27.
- 5 Mrugacz G, Grygoruk C, Sieczynski P, Grusza M, Bolkun I, Pietrewicz P. Etiopathogenesis of dysmenorrhea / /Med Wieku Rozwoj. - 2013. -№17(1). - P.85-9.

#### Резюме

В работе методом анкетирования выявлены осведомленность студенток младших курсов о менструальном цикле и распространение альгодисменореи.

#### Summary

By questioning junior-course students, the work has revealed students' awareness of menstrual cycle and algodismenorey's prevalence.

УДК 618.7-06:618.14/.15-007.44-055.26/.28+616.62-008.222-009-055.26/.28

**С.М. МУХТАРОВА, Г.К. ОМАРОВА, А.И. ЮЛДАШЕВА, С.Б. МАХАЖАНОВА,  
Г.И. РЗАЕВА**

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті, Алматы қаласы

## **ӘЙЕЛДЕРДІҢ ГЕНИТАЛДЫҚ ПРОЛАПСТЫҢ ЖӘНЕ КҮЙЗЕЛІСТІ ИНКОНТИНЕНЦИЯСЫНЫҢ ДАМУ СЕБЕПТЕРІ**

### **Түсініктеме**

Айтылмыш мақалада гениталдық пролапс (ГП) және күйзелісті инконтиненция(КИ) дамуының көкейкесті мәселелері қарастырылған. ГП, КИ әйелдің денсаулығын және өмірдің сапа деңгейінің төмендеуіне келтіреді. ГП және КИмен азап шегетін әйелдердің құрамы жене де ақеліп соғатын факторлар айқындалды.

**Түйін сөздер:** гениталдық пролапс, күйзелісті инконтиненция, өмірдің сапасы, постменопауза, репродуктивті кезең, гипоэстрогемия, экстрагениталды аурулар.

Гениталдық пролапс және күйзелісті инконтиненция қазіргі уақытта ең күрделі әрі де көп таралған күрделі мәселелердің бірі болып саналады. ГП, КИ физикалық және моральді көресілерге әкеліп соғады, еңбекке жарамдылығын және тұрмыс сапасын төмендетіп, әйелдің әлеуметтік жайлылығына кері әсерін тигізеді.

**Мақсат:** әйелдің жасының ара тәуелділігіне қарай ГП, КИ құрылымдық себебімен танысу.

**Материалдар мен зерттеу әдістері:** қойылған мақсаттарды орындау үшін зерттеуге ГП,КИ 76 әйел қосылған, оларды әйелдің жасының ара тәуелділігіне қарай бөлген:репродуктивті жастағы әйел, кеш репродуктивті, перименопауза мен постменопауза кезеңдерге.

**Зерттеудің нәтижесі:** орта жастағылар 52,8±7 жыл құрады. Әйелдің жасының ара тәуелділігіне қарай ГП және КИ зардап шегетіндер, постменопаузадағылар 50(65,7%), екінші орында - перименопаузадағылар 19(25%), үшінші - кеш репродуктивті 6(8%) және төртінші орында - репродуктивті кезең 1(1.3%). Науқастардың репродуктивті анамнезі бойынша бағасы, барлық әйелдер анамнезінде болған босанулар: 15(20%) – 1босану, 50(66%) – 3ке дейін босану және 10(13%) – 4тен жоғары. Өткізілген зерттеулер бойынша, 66 әйелдердің (87%)нәрестелері дененің орташа салмағымен, ал 10 әйелдің(13%) макросомиямен туылғаны анықталды. Зерттеулер нәтижесі көрсеткендей 2 немесе одан да көп себептердің тіркесуі 57 әйелде(75%), гипоэстрогемия 50 әйелде (66%), акушерлік жа-

рақаттар 22 әйелде (29%), құрсақ ішілік қысымының көтерілуі 12 әйелде (16%), қалыптан тыс физикалық еңбек 10 әйелде (13%), дәнекер тінінің дисплазиясы 10 әйелде(13%), гениталдық пролапс пен күйзелісті инконтиненция дамуының негізгі себептері болып табылады. ГП және КИ ауруымен ауыратын әйел адамдардың негізгі шағымдары: жүктілік кезіндегі зәрі ұсай алмауы 52 әйелде(72%), қынабында бөгде зат болуы тәріздес сезім 34 әйелде(4%), аралықта жәйсіз сезіну 25 әйелде(33%), ішінің төменгі жағында қысым сезімі 26 әйелде(34%), газды ұстай алмау 20әйелде(26%), нәжісін ұстай алмау 15 әйелде(20%), зәр шығарудың жиілеуі 3 әйелде(4%) анықталды. Біздің анықтауымыз бойынша әйелдердің экстрагениталдық ауруларының құрамында КИ және ГП ауыратын әйелдерде: 46% - 35 әйелде жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары, 26%-20 әйелде асқазан ішек жолының аурулары, 16%-12 әйелде тыныс жүйесінің аурулары,24%-18 әйелде эндокриндік жүйесінің аурулары, ал 13%-10 әйелде зәр шығару жүйесінің аурулары кездесті.

Сондықтан, ГП және КИ туған және әсіресе постменопауздық кезеңде көп кездеседі. ГП және КИдің негізгі қауіп факторлары: гипоэстрогемия, акушерлік травма, кіші жамбастағы реконструктивтік операциялар, тағыда себептердің бірлестігі. ГП және КИдің дамуына әсер ететін факторлардың бірі - экстрагениталдық аурулар кезіндегі құрсақ –ішілік қысымының көтерілуі.

## Резюме

ГП и СИ наиболее часто встречается у рожавших женщин, преимущественно в постменопаузальном периоде. Основными факторами риска ГП и СИ являются: гипоэстрогемия, акушерский травматизм, реконструктивные операции малого таза, а так же сочетание причин. Одним из факторов, способствующим прогрессированию ГП и СИ, является повышение внутрибрюшинного давления при экстрагенитальных заболеваниях.

## Summary

Genital prolapse and stress urinary incontinence is most common in women who gave birth, primarily in postmenopausal women. The main risk factors for genital prolapse and stress urinary incontinence are: hypoestrogenemia, obstetric trauma, pelvic reconstructive surgery, as well as a combination of reasons. One of the factors contributing to the progression of genital prolapse and stress urinary incontinence, is to increase the intraperitoneal pressure extragenital diseases.

УДК 618.39-089.888.14-084:614.39-053.7

**Г.Т. БИРЖАНОВА**

Городской центр репродукции человека, г. Алматы

## РОЛЬ МОЛОДЕЖНОГО ЦЕНТРА В ПРОФИЛАКТИКЕ АБОРТОВ

### Аннотация

Анализ показателей за последние 5 лет свидетельствует об эффективности работы МЦЗ по охране репродуктивного здоровья молодежи.

**Ключевые слова:** аборт, профилактика, репродуктивное здоровье.

**Актуальность.** Как во всем мире, так и в нашей стране демографическая ситуация во многом определяется показателем репродуктивного здоровья молодежи, вступающий в репродуктивный возраст. Здоровье женщин закладывается с первых дней жизни, в детстве происходит становление обще-соматического здоровья, берут начало многие органические, а тем более функциональные заболевания женских половых органов, закладывается фундамент сексуального поведения, формируется репродуктивный потенциал.

Анатомо-физиологические и психологические особенности подросткового возраста обуславливают особую незащищенность, ранимость подростка, зависимость от влияния окружающей среды, как на биологическом, так и на социальном уровне.

Мировое сообщество выделяет 4 группы проблем репродуктивного здоровья молодежи:

**1. Сексуальные отношения.** Как показывают многие исследования, для большинства людей сексуальные отношения начинаются в подростковом периоде и чаще всего до брака. Взрослая сексуальная активность среди молодежи связана с несколькими видами рисков, среди которых нежелательные беременности и рождения, аборты, внебрачные рождения, инфекции, пере-

даваемые половым путем (включая ВИЧ/СПИД), и высокий уровень материнской смертности.

**2. Беременность и рождение детей.** До 10% всех родов в мире составляют роды в подростковом возрасте. Беременность в возрасте до 16 лет представляет риск материнской смертности и чаще всего беременность протекает с осложнениями.

**3. Аборты.** Низкий уровень знаний и недостаточная доступность средств контрацепции является высоким риском возникновения нежелательной беременности. В нашей стране уровень абортов среди подростков превышает в десятки раз, чем в развитых странах, и составляет около 10% от всех произведенных абортов, тем самым наносит непоправимый вред их репродуктивному здоровью.

**4. Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) и ВИЧ/СПИД.** Наиболее высокий уровень регистрации ИППП – до 70% - выявляется в возрасте от 15 до 24 лет. Около половины подростков недооценивают, риск заражения ИППП, несмотря на то, что венерические заболевания возросли за последние годы в несколько десятков раз. Чаще всего у подростков ИППП не диагностируются и не лечатся, из-за низкой обращаемости к врачам, они вызывают большинство

осложнений репродуктивного здоровья, включая возникновение бесплодия, увеличивают риск уязвимости для ВИЧ/СПИД.

С целью сохранения репродуктивного здоровья молодежи во многих городах Казахстана были созданы Молодежные центры здоровья (МЦЗ). Деятельность МЦЗ ориентирована на обеспечение медико-психосоциальной помощи по следующим направлениям:

- консультирование по вопросам планирования семьи, консультирование молодежи о современных методах контрацепции, динамичное наблюдение за приемом контрацептивов
- распространение и учет средств контрацепции
- консультирование по всем проблемам полового созревания, вопросы безопасных сексуальных отношений, предупреждение нежелательной беременности, ИППП, ВИЧ.
- проведение заключительного этапа реабилитации юных пациенток после прерывания беременности, включая профилактику повторной нежелательной беременности
- диагностика, лечение, диспансерное наблюдение девочек подростков с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ)
- диагностика и лечение пациенток с заболеваниями шейки матки
- первичная диагностика патологии молочной железы у девочек подростков
- активное выявление и лечение подростков с ИППП

- диагностика и направление на лечение мальчиков подростков и юношей с врожденными и приобретенными заболеваниями половых органов

- медико-психологическое консультирование подростков по проблемам общего психического здоровья.

Работа по охране репродуктивного здоровья молодежи, проведенная за последние 5 лет специалистами МЦЗ, существенно отразилась на снижении абортотности среди подростков по г. Алматы. По данным переписи населения от 2010 года в г. Алматы количество девочек составило:

От 0-18 лет - 205 364 девочек.

От 0 до 14 лет 11 мес.29 дней – 174 888 девочек.

От 15 до 18 лет -30 480 девочек.

Таким образом, за последние 5 лет работа МЦЗ по снижению абортотности среди детей и подростков привела к положительным результатам – к снижению количества абортотности на 1 000 девочек-подростков с 2008 года в 2,5 раза.

За последние 5 лет в структуре абортотности среди подростков отмечается, снижение показателя абортотности по медицинским показаниям в 6 раз за счет уменьшения количества абортотности у девочек в возрасте 15-16 лет. Отмечается увеличение показателя абортотности по социальным показаниям, что свидетельствует о еще недостаточной информации и недоступности медицинской помощи для девочек – подростков. В то же время отмечается снижение показателя абортотности искусственных абортотности в 1 триместре, за счет внедрения современных бе-

Таблица 1 - Сравнительная таблица по абортотности среди подростков за 2008 – 2012 гг. по г. Алматы

	2008 г. Колич. абортотности на 1000 дев	2009 г. Колич. абортотности на 1000 дев	2010 г. Колич. абортотности на 1000 дев	2011 г. Колич. абортотности на 1000 дев	2012 г. Колич. абортотности на 1000 дев
До15 лет	0,17	0,01	0,005	0	0,005
15-18 лет	4,7	2,5	1,9	2,3	1,8
Всего	0,7	0,4	0,3	0,34	0,28

Таблица 2 - Структура абортотности среди подростков за 2008-2012 гг. по г. Алматы

	2008 г. 15-18 лет	2009 г. 15-18 лет	2010 г. 15-18 лет	2011 г. 15-18 лет	2012 г. 15-18 лет
Самопроизвольные абортотности	1,3	0,9	0,9	1,0	1,0
Медицинские абортотности	2,6	1,1	0,7	0,7	0,3
Мини абортотности	0,13	0,03	0,09	0,09	0,09
Прерывание беремен-ти по мед. показаниям	0,4	0,09	0	0,06	0,06
Прерывание беремен-ти по соц. показаниям	0,16	0,22	0,13	0,26	0,55
Медикаментозные абортотности	0	0,16	0,06	0,06	0,19
Криминальные абортотности	0	0	0,03	0,03	0
Всего	4,17	2,5	2,3	2,3	1,8

зопасных технологий в прерывании беременности в раннем сроке - медикаментозного аборта.

Таким образом, анализ показателей за последние 5 лет свидетельствует об эффективности работы МЦЗ по охране репродуктивного здоровья молодежи. Своевременная и квалифицированная диагностическая и лечебно-профилактическая помощь молодым людям, достоверно снижает уровень нежелательной беременности и повышает ответственность подростков в сохранении репродуктивного здоровья, что в конечном

результате приведет к повышению рождаемости и индексу здоровья женщин.

#### Түйін

Соңғы 5 жылдықтағы анализ көрсеткіштері ЖДОНның жастар арасындағы репродуктивті денсаулықты қорғау жұмыстарын тиімді жүргізгенін дәлелдейді.

#### Summary

Analysis of the figures for the past 5 years demonstrates the effectiveness of YHC reproductive health of young people.

ӘОЖ 612.6-055.2-07(574.13)

**Г.Х. КАЛБАГАЕВА, С.К. БЕРМАГАМБЕТОВА, Т.К. КАРИМОВ, А.Н. ЗИНАЛИЕВА**

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік медицина университеті,  
Ақтөбе қаласы

### АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫ БОЙЫНША БАЛА ӨРБИТУ ЖАСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕР АҒЗАСЫНДАҒЫ ЙОД, ТЕМІР ЖӘНЕ ФОЛИЙ ҚЫШҚЫЛЫНЫҢ ДЕНГЕЙІНЕ САРАПТАМА

#### Түсініктеме

Мақалада Ақтөбе қаласы және Ақтөбе облысының Алға ауданы бойынша бала өрбіту жасындағы әйелдер ағзасындағы йод, темір және фолий қышқылының деңгейін биомониторинг нәтижесі бойынша талдау жүргізілді. Анықталған микронутриенттер жетіспеушілігі бойынша ұсыныстар берілді.

**Түйін сөздер:** бала өрбіту жасындағы әйелдер, йод, темір, фолий қышқылы.

**Өзектілігі.** Салауатты тамақтану ақыл-ой мен дененің ырғақты дамуына, ағзаның маңызды жүйелерінің қалыпты қызмет жасауына жағдай жасап, енбекке деген қабілеттілікті арттыратын және бала өрбіту мүмкіншілігін сақтаушы фактор [1]. Тағам гигиенасы ғылымы саласындағы Қазақстандық ғалымдардың соңғы жылдардағы зерттеу нәтижелері бойынша елімізде балалар мен бала өрбіту жасындағы әйелдердің микронутриенттермен қамтамасыз етілуі, әсіресе жүкті және бала емізетін әйелдердің физиологиялық қажеттіліктерімен салыстырғанда төмен екендігі анықталды. Жүкті әйелдер арасында әсіресе фолий қышқылының (70–100%) жеткіліксіздігі кең тараған. Қазақстан жүкті әйел, бала емізетін әйелдер арасында және балалардың көпшілігінде поливитаминді жетіспеушілік ағзаға йод, темір, селен, кальций, фтор және басқа да макро- және микроэлементтердің жеткіліксіз түсуімен қосарланады [2]. Теміржетіспеушілік жағдай (ТЖЖ) – кез-келген жаста (жаңа туған баладан егде жас

аралығында) жиі байқалатын клинико-гематологиялық синдром [3]. Жүкті және бала емізетін әйелдерде, балаларда қалқанша бездің қалыпты жұмыс жасауы мен ағзаның йодпен жеткілікті мөлшерде қамтамасыз етілуі денсаулықтың кешенді факторы. Ағзада йод жетіспеушіліктің басты патологиялық әсері – адамның интеллектуалды потенциалының төмендеуі мен зобтың түрлі формаларының кең таралуы – денсаулық сақтау жүйесіне ауыр жүк және елдің экономикалық ресурстарын шығындайды [4,5]. Фолий қышқылының жетіспеушілігінде (ФКЖ) анемияның туындауына себебші фактор болып табылады. 2006 жылы Қазақ тағамтану академиясы жүргізген ұлттық зерттеуінде ФКЖ республика бойынша таралу жиілігі 15,3 құрады және қаламен салыстырғанда ауылдық жердегі балалар арасында кең тараған[5].

**Зерттеу мақсаты.** Ақтөбе облысындағы 18-49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы темір, йод және фолий қышқылының деңгейіне сараптама жасау.

**Зерттеу әдістері мен материалдары.** Ұлттық салауатты тамақтану орталығы мамандарымен бірге дәлелді медицина принциптері тұрғысынан зерттеу дизайны бойынша бір сәттілік көлденең зерттеу (сауалнама) мен жағдайларды сипаттау жүргізілді. Зерттеуге Ақтөбе қаласынан 18-49 жас аралығындағы 41 әйел және Ақтөбе облысының Алға ауданынан 18-49 жас аралығындағы 45 әйел қатысты. Жазбаша келісім бойынша әйелдерден алынған қан мен зәрдегі темір, йод және фолий қышқылының деңгейіне сараптама жасалды. Алынған сараптама нәтижелері вариациалық статистика әдісімен өңделді.

**Зерттеу нәтижелерін талдау.** Зерттеу нәтижесінде Ақтөбе облысының 18-49 бала өрбіту жас аралығындағы 41 қала және 45 аудандағы әйелдер ағзаларындағы қан мен зәр құрамындағы темір, йод фолий қышқылының деңгейіне сараптама жасалды.

1 кестеге сәйкес қан сарысуы құрамындағы темірге жасалған сараптама нәтижесі бойынша Ақтөбе қаласы бойынша 41 әйелдің 6-нан темір жетіспеушілік (14,6%), Алға ауданының 45 әйелдің 15-нен темір жетіспеушілік анықталды

(33,3%). Анемияның дәрежесі бойынша Ақтөбе қаласымен салыстырғанда Алға ауданының жеңіл дәрежелі анемия басым болды.

2-ші кесте бойынша Ақтөбе қаласында 18-49 бала өрбіту жас аралығындағы 41 әйелдің 13-де – 31,7%, Алға ауданының 45 әйелдің 10-да – 22,2% йод жетіспеушілік анықталды. Жас ерекшелігі бойынша Ақтөбе қаласындағы жетіспеушіліктің анықталған деңгейі 18-29 жас аралығы. Яғни, 8 әйелдің 5-де жеңіл, 1-де орташа, 2-де ауыр дәрежелі йод жетіспеушілік анықталды 30,7%. Алға ауданы бойынша 4 жеңіл, 3 ауыр дәрежелі йод жетіспеушілік анықталған жас ерекшелігі 30-39 жасты құрады 33,3%. Йодтың жетіспеушілігі бойынша екі топтада жеңіл дәрежесі басым болды.

3 – кесте бойынша Ақтөбе қаласында 18-49 жас аралығындағы 41 әйелдің 29-да, Алға ауданының 45 әйелдің 2-де фолий қышқылының жетіспеушілігі анықталды. Жас ерекшелігі бойынша Ақтөбе қаласындағы жетіспеушіліктің анықталған деңгейі 18-29 жас аралығы. Ақтөбе қаласында фертильді жастағы әйелдер ағзасында фолий қышқылы (70,7%).

Кесте 1- Ақтөбе қаласы және Ақтөбе облысының Алға ауданы бойынша 18-49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы темір деңгейі

Мекен-жайы	Жас аралығы	Жалпы әйел саны	Гемоглобиннің орташа деңгейі	Жеңіл дәрежелі анемия		Орташа дәрежелі анемия		Ауыр дәрежелі анемия	
				Жалпы әйел саны	ЖДА (110-90 г/л)	Жалпы әйел саны	ОДА (90-70 г/л)	Жалпы әйел саны	АДА (70г/л төмен)
Ақтөбе қаласы	18-29	26	11,87± 1,18	4	97	-	-	-	-
	30-39	13	12,57± 1,71	1	105	1	87	-	-
	40-49	2	13,65± 0,35	-	-	-	-	-	-
Алға ауданы	18-29	19	11,27± 2,18	5	91	1	78	1	65
	30-39	21	11,9± 2,03	5	100	-	-	1	62
	40-49	5	11,24± 2,45	1	93	1	85	-	-

Кесте 2 - Ақтөбе қаласы және Ақтөбе облысының Алға ауданы бойынша 18-49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы йод деңгейі

Мекен-жайы	Жас аралығы саны	Жалпы әйел деңгейі (N-100-500 мкг/л)	Йодтың орташа	Жеңіл дәрежелі ЙЖ		Орташа дәрежелі ЙЖ		Ауыр дәрежелі ЙЖ	
				Жалпы әйел саны	ЖДИЖ (50-99) мкг/л	Жалпы әйел саны	ОДИЖ (20-49) мкг/л	Жалпы әйел саны	АДИЖ (20 төмен) мкг/л
Ақтөбе қаласы	18-29	26	194,77± 19,18	5	72,35	1	35,64	2	18,62
	30-39	13	155,97± 10,85	2	81,70	2	41,01	-	-
	40-49	2	241,85± 28,68	-	-	1	28,15	-	-
Алға ауданы	18-29	19	245,47± 17,64	2	79,44	-	46,20	-	-
	30-39	21	245,82± 21,59	4	70,24	3	32,76	-	-
	40-49	5	142,6± 10,83	-	-	1	36,84	-	-

Кесте 3 - Ақтөбе қаласы және Ақтөбе облысының Алға ауданы бойынша 18-49 бала өрбіту жас аралығындағы әйелдер ағзасындағы фолий қышқылының деңгейі

Мекен - жайы	Жас аралығы	Жалпы әйел саны	ФҚ орташа деңгейі	ФҚ қалыпты деңгейі		ФҚ жетіспеушілігі	
				Жалпы әйел саны	7,0-45,0 нмоль/л	Жалпы әйел саны	7,0 нмоль/л төмен
Ақтөбе қаласы	18-29	26	5,57± 0,55	6	9,26	20	4,47
	30-39	13	6,49± 0,93	6	9,90	7	3,57
	40-49	2	4,49± 0,75	-	-	2	4,50
Алға ауданы	18-29	19	11,94± 1,91	19	11,94	-	-
	30-39	21	13,25± 2,22	19	14,12	2	4,87
	40-49	5	13,99± 1,21	5	14,00	-	-

Қорыта келе, зерттеу нәтижесінде темір, йод және фолий қышқылының жетіспеушілік тұрғындардың тұрғылықты жерлеріне және жас ерекшеліктеріне байланысты екендігі анықталды. Зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып төмендегідей ұсыныс жасады:

- Теміртапшылық анемияның, йодтапшылық және фолий қышқылының жетіспеушілігінің профилактикасының маңыздылығы жөнінде халықты ақпараттандыру. Телемедицинаны дамыту (дәрігермен кеңесу, мамандар лекциясы мен радио-телевизиондық программалар);

- Күнделікті салауатты тамақтану, құрамында темір, йод және фолий қышқылына, микроэлементтерге бай тағамдарды үйлесімді пайдалану.

- Микронутриенттер тапшылығы анықталған аймақтарда тұрғындардың йод, темір, фолий қышқылымен қамтылуын биологиялық мониторингілеу;

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- 1 Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. Алматы: Асем-Систем, 2010. – 480 с.
- 2 Шарманов Т.Ш. Казахстан в контексте глобальных проблем питания. Алматы: ТОО «Баспа», 2000. – 224 с.

- 3 Тажибаев Ш.С. Профилактика анемии и дефицита витаминов. Алматы, 2009. С. 9-23

- 4 Мукашева О.К., Тажибаев Ш.С. Распространенность анемии среди женщин репродуктивного возраста в Казахстане // Материалы Международной научно-практической конференции «Питание и здоровье», посвященной 80-летию со дня рождения академика Торгелды Шармановича Шарманова, г.Алматы, 22 октября 2010 г. – С. 121-122.

- 5 Chandra S., Chandra R.K. Nutrition, immune response, and outcome. // Prog.Food Nutr.Sci1986.-v.10.-№1-2.-P.1-65.

#### Резюме

В результате исследований проведен сравнительный анализ уровня йода, железа и фолиевой кислоты в организме женщин репродуктивного возраста Актюбинской области. На основе проведенного исследования выявлен недостаток уровня фолиевой кислоты, йода и железа. Предложены пути профилактики дефицита фолиевой кислоты, йододефицитных и железодефицитных состояний у женщин репродуктивного возраста.

#### Summary

As a result of investigations carried out a comparative analysis of the level of iodine, iron and folic acid in women of reproductive age Aktobe region. On the basis of the study revealed a lack of levels of folic acid, iodine and iron. The ways of preventing folic acid deficiency, iodine deficiency and iron deficiency in women of reproductive age.

УДК 613.287.1:618.63

**Б.А. КОСАЕВА**

ГККП Городская поликлиника № 2, г. Алматы

## ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

### Аннотация

В статье рассмотрены проблемы с грудным вскармливанием, ценность грудного молока.

**Ключевые слова:** грудное молоко, грудное вскармливание, лактация.

Непрерывное совместное пребывание ребенка с матерью очень полезно для здоровья малыша, кормящей грудью матери и налаживания контакта между ними. Организм матери природой устроен таким образом, что в первые месяцы после рождения ребенок должен непрерывно находиться рядом с матерью и без ограничений получать материнское молоко. Поскольку именно это заставляет организм мамы усиливать выработку лактационных гормонов, необходимых для полноценного грудного вскармливания. Маме нужно стремиться к неразлучному совместному пребыванию с малышом, а все медицинские процедуры можно проводить, не отлучая малыша от матери.

Молоко матери — самодостаточный продукт, включающий в себя все, что необходимо младенцу для нормального роста и развития в первые годы после рождения. При грудном вскармливании малыш не должен получать больше ничего, кроме материнского молока и тогда он будет полностью обеспечен едой, не будет нуждаться в дополнительном питании, а также будет полностью защищен. Иммуитет ребенка еще слишком слаб, чтобы бороться с бактериями, которые могут попасть в организм с дополнительным питанием, а содержащийся в молозиве иммуноглобулин дает малышу полную антибактериальную защиту, производимую материнским организмом для еще неокрепшего детского организма. Так же, материнское молоко помогает избавиться детскому организму от мекония, снижая вероятность заболевания желтушкой. Грудное вскармливание новорожденного очень важный элемент в обеспечении защиты малыша от еще не привычной для него внешней среды.

Проблемы с грудным вскармливанием. **Важно решать проблемы с грудным вскармливанием сразу же, как только возникают.** Соски болят, потрескались или кровоточат. Легкая боль нор-

мальна вначале, но сильная боль или раздражение — чаще всего признак неправильного положения малыша при кормлении. Освойте технику правильного кормления, а кроме того:

- сначала давайте менее болезненную грудь;
- прежде чем отнять грудь, положите пальцы на уголки рта малыша;
- грудное молоко достаточно целебное, поэтому выдавите немного молока на соски после кормления и дайте ему высохнуть;
- не мойте грудь с мылом, воды вполне достаточно.

**Грудь распухает.** Это нормально между третьим и пятым днем после родов — значит, ваша грудь производит молоко. Припухлость должна спасть через день-два благодаря частому кормлению, но кроме того:

положите теплый компресс на грудь перед кормлением, чтобы стимулировать отток молока; если грудь слишком напряжена, сцедите немного молока молокоотсосом или вручную, пока она не станет мягче, - иначе ребенок не сможет нормально сосать;

если боль или опухоль сильные и у вас поднялась температура, срочно обратитесь к врачу, это может быть признаком мастита.

**Молоко подтекает само.** Это нормально, ваше тело, адаптируется к грудному вскармливанию. Лактация стабилизируется между 2-м и 4-м месяцами после родов. До того используйте салфетки или прокладки. Когда во время кормления из второй груди начинает течь, используйте чистое полотенце, чтобы впитывать выливающееся молоко.

**Молоко выделяется с трудом.** Иногда только через несколько минут после того, как ребенок возьмет грудь, удается вызвать отток молока.

Сделайте теплый компресс на грудь или примите теплый душ перед кормлением.

Помассируйте грудь по направлению к соску. Расслабьтесь, послушайте музыку или зажгите свечу во время кормления.

**Молоко выделяется слишком быстро и обильно.** Если ребенок почти захлебывается сильной струей, отнимите его от груди. Сцедите первое, менее питательное молоко, пусть ребенок высосет дальнейшее молоко, полностью опустошив грудь. За один раз кормите только одной грудью, как бы ни велик был соблазн предложить другую.

Таким образом, грудное молоко мамы, самый вкусный и полезный продукт в первые годы жизни ребенка.

#### Түйін

Бұл мақалада ана сүтінің нәрестеге пайдасы қарастырылған.

#### Summary

This paper consider the problem with breast-feeding, the value of breast milk.

УДК 616.831-009.11-053.2-08-039.57

### З. Т. БЕЙСЕМБАЕВА

КГКП «Поликлиника № 3», г. Экибастуз

## ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

### Аннотация

В данной статье описаны принципы реабилитации детей с ДЦП в условиях поликлиник г. Экибастуза, указаны статистические данные, частота детей с ДЦП по разным возрастным категориям. Описаны принципы лечения, эффективность лечения при разных формах ДЦП, направление детей в Республиканские и Областные реабилитационные центры.

**Ключевые слова:** детский церебральный паралич, реабилитационные мероприятия.

**Актуальность.** Детский церебральный паралич (ДЦП) во всём мире занимает одно из ведущих мест среди заболеваний нервной системы, ведущих к инвалидности.

ДЦП - это группа синдромов, возникающих вследствие органического поражения центральной нервной системы, в разные периоды развития плода и во время родов. Этиология ДЦП разнообразна. Среди причин, преобладают вредоносные воздействия в пре-перинатальном, интранатальном и раннем постнатальном периодах. Частота ДЦП составляет 2,5-5,9 на 1000 родившихся [1].

В городе Экибастузе в 2012 году было зарегистрировано 126 детей, больных ДЦП, среди которых до 1 года- 12, до 5 лет — 101. В последние годы разработаны многочисленные методики восстановительного лечения двигательных, речевых, психических нарушений при ДЦП.

В методы комплексной реабилитации входит [2]:

\*медикаментозная терапия

- \*лечебная физкультура (ЛФК)
- \*иглорефлексотерапия (ИРТ)
- \*физиотерапия, массаж
- \*психоло-логопедическая коррекция
- \*педагогическая коррекция
- \*социальная коррекция
- \*ортезирование

**Целью** настоящей работы является изучение принципов реабилитации, применяемых в условиях поликлиники.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 20 пациентов - состоящих на «Д» учёте с диагнозом ДЦП у неврологов в поликлинике.

Среди них: мальчиков 15/73,2%. По возрасту, дети были распределены на 2 группы: с 4 лет до 9 лет- 11 детей/60%/; с 10 лет до 14 лет- 9 детей/40%/. Распределение форм: двойная гемиплегия у 3/13,6%/; спастическая диплегия у 7 / 31,8%/; гемипаретическая форма у 8 детей/ 36,3%/; атонико-астатическая у 2 детей/13,6%/; смешанная форма у 1 /4,5%/.

Всем детям проводилось клинико-неврологическое обследование: МРТ, КТ головного мозга, осмотр глазного дна, консультация логопеда, психолога.

Диспансерное наблюдение проводится 1 раз в 3 месяца, при необходимости активное наблюдение на дому. Курсы амбулаторного лечения 2-3 раза в год; стационарного лечения в неврологическом отделении Областной детской больницы 1-2 раза в год; в реабилитационных центрах 1-2 раза в год.

При спастических формах ДЦП в поликлинике применялись препараты: улучшающие мозговое кровообращение растительного происхождения Танакан, разработанный на основе экстракта из листьев реликтового дерева Гингко Билоба; снижающие мышечный тонус: мидокалм, баклофен; ноотропы.

При атонических формах ДЦП использованы антихолинэстеразные препараты. При гемипаретической форме ДЦП препараты: Танакан, ноотропы, миорелаксанты.

В амбулаторных условиях в поликлинике проводится лечебная физкультура, продолжительностью по 40 минут 2 раза в день, массаж, из физиотерапевтических процедур пациентам применялись следующие виды лечения:

\*тепловые процедуры /парафиновые аппликации ежедневно курсом 10 процедур/;

\*электропроцедуры / УВЧ терапия, продолжительностью сеанса 7-10 мин., ежедневно курсом 10-12 процедур/;

\*лекарственный электрофорез по методике Ратнера со спазмолитиками /эуфиллин, папаверин/.

Детям проводились логопедическая коррекция, направленная на расслабление мимических мышц, массаж и гимнастика артикуляционной мускулатуры, двигательные, голосовые упражнения, постановка и автоматизация звуков, работы по обогащению активного и пассивного словаря, развёрнутой речи [4].

Для оказания комплексной реабилитации пациенты направляются в Республиканские реабилитационные центры города АСТАНА, Алматы, где проводится физиолечение, психолого-логопедическая, педагогическая коррекция, ипотерапия, лечебная физкультура, трудотерапия. Параллельно с этим занятия- занятия воспитателей, педагогов-дефектологов.

**Выводы:** Проведённое исследование показало, что объём проводимых реабилитационных мероприятий позволяет добиться значительных положительных результатов. Так, к концу лечения улучшение наблюдалось у 15/68,1%/ детей с ДЦП, незначительное улучшение у 5/22,7%/, без изменения у 2/9,0%/. Отсутствие положительной динамики у 2 /9,0%/ можно объяснить тяжестью процесса.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Петрухин А.С. Неврология детского возраста М.: Медицина- 2004.-67 с.
- 2 Семёнова К.А., Танюкина Э.И., Шестаков В.П. и др. Комплексная реабилитация детей с ДЦП /Методические рекомендации.-Санкт-Петербург, 1998.-102 с.
- 3 Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич.- Дидактика плюс, 2001.-76 с.
- 4 Семёнова К.А., Махмудова Н.М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом.- Ташкент, 1979.- 48 с.

#### Түйін

Бұл мақалада Екібастұз қаласындағы БЦП бар балаларға зерттеу жүргізіледі. Осы аурудың пайда болу себептері, әр түрлі БЦП –ті балаларды оналту принциптері, физиотерапиялық емшаралардың негізгі тәсілдері мазмұндалады. Балалардағы емдеу нәтижелері, ары қарай диспансерлік бақылау сипатталады.

#### Summary

This article describes the principles of rehabilitation of children with cerebral palsy in clinics Ekibastuz, are statistics, the incidence of children with cerebral palsy in different age categories. The principles of treatment, the efficacy of treatment with different forms of cerebral palsy, sending children to the republican and regional rehabilitation centers.

УДК 616.831-005.4-053.3

**З. Т. БЕЙСЕМБАЕВА**

Поликлиника № 3, г. Экибастуз

## **ГИПОКСИЧЕСКИ - ИШЕМИЧЕСКИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

### **Аннотация**

В данной статье изучается проблема гипоксически - ишемической энцефалопатии у новорожденных. Этиология, патогенез, клинические проявления энцефалопатии, особенности лечения. Дается характеристика синдромов гипоксически - ишемической энцефалопатии, особенности лечения в восстановительном периоде.

**Ключевые слова:** гипоксическо - ишемическая энцефалопатия, синдром внутричерепной гипертензии.

Гипоксически-ишемическое поражение (ГИ) повреждение головного мозга — наиболее частая причина энцефалопатии и судорог у новорожденных.

Неонатальная энцефалопатия в результате ГИ повреждения головного мозга - одна из главных причин детской смертности и заболеваемости. Основной причиной неонатальной гипоксически — ишемической энцефалопатии (ГИЭ) является неадекватное поступление кислорода в ткани мозга вследствие сочетания гипоксемии и ишемии. Антенатальная и, как правило, более ранняя гипоксия является главным предрасполагающим фактором к развитию ГИЭ к моменту рождения, и именно антенатальная гипоксия является основной прямой причиной развития детского церебрального паралича. Длительность и выраженность гипоксии влияют на морфологический субстрат перинатального поражения мозга и острая тяжёлая асфиксия в основном вызывает изменения в стволовых структурах мозга, менее выраженная длительная асфиксия - диффузные корковые нарушения. Одним из важнейших механизмов патогенеза ГИЭ является нарушение мозгового кровотока. Первым ответом на значительную перинатальную гипоксию служит перераспределение сердечного выброса с увеличением кровоснабжения жизненно важных органов, в частности головного мозга. Дальнейшая артериальная гипотензия приводит к уменьшению церебральной перфузии. Существенным моментом в развитии ГИЭ является взаимоотношение церебральной гипоперфузии и сосудистой архитектоники мозга: у доношенных детей церебральная гипоперфузия вовлекает преимущественно кору головного мозга и парасагитальные зоны на месте водораздела бассейнов передней, средней,

задней мозговой артерии; у недоношенных детей эти зоны менее ранимы из-за наличия анастомозов с менингеальными артериями, а более уязвимо перивентрикулярное белое вещество в областях между субэпидемальными сосудами и перентрующими ветвями передней, средней и задней мозговых артерий. Перинатальная гипоксия вызывает перераспределение кровотока между органами, а также гипоксемию и гиперкапнию, которые в свою очередь, ведут к нарушению сосудистой ауторегуляции, а дальнейшее сохранение гиперкапнии и гипоксемии — к снижению артериального давления (АД) и скорости мозгового кровотока, что формирует ишемическое поражение мозга. С другой стороны повышение АД как реакция на гипоксию закономерно приводит к увеличению скорости мозгового кровотока, что может способствовать развитию кровоизлияния. Несмотря на относительную резистентность к внутричерепной гипертензии у новорожденных по сравнению с детьми старшего возраста и взрослыми, при тяжёлом гипоксически-ишемическом поражении головного мозга у доношенных детей, тяжёлом пери- и интравентрикулярном кровоизлиянии у недоношенных детей или при гидроцефалии, возможно повышение внутричерепного давления, которое зачастую приводит к экстенсивному некрозу мозговой ткани [1].

Острый период перинатального поражения ЦНС продолжительностью до 1 месяца, непосредственно связанный с гипоксически-ишемическим инфарктом, проявляется синдромами поражения данного периода. Высший критический порог для церебральных повреждений выявляется спустя 10 часов после инфаркта и в течение 72 часов жизни к первичным присоединяются вторичные повреждения. Синдром угнетения

ния ЦНС характеризуется снижением или отсутствием коммуникабельности ребёнка, реакции на осмотр, спонтанной двигательной активности, плавающими движениями глазных яблок или неподвижностью взора, мышечной гипотонией, отсутствием или снижением периостальных рефлексов и рефлексов новорожденных, преобладанием парасимпатического вегетативного тонуса (миоз, артериальная гипотензия, брадикардия, брадипноз, возможно апноэ, усиление бронхиальной и слюнной секреции, усиление перистальтики кишечника). Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости включает тремор подбородка, рук, ног, спонтанный рефлекс Моро, беспокойство, горизонтальный нистагм, косоглазие, спонтанные вздрагивания, оживление сухожильных рефлексов с быстрым истощением.

Синдром внутричерепной гипертензии. Гидроцефальный синдром манифестируется у новорожденных тремором, беспокойством, вскрикиваниями, сходящимся косоглазием, горизонтальным нистагмом, протрузией глазных яблок, симптомом Грефе, выбуханием большого родничка и расхождением швов, гиперестезией. Судорожный синдром проявляется генерализованными тоническими, клоническими, тонико-клоническими приступами с утратой сознания или без [2]. Среди причин судорог у новорожденных указывают асфиксию, метаболические нарушения (алкалоз, гипокальциемия, гипомagneмизация, гипогликемия, гипонатриемия, эксикоз, гипернатриемия, гипербилирубинемия, нарушение метаболизма пиридоксина, галактоземия, аминокислотурии, органические ацидурии); внутричерепные кровоизлияния, инфекции, генетические заболевания. Судороги развиваются на фоне общего беспокойства ребёнка, генерализованной мышечной гипотонии. Нередко приступы имеют abortивный характер и могут проявляться ритмичным качанием головы, насильственными миоклоническими подёргиваниями различных мышечных групп, дрожанием всего тела, кивками в сочетании с нистагмом, кратковременным замиранием, в сочетании с гиперемией, цианозом или побледнением кожных покровов, усилением потоотделения, неритмичным дыханием, ритмичными разнонаправленными движениями глазных яблок. Могут отмечаться оперкулярные феномены (чмокание, высовывание языка, имитация сосания, жевания) [3].

Основные принципы лечения:

1. Восстановление проходимости дыхатель-

ных путей и адекватная вентиляция лёгких в режиме создания гипоксии без гипоксемии.

2. Ликвидация гиповолемии.

3. Поддержание адекватной перфузии мозга путём профилактики гипо- и гипертензии, полицитемии, повышенной вязкости крови, гипертонии.

4. Охранительный режим (профилактика охлаждения, перегревания, инфицирования, ограничения травмирующих влияний внешней среды).

5. Системная доставка к мозгу энергии в виде глюкозы.

6. Коррекция метаболических нарушений (ацидоз, гипогликемия, гипокальциемия, гипомagneмизация и т.д.).

7. Профилактика геморрагических осложнений (введение в родильном зале витамина К).

В восстановительном периоде используются препараты, улучшающие мозговое кровообращение и увеличивающие метаболизм нервной клетки. В последние годы используют препараты из лекарственных растений (Танакан). Это обусловлено тем, что многие фитопрепараты обладают антиоксидантным и мембраностабилизирующим действием, улучшают кровообращение ишемизированных участков мозговой ткани, влияя на артерии, капилляры, вены.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. - 2006.
- 2 Бадалян Л.О. Детская неврология, 1975.
- 3 Учебно-методическое пособие Диагностика и лечение неврологических синдромов перинатальных поражений нервной системы, 2003.

#### Түйін

Бұл мақалада нәрестелердегі гипоксиялық – ишемиялық энцефалопатия проблемасы мазмұндалады. Энцефалопатияның клиникалық патогенездік пайда болу себептері, оны емдеу ерекшеліктері баяндалады. Гипоксиялық – ишемиялық энцефалопатия белгілеріне, бұрынғы калпына келтіру кезеңіндегі емдеу ерекшеліктеріне сипаттама беріледі.

#### Summary

In this article the newborn babies with hypoxic ischemic encephalopathy problem is examined. The pathogen etiology, the clinical encephalopathy manifestations are described. The hypoxic ischemic encephalopathy syndromes, the rehabilitation period treatment peculiarities characteristic is given.

ӘОЖ 613.96.

**Н.К. ТҮЗЕЛБАЕВ, К.С. ҚАЗБЕКОВА**

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Шымкент қаласы

## **ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРУҒА ДЕЙІНГІ ЖАСӘСПІРІМДЕРДЕ КӨП ТАРАҒАН АУРУ-СЫРҚАУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ**

### **Түсініктеме**

Қазіргі таңда Қазақстанда жасөспірімдер арасында аурушандықтың алдын алу шаралары жүргізілуіне қарамастан, аурушандықтың өсу тенденциясы байқалады. Әрбір әскерге шақырылатын жастардың үшіншісінде созылмалы ауру 40%-ға дейін анықталуда. Сондықтан әскер қатарына шақыруға дейінгі жасөспірімдердің физикалық және психикалық денсаулықтарын сақтау және нығайту өте өзекті.

**Түйін сөздер:** жасөспірімдер, зерттеу, антропометрия, электрокардиография.

**Өзектілігі.** Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015жж. арналған “Саламатты Қазақстан” мемлекеттік бағдарламасында жасөспірімдердің денсаулығын сақтауға баса назар аударылған.

Қазіргі таңда елімізде жасөспірімдер арасында медициналық тексеру қызметтерінің жүргізілуіне қарамастан, аурушандықтың өсу тенденциясы сақталуда. Осы себепті ұлттық генофонды сақтау, жасөспірімдердің денсаулығын нығайту мәселесі, яғни жасөспірімдердің біріншілік медико-санитарлық көмекті (БМСК) көрсетуіне ғылыми-негізделген жоспарлар дайындау, оларға арналған медициналық тексеру жүйесін жетілдіру, заманауи жаңа ұйымдастыру технологияларымен қамтамасыз ету өте өзекті болып табылады.

Жасөспірімдердің денсаулығын сақтауға, нығайтуға байланысты, репродуктивті, интеллектуалды, еңбектік және әскери міндетін атқару қабілеті артады, ол өз кезегінде мемлекеттің популяциялық байлығы болып табылады [1,2].

Жасөспірімдердің денсаулықтарының нашарлауын жергілікті әскери бөлімшелердегі медициналық комиссияларының жұмысының нәтижесі дәлелдейді. Қазіргі уақытта, әрбір әскерге шақырылатын жастардың үшіншісінде созылмалы ауру 40%-ға дейін анықталуда. Сондықтан әскер қатарына шақыруға дейінгі жасөспірімдердің физикалық және психикалық денсаулықтарын нығайту және сақтау өте өзекті және тиімді [3].

Пубертантты (жастық шақ) кезеңде әр түрлі мүшелер мен жүйелердің өсуі бірдей қарқындылықта жүрмейді, осының әсерінен олардың

үйлестіру қызметінің уақытша бұзылысы пайда болады. Сондай-ақ бұл кезеңде жүрек көлемінің дене көлемінен артта қалуы байқалады. Егер ересек адамда жүрек көлемінің дене көлеміне қатынасы 1:60 болса, жасөспірімдерде 1:90. Бұл жаста жүректің барлық бағытта өсу екіні күшейеді, 14-15 жаста оның мөлшері қарқынды жоғарылайды - мүшенің салмағы мен қуыстардың көлемі бірден ұлғаяды; көбінесе жүректің сол қарыншасы қарқынды ұлғаяды. Миокардтың гистокұрылымы өзгереді, көлденең бұлшық-ет талшықтары ұлғаяды, миокардтағы қан тамырлар саны азаяды [4].

**Зерттеу мақсаты.** Әскерге шақырылғанға дейінгі жасөспірімдердің дене мүшелерінің антропометриялық, клиникалық, электрокардиографиялық ерекшеліктерін зерттеу, ауытқуы табылса, оны дамытпау үшін, алдын алу жолдарын тәжірибеге енгізу.

**Мәліметтер және зерттеу тәсілдері.** Әскерге шақыруға дейінгі жасөспірімдердің денсаулықтарының деңгейін бағалау үшін барлығы 90 жасөспірім зерттеуге алынды, олар 16-17 жас аралығында, Шымкент қаласындағы №65 және №28 қазақ орта мектептерінің 10-11 сынып оқушылары (барлығы әскерге шақыру жасына дейінгі жасөспірімдер). Олардың 90%-ы көп балалы отбасынан шыққан.

Жасөспірімдерді медициналық зерттеуде жалпы клиникалық қарап тексеру, антропометриялық өлшеулер, жалпы қан анализі, көздің көру өткірлігі, электрокардиографиялық (ЭКГ) зерттеулері жасалды. ЭКГ зерттеуінде жүректің жиырылу саны, электр осі, миокард қарыншаларының қызметінің көрсеткіштері алынды.

*Жалпы қан анализінің нәтижелері.* Зерттеуге алынған жасөспірімдердің жалпы қан құрамын талдауда: гемоглобин, эритроцит, түстік көрсеткіш, лейкоцит, эритроциттердің тұну жылдамдығы бойынша нәтижелері қарастырылды.

*Антропометриялық мәліметтер.* Жалпы тексерілуге алынған 90 жасөспірімнің 54-інде салмақ жетіспеушілігі 60% орын алды. Ал қалған 36 жасөспірімде, 40%-да дене салмағы жасына сай. Барлық тексерілуге алынған жасөспірімдердің орташа Кетле индексі- 19,3кг/м<sup>2</sup>.

*Көздің көру өткірлігі бойынша нәтижелері.* Зерттеуге алынған 90 жасөспірімнің арасында 23 жасөспірімде (25,5%) жақыннан көргіштік (миопия) анықталды.

*ЭКГ-лық зерттеулерден келесідей нәтижелер шықты:* 73 жасөспірімде - синусты ритм (81%); 9 жасөспірімде- синусты аритмия (10%); 5 жасөспірімде- синусты тахикардия (5,5%); 3 жасөспірімде- синусты брадикардия (3,3%).

90 жасөспірімнің ішіндегі 49-да (54%) ЭКГ-дағы әр түрлі өзгерістер анықталды. Ол өзгерістер: сол қарыншаның да гипертрофиясы, оң қарыншаның да гипертрофиясы, аритмиялар, Гисс будасының оң аяқшасының толық емес блокадасы және 59 жасөспірімде (65,5%)- вертикальды электр осі; 20 жасөспірімде (22,2%)- қалыпты электр осі; 6 жасөспірімде (6,6%)- электр осі оңға ауытқыған; 5 жасөспірімде (5,5%)-горизонтальды электр осі. ЭКГ-лық өзгерістері анықталған жасөспірімдердің пайыздық нәтижелері: 27 жасөспірімде (55,1%) - оң жақ қарыншаның гипертрофиясы; 10 жасөспірімде - (20,4%) Гисс шоғырының оң аяқшасының толық емес блокадасы; 6 жасөспірімде - (12,2%) сол жақ қарыншаның гипертрофиясы; 6 жасөспірімде- (12,2%) екі қарыншаның гипертрофиясы.

Дене салмағының жетіспеушілігі анықталған жасөспірімдердің электр осінің нәтижелері: 39 жасөспірімде-вертикальды электр осі; 7 жасөспірімде- қалыпты электр осі; 4 жасөспірімде - горизонтальды электр осі; 4 жасөспірімде- электр осінің оңға ауытқуы анықталды.

Зерттеу нәтижелері бойынша жасөспірімдердің, әсіресе жүрек-қантамыр

жүйесі жағынан патологияның көп анықталуы бұл мәселені кенінен әрі қарай зерттеуді талап етеді.

**Қорытынды:** Әскерге шақыруға дейінгі жасөспірімдерді зерттеу барысында көптеген мүшелер мен жүйелер жағынан патологиялық өзгерістер анықталды. Жасөспірімдерді медициналық зерттеудегі анықталған мәліметтерді ескере отырып, жасөспірімдердің денсаулығын түзету үшін емханадағы жасөспірімдер дәрігерлеріне төмендегідей ұсыныстар жасалды:

1. Физиологиялық және патологиялық өзгерістер табылған жасөспірімдерді қосымша терең зерттеуден өткізу және есепке алу.

2. Олардың денсаулығын түзету, қалыпқа келтіру үшін емдеу және аурудың алдын алу шараларын қарастыру және орындалуын бақылау.

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Государственная программа развития здравоохранения РК на 2000-2015гг. “Саламатты Қазақстан на 2011-2015гг.”

2 Расмамбетов Р.Г. Научное обоснование путей оптимизации медицинского обеспечения юношей допризывного и призывного возрастов. Автореферат дисс. канд. мед. наук.-Москва,- 2007.- 24 с.

3 Бермаганбетова Г.Н. Анализ заболеваемости и смертности подростков Республики Казахстан в 2007-2009 годах, Денсаулықты сақтауды дамыту журналы.-2010,- № 36,- С.11-17.

4 Түзелбаев Н.К., Бектұрғанов Р.С., Қазбекова К.С. және басқалар. О комплексном исследовании состояния здоровья юношей-подростков Южного Казахстана и пути их оздоровления; Материалы: Международного конгресса «Здоровье для всех», профилактика, лечение, реабилитация.- Алматы,- 2012.

#### Резюме

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости среди подростков. Каждый третий обследованный подросток допризывного возраста страдает 2-3 хроническими заболеваниями и функциональными расстройствами.

#### Summary

Currently, there is a tendency to increase the incidence among adolescents. One in three teens surveyed pre-conscription age 2-3 suffer from chronic diseases and functional disorders.

УДК 616.89-008-053.2

**З.Т. БЕЙСЕМБАЕВА**

КГКП «Поликлиника № 3», г. Экибастуз

## МИНИМАЛЬНАЯ МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ. ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ

### Аннотация

В данной статье раскрывается суть и актуальность минимальной мозговой дисфункции у детей. Изучается классификация, полная характеристика трёх синдромов, а также дополнительных признаков. Хорошо описываются особенности течения по возрастам, особенности характера детей.

**Ключевые слова:** минимальная мозговая дисфункция, Танакан, синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

Термин «Минимальная мозговая дисфункция» (ММД) имеет множество синонимов (около 50), отражающих различные подходы к его клинической интерпретации: «гиперкинетический ребёнок», «неуклюжесть», «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» и др.

Проявления ММД обусловлены расстройством внимания, двигательной расторможенностью и импульсивностью поведения.

Клинические проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) [1].

\*Неспособность сосредоточиться на деталях, ошибки по невнимательности;

\*Неспособность поддерживать внимание;

\*Неспособность вслушиваться в обращённую речь;

\*Неспособность доводить задания до конца;

\*Низкие организаторские способности;

\*Отрицательное отношение к заданиям, требующим умственного напряжения;

\*Потери предметов, необходимых для выполнения задания;

\*Отвлекаемость на посторонние раздражители;

\*Забывчивость.

Гиперактивность

\*Ребёнок суетлив, не может сидеть спокойно;

\*Вскакивает с места без разрешения;

\*Бесцельно бегает, ёрзает, карабкается и т.д.;

\*Не может играть в тихие игры, отдыхать;

Импульсивность:

\*неряшливое выполнение школьных заданий, несмотря на усилия всё делать правильно;

\*частые вскрики с места и другие шумные выходки во время уроков;

\*«влезания» в разговор или работу других детей;

\*неспособность ждать своей очереди в играх, во время занятий и т. д.;

\*частые драки с другими детьми.

Гиперактивность не является обязательным признаком СДВГ. У части детей с СДВГ двигательная активность, наоборот снижена. Дети без гиперактивности менее агрессивны и враждебны к окружающим. У них часто бывают парциальные задержки развития, в том числе формирование школьных навыков [2,3].

Дополнительные признаки СДВГ.

1. Нарушение координации выявляет в половине случаев СДВГ. Это могут быть нарушения тонких движений (завязывание шнурков, пользование ножницами, раскрашивание, письмо), равновесия (детям трудно кататься на роликовой доске и двухколёсном велосипеде), зрительно-пространственной координации (неспособность к спортивным играм, особенно с мячом).

2. Эмоциональные нарушения при СДВГ наблюдается часто. Эмоциональное развитие ребёнка, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, нетерпимостью к неудачам.

3. Отношения с окружающими, как правило, нарушены. Дети с СДВГ часто одиноки: они ищут друзей, но быстро теряют их. Из-за неприязни со стороны сверстников, из-за стремления верховодить, они вынуждены общаться с самыми «покладистыми» или с младшими детьми.

4. Парциальные задержки развития — дети плохо учатся, несмотря на нормальный IQ. Возможные причины — невнимательность, отсутствие упорства, нетерпимость к неудачам. Задержка школьных навыков (письма, счёта, чтения).

5. Поведенческие расстройства при СДВГ наблюдаются часто, но не всегда; кроме того, не у всех детей с поведенческими расстройствами имеет СДВГ.

6. Другие особенности. У детей с СДВГ чаще бывает ночное недержание мочи, они хуже засыпают, а утром часто бывают сонливы.

Диагностические критерии СДВГ.

\*первые признаки проявляются до 8 лет;

\*обнаруживаются по меньшей мере в двух сферах деятельности (в школе, дома, в играх);

\*не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями;

\*необходимо наличие невнимательности или гиперактивности и импульсивности, не соответствующих возрастной норме.

Возрастная динамика основных проявлений ММД.

Период новорожденности. Различные синдромы перинатальной энцефалопатии (синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром вегето-висцеральных дисфункций).

Младший возраст. Задержка психоречевого и моторного развития, нарушения сна и аппетита, невротические расстройства, задержка в формировании навыков опрятности (энурез, энкопрез).

Дошкольный возраст. Нарушения поведения (импульсивность, упрямство, негативизм). Дефекты речи. Моторная неловкость, невротические расстройства.

Подростковый возраст. Нарушения поведения, агрессивность, ухудшение успеваемости. Социальная дезадаптация (трудности в выборе и освоении профессии).[4]

Распространённость и прогноз.

ММД чаще встречается у мальчиков. Относительная распространённость среди мальчиков и девочек колеблется от 3:1 до 9:1, в зависимости от критериев диагноза, методов исследования и групп исследования.

Лечение ММД является комплексным и включает методы:

\*модификации поведения

\*психотерапии

\*медикаментозной терапии

Медикаментозное лечение является симптоматическим. Эффективность достигается при многолетнем наблюдении и лечении. Лечение в большинстве случаев заканчивается уже в подростковом возрасте. Из медикаментозных препаратов используется препарат Танакан, разработанный на основе экстракта из листьев реликтового дерева Гингко Билоба улучшает концентрацию внимания, память, снижает утомляемость.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей, 1993.-74 с.

2 Брызгунов И.П., Касатикова Е.В., Ларионов Н.П. Факторы риска синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.-Детский доктор-1999г.-№5.-21с.

3 Барашнев Ю.И.,Лицев А.Э. К генезу минимальных мозговых дисфункций у детей //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1995.- № 6,-122 с.

4 Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Успенская Т.Ю. «Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: её основные причины и подходы к диагностике. // Неврологический журнал.- 1998.-№ 6,-86 с.

#### Түйін

Бұл мақалада балалардағы минималды ми дисфункциясының мәні және өзектілігі ашып айтылады. Үш синдромның, сонымен қатар қосымша белгілердің толық сипаттамасы зерттеледі. Жас бойынша ауру барысының ерекшеліктері, балалар мінезінің ерекшеліктері жақсы баяндалады.

#### Summary

In this article the minimal children's brain dysfunction meaning and actuality is unclotted. The classification, three syndromes full characteristic as far as extra features are examined. The treatment according to the age and children's character peculiarities are described well.

УДК 618.2-06:618.11-006.2-031.81+616-056.5:618.177-089.888.11

**М.Г. ЖУМАТОВА**

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

## **ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ ПО ПРОГРАММЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ И ОЖИРЕНИЕМ**

### **Аннотация**

При обследовании пациенток с синдромом поликистозных яичников, беременность которых была индуцирована по программе ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), отмечалось большее число преждевременных родов и рождений путем кесарева сечения и более частое развитие гестационного диабета.

**Ключевые слова:** синдром поликистозных яичников, ожирение, беременность, экстракорпоральное оплодотворение.

**Актуальность.** Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) — характеризуется нарушением функции яичников, повышением секреции андрогенов. СПКЯ имеет значительную распространенность у женщин фертильного возраста и одна из частых причин, приводящих к бесплодию.

Существует много методов лечения синдрома. При неэффективности различных методов лечения бесплодия у пациенток проводится экстракорпоральное оплодотворение.

**Цель исследования.** Определить риски течения беременности, индуцированной по программе экстракорпорального оплодотворения и родов у пациенток с СПКЯ и ожирением.

**Материалы и методы исследования.** Под наблюдением находилось 43 беременные женщины с СПКЯ, с бесплодием в анамнезе и различную степень ожирения (группа обследованных), которые прошли лечение методом ЭКО. Определены гормоны общего тестостерон, ДГЭА-С, ЛГ ФСГ. Каждой пациентке проводились УЗИ малого таза для выявления признаков поликистоза.

**Результаты исследования и их обсуждение.**

У 49 % женщин в группе с СПКЯ и ожирением и у 10 женщин в контрольной группе отмечались относительное повышение содержания ЛГ по отношению к ФСГ, повышением индекса

соотношения ЛГ/ФСГ  $\geq 2$ . У 65% отмечалась гиперандрогения и был повышен: общий, и свободный тестостерон, отмечался также повышенный уровень ЛГ. Уровень ДГЭА-С был в норме.

**Выводы.** 1. У пациенток с СПКЯ и ожирением и беременностью, индуцированной по программе ЭКО, в сравнении с контрольной чаще отмечались осложнения течения беременности, было выше число преждевременных родов и рождений путем кесарева сечения.

2. У пациенток с СПКЯ, ожирением и беременностью индуцированной по программе ЭКО гестационный диабет отмечался чаще, чем в аналогичной группе без ожирения.

### **Түйін**

Поликистоз синдромы бар, ЭКУ бағдарламасы бойынша жүкті болған науқастарды қарағанда, арасында уақытынан ерте және кесар кесу жолымен туу саны көп кездеседі, ал гестационды диабет одан да жиі кездеседі.

### **Summary**

In a study of patients with polycystic pregnancy, which was induced by the IVF program, the large number of premature births and births by Caesarean section and more frequent development of gestational diabetes.

УДК 613.955:303.1:304.3

**А.И. ФЕДОРОВ**

Уральский государственный университет физической культуры, Челябинск, Российская Федерация

## **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ**

### **Аннотация**

Выполнен анализ методологических подходов к изучению здоровья детей школьного возраста. Показана сложность феномена “здоровье подростков” как объекта исследования. Обоснована актуальность изучения факторов здоровья школьников, значимых с точки зрения самих подростков.

**Ключевые слова:** здоровье подростков как социальный феномен, методология исследования, поведенческие факторы здоровья.

**Актуальность.** Значимость проблемы изучения здоровья школьников обусловлена, во-первых, особой важностью подросткового периода для всей последующей жизни; во-вторых, наличием негативных тенденций в состоянии здоровья современных российских школьников; в-третьих, тем, что именно современные подростки представляют собой потенциал трудового и популяционного ресурсов нашей страны [1, 2].

В науке существует несколько подходов к исследованию состояния здоровья подростков: медико-биологический, экологический, социологический, социально-педагогический и другие. Для изучения здоровья подростков широко используются медико-биологические методы оценки состояния организма, осуществляются скрининговые исследования, проводится анализ факторов риска здоровью и т.п.

Осуществление многочисленных исследований в нашей стране и за рубежом с применением, в первую очередь, врачебных и медико-биологических методов позволило определить конкретные количественные показатели, характеризующие состояние здоровья людей. Однако констатация фактов снижения уровня здоровья способствовала лишь привлечению огромных средств в производство различных лекарственных препаратов, и не позволяла разработать и, тем более, реализовать комплексные программы оздоровления населения.

**Цель исследования** — выполнить анализ различных научных подходов к изучению феноменов “здоровье подростков” и “отношение подростков к своему здоровью”.

Материалы и методы исследования. Исследо-

вание проводилось в рамках выполнения международной программы «Health Behaviour in School-aged Children» в 2009-2012 годах [3].

В исследовании принимали участие учащиеся общеобразовательных школ гг. Екатеринбург, Челябинска, Тюмени (Российская Федерация) и г. Костаная (Республика Казахстан). В процессе работы выполнен теоретический анализ проблемы исследования, осуществлены сбор и анализ эмпирических данных (в ходе массового социологического исследования), выполнен статистический анализ данных (с использованием компьютерной системы SPSS 11.0).

**Результаты исследования и их обсуждение.** Как свидетельствуют результаты теоретического анализа проблемы исследования, медицина оказывается бессильной в решении проблем выраженного снижения уровня физического здоровья и психофизического потенциала людей потому, что среди факторов, влияющих на здоровье, здравоохранению принадлежит лишь около 10-12%, наследственность определяет 15-20%, экология — 10-15%, а 50% — образ жизни.

Исследования, направленные на изучение особенностей поведения подростков в отношении здоровья имеют определенную специфику. Подростковый возраст представляет собой критический период биологической и психологической перестройки организма, социальной адаптации, период основных проб и осваивания новых типов поведения, новых социальных ролей, приобретения социального опыта. Для подросткового периода характерно стремление к независимости, к поиску социальной идентификации, формирование системы жизненных ценностей в со-

ответствии со своей структурой личности. Этот возрастной период является очень сложным и важным этапом развития человека.

Можно условно выделить два основных методологических подхода к изучению здоровья детей школьного возраста.

Первый подход предполагает отбор и анализ различных факторов, значимых для здоровья подростков с точки зрения здравого смысла. К этим факторам относят как положительно влияющие на здоровье причины (рациональное питание, соблюдение санитарно-гигиенических правил, занятия физическими упражнениями и т.п.), так и отрицательно влияющие на здоровье причины (курение, употребление алкоголя, недостаточный уровень физической активности и т.п.). На основе использования этого подхода во всем мире проведено большое количество исследований, однако их результаты не позволили осуществить коренные преобразования в сфере оздоровления детей и подростков.

Второй подход предусматривает исследование факторов, значимых для здоровья с точки зрения самих подростков. К ним относят такие характеристики, как самооценка здоровья, медицинская информированность, система жизненных ценностей, общие сведения об особенностях адаптации к социальному окружению и другие.

Исследование особенностей поведения подростков в сфере здоровья может осуществляться с использованием обоих подходов. Однако в настоящее время особую актуальность приобретает второй подход, ориентированный на изучение поведенческих факторов, значимых для здоровья с точки зрения самих подростков.

Как отмечает И.В.Журавлева (2002), при проведении исследований, направленных на изучение особенностей поведения подростков в сфере здоровья, очень важно учитывать, что подростки являются специфическим объектом исследования, что обуславливает возникновение ряда сложностей. В качестве таких сложностей выделяют, во-первых, сложность выбора значимых показателей здоровья подростка; во-вторых, сложность выяснения значимости для подростков проблем здоровья в связи с существующими факторами риска.

Проблема заключается еще и в том, что в основе поведения подростков в сфере здоровья, лежат различные, иногда взаимоисключающие мотивы. Часто поведенческие акты, которые важны по степени влияния на здоровье подростков, вызваны мотивами не связанными непосредственно со здоровьем и являются результатом повседневной деятельности, не требующей осознанной мотивации. Модели поведения подростков, которые зависят от сознательной мотивации, менее устойчивы, чем те, которые являются естественным следствием норм и правил, принятых в обществе.

В заключение следует отметить, что поведение детей школьного возраста в отношении своего здоровья является сложным социальным феноменом, который требует дальнейшего исследования. Поведение детей и подростков в отношении своего здоровья в значительной степени определяется социальными и культурными обстоятельствами (средой, в которой находятся дети), но не всегда влияние внешних воздействий является однозначным и строго определенным.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В.Журавлева. — М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002. — 240 с.
- 2 Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В.Журавлева. — М.: Наука, 2006. — 238 с.
- 3 Федоров, А.И. Социально-педагогический мониторинг здоровья и физической активности подростков / А.И.Федоров, К.Ш.Исергепов. — Челябинск: УралГУФК, ЧГНОЦ УрО РАО, 2010. — 70 с.

#### Түйін

Мектеп жасындағы жас балалардың денсаулығын зерттеу әдістемелік тәсілдеріне талдау жүргізілген. «Жас өспірімдердің денсаулығы» феноменінің күрделілігі зерттеу объектісі ретінде көрсетілген. Мектеп оқушыларының денсаулығының факторларын зерттеудің өзектілігі, жас өспірімдерінің өз пікірлерінен дәлелдеген.

#### Summary

The analysis of methodological approaches to the study of the health of school children. Illustrates the complexity of the phenomenon of the «Adolescent Health» as an object of study. The urgency of studying students' health factors that are significant from the point of view of the adolescents themselves.

УДК 613.95/.96:616-056.8: 304.3

**А.И. ФЕДОРОВ, Г.К. КАЛУГИНА, В.Н. ПИДУКОВ**

Уральский государственный университет физической культуры, Челябинск, Российская Федерация

## **ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ: СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ**

### **Аннотация**

Рассмотрены социокультурные аспекты здоровья современных подростков. Выполнен анализ таких поведенческих факторов здоровья подростков, как самооценка здоровья, медицинская информированность, ценностные установки в отношении здоровья, вредные привычки, стрессогенные факторы, физическая активность.

**Ключевые слова:** здоровье подростков, поведенческие факторы здоровья, социокультурные аспекты здоровья.

**Актуальность.** Недостаточная эффективность отечественной системы здравоохранения, а также последствия социально-экономического кризиса в Российской Федерации обуславливают ухудшение здоровья и рост заболеваемости во всех группах населения, но более всего это характерно для детей и подростков.

В настоящее время состояние здоровья детей и подростков характеризуется неблагоприятными тенденциями. Так, в 2006 году среди новорожденных было 40% больных детей, что в 2,7 раза больше по сравнению с 1990 годом. За период с 1990 по 2006 годы общая заболеваемость населения выросла на 23%, заболеваемость детей от 0 до 14 лет – на 56%, а заболеваемость подростков 15-17 лет – на 205% [1].

При этом если у взрослого населения ухудшение произошло в 13 группах заболеваний, у детей – в 14 группах, то у подростков – в 15 группах. Наибольшие темпы роста во всех возрастных группах характерны для болезней крови: у взрослых – в 4,1 раза, у детей – в 4,8 раза, у подростков – в 7,0 раз (у подростков темпы роста заболеваний анемией возросли в 9 раз). Заболеваемость болезнями костно-мышечной системы увеличилась у взрослых – в 1,4 раза, у детей – в 4,6 раза, у подростков – в 4,9 раза [1].

Очевидно, что самые тревожные тенденции связаны со здоровьем детей и подростков. За последние пятнадцать лет число врожденных аномалий возросло в 4,3 раза, доля психических расстройств, вызванных употреблением алкогольных напитков, увеличилась в 2,3 раза, а вызванных употреблением наркотиков – в 2,8 раза [1].

Все вышеизложенное свидетельствует о нега-

тивных тенденциях в сфере здоровья детей и подростков. Изменение сложившейся ситуации возможно лишь при условии комплексного решения социальных проблем, относящихся к населению в целом, но в большей степени значимых для здоровья детей и подростков.

**Цель исследования** – изучение психосоциальных и поведенческих факторов здоровья подростков.

**Методика и организация исследования.** Исследование проводилось в ходе выполнения международной программы “Health Behaviour in School-aged Children”. Работа осуществлялась на базе общеобразовательных учреждений гг. Челябинска, Екатеринбурга, Тюмени и Костаная. Всего в исследовании приняло участие 3000 школьников в возрасте 11, 13 и 15 лет (учащиеся шестых, восьмых и десятых классов). В ходе исследования выполнен анализ социально-педагогических, поведенческих и психосоциальных факторов здоровья подростков.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе исследования изучались самооценка подростками своего здоровья, медицинская информированность школьников, ценностные установки в отношении здоровья, наличие вредных привычек, влияние стрессогенных факторов, а также уровень физической активности подростков.

Самооценка здоровья. Установлено, что показатели самооценок девочек и девушек достоверно ниже, чем у мальчиков и юношей того же возраста; и эти различия с возрастом еще больше увеличиваются.

Гендерные различия показателей самооценок состояния здоровья проявляются в том, что для

девушек в большей степени характерны различные жалобы на состояние здоровья, недомогания и психосоматические расстройства. В частности, установлено, что 15-летними девушками чаще, чем юношами, отмечены жалобы и недомогания.

**Медицинская информированность.** Изучение уровня медицинской информированности подростков производилось на основе анализа показателей, характеризующих отношение учащихся десятых классов к употреблению наркотических средств. 24,8 и 45,0% девушек и 24,8 и 39,3% юношей отметили соответственно, что полностью согласны или согласны с утверждением, что “многие молодые люди употребляют наркотики”. 20,8% девушек и 18,8% юношей считают соответственно, что употребление наркотиков “позволяет чувствовать себя лучше”, а 20,3% девушек и 24,8% юношей отметили соответственно, что употребление слабых наркотиков безвредно. Эти данные свидетельствуют о наличии негативных установок у подростков по вопросам употребления наркотических средств.

**Здоровье в системе жизненных ценностей.** Результаты проведенного исследования подтвердили утверждение о том, что в системе жизненных ценностей подростков здоровье как базовая ценность, занимает 3-4 место после “семьи”, “работы”, “образование”. Ценность здоровья все в большей степени приобретает инструментальный характер.

**Вредные привычки.** Анализ результатов исследования свидетельствует о том, что по показателю “экспериментирования” с табакокурением достоверных различий у девушек по сравнению с юношами не выявлено, кроме возрастной группы 11-летних подростков.

Установлено, что 13,8% девочек в возрасте 13 лет курят ежедневно, в то время как показатель приобщенности к курению у 13-летних мальчиков составляет 10,4%. 20,8% юношей в возрасте 15 лет курят ежедневно; это достоверно выше, чем у девушек этого же возраста (12,4%).

К 15-летнему возрасту практически все подростки имеют опыт употребления алкоголя, а некоторые подростки несколько раз бывали по-настоящему пьяными. “Критическим” возрастом в плане приобщения подростков к употреблению алкогольных напитков является возраст 13-14 лет. В этом возрасте 47,0% девочек и 38,5% мальчи-

ков впервые попробовали алкогольные напитки, а 26,2% девочек и 28,2% мальчиков впервые испытывали состояние алкогольного опьянения [2].

**Стрессогенные факторы.** Около половины подростков во всех возрастных группах хотя бы один раз в месяц испытывают состояние нервного напряжения. Наиболее выраженные гендерные различия установлены у подростков возрастной группы 13 лет (5,4% мальчиков и 18,4% девочек испытывают состояние нервного напряжения). Уровень личностной тревожности у мальчиков и юношей во всех возрастных группах ниже, чем у девочек и девушек того же возраста.

**Физическая активность.** У современных подростков не сформирована потребность в систематических занятиях физическими упражнениями. Установлено, что в целом для девушек характерен более низкий уровень физической активности, чем для юношей того же возраста.

**Выводы.** Важным аспектом социальной политики является финансирование затрат на здравоохранение, образование, физическую культуру и спорт. Во второй половине XX века во всех странах мира, включая Российскую Федерацию, изменилась структура причин смертности. Это, в свою очередь, требует изменения стратегии системы здравоохранения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Журавлева, И.В. Отношение к здоровью индивида и общества / И.В. Журавлева. — М.: Наука, 2006. — 238 с.
- 2 Федоров, А.И. Социально-педагогический мониторинг здоровья и физической активности современных подростков: учебное пособие / А.И. Федоров, К.Ш. Исергепов. - Костанай: Изд. центр КГПИ, 2012. - 72 с.

## Түйін

Қазіргі жас өспірімдердің денсаулығының әлеуметтік-мәдениет аспектілері қарастырылған. Жас өспірімдердің денсаулыққа қатысты баға беру, медициналық ақпарат, денсаулыққа қатысты құнды қондырғылар, зиянды әдеттер, стресс факторлары, физикалық белсенділік сияқты мінез-құлық факторларына талдау жүргізілген.

## Summary

Consider socio-cultural aspects of health of teenagers. The analysis of such behavioral factors of adolescent health, as self-reported health, health awareness, values in health, bad habits, stress factors, physical activity.

УДК 612.821.2/.3:313.1/7

**К.Х. ХАСЕНОВА, Е.М. РОСЛЯКОВА, А.С. ИГИБАЕВА, Л.М. БАЙБОЛАТОВА,  
А.С. АЛИПБЕКОВА**

С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті, Алматы қаласы

**СТУДЕНТТЕРДІҢ ЗЕРДЕ ЖӘНЕ ПАРАСАТ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ  
ДАМУЫНА ӨМІР САЛТТАРЫНЫҢ ӘСЕРІ****Түсініктеме**

Зерде — жоғарғы психикалық қызметтер мен ойластыру қабілеттерінің бір түрі, ол есте сақтап қалу, өңдеу және сосын осының бәрін ақпарат түрінде жеткізе біледі. Өмірдегі күнделікті көрген ақпараттарды ағзаның жағдайларын біраз уақытқа сақтап қалу және осының бәрін ой санада қалыптастырып кейінгі әрекеттеріне қолданады

**Түйін сөздер:** зерде және парасат көрсеткіштері, студент, денсаулық.

Жоғары оқу орнында оқу бірқатар ақыл-ой ұшқырлығын және шығармашылық қабілеттерді талап етеді. Зерттеу өзектілігі осы оқу үдерісі барысында студенттердің көптеген мәселелерді шешу үшін, шығармашылық шешімдер қабылдауға тура келеді [1,2]. Студенттердің шығармашылық қабілеттерін зерттеу барысында студенттің жеке тұлға болып қалыптасуы, өзін-өзі дамытуы, ой-өрісін дамытып, зердесін жатттықтыруы, өзінің рухани және шығармашылық қырынан танытуы, дәрігер мамандығы- өте терең білімді, ойлауды, дүние-танымын кеңейтуді талап етеді, заман талабына сай мамандық иесі болу үшін, ақыл-ойының деңгейін білу үшін, IQ парасат коэффициентін өлшеп анықтауға болады. Парасат коэффициенті (англ. IQ — intelligence quotient, «ай кью» - деп оқылады) — адамның парасат деңгейінің бағалық мөлшері: парасат деңгейі сол жастағы ортастатистикалық адамның парасат деңгейіне тең. Арнайы тестердің көмегімен анықталады [3]. Парасат бірнеше түрлерге бөлінеді [8,9] олардың бәрін дамыту керек: вербальдық, логикалық парасат, кеңістік парасат, еңбек (шынықтыру) парасаты, музыкалық парасат, әлеуметтік парасат, эмоционалдық парасат, рухани парасат, өнер парасаты. Бірнеше парасатты демде дамытуға көмектесетін көп жұмыс түрлері бар. Мысалы, би әлеуметтік, музыкалық, кеңістіктік және еңбек парасаттарды дамытады, ал тіл үйрену — вербальдық, әлеуметтік және өнер парасатын дамытады [1].

Зерде — жоғарғы психикалық қызметтер мен ойластыру қабілеттерінің бір түрі, ол есте сақтап қалу, өңдеу және сосын осының бәрін ақпарат

түрінде жеткізе біледі. Өмірдегі күнделікті көрген ақпараттарды ағзаның жағдайларын біраз уақытқа сақтап қалу және осының бәрін ой санада қалыптастырып кейінгі әрекеттеріне қолданады [6,7]. Зерденің түрлері: сенсорлық бойынша, есте сақтап қалу бойынша, уақыт көрсеткіштері бойынша, физиологиялық жағынан, мақсаты бойынша даму бағыты бойынша жіктеледі [4,6]. Зерде мен парасатқа әсер ететін факторлар

Американдық зерттеушілер парасатқа әсер ететін бірнеше факторлар барын анықтап, осындай қортындыға келді. Оларға: тұқым қуалаушылық (50%), өмір сүру жағдайы, ауа райы, қоршаған орта, зерде, жас т.б. жатады. [7,8,9]. Зердеге әсер ететін факторларға тұқым қуалаушылық пен өмір сүру жағдайы да әсер етеді. [6,7,10].

**Зерттеу мақсаты:**

1. Қазақ Ұлттық Медицина Университетінің жалпы медицина факультеті студенттерінің зердесінің көрсеткіштері және IQ-деңгейі анықтау.

2. Студенттердің IQ көрсеткіші мен есте сақтау қабілетіне өмір салтының әсерін анықтап білу.

3. Студенттердің оқу үлгерімі мен парасаттық қасиетінің байланысын анықтау.

**Зерттеудің әдістері мен материалдары**

1. Зерттеулер ҚазҰМУ жалпы медицина факультетінің 1-ші, 2ші және 3ші курс студенттеріне тест түрінде өткізілді. Барлығы 183 студент, оның ішінде 1-ші курстан-50 адам, 2-ден-93, ал 3-ден -40 адам қатысты.

2. IQ — коэффициентін анықтауда Айзенка тесті қолданылды [3].

3. Студенттердің өмір салтын сипаттау үшін сауалнамалар қолданды, олардың ішіне кіретін сұрақтар еңбек және демалыс тәртібі, тамақтанудың тәртібі мен тамақтану түрінің сапасы, денсаулыққа әсер ететін залалды дағдылардың болуы- болмауы; студенттердің денсаулығын алдын алу үшін қолданатын сауықтыру әдістері мен релаксация тәсілдері және сонымен қатар оқу үлгерімдері жайында сұрақтар қойылды.

4. Зерденің зерттеу көрсеткіштері жалпы медицина факультетінің 2-ші және 3-ші курс (әр курстан 30 адамнан) студенттеріне жүргізілді. Зерде коэффициенті үш тест қорытындыларының қосындысы арқылы анықталды: қысқа мерзімді сақталатын зерде түрлерімен (көру және есту тесттер көрсеткіштерімен анықтау жолымен) және ұзақ мерзімді зерде көрсеткіштерінің суммасын қосу нәтижесінде [7].

#### **Зерттеу қорытындысы:**

Зерденің зерттеу көрсеткіштері бірінші, екінші және үшінші курс студенттерінде анықталды, нәтижесінде оқу курстары өскен сайын олардың зерде көрсеткіштерінің айтарлықтай өскені байқалды:

- IQ I курс студенттері – 112,27
- IQ II курс студенттері – 114
- Ең жоғарғы көрсеткіш IQ үшінші курста

байқалды-118

#### **Тамақтану тәртібінің әсері**

Көптеген студенттер тиімді тамақтану қағидаларын сақтамай, тамақтану рационын қадағаламайды. Уақытында тамақтанбайтын студенттерде (күніне 1-2 рет) IQ көрсеткіші -82,5 тең, ал дұрыс, уақытында тамақтанатын студенттерде IQ көрсеткіші 32% жоғары болды( 1 сур).

#### **Еңбек және демалу тәртібінің әсері**

Жұмыс және демалыс кестесін бұзған студенттерде, яғни 3-4 сағат қана ұйықтайтындарда, IQ көрсеткіші төмен, ал ұйқы ұзақтығын сақтаған, дұрыс демалысты дұрыс ұйымдастырған студенттерде жоғары (2 сурет).

#### **Студенттердің IQ көрсеткішіне сауықтыру әдістерін қолдануының әсері**

Өз денсаулықтарына немқұрайлы қараған студенттерде IQ көрсеткіші=110.68, ал салауатты өмір салтын сақтайтын студенттердің IQ көрсеткіші 8% жоғары (3 сур)

#### **Қорытынды:**

1. Курс өскен сайын студенттердің IQ көрсеткіштерінің деңгейі өсті.

2. Тамақтану, еңбек пен демалу тәртіптерінің бұзылуы және залалды дағдылары бар студенттерде IQ деңгейінің төмендеуіне әкелді.

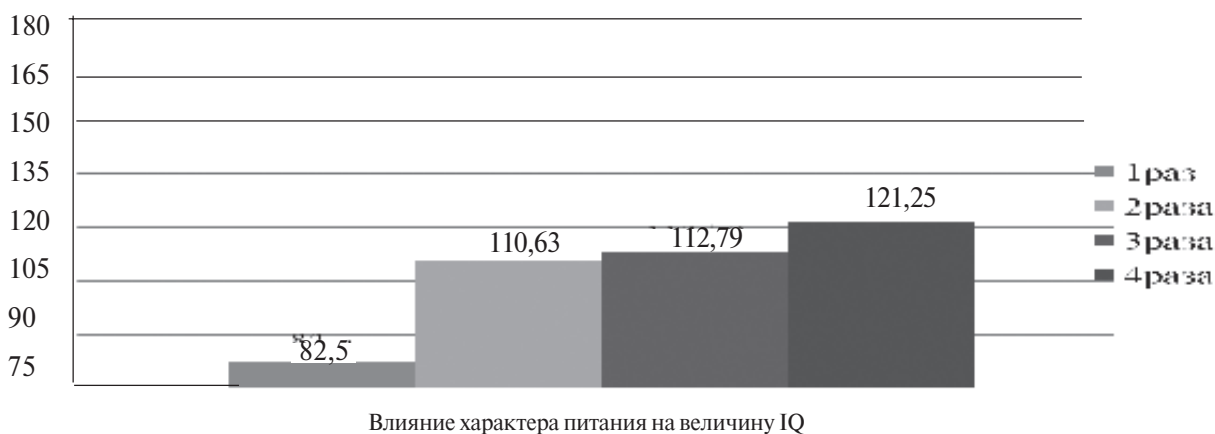
3. Сауықтыру әдістері мен релаксация тәсілдерін қолданған студенттерде IQ көрсеткіші жоғарылады.

4. Курс өскен сайын студенттердің зерде және IQ көрсеткіштерінің деңгейі өсті.

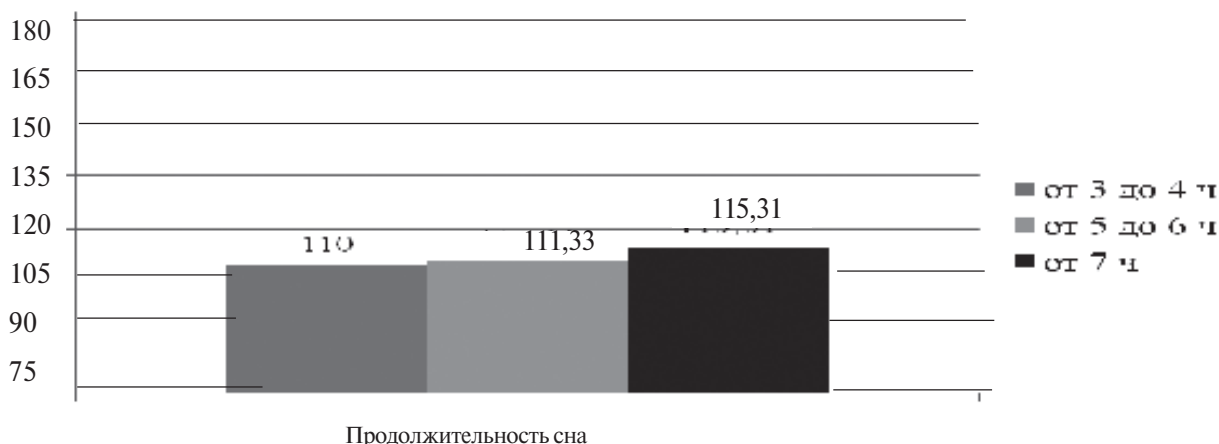
5. Салауатты өмір салтын сақтайтын және оқу үлгерімі жоғары студенттерде IQ көрсеткіштері мен есте сақтау қабілеті ең биік деңгейді көрсетті.

#### **ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ**

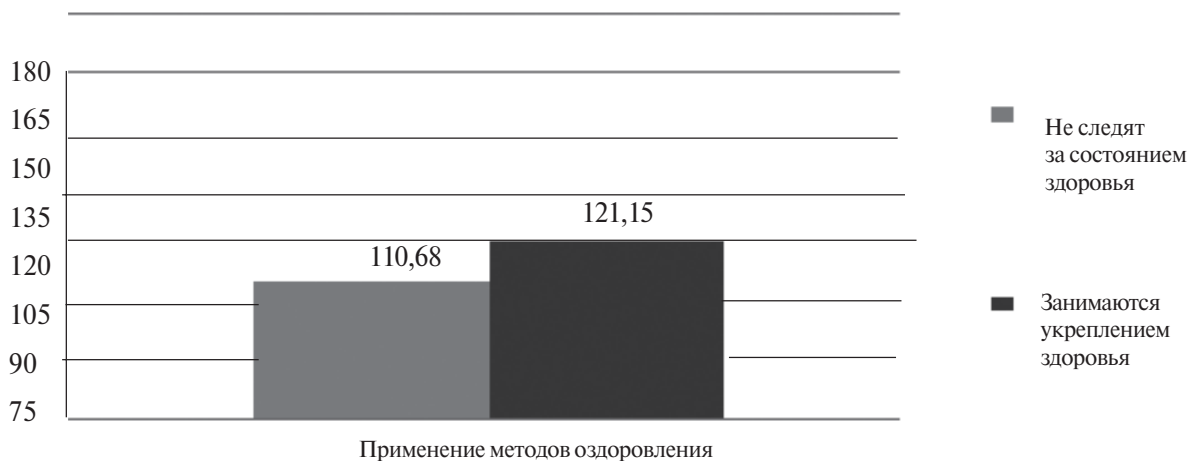
1. Холодная М.А. «Структурная организация индивидуального интеллекта»; Москва, 1990.-С.5-6.
2. Холодная М.А. «Психология интеллекта: парадоксы исследования», М., 1997.
3. Саймон Б.А. «Английская школа и интеллектуальные тесты»; Изд. АПН РСФСР, 1958 г.
4. Середя Г.К. «Что такое память?»; Психологический журнал, 1985 г.
5. Аткинсон Р. «Человеческая память и процесс обучения»; Прогресс, 1980 г.



Сурет 1 -Тамақтану тәртібінің әсері QI



Сурет 2 - IQ көрсеткішінің ұйқы ұзақтығына әсері.



Сурет 3 - Студенттердің IQ көрсеткішіне сауықтыру әдістеріне әсері.

6. Адам Д. «Восприятие, сознание, память»; Мир, 1983 г.  
 7. «Психологические тесты»; Москва, 1995  
 8. Пиаже Ж. (1969). Психология интеллекта // Избранные психологические труды. М.: Просвещение.  
 9. Крамаренко В.Ю. (1983). Интеллект и уровни его развития. Дисс. канд. филос. наук. М.: Моск. ун-т.  
 10. Соколов А.Д., Хасенова К.Х., Алипбекова А.С., Абишева З.С., Рослякова Е.М. //Материалы VII съезда Казахского физиологического общества с международным участием: «Современная физиология: от клеточно - молекулярной до интегративной – основа здоровья и долголетия», посвященного 100-летию академиков АН КАЗССР Н.У. Базановой и Ф.М.Мухамедгалиева 14-16 сентября 2011г. с.246-247

**Резюме**

У студентов Казахского Национального Медицинского Университета им С.Д. Асфендиярова исследовали влияние образа жизни студентов на величину IQ. и показатели памяти. Были получены следующие результаты:  
 1. По мере возрастания курса обучения повышается уровень IQ у студентов  
 2. Нарушения режима питания, режима труда и отдыха и наличие вредных привычек ведут к понижению уровня IQ

3. Использование методов оздоровления и релаксации повышают показатели IQ  
 4. По мере возрастания курса обучения, возрастают показатели памяти и коэффициента IQ.  
 5. Наиболее высокие показатели IQ и памяти оказались у студентов, ведущих здоровый образ жизни и у студентов с отличной и хорошей успеваемостью.

**Summary**

The students of the Kazakh National Medical University, SD Asfendiyarov examined the effect of lifestyle on the students the value of IQ. and memory performance . Results were as follows:  
 1. With the increasing rate of learning increases the level of students' IQ  
 2. Violations of diet, work and rest , and the presence of bad habits lead to a decrease in IQ  
 3 . Using the methods of healing and relaxation increased IQ scores  
 4 . With the increasing rate of learning , increase memory performance and the coefficient of IQ.  
 5 . The highest rates of IQ and memory were the students , leading healthy lifestyle, and the students with excellent academic performance and good .

UDC 613.84-057.875

M.T. AIKHOZHAEVA, Z.S. ABISHEVA, G.K. ASAN, T.A. ZHUMAKOVA  
Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty

## THE PROBLEM OF SMOKING AMONG KAZNMU STUDENTS

### Abstract

Smoking is the one of the main risk factors of student's health. Statistical data of tobacco-smoking in junior courses of KAZNMU.

**Key words:** healthy lifestyle, smoking, students.

Nowadays, in the age of information boom and high technology, there is not lack of information either in the field of valueology or in the other fields of science. But government's main task is to make young people be aware of disease prevention, and get necessary skills and habits to improve their health.

According to available data, more than 30% of the students get a variety of diseases in the period of study, which are risk factors - physical inactivity, poor nutrition, bad habits, particularly smoking. The World Health Organization (WHO) has discovered that the world's 1.3 billion people smoke tobacco each year, and as a result, 5,000,000 people die annually from the effects of smoking. On average 20-25 thousand people die every year in Kazakhstan, roughly one-third of population (50 % are men and 25 % are women). Tobacco smoking leads to serious health problems.

The purpose. The objective of this study is to provide complete and accurate description of this problem at our university.

The methods and results. We conducted a survey among the 1-2- course students of the Kazakh National Medical University. According to the survey 46% of students have smoked. 30 % of the students are smoking. 9 % - gave up smoking. 10% of smokers smoke 5 cigarettes a day, 11% of smokers smoke 10-15 cigarettes per day. Not all smokers feel unwell without cigarettes (9%). 3 students have smoked a cigarette at the age of 10, 10 students at the age of 15 and - 8 students when they were 16.

Smoking is common among teenage youths in our society today. Teenagers most times tend to be adventurous and try to have a taste of everything, even those that could be harmful to their health. Smoking has been restricted or banned in almost

all the public places as most cigarettes companies are no longer allowed to advertise on T.V, radio and in many magazines. People start smoking for a variety of reasons. Some think it looks cool.

The majority of smoking students (55 %) live in families smoking tobacco: fathers - 40% and mothers - 15%. Smoking in public places is available for students (80 %). 50 % of respondents do like tobacco advertising, 30 % respondents do not mind it , and 20% have neutral points of view. 30% of the respondents' friends smoke and respondents do not mind. Smoking does not annoy them. In the case of a poor attitude to smoking 11 students are willing to listen to advice of peers and censure of those. None of the regular smokers is going to give up this bad habit in the event of a sharp rise in the price of cigarettes, any other difficulties concerning purchase of cigarettes, even in case deterioration in the quality of tobacco. 15 students are not going to give up, even if they have health problems. Thus, the analysis of the results allowed us, first, to show a structural picture of the prevalence of smoking among medical students, and secondly, to identify the importance of various factors in the formation of smoking habits and, third, leads us to the following conclusions:

- Major causes of smoking among students of the University are not the economic situation, and lack of stability in society, but mainly - the influence of the people around (especially - friends);

- There is a certain percentage of smokers who are not addicted, this is the part of smokers most likely be reduced by carrying out the measures of tobacco antimarketing;

- The impact of the group mates and the advice of close friends can be crucial in the quest to stop smoking. While other incentives, including health

care for young people will not be effective. Of course, nobody can hope that our study is able to solve this problem, but without a comprehensive analysis of any attempt to defeat smoking will be ineffective. In this situation, the priority as an alternative to tobacco smoking should be appropriate children's upbringing, their positive self-esteem, civic responsibility, self-respect, healthy lifestyle formation.

#### Түйін

Жұмыста әлеуметтік сұрақтар нәтижесінде 1-2 курс студенттерінің арасында темекі шегудің таралу жиілігі және одан туған проблемаларды анықтау нәтижелері көрсетілген.

#### Резюме

В работе представлены результаты социологического опроса по выявлению курильщиков среди студентов 1-2 курсов и отношения их к данной проблем.

UDC 613.1/.614.2:301.085-057.875

**T.A. ZHUMAKOVA, Z.S. ABISHEVA, T.M. ISMAGULOVA, G.K. ASAN**  
Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty

### HEALTHY LIFESTYLE FORMATION AT STUDENTS OF KAZNMU

#### Abstract

Health of students depends on life style; therefore specialists pay attention to formation of healthy lifestyle on the courses of valueology.

**Keywords:** healthy lifestyle, functional parameters, students.

Health of students - the major doctor who defines level socially - economic development of society and quality of life as a whole. Health is closely connected with a way of life. System instilling of bases of a healthy lifestyle an integral part of educational process among student's youth in medical university. The special emphasis is placed on communication and a human body and environment whole, on a problem of stability of an organism to action of various factors of the environment. Studying of these questions helps to develop at students a dynamic stereotype of behavior in rational planning of work on mastering of knowledge and use of free time for rest. In particular, for an assessment and development of modes of work and rest helps studying of circadian biorhythms.

The purpose. For this purpose on a course of valueology much attention is paid to questions of formation of a healthy lifestyle. New approach in study the methodical plan in studying of questions of a healthy lifestyle introduction in teaching of a course of valueology - sciences about regularities of manifestation.

The methods and results. In the course of training students determine functional parameters characterizing health of the person. In particular, one of indicators of health is growth - a weight ratio.

Depending on growth and a sex to each certain growth there corresponds a certain weight. Optimum «the due weight» students determine by formulas and compare to the actual weight. For an assessment of a state of health students carry out also load tests. For example, test of Martine, with its help estimate physical working capacity and type of response it is cardiovascular system on loading. Physical working capacity determine by a pulse gain, expressed as a percentage, after loading to its initial size, and type of reaction it is cardiovascular system on loading define on the basis of changes of levels of systolic and diastolic arterial pressure. Information necessary for an assessment of a state of health, the indicators measured not only at the time of the end of physical activity, but also long contain the inspection, carried out to the recovery period.

For this purpose students carry out the Harward step test when physical activity is set in the form of an ascension on a step and results of testing determine by an index, having calculated the equation, using pulse data in pressure. Students also define the main exchange, make diets, all requirements of observance of the balanced and balanced diet, comparing it to their usual diet. All parameters of physiological functions students

bring on a card - individual a physiological portrait which gives an idea about states of health of their organism and allows to watch dynamics of a condition of their health. The physiological portrait includes anthropometrical data, indicators respiratory systems (duration of a respiratory cycle, breath frequency in rest and at physical activity, results on tests of breath, indicators of vital capacity of lungs and volumes making it), the indicators of cardiovascular system given of the main exchange (duration of a warm cycle, pulse rate, level of arterial pressure, electrocardiogram data) indicators of system of blood (quantity of erythrocytes, leukocytes, a color indicator, speed of subsidence of erythrocytes, fibrillation time) these conditions of visual and acoustical analyzers.

As the physiology studies dynamics of vital processes of all organism and its parts, regulation mechanisms at various functional conditions and at interaction with environment, it forms at students system approach to understanding of health as manifestations of steadiness of an organism from the environment and also way of

preservation of stability and adaptation to environment changes, to understanding of unity of a biological, social and psychological being of the person. Formation of a healthy lifestyle has to be a conscious component as «the person - the highest product of the terrestrial nature, the most difficult and the thinnest system. But to enjoy treasures of the world, the person has to be healthy, strong and clever. The teacher is obliged to teach people not only to how it is correct, that is it is useful, it is pleasant to work, have a rest, eat but also as it is correct to think, feel and wish...» - I. P. Pavlov.

#### Түйін

Студенттердің арасында функционалдык көрсеткіштер (бой, салмак, сынамалар) анықталды. Алынған нәтижелерден физиологиялык бейне құрастырылды.

#### Резюме

У студентов определили функциональные параметры характеризующие здоровье (рост, вес, ДМТ, нагрузочные пробы). На основе полученных данных составлен физиологический портрет.

УДК 613.1/614.2:301.085-057.875

**Г.К. АСАН, М.Т. АЙХОЖАЕВА, Т.М. ИСМАГУЛОВА, З.С. АБИШЕВА**

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

## СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОБРАЗА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

### Аннотация

По данным исследовании выявлено, что за годы обучение в ВУЗе студенты подвергаются воздействию различных специфических и неспецифических факторов, оказывающих негативное влияние на их здоровье.

**Ключевые слова:** Здоровый образ жизни, факторы риска, студенческая молодежь.

Здоровье молодежи, как наиболее социально перспективной части населения является фактором, от которого зависят благополучие и уровень развития жизненно важных общественных структур, информативным критерием уровня образования, здравоохранения и культуры общества [1].

Молодежь, как наиболее социально перспективная часть населения в значительной степени отражает характер процессов происходящих в обществе [2]. Вместе с тем, анализ научной лите-

ратуры, посвященной проблеме здоровья студенческой молодежи, показывает, что за последние годы она стала еще более актуальной. В научных работах отмечается, что количество студентов специальной медицинской группы увеличилось с 10 до 20-25%, в некоторых вузах достигает 40% и по прогнозам к 2007 году может достигнуть 50% от общего количества студентов. За время обучения в вузе здоровье студентов не улучшается, ряд авторов отмечают его ухудшение [3,4]. Ко второ-

му курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23%, а к четвертому - на 43%. Четверть студентов переходит в более низкую медицинскую группу [5, 6].

**Цель исследования:** Изучить состояние здоровья и образ жизни студентов на основе социологического опроса. Социологическим опросам оценены основные показатели здоровья и образ жизни студенческой молодежи и дана сравнительная оценка в зависимости от пола и курса.

**Методы исследования:** Для этого проведено социальное исследование по анкетам, который состоит из 23 вопросов.

**Результат исследования:** Здоровый образ жизни (ЗОЖ) предполагает социальную, трудовую, физическую активность; индивидуальный психологический комфорт и благополучие в семье. Самооценка здоровья показал, что среди студентов первого курса 19,3% респондентов оценили состояние своего здоровья на «отлично», большинство участников анкетирования (60,6%) отметили хорошее состояние здоровья, 19,1% - удовлетворительное и только 1,0% - плохое. С увеличением возраста на старших курсах уже только каждый десятый (10,0%) учащийся ВУЗа оценил свое здоровье как отличное, а (26,6%) - как удовлетворительное и уже 3,4% - как плохое. Однако анализ функционального состояния студентов выявил, что их здоровье характеризуется следующими показателями: высокий уровень - 1,8%; средний - 7,7%; низкий - 21,5%; очень низкий - 69%. Из общего числа (422) респондентов, принявших участие в анкетировании 75,4% составили студенты женского пола и 24,6% - мужского. При этом, в анкетировании приняли участие как студенты младшего (54,8%), так и старшего 45,2% курсов. Установлено, что большинство (48,3%) опрошенных были в возрасте 18-19 лет, в возрасте 20-22 года - 37,2%, от 16 до 18 лет - 12,8%; всего 1,7% респондентов приходилось на возрастную группу старше 22 лет.

Итоги социологического исследования образа жизни и здоровья студентов свидетельствуют, что от первого к последнему курсу увеличивается подверженность студентов воздействию факторов риска, сохраняется низкая мотивация среди студентов по соблюдению принципов здорового образа жизни.

Употребление алкоголя также имеет весьма широкое распространение среди студентов высших учебных заведений, а количество употреб-

ляемых крепких алкогольных напитков растет с увеличением срока обучения, что очевидно, во многом связано с абсолютной либерализацией продажи алкогольных напитков. Среди студентов первого курса 46,2% употребляют с разной частотой алкоголь содержащие напитки, а у старшекурсников их доля возрастает до 66,7%. Причем, несмотря на относительно молодой возраст участников анкетирования, каждый пятый (21,7%) студент первого курса указал, что употребляет крепкие алкогольные напитки (водку, коньяк и т.д.), а среди студентов старших курсов уже каждый второй (50,0%) признался в употреблении крепких алкогольных напитков. Среди всех респондентов мужского пола 32,7% употребляют крепкие алкогольные напитки, а среди респондентов женского пола - 8,2%. Среди первокурсников курят 29,9%, а к четвертому курсу число курящих увеличивается до 32,1%. Следует отметить, что доля лиц курящих среди лиц мужского пола в 5 раз больше по отношению к женскому (23,3% и 4,5% соответственно). С повышением курса учебы число лиц, нарушающих режим питания, увеличивается: на младших курсах питаются 3-4 раза в день - 71,5% и завтракают перед занятиями - 67,8%, а на 4-5 (старших) курсах, соответственно 59,1% и 64,5%. Среди студентов женского пола питаются 3-4 раза в день - 88,9% и завтракают перед занятиями - 85,3%, а среди мужского, соответственно 42,6% и 51,5%.

Таким образом, за годы обучения в ВУЗе студенты подвергаются воздействию различных специфических и неспецифических факторов, оказывающих негативное влияние на их здоровье. Поэтому основной задачей валеологии является обучение подрастающего поколения методам сохранения и укрепления здоровья, к пониманию установок здорового образа жизни.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Смолякова И.Д. Исследование использования оздоровительных компонентов образа жизни студентами вузов и повышения эффективности этого процесса средствами физического воспитания //Физическое воспитание и спортивное совершенствование студентов: современные инновационные технологии: Научная монография /Под ред. проф. Раевского Р.Т. - О.: Наука и техника, 2008. - С. 519-523.

2 Камаев, И.А. Проблемы репродуктивного здоровья студентов подростков //Здравоохранение Российской Федерации. - 2003. - № 1, - С.34-36.

3 Абишева З.С. и др. Распространенность табакокурения среди студентов КазНМУ. //Тезисы докладов XI

международной научно- практической конференции, Харьков - 2013. — С.14-15

4 Сатпаева Х.К. Валеология — наука о здоровье // Учебно — методическое пособие, Алматы 1998. 64 стр.

5 Лавлинская Л.И. Здоровье студентов медицинского ВУЗа как фактор образа жизни и критерий ее качества //Сборник статей научной конференции.— Воронеж: ВГМА, 2007. — Вып. 3.— С. 36-40.

6 Теличко Ольга. Использование оздоровительных компонентов здорового образа жизни студентами технических специальностей //Фізична культура, спорт та фізична реабілітація у сучасному суспільстві: Зб. наукових праць студентів та магістрів I Всеукр. студ. науково-

практ. конференції. — Вінниця: ВДПУ ім. Михайла Коцюбинського, 2008. — С. 73-78.

#### Түйін

Бұл мақалада студенттердің өмір сүру салтына байланысты денсаулық деңгейі қарастырылады.

#### Summary

This article describes the dependence of the health of students from their lifestyle.

ӘОЖ 613.1/.614.2-079-057.875+616-057.875

**У.Б. ИСКАКОВА, Т.М. ИСМАГУЛОВА, Г.К. АСАН, З.С. АБИШЕВА**  
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы

### СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ӨМІР СҮРУ САЛТЫН БАҒАЛАУДЫ ЖҮЙЕЛІ ТҮРДЕ ҚАРАСТЫРУ

#### Түсініктеме

Студенттердің денсаулығы бірнеше факторлар арқылы анықталады. Олардың бірі психоэмоционалды фактор. Бұл жұмыста студенттердің денсаулығына ішкі және сыртқы факторлардың әсер етуі жайында мәліметтер келтірілген.

**Түйін сөздер:** салауатты өмір салты, тамақтану тәртібі, теріс әдеттер.

**Өзектілігі.** Дүние жүзі халықтарының денсаулығын зерттеу нәтижесіне сүйене отырып дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы адам денсаулығының 51% өмір сүру салтына, яғни өз денсаулығына, тамақтану тәртібі мен сипатына, дене шынықтыруымен шұғылданғанына, денсаулыққа залал келтіретін зиянды дағдылардың болуына байланысты.

Сонымен қатар студенттердің денсаулығы оқу үдерісіне, сапалы дәрігерлерді дайындау үшін оқу үдерісін жоғарлатуға арналған тәсілдер мен түрлерін енгізуіне де байланысты.

Бастапқы курста оқитын студенттер денсаулығына, уақыттарын, қаражаттарын өздігінше үнемді үйлестіруге арналған дағдылардың жоқтығы, тамақтану және жұмыс пен демалыс алу тәртібін сақтамауы, уақытында дәрігерге қаралмауы, залалды дағдылардың пайда болуы сияқты психо—эмоционалды және ақпараттық факторлар әсер ететіні анықталған. Осы факторлар барлық айтылған студенттерге бірдей емес, әр индивидке де әр қалайша әсер етеді және олар өмір сүру салтына да байланысты болады [1].

Студенттердің денсаулығын сақтап және оны нығайтуда жоғары оқу орнының әсері бөлекше, маңызы зор болуы керек. Сондықтан осы мәселені шешу үшін қажетті жағдай туындату туралы ғылыми негізделген, көпшілік қолдана алатын нұсқауларды іске асырған жөн [2].

Осы айтылғандар мұғалімдердің әдістемелік басқаруы мен студенттер ұйымдарының бақылауы арқылы жүзеге асырылуы керек. Бастапқы курстарда психикалық сәйкестіліктерін ескере отырып студенттердің тобын құрастыру, олардың үйлесімді күн тәртібін таңдауына және салауатты өмір сүру салтына үйрету маңызды мәселе болып табылады.

Академик П.К. Анохин ұсынған функционалды әрекеттік жүйе туралы ілімі бойынша, адам іс-әрекеті организмнің биологиялық және әлеуметтік мұқтаждығын қанағаттандыруға бағытталған. Соған орай адамның салауатты өмір сүру салты әр адамның өзінің санасына байланысты [3].

Студенттердің санасына және салауатты өмір сүру салтын қалыптасуына мынадай ішкі фак-

торлар қатысады. Ол студенттің денінің саулығы, жұмысқа деген қабілеттілігі, еске сақтау қабілеті, мотивациялары мен эмоциалары [4].

Студенттің өмір сүріп жүрген әлеуметтік қоршаған ортаның жағдайын сыртқы факторға жатқызуға болады.

Қазақстан Республикасының студенттерінің денсаулығы мен өмір сүру салтын медициналық әлеуметтік тұрғыда зерттеуге арналған кестені қолданып, жалып медицина факультетінің бірінші курс студенттеріне сауалнама жүргізілді. Неше түрлі көптеген зерттелінген көрестекіштердің ішінен денсаулыққа әсер ететін, ең жақсы мәлімет беретіндерін тандап алдық. Оларды ішкі және сыртқы факторлар деп екіге бөлген жөн. Студенттердің өмір сүру салты мен денсаулығын бағалауы жүйелі түрде қарастыру керек, себебі денсаулыққа әсер ететін ішкі және сыртқы факторлар бірдей есепке алынады.

**Қорытынды.** Жүргізілген тәжірибелер нәтижесін талдай отырып, студенттердің денсаулығының деңгейі біріншіден олардың өз денсаулықтарына деген көзқарасына, екіншіден — студенттердің өмір сүру салтына байланысты. Студенттердің денсаулығын бағалау кезінде осы факторлардың тығыз байланыстығын еске сақ-

тай отырып, әр индивидтің көңіл-күйіне, іс-әрекетіне назар аудару керек.

Салауатты өмір салты, денсаулық және жұмысқа деген қабілеттілік бір-бірімен тығыз байланыста болғандықтан әрқашан салауатты өмір салтын насихаттау керек.

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Сәтбаева Х.К., Соколов А.Д., Абишева З.С. Валеология – наука о здоровье // Оқу-әдістемелік нұсқау, 2007.- 178 б.

2 Апанасенко И.А., Попова Л.А. Медицинская валеология. Р.-на-Дону, 2000.- 248 с.

3 Брехман И.И. Валеология – наука о здоровье. - М.: 2-ое изд., 1990.- 208 с.

4 Жетписбаев Г.А. Валеология.- Алматы, 2004- 124 с.

#### Резюме

В работе, на основе анализа анкет представлены данные о влиянии питания, двигательной активности, эмоционального стресса на здоровье студентов. Для оценки здоровья студента необходим системный подход.

#### Summary

The work is based on the analysis of the questionnaires, data on the impact of power, motor activity, emotional stress on the health of the students. For assessing the health of the student requires a system approach.

УДК 614.875/.876:303-057.875

**Н.С. БАЙЖАНОВА, А.С. ИГИБАЕВА, С. ИКРАМОВА**

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

### ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПРИБОРОВ, ИЗЛУЧАЮЩИХ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ

#### Аннотация

Были проведены исследования об условиях эксплуатации и длительности использования студентами ряда приборов, излучающих электромагнитное излучение. Было выявлено, что информированность студентов об эксплуатации приборов, излучающих ЭМП, низкая и студенты-медики не придерживаются рекомендаций по использованию современных бытовых приборов, излучающих ЭМП.

**Ключевые слова:** электромагнитное излучение, профилактика, студенты-медики.

**Актуальность.** Внедрение новейших разработок, инновационных технологий во все сферы деятельности, предназначенные для облегчения и упрощения повседневной жизни людей, привносят в жизнь человека и некоторую опасность. Мобильные телефоны, компьютеры, все бытовые приборы, работающие с использованием электрического тока, являются источниками электро-

магнитных полей. Наиболее мощные из бытовых приборов - СВЧ-печи, аэрогрили, холодильники с системой “без инея”, кухонные вытяжки, электроплиты, телевизоры [1]. Любой прибор, излучающий электромагнитное поле (ЭМП), является источником «электромагнитного смога», таящего угрозу для здоровья, в связи с тем, что очаги радиационных загрязнений локальны, элект-

ромагнитное излучение вездесуще, и человек постоянно подвергается его воздействию. Суммарная напряженность электромагнитных полей быстро увеличивается по сравнению с естественным «безобидным» для организма фоном. Электромагнитные волны способны вызвать серьезные нарушения в работе ряда функциональных систем организма. При воздействии ЭМП малой интенсивности на уровне нервной клетки, синапса, изолированных нервных структур возникают существенные отклонения [2]. В 2010 году Международное агентство по изучению рака и ВОЗ впервые признали, что мобильные телефоны могут провоцировать развитие злокачественных опухолей у человека [3]. Наиболее частыми жалобами пользователей мобильных телефонов являются: нарушения сна, головная боль, нервозность или недомогание, слабость и затруднение концентрации внимания [4]. По обобщенным данным, у работающих за монитором от 2 до 6 часов в сутки функциональные нарушения центральной нервной системы происходят в среднем в 4,6 раза чаще, чем в контрольных группах, болезни сердечно-сосудистой системы - в 2 раза чаще, болезни верхних дыхательных путей - в 1,9 раза чаще, болезни опорно-двигательного аппарата - в 3,1 раза чаще, чем в контрольных группах. Исследования функционального состояния пользователя компьютера показали, что даже при кратковременной работе (45 минут) в организме пользователя под влиянием электромагнитного излучения монитора происходят значительные изменения гормонального состояния и специфические изменения биотоков мозга. Особенно ярко и устойчиво эти эффекты проявляются у женщин [2]. Зрительный компьютерный синдром возникает в результате воздействия ЭМП от работающих мониторов на пре-роговичную слезную пленку, эпителий роговицы и конъюнктивы [5, 6]. Влияние ЭМП высокой интенсивности на иммунную систему организма проявляется в угнетающем эффекте на Т-систему клеточного иммунитета. При воздействии ЭМП происходит стимуляция гипофизарно-адреналиновой системы, сопровождающаяся увеличением содержания адреналина в крови, активацией процессов свертывания крови. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы проявляются, как правило, нейроциркуляторной дистонией: лабильность пульса и артериального давления, склонность к гипотонии, боли в области сердца и др. Отмечаются фазовые изменения состава перифе-

рической крови с последующим развитием умеренной лейкопении, эритроцитопении. Изменения костного мозга носят характер реактивного компенсаторного напряжения регенерации. Работающие с МП и ЭМП, а также население, живущее в зоне действия, ЭМП жалуются на раздражительность, у некоторых появляется чувство внутренней напряженности, нарушение внимания и памяти. Возникают жалобы на малую эффективность сна и на утомляемость, что может привести к психическим расстройствам [2].

**Цель исследования.** Исходя из литературных данных, очень важно информировать студентов о биологических эффектах ЭМП и о возможности развития отдаленных последствий для здоровья, а также о принимаемых мерах по профилактике и защиты.

**Материалы и методы исследования.** Нами проводилось исследование по изучению информированности студентов 2 курса медицинского университета о влиянии электромагнитного излучения на состояние функциональных систем организма человека и по отношению студентов к использованию приборов, излучающих электромагнитное излучение. Для проведения анонимного анкетирования студентов была разработана анкета, включающая вопросы об условиях эксплуатации и длительности использования студентами ряда приборов – мобильного телефона, компьютера, телевизора и других бытовых приборов, о размещении в комнате общежития, квартире бытовой техники и вопросы об информированности студентов по правильной эксплуатации данных приборов.

**Результаты и обсуждение.** Как следует из данных анкетирования по факультету «Общая медицина», до 1 часа в день используют телефон 76,7% студентов, 1-3 часа в день - 17,9% студентов, 3 часа и более – 5,4% студентов. Данные анкетирования по стоматологическому факультету: до 1 часа в день используют телефон 80,6% студентов, 1-3 часа в день - 12,9% студентов, 3 часа и более - 6,4% студентов. Люди, общающиеся по телефону 3 часа и более, получают опасную дозу облучения. Максимальное излучение поступает, когда человек дозванивается до абонента, и идет гудки [3]. Дозваниваясь до абонента, прижимают трубку к телефону 74,4% студентов факультета общей медицины; 68,7 студентов стоматологического факультета. Ночью телефон, функционирующий в режиме ожидания, излучает, так как периодически связывается со станцией [3].

У 38,5% студентов факультета «Общей медицины» и у 22% студентов стоматологического факультета телефон находится рядом с головой (у подушки и т.п.). У 81,8% студентов, проживающих в домашней обстановке, тип домашнего телефона – радиотелефон, у 18,2% студентов – обычный с проводами. К категории людей, «живущих Интернетом» относят себя 55% студентов, живущих в домашней обстановке и 40% студентов, проживающих в общежитии. Зависимость к социальным сетям отмечена у 59% студентов, живущих в домашней обстановке, у 51,3% студентов, живущих в общежитии. Многочасовое просиживание у компьютера приводит к возникновению у части пользователей неврологических проявлений, катаракт, повышенной склонности к развитию стрессорных реакций, возможности кумуляции биоэффекта ЭМП в течение их длительного действия с возможностью развития отдаленных последствий [2]. Так как при поиске информации в Интернете у человека снижается способность концентрироваться и созерцать, то мозг со временем начинает ожидать поступления информации в том виде, в каком ее распространяет Сеть, - в виде стремительного потока частиц. Мышление становится отрывочным, чтение – поверхностным. Пользователи лишь по диагонали просматривают заголовки и аннотации, превращаясь в простых расшифровщиков информации. Это может отразиться на функциях зон мозга, отвечающих за абстрактное мышление и сопереживание [7].

**Выводы.** Таким образом, как следует из приведенных данных, проанкетированные студенты не придерживаются безопасных правил пользования телефонами, работы с компьютерами, бытовой техникой. Студенты 2 курса, будущие медицинские работники, недостаточно сознательно относятся к использованию современных бытовых приборов, т.к. информированность студентов об эксплуатации приборов, излучающих ЭМП, низкая. По-видимому, это связано с тем, что в современных условиях бытовые приборы, разработанные по новым технологиям (телевизоры, айфоны, планшеты и др.), входящие в повседневную жизнь людей, часто без соответствующей информации о самой технологии и ее возможных биологических эффектах. Кроме того,

данные технологии стремительно быстро успевают «устаревать» и заменяются приборами, разработанными с еще более новейшими технологиями. В связи с этим изучение влияния ЭМП данных приборов на организм человека остается недостаточно изученным.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Григорьев Ю.Г. Электромагнитные поля и здоровье населения. Гигиена и санитария. 2004, №. – С.14-16.
- 2 Ким И.Н., Мегада Е.В. Влияние электромагнитных полей на пользователя компьютерного оборудования Гигиена и санитария. 2007, №1. – С.44-48.
- 3 Тебенихина Т. ФМБЦ им. Бурназяна изучают влияние электромагнитного излучения сотовой связи на здоровье человека. Кто есть кто. 2010, №2,-45 с.
- 4 Влияние электромагнитного излучения мобильного телефона «Моторола С 139» на функционирование нервной системы крыс. Фундаментальные аспекты компенсаторно-приспособительных процессов: Матер. Четвертой Всеросс. научно-практ. конференции. – Новосибирск. - 2009 г. – С.142-143.
- 5 Близорукость./ Под редакцией А.Ж. Аубакировой, Г.К. Тожанбаевой, А.С. Тулетовой, А.О. Байырхановой – Алматы. – 2010..
- 6 Кауметова Н.А. Применение препарата офтолик при компьютерном зрительном синдроме. Акт. вопросы ФЗОЖ, профилак. заболеваний и укрепления здоровья. 2012. №4. – С.171-172.
- 7 Возникновение мозга человека. Савельев С. В. – М.: ВЕДИ, 2010. – 324 с.

## Резюме

Студенттердің электромагниттік сәулелер тарайтын құралдарға қарым –қатынасы және қанша уақыт аралығында пайдаланатыны туралы нұсқаулықты сақтау жағдайында зерттеулер жүргізілді. Зерттеу нәтижесі көрсеткеніндей, студенттердің электромагниттік сәулелер тарайтын құрылғыларды пайдалану нұсқаулықтарынан ақпараттары аз екені және сәуле тарататын ЭМК, студенттер – болашақ дәрігерлер заманауи тұрмыс құрылғыларымен де пайдалану нұсқаулықтарын қатаң сақтамайтындығы анықталды.

## Summary

Investigations have been conducted on the conditions and duration of use by students of appliances that emit electromagnetic radiation. It was found that the awareness of students about the operation of devices that emit electromagnetic field (EMF) non-sufficient and medical students do not follow the recommendations on the use of appliances that emit EMF.

УДК 616.44-616.12-008-614.876(574.41)

Г.К. АЖМУРАТОВА<sup>1</sup>, О.Г. КАНГОЖИНОВА<sup>1</sup>, Г.К. СЕМБАЕВА<sup>1</sup>, К.А. ЦЫКУНОВ<sup>1</sup>,  
Р.Т. БОЛЕУХАНОВА<sup>1</sup>, Р.К. АПСАЛИКОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей

<sup>2</sup> Государственный медицинский университет, г. Семей

## АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ СОПРЯЖЕННОСТИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ГРУППАХ ЛИЦ, ПОДВЕРГАВШИХСЯ ПРЯМОМУ ОБЛУЧЕНИЮ, И ИХ ПОТОМКОВ

### Аннотация

Среди лиц I основной группы со средневзвешенной дозой облучения 634 мЗв в значительно отдаленном периоде регистрировалась достоверная сопряженность дополнительных к ожидаемым случаям БСК в возрастных стратах 50 и старше лет лиц с патологией щитовидной железы (ПЩЖ). Анализ по возможному увеличению уровней БСК во II основной группе с ПЩЖ показал отсутствие такого эффекта. Эти результаты подтверждали дозовые зависимости регистрации существенного увеличения уровней ПЩЖ в группах потомков, рожденных от облученных родителей и подвергавшихся радиационному воздействию в дозе 634 мЗв, с одновременным запуском патогенетических механизмов роста уровней БСК.

**Ключевые слова:** щитовидная железа, система кровообращения, радиация, доза облучения, Семипалатинский испытательный ядерный полигон (СИЯП).

**Актуальность.** Изменения функционального состояния эндокринных желез в отдаленные сроки после воздействия ионизирующего излучения имеют полифакторный, неспецифический и системный характер, в целом охарактеризованы как пострadiационные эндокринопатия [1]. Основными нестохастичными эффектами воздействия на щитовидную железу внешних и внутренних источников облучения является радиационный острый и хронический тиреоидит, а также гипотиреоз [2].

Современное состояние радиационно-гигиенической обстановки на территориях Казахстана, прилегающих к СИЯП диктует необходимость ретроспективной реконструкции доз облучения щитовидной железы среди пострадавших в возрасте 0-15 лет, так как основная органная патология железы формируется в значительном отдаленном периоде (30-50 лет после облучения).

**Цель исследования.** Определение рисков развития заболеваний щитовидной железы в группах лиц, подвергавшихся прямому облучению и их потомков в отдаленном периоде и их сопряженности с заболеваниями системы кровообращения.

**Материалы и методы.** Проанализированы материалы Государственного научного автоматизи-

рованного медицинского регистра населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия на СИЯП по численному и возрастно-половому составу лиц Абайского, Бескарагайского и Жанасемейского, Кокпектинского (контрольного) районов ВКО за период 2008-2012 гг., из которых выкопированы сведения по заболеваемости и смертности 3 групп населения по посемейному принципу. I основная группа 965 человек – лица, подвергавшиеся прямому облучению (01.01.1930 - 01.08. 1949 г.р.) и их потомки, рожденные с 1949-1962 гг., средневзвешенная эффективная эквивалентная доза (ЭЭД) для этой группы составила 634 мЗв. II основная группа, репрезентативная по возрасту и полу основной группе (1 376 человек) сформирована из населения, проживавших на территории изучаемых районов с 1963 г., ЭЭД для этой группы составила – 100 мЗв. Контрольная группа (920 человек) представлена населением не подвергавшегося радиационному воздействию Кокпектинского района ВКО. Для эпидемиолого-статистического анализа показателей смертности отобрано по основной группе - 2 150 актов-сертификатов о причинах смерти, группе сравнения - 1 926 актов-сертификатов, контрольная группа – 1 723.

**Результаты и обсуждение.** Анализ заболеваемости эндокринной системы в исследуемых группах позволил установить наиболее высокий вклад в их структуре заболеваний щитовидной железы, в среднем за годы исследований, составивший 76,4%. На всем протяжении исследования уровни болезней щитовидной железы в I основной группе были достоверно выше, чем во II основной и контрольной группах. Среднегодовой относительный риск в I основной группе составил 1,61. Ежегодные уровни болезней щитовидной железы в I основной группе колебались в пределах 172,6-189,4 случая на 1000 населения, в контрольной группе 109,3-118,7 случая ( $p < 0,05$ ). Наиболее высокие риски регистрировались в 2009-2010 гг., меньшие в 2011-2012 гг.

Наиболее высокие относительные риски регистрировались в возрастных стратах 50-59 и 60 и старше лет (2,15; 2,06 соответственно). В возрастной страте 40-49 лет относительный риск составил 1,48.

В структуре заболеваний щитовидной железы I ранговое место занимал удельный вес увеличения щитовидной железы I, II степени (в среднем 70,7%), причем во II основной и контрольной группе более высоким, чем в I основной группе. Второе ранговое место занимал удельный вес смешанного узлового зоба (18,6; 14,3; 12,7 % соответственно,  $p < 0,05$ ). Третье ранговое место занимал вес увеличения щитовидной железы III-IV степени (9,3; 6,2; 6,4% соответственно,  $p < 0,05$ ). Достоверно чаще регистрировался удельный вес аденомы у лиц I основной группы 6,6%.

Превышении заболеваний щитовидной железы в возрастных стратах 40-60 и более лет могли сыграть определенную роль в патогенетических механизмах увеличения БСК. В этой связи выполнен эпидемиолого-статистический анализ

сопряженности формирования дополнительных к ожидаемым случаям БСК среди лиц с ПЩЗ этой группы (таблица 1).

Среди лиц I основной группы относительные и атрибутивные относительные риски БСК, в группах без патологии щитовидной железы были минимальными, и в среднем составляли  $RR=1,16$ ;  $AR=16,8\%$ . Зарегистрировано более чем двукратное увеличение относительных рисков БСК в группах с патологией щитовидной железы (в среднем  $RR=2,75$ ) и четырехкратное увеличение атрибутивных рисков (в среднем  $AR=63,4\%$ ).

#### Выводы.

1. Уровни болезней щитовидной железы в I основной группе были достоверно выше, чем во II основной и контрольной группах.

2. Первое ранговое место занимал удельный вес увеличения щитовидной железы I – II степени, второе - смешанный узловой зоб.

3. Зарегистрировано более чем двукратное увеличение относительных рисков БСК в группах с патологией щитовидной железы и четырехкратное увеличение атрибутивных рисков.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коваленко Т.В. Современные представления о неонатальном транзиторном гипотиреозе (обзор). // Реферативный сборник «Новости науки и техники», серия «Медицина», выпуск «Клиническая эндокринология». 2000. - № 1. - С. 3-7.

2. Ватулина Г.Г., Тужилкова Т.Н., Голощапова Ж.А. Пострадиационные изменения в щитовидной железе и скелетной мышце при поражении организма йодом-131. // Радиобиология. 1986. - Т. 26, № 4. -С. 499-505.

#### Түйін

Безбенделген 634 мЗв болатын сәулелену мөлшері бар I негізгі топ тұлғалары арасында айтарлықтай алыс мерзімде 50 жас шамасында күтілген ҚЖА жағдайлары

Таблица 1 - Динамика сопряженности распределения уровней БСК с патологией щитовидной железы в возрастных стратах 50 и старше лет

Годы	Группа исследования								
	Контрольная группа			I основная группа			II основная группа		
	Уровень БСК			Уровень БСК			Уровень БСК		
на 1000 населения	в группе без ПЩЖ	в группе с ПЩЖ	на 1000 населения	в группе без ПЩЖ	в группе с ПЩЖ	на 1000 населения	в группе без ПЩЖ	в группе с ПЩЖ	
2008	256,3	210,7	45,6	390,6	267,3	123,3	330,2	268,6	61,4
2009	268,4	228,3	40,1	381,2	254,8	126,3	334,7	278,0	56,7
2010	276,8	219,4	57,4	388,6	263,2	125,4	351,2	300,8	50,4
2011	271,3	225,6	45,7	376,2	260,8	115,4	340,7	276,9	63,8
2012	268,5	212,4	56,1	394,5	270,6	123,9	338,3	269,6	68,7

мен одан да үлкен жас шамасындағы қалқанша безінің патологиясы (ҚБП) байқалатын тұлғалардың анық түрдегі түйіндесу қалыптары тіркелді. ҚБП бар II негізгі топтағы ҚЖА деңгейінің өсу мүмкіндіктеріне жасалған талдау бұндай әсердің жоқтығын көрсетті. Бұл нәтижелер сәулеленген ата-аналардан туған және 634 мЗв мөлшердегі бір мезгілде іске қосылатын, ҚЖА деңгейінің өсуінің патогенетикалық механизмдері бар радиациялық әсерге ұшыраған, ҚБП деңгейінің айтарлықтай дәрежеде өсуін тіркеудің мөлшерлік тәуекелдігін дәлелдеді.

### Summary

Among persons of I major group with a weighted average dose of 634 mSv of radiation in much long-term showed a significant contingency additional to the expected cases of CD at the age strata 50 years and older persons with thyroid cancer (PTHG). The analysis on the possible increase of the levels of CD in II major group with PTHG showed no such effect. These results confirmed the dose dependence in registering a significant increase in the levels of PTHG in groups of descendants born to exposed parents and exposed to the effects of radiation at a dose of 634 mSv, with the simultaneous launch of the pathogenetic mechanisms of growth of CD levels.

ӨОЖ 614:613.2/.8-053.7

**Г.К. ЖУМАТОВА**

«Үміт» балалар үйі» мемлекеттік мекеменің жанындағы Жасөспірімдер үйі, Жезқазған қаласы

## САЛАУАТТЫ ЖАСТАР – НҮРЛЫ БОЛАШАҚТЫҢ КЕПІЛІ

### Түсініктеме

Жастарды салауатты өмір сүруге тәрбиелеу – еліміздің ертенін ойлау. Жастарға денсаулықтың маңыздылығын ұғындыру, денсаулық сақтаудың тиімді әдістерін қолдану денсаулыққа зиян келтіретін әдеттерден сақтануды уағыздау.

**Түйін сөздер:** Салауатты жастар – еліміздің бақытты болашағы.

Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Әбішұлы Назарбаев «Қазақстан-2050 стратегиясы - қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында: «Денсаулық, денешынықтыру, салауатты өмір салты» сияқты тақырыптар төңірегінде нақты тапсырмалар беріп, жастар жарқын болшақтың негізі екенін атап өткен болатын. Міне осы орайда, Қарағанды облысы Жезқазған қаласындағы «Үміт» балалар үйі» мемлекеттік мекеменің жанындағы Жасөспірімдер үйінде тәрбиеленуші жастардың денсаулығын нығайту, жан-жақты дамыту және салауатты өмір салтын мұрат тұтқан дара тұлғаларды тәрбиелеуді басты талап етіп қойған. Атамыз қазақтың «Бірінші байлық - денсаулық» деген даналық мәтелі тіршіліктің нағыз өзегінен алынған емес пе? Денсаулықтың қадірін, маңызын айрықша ұғынып барлық игіліктен жоғары санаған. Жастар – болашағымыздың алтын тірегі. Жастар арасындағы нашарлық пен маскүнемдіктің алдын алу үшін мен мынадай деректер мен цифрларды ұсынуға болады. Жасыратыны жоқ бүгіндері елімізде осынау

Дені сау азаматтар-мемлекеттің ең бағалы капиталы. (В.Комат)

қауіпті нашақорлықпен айналысатындар саны өсіп барады. Есірткінің медициналық-әлеуметтік проблемалары республика орталығының мәліметіне қарағанда, бұл кеселге тәуелді болғандардың саны 250 мыңнан асады екен. Ал 1,5 млн-дай адам нашақорлыққа бейімділік сәтінде отпен ойнағандай әрі-сәрі күй кешуде. Әсіресе көмелетке толмағандардың әлгіндей қатерлі дертке әуестене түсуі қатты ойландыруы тиіс. Өкінішке орай көптеген жастарымыз өз денсаулығын сақтауға және нығайтуға жауапты емес, немқұрайды қарайды. Тіпті денсаулығы өзіне емес, тек дәрігерлерге қажет сияқты медицинаға тұтынушылық немесе масылдық пиғылы бар. Дәрігерлер қанша ескертсе де жаман әдеттерден арылғысы келмейді. Темекі тартады, насыбай атады, салынып арақ ішеді. Жалпы, халқымыздың «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» деген дана қағидасын әрдайым, әрқайсысымыз жадымыздан шықпайтын биік ұстаным болуға тиіс.

Дені сау ұрпақ, қоғамның қуаты демекші, қай халықтың болса да болашағы жастардың денсаулығына тікелей байланысты. Сондықтан дені сау,

салауатты өмір салтын ұстанатын жастарды тәрбиелеу өз қолымызда. Салауатты өмір салты мен өмір сүру үшін төмендегі талапты орындау керек [1]. Салауатты өмір салты түсінігіне:

- Айқын жасалған күн тәртібінің болуы;
- Дұрыс тамақтану;
- Дұрыс тынығу;
- Дене еңбегімен шұғылдануы;
- Таза ауада болып, күн көзінде серуендеу;
- Табиғат аясында болуы;
- Зиянды әдеттерден сақтану;
- Дұрыс қозғалыста болуы( қимыл-қозғалыс);
- жеке бас гигиенасы;
- жақсы қарым-қатынас жатады.

Қазақстан Республикасының «Білім туралы» заңының 37-бабында былай делінген: «Білім беру ұйымдарында оқу тәрбие үрдісі білім алушылардың, тәрбиеленушілердің денсаулығын ескере отырып жүзеге асырылады. Білім беру ұйымдарында білім алушылардың, тәрбиеленушілердің ауруына жол бермеу, денсаулығын нығайту, дене бітімін жетілдіру, салауатты өмір салтын ынталандыру жөніндегі қажетті шаралардың орындалуы қамтамасыз етіледі». Осы бапқа сәйкес жасөспірімдер үйіндегі тәрбиеленіп жатқан жастар санасына салауатты өмір салтына сай қағидаларды енгізе отырып, оларды болашақтың тірегі болатын дені сау, жан-жақты азамат етіп тәрбиелеу бағытында спорттық-сауықтыру және көпшілік-спорттық шараларды ұйымдастыруды жақсы жолға қойған. Жастардың денсаулықтары нығайту мен сақтауда және салауаттылықты насихаттауда мынандай спорттық шаралар жүргізіледі:

- Спорттық үйірме жұмыстары ( волейбол, баскетбол, футбол)
- Дене тәрбиесі жаттығуларының адам ағзасына тигізетін пайдасы, салауатты өмір салтын насихаттау туралы дәріс, әңгімелер.
- Темекінің, ішімдіктің, есірткінің зияны туралы баяндамалар, дәріс, әңгімелер.

Жасөспірім үйінде тәрбиеленіп жатқан жастар тегін білім алып, тегін емделеді, дене тәрбиесімен

және спортпен айналыса алады, кез келген шығармашылық үйірмелер мен секцияларға және тағы басқаларға бара алады. Сонымен қатар, «Нұрлы қадам» жастар қоғамдық бірлестігі және қалалық ішкі саясат бөлімімен бірігіп жастар арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру, ішімдік пен нашақорлықтың алдын алу мәселелері бойынша семинар өткізіліп тұрады. Жастар аталған тақырып төңірегінде өздерін толғандырған сауалдарын тиісті сала мамандарына қойып, оларға нақты жауап қайтарылды. Сондықтан жастардың денсаулығына тұрмыстық жағдайлармен бірге олардың бір-бірімен қарым-қатынасы да, мәдени деңгейі де, қоғамдық жұмыс пен оқудың әртүрлі салаларындағы белсенділігі де, яғни өмір салты нелерден тұрса, соның бәрі әсер етеді [2].

Қорыта келгенде, академик Н. М. Амосов айтқандай: «Денсаулығың мықты болуы үшін мәнді өз күшің болу қажет, оны еш нәрсемен ауыстыруға болмайды.» Болашағымыз нұрлы, еліміздің ертеңі нұрлы болсын десек, ел болып, халық болып болашағымызды, ұлтымызды, тегімізді жоғалтып алмау үшін нашақорлық, СПИД, ішімдік, темекіден бойымызды аулақ ұстап, қоғамымыздың бұл түнектен арылуының жолын іздеп, салауатты өмір салтын насихаттайық.

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Дубровский В.И. Здоровый образ жизни – М.: Риторика– 1996г. - С. 98-115.

2 Лисицын Ю.П., Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник — М: ГЭОТАР-МЕД, 2002г. 520 с: ил. — (Серия «XXI век»).

#### Резюме

Данной статье на примерах показано, что здоровье человека — высший стимул для достижения цели в жизни.

#### Summary

This article on examples show that the health of a person - the highest incentive to achieve goals in life.

УДК 616.36-002.12-084:303.425.2+303.621.34(574.53)

**А.К. БОТАБЕКОВА, Г.С. УМАРОВА**

Областной центр формирования здорового образа жизни, г. Шымкент

## **ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТ**

### **Аннотация**

Социологическое исследование наглядно демонстрирует, что значительная часть населения города Шымкента и области, независимо от возраста, нуждается в продолжении работы по санитарному просвещению в целях создания и укрепления мотивации к здоровому образу жизни и профилактике заболевания вирусными гепатитами, улучшении информированности населения.

**Ключевые слова:** профилактика вирусных гепатитов, социологическое исследование.

**Актуальность.** Проблема вирусных гепатитов в нашей стране и мире является одной из самых актуальных, поэтому привлечение внимания общества на проблемы, связанные с вирусными гепатитами на сегодняшний день является наиболее значимым.

**Цель исследования:** выявление показателей информированности населения о вирусных гепатитах в городе Шымкенте.

**Материалы и методы:** Социологическое исследование проводилось в июле 2013 года на территории города Шымкента в рамках мероприятий, приуроченных к 28 июля, Всемирному дню борьбы с гепатитом. Анкетирование проводили специально подготовленные волонтеры и сотрудники ОЦФЗОЖ (Областной центр формирования здорового образа жизни) на трёх площадках города (парки). Респонденты для исследования привлекались сотрудниками из числа случайных прохожих. Ввод данных осуществляли специалисты организационно-методического отдела ОЦФЗОЖ. Статистическая обработка проводилась с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel. Общий объём выборочной совокупности 286 человек.

**Результаты:** В результате аналитического отчета анкет было выявлено:

- С помощью социолого-демографических вопросов удалось составить портрет привлечённого к анкетированию - это женщина в возрасте около 30 лет; - Большинство респондентов, почти 4/5, заявило о том, что они знают о возмож-

ности заболевания и тяжёлых последствиях вирусных гепатитов, и только 1/5 часть опрошенных признают себя неосведомлёнными; - Средний показатель информированности о путях передачи вирусных гепатитов - 58,5%; - Анкетирование показало высокий эффект использования средств массовой информации в профилактике вирусных гепатитов. Основным источником знаний об этом заболевании являются именно средства массовой информации, на втором месте знания «от врача и других медицинских работников», на третьем группа респондентов со знаниями «от людей». На собственный опыт ссылается примерно шестая часть респондентов. Некоторые отмечали все или несколько источников информации одновременно.

**Выводы:** 1. Изучение информированности населения по вопросам профилактики вирусных гепатитов выявило высокую степень информированности. 2. Результаты исследования выявили заниженную оценку риска населением, т.е. уровень эпидемической настороженности по гепатиту низкий. 3. Социологическое исследование показало, что профилактическая работа медицинских учреждений является для населения одним из основных источников информированности по вирусным гепатитам. Однако главным источником противоэпидемической осведомлённости названы средства массовой информации, качество публикаций которых, к сожалению, не всегда высокое. 4. Социологическое исследование наглядно демонстрирует, что значительная

часть населения города Шымкента и области, независимо от возраста, нуждается в продолжение работы по санитарному просвещению в целях создания и укрепления мотивации к здоровому образу жизни и профилактике заболевания вирусными гепатитами, улучшении информированности населения. Очевидно, что рутинно проводимая в этом направлении работа не даст желаемого результата.

#### Түйін

Тұрғындар арасында вирустық гепатитердің алдын алу жөнінде ақпараттандыру, гепатит бойынша эпидемиялық сақтық деңгейін толыққанды қамтамасыз етеді.

#### Summary

Raise awareness on the prevention of viral hepatitis epidemic will increase the level of suspicion for hepatitis as a whole.

УДК 613.331.4

**Е.И. ПИВОВАРОВ<sup>1</sup>, А.К. КОЖАХМЕТОВ<sup>2</sup>, Ж.Ж. КАРКУМБАЕВА<sup>1</sup>, Р.Б. ШИН<sup>1</sup>,  
Ж.Е. МАСАЛИМОВ<sup>1</sup>**

Департамент Комитета Государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК по ВКО, г. Усть-Каменогорск<sup>1</sup>

Областной центр формирования здорового образа жизни, г. Усть-Каменогорск<sup>2</sup>

### О ПРОБЛЕМАХ ГИГИЕНИЧЕСКОГО НОРМИРОВАНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РАБОТ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПТИМАЛЬНОГО РЕЖИМА ТРУДА И ОТДЫХА, РАБОТАЮЩИХ В ХОЛОДНОЕ ВРЕМЯ ГОДА НА ОТКРЫТОЙ ТЕРРИТОРИИ ИЛИ В НЕОТАПЛИВАЕМЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ

#### Аннотация

В настоящей работе рассмотрена проблема гигиенического нормирования микроклимата в холодное время на открытой территории или в неотапливаемых помещениях, а также помещениях с охлаждающим микроклиматом, проблема режима труда и отдыха работников, занятых на открытом воздухе в холодное время года.

Авторами, учитывая актуальность рассмотренной проблемы, предложены рекомендации по совершенствованию действующего законодательства РК в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

**Ключевые слова:** охлаждающий микроклимат, режим труда и отдыха, неотапливаемые помещения, помещениях с охлаждающим микроклиматом, «защита временем», условия труда.

Резкое понижение температуры наружного воздуха, имевшее место зимой 2012 года практически на всей территории Республики Казахстан (в отдельных районах Восточно-Казахстанской области до  $-42^{\circ}\text{C}$  и ниже), привело к существенному сокращению производственных работ на открытом воздухе.

Во II климатическом регионе (поясе), в котором расположена Восточно-Казахстанская область (далее - ВКО), температура наружного воздуха (нижняя граница), для открытых территорий в зимний период года  $-22,6^{\circ}\text{C}$  (при отсутствии регламентированных перерывов на обогрев) и -

$27,5^{\circ}\text{C}$  (при регламентированных перерывах на обогрев, не более чем через 2 часа пребывания на открытой территории), применительно к легким физическим работам (категория I а, I б, с расходом энергии не более 174 Вт (150 ккал/ч) и физическим работам средней степени тяжести (II а, II б, с расходом энергии в пределах 175-290 Вт (151-250 ккал/ч) - уже относится к 4 классу условий труда, т.е. опасному (экстремальному).

Исключение составляют Зырянский район и г. Риддер, которые расположены в III климатическом регионе (поясе), для которых температуры наружного воздуха (нижняя граница), для

открытых территорий в зимний период года, при которой условия труда работающих будут относиться к 4 классу, т.е. опасному (экстремальному), применительно к физическим работам легкой и средней степеням тяжести, составляют -13,6°C (при отсутствии регламентированных перерывов на обогрев) и -17,6°C (при регламентированных перерывах на обогрев, не более чем через 2 часа пребывания на открытой территории).

В соответствии с руководством Р 2.2.2006-05 «Гигиеническая оценка факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда», опасные (экстремальные) условия труда (4-й класс) - характеризуются уровнями факторов рабочей среды, воздействие которых в течение рабочей смены (или её части) создает угрозу для жизни, высокий риск развития острых профессиональных поражений, в том числе в тяжелых формах [1].

Работа в опасных (экстремальных) условиях труда (4 класс) не допускается, за исключением ликвидации аварий, проведения экстренных работ для предупреждения аварийных ситуаций подразделениями, обслуживающими водопроводные, тепловые, электрические сети и т.п.

Однако, несмотря на крайне низкие температуры, существует ряд организаций и предприятий ВКО, работники которых в силу технологического процесса или чрезвычайных ситуаций осуществляют свою деятельность на открытом воздухе: дорожники, работники строительных работ, реконструкции, технического перевооружения, ремонта, сноса зданий и сооружений, погрузочно-разгрузочных работ, работники коммунальной сферы, нефтяники, геологи, водители авто и железнодорожного транспорта, рабочие эксплуатации газового и лесного хозяйства, «вахтовые» работники, рабочие по эксплуатации подъемников (вышек) и др.

Проблемы работы персонала на открытом воздухе в условиях низких температур в первую очередь связаны с климатическими и погодными факторами: температурой воздуха, влажностью, скоростью движения воздуха, солнечным излучением, осадками, а также с тяжестью выполняемой работы.

Для этих категорий работников существует потенциальный риск получения серьезных холодовых травм: переохлаждение всего организма (гипотермия), переохлаждение отдельных частей тела (обморожение) и поэтому должны учитываться организаторами работ (работодателями).

Одним из вредных трудовых факторов, воздействующих на организм работающих в холодный период года является - охлаждающий микроклимат, т.е. сочетание параметров микроклимата, при котором возникает изменение теплообмена организма, приводящее к образованию общего или локального дефицита тепла в организме человека.

Под влиянием охлаждающих факторов окружающей среды — т.е. низких температур воздуха, проникающего и контактного холода, а также совместного действия пониженных температур, повышенной скорости движения и влажности воздуха, обуславливающих охлаждение человека и требующих применения соответствующих мер для снижения теплопотерь, может наступить переохлаждение организма, которое сопровождается возникновением простудных заболеваний.

Охлаждение человека как общее, так и локальное способствует изменению его двигательной активности, нарушает координацию и способность выполнять точные операции, вызывает тормозные процессы в коре головного мозга, способствует развитию патологии.

При работе в условиях охлаждающего микроклимата понижается общая сопротивляемость организма к развитию ряда заболеваний, возникают местные ангиоспастические расстройства, чаще всего на пальцах рук и ног с ослаблением кожной чувствительности. Обостряются заболевания периферической нервной и мышечной системы, суставов: радикулиты, невриты, миозиты, ревматоидные заболевания. Особенно неблагоприятно сочетание местного охлаждения стоп с общим охлаждением организма [2].

Холодовой дискомфорт вызывает в организме человека терморегуляционные сдвиги, вследствие чего понижается общая сопротивляемость организма к развитию заболеваний мышечной и суставной систем.

Основная роль в защите человека от холода принадлежит поведенческой терморегуляции, которая заключается в активном, целенаправленном регулировании термической нагрузки на организм.

В связи с необходимостью проведения работ на открытой территории в холодный период года, а также в неотапливаемых помещениях большое значение имеют СИЗ X от холода.

Вместе с тем, до введения в действие Постановления Правительства РК от 5 декабря 2011г.

№1458 «Об утверждении Правила выдачи работникам молока, лечебно-профилактического питания, специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты, обеспечения работников средствами коллективной защиты, санитарно-бытовыми помещениями и устройствами за счет средств работодателя; норм выдачи работникам молока за счет средств работодателя; норм выдачи работникам лечебно-профилактического питания за счет средств работодателя» вопросы обеспечения работающих специальной одеждой, специальной обувью и другими средствами индивидуальной защиты с учетом работ на открытом воздухе в холодное время года с учетом климатических регионов (поясов) областей Республики Казахстан - не учитывались [3].

Однако возможности должной защиты человека от охлаждения, особенно в суровых климатических условиях (пояса «особый», IV, III), с помощью одной лишь одежды ограничены, главным образом, по причине малой эффективности утепления стоп и кистей, а также в связи с охлаждением лица и органов дыхания.

Указанное определяет необходимость регламентирования времени пребывания на холоде и времени, необходимого на обогрев, применительно к различным метеоусловиям, физической активности, теплоизоляции СИЗ Х.

Задача работодателя — исключить этот вред или свести его к минимуму, тем более что есть достаточно полный набор законодательных документов, устанавливающих порядок защиты работников от холода путем установления специальных перерывов.

Законодательством Республики Казахстан определены температурные пороги, режимы работы и отдыха персонала в условиях низких температур делегированы работодателям, по согласованию с представителями работников.

«Работникам, работающим в холодное время года на открытом воздухе или в закрытых необогреваемых помещениях, а также занятым на погрузочно-разгрузочных работах, предоставляются специальные перерывы для обогрева и отдыха, которые включаются в рабочее время.

Работодатель обязан обеспечить оборудование помещений для обогрева и отдыха работников. Виды этих работ, продолжительность и порядок предоставления таких перерывов определяются коллективным договором или актами работодателя» (ст. 94 Трудового кодекса РК от 15.05.07г. № 251-III ЗРК) [4].

В каждой конкретной организации правила предоставления перерывов при работе на открытом воздухе в холодное время года (с учетом конкретного климатического района) для обогрева, дополнительной оплаты труда и другие вопросы, связанные с производством работ в таких сложных условиях (вопросы продолжительности максимального рабочего периода, о числе и продолжительности перерывов и об устройстве мест обогрева), должны регулироваться между администрацией предприятия и профсоюзным комитетом (представителями работников) положениями коллективного договора, правилами внутреннего трудового распорядка или иных локальных нормативных актов, принимаемых на уровне организации по согласованию с территориальными органами по труду.

В тех случаях, когда работодатель по обоснованным технологическим и иным причинам не может в полном объеме обеспечить соблюдение гигиенических нормативов на рабочих местах, в соответствии требованиями Трудового кодекса РК от 15.05.07г. №251-III ЗРК он должен обеспечить безопасность для здоровья человека выполняемых работ, поскольку работа в условиях несоответствия гигиеническим нормативам является нарушением и является основанием для принятия административных мер воздействия контролирующими органами в пределах предоставленных им законом прав.

Это может быть достигнуто посредством выполнения комплекса защитных мероприятий (организационных, санитарно-гигиенических, ограничения по времени воздействия фактора на работника - рациональные режимы труда и отдыха, средства индивидуальной защиты и др.).

Вместе с тем, является проблематичным то, что работодатели, руководители и специалисты всех уровней в организациях не могут адекватно оценить: нужно ли предоставлять работникам перерывы для обогрева в конкретных условиях; необходимо ли прекращение работы, или возможно её продолжение, поскольку разрабатывая внутрисменный режим работы, необходимо ориентироваться на допустимую степень охлаждения рабочих, которая регламентирована временем непрерывного пребывания на холоде и временем для нормализации теплового состояния организма.

В основу разработки требований к режиму работы должны быть положены критерии допустимой степени охлаждения человека, одетого в комплект средств индивидуальной защиты от

холода, и сведения о скорости нормализации теплового состояния человека в обогреваемом помещении.

Чтобы не возникали такие ситуации, когда вольно или невольно нарушают закон те, кто по своему положению отвечает за здоровье своих подчиненных, необходимо в каждой производственной, строительной, эксплуатационной организации заранее, до наступления морозов разработать порядок и условия предоставления дополнительных перерывов для обогрева и отдыха, порядок и условия прекращения работы по причине низкой температуры, определить порядок оплаты в таких случаях.

Нужно также определить состав бригад, подразделений, выполняющих конкретные виды работ, которые не могут быть остановлены и в мороз, а также состав коллективов, выполняющих аварийно-восстановительные работы в зимний период и перечень таких работ.

А соотношение показателей температур и скорости ветра, продолжительности непрерывной работы и количества дополнительных перерывов необходимо устанавливать на основании соответствующих нормативных документов.

Вместе с тем, анализ действующего законодательства РК в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения показал, что в настоящее время отсутствуют документы, регламентирующие требования к режиму работы на открытом воздухе в холодное время года (с учетом конкретного климатического пояса) или в неотапливаемом помещении (регламентация максимального рабочего времени непрерывного пребывания на холоде и продолжительность обогрева в целях нормализации теплового состояния человека; количестве и продолжительности перерывов), разработанные на основании результатов конкретных физиолого-гигиенических исследований с учетом неблагоприятного воздействия комплекса факторов производственной среды и трудового процесса.

Постановление Правительства РК от 25.01.12г. №168 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских населенных пунктах, почвам и их безопасности, содержанию территорий городских и сельских населенных пунктов, условиям работы с источниками физических факторов, оказывающих воздействие на человека» (приложение №5) учитывает время работы при температуре воздуха на

рабочем месте выше или ниже допустимых величин, но без учета конкретного климатического пояса, не учитывает такие важные вопросы, как регламентация продолжительности обогрева в целях нормализации теплового состояния человека; количестве и продолжительности перерывов [5].

Постановлением Правительства РК от 10 ноября 2011 года №1320 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда и бытового обслуживания при строительстве, реконструкции, ремонте и вводе, эксплуатации объектов строительства», установлены требования к условиям труда и бытового обслуживания при строительстве, реконструкции, ремонте и вводе, эксплуатации объектов строительства [6].

Согласно вышеуказанных санитарных правил, работодатель обязан обеспечить постоянное поддержание условий труда, отвечающих требованиям санитарных правил. При невозможности соблюдения предельно допустимых уровней и концентраций вредных производственных факторов на рабочих местах (в рабочих зонах) работодатель обеспечивает работников средствами индивидуальной защиты и руководствуется принципом «защита временем».

Под принципом «защита временем» понимается – уменьшение вредного действия неблагоприятных факторов производственной среды и трудового процесса на работающих за счет снижения времени их действия: введение внутрисменных перерывов, сокращение рабочего дня, увеличение продолжительности отпуска, ограничение стажа работы в данных условиях.

Согласно вышеуказанных санитарных правил, внутрисменный режим работы должен предусматривать предупреждение переохлаждения работающих лиц за счет регламентации времени непрерывного пребывания на холоде и времени обогрева.

Вместе с тем, в настоящее время отсутствует механизм, организационно-методические основы и принципы реализации концепции «защита временем», следовательно, требования Кодекса РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», обязывающее органы Госсанэпиднадзора согласовывать, определенный работодателем, режим труда и отдыха в условиях холодного времени года на открытой территории или в неотапливаемых помещениях, а также помещениях с охлаждающим микроклиматом – не выполнимы [7].

Проблематичным является и то, что в настоящее время не разработаны санитарные правила к объектам, осуществляющим организацию и производство строительных работ и материалов, реконструкцию, техническое перевооружение, ремонт, снос зданий и сооружений, погрузочно-разгрузочные работы, как на открытых территориях, так и в не отапливаемых помещениях (помещения, не оборудованные отопительными системами, а также такие, в которых температура воздуха поддерживается на низком уровне по технологическим требованиям) и других нестандартных ситуациях, в которых должны быть отражены требования по «защите временем» и содержать в себе гигиенические требования к организации труда и отдыха.

В первую очередь, это касается рабочих мест, наиболее распространенных в ВКО производств: нерудных строительных материалов; естественных и искусственных легких пористых заполнителей; вяжущих материалов; бетонов, железобетонных изделий и конструкций; кирпича и черепицы; фарфоровых, фаянсовых и майоликовых изделий; стекла и стеклоизделий; строительных материалов из древесины (деревообрабатывающие предприятия, производство фанеры, древесностружечных плит); мягких кровельных материалов и мастик; асфальтовых смесей; строительных материалов, изделий и конструкций, в том числе из полимерного сырья.

Вопросы о продолжительности и количестве представляемых специальных перерывов также актуальны и для отдельных видов производств, работ, профессий, имеющих выраженную специфику, таких, как работники плавсостава, водители автотранспорта, работники железнодорожного транспорта, вахтовые рабочие и др.

Также отсутствуют гигиенические нормы и механизм оценки для работ в помещениях с охлаждающим микроклиматом (сочетание параметров микроклимата, при котором имеет место изменение теплообмена организма, приводящее к образованию общего или локального дефицита тепла в организме ( $> 0,87$  кДж/кг) в результате снижения температуры «ядра» и/или «оболочки» тела (температура «ядра» и «оболочки» тела - соответственно температура глубоких и поверхностных слоев тканей организма)), при том, что микроклимат в помещении, в котором температура воздуха на рабочем месте ниже нижней границы допустимой, является вредным.

Существующие санитарные правила по отрас-

лям промышленности, зачастую, не содержат в себе обязательные требования по организации работодателем помещений для обогрева работающих в целях нормализации теплового состояния, не регламентирована температура воздуха в местах обогрева.

**В соответствии с вышеизложенным, учитывая актуальность рассмотренной проблемы, считаем целесообразным:**

1. Регламентировать и утвердить Постановлением Правительства РК санитарные правила, определяющие режимы труда и отдыха, работающих в холодное время на открытой территории или в неотапливаемых помещениях, а также помещениях с охлаждающим микроклиматом, которые должны быть разработаны с учетом:

- климатических регионов (полюсов) областей Республики Казахстан;
- показателей теплозащитных свойств одежды, в том числе спецодежды;
- требований к теплоизоляции комплекта СИЗ Х;
- уровня энергозатрат;
- гигиеническими критериями оценки категорий выполняемых работ;
- классификации условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса;
- наиболее вероятной температуры воздуха скорости ветра в каждом из климатических регионов.

2. Рациональные режимы труда и отдыха работников должны быть разработаны на основании результатов конкретных физиолого-гигиенических исследований с учетом неблагоприятного воздействия комплекса факторов производственной среды и трудового процесса.

3. При организации режима труда в обязательном порядке должны быть учтены и регламентированы:

- перерывы для приема пищи; требования к продолжительности непрерывного пребывания в охлаждающем микроклимате, перерывы в целях нормализации теплового состояния человека, которые могут быть совмещены с отдыхом после выполнения физической работы.
- вопросы воздействия на работающих шума, вибрации, ионизирующего и неионизирующего излучения, вредных веществ в воздухе рабочей зоны, особенно веществ аэрозолей преимущественно фиброгенного действия (АПФД).
- продолжительность непрерывной работы с

учетом скорости движения воздуха, при этом в целях оценки совместного воздействия на человека низкой температуры и скорости ветра следует учитывать показатель «эквивалентная температура» - т.е. показатель, характеризующий комбинированное воздействие на человека температуры воздуха, радиационной температуры и скорости движения окружающего воздуха, который более объективно указывает на температуру наружного воздуха.

4. Включить в санитарные правила для объектов, осуществляющих свою деятельность (производство строительных работ, реконструкция, техническое перевооружение, ремонт, снос зданий и сооружений, погрузочно-разгрузочные работы) как на открытых территориях, в помещениях с охлаждающим микроклиматом, так и в неотапливаемых помещениях и других нестандартных ситуациях, в обязательном порядке гигиенические требования к организации труда и отдыха в данных условиях.

5. До разработки и ввода в действие санитарных правил, определяющих режимы труда и отдыха работающих в холодное время на открытой территории или в неотапливаемых помещениях, а также помещениях с охлаждающим микроклиматом рекомендуем работодателям при составлении коллективных договоров, учитывать рекомендации по планированию и организации работы персонала (чередование периодов работы в охлаждающей среде, регламентированных допустимой степенью охлаждения человека, и отдыха в обогреваемом помещении в целях нормализации теплового состояния человека), принятые в международной практике дальнего и ближнего зарубежья.

6. С гигиенической точки зрения, в своей производственной деятельности работодателям необходимо соблюдать следующие общие гигиенические требования работы в холодное время года на открытой территории или в неотапливаемых помещениях, а также помещениях с охлаждающим микроклиматом [8]:

- К работе на холоде допускаются лица, прошедшие медицинские осмотры в соответствии с действующими законодательными актами РК соответствующими специалистами (профпатолог, терапевт, невропатолог, хирург, оториноларинголог, гинеколог) и прошедшие определенные лабораторные и функциональные исследования (термометрия, реовазография периферических сосудов, ЭКГ, ФГ) и не имеющие противопока-

заний (хронические заболевания периферической нервной систем., облитерирующие заболевания сосудов, периферический ангиоспазм, выраженное варикозное расширение вен, тромбофлебит, хронические воспалительные заболевания матки и придатков с частыми обострениями, хронические заболевания органов дыхания., хронические рецидивирующие заболевания кожи.) [9];

- Лица, приступающие к работе на холоде, должны быть проинформированы о его влиянии на организм и мерах предупреждения охлаждения (ст. 310 Трудового кодекса РК);

- Лица, работающие на открытой территории в холодный период года, должны быть обеспечены одеждой, обувью, головными уборами, имеющими соответствующую теплоизоляцию и комплектом средств индивидуальной защиты от холода, с учётом климатического региона (пояса) (ст. 314, 317 Трудового кодекса РК, Постановление Правительства РК от 5 декабря № 1458);

- Работодателем должны быть организованы помещения для обогрева работающих и устройства для обогрева кистей и стоп, с поддержанием в них гигиенически регламентированных уровней температуры воздуха 21-25°C и 35 - 40°C соответственно;

- В целях более быстрой нормализации теплового состояния организма и меньшей скорости охлаждения в последующий период пребывания на холоде в помещении для обогрева следует снимать верхнюю утепленную одежду, в связи с чем оно должно быть соответствующим образом оборудовано;

- При температуре воздуха ниже -40°C следует предусматривать защиту лица и верхних дыхательных путей;

- При температуре воздуха ниже -30°C не рекомендуется планировать выполнение физической работы категории выше Па (выполнение физической работы, связанной с ходьбой, перемещением и переноской тяжестей до 10 кг.);

- Перерывы на обогрев могут сочетаться с перерывами на восстановление функционального состояния работника после выполнения физической работы. В обеденный перерыв работник должен быть обеспечен «горячим» питанием. Начинать работу на холоде следует не ранее чем через 10 мин. после приема «горячей» пищи (чай и др.).

7. Органам Госсанэпиднадзора при осуществлении текущего планового надзора следует целенаправленно обращать внимание на вопросы оборудования помещений для обогрева и от-

дыха, их целевого использования, оборудование их устройствами для обогрева кистей и стоп, соблюдение температурного режима в них, возможности снятия верхней одежды и обуви, а также обеспечения работодателем во время перерыва работников на обед горячим питанием.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Руководство Р 2.2.2006-05 «Гигиеническая оценка факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» // Бюл. нормативных и методических документов Госсанэпиднадзора. М. 2005. Вып. 3 (21). С. 3-144.

2 Афанасьева Р.Ф., Бурмистрова О.В., Прокопенко Л.В. // Медицина труда. 2012. №4. С.35.

3 Постановление Правительства РК от 5 декабря № 1458 «Об утверждении Правила выдачи работникам молока, лечебно-профилактического питания, специальной одежды, специальной обуви и других средств индивидуальной защиты, обеспечения работников средствами коллективной защиты, санитарно-бытовыми помещениями и устройствами за счет средств работодателя; норм выдачи работникам молока за счет средств работодателя; норм выдачи работникам лечебно-профилактического питания за счет средств работодателя».

4 Трудовой кодекс РК от 15 мая 2007 года № 251-III ЗРК.

5 Постановление Правительства РК от 25.01.12г. №168 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских населенных пунктах, почвам и их безопасности, содержанию территорий городских и сельских населенных пунктов, условиям работы с источниками физических факторов, оказывающих воздействие на человека» (приложение №5).

6 Постановление Правительства РК от 10 ноября 2011 года №1320 «Об утверждении Санитарных правил «Са-

нитарно-эпидемиологические требования к условиям труда и бытового обслуживания при строительстве, реконструкции, ремонте и вводе, эксплуатации объектов строительства».

7 Кодекс РК от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения»

8 Методические рекомендации МР 2.2.7.2129-06 «Режимы труда и отдыха работающих в холодное время на открытой территории или в неотапливаемых помещениях», утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г.Онищенко 19 сентября 2006 г.

9 Постановление Правительства РК от 25 января 2012 года № 166 «Об утверждении перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры, Правил проведения обязательных медицинских осмотров».

#### Түйін

Бұл еңбекте суық мезгілде дала аумағындағы, жылынбайтын үй-жайлардағы, сонымен қатар салқын шағын ықылмды үй-жайлардағы шағын ықылм гигиеналық калыптары мәселелері, жұмысшылардың еңбек және демалыс тәртібі мәселелері қарастырылған.

Авторлар қарастырылған мәселелердің өзектілігін ескере отырып Қазақстан Республикасындағы халықтың санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы қолданыстағы заңнамаларды жетілдіруді ұсынған.

#### Summary

In this paper we consider the problem of hygienic standards in the cold climate in an open area or in unheated areas, and areas with a cooling climate, the issue of work and leisure workers outdoors in the cold season.

Authors, given the relevance of the problem, offered recommendations to improve the current legislation of Kazakhstan in the field of sanitary and epidemiological welfare of the population.

ӨОЖ 616.36-002.12-084:615.371(574.54)

**Қ.Т. МЫРЗАХМЕТОВ, А.Н. ИДРИСОВА**

Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Қызылорда қаласы  
Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау Комитетінің Қызылорда облысы бойынша департаменті, Қызылорда қаласы

## **2005-2011 ЖЫЛДАР АРАЛЫҒЫНДАҒЫ ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ БОЙЫНША ВИРУСТЫ ГЕПАТИТ А АУРУЫНЫҢ АУРУШАҢДЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ**

### **Түсініктеме**

Вирусты гепатит аурушандылығына тосқауыл қоюда вакцинацияның пайдасы зор. Вирусты гепатиттің алдын алу шаралары тұрғындарды бұл аурудан сақтандырудың тиімді жолы.

Соңғы 10 жыл көлемінде облыстық аурушандық көрсеткіш орташа Республикалық аурушандық көрсеткішінен 2 есеге дейін жоғары болып, облыстар арасында бірінші орында тұрса, 2008 жылы облыстық көрсеткіш орташа Республикалық аурушандық көрсеткішіне (2008ж РК-46,3, Облыстық - 47,3) шамаласты, 2012жылдың 10 айдың қорытындысымен облыстық аурушандық көрсеткіш 2 есеге төмендеп, облыстар арасында оныншы орынға түсті.

**Түйін сөздер:** вирусты гепатит, аурушандық, вакцинация, егу жұмыстары.

Вирусты гепатит ауруы медицина ғылымында актуалды проблемалардың бірі болып отыр, себебі вирусты гепатит ауруы ол кең таралған, бірнеше таралу жолдары бар (элементарлы, қарымқатынас арқылы) және экономикалық шығын келтіретін жұқпалы ауру

Қазақстан Республикасында, оның оңтүстік аймақтарында вирусты гепатит А ауруы өте кең таралуда. Қызылорда облысының соңғы 2005-2011 жылдар арасында жалпы вирусты гепатиттердің 4809 жағдайы есепке алынып, ауруға шалдыққандардың 84-93 пайыз (Республика бойынша 80 пайызды құрайды) аралығында вирусты гепатит А түріне сәйкес келуінің өзі оңтүстік аймақтардың табиғи климаттық жағдайы вирусты гепатит А ауруына қолайлы болып отырғанын көрсетеді.

Жалпы вирусты гепатиттердің басым көпшілігі вирусты гепатит А ауруының үлесінде болуына байланысты жалпы вирусты гепатиттердің сипатына әсерін тигізуде.

Вирусты гепатит А ауруының динамикасы әр жылда өзгеріске ұшырауда. Мысалыға айтатын болсақ 2000 жылдарға дейін вирусты гепатит ауруының 100 мың халыққа шаққандағы аурушандық көрсеткіші 600-300 аралығында орналаса, соңғы жылдары еліміздің саяси-экономикалық жағдайы жақсарып, вирусты гепатит А ауруын алдын алудағы ең тиімді алдын алу жолдарының бірі- вакцинацияға қаражаттың бөлінуіне байланысты вирусты гепатит А ауруының ауру-

шандық көрсеткіші жылдан жылға төмендеп келеді. Слайдта көрсетілгендей 2000 жылмен салыстырғанда 2005 жылдың аурушандық көрсеткіш 3,7 есеге, 2011 жылы 15,4 есеге төмендеген.

Вирусты гепатит А ауруына қарсы алдын ала егулер жүргізіліп, аурушандық көрсеткіш төмендегенімен, аурудың қайталанып келу уақыты (цикличность) сақталуда. Бәлкім вакцинацияның салдарынан болар, аурудың қайталанып келуі 2002 жылға дейін 6-7 жылға созылса, вакцинация енгізілгеннен кейін 3-4 жылға қысқарып қайталануда.

Ай аралық аурушандық көрсеткіш вирусты гепатит А ауруының мерзімділігінің ұзарғанын көрсетеді, яғни ауруға күзгі-қысқы мерзім сәйкес келетіні әдебиеттерде көрсетілсе, соңғы 7 жылда Қызылорда облысында тіркеліп отырған аурушандықтың ай аралық көрсеткіш ауру деңгейінің көтерілуі қыркүйек-қазан айынан бастап, келесі жылдың мамыр-маусым айына дейін созылып отырғанын көрсетеді.

Вирусты гепатит А ауруының таралу жолдарында барлық (су, тағам арқылы, қарым қатынас арқылы) жұқтыру жолдары эпидпроцеске енгізілген. Атап айтқанда 2005-2011 жылдарда аурудың тіркелуіне 40 пайызда қарым қатынас арқылы жұқтыру өз әсерін тигізсе, 24 пайызда қайнамаған сумен және 11 пайызда тағаммен байланыстырған. Аурудың 24 пайызында таралу жолдары анықталмаған.

Облыс бойынша 2000-2004 жылдары ВГА ауруының 14 жасқа дейінгі балалардың үлесі тұрақты түрде 92 пайызды сақтап келсе, 2005-2011 жылдары тіркелген вирусты гепатит А ауруының 14 жасқа дейінгі балалардың үлесі максималды 2005 жылы -95 пайызды, ал минималды 2011 жылы 82 пайызға төмендеп балалар арасындағы аурушандықтың бірте бірте төмендегенін көрсетеді.

Соңғы 7 жылда вирусты гепатит А ауруына шалдыққан науқастардың жас шамасы әр түрлі, ауруға шалдыққандардың басым көпшілігі (10,5 пайыз) 4 жастағы балаларға сәйкес келген, 9,5-9,7 пайызды 3 жас пен 5 жастағы балалар, 8,7-8,9 пайызда 2, 6 жастағы балалар арасында жиі тіркелген. Ал егерде тек 2005 және 2011 жылдары вирусты гепатит А ауруына шалдыққан науқастардың жас шамасын салыстырсақ, 2005 жылы ауруға шалдыққандардың ең көп тіркелуі 7 жасқа сәйкес келсе, 2011 жылы аурудың жас шамасы жасөспірімдер қатарына (2005ж 15-19жас-2,8 пайыз; 2011ж- 15-19 жас -14,8 пайыз) өзгеруде, бұның өзі вакцинацияның әсерінен болу секілді.

Осыған сәйкес ауруға шалдыққандардың басым көпшілігі, яғни 53 пайызды мектеп оқушылар құраса, 36 пайызын ұйымдаспаған балалардың, 5 пайыз ұйымдасқан балалар үлесінде болып отыр.

Вирусты гепатит А ауруының ең тиімді алдын алу жолдарының бірі –вакцинация. Еліміздің саяси-экономикалық әл-аухатының көтерілуінің және жергілікті басшылардың қолдауымен ви-

русты гепатит А ауруына қарсы вакцина сатып алуға жергілікті бюджеттен қаражат 2002 жылдан бастап бөліне бастады.

Соңғы 10 жыл көлемінде облыс бойынша 191 319 доза вакцина сатып алынып, 14 жасқа дейінгі 98 797 балаға вирусты гепатит А ауруына қарсы алғашқы егулер жүргізілді. 2011 жылы жергілікті бюджеттен бөлініп отырған қаражат есебі 3,8 есеге көбейіп, ең алғаш рет жаппай 2 жастағы балаларды вирусты гепатит А ауруына қарсы вакцинациялауға қол жеткізілді. 2011 жылы 2 жастағы 17995 балаға, 2012 жылдың 10 айында 18577 балаға ВГА 1 тур егуі жүргізілді.

Бүгінгі таңда вирусты гепатит А ауруына қарсы жүргізіліп жатқан алдын ала егулердің нәтижесінде аурушандық көрсеткіш 2011 жылдың 10 айымен салыстырғанда 8,8 есеге төмендеп, жалпы облыс бойынша 2012 жылдың 10 айында вирусты гепатит А ауруының 26 жағдай тіркеліп, қолайлы эпидемиологиялық жағдай қалыптасуда (2011ж 10 ай -224жағдай).

#### Резюме

Большую роль в снижении уровня заболеваемости вирусного гепатита А отведена вакцинации. В результате проведенных профилактических прививок против ВГА наблюдалось снижение уровня заболеваемости среди населения области.

#### Summary

The role of vaccination in preventing from viral hepatitis sick rate is of great importance. Strengthening the prevention of viral hepatitis is an effective method of warning the inhabitants of the disease.

УДК 612.398.132:616.514+616-056.43:616.33/.34-002.44

С.Б. КАЛИМОЛДАЕВА, Д.М. НУРАДИЛОВА

ГКП на ПХВ «Региональный диагностический центр», г. Алматы

## УРОВЕНЬ ОБЩЕГО ИММУНОГЛОБУЛИНА Е У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ КРАПИВНИЦЕЙ И ОТЕКОМ КВИНКЕ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С ИНФЕКЦИЕЙ *HELICOBACTER PYLORI*

### Аннотация

Комплексное клинико-иммунологическое и эндоскопическое обследование 127 больных хронической рецидивирующей крапивницей и отеком Квинке выявило высокую распространенность среди них воспалительно-деструктивных заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori*, эозинофилии и гипергаммаглобулинемии Е. Полноценная эрадикация возбудителя приводила не только к нормализации эндоскопической картины слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, но и к полному исчезновению проявлений дерматоза, причем, без применения антигистаминных и мембраностабилизирующих препаратов.

**Ключевые слова:** хроническая рецидивирующая крапивница, отек Квинке, *Helicobacter pylori*, иммуноглобулин Е, эрадикация возбудителя.

**Актуальность проблемы.** Обусловлена чрезвычайно широкой распространенностью аллергических заболеваний (10-30% населения, а в экологически неблагоприятных регионах – до 50% населения) и недостаточной эффективностью стандартных методов лечения. Хроническая рецидивирующая крапивница и отек Квинке занимают третье место по частоте среди аллергических заболеваний после поллиноза и бронхиальной астмы. Сложность ведения больных хронической рецидивирующей крапивницей (ХРК) и отеком Квинке (ОК) обусловлена невозможностью до последнего времени выявления причин возникновения уртикарий. Так, большинство авторов признает, что в 70-90% случаев причина крапивницы остается невыясненной [1,2,3].

Если ранее большое значение придавалось наследственной предрасположенности и негативному влиянию окружающей среды, то в настоящее время стало очевидным, что в большинстве случаев эти факторы не играют определяющей роли в возникновении хронических форм крапивницы и отека Квинке.

Собственные многолетние исследования [4,5] позволили связать инфицирование слизистой оболочки гастродуоденальной зоны бактерией *Helicobacter pylori* (НР) с возникновением хронической рецидивирующей крапивницы и отека Квинке.

Можно предположить три возможных механизма участия НР в формировании аллергичес-

ких реакций: 1) бактерии, взаимодействуя с тучными клетками, способны инициировать их дегрануляцию с высвобождением медиаторов, прежде всего, гистамина; 2) НР в качестве полноценного антигена способна спровоцировать развитие аллергических реакций; 3) инфекционный процесс в слизистой оболочке желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), вызванный персистенцией НР, снижает барьерную функцию слизистых оболочек гастродуоденальной зоны, что приводит к неполноценной обработке пищи и поступлению аллергенных пищевых частиц в кровотоки.

Персистенцию НР мы рассматриваем как основной этиопатогенетический фактор хронической крапивницы и отека Квинке. Фоновыми же заболеваниями являются глистные и протозойные инвазии, дисбактериоз кишечника, нарушающие полостной, мембранный и внутриклеточный гидролиз пищевых частиц.

**Цель исследования** - изучение состояния верхних отделов пищеварительного тракта, частоты инфицированности НР и их связь с уровнем общего IgE у больных хронической рецидивирующей крапивницей и отеком Квинке.

**Материал и методы.** Было обследовано 127 больных хронической крапивницей и отеком Квинке (76 женщин и 51 мужчина) в возрасте с 17 до 58 лет и 50 практически здоровых лиц аналогичного возраста. Для выяснения факторов риска и комплекса жалоб у больных ХРК было

проведено анкетирование с использованием специально разработанного вопросника, включающего 37 вопросов с вариантами ответов. Общеклиническое исследование включало осмотр больных, проведение общеклинических и биохимических анализов крови, копрологическое исследование с целью диагностики паразитарных инвазий. Всем больным ХРК и ОК была проведена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с исследованием биоптатов антрального отдела желудка на наличие ДНК *H. pylori* методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и определение общего IgE в сыворотке крови.

Результаты оценивали путем сравнения вариационных рядов после приведения их к нормальному распределению данных. Вычисляли среднее значение ряда и среднюю ошибку измерений, достоверность различий между рядами определяли с помощью критерия Стьюдента с доверительной вероятностью менее 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Среди лиц основной группы у 58 человек (45,6%) были отмечены типичные проявления крапивницы, у 20 человек (15,7%) обычная крапивница сочеталась с отеком Квинке, у 49 больных (38,7%) отмечалась крапивница от физических воздействий (дермографическая, крапивница от давления, холодовая, солнечная). Больные с описанными в литературе тепловой, аквагенной, вибрационной крапивницей нам не встречались, что подтверждает их весьма редкую распространенность.

У 9 больных хронической крапивницей (5,3% обследованных) копрологическое исследование выявило паразитарные инвазии (описторхоз – 2, аскаридоз – 3, гименолепидоз – 2, дифиллоботриоз – 1, энтеробиоз – 1). У 23,6% больных хронической крапивницей были диагностированы хронический холецистит и дискинезии желчевыводящих путей. Практически у всех обследованных лиц эндоскопическое обследование выявило воспалительные и воспалительно-деструктивные поражения слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), причем в 96,7% случаев изменения носили органический характер. Воспалительные процессы СОЖ и ДПК были представлены в основном поверхностными (23,6%), поверхностными с явлениями гиперплазии (29,1%) и гипертрофическими (31,6%) изменениями. Смешанный (11,8%) и субатрофический (1,2%) типы патологии встречались реже.

Воспалительно-деструктивные изменения

СОЖ и ДПК были зафиксированы у 38,4% обследованных лиц, при этом язвы желудка и двенадцатиперстной кишки были отмечены у 16,8% от общего количества обследованных. В общем количестве язв преобладали язвы луковицы двенадцатиперстной кишки (61,5%). Сочетанные язвы с локализацией в желудке и двенадцатиперстной кишке наблюдались в 2,4% случаев. Эрозивные процессы чаще локализовались в слизистой оболочке ДПК (64,1%), реже – в слизистой оболочке желудка (30%), у 5,9% больных с воспалительно-деструктивными изменениями СОЖ и ДПК имели место множественные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки.

Инфицированность НР, по данным ПЦР – теста, была намного выше при эрозивно-язвенных дефектах СОЖ и ДПК (85,1%), нежели при гастритах и гастродуоденитах без явлений деструкции (64,3%), при этом НР – позитивные варианты язвенной деструкции имели место у 97,6% больных с язвами СОЖ и ДПК. При дуоденальной локализации эрозий ДНК *Helicobacter pylori* определялась в 80,9%, при желудочной – в 66,1% случаев, сочетанная локализация эрозий сопровождалась пилорическим хеликобактериозом практически в 100% случаев.

Неизменный уровень эозинофилов (в пределах 1-5%) наблюдался у 8,2% больных, 6-10% - у 61,3%, 11-15% - у 18%, более 15% - у 12,5% больных ХРК и ОК.

Концентрация общего IgE у 20,1% больных ХРК и ОК находилась в пределах 400-600 МЕ/мл, у 54,2% - 600 – 1000 МЕ/мл, у 25,7% больных превышала 1000 МЕ/мл. Статистическую обработку результатов определения общего IgE с исчислением средней величины и критерия Стьюдента осуществить не удалось ввиду большой вариабельности показателя (от 0 до 2000 МЕ/мл).

Таким образом, обращает на себя внимание высокий удельный вес среди больных хроническими формами крапивницы и отека Квинке лиц с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны, ассоциированными с инфекцией *Helicobacter pylori*, значительную распространенность среди них эозинофилии и повышенной концентрации общего иммуноглобулина Е. Такое сочетание позволяет сделать предположение о псевдоаллергическом характере дерматоза. В связи с этим была избрана и соответствующая тактика ведения больных с хронической рецидивирующей крапивницей и отеком Квинке.

Больным с паразитарными инвазиями в условиях городского дневного гельминтологического стационара был проведен полный курс дегельминтизации в зависимости от вида гельминта. При этом у 3 больных продолжались рецидивы крапивницы, несмотря на отрицательные результаты контрольных копрологических исследований.

Все НР-позитивные больные хронической крапивницей после верификации диагноза были разделены на две группы. Больные первой группы (n=41) получали лечение в течение 7 дней по базовой схеме (рабепразол 20 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 3 раза в сутки, кларитромицин 500 мг 3 раза в сутки); больные второй группы (n=49) получали лечение в течение 10 дней по модифицированной нами схеме: рабепразол 20 мг 2 раза в сутки, доксициклин 100 мг 2 раза в сутки, орнидазол 500 мг 3 раза в сутки.

Контроль ЭГДС и эрадикации НР осуществляли через 4 недели после окончания лечения. При этом клинико-эндоскопическая ремиссия была отмечена практически у всех больных обеих групп. В первой группе эрадикация возбудителя достигнута у 89,6% обследованных, во второй группе удельный вес НР – негативных лиц был еще выше – 97,3%. Элиминация НР привела к полному купированию эпизодов крапивницы у 3 больных с сопутствующей глистной инвазией, у которых после проведенной дегельминтизации уртикарии продолжали рецидивировать

После проведенного курса эрадикации НР уровень общего IgE у больных хронической крапивницей значительно снизился: у 92,6% он составил 10-105 МЕ/мл, у 7,4% - 105-200 МЕ/мл, причем столь впечатляющий результат был достигнут без применения антигистаминных средств и мембраностабилизирующих препаратов.

**Выводы:** Для больных хроническими формами крапивницы и отека Квинке были характерны высокая распространенность воспалительно-деструктивных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter*

*pylori*, а также эозинофилия и гиперпродукция общего иммуноглобулина Е. Полноценная эрадикация возбудителя приводила не только к улучшению эндоскопической картины гастроуденальной зоны и снижению концентрации общего IgE, но и к полному исчезновению эпизодов крапивницы и отека Квинке. Осложнений и рецидивов дерматоза по истечении 12 месяцев после лечения не наблюдалось.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Горячкина Л.А., Поспелова Р.А. Острая и хроническая крапивница.- М.: Медицина, 1983 – 216 с.
- 2 Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания.- М., 1984 – 285 с.
- 3 Лусс Л.В. Аллергия и псевдоаллергия в клинике. Врач. 1997 - №6.- С.7-9.
- 4 Калимолдаева С.Б., Белоскурская Г.И., Филимонова Н.В. Гастроуденальная патология и состояние иммунологической реактивности у больных хронической рецидивирующей крапивницей.- Здоровье и болезнь.- 2001.- № 3.- С.59-63.
- 5 Калимолдаева С.Б., Шахворостова Т.В. Иммунореабилитация в программе лечения больных хронической крапивницей.- Мат. Межд. Науч. Конф. «Актуальные проблемы аллергологии и иммунологии».- Астана, 2005.- С.43-45.

#### Түйін

Квинке ісінуімен және есекжемнің созылмалы түрлерімен ауыратын 127 науқасқа жүргізілген зерттеулер бойынша *Helicobacter pylori* жұқпалылығының жоғары деңгейі және жалпы Е иммуноглобулиннің жоғары коюлылығы айқындалды. Қоздырғыштың толыққанды эрадикациясын жүргізу дерматоздың толық емделуіне және жалпы Е иммуноглобулиннің деңгейін антигистаминді және мембрананы тұрақтандыратын препараттарды қолданусыз-ақ қалыпқа келтіреді.

#### Summary

Examinations carried out in 127 patients with chronic forms of urticaria and Quincke's oedema revealed a high level of *Helicobacter pylori* infection and increased concentration of total immunoglobulin E. Carrying out of full-value eradication of pathogene leads to complete recovery of dermatitis and normalization of level of total immunoglobulin E without application of antihistamine and membrane-stabilizing preparations.

УДК 614.445

**А.К. КАЛДЫМУРЫНОВА**

Санитарно – эпидемиологический центр ВС РК – РГУ, 64615 войсковая часть.

**КОНТРОЛЬ ЗА КАЧЕСТВОМ ВОДЫ****Аннотация**

Вода – это великая ценность для человечества, и в век информационных технологий, развитой промышленности и постоянного роста численности населения не пора ли задуматься о том, что все природные блага мы не получаем в наследство от своих предков, а берем взаймы у своих потомков. И от качества той питьевой воды, которая течет из под крана напрямую зависит здоровье нас и наших детей.

**Ключевые слова:** проблема контроля качества питьевой воды, химический состав воды подземных источников, степень загрязнения воды, анализ качества воды.

Вода - основа жизни. И очень хочется, чтобы вода в доме была чистой, прозрачной и безопасной. Но, к сожалению, в реальности вода загрязнена множеством соединений, концентрации которых часто превышают нормы. И это характерно как для водопроводной воды, так и для подземных вод из скважин и колодцев.

Проблема контроля качества питьевой воды затрагивает очень многие стороны жизни человеческого общества в течение всей истории его существования. В настоящее время проблемы загрязнения воды, загрязнения питьевой воды, загрязнения подземных вод - контроль качества воды это проблемы социальные, политические, медицинские, географические, а также инженерные и экономические. Так как же проверить качество воды и как осуществлять контроль качества воды в дальнейшем? Существует много способов проверить воду на качество, например, попробовать воду на вкус, выпаривать или отстаивать воду в течение нескольких часов и наблюдать выпадение белого осадка. Но такие методы «анализа и контроля» имеют существенный недостаток - субъективность и большую вероятность ошибки в определении качества воды. Единственно точный и надежный способ проверки воды на качество, пригодность для питья - это ее анализ.

Анализ качества воды позволяет удостовериться в ее чистоте и пригодности для питья, мытья, ежедневного применения, эксплуатации бытовой техники и сантехники, а также использования воды в аквариумах.

Химический состав воды подземных источников и степень ее загрязнения зависят от мно-

гих причин: от глубины, с которой забирается вода, попадания в водоносный слой загрязнения от промышленных предприятий, свалок, сельскохозяйственных полей и т.д. Важно отметить, что первую группу риска составляют пользователи неглубоких (песчаных) скважин 20-40 метров, колодцев и родников, т. к. именно эти воды наиболее подвержены техногенному загрязнению. Артезианские водоносные горизонты в основном защищены плащом из моренных глин и суглинков. Однако, ввиду наличия региональных водозаборов из артезианских горизонтов, встречаются места, где избыточное давление артезианских вод практически выработано. В результате, образуются воронки депрессии, которые приводят к инфильтрации поверхностных и грунтовых вод в артезианские водоносные горизонты. Это, в свою очередь, ведет к загрязнению водоносного горизонта, считавшегося ранее достаточно чистым. Кроме того, для артезианских вод иногда характерна достаточно высокая минерализация. Исходя из этого, после бурения скважин на воду или копки колодцев, необходимо проводить анализ качества воды. Приказ МЗ РК № 554 от 28 июля 2010года Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к водоемким объектам, хозяйственно-питьевому водоснабжению, местам культурно-бытового водопользования и безопасности водных объектов» предусматривают обязательный контроль физико-химических, микробиологических показателей, а также нормируют содержание в воде химических веществ, специфических для конкретного региона.

Расширенный список показателей для первичного обследования качества воды индивидуальных скважин и колодцев. В случае неудовлетворительного качества воды, результаты анализа помогут при выборе метода очистки воды (от бытовых фильтров до локальных очистных систем). Рекомендуется для анализа воды на выходе из систем коллективного водоснабжения садовых товариществ и т.п.

Организация, осуществляющая эксплуатацию водопровода, разрабатывает рабочую программу производственного контроля качества воды, которая согласовывается с государственным органом санитарно-эпидемиологической службы на соответствующей территории.

При разработке расширенных исследований организацией, осуществляющей эксплуатацию системы водоснабжения, анализируются следующие материалы:

1) государственная статистическая отчетность организаций, также официальные данные о составе и объемах сточных вод, поступающих в источники водоснабжения выше места водозабора в пределах их водосборной территории;

2) качество поверхностных, подземных вод и питьевой воды в системе водоснабжения органами охраны окружающей среды, гидрометеослужбы, геологии и использования недр, организациями по результатам осуществляемого ими мониторинга качества воды и производственного контроля;

3) результаты санитарно-эпидемиологических обследований организаций, осуществляющих хозяйственную деятельность и являющихся источниками загрязнения поверхностных и подземных вод, а также по результатам исследований качества вод в местах водопользования населения и в системе водоснабжения;

На основании проведенного анализа составляется санитарно-эпидемиологическая характеристика конкретного источника водоснабжения по микробиологическим показателям и химическому составу.

Расширенные лабораторные исследования воды проводятся в местах водозабора системы водоснабжения, а при наличии обработки воды или

смешения воды различных водозаборов - перед подачей питьевой воды в распределительную сеть.

Минимальное количество исследуемых проб воды в зависимости от типа источника водоснабжения, позволяющее обеспечить равномерность получения информации о качестве воды в течение года, принимается: для подземных источников - 4 пробы в год, отбираемых в каждый сезон, для поверхностных источников - 12 проб в год, отбираемых ежемесячно.

Для получения полной и достоверной информации о химическом составе воды и динамике концентраций присутствующих в ней веществ, количество исследуемых проб воды и их периодичность увеличиваются.

Государственные органы санитарно-эпидемиологической службы анализируют результаты расширенных исследований химического состава воды по каждой системе водоснабжения и с учетом оценки санитарно-гигиенических условий питьевого водопользования населения и эпидемиологической обстановки на территории определяется потенциальная опасность присутствующих в воде химических веществ, для здоровья населения.

На основании проведенной оценки разрабатываются предложения по перечню контролируемых показателей, количеству и периодичности отбора проб питьевой воды для постоянного производственного контроля.

#### Түйін

Су - бұл адам өміріндегі ең құндысы, информациялық технология ғасыры, дамыған кәсіпорындар және тұрғындардың санының тұрақты өсуі туралы ойлансақ, табиғат сыйын біз ата-бабалар мұрасынан емес, өз үрім-бұтақтарымыздан аламыз. Осы шүмектен тура аққан судың сапасы, біздің және біздің балалардың денсаулығына тікелей әсер етеді

#### Summary

Water - it's a great value for humanity, and in the age of information technology, industrial development and continued growth in population is not it time to think about the fact that all natural blessings we receive as an inheritance from their ancestors, and take a loan from their descendants. And the quality of the drinking water that flows from the tap directly affects the health of us and our children.

ӨОЖ 613.15:504.3.054:628.5

**А.К. ҚАЛДЫМУРЫНОВА**

ҚРҚК Санитарлық – эпидемиологиялық орталығы РММ, Алматы қаласы

**АУАНЫҢ ЛАСТАНУЫ****Түсініктеме**

Жоғарыда айтылғандарды ескере отырып атмосфераға әсерді негізден бағалау үшін ластағыштар мөлшерінің азайтылуы үшін жана технологиялық процесстерді жетілдіру, газ сорғыш, сіңіргіштердің сапасың жақсарту қажет.

**Түйін сөздер:** Ластанған ауа, оттект қорының артуы, атмосфераның озон қабатының жұқаруы, ауа ластайтын заттар, ауаның радиоактивті ластануы.

Ластанған ауа адамдардың ішкі мүшелеріне өтіп денсаулыққа зиянын тигізеді уыты заттар денені улайды. Ауа жаратылыс табиғи жолдармен және адамдардың іс әрекеттерінен ластанады.

Табиғи жолмен ластану жанар тауаларының атқылауынан теніз суы буға айналуынан тау ұнтағы мен топырақты жел мен дауыл ұшырғанда орман мен далада өрт болғанда шаң-тозаң күл т.б. аспанға көтеріліп ауамен араласу арқылы болады.

Ауа әуелде жер ғаламшарының газ қабығы яғни газды қауырсыны болмаған. Ауаның пайда болуы-жанартауаларының тынымсыз атқылап жер кідігінен азот пен көміртектің қос тотығы шығарылуы салдарынан жүрген геологиялық, геохимиялық әрекеттесулер нәтижесі.

Жер үстінде өмір іздері пайда болғанға дейінгі кезеңде ауа метан мен аммиактан және су буынан тұрған. Шамамен 1,8 млрд. жыл бұрын бактериялардың тіршілік әрекеттері, онан соң өсімдіктердің өсуі нәтижесінде әуе құрамы өзгеріп, ондағы еркін күйдегі оттект мөлшері өсе бастады. Оттект қорының артуы әуе құрамының бірге азотты оттектікке ауысуына алып келді. Сөйтпін тотығу әрекеттері тән екіншілік ауа пайда болды.

Қазақстан аумағының 30%-ында адам денсаулығына айтарлықтай қауіп төндіретін табиғи радиоактивті газ-радонның жоғары бөлінуінің ықтимал мүмкіндігі орын алған. Радионуклидтермен ластанған суды ауыз су мен шаруашылық мұқтаждықтар үшін пайдалану қауіпті болып табылады.

Атмосфераның озон қабатының жұқаруы күн радиациясы сәулесінің жер бетіне өту қаупін туғызуда. Міне, осы кезде ядролық энергияны пайдалану адамзат алдында көптеген мәселелерді

шешуді талап етуде.

**Ауа ластайтын заттар.** Ауа құрамындағы қатты ерімелерді шаң дейміз. Тау кен үйектік аймақтық ауаларында шаң жаққа жақын да дала да құмды жерлер ауасында ол өте көп болады.

Әуенін адам әрекеті негізінде былғау көздеріне қатты, сұйық және газдық отындарды пайдаланушы жылу электрлік орталықтардан, тұрмыстық отжағулардан, темір көліктерден, темір өңдеуші және химиялық кәсіпорындардың бөлінетін шаңдарды жатқызуға болады және бұлар тіршілік аясы былғануының басты себебкерлері болып табылады.

Адам әрекеттік былғауыштар қоюлығы мен ғана емес, құрамының алуан түрлігімен де айрықшалаынады. Мысалы: өткен ғасыр басында өндірісте 19 химиялық элемент қолданылған болса, ғасырдың ортасына қарай 50 элемент, ал оның 70 жылдарына таман Менделеев кестесіндегі элементтер түгелдей қолданылатын болды. Бұл жай өндіріс ұшындыларының құрамын бұрынғыдан да күрделендіріп, зияндылық салдарынан ондаған есе ұшындырып жібереді. Енді оның құрамы ауыр және сирек темірлер тозандарымен, табиғатта кездеспейтін күрделі құрамдық радиобелсенді рак тудырушы, бактериялық және басқа да заттармен, осылардың саналуан жаңа әрі күрделі косындыларымен толықты.

Алайда адам ауа әрекетімен пайда болатын шаң тозандар мен улы газдар негізінен ауа белгілі бір қабатында, тропосферада ғана таралып, соның ішінде өндіріс орындары тұрған жерлерде айрықша шоғырланады. Сөйтпін ауаның ең төменгі қатарында жинақталған бұл ластауыш көздерінің тіршілік аясына тікелей әсер ету мүмкіншілігі артып еселене түседі.

**Атмосфераның химиялық және экологиялық ластануы.** Атмосфера бүкіл әлемнің тіршілік ортасы. Атмосфера ауасының шекарасы болмайды. Ол жер шары халықтардың ортақ байлығы болғандықтан оның сапасы, тазалығы адамзат үшін ешнәрсеге теңгерілмейтін биосфераның құрамдас бөлігі. Атмосфера бірнеше қабаттан-трофосфера (10-12 км), озон қабаты стратосфера (40-50 км), мезосфера (70 км), термосфера (80 км) және экзосферадан (800-1600 км) тұрады. Әр қабаттың өзіне тән атқаратын қызметі, газдық құрамы, тіршілік нышаны болады. Әсіресе тропосфера мен озон қабатының тіршілік үшін маңызы ерекше.

Бүгінгі таңда атмосфера ауасының тазалық сапасы бұрынғы кезден ауытқуда. Оның негізгі себептері-ауаға адамның антропогендік іс-әрекетінен болатын әртүрлі газдардың шығарылуы. Олардың ауаны ластағыш заттар деп атайды.

Атмосфера-бүкіл әлемді таза ауамен қамтамасыз ете отырып тіршілікке қажетті газ элементтерімен (оттегі, азот, көмір қышқыл газы, аргон т.б.) байытады және жерді метеорит әсерлерінен, күн және ғарыштан келетін түрлі зиянды сәулелерден қорғайды зат және энергиялық алмасуларды, ауа райының қызметін реттеп, жалпы жер шарындағы тұрақтылықты үйлестіріп отырады.

Бірақ адамбаласы үшін орасан зор пайдалы ауа бассейні соңғы жылдары күрделі өзгерістерге ұшырап отыр. Ең басты себеп ауаның ластануы. Атмосфера ауасының сапалық күйінің көрсеткіштері оның ластану дәрежесі болып саналады. Егер атмосфера ауасында ластағыш заттардың шекті мөлшерлі концентрациясы ШМК қалыпты құрамынан асып кетіп сай келмесе онда ауаны ластанған деп саналады.

Ластағыш заттардың негізгі көздері өнеркәсіп, автокөліктер, зауыттар, жылу энергетикасы, қару жарактарды сынау, ғарыш кемелер мен ұшақтар т.б. Жоғарыда аталған объектілерден атмосфераға түскен заттар ауа құрамындағы компоненттерінің қатысуымен химиялық немесе фотохимиялық өзгерістерге ұшырайды. Содан соң пайда болған

химиялық өнімдер суға, топыраққа түсіп, барлық тірі организмдерді, ғимараттарды, құрылыс материалдарды булдіреді.

Атмосфера құрамындағы оттегі мен көмірқышқыл газының тұрақты болуы жалпы ауа бассейнінің тепе-теңдігіне әсер етеді. Мысалы, оттегі тірі организмдер үшін тыныс алуды қамтамасыз ете отырып топырақ пен судағы бүкіл химиялық реакцияға қатысады. Оттегі жетіспеген жағдайда жануарлар мен адамдар тұншыға бастайды.

Оның өндіруші көзі-жасыл өсімдіктер әлемінде жүріп жатқан фотосинтез процесі. Көмірқышқыл газының да ауадағы шекті мөлшері көбейсе адамдар мен жануарлардың тыныс алуы нашарлайды. Сондықтан ауа құрамындағы негізгі екі газдың тепе-теңдік мөлшері қатаң сақталуы тиіс. Міне, осы жағдайлардан бүкіл әлемдік атмосфера экологиялық дағдарысқа ұшырап отыр. Ауаны ластауға жер шарындағы мемлекеттер өзінің экономикалық даму деңгейінде түрліше үлес қосып келеді.

**Ауаның радиактивті ластануы.** Адам іс әрекеті нәтижесінде биосфераның радиациялық ластануы өте үлкен қауіп тудырып отыр. Қазіргі кезде радиактивті заттар өте көп қолданылуда. Осы элементтерді тасымалдауда болатын немқұрайлықтың нәтижесінде өте күшті радиациялық ластану болады. Мысалы атом қаруын сынақтан өткізу биосфераның радиациялық ластануына әкеліп соғады.

Радиациялық ластану нәтижесінде түскен радиактивті шөгінділердің өзі бірнеше мыңдаған километрдейін таралады.

#### Резюме

Для того, чтобы уменьшить загрязнение атмосферного воздуха, нужно повысить усовершенствование и применение в быту высокотехнологических аппаратур.

#### Summary

In order to reduce air pollution, to improve and to demonstrate how the increase in the home of high-tech instruments.

УДК 614.777+614.445:543.3:628.1

**Ж.А. КУЗЕМБЕКОВА, А.Қ. ҚАЛДЫМУРЫНОВА**

Санитарно – эпидемиологический центр ВС РК – РГУ, 64615 войсковая часть.

**ПИТЬЕВАЯ ВОДА, ЗНАЧЕНИЕ ЕЕ ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА****Аннотация**

Одним из условий эффективной профилактики неинфекционных заболеваний является качественное исследование питьевой воды на содержание многих химических элементов, для обеспечения безвредности питьевой воды по химическому составу и благоприятным органолептическим свойствам.

**Ключевые слова:** обеспечить доступность, своевременность качество и преемственность оказание медицинской помощи.

**Актуальность.** Там, где нет воды, нет жизни, органолептические свойства воды формируют природные и антропогенные факторы, вкус воды определяется её химическим составом, в древности были известны некоторые признаки воды опасной для здоровья, правильно организованное водоснабжение является не только важным обще санитарным мероприятием, но и эффективным специфическим мероприятием против распространения кишечных инфекций среди населения, йоду в питьевой воде принадлежит роль индикатора общего уровня содержания этого элемента во внешней среде, нитраты поступают в питьевую воду из-за широкой химизации сельского хозяйства.

В рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011-2015годы, в 2013 году одним из приоритетных направлений деятельности является: «Здоровье каждого человека, как составляющая здоровья всего населения, становится фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития страны. С точки зрения устойчивого и стабильного роста благосостояния населения отрасль здравоохранения, представляющая собой единую развитую, социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является одним из основных приоритетов в республике».

Вода – важнейший фактор формирования

внутренней среды организма и в то же время один из факторов внешней среды. Там, где нет воды, нет жизни. В воде происходят все процессы, характерные для живых организмов, населяющих нашу Землю. Недостаток воды (дегидратация) приводит к нарушению всех функций организма и даже гибели. Уменьшение количества воды на 10 % вызывает необратимые изменения. Тканевой обмен, процессы жизнедеятельности протекают в водной среде.

Вода регулирует кислотно-щелочное равновесие, поддерживает рН. Вода – это общий показатель активности физиологических систем, фон и среда, в которой протекают все жизненно важные процессы. Неслучайно в организме человека содержание воды приближается к 60 % от всего веса тела. Установлено, что процессы старения связаны с потерей воды клетками.

Необходимо отметить, что реакции гидролиза, а также все окислительно-восстановительные реакции протекают активно только в водных растворах.

Вода принимает активное участие в так называемом водно-солевом обмене. Процессы пищеварения и дыхания протекают нормально в случае достаточного количества воды в организме. Велика роль воды и в выделительной функции организма, что способствует нормальному функционированию мочеполовой системы.

Велика роль воды и в процессах терморегуляции организма. Она участвует, в частности, в одном из важнейших процессов – процессе потоотделения.

Необходимо отметить, что с водой в организм поступают минеральные вещества, притом в такой форме, когда они усваиваются почти

полностью. Роль воды как источника минеральных солей сейчас общепризнано. Это так называемое фармакологическое значение воды. А Минеральные соли в воде находятся в виде ионов, что благоприятно для их усвоения организмом. Макро- и микроэлементы в продуктах питания находятся в виде комплексных соединений, которые даже под влиянием желудочно-кишечного сока плохо диссоциируют и поэтому хуже усваиваются.

Вода — это универсальный растворитель. Она растворяет все физиологически активные вещества. Вода — это жидкая фаза, имеющая определенную физическую и химическую структуру, которая и определяет ее способность как растворителя. Живые организмы, потребляющие воду с разной структурой, развиваются и растут по-разному. Поэтому структуру воды можно рассматривать как важнейший биологический фактор. Структура воды может изменяться при ее опреснении. На структуру воды в значительной степени влияет ионный состав воды.

Факторы, формирующие качество воды, можно разделить на 3 большие группы:

- 1) факторы, определяющие органолептические свойства воды;
- 2) факторы, определяющие химические свойства воды;
- 3) факторы, определяющие эпидемиологическую опасность воды.

Факторы, определяющие органолептические свойства воды

Органолептические свойства воды формируют природные и антропогенные факторы. Запах, привкус, окраска и мутность являются важными характеристиками качества питьевой воды. Причины появления запахов, привкуса, цветности и мутности воды весьма разнообразны. Для поверхностных источников это в первую очередь почвенные загрязнения, поступающие с током атмосферных вод. Запах и привкус могут быть связаны с цветением воды и с последующим разложением растительности на дне водоема. Вкус воды определяется ее химическим составом, соотношением отдельных компонентов и количеством этих компонентов в абсолютных величинах. Это особенно относится к высокоминерализованным подземным водам в силу повышенного содержания в них хлоридов, сульфатов натрия, реже — кальция и магния. Так, хлорид натрия обуславливает соленый вкус воды, кальций — вязущий, а магний — горьковатый. Вкус воды определяется и газовым составом: 1/3 всего га-

зового состава составляет кислород, 2/3 — азот. В воде очень небольшое количество углекислого газа, но роль его велика. Углекислота может быть представлена в воде в различных формах:

1) растворенной в воде с образованием угольной кислоты  $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} = \text{H}_2\text{CO}_3$ ;

2) диссоциированной угольной кислоты  $\text{H}_2\text{CO}_3 = \text{H} + \text{HCO}_3 = 2\text{H} + \text{CO}_3$  с образованием бикарбонат иона  $\text{HCO}_3$  и  $\text{CO}_3$  — карбонат иона.

Это равновесие между различными формами углекислоты определяется рН. В кислой среде, при рН = 4 присутствует свободная углекислота —  $\text{CO}_2$ . При рН = 7–8 присутствует ион  $\text{HCO}_3$  (умеренно щелочная). При рН = 10 присутствует ион  $\text{CO}_3$  (среда щелочная). Все эти компоненты в разной степени определяют вкус воды.

Давно отмечена связь между заболеваемостью населения и характером водопотребления. Уже в древности были известны некоторые признаки воды, опасной для здоровья. Однако лишь в середине XIX в. эпидемиологические наблюдения и бактериологические открытия Пастера и Коха позволили установить, что вода может содержать некоторые патогенные микроорганизмы и способствовать возникновению и распространению заболеваний среди населения

Водным путем передаются холера, брюшной тиф, паратифы, дизентерия, лептоспироз, туляремия (загрязнение питьевой воды выделениями грызунов), бруцеллез. Не исключается возможность водного фактора в передаче сальмонеллезных инфекций. Среди вирусных заболеваний это кишечные вирусы, энтеровирусы. Они попадают в воду с фекальными массами и другими выделениями человека.

В литературе описаны случаи заражения туберкулезом при пользовании инфицированной водой. Водным путем могут передаваться заболевания, вызываемые животными паразитами: амебиаз, гельминтозы, лямблиоз.

Общепризнано, что возможность устранения опасности водных эпидемий и тем самым снижение заболеваемости населения кишечными инфекциями связаны с прогрессом в области водоснабжения населения. Поэтому правильно организованное водоснабжение является не только важным общесанитарным мероприятием, но и эффективным специфическим мероприятием против распространения кишечных инфекций среди населения.

Факторы, определяющие химический состав воды,— химические вещества, которые условно

можно разделить на:

1) биоэлементы (йод, фтор, цинк, медь, кобальт);

2) химические элементы, вредные для здоровья (свинец, ртуть, селен, мышьяк, нитраты, уран, СПАВ, ядохимикаты, радиоактивные вещества, канцерогенные вещества);

3) индифферентные или даже полезные химические вещества (кальций, магний, марганец, железо, карбонаты, бикарбонаты, хлориды).

Индифферентные химические вещества в воде:

Железо двух- или трехвалентное содержится во всех естественных водоисточниках. Железо — необходимая составная часть животных организмов. Оно используется для построения жизненно важных дыхательных и окислительных ферментов (гемоглобина, каталазы). Взрослый человек получает в сутки десятки миллиграммов железа, поэтому количество поступающего с водой железа не имеет существенного физиологического значения. Однако присутствие железа в виде больших концентраций нежелательно по эстетическим и бытовым соображениям. Железо придает воде мутность, желто-бурую окраску, горьковато-металлический привкус, оставляет пятна ржавчины. Большое количество железа в воде способствует развитию железобактерий, при отмирании которых внутри труб накапливается плотный осадок. В подземных водах чаще находят двухвалентное железо. Если воду качают, то, соединяясь на поверхности с кислородом воздуха, железо переходит в трехвалентное, и вода приобретает бурый цвет. Таким образом, содержание железа в питьевой воде лимитируется влиянием на мутность и цветность. Допустимой концентрацией по стандарту является не более 0,3 мг/л, для подземных источников не более 1,0 мг/л.

Марганец в подземных водах содержится в виде бикарбонатов, хорошо растворимых в воде. В присутствии кислорода воздуха превращается в гидроокись марганца и выпадает в осадок, чем усиливает показатель цветности и мутности воды. В практике централизованного водоснабжения необходимость ограничения содержания марганца в питьевой воде связывается с ухудшением органолептических свойств. Нормируется не более 0,1 мг/л.

Алюминий содержится в питьевой воде, подвергшейся обработке — осветлению в процессе коагуляции серноокислым алюминием. Избыточные концентрации алюминия придают воде неприятный, вяжущий привкус. Остаточное содер-

жание алюминия в питьевой воде (не более 0,2 мг на л) не вызывает ухудшения органолептических свойств воды (по мутности и привкусу).

Кальций и его соли обуславливают жесткость воды. Жесткость питьевой воды является существенным критерием, по которому население оценивает качество воды. В жесткой воде овощи и мясо плохо развариваются, так как соли кальция и белки пищевых продуктов образуют нерастворимые соединения, которые плохо усваиваются. Затруднена стирка белья, в нагревательных приборах образуется накипь (нерастворимый осадок).

Биоэлементы:

Медь в малых концентрациях встречается в природных подземных водах и является истинным биомикроэлементом. Потребность в ней (в основном для кроветворения) взрослого человека невелика — 2—3 г в сутки. Она покрывается в основном суточным пищевым рационом. В больших концентрациях (3—5 мг/л) медь оказывает влияние на вкус (вяжущий). Норматив по этому признаку не более 1 мг/л в воде.

Цинк в качестве микроэлемента встречается в природных подземных водах. В больших концентрациях он встречается в водоемах, загрязненных промышленными сточными водами. Хронические отравления цинком неизвестны. Соли цинка в больших концентрациях действуют раздражительно на ЖКТ, но значение соединений цинка в воде определяется их влиянием на органолептические свойства. При 30 мг/л вода приобретает молочный цвет, а неприятный металлический вкус исчезает при 3 мг/л, поэтому нормируется содержание цинка в воде не более 3 мг/л.

Химический состав воды — это возможная причина заболеваний неинфекционной природы. Развитие медицинской науки позволило расширить представления об особенностях химического (солевого и микроэлементного) состава воды, его биологической роли и возможного вредного влияния на здоровье населения.

Минеральные соли (макро- и микроэлементы) принимают участие в минеральном обмене и жизнедеятельности организма, влияют на рост и развитие тела, кроветворение, размножение, входят в состав ферментов, гормонов и витаминов. В организме человека обнаружены йод, фтор, медь, цинк, бром, марганец, алюминий, хром, никель, кобальт, свинец, ртуть и др.

В природе постоянно происходит рассеивание микроэлементов (за счет метеофакторов, воды,

жизнедеятельности организмов). Это приводит к их неравномерному распределению (недостатку или избытку) в почве и воде различных географических регионов, что ведет к изменению флоры и фауны и появлению биогеохимических провинций.

Из заболеваний, связанных с неблагоприятным химическим составом воды, прежде всего выделяют эндемический зуб. Причинами заболевания являются абсолютная недостаточность йода во внешней среде и социально-гигиенические условия жизни населения. Суточная потребность в йоде составляет 120—125 мкг. В местностях, для которых не характерно данное заболевание, поступление йода в организм происходит из растительной пищи (70 мкг йода), из животной пищи (40 мкг), из воздуха (5 мкг) и из воды (5 мкг). Йоду в питьевой воде принадлежит роль индикатора общего уровня содержания этого элемента во внешней среде. Основными профилактическими мероприятиями в отношении эндемического зоба являются сбалансированное питание, йодирование соли, добавление меди, марганца, кобальта, йода в рацион. Должна также преобладать углеводистая пища и растительные белки, так как они нормализуют функцию щитовидной железы.

Эндемический флюороз — заболевание, ранним симптомом которого является поражение зубов в виде пятнистости эмали. Общепринято, что пятнистость не является следствием местного действия фтора. Фтор, попадая в кровь, оказывает общетоксическое действие, в первую очередь вызывает деструкцию дентина.

Питьевая вода — основной источник поступления фтора в организм, чем и определяется решающее значение фтора питьевой воды в развитии эндемического флюороза. Суточный пищевой рацион дает 0,8 мг фтора, а содержание фтора в питьевой воде нередко составляет 2—3 мг/л.

Содержание фтора в воде нормируется стандартом, так как вредна вода и с малым — 0,5—0,7 мг/л — содержанием фтора, так как развивается кариес зубов. Кариесом поражено 80—90 % всего населения. Это потенциальный источник инфекции и интоксикации. Кариес приводит к нарушению пищеварения и хроническим заболеваниям желудка, сердца и суставов.

Ряд химических веществ вызывают микрохимические загрязнения, или водные интоксикации

Так, выделяют группу атерогенных элементов (это медь, кадмий, свинец), избыток которых

оказывает неблагоприятное влияние на сердечно-сосудистую систему.

Более того, свинец у детей проникает через гематоэнцефалические барьеры, вызывая поражение мозга. Свинец вытесняет кальций из костной ткани.

Ртуть вызывает болезнь Минамата (выраженное эмбриотоксическое действие).

Кадмий вызывает болезнь Итай-Итай (нарушение обмена липидов).

Металлы, опасные по эмбриотоксическому действию образуют, гонадотоксический ряд, который выглядит так: ртуть — кадмий — таллий — серебро — барий — хром — никель — цинк.

Мышьяк обладает выраженной способностью к кумуляции в организме, его хроническое действие связано с воздействием на периферическую нервную систему и развитием полиневритов.

Ряд синтетических материалов, используемый в водоснабжении, способен вызвать возникновение интоксикации. Это прежде всего синтетические трубы, полиэтилен, фенолформальдегиды, коагулянты и флокулянты (ПАА), смолы и мембраны, используемые в опреснении. Опасны для здоровья попадающие в воду ядохимикаты, канцерогенные вещества, нитрозамины.

СПАВ (синтетические поверхностно-активные вещества) стабильны в воде и слаботоксичны, но обладают аллергенным действием, а также способствуют лучшему усвоению канцерогенных веществ и ядохимикатов.

При пользовании водой, содержащей повышенные концентрации нитратов, дети раннего грудного возраста заболевают водно-нитратной метгемоглобинемией. Легкая форма заболевания может быть и у взрослых. Это заболевание характеризуется расстройством пищеварения у детей (диспепсии), уменьшением кислотности желудочного сока. В связи с этим в верхних отделах кишечника нитраты восстанавливаются до нитритов NO<sub>2</sub>. Нитраты поступают в питьевую воду из-за широкой химизации сельского хозяйства, использования азотистых удобрений. У детей pH желудочного сока = 3, что способствует восстановлению нитратов в нитриты и образованию метгемоглобина. К тому же у детей отсутствуют ферменты, восстанавливающие метгемоглобин в гемоглобин. Очень опасно поступление нитратов с детскими смесями, приготовленными на загрязненной воде.

Солевой состав — фактор постоянно и длительно воздействующий на здоровье населения.

Это фактор малой интенсивности. Отмечено влияние хлоридных, хлоридно-сульфатных и гидрокарбонатных типов вод на:

- 1) водно-солевой обмен;
- 2) пуриновый обмен;
- 3) снижение секреторной и увеличение моторной деятельности органов пищеварения;
- 4) мочевыделение;
- 5) кроветворение;
- 6) сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническую болезнь и атеросклероз).

Повышенный солевой состав воды сказывается на неудовлетворительных органолептических свойств, что приводит к снижению «водного аппетита» и ограничению ее потребления.

Повышенная жесткость (15—20 мг. экв/л) один из факторов развития мочекаменной болезни; и ведёт к развитию эндемического уролитиаза;

Затруднено использование воды повышенной жесткости для хозяйственных, бытовых целей, полива;

При длительном употреблении высокоминерализованных хлоридных вод отмечается повышенная гидрофобность тканей, способность их удерживать воду, напряжение гипофиз-адреналовой системы;

Использование воды хлоридного класса с уровнем общей минерализации более 1 г/л вызывает гипертензивные состояния.

Влияние воды с низкой минерализацией (опресненная, дистиллированная) вызывает:

- 1) нарушение водно-солевого обмена (снижение обмена хлора в тканях);
- 2) изменение функционального состояния гипофиз-адреналовой системы, напряжение защитно-приспособительных реакций;

3) отставание прироста и привеса тела. Минимальный допустимый уровень общей минерализации опресненной воды должен быть не менее 100 мг/л.

Для обеспечения высокого уровня качества питьевой воды необходимо выполнение ряда обязательных условий, таких как:

- 1) соответствующее качество воды источника централизованного водоснабжения;
- 2) создание благоприятной санитарной ситуации вокруг источников и самой системы водоснабжения (водопровода).

Питьевая вода может отвечать высоким требованиям только после ее надежной обработки и кондиционирования.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Газета «Казахстанская правда» от 29 ноября 2010 года №1113 года Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 гг.

2 Глинка Н.Л. Общая химия // Учебное пособие для ВУЗов 25 издание Исправленное под редакцией В.А. Рабиновича.- Санкт-Петербург: Химия.1986. - 704 с.

#### Түйін

Инфекциялық емес аурулардың тиімді профилактикасының шарты - ауыз суының химиялық құрамы бойынша қауіпсіздікті және қолайлы органолептикалық қасиеттерін қамтамасыз ету үшін ауыз суының құрамын әр түрлі химиялық элементтерге сапалы тексеру.

#### Summary

One of the conditions for effective prevention of non-communicable diseases is a qualitative study of drinking water for the maintenance of many of the chemical elements to ensure safe drinking water according to chemical composition and favorable organoleptic properties.

ӨОЖ 614.2:613.83:351.761.3:978.147.34

**А.С. АЛИПБЕКОВА**

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қаласы

## ЕСІРТКІСІЗ БОЛАШАҚ

### Түсініктеме

Есірткілер бұл өлім. Жас адамдарды мың жылма-жыл бұл тамаша әлем мезгілсіз тастап кетеді және мағынасыз. Нашақорлық, сияқты әлеуметтік мәселе, бас-басы жылмен көкейкесті болады. Нашақорлықпен дүние жүзімен күресу керек.

**Түйін сөздер:** есірткілер, өлім, нашақорлық, есірткісіз болашақ.

Елбасымыз Нұрсұлтан Назарбаевтың «Қазақстан – 2050» Қазақстан халқына Жолдауында: «... Есірткі мәртебесінің анағұрлым биікке көретіліп кеткенін сонғы жүз жылдық әрі пайымдауға, әрі мойындауға мәжбүр етті: есірткі жеке адамның жаны мен тәнінің саулығына қауіп төндіретін химиялық дәрі-дәрмек болудан асып, енді көптеген мемлекеттердің ұлттық қауіпсіздігіне тұрақты түрде төнген әлеуметтік – қоғамдық қатерге айналды,» – деп атап көрсетті [1].

Бүгінгі таңда біздің қоғамымыз үшін қайғы-қасіреті мол дерттердің бірі ретінде нашақорлықты атап өтуге болады. Ал нашақорлық бар жерде есірткі бизнесінің қатарласа жүретіні белгілі. Нашақорлық ұлтымыздың генофондына ғана емес, сонымен бірге қоғамымыздың тұрақтылығы мен мемлекетіміздің ұлттық қауіпсіздігіне де қатер төндіреді. Есірткі – қармағына бір іліндірген соң, торға түскен балықтай қанша бұлқынғанмен, қайтып құтылу екі талай – кесел. Әсіресе, жастарды көктей орып, жуадай солдыратын пәленің нақ өзі – сол көкнәр, апиын, наша тарту деп аталатын есірткі құмарлық. Есірткінің әлемнің көп елдеріне жайылып, жасырын бизнестің ең қауіпті түріне айналуы қазіргі кездің ең өзекті проблемаларының бірден бірі [2].

Нашақорлық пен есірткіге қарсы күрес – ғаламдық мәселе. Сондықтан да, нашақорлық пен есірткі бизнесіне қарсы барынша жариялы түрде және жүйелі көзқарасты қолдану жолымен белсенді күрес жүргізу қажет [3].

Біздің ортақ міндетіміз – есірткісіз болашақ құру. Осы мақсатта біз әрбір үй, көше, аула, әрбір студент үшін күресуіміз керек. Біз елімізді нашақорлықтан тазарту үшін ұмтылуымыз қажет [4].

Калыпты физиология кафедрасының тьюторлары 18.09.2013 ж. мен 25.09.2013 ж. аралығын-

да 2013-2014 оқу жылының тәрбие жұмыс жоспарына сәйкес «Жалпы медицина» факультетінің III курс студенттері арасында «Есірткісіз болашақ» атты бойынша тьюторлық сағаттар өткізді. Тьюторлық топтардың студенттері «Есірткісіз болашақ» тақырыбын талқылауға белсенді қатысты. Тьюторлық сағаттарды жүргізу хаттамалары сәйкес топтардың тьюторларының күнделіктеріне тіркелді.

### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Послание Президента Республики Казахстан Н.А.- Назарбаева народу Казахстана от 14.12.2012 года «Стратегия «Казахстан-2050» - новый политический курс состоявшегося государства». – Астана, Акорда, 2012. С.5-10.

2 Творогова Н.Д. Клиническая психология. Словарь. – М.: ПЕР СЭ. – 2007. – 416 с.

3 Эрика Ф. Вагнера и Холли Б. Уолдрон; пер. с англ. Александровой А. В. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков. Пути преодоления. – М.: Академия, 2006. – 415 с.

4 Белов Н.В. 10000 советов. Как избавиться от алкоголизма и наркозависимости. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2005. – 400 с.

### Резюме

Наркотики это – смерть. Каждый год тысячи молодых людей покидают этот прекрасный мир преждевременно и бессмысленно. Наркомания, как социальная проблема, с каждым годом становится актуальней. С наркоманией следует бороться всем миром.

### Summary

Drugs are - death. Each year, thousands of young people leave this beautiful world premature and pointless. Drug addiction as a social problem, every year it becomes more urgent. With drug addiction should fight the whole world.

УДК 616.211-002-056.3-035:615.23+615.839.1

М.М. ХАМИТОВА

ГККП Городская детская больница, г. Алматы

## ПРИМЕНЕНИЕ СИНОМАРИНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

### Аннотация

В статье рассмотрены особенности профилактики и лечения аллергического ринита Синомарином.

**Ключевые слова:** Аллергический ринит, ринорея, гипертонический раствор морской воды

**Аллергический ринит** — это заболевание, вызываемое аллергенами и характеризующееся IgE-зависимым воспалением слизистой оболочки полости носа. Проявляется **ринореей**, зудом в носу, чиханием, нарушением носового дыхания, а зачастую и обоняния.

Предполагается выделение легкого и средне-тяжелого или тяжелого АР с учетом выраженности симптомов и степени ухудшения качества жизни.

При легкой форме:

- сохраняется нормальный сон;
- не нарушается повседневная активность, профессиональная деятельность, учеба в школе, занятия спортом;

• отсутствуют мучительные симптомы. При среднетяжелой или тяжелой форме отмечается один из нижеперечисленных признаков:

- нарушение сна;
- нарушение повседневной активности, профессиональной деятельности, учебы в школе, невозможность занятий спортом, нормального отдыха;
- наличие мучительных симптомов.

Для адекватной оценки тяжести процесса, правильного выбора метода лечения и точного прогнозирования течения заболевания большое значение имеет изучение жалоб и анамнеза.

Необходимо уточнить, какая форма имеется у каждого конкретного пациента: интермиттирующая или персистирующая. Основные жалобы больные предъявляют на выделения из носа, заложенность носа и чихание. По выраженности этих признаков ARIA (2001) предлагает деление пациентов на «чихальщиков» и «сморкальщиков», а также «сопельщиков».

Учитывается наличие двух или более симптомов при проявлении не менее одного часа на про-

тяжении большинства дней болезни. Данное деление представлено в таблице 1.

Аллергическое воспаление не ограничивается только слизистой оболочкой полости носа. Достаточно часто у этих пациентов диагностируются очаги хронической инфекции и другие заболевания верхних дыхательных путей (синусит, полипоз, средний отит). Тем самым ухудшая уровень жизни.

Основными методами консервативной терапии являются:

1. Устранение контакта с аллергеном
2. Медикаментозная терапия
3. Аллерген специфическая иммунотерапия

Важным компонентом комплексного лечения аллергического ринита является идентификация аллергенов и, по возможности, уменьшение контакта с ними. Но необходимо учитывать, что эффект различных мер, направленных на удаление аллергена из окружающей среды, в полной мере проявляется только через несколько месяцев. А зачастую полное исключение контакта с аллергеном невозможно, так как у большинства пациентов определяется поливалентная сенсibilизация. Однако даже частичное выполнение мер по предупреждению контакта с аллергенами существенно облегчает течение заболевания и позволяет уменьшить дозировку потребляемых лекарств или поменять терапию на более щадящую, особенно в тех случаях, когда применение некоторых препаратов нежелательно (беременность, возраст, сопутствующая патология). [2].

Результаты ведения больных показали, что назальный спрей «Синомарин» способствует быстрому восстановлению слизистой в послеоперационном периоде, уменьшает необходимость в длительном туалете полости носа, отлично переносится пациентами. Гипертонический раствор

морской воды «Синомарин», является необходимым дополнением к комплексной терапии для повышения эффективности лечения заболеваний носовой полости.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Преображенский Б.С. и соавт. Болезни уха, носа и горла.-М.: Медгиз,1960.— С. 175—176.
- 2 Марков Г.И. Транспортная функция мерцательно-го эпителия слизистой оболочки полости носа при вос-

палительных заболеваниях // Вестник оториноларингологии. — 1985.— № 4.— С. 36—37.

#### Түйін

Бұл мақалада аллергиялық риниттердің қауыпсіз ем шаралары қарастырылған.

#### Summary

Safe methods of treatment of Allergic rhinitis.

УДК 613.83:616.89:159-053.617(574)

**Т.Г. ШАПОВАЛОВА**

Центральная районная больница, г. Костанай

### ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ ПОДРОСТКОВОЙ НАРКОМАНИИ

#### Аннотация

В статье рассматриваются проблемы детской наркомании.

**Ключевые слова:** детская наркомания, системный кризис общества, социально-заразное заболевание.

В последнее время в Казахстане и Костанайской области, в частности, наметились неутешительные тенденции перетекания проблем алкоголизма в проблемы наркотизации не только среди взрослых, но и среди молодежи и даже школьников. Сегодня, на основании статистического анализа последнего десятилетия, можно сделать вывод, что число состоящих на учете больных наркоманией выросло более чем в 10 раз [1].

Темпы распространения наркомании в Казахстане и во всем мире, последствия немедицинского употребления наркотиков дают основание утверждать, что в начале нового тысячелетия наркомания приобретает статус глобальной проблемы человечества.

Эпидемия наркомании захлестнула Казахстан, ставший монстром в транзите наркотических ве-

ществ из Азии в Европу. Костанайская область, расположенная на пересечении стратегических транзитных путей, еще более усугубляет наркоситуацию региона. Статистический анализ позволяет судить о стремительном выходе проблемы наркомании и, соответственно, о глобальной угрозе здоровью населению Республики Казахстан. Масштабы и темпы распространения наркомании таковы, что ставят под угрозу физическое и моральное здоровье людей и молодежи в частности [2].

Реальностью сегодняшнего дня стал факт выхода наркотиков на улицу нашего города. Стремительное распространение наркотиков и наркомании среди молодежи связано с одновременным существованием нескольких групп факторов, каждая из которых сама по себе отнюдь не является однозначно наркопровоцирующей.

Имеются в виду особенности возраста, системный кризис общества, не занятость молодежи работой, гиперопека со стороны родителей и др. Указанные группы факторов, взятые каждая отдельно, скорее создают общую негативную ситуацию нашего общества. Однако их одновременное воздействие и порождает необычайно благоприятные условия для наркомании среди подростков.

Наркотики приносят вред не только тем, кто их употребляет. Но и близким, окружению и обществу в целом [3].

Наркоманию можно рассматривать как социально заразное заболевание, распространение которого происходит внутри социальных групп. Поэтому невозможно изолированное существование наркоманов в среде — рано или поздно вокруг него формируется группа, вовлекаемая в сферу потребления наркотиков.

Более пяти лет в области проводится мониторинг употребления наркотических веществ среди учащейся молодежи. Ключевыми вопросами являются: есть ли среди ваших знакомых наркоманы? Был ли разговор с родителями о наркотиках? Пробовали ли Вы ананас, опий? В первые годы анкетирования анализ анкетных данных позволил сделать неутешительные выводы, что каждый пятый анкетированный имеет среди своих знакомых наркоманов. Родители, практически в половине случаев, не проводили беседы с собственными детьми о наркотиках и вредных последствиях их употребления, каждый 17-ый из опрошенных пробовал хотя бы однократно ананас.

В связи с этим психиатрами-наркологами была активизирована работа по антинаркотической пропаганде среди школьников и студенческой молодежи. Выпущен ряд методических рекомендаций для родителей и педагогов по профилактике и ранней диагностике наркомании, проведены семинары с соответствующей тематикой для сотрудников правоохранительных органов и инспекторов по делам несовершеннолетних, усилена работа с родителями и детьми с девиантным поведением. Во всех городах и районах области созданы наркопосты, в работе которых заинтересованы как наркологи, так и педагоги. И как следствие этого многогранного труда, каждое последующее анкетирование позволяет сделать вывод, что число желающих попробовать из

интереса наркотики и иметь среди друзей наркоманов резко уменьшается. Родители также имеют нарконастороженность и все чаще дома ведут беседы с детьми о вреде данного увлечения. Очевидным становится факт, что труд врачей, педагогов и родителей дал положительный результат в формировании у подростка правильного, здорового отношения к наркотическим веществам и проблеме наркомании в целом [4].

Существуют следующие основные факторы, способствующие развитию отклоняющегося поведения в целом и наркотизации в частности: занятость родителей, искаженные семейные отношения, ранее (12-13 лет) начало самостоятельной жизни и преждевременное освобождение от опеки родителей, легкий и неконтролируемый доступ к деньгам и непонимание того, как они достаются, алкоголизм и наркомания у близких родственников или близких людей, низкий образовательный уровень родителей, отрицательное отношение к обучению, узкий круг и неустойчивость интересов и духовных запросов, неопределенность в вопросах профессиональной ориентации, отсутствие установки на трудовую деятельность, уход от ответственных ситуаций, умственное недоразвитие, низкая устойчивость к эмоциональным нагрузкам, повышенная тревожность, склонность к рискованному поведению.

В подростковом возрасте возможны резкие и не всегда прогнозируемые проявления саморазрушающего поведения. К сожалению, внешняя, скорее демонстративная поведенческая доминанта не снижает реальной опасности рискованных и разрушительных последствий для экспериментирующего над собой подростка. При этом предупреждения взрослых, чужой опыт, возможные телесные повреждения, увечья, более того, даже перспектива смерти не является для него барьером на пути принятия своих решений.

При подозрении употребления наркотика подростком его состояние становится общесемейной реальностью, что независимо от исходной ситуации зачастую приводит к развитию острого семейного кризиса.

С позиции семейной психологии наркоманию у подростков и молодежи можно рассматривать, как крайнюю форму семейного кризиса. Даже, если исходной ситуацией для начала наркотиза-

ции является обычное подростковое любопытство, чаще связываемое с особенностями возраста, обнаруживающийся факт наркомании будет по-разному переживаться и использоваться членами семьи. Отношение к наркомании у разных членов семьи будет во многом определяться их зачастую неосознанным отношением друг к другу. Нередко, это приводит к тому, что семейное взаимодействие или поведение кого-либо из членов семьи выступает, как фактор, запускающий и фиксирующий наркотическое поведение у вашего ребенка.

Безусловно, родители могут высказывать свои подозрения в плане употребления наркотика подростку. Но все подозрения по отношению к ребенку должны высказываться тактично и разумно!

#### Түйін

Бұл мақалада жасөспірімдердің наркомания проблемасы ұрастырылған.

#### Summary

This paper discusses the problem of children's drug addiction.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Авруцкий Г.Я., Надува А.А Лечение психических больных.- М.: 1988.- С. 18-19.
- 2 Бечериков Н.Е. Клиническая психиатрия, Киев, 1989.- С. 22-24.
- 3 Дмитриев Т.Б. Клиническая психиатрия М.:1999.- С. 48-51.
- 4 Тиганов А.С. Руководство по психиатрии.- М.: Медицина,1989.-Т-1-2,- С. 55-56.

---

---

**ПРЕСС-РЕЛИЗ**

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

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

**В пресс-конференции принимали участие:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ПРЕСС-РЕЛИЗ****к проведению Республиканского декадника по профилактике болезней системы кровообращения, приуроченного ко Всемирному Дню Сердца**

В рамках реализации плана мероприятий Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, при организационно-методическом руководстве НЦПФЗОЖ, с 20 по 30 сентября проводится Республиканский декадник по профилактике болезней системы кровообращения (БСК), приуроченный к Всемирному дню сердца.

По статистике, заболевания системы кровообращения лидируют как причина летальных исходов. Именно поэтому заболевания сердца находятся в зоне особого внимания, и важно привлечь внимание к этой проблеме не только медицинских работников и ученых, но и каждого гражданина Республики Казахстан.

В связи с актуальностью проблемы, по инициативе Всемирной федерации сердца при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно, в последнее воскресенье сентября, прогрессивное мировое сообщество отмечает Всемирный День Сердца. В 2013 году он пройдет 29 сентября под девизом: «**Выбери дорогу к здоровому сердцу**».

**Цель Всемирного Дня Сердца и республиканского декадника** - Повысить в обществе осознание опасности, вызванной эпидемией болезней системы кровообращения в мире, инициировать всеобъемлющие профилактические меры в отношении ишемической болезни сердца и мозгового инсульта во всех группах населения. Повысить ответственность каждого казахстанца за свое здоровье; мобилизовать население на снижение воздействия поведенческих факторов риска, включая курение, употребление алкоголя, избыточную массу тела и ожирение, низкую физическую активность, на важность определения АД и получения информации по мерам профилактики, ранней выявляемости болезней системы кровообращения и их осложнений.

Недостаточная информированность населения о БСК приводит к недооценке степени тяжести этих заболеваний, к низкой обращаемости за медицинской помощью на ранней стадии, когда можно избежать серьезных осложнений. Многие пациенты пренебрегают профилактикой БСК и соблюдением принципов здорового образа жизни, что требует дальнейшего повышения ответственности населения за состояние своего здоровья.

Одним из прогрессивных методов в решении проблем, связанных с профилактикой сердечно-сосу-

дистых заболеваний, особенно артериальной гипертензии, является организация системы обучения населения противостоянию поведенческим факторам риска в школах здоровья.

В период проведения акции, во всех регионах республики будут организованы Дни открытых дверей в медицинских организациях с активизацией занятий в Школах здоровья для пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, поведенческими факторами риска; пункты измерения уровня артериального давления в организациях ПМСП, аптеках, местах массового нахождения людей (базарах, супермаркетах, вокзалах, ЦОНах, парках); трансляция аудио-видеороликов в региональных медицинских организациях и местах массового пребывания населения; обучающие семинары для медработников, студентов, волонтеров, участвующих в проведении декадника; обеспечение широкого освещения мероприятий на радио и телевидении, в печатных изданиях о важности скрининговых осмотров, ответственного отношения к своему здоровью, профилактике поведенческих факторов риска развития болезней системы кровообращения и их осложнений.

30 сентября 2013 года на базе Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК состоится заседание Круглого стола на тему «**Профилактика болезней системы кровообращения: современные рекомендации и перспективы развития профилактических программ**» с привлечением специалистов профильных институтов НИИ, НЦ для обсуждения актуальных вопросов.

Проведение данных мероприятий позволит повысить уровень информированности и квалификации специалистов ПМСП, оказывающих медицинскую помощь населению, по выявлению и предотвращению факторов риска возникновения БСК; повысить информированность населения о мерах профилактики БСК, признаках заболевания и правилах оказания первой помощи, что в перспективе приведет к снижению уровня заболеваемости, осложнений и смертности от болезней системы кровообращения в Республике Казахстан.

Пресс-служба  
Национального Центра проблем  
формирования здорового образа жизни  
тел. (727) 326 94 17  
8 701 257 48 80

## ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ПАРАГРАФ «МЕДИЦИНА».

В современных условиях, для успешного выполнения задач, поставленных в **Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы**, врачам приходится быть одновременно экономистами, юристами и менеджерами. В оперативном решении вопросов, связанных с медицинским законодательством, заинтересованы все: главные врачи и эксперты страховых компаний, производители лекарственных средств и медицинской техники, руководители аптечных организаций. Ведь успешное развитие бизнеса на рынке медицинских услуг во многом зависит от того, насколько грамотно и свободно специалисты медицинских и фармацевтических организаций владеют профессиональной медицинской информацией и ориентируются в отраслевом законодательстве.

На помощь им приходят современные информационные технологии. Чтобы быть в курсе всех изменений в нормативных документах по здравоохранению, им сегодня достаточно лишь установить **Информационную систему ПАРАГРАФ «МЕДИЦИНА»**.

Это информационное решение специально разработано для того, чтобы полностью удовлетворить потребности организаций здравоохранения в правовой и справочной информации.

**Главному врачу** система поможет принять правильные управленческие решения, предложит юридические основы и механизмы предотвращения конфликтных ситуаций, а также предоставит стандарты качества медицинской помощи и порядок оказания платных медицинских услуг.

**Менеджеру или администратору медицинского учреждения ИС § «МЕДИЦИНА»** позволит эффективно использовать финансовые и кадровые ресурсы для увеличения роста прибыли медицинского учреждения.

**Бухгалтеру и экономисту** разъяснит вопросы налогообложения и бухучета, даст рекомендации по ведению современных форм отчетности и порядку оплаты труда медицинских работников.

**Юриста медицинской организации** система проинформирует обо всех законодательных изменениях, происходящих в сфере его интересов, позволит знать позицию органов государственной власти по спорным вопросам деятельности, работать с правовой информацией на качественно новом уровне и с полным доступом ко всему законодательству.

**Руководителя фармацевтического предприятия** система ознакомит с информацией о лекарственных средствах, современными стандартами качества производства лекарственных средств, порядком их лицензирования и ценообразования.

**ИС § «МЕДИЦИНА»** включает в себя информационный блок, состоящий из нормативных и правовых документов, а также практических комментариев ведущих специалистов по медицинскому и фармацевтическому законодательству, а также справочники лекарственных средств и фирм-производителей. Удобный интерфейс и эффективные поисковые инструменты обеспечивают быстрый поиск необходимых сведений, а единое информационное пространство интегрирует финансово-экономическую, медико-статистическую, фармацевтическую информацию и дает возможность одновременно изучать нормативные, справочные и аналитические материалы.

На текущий момент информационный блок включает в себя около **13 тысяч нормативных документов по здравоохранению, 11 профессиональных медицинских справочников и все необходимые формы медицинской документации**. Информация поступает из Министерства здравоохранения РК и других государственных органов. Обновление данных происходит каждый день.

**ИС § «МЕДИЦИНА»** – это готовый набор инструментов для оперативного и качественного решения профессиональных задач медицинских и фармацевтических организаций, ставший осознанным выбором тысяч пользователей по всему Казахстану!