

УДК 616.43+618.2

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

**Л. З. Алиkenова¹, М. Ж. Еспенбетова²,
К. Ш. Амренова², С. Б. Амангельдинова²**

Государственный медицинский университет города Семей, Казахстан

¹Магистрант 2 года обучения, по специальности «Медицина»

²Кафедра интернатуры по общей врачебной практике

В обзоре обсуждаются функциональные особенности щитовидной железы, в процессе физиологически протекающей беременности, в частности в отдельные ее сроки. Влияние йодной недостаточности и радиоактивных эффектов на функциональное состояние щитовидной железы у беременных женщин. Влияние патологии щитовидной железы на беременность, плод и саму беременную женщину. Так же обсуждаются методы коррекции различных патологических изменений функции щитовидной железы в период гестации, так как они могут привести к невынашиванию беременности и патологии плода и новорожденного. Профилактические мероприятия для женщин, проживающих в регионе йодного дефицита на этапе планирования беременности, а так же индивидуальная йодная профилактика во время всей беременности и в периоде грудного вскармливания.

Ключевые слова: щитовидная железа, беременность, йододефицит, радиация.

FUNCTION SINGULARITIES OF THE THYROID GLAND DURING THE PREGNANCY: REVIEW OF LITERATURE

**L. Z. Alikanova¹, M. Zh. Espenbetova²,
K. Sh. Amrenova², S. B. Amangeldinova²**

Semey State Medical University.

¹2nd year master of medicine.

²Department of internship in general medical practice

This review contains discusses of functional properties of the thyroid gland during the physiological pregnancy, particularly during in its different periods. Influence of iodine insufficiency and radioactive effects on the functional status of the pregnant women's thyroid gland. Influence of the pathology of the thyroid gland on pregnancy, a fetus and a pregnant woman. Also, methods of correction of various pathological changes of functions of the thyroid gland during the gestation are discussed, as they can lead to habitual miscarriage and to the pathology of the newborn. Preventive measures for the women living in the region of iodine deficiency at the pregnancy planning stage and individual iodine prevention, during the all pregnancy period and in the breastfeeding period.

Keywords: thyroid gland, pregnancy, iodine deficiency, radiation.

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ҚАЛҚАНША БЕЗ ҚЫЗМЕТІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ: ӘДЕБИЕТТЕРДІ ШОЛУ

**Л. З. Алиkenова¹, М. Ж. Еспенбетова²,
К. Ш. Амренова², С. Б. Амангельдинова²**

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

¹«Медицина» мамандығы бойынша 2 жыл оқытын магистрант

²Жалпы дәрігерлік практика бойынша интернатура кафедрасы

Шолуда физиологиялық ағымдағы жүктілік процесінде, атап айтқанда оның жеке айы-күнінде қалқанша бездің функционалдық ерекшеліктері талқыланады. Жүкті әйелдер-дегі қалқанша бездің функционалды жағдайына йодты жетіспеушілікten және радио-белсенді әсерлердің ықпалы. Жүктілікке, ұрыққа және жүкті әйелдің өзіне қалқанша без патологиясының әсері. Сол сияқты гестация кезіндегі қалқанша без қызметтерінің әртүрлі патологиялық өзгерістерін түзету әдістері талқыланады, өйткені олар

жүктілікті аяғына дейін көтермеуге және ұрықтың және нәрестенің патологиясына әкелуі мүмкін. Йод жетіспеушілігі аумағында тұратын әйелдер үшін жүктілікті жоспарлау кезеңінде алдын алу іс-шаралары, сол сияқты барлық жүктілік кезінде және емізу мерзімінде жеке йодтық алдын алу.

Негізгі сөздер: қалқанша без, жүктілік, йодты жетіспеушілік, радиация.

Библиографическая ссылка:

Алиkenova L. Z., Еспенбетова M. Ж., Амренова K. Ш., Амангельдинова С. Б. Особенности функции щитовидной железы во время беременности: обзор литературы // Наука и Здравоохранение. 2015. № 1. С. 13-21.

Alikanova L. Z., Espenbetova M. Zh., Amrenova K. Sh., Amangeldinova S. B. Function singularities of the thyroid gland during the pregnancy: review of literature. Nauka i Zdravooхранение [Science & Healthcare]. 2015, 1, pp. 13-21.

Алиkenova L. Z., Еспенбетова M. Ж., Амренова K. Ш., Амангельдинова С. Б. Жүктілік кезіндегі қалқанша без қызметінің ерекшеліктері: әдебиеттерді шолу // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 1. Б. 13-21.

Основной функцией щитовидной железы является достаточное обеспечение организма тиреоидными гормонами, так как гормоны щитовидной железы (трийодтиронин - Т3, тироксин - Т4) необходимы для нормального функционирования всех органов и систем организма. Во время беременности они регулируют процессы развития, созревания и обновления почти всех тканей и имеют исключительно важное значение для закладки и развития головного мозга плода, роста и созревания скелета и половой системы [1, 5, 12]. Тиреотропный гормон гипофиза (ТТГ), секрецию которого контролирует тиролиберин (ТРГ-тиротропин-рилизинг-гормон) гипоталамуса, регулирует функцию щитовидной железы. Роль тиреоидных гормонов (ТГ) в процессах становления, регулирования и поддержания нормальной функции репродуктивной системы у женщин всесторонне изучена [2, 4]. В физиологических условиях ТГ поддерживают оптимальную продукцию пролактина, синтезmonoаминов, активность желтого тела и, тем самым, нормальный уровень функционирования системы гонадостата. В связи с этим асимптоматическая гипотироксинемия у женщин fertильного возраста может быть причиной бесплодия (нарушение процесса овуляции) или невынашивания беременности (снижение функциональной активности желтого тела) [5, 13]. Установлено, что нарушения функции щитовидной железы могут стать причиной преждевременного или позднего полового созревания, нарушений менструального цикла, ановуляции, бесплодия, невынашивания беременности, патологии плода и новорожденного [9, 12, 13]. Состояние репродуктивной системы, в свою очередь, оказывает огромное влияние на щитовидную железу, что

подтверждается изменением ее функции во время беременности, лактации, при доброкачественных опухолях и гиперпластических процессах женских половых органов [1, 2, 4]. Экспериментальные работы, проведенные в последние десятилетия, подтвердили наличие рецепторов к ТТГ и Т3 в яичнике, что определяет возможность прямого влияния дисфункции щитовидной железы на стероидогенез, овуляцию, функцию желтого тела [40, 41].

В первой половине беременности щитовидная железа плода еще не функционирует и его развитие в полной мере зависит от тиреоидных гормонов беременной. Поэтому потребность в тиреоидных гормонах во время беременности увеличивается на 40-50%. В процессе физиологически протекающей беременности наблюдается увеличение активности функции щитовидной железы, вследствие гиперпродукции хорионического гонадотропина, повышения продукции эстрогенов, тироксинсвязывающего глобулина, увеличения почечного кровотока и клубочковой фильтрации, приводящее к усилиению экскреции йода с мочой, более интенсивного кровоснабжения ткани щитовидной железы, так и некотором увеличении массы ткани [22, 40, 41, 42]. В результате нормально протекающая беременность сопровождается повышенной потребностью в тиреоидных гормонах и в йоде с возможностью развития гипертиреоза [22, 28, 43, 44]. Гипотироксинемия любого происхождения имеет самые неблагоприятные последствия именно на ранних сроках беременности [1, 5, 9, 12, 17]. Во многих работах, где изучалось содержание общего тироксина, было установлено, что уровень его во время беременности повышается до 40% [15, 19]. Но нет однозначных данных о содержании этого

гормона в отдельные сроки беременности. Некоторыми авторами [20] указано, что уровень общего тироксина в течение всей беременности и в родах одинаково высок. По данным других исследователей [21], отмечается увеличение концентрации тироксина уже в I триместре беременности и повышение его до максимума во II триместре. Содержание в крови свободных тироксина и трийодтиронина, а также тиреотропина на протяжении всей беременности не меняется [12]. Однако установлено, что повышение концентрации свободных фракции тиреоидных гормонов в крови беременных в течение первых пяти недель беременности. Затем их уровень снижается, особенно III в триместре беременности, не выходя за нормативные показатели [11, 23]. Во многих литературных источниках описываются многочисленные и разноплановые данные об изменении тиреотропной функции гипофиза у женщин с физиологическим течением беременности во время гестации [24, 25, 26]. Некоторые авторы считают, что концентрация ТТГ в течение гестационного периода не изменяется, другие наоборот, сообщают о снижение ТТГ в течение всей беременности, третьи авторы полагают, что уровень ТТГ в I триместре беременности снижается, а во II и в III триместрах повышается [29, 30, 31, 32].

Нарушения функции щитовидной железы в виде гипо- и гипертиреоза возможно при различной ее патологии: эндемическом или спорадическом зобе, хроническом аутоиммунном тиреоидите, болезни Грейвса и др. Важнейшим фактором, определяющим распространенность и нозологическую структуру заболеваний щитовидной железы в популяции, является уровень потребления йода [6, 8, 27]. Йод является необходимым субстратом для синтеза гормонов щитовидной железы. Недостаточное потребление йода приводит к развитию йододефицитных заболеваний, наиболее тяжелые из которых напрямую связаны с нарушениями репродуктивной функции женщины, невынашиванием беременности, патологией плода и новорожденного [1, 3, 5, 18, 28, 34, 35]. Очень часто недостаток йода во время беременности связан с неполноценным питанием женщины. В географических зонах, где концентрация йода в воде низкая такая болезнь, как эндемический зоб, встречается чаще, чем в других регионах земного шара, где концентрация йода в воде достаточна [34,

35]. А во время беременности потребности организма женщины в йоде возрастают, поэтому прежде достаточные количества йода, поступающие с пищей и водой, во время беременности могут оказаться недостаточными [18]. Наибольшую опасность для беременной женщины и плода представляет скрытый недостаток йода, от которого больше страдает развивающийся плод, чем мать. При этом выявить и вовремя провести коррекцию такого вида йододефицита бывает очень сложно. Для этого необходимы специальные методы исследования, включающие ультразвуковое исследование, а также определение концентрации тиреоидных гормонов в сыворотке крови женщины, консультирование эндокринолога [33]. Развитию заболеваний щитовидной железы кроме дефицита йода, способствуют постоянно меняющаяся экологическая и радиологическая обстановка, хронические стрессовые ситуации, инфекционные заболевания, иммунные нарушения [2, 4, 8, 17].

Радиоактивный йод, который поступает в организм беременной женщины, способен переходить через плаценту и плод. Уровни перехода зависят от срока беременности и функциональной активности щитовидной железы плода. В отличие от других радиоактивных веществ для радиоиода характерна высокая скорость перехода от матери к плоду [37, 38]. В литературных источниках высказывается положение о существовании в плаценте активного переноса - специального механизма транспорта, осуществляющего перенос радиоактивности из материнской крови в кровь плода против градиента концентрации [37]. Накопление радиоактивного йода в плоде начинается с началом функционирования щитовидной железы плода. Уровни перехода радиоактивного йода увеличиваются по мере роста и развития плода. В одних литературных источниках установлено, что радиоактивный йод интенсивно накапливается с 10 – 12 недели в щитовидной железе плода человека [38]. В других же, отмечена возможность накопления радиоактивного йода в щитовидной железе плода и с 6 недель, где максимальное накопление приходится на 16-23 недели гестации и достигает 1-2% от введенного количества в организм матери [39]. Многие авторы констатируют, что в щитовидной железе плода поглощается до 50-60% от поступившего в его организм радиоактивного йода [38]. Отношение же концентрации йода-

131 в щитовидной железе плода и беременных женщин составило 1,2 – 1,6. С прогрессированием беременности и увеличением массы плода, отмечается большее накопление радиоактивного йода в щитовидной железе плода, максимум которого приходиться к 5-7 месяцам внутриутробного развития плода и моменту рождения ребенка [36]. Гипотиреоз и неопластическое перерождение щитовидной железы у новорожденного при воздействии радиационного фактора являются наиболее выраженной формой патологией развития этого органа [14, 16].

Врожденная недостаточность функции щитовидной железы даже в субклинических формах ведет к изменению гормонального статуса ребенка, результатом чего является низкий уровень интеллекта, отставание в физическом развитии, что в последующем затрудняет социальную адаптацию таких детей в обществе [14, 16, 36, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47]. В Республике Казахстан в течение 40 лет функционировал ядерный полигон, в результате чего радиоактивному загрязнению подверглись обширные территории Восточно-Казахстанской, а также Павлодарской областей. Так как существенных мероприятий по профилактике попадания радиоизотопов в организм человека, по крайней мере, в первые два десятилетия функционирования полигона, не проводилось, значительные контингенты населения подвергались внешнему и внутреннему облучению. Влияние радиационных эффектов на беременность в отдаленном периоде, с учетом генеалогических карт и радиационного маршрута, безусловно, представляет собой большой научный интерес. С учетом, найденных в литературе данных о наличии взаимосвязи патологии беременности и нарушений ЩЖ, следует остановиться на вопросах реабилитации данной целевой группы более подробно [48, 49, 50, 51]. Всех женщин с выявленными нарушениями функции щитовидной железы и/или увеличенным тиреоидным объемом следует направить на консультацию эндокринолога, который в случае необходимости проводит дообследование и определяет объем необходимой терапии. При гипотиреозе необходима заместительная терапия препаратами тиреоидных гормонов, в основном левотироксином в индивидуально подобранный дозе (ориентируются на концентрацию ТТГ в сыворотке крови). Целью заместительной терапии первичного гипоти-

реоза является поддержание уровня ТТГ в пределах 0,5-1,5 мМЕ/л. Целью заместительной терапии центрального (вторичного) гипотиреоза является поддержание концентрации тироксина крови на уровне, соответствующем верхней трети нормальных значений для этого показателя [1, 5, 6]. Вопрос о целесообразности лечения субклинического гипотиреоза остается нерешенным до настоящего времени. Если во время беременности подходы к лечению манифестирующего и субклинического гипотиреоза не отличаются, то вне беременности решение принимают индивидуально в каждом конкретном случае. Необходимость лечения субклинического гипотиреоза несомненно необходимо в ситуации, когда женщина планирует беременность, а также у женщин с бесплодием или невынашиванием беременности, особенно при высоком уровне АТ-ЩЖ и увеличении объема щитовидной железы [5, 10, 11]. При беременности потребность в тиреоидных гормонах возрастает примерно на 50%, поэтому дозу L-тироксина следует увеличить сразу (обычно на 50 мкг/сут), как только констатирована беременность у женщин с компенсированным гипотиреозом. При гипотиреозе, впервые выявленном во время беременности, сразу назначается полная заместительная доза левотироксина из расчета 2,3 мкг на 1 кг массы тела. Адекватной заместительной терапии соответствует поддержание низконормального (менее 2 мМЕ/л) уровня ТТГ и высоконо нормального уровня свободного Т4 [1, 5, 12]. Терапию диффузного эутиреоидного зоба подбирают с учетом возраста пациентки, оценки эффективности проводимой ранее терапии. Применяют препараты йода (йоид, йодомарин), левотироксин (L-тироксин, эутироекс) или комбинированные препараты (йодтироекс) [1]. Во время беременности проводится консервативное лечение тиреостатическими препаратами (пропилтио-урацил), принципы которого достаточно хорошо отражены в литературе [1]. Всем женщинам, проживающим, в регионе йодного дефицита на этапе планирования беременности показано назначение индивидуальной йодной профилактики (препараты йодида калия в дозе 200 мкг/сут йода: йодид-200, йодомарин-200, витаминно-минеральные комплексы для беременных с йодом, например витрум-пренатал форте) [7]. Индивидуальная йодная профилактика проводится на протяжении всей беременности

и периода грудного вскармливания. Носительство АТ-ЩЖ не считают противопоказанием к индивидуальной йодной профилактике, однако при ее проведении у таких пациенток необходим динамический контроль функции щитовидной железы на протяжении всей беременности [7].

Таким образом, негативное воздействие отдаленных последствий радиации на фоне зобной эндемии в результате деятельности Семипалатинского испытательного полигона отрицательно повлияло на здоровье населения нескольких поколений. Оценка функционального состояния щитовидной железы и выявление частоты тиреоидной патологии у беременных женщин третьего поколения, проживающих в городе Семей, практически не проводилась. На сегодняшний день практически нет актуальных амбулаторных протоколов ведения или действующих схем реабилитации женщин, с патологией щитовидной железы находящихся на учете по беременности на уровне организаций первичной медико-санитарной помощи. С учетом вышеизложенного, медицинская реабилитация беременных с патологией ЩЖ в городе Семей имеет особое практическое и научное значение, требующее внедрения эффективных моделей диспансеризации и реабилитации на уровне первичной медико-санитарной помощи для сохранения и повышения интеллектуального и физического потенциала последующих поколений.

Список литературы:

1. Адылханов Т. А., Масадыков А. С. Особенности эпидемиологии заболеваний щитовидной железы в восточном регионе Республики Казахстан в современных условиях // Медицина. 2009. С. 42–45.
2. Алдынгурев Д. К. Медико-социальные аспекты совершенствования реабилитации больных с заболеваниями щитовидной железы: дисс. PhD. Алматы, 2013. 125 с.
3. Баграмян Э. Р., Бархотова Т. П. Гормональный контроль ведения беременности при недостаточной функции щитовидной железы // Акушерство и гинекология. 1984. № 4. С. 73–76.
4. Баграмян Э. Р., Фанченко Н. Д., Малышева В. А. Содержание кортикостероидных и тиреоидных гормонов в плазме крови при физиологической беременности // Акушерство и гинекология. 1987. № 2. С. 29 - 32.
5. Бакшеев Н. К. Эндемический зоб и беременность. Киев : Гос.мед.изд.УССР, 1963. 123с.
6. Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Креминская В. М. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. М : Медицина, 2002. 226 с.
7. Варламова Т. М., Шехтман М. М. Профилактика и лечение тиреоидной патологии во время беременности // Акушерство и гинекология. 2002. № 3. С. 57-58.
8. Гайтман Э. Болезни щитовидной железы. Под ред. Бравермана Л. И.; Пер. с англ. М.: 2000. С. 359–379.
9. Евдокимова Ю. А. Гестационная гипотироксинемия: исходы, профилактика и лечение : автореф. дис. ... канд. мед.наук. 2005. 24 с.
10. Еспенбетова М. Ж. Изменения эндокринного статуса у жителей регионов, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, как отдаленные последствия ядерных испытаний: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 1994. С. 156.
11. Зайдиева З. С., Якунина Н. А., Прозоров В. В. Лечение и профилактика дефицита йода во время беременности // Русский медицинский журнал. 2008. Т. 16, № 19. 329 с.
12. Калинина Н. А. Последствия воздействия ионизирующей радиации во время беременности. Ленинград : Медгиз, 1963. 96 с.
13. Кацулия М. А. Состояние гипофизарно-тиреоидной системы у беременных с диффузным токсическим зобом // Акушерство и гинекология. 1983. № 3. С. 38- 40.
14. Касаткина Э. П., Шилин Д. Е., Федотов В. П., Белослудцева Т. М. Уровень тиреотропного гормона у новорожденных в условиях зобной эндемии и радиационного загрязнения среды // Проблемы эндокринологии. 1997. Т. 43, № 5. С. 8–12.
15. Кобзарь Н. Н. Лечение железодефицитной анемии беременных в очаге зобной эндемии : автореф. дис... канд. мед. наук. Алматы, 1995. С. 132.
16. Кобозева Н. В., Гуркин Ю. А. Перинатальная эндокринология. Ленинград: Медицина, 1986. 312 с.
17. Краснопольский В. И., Петрухин В. А., Бурумкулова Ф. Ф. и др. Заболевания щитовидной железы и беременность (акушерские и перинатальные аспекты) // Всероссийская конференция с международным участием «Клиническая морфология щитовидной железы», Белгород, 2004. С. 51–53.
18. Леденцова О. В., Зубеев П. С., Тарасова Н. И., Некрасова Т. А. Особенности патологии щитовидной железы у беременных в условиях легкого и умеренного йодного

- дефицита // Материалы 3-го Всероссийского тиреоидологического конгресса, Москва, 2004. С. 190–191.
19. Макаров О. В., Бахарева И. В., Николаев Н. Н., Фандеева Л. В. Щитовидная железа и беременность // Российский медицинский журнал. 1997. № 4. С. 44–48.
20. Манабаева Г. К. Состояние тиреоидной, иммунной и фетоплacentарной систем у беременных с патологией щитовидной железы, проживающих в регионе Семипалатинского испытательного полигона: дис... канд. мед. наук. Алматы, 2001. 112 с.
21. Мельниченко Г. А., Фадеев В. В., Дедов И. И. Заболевания щитовидной железы во время беременности. Диагностика, лечение, профилактика // Пособие для врачей. М: Медэксперт Пресс, 2003. 48 с.
22. Мельниченко Г. А., Лесникова С. В. Особенности функционирования щитовидной железы во время беременности // Гинекология. 1999. Т. 2, № 1. С. 1–7.
23. Мироходжаев А. Х. Механизмы, влияющие на развитие гиперплазии тиреоидной паренхимы // Проблемы эндокринологии. 1981. № 1. С. 39–41.
24. Москалев Ю. И. Отдаленные последствия ионизирующих излучений. Москва: Медицина, 1991. 446 с.
25. Овчаренко Б. Н. Переход радиоактивных веществ от матери к плоду // Медицинская радиология. 1969. Т. 14, № 2. С. 61–69.
26. Рахматуллаева Г. Р. Роль гормональных нарушений в патогенезе невынашивания беременности // Проблемы эндокринологии. 1986. № 1. С. 77–81.
27. Савчик С. А., Жукова Г. Ф., Хотимченко С. А. Йоддефицитные заболевания и их распространенность // Микроэлементы в медицине. 2004. № 2. С. 1–9.
28. Самсонова Л. Н., Чубарова Д. Ю., Пыков М. И., Ибрагимова Г. В., Рябых А. В. и др. Тиреоидный статус у женщин детородного возраста, проживающих в условиях умеренно-легкого йодного дефицита и промышленного мегаполиса // Материалы 3-го Всероссийского тиреоидологического конгресса, Москва, 2004. С. 268–269.
29. Старкова Н. Т. Клиническое руководство по эндокринологии. Москва: Медгиз, 1991. С. 108–163.
30. Татарчук Т. Ф., Косей Н. В., Исламова А. О. Тиреоидный гомеостаз и дисгормональные нарушения репродуктивной системы женщины. В кн.: Эндокринная гинекология. Клинические очерки. Ч.1. Киев: Заповіт, 2003. 303 с.
31. Теннермен Дж., Теннермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной системы. Пер. с англ. М : Мир, 1989. С. 274–314.
32. Тотоян Э. С. Репродуктивная функция женщин при патологии щитовидной железы // Акушерство и гинекология. 1994. № 1. С.8–11.
33. Фадеев В. В., Мельниченко Г. А. Гипотиреоз. Руководство для врачей. М: Северопресс, 2002. 216 с.
34. Фадеев В. В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение. М: Видар-М, 2005. 240 с.
35. Фадеев В. В. Йододефицитные и аутоиммунные заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита (эпидемиология, диагностика, лечение): автореф. дис. д-ра мед. наук. М., 2004. 41 с.
36. Bakker B. et al. Two decades of screening for congenital hypothyroidism in The Netherlands: TPO gene mutations in total iodideorganification defects (an update) // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2000. V. 85, N 10. P. 3708–3712.
37. Bongers-Schokking J. J. et al. Influence of timing and dose of thyroid hormone replacement on development in infants with congenital hypothyroidism // The Journal of pediatrics. 2000. V. 136, N 3. P. 292–297.
38. Chen Y. Effect of thyroxine on the immune response of mice in vitro // Immunol. Commun. 1980. V. 9 P. 132–134.
39. Corssmit E. P., Wiersinga W. M. Subclinical functional disorders of the thyroid gland. Ned TijdschrGeneesk, 2003. P. 1162–1167.
40. Glinoer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology // Endocr. Rev. 1997; 18: P.404–433.
41. Lazarus J. H., Othman S. Thyroid disease in relation to pregnancy // Clin. Endocrinology. 1992. 126. P. 149–154.
42. Moreno J. C. et al. Inactivating mutations in the gene for thyroid oxidase 2 (THOX2) and congenital hypothyroidism // New England Journal of Medicine. 2002. V. 347, N 2. P. 95–102.
43. Oerbeck B. et al. Congenital hypothyroidism: influence of disease severity and L-thyroxine treatment on intellectual, motor, and school-associated outcomes in young adults // Pediatrics. 2003. V. 112, N 4. P. 923–930.
44. Olivieri A. et al. A population-based study on the frequency of additional congenital

malformations in infants with congenital hypothyroidism: data from the Italian Registry for Congenital Hypothyroidism (1991–1998) // The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2002. V. 87, N 2. P. 557-562.

45. Park S. M., Chatterjee V. K. K. Genetics of congenital hypothyroidism // Journal of Medical Genetics. 2005. V. 42, N 5. P. 379-389.

46. Poppe K., Velkeniers B. Female infertility and the thyroid. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2004. P. 153-165.

47. Rastogi M. V., LaFranchi S. H. Congenital hypothyroidism // Orphanet J Rare Dis. 2010. V. 5, N 1. P. 17.

48. Redmond G. P. Thyroid dysfunction and womens reproductive health. Thyroid 2004; 14 (Suppl 1): P. 5-15.

49. Rose S. R. et al. Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism // Pediatrics. 2006. V. 117, N. 6. P. 2290-2303.

50. Yan Y. Q. et al. // J. Endocrinol. Invest. 2005. V. 28. P. 547-553.

51. Yen S. S. C., Jaffe R.B. Reproductive Endocrinology. Philadelphia: WB Saunders 1999.

References:

1. Adylkhanov T. A., Masadykov A. S. Osobennosti epidemiologii zbolevanii shchitovidnoi zhelez v vostochnom regione Respubliki Kazahstan v sovremennykh usloviyakh. [Modern condition of peculiarity of epidemiology of thyroid diseases in East Kazakhstan region]. Medicina [Medicine]. 2009, pp. 42-45.
2. Aldyngurov D. K. Mediko-sotsial'nye aspekty sovershenstvovaniya reabilitatsii bol'nykh s zbolevaniyami shchitovidnoi zhelez (diss.PhD) [Medical and social aspects of improving the rehabilitation of patients with thyroid disease. Dissertation for PhD]. Almaty, 2013, 125 p.
3. Bagramyan Je. R., Barkhotova T. P. Gormonal'nyi kontrol' vedenija beremennosti pri nedostatochnoi funktsii shchitovidnoi zhelez [Hormonal control of pregnancy at thyroid insufficiency]. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and gynecology]. 1984, 4, pp. 73- 76. [in Russian].
4. Bagramyan Je. R., Fanchenko N. D., Malysheva V. A. Soderzhanie kortikosteroidnykh i tireoidnykh gormonov v plazme krovi pri fiziologicheskoi beremennosti [Content of corticosteroid and thyroid hormones in blood plasma at physiological pregnancy]. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and gynecology]. 1987, 2, pp. 29 - 32. [in Russian].
5. Baksheev N. K. Endemiceskii zob i beremennost' [Endemic goiter and pregnancy]. Kiev, Gos.med.izd.USSR Pabl., 1963, 123 p.
6. Balabolkin M. I., Klebanova E. M., Kreminskaya V. M. Differentsial'naya diagnostika i lechenie endokrinnykh zbolevanii [Differential diagnosis and treatment of endocrine diseases]. Moscow, Medicina Publ., 2002, 226 p.
7. Varlamova T. M., Shehtman M. M. Profilaktika i lechenie tireoidnoi patologii vo vremya beremennosti [Prophylaxis and treatment of thyroid disorders during pregnancy]. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and gynecology]. 2002, 3, pp. 57-58. [in Russian].
8. Gaitman Je. Bolezni shchitovidnoi zhelez [Thyroid diseases]. Pod red. Bravermana L. I.; Per. s angl. [Edited by Braverman L.I. Translation from English]. Moscow, 2000, pp. 359-379.
9. Evdokimova Ju. A. Gestatsionnaya gipotiroksinemiya: iskhody, profilaktika i lechenie (avtoref. diss. kand. med. nauk.) [Gestational hypothyroxinemia: outcomes, prevention and treatment. Abstract of dissertation for the candidate of medical sciences]. 2005, 24 p. [in Russian].
10. Espenbetova M. Zh. Izmeneniya endokrinnogo statusa u zhitelei regionov, prilegajushchikh k Semipalatinskому yadernomu poligonu, kak otдаленные последствия ядерных испытаний (avtoref. dis. d-ra med. nauk.) [Modification of endocrine status in population living near Semipalatinsk nuclear test site as long-term effects after nuclear test. Abstract of dissertation for the doctor of medical sciences]. Almaty, 1994, pp. 156.
11. Zaidieva Z. S., Yakunina N. A., Prozorov V. V. Lechenie i profilaktika defitsita ioda vo vremya beremennosti [Treatment and prevention of iodine deficiency during pregnancy]. Russkii meditsinskii zhurnal [Russian Medical Journal]. 2008, 16 (19), 329 p.
12. Kalinina N. A. Posledstviya vozdeistviya ioniziruyushchei radiatsii vo vremya beremennosti [Consequences of ionizing radiation during pregnancy]. Leningrad, Medgiz Pabl., 1963, 96 p.
13. Kakuliya M. A. Sostoyanie gipofizarno-tireoidnoi sistemy u beremennykh s diffuznym toksicheskim zobom [Condition of the pituitary-thyroid system in pregnant women with diffuse toxic goiter]. Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and gynecology]. 1983, 3, pp. 38-40.

14. Kasatkina Ye. P., Shilin D. E., Fedotov V. P., Belosludtseva T. M. Uroven' tireotropnogo gormona u novorozhdennykh v usloviyakh zobnoi endemii i radiatsionnogo zagryazneniya sredy [The thyroid stimulating hormone level in newborns in condition of endemic goiter and radiation pollution]. *Problemy endokrinologii* [Endocrinology problems]. 1997, 43 (5), pp. 8–12.
15. Kobzar' N. N. *Lechenie zhelezodefitsitnoi anemii beremennyykh v ochage zobnoi endemii* (avtoref. dis... kand. med. nauk.) [Treatment of iron deficiency anemia in pregnant women in the endemic goiter region. Abstract of dissertation for the candidate of medical sciences]. Almaty, 1995, p. 132.
16. Kobozeva N. V., Gurkin Yu. A. *Perinatal'naya endokrinologiya* [Perinatal endocrinology]. Leningrad, Medicina Pabl, 1986, 312 p.
17. Krasnopol'skii V. I., Petruhin V. A., Burumkulova F. F. and others. *Zabolevaniya shchitovidnoi zhelezy i beremennost'* (akusherskie i perinatal'nye aspekty) [Thyroid disease and pregnancy (obstetric and perinatal aspects)]. Vserossiiskaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem «Klinicheskaya morfologiya shchitovidnoi zhelezy» [All-Russian nation Conference with international participation "Clinical morphology of the thyroid gland"]. Belgorod, 2004, pp. 51–53.
18. Ledentsova O. V., Zubeev P. S., Tarasova N. I., Nekrasova T. A. *Osobennosti patologii shchitovidnoi zhelezy u beremennyykh v usloviyah legkogo i umerennogo iodnogo deficitita* [Features of thyroid diseases in pregnant women with mild and moderate iodine deficiency]. Materialy 3-go Vserossiiskogo tireoidologicheskogo kongressa [Proceedings of the 3rd All-Russian nation Thyroid Congress]. Moskva, 2004, pp. 190–191.
19. Makarov O. V., Bahareva I. V., Nikolaev N. N., Fandeeva L. V. *Shchitovidnaya zheleza i beremennost'* [Thyroid and Pregnancy]. Rossiiskii meditsinskii zhurnal [Russian Medical Journal]. 1997, 4, pp. 44–48.
20. Manabaeva G. K. *Sostoyanie tireoidnoi, immunnoi i fetoplacentarnoi sistem u beremennyykh s patologiei shchitovidnoi zhelezy, prozhivayushchikh v regione Semipalatinskogo ispytatel'nogo poligona* (dis... kand. med. nauk.) [Condition of thyroid, immune, fetoplacental system in pregnant women with thyroid disorders living near the Semipalatinsk test site. Dissertation for the candidate of medical sciences]. Almaty, 2001, 112 p.
21. Mel'nichenko G. A., Fadeev V. V., Dedov I. I. *Zabolevaniya shchitovidnoi zhelezy vo vremya beremennosti*. Diagnostika, lechenie, profilaktika [Thyroid diseases during pregnancy. Diagnosis, treatment, prevention]. Manual for physicians. Moscow, Medjekspert Press Pabl., 2003, 48 p.
22. Mel'nichenko G. A., Lesnikova S. V. *Osobennosti funktsionirovaniya shchitovidnoi zhelezy vo vremya beremennosti* [Features of thyroid function during pregnancy]. *Ginekologiya* [Gynecology]. 1999, 2 (1), pp. 1-7. [in Russian].
23. Mirohodzhaev A. H. *Mekhanizmy, vliyayushchie na razvitiye giperplazii tireoidnoi parenkhimy* [The mechanism of leading to hyperplasia of thyroid parenchyma]. *Problemy endokrinologii* [Problems of endocrinology]. 1981, 1, pp. 39–41. [in Russian].
24. Moskalev Ju. I. *Otdalennye posledstviya ioniziruyushchikh izluchenii* [Long-term effects of ionizing radiation]. Moscow, Medicine Pabl., 1991, 446 p. [in Russian]
25. Ovcharenko B. N. *Perehod radioaktivnykh veshchestv ot materi k plodu* [The transition of radioactive substances from mother to fetus]. *Meditinskaya radiobiologiya* [Nuclear medicine]. 1969, 14 (2), pp. 61–69. [in Russian].
26. Rakhmatulaeva G. R. *Rol' gormonal'nykh narushenii v patogeneze nevynashivaniya beremennosti* [The role of hormonal disorders in the pathogenesis of miscarriage]. *Problemy endokrinologii* [Problems of endocrinology]. 1986, 1, pp. 77–81. [in Russian].
27. Savchik S. A., Zhukova G. F., Hotimchenko S. A. *Ioddefitsitnye zabolevaniya i ikh rasprostranennost'* [Iodine deficiency disorders and their prevalence]. *Mikroelementy v meditsine* [Trace elements in medicine]. 2004, 2, pp. 1–9. [in Russian].
28. Samsonova L. N., Chubarova D. Ju., Pykov M. I., Ibragimova G. V., Ryabykh A. V. and others. *Tireoidnyi status u zhenshchin detorodnogo vozrasta, prozhivayushchikh v usloviyakh umerенно-legkogo iodnogo deficitita i promyshlennogo megapolisa* [Thyroid condition of reproductive age women living in a moderately mild iodine deficiency region and industrial metropolis]. Materialy 3-go Vserossiiskogo tireoidologicheskogo kongressa [Proceedings of the 3rd All-Russian nation Thyroid Congress]. Moscow, 2004, pp. 268–269.
29. Starkova N. T. *Klinicheskoe rukovodstvo po endokrinologii* [Clinical guidelines for endocrinology]. Moscow, Medgiz Pabl., 1991, pp. 108–163.
30. Tatarchuk T. F., Kosej N. V., Islamova A. O. *Tireoidnyi gomeostaz i disgormonal'nye*

- narusheniya reproduktivnoi sistemy zhenshchiny. v knige Endokrinnaya ginekologija. Klinicheskie ocherki* [Thyroid homeostasis and dishormonal disorders of the female reproductive system. At book: Endocrine Gynecology. Clinical essays. Part 1]. Kiev, Zapovit Pabl., 2003, 303 p.
31. Teppermen Dzh., Teppermen H. *Fiziologiya obmena veshchestv i endokrinnoy sistemy*. Per. s angl [Teppermen H. Physiology of metabolism and the endocrine system. Translation from English]. Moscow, Mir Pabl., 1989, pp. 274-314.
32. Totoyan Je. S. *Reproduktivnaya funkciya zhenshchin pri patologii shchitovidnoi zhelezы* [Reproductive function of women with thyroid disease]. *Akusherstvo i ginekologiya* [Obstetrics and gynecology]. 1994, 1, pp. 8-11.
33. Fadeev V. V., Mel'nicenko G. A. *Gipotireoz. Rukovodstvo dlya vrachei* [Hypothyroidism. Guidelines for doctors]. Moscow, Severopress Pabl., 2002, 216 p.
34. Fadeev V. V. *Zabolevaniya shchitovidnoi zhelezы v regione legkogo iodnogo defitsita: epidemiologiya, diagnostika, lechenie* [Thyroid disease in mild iodine deficiency region: epidemiology, diagnosis, treatment]. Moscow, Vidar-M Pabl. 2005, 240 p.
35. Fadeev V. V. *Iododefitsitnye i autoimmunnye zabolevaniya shchitovidnoi zhelezы v regione legkogo iodnogo defitsita (epidemiologiya, diagnostika, lechenie)*. Avtoref. dis. d-ra med. nauk [Iodine deficiency and autoimmune thyroid disease in mild iodine deficiency region (epidemiology, diagnosis, treatment). Abstract of dissertation for the doctor of medical sciences]. Moscow, 2004, 41 p.
36. Bakker B. et al. Two decades of screening for congenital hypothyroidism in The Netherlands: TPO gene mutations in total iodide organification defects (an update). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2000, 85 (10), pp. 3708-3712.
37. Bongers-Schokking J. J. et al. Influence of timing and dose of thyroid hormone replacement on development in infants with congenital hypothyroidism. *The Journal of pediatrics*. 2000, 136 (3), pp. 292-297.
38. Chen Y. Effect of thyroxine on the immune response of mice in vitro. *Immunol. Commun.* 1980, 9, pp. 132- 134.
39. Corssmit E. P., Wiersinga W.M. Subclinical functional disorders of the thyroid gland. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2003, pp. 1162-1167.
40. Glinoer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine adaptation from physiology to pathology. *Endocr. Rev.* 1997, 18, pp. 404-433.
41. Lazarus J. H., Othman S. Thyroid disease in relation to pregnancy. *Clin. Endocrinology*. 1992, 126, pp. 149- 154.
42. Moreno J. C. et al. Inactivating mutations in the gene for thyroid oxidase 2 (THOX2) and congenital hypothyroidism. *New England Journal of Medicine*. 2002, 347 (2), pp. 95-102.
43. Oerbeck B. et al. Congenital hypothyroidism: influence of disease severity and L-thyroxine treatment on intellectual, motor, and school-associated outcomes in young adults. *Pediatrics*. 2003, 112 (4), pp. 923-930.
44. Olivieri A. et al. A population-based study on the frequency of additional congenital malformations in infants with congenital hypothyroidism: data from the Italian Registry for Congenital Hypothyroidism (1991-1998). *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2002, 87 (2), pp. 557-562.
45. Park S. M., Chatterjee V. K. Genetics of congenital hypothyroidism. *Journal of Medical Genetics*. 2005, 42 (5), pp. 379-389.
46. Poppe K., Velkeniers B. Female infertility and the thyroid. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2004, pp. 153-165.
47. Rastogi M. V., LaFranchi S. H. Congenital hypothyroidism. *Orphanet J Rare Dis*. 2010, 5 (1), pp 17.
48. Redmond G. P. Thyroid dysfunction and women's reproductive health. *Thyroid* 2004; 14 (Suppl 1) pp. 5-15.
49. Rose S. R. et al. Update of newborn screening and therapy for congenital hypothyroidism. *Pediatrics*. 2006, 117 (6), pp. 2290-2303.
50. Yan Y. Q. et al. *J. Endocrinol. Invest.* 2005, 28, pp. 547-553.
51. Yen S. S. C., Jaffe R.B. *Reproductive Endocrinology*. Philadelphia: WB Saunders 1999.

Контактная информация:

Аликенова Ляззат Зейнуллаевна - магистрант 2-го года обучения по специальности «Медицина» Государственного медицинского университета города Семей, Казахстан.

Почтовый адрес: Казахстан, 071400, город Семей, улица Абая, 103.

Телефон: 8 (7222) 34 98 95

E-mail: lyazzat.zeinulaevna@mail.ru

УДК 616.12 – 008.331.1 + 612.339

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Д. Н. Матюшко¹, Е. М. Тургунов¹, А. Злотник²

¹ Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Казахстан;

² Университет Бен Гуриона, г. Беэр-Шева, Израиль

В статье представлен обзор литературы, посвященный интраабдоминальной гипертензии и компартмент-синдрому. На основании анализа современных книг, изданий, публикаций, мнений отечественных и зарубежных учёных в статье поднимаются такие до настоящего времени спорные вопросы в этой области, как: величина внутрибрюшного давления, способы и устройства измерения внутрибрюшного давления, теоретические и практические «границы» между интраабдоминальной гипертензией и компартмент-синдромом, а также причины развития, классификация, патофизиологические механизмы, клиническая картина, лечение и профилактика этих двух состояний.

Ключевые слова: интраабдоминальная гипертензия, компартмент-синдром, внутрибрюшное давление.

INTRAABDOMINAL HYPERTENSION AND COMPARTMENT SYNDROME: REVIEW OF LITERATURE

D. N. Matyushko¹, Y. M. Turgunov¹, A. Zlotnik²

¹Karaganda state medical university, Karaganda, Kazakhstan

²Ben Gurion University, Beer Sheva, Israel

The article presents a review of literature devoted to the intraabdominal hypertension and compartment syndrome. Based on the analysis of current books, publications, the views of domestic and foreign scientists in the article authors raises such controversial issues in this area now, as: value of intraabdominal pressure, methods and devices of measurement of intraabdominal pressure, theoretical and practical "border" between the intraabdominal hypertension and compartment syndrome, and also the reasons of development, classification, pathophysiology, clinic, treatment and prevention of these two pathosis.

Keywords: intraabdominal hypertension, compartment syndrome, intraabdominal pressure.

ИНТРААБДОМИНАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЖӘНЕ КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ: ӘДЕБИЕТТЕРДІ ШОЛУ

Д. Н. Матюшко¹, Е. М. Тургунов¹, А. Злотник²

¹ Қарағанды мемлекеттік медицина университеті, Қарағанды қаласы

² Бен Гурион университеті, Беэр-Шева қаласы, Израиль

Мақалада интраабдоминалдық гипертензия және компартмент-синдромына арналған әдебиеттер ұсынылған. Қазіргі кітаптардың, басылымдардың, жарияланымдардың анализдері бойынша отандық және шетелдік ғалымдарының ой-пікірлері осы күнге дейін даулы сұрақтары болып табылады, олар: ішек қуыс қысым мөлшері, ішек қуыс қысымының өлшеуші құрылымы және әдісі, интраабдоминалды қысым және компартмент-синдром арасындағы теориялық және тәжірибелік «шекара», сондай-ақ осы екі күйінің даму себептері, классификациясы, патофизиологиялық тетіктері, клиникалық суреттері, емі және профилактикасы.

Негізгі сөздер: интраабдоминалды гипертензия, компартмент-синдромы, ішек қуыс қысымы.

Библиографическая ссылка:

Матюшко Д. Н., Тургунов Е. М., Злотник А. Интраабдоминальная гипертензия и компартмент-синдром: обзор литературы // Наука и Здравоохранение. 2015. № 1. С. 22-32.

Matyushko D. N., Turgunov Y. M., Zlotnik A. Intraabdominal hypertension and compartment syndrome: review of literature. *Nauka i Zdravookhranenie [Science & Healthcare]*. 2015, 1, pp. 22-32.

Матюшко Д. Н., Тургунов Е. М., Злотник А. Интраабдоминалдық гипертензия және компартмент-синдром: әдебиеттерді шолу // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 1. Б. 22-32.

Первые упоминания о повышенном внутрибрюшном давлении (ВД) появляются во второй половине XIX века, когда Marey и Burt [20] продемонстрировали его влияние на респираторную функцию, описав прямую зависимость выраженности дыхательной недостаточности от напряжённости передней брюшной стенки [5]. С тех пор в мировой литературе периодически появлялись данные о методах измерения ВД, причинах развития интраабдоминальной гипертензии (ИАГ), клинических признаках и патофизиологических механизмах, сопровождающих её возникновение. Однако широкий интерес у исследователей проблема ИАГ вызвала лишь в 90-е годы XX века: именно с этих пор по сегодняшний день написано большинство научно-исследовательских работ, статей, проведены несколько международных согласительных конференций. Безусловно, что этому способствовал не только рост интереса к не до конца изученной проблеме, но и бурное развитие в этот период лапароскопической хирургии, обязательное условие которой – пневмоперитонеум, что само по себе и есть – ИАГ [9].

В ходе обзора литературы (современные книги, издания, публикации, мнения отечественных и зарубежных учёных) был выявлен ряд спорных до настоящего времени вопросов в области интраабдоминальной гипертензии и компартмент-синдрома, как: величина внутрибрюшного давления, способы и устройства измерения внутрибрюшного давления, теоретические и практические «границы» между интраабдоминальной гипертензией и компартмент-синдромом, классификация стадий и т. д.

Критерии включения публикаций в обзор:

- Публикации за последние 20 лет (в редких случаях возможны ссылки на более ранние публикации, если они имеют научную или историческую ценность в данном контексте);

- Публикации на русском и английском языках;

- Публикации, включённые в базы РИНЦ и MEDLINE;

- Публикации с чётко сформулированными и статистически доказанными выводами.

Критерии исключения публикаций в обзор:

- Резюме докладов;
- Газетные публикации;
- Личные сообщения.

Результаты и обсуждение обзора литературы.

Какова же величина нормального ВД? Даже в этом, на первый взгляд, простом вопросе мнения разных авторов разделились: в норме ВД «несколько выше атмосферного» [8]; «отражает уровень внутриплеврального давления и равняется нулю или имеет слегка отрицательное значение (ниже атмосферного)» [4]; «составляет примерно 5 мм рт. ст.» [5]; «по-видимому, близко к 0» [49]; «нормальный уровень составляет 0-5 мм рт. ст.» [33, 51].

В любом случае, если речь идёт о нулевых или столь малых цифрах нормальных значений, необходим надёжный и точный способ измерения ВД, позволяющий вовремя распознать наличие или отсутствие ИАГ.

Существует несколько методов измерения ВД, которые обычно в литературе разделяют на прямые (пункционные, а также при проведении лапаротомии и лапароскопии) и непрямые, когда используется измерение давления в органах и анатомических структурах (бедренная вена, желудок, мочевой пузырь) [3, 4, 25]. Безусловно, второй ряд методов имеет явно ориентировочный характер и лишь косвенно позволяет судить о давлении в брюшной полости. Например, для измерения давления в желудке в него вводят зонд и измеряют высоту столба жидкости в прозрачной трубке, подсоединенной к зонду. За нулевую отметку принимают уровень передней подмышечной линии [19]. Реже для

контроля ВД используют измерение его в нижней полой вене при помощи катетера, введенного через бедренную вену [27, 55, 67]. Но всё же наибольшее распространение получила методика с использованием измерения давления в мочевом пузыре, став в настоящее время «золотым стандартом» [32, 70]. При внутрипузырном объеме порядка 50 – 100 мл стенки мочевого пузыря выполняют функцию пассивной мембранны, что позволяет измерять ВД через мочевой катетер. Методика включает в себя введение 10 мл стерильного физиологического раствора в пустой мочевой пузырь через обычный мочевой катетер. После этого дренажная трубка катетерной системы отсоединяется от ёмкости для сбора мочи и присоединяется к манометру. Нулевой точкой принимается уровень лобкового симфиза [3, 7]. В настоящее время разработаны специальные закрытые системы для измерения внутрипузырного давления. Некоторые из них подключаются к датчику инвазивного давления и монитору (AbVizer™), другие являются полностью готовыми к использованию без дополнительных инструментальных аксессуаров (Unometer™ Abdo-Presure™, Unomedical) [5].

Не смотря на многообразие существующих определений, в 2004 году на первой согласительной конференции сообщества WSACS (World Society of Abdominal Compartment Syndrome), посвящённой проблемам абдоминального компартмент-синдрома (КС), ИАГ была определена как устойчивое повышение ВД до 12 мм рт. ст. и более, которое регистрируется как минимум при трёх стандартных измерениях с интервалом 4-6 часов [16, 17, 52].

В последнее время в зарубежной медицинской литературе всё чаще встречается понятие «Abdominal Compartment Syndrome» («абдоминальный компартмент-синдром»), тогда как в литературе постсоветских стран больше распространён термин «синдром интраабдоминальной гипертензии». При этом ИАГ рассматривают отдельно от КС, потому что она не всегда приводит к его развитию [12, 58]. Встречается и множество синонимов: синдром интраабдоминальной компрессии, абдоминально - экстензионный синдром, синдром внутрибрюшного сдавления, абдоминальный КС, синдром брюшной полости, синдром внутри-

брюшной гипертензии, синдром переполненной брюшной полости, внутрибрюшная клаустрапатия, синдром внутрибрюшного напряжения, синдром замкнутого абдоминального пространства, абдоминальный краш-синдром, синдром повышенного внутрибрюшного давления, синдром закрытого острого живота, синдром абдоминальной компрессии, синдром высокого внутрибрюшного давления и др. Все они отражают суть одного патологического состояния, определяющего развитие полиорганной недостаточности вследствие повышенного ВД [4, 22, 28, 46]. Гайн Ю. М. с соавторами считают, что для абдоминального КС больше подходит определение «синдром абдоминальной компрессии», поскольку оно в большей степени отражает смысл и содержание данной патологии [4, 68].

На уже упомянутой выше согласительной конференции сообщества WSACS 2004 года абдоминальный компартмент-синдром был определён как устойчивое или повторное патологическое повышение ВД до уровня 12 мм рт. ст. и выше [6]. Если сравнить данное общепризнанное определение с вышеописанным определением интраабдоминальной гипертензии (оба определения явились пунктами резолюции конференции WSACS 2004 года), то почти невозможно проследить разницу между двумя этими патологическими состояниями. Несомненно, это демонстрирует необходимость дальнейшего научного поиска теоретических и практических «границ» между интраабдоминальной гипертензией и компартмент-синдромом.

В вопросах классификации исследователи также не приходят к единому мнению. А. Kirkpatrick и соавт. [34] выделяют 3 степени ВД: нормальное (10 мм рт.ст. и менее), повышенное (10-15 мм рт. ст.) и высокое (более 15 мм рт. ст.). М. Williams и Н. Simms [1] считают повышенным ВД более 25 мм рт. ст. D. Meldrum и соавт. [42] выделяют 4 степени повышения ВД: I - 10-15 мм рт. ст., II - 16-25 мм рт. ст., III - 26-35 мм рт. ст., IV - более 35 мм рт. ст.

Необходимо подчеркнуть, что небольшое повышение ВД от 3 до 15 мм рт. ст. может наблюдаться при искусственной вентиляции лёгких, в послеоперационном периоде, при асците, ожирении, беременности. Однако это совсем не означает развитие у данных

категорий пациентов КС, хотя именно их и можно назвать группой риска. Абдоминальный КС возникает тогда, когда давление в закрытой брюшной полости повышается до уровня, превышающего нормальное кровоснабжение органов брюшной полости [24, 41]. При достижении ИАГ уровня 25 мм рт. ст. и выше наступают значительные нарушения кровообращения внутренних органов, что способствует развитию печеночно-почечной, сердечно-сосудистой и дыхательной, т. е. полиорганной недостаточности [48, 57]. Очень важным показателем в развитии КС является не только величина ВД, но и время ИАГ. Гайн Ю. М. с соавторами указывает, что при первой степени ИАГ признаки полиорганной недостаточности развивались не ранее 12-16 часов, а при ИАГ четвёртой степени эти изменения отмечались уже через 3-6 часов.

В литературе описан перечень заболеваний и состояний, приводящих к развитию абдоминального компартмент-синдрома [4, 30, 41]:

1. Послеоперационные болезни (связанные с оперативным вмешательством):

- а) кровотечение в брюшную полость и забрюшинное пространство;
- б) лапаротомия или герниотомия со стягиванием брюшной стенки во время ушивания;
- в) распространённый перитонит или абсцесс брюшной полости;
- г) послеоперационная инфильтрация или отёк внутренних органов;
- д) пневмoperitoneum во время лапароскопии;
- е) послеоперационная кишечная непроходимость;
- ж) острое расширение желудка
- з) послеоперационный парез желудочно-кишечного тракта.

2. Посттравматические состояния (связанные с травмой):

- а) внешнее сдавление;
- б) ожоги и политравма;
- в) посттравматическое внутрибрюшное или забрюшинное кровотечение;
- г) отёк внутренних органов после массивной инфузционной терапии.

3. Как осложнение внутренних болезней:

- а) перитонит;
- б) массивная инфузционная терапия;

- в) декомпенсированный (напряжённый) асцит при циррозе печени или опухолях;
- г) острый панкреатит;
- д) острая кишечная непроходимость;
- е) разрыв аневризмы брюшной аорты.

Предрасполагающие к развитию КС факторы:

- а) гипотермия менее 33° С.;
- б) ацидоз;
- в) большие объёмы гемотрансфузии (более 10-20 доз/сутки);
- г) коагулопатия;
- д) сепсис любой этиологии [31, 35].

Повышение ВД отрицательно отражается не только на органах живота, оно воздействует на весь организм больного в целом, приводя часто к полиорганной недостаточности. Патофизиологические механизмы при этом достаточно описаны в мировой литературе. Повышение давления в брюшной полости замедляет кровоток по нижней полой вене и значительно уменьшает венозный возврат к сердцу [26, 49]; снижает кровоток по верхней брыжеечной артерии [23, 59] – как следствие, нарушаются кровоснабжение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта с возможным развитием некроза всех слоев кишечной стенки и перитонита [60]. Потеря барьера функции ишемизированной слизистой кишки усугубляет явление транслокации бактерий в лимфатические узлы, селезёнку, портальную систему, приводя к их прорыву в системный кровоток и брюшную полость, вызывая абдоминальный септический процесс [4].

Высокое ВД смещает диафрагму высоко вверх, увеличивая давление в плевральных областях и, тем самым, снижает вентиляцию легких, уменьшает выраженность заполнения желудочков сердца, изменяет градиент давлений на миокард, повышает давление в легочных капиллярах, уменьшает ударный объём сердца, снижает венозный возврат [36]. В клиническом плане изменения в системе дыхания являются самыми ранними, происходящими при развитии и прогрессировании КС. При этом происходит существенное уменьшение функциональной остаточной ёмкости лёгких, коллапс альвеол и ателектаз ткани лёгких [45, 47]. Ухудшение вентиляционно-перфузионных соотношений, прогрессирование легочного шунтирования приводят к выраженному снижению

эффективности дыхания, нарастанию тяжёлых метаболических сдвигов, прогрессирующей гипоксемии и гиперкапнии, респираторному ацидозу.

Снижение перфузионного давления брюшной полости (разница между системным артериальным давлением и внутрибрюшным) усугубляет ишемию внутренних органов живота [21, 63]. При ИАГ 10 мм. рт. ст. артериальный печеночный кровоток уменьшается, а портальный начинает страдать при уровне 20 мм. рт. ст. с образованием некроза 12% гепатоцитов [56]. Нарастает печеночная недостаточность. ИАГ ухудшает кровообращение брюшной стенки и негативно влияет на заживление лапаротомных ран [69]. Причины почечной недостаточности при КС: повышение почечного сосудистого сопротивления, сдавление почечных вен и почечной паренхимы, усиление продукции антидиуретического гормона, альдостерона и ренина, уменьшение скорости клубочковой фильтрации [13, 23, 50].

Сердечная недостаточность и снижение функции почек, а также интенсивная инфузционная терапия усугубляют секвестрацию жидкости в так называемое «третье пространство», отек кишечника и его парез, ещё в большей степени повышает ИАГ [54, 66, 71]. Здесь уместно было бы назвать процесс «порочным кругом».

Клиническая картина ИАГ и КС очень неспецифична. Клинические проявления синдрома включают в себя дыхательную недостаточность, характеризующуюся снижением легочного комплайенса, повышением давления на вдохе, гипоксией и гиперкапнией [10]. При этом рентгенография грудной клетки выявляет подъем куполов диафрагмы со снижением легочных объемов. Гемодинамические проявления включают в себя тахикардию, гипотензию при нормальном или повышенном центральном венозном давлении. Нарушения функции почек проявляются в виде олигоурии или анурии с нарастающей азотемией [3].

В вопросах профилактики и лечения КС необходим дифференцированный подход. Первая степень ИАГ отмечается достаточно часто – такой её уровень, как правило, носит непродолжительный характер и чаще всего не приводит к возникновению КС [44, 53]. При второй степени ИАГ показаны мониторинг ВД, а также функций различных систем, и

проведение интенсивных терапевтических мероприятий. При третьей и четвёртой степенях в большинстве случаев требуется хирургическая декомпрессия живота [61, 62, 64]. При повышении ВД более 35 мм рт. ст. срочное вмешательство носит реанимационный характер [4].

При наличии интраабдоминальной инфекции и прогрессировании энтеральной недостаточности самыми действенными методами хирургического вмешательства являются: зондовая декомпрессия кишечника, разрешение его пареза, открытое ведение брюшной полости (лапаростомия) с постепенной ликвидацией дефекта брюшной стенки по мере разрешения КС [53, 61].

Самым эффективным способом снижения ВД в условиях экстренной хирургии является зондовая декомпрессия кишечника, его электростимуляция для разрешения пареза, особенно, в сочетании с продлённой послеоперационной периуральной анестезией и инфузционной терапией [4, 40]. Важным направлением лечения КС является респираторная поддержка путём продлённой искусственной вентиляции лёгких [43].

Особое значение при КС придаётся адекватной инфузционной терапии, необходимой для коррекции объёма циркулирующей крови [40]. Использование кардиотонических и вазоконстрикторных препаратов для коррекции нарушений гемодинамики проводится строго индивидуально.

Самым эффективным мероприятием по лечению КС является экстренная хирургическая декомпрессия живота [37].

Без специфического лечения КС в большинстве наблюдений приводит к летальному исходу [15, 38, 39].

Заключение

Таким образом, анализ отечественной и зарубежной литературы показал:

- патологический симптомокомплекс «абдоминальный компартмент-синдром» является очень тяжелым осложнением различных травм и заболеваний;
- КС приводит к нарушению практических жизненно важных функций организма и сопровождается высокой летальностью, требуя своевременной диагностики и немедленного лечения;
- остаются открытыми и являются предметами спора вопросы классификации

ИАГ, величины нормального и патологического ВД, способа его точного измерения;

- отсутствие чётких ощутимых различий между определениями «интраабдоминальная гипертензия» и «компартмент-синдром» демонстрирует необходимость дальнейшего научного поиска теоретических и практических «границ» между двумя этими состояниями;
- не смотря на уже описанное в литературе многообразие биохимических процессов и патофизиологических механизмов при компартмент-синдроме, до сих пор не даны его чёткие диагностические критерии, исходя из позиций доказательной медицины и современной лабораторной диагностики. Также не описаны вопросы прогнозирования возможных осложнений, ассоциированных с интраабдоминальной гипертензией и КС.

Список литературы:

1. Абакумов М. М., Смоляр А. Н. Значение синдрома высокого внутрибрюшного давления в хирургической практике // Хирургия. 2003. № 12. С. 66-72.
2. Богданов А. А. Синдром абдоминального компартмента // Хирург. 2006. № 9. С. 10-13.
3. Гайн Ю. М., Богдан В. Г., Попков О. В. Абдоминальный компартмент-синдром // Новости хирургии. 2009. №3. С. 168-182.
4. Гельфанд Б. Р., Проценко Д. Н., Подачин П. В. Синдром абдоминальной гипертензии: состояние проблемы // Неотложная медицина. 2010. №3. С. 34-42.
5. Каракурсаков Н. Э. Синдром интраабдоминальной гипертензии у пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2011. №3-4. С. 155-161.
6. Курбонов К. М. Абдоминальный компартмент-синдром: Душанбе, 2003. 89 с.
7. Сабиров Д. М., Батиров У. Б., Сайдов А. С. Внутрибрюшная гипертензия - реальная клиническая проблема // Медицина неотложных состояний. 2008. №5(18). С. 88-102.
8. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости: Москва. 2004. 640 с.
9. Alberti A., Giannetto G., Littori F. et al. Abdominal compartment syndrome in video laparoscopic surgery. Etiopathogenetic aspects, physiopathology and personal experience // Chir Ital. 1998. № 50. P. 35-42.
10. Aspesi M., Gamberoni C., Severgnini P. et al. The abdominal compartment syndrome. Clinical relevance // Minerva Anestesiol. 2002. № 68. P. 138-146
11. Bailey J., Shapiro M.J. Abdominal compartment syndrome // Crit Care. 2000. N 4 (1). P. 23-29.
12. Biffl W. L. Secondary abdominal compartment syndrome is a highly lethal enent // Am. J. Surg. 2001. № 6. P. 645-648.
13. Bradley S. E. The effect of intra-abdominal pressure on renal function in man // J.Clin.Invest. Vol. 26. P. 1010-1022.
14. Burch J. M., Moore E. E., Moore F. A., Franciose R. The abdominal compartment syndrome // Surg Clin North Am. 1996. N 76(4). P. 833-842.
15. Cheatham M. L. Options and challenges for the future. In: Abdominal compartment syndrome: Georgetown, 2006. P. 295-300.
16. Cheatham M. L. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome // New Horiz. 1999. Vol.7. P. 96-115.
17. Ciresi D. L. Abdominal closure using nonabsorbable mech after massive resuscitation prevents abdominal compartment syndrome and gastrointestinal fistula //Am.Surg. 1999. Vol. 65. P. 720-725.
18. Collee G. G., Lomax D. M., Ferguson C., Hanson G. C. Bedside measurement of intraabdominal pressure (IAP) via an indwelling naso-gastric tube: clinical validation of the technique // Intens Care Med. 1993. N 19. P. 478-480.
19. Coombs H. C. The mechanism of regulation of intra-abdominal pressure // Am J Physiol. 1922. N 61. P. 159.
20. Diebel L. N. Effect of increased intra-abdominal pressure on mesenteric arterial and intestinal mucosal blood flow // J. Trauma. 1992. N 1. P. 45-49.
21. Doty J. M. The effects of hemodynamic shock and increased intra-abdominal pressure on bacterial translocation // J. Trauma. 2002. № 1. P. 13-17.
22. Ertel W. The abdominal compartment syndrome // Der Unfallchirurg. 2001. № 7. P. 560-568.
23. Forsythe R. M. Abdominal compartment syndrome in the ICU patient: London, 2002. P. 469-477.
24. Grubben A. S. Pathophysiology and clinical significance of the abdominal

- compartment syndrome // Zentralbl. Chir. 2001. № 8. P. 605-609.
25. *Harrahill M.* Intra-abdominal pressure monitoring // J.Emerg.Nurs. 1998. Vol. 5. P. 465-466.
26. *Hering R.* Cardiac filling pressure are inadequate for estimating circulatory volume in states of elevated intra-abdominal pressure intensive // Care.Med. 1998. Suppl. 24. P. 409.
27. *Ho K. W.* A comparison of central venous pressure and venous pressure in critically ill mechanically ventilated patients // Crit.Care.Med. 1998. Vol.26. P. 461-464.
28. *Hong J. J., Cohn S. M., Perez J. M. et al.* Prospective study of the incidence and outcome of intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome // Br J Surg. 2002. N 89 (5). P. 591-596.
29. *Hunter J. G.* Laparoscopic pneumoperitoneum: the abdominal compartment syndrome revisited // J Am Coll Surg. 1995. N 181(5). P. 469-470.
30. *Ivy M. E.* Abdominal compartment syndrome in patients with burns // J. Burn. Care. Rehabil. 1999. № 5. P. 387-391.
31. *Ivy M. E.* Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in burn patients // J. Trauma. 2000. № 49. P. 387-391.
32. *Johna S.* Abdominal compartment syndrome: does intra-cystic pressure reflect actual intra-abdominal pressure? A prospective study in surgical patients // Crit. Care. 1999. № 6. P. 135-138.
33. *Joyst G. M., Ramsay S. J., Buckley T. A.* Intra-abdominal hypertension-implications for the intensive care physician // Ann Acad Med Singapore. 2001. N 30 (3). P. 310-319.
34. *Kitano Y.* Influence of increased abdominal pressure on steady-state cardiac performance // J.Appl.Physiol. 1999. Vol.86. P. 1651-1656.
35. *Kopelman T.* Abdominal compartment syndrome in patients with isolated extraperitoneal injuries // J. Trauma. 2000. № 49. P. 744-749.
36. *Latenser B. A.* A pilot study comparing percutaneous decompression with decompressive laparotomy for acute abdominal compartment syndrome in thermal injury // J. Burn. Care. Rehabil. 2000. №3. P. 190-195.
37. *Loi P.* Abdominal compartment syndrome //Acta Chir. Belg. 2001. № 2. P. 59-64.
38. *Malbrain M.L.N.G.* Relationship of body mass index (BMI), lactate and intra-abdominal pressure (IAP) to subsequent mortality in ICU patients // Crit.Care. 1999. №1. P. 20-25.
39. *Malbrain M.L.N.G.* Bladder pressure or super syringe: correlation between intra-abdominal pressure and lower infection point // Intensive Care. Med. 1999. №1. P. 110-116.
40. *Malbrain M.L.N.G.* Abdominal pressure in the critically ill //Curr.Opin.Crit.Care. 2000. Vol. 6. P.17-29.
41. *Meldrum D. R., Moore F. A., Moore E. E. et al.* Prospective characterization and selective management of the abdominal compartment syndrome // Am J Surg. 1997. N 174 (6). P. 667-672.
42. *Neville H. L.* Emergent abdominal decompression with patch abdominoplasty in the pediatric patient // J. Pediat. 2000. № 5. P. 705-708.
43. *Obeid F.* Increases in intra-abdominal pressure affect pulmonary compliance //Arch.Surg. 1995. Vol.130. P. 544-548.
44. *Paran H.* Staged primary closure of the abdominal wall in patients with abdominal compartment syndrome // J. Trauma. 2001. № 6. P. 1204-1206.
45. *Pickhardt P. J.* The abdominal compartment syndrome: CT findings // A.J.R. 1999. Vol. 173. P. 575-579.
46. *Pottecher T.* Abdominal compartment syndrome // Ann. Chir. 2001. № 3. P. 192-200.
47. *Ranieri V. M.* Impairment of lung and chest wall mechanics in patients with acute respiratory distress syndrome. Role of abdominal distension // Am.J.Respir.Crit.Care.Med. 1997. Vol. 156. P. 1082-1091.
48. *Reeves S. T.* Abdominal compartment syndrome/S.T. Reeves // Can.J.Anaesth. 1997. № 3. P. 308-312.
49. *Richardson J. D., Trinkle J. K.* Hemodynamic and respiratory alterations with increased intraabdominal pressure // J Surg Res. 1976. N 20. P. 401-404.
50. *Roumen R. M.* Immediate recovery from acute renal insufficiency after abdominal decompression // Ned. Tijdschr. Geneesk. 1998. № 37. P. 2053-2056.
51. *Sanchez N. C.* What is normal intraabdominal pressure? // Am. Surg. 2001. № 3. P. 243-248.
52. *Sander R.* The use endoscopy with gastrointestinal motility problems // J.Clin.Gastroenterol. 2001. № 3. P. 185-190.

53. Schachtrupp A. Intra-abdominal pressure: a reliable criterion for laparostomy closure ? // Hernia. 2002. № 3. P. 102-107.
54. Schachtrupp A. A 24-h pneumoperitoneum leads to multiple organ impairment in a porcine model // J. Surg. Res. 2000. № 1. P. 37-45.
55. Schachtrupp A. Intra-abdominal pressure: a reliable criterion for laparostomy closure ? // Hernia. 2002. N 3. P. 102-107.
56. Schein M. The abdominal compartment syndrome: the physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure // J.Am.Col.Surg. 1995. Vol. 180. P. 745-753.
57. Sieh K. M. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome // Langenbecks Arch. Surg. 2001. N 1. P. 53-61.
58. Stassen N. A. Abdominal compartment syndrome // Scand. J. Surg. 2002. Vol. 91. P. 104-108.
59. Sugerman H. J. Multisystem organ failure secondary to increased intra-abdominal pressure // Infection. 1999. Vol.27. P. 61-66.
60. Sugrue M. Intra-abdominal hypertension is an independent cause of postoperative renal impairment // Arch.Surg. 1999. Vol. 134. P. 1082-1085.
61. Sugrue M. Intra-abdominal hypertension and intensive care // Springer-Verlag. 1998. P. 667-676.
62. Sun Y. G. Clinical observation of abdominal compartment syndrome: report 11 cases //Arch.Surg. 2002. № 1. P. 43-44.
63. Tiwari A. Acute compartment syndrome // Br. J. Surg. 2002. № 4. P. 397-412.
64. Toens C. Abdominal compartment syndrome: prevention and treatment // Chirurgia. 2000. № 8. P. 918-926.
65. Toens C. A porcine model of the abdominal compartment syndrome // Shock. 2002. № 4. P. 316-321
66. Varela J. E. Near-infrared spectroscopy reflects changes in mesenteric and systemic perfusion during abdominal compartment syndrome // Surgery. 2001. № 3. P. 363-370.
67. Wachsberg R. H. Narrowing of the upper abdominal inferior vena cava in patients elevated intra-abdominal pressure // Abdom. Imaging. 1998. №1. P. 99-102.
68. Watson R. A. Abdominal compartment syndrome // South. Med. J. 1998. Vol. 91. P.326-332.
69. Williams M., Simms H. H. Abdominal compartment syndrome: case reports and implications for management in critically ill patients // Am Surg. 1997. N 63 (6). P. 555-558.
70. Yol S. Is urinary bladder pressure a sensitive indicator of intra-abdominal pressure? // Endoscopy. 1998. Vol. 30. P. 778-780.
71. Yukioka T. Abdominal compartment syndrome following damage-control surgery: patophysiology and decompression of intraabdominal pressure // Nippon. Geka. Gakkai. Zasshi. 2002. № 7. P. 529-535.

References:

1. Abakumov M. M., Smolyar A. N. Znachenie sindroma vysokogo vnutribryushnogo davleniya v khirurgicheskoi praktike [The value of high intraabdominal pressure syndrome in surgical practice]. *Khirurgiya* [Surgery]. 2003, 12, pp. 66-72 [in Russian]
2. Bogdanov A. A. Sindrom abdominal'nogo kompartmenta [Abdominal compartment syndrome]. *Khirurg* [Surgeon]. 2006, 9, pp. 10-13 [in Russian]
3. Gain Ju. M., Bogdan V. G., Popkov O. V. Abdominal'nyi kompartment-sindrom [Abdominal compartment syndrome]. *Novosti hirurgii* [Surgery news]. 2009, 3, pp. 168-182 [in Russian]
4. Gel'fand B. R., Procenko D. N., Podachin P. V. Sindrom abdominal'noi gipertenzii: sostoyanie problem [Syndrome of abdominal hypertension: state of the problem]. *Neotlozhnaya meditsina* [Urgent medicine]. 2010, 3, pp. 34-42 [in Russian]
5. Karakursakov N. Ye. Sindrom intraabdominal'noi gipertenzii u patsientov s ostrymi khirurgicheskimi zabolevaniyami organov bryushnoi polosti [Syndrome of intraabdominal hypertension in patients with acute surgical diseases of the abdominal organs]. *Krymskii zhurnal eksperimental'noi i klinicheskoi meditciny* [Crimean journal of experimental and clinical medicine]. 2011, 3-4, pp. 155-161 [in Russian].
6. Kurbonov K. M. *Abdominal'nyi kompartment-sindrom* [Abdominal compartment syndrome]. Dushanbe, 2003, 89 p. [in Tadzhikistan].
7. Sabirov D. M., Batirov U. B., Saidov A. S. Vnutribryushnaya gipertenziya - real'naya klinicheskaya problema [Abdominal hypertension is a real clinical problem]. *Meditcina neotlozhnykh sostojanii* [Medicine of medical emergencies]. 2008, 5(18), pp. 88-102 [in Russian]

8. Savel'ev V. S. *Rukovodstvo po neotlozhnoi khirurgii organov bryushnoi polostи* [Guidelines for emergency abdominal surgery]. Moscow, 2004, 640 p. [in Russian]
9. Alberti A., Giannetto G., Littori F. et al. *Abdominal compartment syndrome in video laparoscopic surgery. Etiopathogenetic aspects, physiopathology and personal experience.* Chir Ital. 1998, 50, pp. 35-42.
10. Aspesi M., Gamberoni C., Severgnini P. et al. The abdominal compartment syndrome. Clinical relevance. *Minerva Anestesiol.* 2002, 68, pp. 138-146.
11. Bailey J., Shapiro M.J. Abdominal compartment syndrome. *Crit Care.* 2000, 4 (1), pp. 23-29.
12. Biffl W. L. *Secondary abdominal compartment syndrome is a highly lethal enent.* Am. J. Surg. 2001, 6, pp. 645-648.
13. Bradley S.E. The effect of intra-abdominal pressure on renal function in man. *J.Clin.Invest.* 2002, Vol. 26, pp. 1010-1022.
14. Burch J.M., Moore E.E., Moore F.A., Franciose R. The abdominal compartment syndrome. *Surg Clin North Am.* 1996, 76(4), pp. 833-842.
15. Cheatham M. L. *Options and challenges for the future. In: Abdominal compartment syndrome.* Georgetown. 2006, pp. 295-300.
16. Cheatham M. L. *Intraabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome.* New Horiz. 1999, Vol.7, pp. 96-115.
17. Ciresi D. L. Abdominal closure using nonabsorbable mesh after massive resuscitation prevents abdominal compartment syndrome and gastrointestinal fistula. *Am.Surg.* 1999, Vol. 65, pp. 720-725.
18. Collee G. G., Lomax D. M., Ferguson C., Hanson G. C. Bedside measurement of intraabdominal pressure (IAP) via an indwelling naso-gastric tube: clinical validation of the technique. *Intens Care Med.* 1993, № 19, pp. 478-480.
19. Coombs H. C. The mechanism of regulation of intra-abdominal pressure. *Am J Physiol.* 1922, 61, pp. 159.
20. Diebel L. N. Effect of increased intra-abdominal pressure on mesenteric arterial and intestinal mucosal blood flow. *J. Trauma.* 1992, N 1, pp. 45-49.
21. Doty J. M. The effects of hemodynamic shock and increased intra-abdominal pressure on bacterial translocation. *J. Trauma.* 2002, № 1, pp. 13-17.
22. Ertel W. The abdominal compartment syndrome. *Der Unfallchirurg.* 2001, № 7, pp. 560-568.
23. Forsythe R. M. *Abdominal compartment syndrome in the ICU patient:* London. 2002, pp. 469-477.
24. Grubben A.S. Pathophysiology and clinical significance of the abdominal compartment syndrome. *Zentralbl. Chir.* 2001, № 8, pp. 605-609.
25. Harrahill M. Intra-abdominal pressure monitoring. *J.Emerg.Nurs.* 1998, Vol. 5, pp. 465-466.
26. Hering R. Cardiac filling pressure are inadequate for estimating circulatory volume in states of elevated intra-abdominal pressure intensive. *Care.Med.* 1998, Suppl. 24, pp. 409.
27. Ho K. W. A comparison of central venous pressure and venous pressure in critically ill mechanically ventilated patients. *Crit. Care. Med.* 1998, Vol.26, pp. 461-464.
28. Hong J. J., Cohn S. M., Perez J. M. et al. Prospective study of the incidence and outcome of intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome. *Br J Surg.* 2002, 89 (5), pp. 591-596.
29. Hunter J. G. Laparoscopic pneumoperitoneum: the abdominal compartment syndrome revisited. *J Am Coll Surg.* 1995, 181(5), pp. 469-470.
30. Ivy M. E. Abdominal compartment syndrome in patients with burns. *J. Burn. Care. Rehabil.* 1999, 5, pp. 387-391.
31. Ivy M. E. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in burn patients. *J. Trauma.* 2000, 49, pp. 387-391.
32. Johna S. Abdominal compartment syndrome: does intra-cystic pressure reflect actual intra-abdominal pressure? A prospective study in surgical patients. *Crit. Care.* 1999, 6, pp. 135-138.
33. Joynt G. M., Ramsay S. J., Buckley T. A. Intra-abdominal hypertension-implications for the intensive care physician. *Ann Acad Med Singapore.* 2001, 30 (3), pp. 310-319.
34. Kitano Y. Jnfluence of increased abdominal pressure on steady-state cardiac performance. *J.Appl.Physiol.* 1999, Vol.86, pp. 1651-1656.

35. Kopelman T. Abdominal compartment syndrome in patients with isolated extraperitoneal injuries. *J. Trauma.* 2000, 49, pp. 744-749.
36. Latenser B.A. A pilot study comparing percutaneous decompression with decompressive laparotomy for acute abdominal compartment syndrome in thermal injury. *J. Burn. Care. Rehabil.* 2000, 3, pp. 190-195.
37. Loi P. Abdominal compartment syndrome. *Acta Chir. Belg.* 2001, № 2, pp. 59-64.
38. Malbrain M.L.N.G. Relationship of body mass index (BMI), lactate and intra-abdominal pressure (IAP) to subsequent mortality in ICU patients. *Crit.Care.* 1999, 1, pp. 20-25.
39. Malbrain M.L.N.G. Bladder pressure or super syringe: correlation between intra-abdominal pressure and lower infection point. *Intensive Care. Med.* 1999, 1, pp. 110-116.
40. Malbrain M.L.N.G. Abdominal pressure in the critically ill. *Curr.Opin.Crit.Care.* 2000, Vol. 6, pp. 17-29.
41. Meldrum D. R., Moore F. A., Moore E. E. et al. Prospective characterization and selective management of the abdominal compartment syndrome. *Am J Surg.* 1997, 174 (6), pp. 667-672.
42. Neville H. L. Emergent abdominal decompression with patch abdominoplasty in the pediatric patient. *J. Pediat.* 2000, 5, pp. 705-708.
43. Obeid F. Increases in intra-abdominal pressure affect pulmonary compliance. *Arch.Surg.* 1995, Vol.130, pp. 544-548.
44. Paran H. Staged primary closure of the abdominal wall in patients with abdominal compartment syndrome. *J. Trauma.* 2001, № 6, pp. 1204-1206.
45. Pickhardt P. J. The abdominal compartment syndrome: CT findings. *A.J.R.* 1999, Vol. 173, pp. 575-579.
46. Pottecher T. Abdominal compartment syndrome. *Ann. Chir.* 2001, 3, P. 192-200.
47. Ranieri V. M. Impairment of lung and chest wall mechanics in patients with acute respiratory distress syndrome. Role of abdominal distension. *Am.J.Respir.Crit.Care.Med.* 1997, Vol. 156, pp. 1082-1091.
48. Reeves S. T. Abdominal compartment syndrome. *Can.J.Anaesth.* 1997, 3, pp. 308-312.
49. Richardson J. D., Trinkle J. K. Hemodynamic and respiratory alterations with increased intraabdominal pressure. *J Surg Res.* 1976, 20, pp. 401-404.
50. Roumen R. M. Immediate recovery from acute renal insufficiency after abdominal decompression. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 1998, 37, pp. 2053-2056.
51. Sanchez N.C. What is normal intraabdominal pressure? *Am. Surg.* 2001, № 3, pp. 243-248.
52. Sander R. The use endoscopy with gastrointestinal motility problems. *J.Clin.Gastroenterol.* 2001, 3, pp. 185-190.
53. Schachtrupp A. Intra-abdominal pressure: a reliable criterion for laparostomy closure? *Hernia.* 2002, 3, pp. 102-107.
54. Schachtrupp A. A 24-h pneumoperitoneum leads to multiple organ impairment in a porcine model. *J. Surg. Res.* 2000, 1, pp. 37-45.
55. Schachtrupp A. Intra-abdominal pressure: a reliable criterion for laparostomy closure? *Hernia.* 2002, 3, pp. 102-107.
56. Schein M. The abdominal compartment syndrome: the physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure. *J.Am.Col.Surg.* 1995. Vol. 180, pp. 745-753.
57. Sieh K. M. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome. *Langenbecks Arch. Surg.* 2001, 1, pp. 53-61.
58. Stassen N. A. Abdominal compartment syndrome. *Scand. J. Surg.* 2002, Vol. 91, pp. 104-108.
59. Sugerman H. J. Multisystem organ failure secondary to increased intra-abdominal pressure. *Infection.* 1999, Vol. 27, pp. 61-66.
60. Sugrue M. *Intra-abdominal hypertension is an independent cause of postoperative renal impairment.* *Arch.Surg.* 1999, Vol. 134, pp. 1082-1085.
61. Sugrue M. Intra-abdominal hypertension and intensive care. *Sprinder-Verlag.* 1998, pp. 667-676.
62. Sun Y. G. Clinical observation of abdominal compartment syndrome: report 11 cases. *Arch.Surg.* 2002, 1, pp. 43-44.
63. Tiwari A. *Acute compartment syndrome.* *Br. J. Surg.* 2002, 4, pp. 397-412.
64. Toens C. Abdominal compartment syndrome: prevention and treatment. *Chirurgia.* 2000, 8, pp. 918-926.
65. Toens C. A porcine model of the abdominal compartment syndrome. *Shock.* 2002, 4, pp. 316-321.

66. Varela J. E. Near-infrared spectroscopy reflects changes in mesenteric and systemic perfusion during abdominal compartment syndrome. *Surgery*. 2001, 3, pp. 363-370.
67. Wachsberg R. H. Narrowing of the upper abdominal inferior vena cava in patients elevated intra-abdominal pressure. *Abdom. Imaging*. 1998, 1, pp. 99-102.
68. Watson R. A. Abdominal compartment syndrome. *South. Med. J.* 1998, Vol. 91, pp. 326-332.
69. Williams M., Simms H. H. Abdominal compartment syndrome: case reports and implications for management in critically ill patients. *Am Surg*. 1997, 63 (6), pp. 555-558.
70. Yol S. Is urinary bladder pressure a sensitive indicator of intra-abdominal pressure? *Endoscopy*. 1998, Vol. 30, pp. 778-780.
71. Yukioka T. Abdominal compartment syndrome following damage-control surgery: pathophysiology and decompression of intraabdominal pressure. *Nippon. Geka. Gakkai. Zasshi*. 2002, 7, pp. 529-535.

Контактная информация:

Матюшко Дмитрий Николаевич – магистр медицинских наук, докторант кафедры хирургических болезней №2 Карагандинского Государственного медицинского университета.

Почтовый адрес: 100024, г. Караганда, мкр. Степной - 3, д 6., кв.88.,

Телефон: Моб. тел. +7 701 5573133,

E-mail: matushko_dn@mail.ru

УДК 378.046.4

ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

М. К. Камбарова, Ж. Д. Брыжахина

Государственный медицинский университет города Семей

В статье представлены результаты систематического литературного поиска публикаций и других доступных источников отражающих состояние системы дополнительного образования в подготовке врачей первичной медико-санитарной помощи. Основная масса публикаций была проиндексирована в базах данных PubMed, MEDLINE, CINAHL, Embase, e-library, Google Scholar. Глубина поиска составила более 30 лет.

Ключевые слова: дополнительное образование, первичная медико-санитарная помощь, врач общей практики, систематический поиск.

LITERATURE REVIEW OF THE CURRENT STATUS OF ADDITIONAL EDUCATION IN PRIMARY CARE PHYSICIANS' TRAINING

М. К. Kambarova, Zh. D. Bryzhakhina

Semey State Medical University

The article presents the results of a systematic literature search of publications and other available sources reflecting the status of the system of additional education in the training of doctors of primary health care. The bulk of publications were indexed in the databases PubMed, MEDLINE, CINAHL, Embase, e-library, Google Scholar. Search depth was more than 30 years.

Keywords: additional education, primary health care, general practitioner, GP, systematic search.

ҚАЗІРГІ КЕЗЕҢДЕГІ БМСК ДӘРІГЕРЛЕРІНІҢ ҚОСЫМША БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖАҒДАЙЫ ТУРАЛЫ ӘДЕБИЕТТІ ШОЛУ

М. К. Камбарова, Ж. Д. Брыжахина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Мақалада алғашқы медициналық көмек көрсететін дәрігерлерге арналған, жүйелі әдебиет бойынша басылымдардан іздеңстірумен алынған және қосымша білім беру жүйесінің жағдайын көрсететін басқа қол жетімді ақпараттардан алынған нәтижелер ұсынылды. Негізгі басылымдардың бөлігі PubMed, Medline, CINAHL, EMBASE, e-library, Google Scholar деректер қорында индекстелген. Іздеу кезеңі 30 жылдан астам болды.

Негізгі сөздер: қосымша білім беру, БМСК, жалпы тәжірибелік дәрігер, ЖТД, жүйелі іздеу.

Библиографическая ссылка:

Камбарова М. К., Брыжахина Ж. Д. Литературный обзор современного состояния системы дополнительного образования в подготовке врачей первичной медико-санитарной помощи / / Наука и Здравоохранение. 2015. № 1. С. 33-42.

Kambarova M. K., Bryzhakhina Zh. D. Literature review of the current status of additional education in primary care physicians' training. *Nauka i Zdravooхранение [Science & Healthcare]*. 2015, 1, pp. 33-42.

Камбарова М. К., Брыжахина Ж. Д. Халықаралық ғылыми қоғамдастыққа табысты интеграция үшін қазақстандық ғылыми жарияланымдардың сапасын арттырудың қажеттілігі туралы сұрақта. 2015. № 1. Б. 33-42.

Введение

Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 г.г. определяет первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) как приоритетное направление развития здравоохранения в республике [16]. Одной из ведущих проблем формирования системы семейной медицины в Казахстане является дефицит кадров. Так как большинство выпускников медицинских вузов предпочитают программы узкой специализации, не уделяя должного внимания общей врачебной практике. Сложившаяся ситуация обуславливает первостепенность подготовки высшими медицинскими учебными заведениями квалифицированных врачей общей практики (ВОП) для работы в первичном звене здравоохранения [1]. Анализ ситуации в мировой и отечественной практике может стать основой для совершенствования системы дополнительного образования в подготовке врачей ПМСП и повышении их приверженности к повышению квалификации по смежным дисциплинам.

Целью исследования было проведение обзора литературы по современному состоянию системы дополнительного образования в подготовке врачей ПМСП.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели был выполнен систематический поиск и последующий анализ данных публикаций и он-лайн ресурсов. Все принятые к формированию обзора работы были индексированы в базах данных PubMed, MEDLINE, CINAHL, Embase, e-library, Google Scholar, а также данные неопубликованных источников (с 1978 по 2014 гг.).

Ключевые пункты формирования поисковых запросов для формирования обзора литературы были представлены следующими элементами: «врач общей практики», «ВОП», «семейный врач», «ПМСП», «постдипломная подготовка врачей», «семейная медицина».

Результаты и обсуждение

ПМСП представляет собой первый уровень контакта отдельных лиц, семьи и населения в целом с национальной системой здравоохранения, первый этап непрерывного процесса охраны здоровья, который дополняется далее службами специализированной медицинской помощи [1, 25, 52].

В Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» дано определение ПМСП: «Первичная медико-санитарная помощь – доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества» [9].

Принятая 2011 году Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 г.г. определила первичную медико-санитарную помощь – как приоритетное направление развития здравоохранения в нашем государстве. Реализация данной программы позволила достичь улучшение показателей здоровья населения, снизилась общая смертность, особенно смертность от болезней системы кровообращения, улучшился показатель младенческой и материнской смертности, снизилась смертность от туберкулеза и онкозаболеваний [7, 5, 21, 10].

Роли врача общей практики было удалено особое внимание в задачах ВОЗ по достижению здоровья для всех. Задача 28 определяет, что «к 2000 году, службы первичной медико-санитарной помощи во всех государствах-членах Региона должны удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения путем предоставления широкого спектра услуг по укреплению здоровья, лечению, реабилитации и оказанию поддержки, а также путем активного содействия отдельным лицам, семьям и группам по оказанию самопомощи».

Особое внимание уделяется врачу общей практики, как центральному звену первичной медико-санитарной помощи [50, 26, 32, 40, 46]. В последние годы считается, что врач, работающий в системе общей врачебной практики является клиницистом широкого профиля и должен иметь такой же уровень клинической компетенции, как и все прочие категории врачей [24, 8, 12, 15, 14, 18].

По определению WONCA (Европейское Отделение Всемирной Организации семейных врачей), общая врачебная практика (семейная медицина) - это академическая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания, исследований в рамках доказательной медицины, клинической деятельности; кроме того, это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медицинской помощи [13, 17, 24, 39].

В последние годы во многих странах Европы приступили к проведению реформ систем здравоохранения. Эти реформы направлены на усовершенствование служб здравоохранения, включая реорганизацию существующих систем общей практики (и их внедрение в случае отсутствия таковых). Под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ за последние годы были разработаны несколько документов, посвященных проблемам общей практики, в которых освещались роль общей практики в общенациональной интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний, вклад семейных и общепрактикующих врачей, развитие общей практики в странах Центральной и Восточной Европы, реформы в области семейной медицины и общей практики, стратегия развития семейной практики и т. д. [36, 35, 47, 37, 19, 23, 39, 29, 11, 44, 30, 53].

В медицинском образовании до недавнего времени приобретение научно обоснованных знаний доминировало над приобретением навыков работы с больными. Эта особенность была известна в течение многих лет. 200-летняя история общей практики в Эдинбургской медицинской школе – с учетом опыта Лейденского университета, бывшего пионером в деле медицинской подготовки, основанной на демонстрации пациентов (в противовес прежней, базирующейся на традиционных лекциях и докладах), – приобрела главенствующее значение в

области медицинского образования, особенно в непрерывном профессиональном образовании. Здесь следует упомянуть, что первая академическая кафедра по общей практике была создана лишь в 1963 г. [54, 38, 42, 4].

Цели и программы подготовки врача общей практики были разработаны комитетом образования общего медицинского совета (Великобритания) в 1983 г. и пересмотрены в 1993 г. В первую очередь врач общей практики должен заниматься пациентами, обращающимися к нему за медицинской помощью, поэтому подготовка преимущественно основывается на знании часто встречающихся проблем [31, 20, 33, 43, 48, 49, 34].

Все профессионалы здравоохранения и медицинские специалисты, работающие в ПМСП, должны пройти додипломную, последипломную подготовку, а также непрерывное профессиональное образование по концепции и содержанию ПМСП. Общая практика должна быть частью додипломных программ подготовки. Всех студентов-медиков следует ознакомить с общей практикой; они должны понимать необходимость сотрудничества всех секторов системы здравоохранения. Чтобы стать семейным врачом, требуется пройти последипломную подготовку, которая ориентирована на первичную помощь и основана на общей практике [3].

Предпосылки повышения уровня приобретенных навыков, поддержания и улучшения качества медицинской помощи связаны с непрерывным профессиональным образованием. При этом главная ответственность за повышение профессионализма лежит на медицинских работниках. Современные учебные технологии, и в частности дистанционное обучение, могут облегчить доступ врачей к последипломному образованию. В некоторых странах Европы разработаны руководства, которые являются важными инструментами профессионального развития, поскольку адаптированы к национальным, местным условиям [2].

Профессиональная подготовка врача общей практики в странах Восточной Европы находится еще на стадии развития, и результаты программы подготовки будут видны по прошествии многих лет. Так, профподготовкой охвачены в Литве – 16%, в Эстонии – 12, в Польше – 19, во Франции – 16,

в Италии – 11, в Болгарии – 15%. В то же время в ряде стран (например, в Бельгии и Германии) отмечается избыточное число профессионально подготовленных врачей общей практики [6].

Время, потраченное на самообразование (часы в месяц), варьирует от 10 до 37 ч. В Бельгии, Нидерландах, Ирландии, Великобритании и Швейцарии затрачивают на непрерывное профессиональное образование менее 15 ч в месяц; в среднем 25 ч тратят на него в Болгарии, Венгрии, Греции, Испании и Румынии. Больше времени (37 ч) было затрачено в Турции, хотя эти результаты объясняются в значительной мере подготовкой молодых выпускников, готовящихся к вступительному экзамену по специализации [22].

Наиболее важной предпосылкой признания общей практики особой дисциплиной является ее признание другими коллегами-специалистами.

Принято различать четыре фазы эволюции общей практики как дисциплины:

1) признание того, что врачи общей практики располагают отдельной областью знаний и им необходима академическая структура для ее развития;

2) формирование такой академической структуры;

3) создание специальной литературы, где описываются результаты использования этой дисциплины на практике;

4) признание академической структуры дисциплины.

Эти четыре стадии (фазы) могут быть отслежены в опыте развития общей практики в Великобритании и Нидерландах. Королевский колледж ВОП был основан в 1952 г., но его деятельности препятствовали профессиональные организации специалистов. Решающим моментом в развитии Голландского колледжа была Ваудсотенская конференция, на которой было выработано базовое описание работы голландского ВОП, которое впоследствии стало одним из основополагающих положений Левен-хорстской группы. Оба колледжа создали свои научные журналы [41, 45, 28].

Первая кафедра была учреждена, как уже было сказано, в Эдинбурге в 1963 г., вторая – в Утрехте в 1965 г. Это явилось академическим признанием общей практики. Публикации научных статей и книг, повышенная академическая деятельность, а также большое число

врачей, получивших более высокие степени, укрепили статус врача общей практики в этих двух странах. И в Великобритании, и в Нидерландах существуют программы последипломной подготовки по общей практике, соответствующие программы непрерывной подготовки. Действуют ассоциации, защищающие интересы врачей общей практики.

В заключение следует отметить, что не во всех странах роль и значение врачей общей практики воспринимаются однозначно. В ряде стран успешно используют поликлиническую модель первичной медико-санитарной помощи, считая ее, и не без оснований, наиболее рациональной при оказании медицинской помощи на первичном уровне.

Алма-Атинская конференция ВОЗ (1978 г.) подтвердила эффективность отечественной системы первичной медико-санитарной помощи, признав ее наиболее рациональной, предоставляющей равный доступ населения к медицинской помощи на уровне первичного звена. В настоящее время ВОЗ возвращается к решениям Алма-Атинской конференции, и ее принципы являются приоритетным направлением деятельности этой международной организации. Необходимость повышения эффективности деятельности первичного звена послужила импульсом к созданию национального приоритетного проекта развития отечественного здравоохранения на современном этапе [1].

Подводя итог, можно сказать, что роль врача общей практики заключается в обеспечении медицинской помощи, которая: универсально доступна для всех лиц, комплексна, непрерывна, ориентирована на пациента, нацелена на семью, согласована с другими видами медико-санитарного обслуживания и создана в рамках соответствующей административной структуры.

Выходы

В результате анализа литературных данных мы пришли к заключению, что высшее образование в Республике Казахстан на современном этапе характеризуется непрерывной структурой образования, предполагающей реализацию возможности обучения в течение всей жизни, модернизацией на основе национальных традиций, мировых тенденций в области образования, равенством доступа ко всем ступеням, единством ее элементов и требований, преемственностью всех ступеней

обучения, адекватным реагированием на современные и перспективные потребности экономики страны.

Список литературы:

1. Алма-Атинская конференция по первичной медико-санитарной помощи // Хроника ВОЗ. 1979. №3. Т. 3. С. 123-146.
2. Байденко В. И. Компетентностный подход к проектированию государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования (методологические и методические вопросы): Методическое пособие // М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. Т. 114. С. 3.
3. Балмуханова А. В., Балмуханов В. Н. Проблемы до и последипломной подготовки врачей общей практики // Вестник КазНМУ Специальный выпуск посвящен международной научно-практической конференции «Опыт реализации модели медицинского образования КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова» 25-26 мая 2012г. - Алматы: 2012. С. 72-78.
4. Беляков Н. А. Российская модель последипломного медицинского образования в контексте тенденций развития медицины на рубеже XX-XXI вв // Российский биомедицинский журнал. 2002. Т.3. С.219.
5. Ботабекова Т. К. и др. Результативность офтальмологической службы с позиций индикаторов организационно-методической работы за 2012 г. и направления ее совершенствования // Министерство здравоохранения Республики Казахстан Офтальмологический журнал Казахстана № 1 (42) 2013. С. 5.
6. Вишневский А. Г. и др. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса //М.: ГУ ВШЭ. – 2006.
7. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы // <http://ru.government.kz/resources/docs/doc19> (дата обращения: 22.03.2014).
8. Досмагамбетова Р. С., Баширова Т. П., Витт С.В. Перспективы государственно-частного партнерства в подготовке и использовании кадровых ресурсов здравоохранения // Медицина и экология. 2014. №2. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-gosudarstvenno-chastnogo-partners-tva-v-podgotovke-i-ispolzovaniu-kadrovyh-resursov-zdravoohraneniya> (дата обращения: 20.01.2015).
9. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.01.2015 г.)».
10. Кульжанов М. К., Егебаева С. А, Танирбергенов С. Т., Каскираева Д. М. Опыт внедрения национальных счетов здравоохранения в Республике Казахстан // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. 2012. №2(3). С. 66-69.
11. Любленская Хартия по реформированию здравоохранения // Мед. вестн. 1996. № 4. С. 9.
12. Особенности подготовки врачей общей практики в европейских странах // <http://www.zdrav.ru/URL:www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=14395a> (дата обращения: 01.01.2015).
13. Павлюченко К. П., Ивнев Б. Б., Зыков И. Г. Обучение студентов IV курса на кафедре офтальмологии как один из этапов подготовки врача семейной медицины // Архів офтальмології України. 2013. №1. С. 127-132.
14. Положение Комитета здравоохранения от 12.10.1999 N 500 * "Положение о враче общей практики (семейном враче)" // <http://kazakhstan.news-city.info/> URL: http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemsh/dok_oeuyvvi.htm (дата обращения: 01.01.2015).
15. Резолюция 1-го съезда семейных врачей Казахстана // <http://asvk.kz/> URL: <http://asvk.kz/press-center/documents/rezolyuciya-1-go-sezda-semeynyh-vrachey-kazahstana.html> (дата обращения: 01.01.2015).
16. Сагеев С. С., Сейтбаева А. А. 2014. Определение приоритетных направлений модернизации здравоохранения в сельской местности. Вестник КазНМУ, 2(4). www.kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2012/01/96-24-2014.pdf#page=158. Дата обращения: 01.01.2015
17. Сачек М. М. и др. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 2 // Здравоохранение. 2011. Т. 15. С. 26.
18. Сборник материалов проекта «Оценка эффективности реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на первом этапе (2011-2013гг.)». Алматы: ИЦ ОФППИ «Интерлигат», 2014. 76с.

19. Слабкий Г. А., Пархоменко Г. Я. К вопросу о реформировании системы здравоохранения: международный опыт // Я Пархоменко/Український медичний часопис. – 2012. № 3. С. 89.
20. Специальная программа научных исследований, разработок и подготовки научных кадров в области воспроизведения населения [www.apps.who.int/iris/mobile//handle/URL:
http://apps.who.int/iris/mobile//handle/10665/118830](http://apps.who.int/iris/mobile//handle/URL:http://apps.who.int/iris/mobile//handle/10665/118830) (дата обращения: 01.12.2014).
21. Степкина Е. Л., Mamaev M. E. Анализ инвестиционной деятельности при реализации программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. – 2014. - №1. - С. 66-73.
22. Фролова Е. В. От последипломного профессионального образования к непрерывному профессиональному развитию // Российский семейный врач. 2009. Т. 13. №1. С. 5-11.
23. Чиркунов О., Шейман И. М., Пономаренко А. А. Управление мотивами в здравоохранении // Вопросы экономики. – 2011. № 10. С. 132-141.
24. Шляхова Г. Н., Балашова М. Е., Шеметова Г. Н., Красникова Н. В., Рябошапко А. И., Рыжкова Л. К., Илясова Т. А. Современные инновационные педагогические технологии в подготовке специалистов первичного звена здравоохранения // Саратовский научно-медицинский журнал . 2011. №1. С.165-168.
25. Boerma W. G. W., Fleming D. M. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи // Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения. – 2001.
26. Chabbott C. Institutionalizing Health and Education for All: Global Goals, Innovations, and Scaling up. – Teachers College Press, 2014.
27. Chan V. W. Y. Promoting change through collaboration: reshaping the professional boundaries of family physicians through the Division of Family Practice. – University of British Columbia, 2012.
28. Curriculum for Specialty Training for General Practice: The Core Statement: Being a General Practitioner. – Royal College of General Practitioners, 2007.
29. Dubois C. A., Nolte E., McKee M. Human resources for health in Europe. – McGraw-Hill International, 2005.
30. Fisher J. K. What kind of general practitioner for the twenty-first century? // World health forum. 1995. Т. 17. № 2. С. 178-180.
31. Hasan M. Y., Das M., Behjat S. Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners // Eastern Mediterranean health journal= La revue de sante de la Mediterranee orientale= al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit. – 2000. V. 6. № 1. P. 25-33.
32. Hafner T., Shiffman J. The emergence of global attention to health systems strengthening // Health policy and planning. 2013. V. 28. № 1. P. 41-50.
33. Ivanov L. L., Paganpegara G. Public health nursing education in Russia //Journal of Nursing Education. 2003. V. 42. № 7. P. 292-295.
34. Jennett P. A. et al. The effects of continuing medical education on family doctor performance in office practice: a randomized control study //Medical education. 1988. V. 22. №2. P. 139-145.
35. Krztoń-Królewiecka A. et al. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990 //BMC family practice. 2013. V. 14. №1. P. 37.
36. Metsemakers J. F. M. Family medicine training in Turkey: some thoughts //Türkiye Aile Hekimliği Dergisi/Turkish Journal of Family Practice. 2012. V. 16. №1. P. 23-34.
37. Metsemakers J. F. M. WONCA: World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians //European Journal of General Practice. 2012. V.18. №2. P. 122-123.
38. McWhinney I. An Introduction to Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1981.
39. Oleszczyk M. et al. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia //BMC family practice. 2012. V.13. №1. P. 15.
40. Peluso M. J. et al. Guiding principles for the development of global health education curricula in undergraduate medical education //Medical teacher. 2012. V. 34. №8. P. 653-658.
41. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner: learning and teaching. – Published for the Royal College of General Practitioners by the British Medical Journal, 1972.

42. Schmidt D. D. The family as the unit of medical care // The Journal of family practice. – 1978.
43. Silverman J. et al. Skills for communicating with patients. – 1998.
44. Smith A., Zealley H. Health for all in the United Kingdom: a charter for action //World health forum. 1999. V. 8. P. 184-190.
45. The future direction of general practice: a roadmap. // Royal College of General Practitioners, 2007.
46. Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. The new public health: an introduction for the 21st century. Academic Press, 2014.
47. Van Weel C. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca) //Journal of evaluation in clinical practice. 2011. T. 17. №2. C. 337-338.
48. Van Weel C., Rosser W. W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity //The Annals of Family Medicine. 2004. V.2. № suppl 2. P. S5-S16.
49. Van Weel C. Background Paper: International research and the discipline of family medicine //European Journal of General Practice. – 1999. – V. 5. – №. 3. – P. 110-115.
50. Wilson J. M. G., Jungner G. Principles and practice of screening // WHO: Geneva. 1968.
51. Windak A., Palka M. Three Steps Forward and One Back—The Current State of Primary Care in Poland //British Journal of General Practice. 2015. V. 65. №631. P. 84-85.
52. World Health Organization. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978/jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. 1978.
53. World Health Organization. Fifth meeting of the Expert Network on Family Medicine Development Strategies: report on a WHO meeting, Tartu, Estonia 14-16 October 1999. 2000.
54. World Health Organization. Promotion of medical practitioners' interest in preventive medicine: twelfth report of the WHO Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel [meeting held in Geneva from 13 to 19 August 1963]. 1964.

References:

1. Alma-Atinskaya konferentsiya po pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi [The Alma-Ata Conference on Primary Health Care]. Hronika VOZ [WHO chronics]. 1979, iss. 3, pp. 123-146.
2. Baidenko V. I. Kompetentnostnyi podkhod k proektirovaniyu gosudarstvennykh obrazovatel'nykh standartov vysshego professional'nogo obrazovaniya (metodologicheskie i metodicheskie voprosy). [Competence-based approach to the design of the state educational standards of higher professional education (methodological and procedural issues)]. Moscow, Issledovatel'skii tsentr problem kachestva podgotovki spetsialistov, 2005, iss. 114, p. 3.
3. Balmukhanova A. V., Balmukhanov V. N. Problemy do i poslediplomnoi podgotovki vrachei obshchey praktiki. [Problems before and postgraduate training of general practitioners]. *Vestnik KazNMU Spetsial'nyi vypusk posvyashchen mezhdunarodnoi nauchno - prakticheskoi konferentsii «Opty realizatsii modeli meditsinskogo obrazovaniya KazNMU imeni S.D. Asfendiyarova»* 25-26 Maya 2012 g. [Bulletin KazNMU Special issue devoted to the international scientific-practical conference "The experience of implementing the model of medical education KazNMU SD Asfendiyarov" May 25-26, 2012]. Almaty, 2012, pp.72-78. [in Kazakhstan].
4. Belyakov N. A. Rossiiskaya model' poslediplomnogo meditsinskogo obrazovaniya v kontekste tendentsii razvitiya meditsiny na rubezhe XX-XXI vv. [The Russian model of postgraduate medical education in the context of trends in the development of medicine at the turn of XX-XXI centuries]. *Rossiiskii biomeditsinskii zhurnal*. [Russian biomedical journal]. 2002, iss.3, p.219. [in Russian].
5. Botabekova T. K. i dr. Rezul'tativnost' oftal'mologicheskoi sluzhby s pozitsii indikatorov organizatsionno-metodicheskoi raboty za 2012 g. i napravleniya ee sovershenstvovaniya. [The effectiveness of ophthalmic services from the perspective of indicators of organizational and methodical work for 2012 and the direction of its improvement]. *Ministerstvo zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan Oftal'mologicheskii zhurnal Kazakhstana*. [The Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan. Kazakhstan Ophthalmological Journal]. 2013, iss.1, p.5. [in Kazakhstan].
6. Vishnevskii A. G. i dr. Rossiiskoe zdravookhranenie: kak vyiti iz krizisa. [Russian

Health Care: how to get out of the crisis]. Moscow, SE HSE Publ., 2006.

7. Gosudarstvennaya programma razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Salamatty Kazakhstan» na 2011 – 2015 gody. [National Healthcare Development Program of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011 - 2015 years]. Available at: ukimet.kz <http://ru.government.kz/resources/docs/doc19> (accessed 22.03.2014).

8. Dosmagambetova R. S., Bashirova T. P., Vitt S. V. Perspektivy gosudarstvenno-chastnogo partnerstva v podgotovke i ispol'zovanii kadrovyykh resursov zdravookhraneniya. [Perspectives of public-private partnership in the development and use of human resources for health]. *Meditcina i ekologiya*. [Medicine and Ecology]. Available at: URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/perspektivnye-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-podgotovke-i-ispolzovanii-kadrovyyh-resursov-zdravoohraneniya> (accessed 20.01.2015). [in Russian].

9. Kodeks Respubliki Kazakhstan ot 18 sentyabrya 2009 goda № 193-IV «O zdorov'e naroda i sisteme zdravookhraneniya» (s izmeneniyami i dopolneniyami po sostojaniyu na 10.01.2015 g.). [Code of the Republic of Kazakhstan dated September 18, 2009 № 193-IV «Nation health and the health care system» (as amended as of 01.10.2015)].

10. Kul'zhanov M. K., Egeubaeva S. A., Tanirbergenov S. T., Kaskirbaeva D. M. Optyv vnedreniya natsional'nykh shchetov zdravookhraneniya v Respublike Kazakhstan. [Experience in the implementation of national health accounts in the Republic of Kazakhstan]. *Menedzher zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan*. [Manager of healthcare of the Republic of Kazakhstan]. 2012, iss.2(3), pp.66-69. [in Kazakhstan].

11. Ljublenskaya Hartiya po reformirovaniyu zdravookhraneniya. [Lyublenskaya Charter of on Reforming Health Care]. *Meditinskij vestnik*. [Medical Bulletin]. 1996, iss. 4, p. 9.

12. Osobennosti podgotovki vrachei obshchey praktiki v evropeiskikh stranakh. [Peculiarities training of general practitioners in Europe]. Available at: <http://www.zdrav.ru/> URL:www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=14395a (accessed 01.01.2015).

13. Pavlyuchenko K. P., Ivnev B. B., Zykov I. G. Obuchenie studentov IV kursa na kafedre oftal'mologii kak odin iz etapov podgotovki vracha

semeinoi meditsiny. [Education IV year students in the department of ophthalmology as one of the stages of preparation of family doctors]. *Arhiv oftal'mologii Ukrayny* [Archives of Ukraine Ophthalmology]. 2013, iss.1(1), pp. 127-132. [in Ukrainian].

14. Polozhenie Komiteta zdravookhraneniya ot 12.10.1999 N 500 * "Polozhenie o vrache obshchey praktiki (semeinom vrache)". [The position of the Health Committee of 12.10.1999 N 500 * "Regulations on the general practitioner (family doctor)"]. Available at: <http://kazakhstan.news-city.info/> URL: http://kazakhstan.news-city.info/docs/sistemsh/dok_oeyvi.htm (accessed 01.01.2015).

15. Rezolutsiya 1-go s"ezda semeinykh vrachei Kazakhstana [Resolution of the 1-st Congress of Family Physicians of Kazakhstan]. Available at: <http://asvk.kz/> URL: <http://asvk.kz/press-center/documents/rezolyuciya-1-go-sezda-semeynyh-vrachey-kazahstana.html> (accessed 01.01.2015).

16. Sageev, S. S., Sejtbaeva A. A., 2014. Opredelenie prioritetykh napravlenii modernizatsii zdravookhraneniya v sel'skoi mestnosti. [Identification of priority areas for modernizing healthcare in rural areas]. *Vestnik KazNMU*. [Bulletin KazNMU]. Available at: www.kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/2012/01/96-24-2014.pdf#page=158. (accessed 01.01.2015). [in Kazakhstan].

17. Sachek M. M. i dr. Global'nyi krizis kak stimul peremen v zdravookhranenii. Soobshchenie 2. [The global crisis as an incentive for change in health care. Post 2]. *Zdravookhranenie*. [Healthcare]. 2011, iss.15, p. 26.

18. Sbornik materialov proekta «Otsenka effektivnosti realizatsii Gosudarstvennoi programmy razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Salamatty Kazakhstan» na pervom etape (2011-2013gg.). [The collection of materials of the project "Evaluation of the State Program of Development healthcare of the Republic of Kazakhstan" Salamatty Kazakhstan "in the first phase (2011-2013)".]. Almaty, IC "Interligal" Publ, 2014. p.76. [in Kazakhstan]

19. Slabkii G.A., Parhomenko G.Ja. K voprosu o reformirovaniyu sistemy zdravookhraneniya: mezhdunarodnyi optyt. [On the issue of reforming the health care system: the international experience]. *Ukrainskii meditsinskii zhurnal*

- [Ukrainian Medical Journal]. 2012, iss.3, p.89. [in Ukrainian].
20. Spetsial'naya programma nauchnykh issledovaniyi, razrabotok i podgotovki nauchnykh kadrov v oblasti vospriyvoda naseleniya. [Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction] Available at: www.apps.who.int/iris/mobile/handle/URL: http://apps.who.int/iris/mobile//handle/10665/118830 (assessed 01.12.2014).
 21. Stepkina E. L., Mamaev M. E. Analiz investitsionnoi deyatel'nosti pri realizatsii programmy razvitiya onkologicheskoi pomoshchi v Respublike Kazakhstan na 2012-2016 gody. [Analysis of investment activity in the implementation of the program of development of cancer care in the Republic of Kazakhstan for 2012-2016]. Central'no-Aziatskii nauchno-prakticheskii zhurnal po obshchestvennomu zdravookhraneniyu. [Central Asian scientific journal Public Health]. 2014, iss.1, pp.66-73. [in Kazakhstan]
 22. Frolova E. V. Ot poslediplomnogo professional'nogo obrazovaniya k nepreryvnому professional'nomu razvitiyu. [Of postgraduate professional education to continuing professional development]. Rossiiskii semeinyi vrach. [Russian family doctor]. 2009, iss. 13(1), pp.5-11. [in Russian].
 23. Chirkunov O., Sheiman I. M., Ponomarenko A. A. Upravlenie motivami v zdravookhranenii. [Management motives in healthcare]. Voprosy ekonomiki. [Problems of Economics]. 2011, iss.10, pp.132-141. [in Russian].
 24. Shlyakhova G. N., Balashova M. E., Shemetova G. N., Krasnikova N. V., Ryaboshapko A. I., Ryzhkova L. K., Ilyasova T. A. Sovremennye innovatsionnye pedagogicheskie tehnologii v podgotovke spetsialistov pervichnogo zvena zdravookhraneniya. [Modern innovative pedagogical technologies in the training of primary health care]. Saratovskii nauchno-medicinskii zhurnal. [Saratov Scientific Medical Journal]. 2011, iss.1, pp.165-168. [in Russian].
 25. Boerma W. G. W., Fleming D. M. The role of general practitioners in primary health care // Copenhagen: World Health Organization, 2001.
 26. Chabbott C. Institutionalizing Health and Education for All: Global Goals, Innovations, and Scaling up. – Teachers College Press, 2014.
 27. Chan V. W. Y. Promoting change through collaboration: reshaping the professional boundaries of family physicians through the Division of Family Practice. – University of British Columbia, 2012.
 28. Curriculum for Specialty Training for General Practice: The Core Statement: Being a General Practitioner. – Royal College of General Practitioners, 2007.
 29. Dubois C. A., Nolte E., McKee M. Human resources for health in Europe. – McGraw-Hill International, 2005.
 30. Fisher J. K. What kind of general practitioner for the twenty-first century? //World health forum, 1995, 17(2), pp. 178-180.
 31. Hasan M. Y., Das M., Behjat S. Alternative medicine and the medical profession: views of medical students and general practitioners. Eastern Mediterranean health journal, 2000, 6(1), pp. 25-33.
 32. Hafner T., Schiffman J. The emergence of global attention to health systems strengthening . Health policy and planning, 2013, 28(1), pp.41-50.
 33. Ivanov L. L., Paganpegara G. Public health nursing education in Russia. Journal of Nursing Education, 2003, 42(7), pp.292-295.
 34. Jennett P. A. et al. The effects of continuing medical education on family doctor performance in office practice: a randomized control study. Medical education, 1988, 22(2), pp.139-145.
 35. Krztoń-Królewiecka A. et al. The development of academic family medicine in central and eastern Europe since 1990. BMC family practice, 2013, 14(1), p.37.
 36. Metsemakers J. F. M. Family medicine training in Turkey: some thoughts. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. Turkish Journal of Family Practice, 2012, 6(1), pp. 23-34.
 37. Metsemakers J. F. M. WONCA: World organization of national colleges, academies and academic associations of general practitioners/family physicians. European Journal of General Practice, 2012, 18(2), pp.122-123.
 38. McWhinney I. An Introduction to Family Medicine. New York: Oxford University Press, 1981.
 39. Oleszczyk M. et al. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC family practice, 2012, 13(1), pp.15.
 40. Peluso M. J. et al. Guiding principles for the development of global health education

- curricula in undergraduate medical education. *Medical teacher*, 2012, 34(8), pp. 653-658.
41. Royal College of General Practitioners. *The future general practitioner: learning and teaching*. – Published for the Royal College of General Practitioners by the British Medical Journal, 1972.
42. Schmidt D.D. The family as the unit of medical care. *The Journal of family practice*, 1978.
43. Silverman J. et al. *Skills for communicating with patients*, 1998.
44. Smith A., Zealley H. *Health for all in the United Kingdom: a charter for action*. World health forum, 1999, 8, pp.184-190.
45. *The future direction of general practice: a roadmap*. – Royal College of General Practitioners, 2007.
46. Tulchinsky T. H., Varavikova E. A. *The new public health: an introduction for the 21st century*. Academic Press, 2014.
47. Van Weel C. Person-centred medicine in the context of primary care: a view from the World Organization of Family Doctors (Wonca). *Journal of evaluation in clinical practice*, 2011, 17(2), pp.337-338.
48. Van Weel C., Rosser W.W. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. *The Annals of Family Medicine*, 2004, 2(2), pp.S5-16.
49. Van Weel C. Background Paper: International research and the discipline of family medicine. *European Journal of General Practice*, 1999, 5(3), pp.110-115.
50. Wilson J. M., Jungner G. *Principles and practice of screening*. WHO: Geneva, 1968.
51. Windak A., Palka M. Three Steps Forward and One Back-The Current State of Primary Care in Poland. *British Journal of General Practice*, 2015, 65(631), pp.84-85.
52. World Health Organization. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978/jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 1978.
53. World Health Organization. *Fifth meeting of the Expert Network on Family Medicine Development Strategies: report on a WHO meeting*, Tartu, Estonia 14-16 October 1999, 2000.
54. World Health Organization. *Promotion of medical practitioners' interest in preventive medicine: twelfth report of the WHO Expert Committee on Professional and Technical Education of Medical and Auxiliary Personnel [meeting held in Geneva from 13 to 19 August 1963]*, 1964.

Контактная информация:

Камбарова Мира Камбаркызы – магистрант 2-го года обучения по специальности «Организация здравоохранения» Государственного медицинского университета города Семей.

Почтовый адрес: 071400, Восточно-Казахстанская область, г. Семей, Ленина, 49. Кв.127.

Телефон: д.т.: 8 (7222) 52-17-26, сот.: 8 (705) 795-82-34,

E-mail: mira_kambarova@mail.ru

ӘӘЖ 613.2-614.812-616-084.004.051

**ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ҚАЙТА ҚҰРУ ЖӘНЕ
ОНЫ ЖЕТИЛДІРУ ЖОЛДАРЫ ЖАҒДАЙЫНДА
АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ КӨМЕК
МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ АЛДЫН АЛУ ЖҰМЫСТАРЫН
ҰЙЫМДАСТЫРУ: ӘДЕБИЕТТЕРДІ ШОЛУ**

И. Н. Ордабаева¹, Ф. С. Рахимжанова², Н. М. Рахимжанов³

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті, Семей қ. Қазақстан
¹ «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша 2-оқу жылы магистранты;
² Қоғамдық денсаулық сақтау және информатика кафедрасының доценті, м.ғ.к.
³ Семей қ. мемлекеттік медицина университетінің Медициналық орталығы

Бұл мақалада дансаулық сақтау саласындағы өткен ғасырдың 20-шы жылдарынан бастап алдын алу жұмыстарының ұйымдастырылуының ерекшелігі мен жетілдірілуіне арналған әдебиетке шолу жазылған.

Негізгі сөздер: денсаулық сақтау, алғашқы медициналық-санитарлық көмек, алдын алуды ұйымдастыру, диспансеризация.

**ORGANIZATION OF PREVENTIVE WORK IN PRIMARY
HEALTH CARE IN HEALTH CARE REFORM
AND WAYS TO IMPROVE**

I. N. Ordabaeva¹, F. S. Rahimzhanova², N. M. Rahimzhanov³

State Medical University of Semey, ¹ Master of 2 years of training in the specialty "Public Health", ² C.m.c., associate professor of Department of Public Health and Informatics; ³ Medical Center of the State Medical University of Semey

The paper provided an overview of the literary features and improving the organization of preventive work with the 20 years of the last century in the health sector.

Keywords: Health, primary health care, the organization of prevention, medical examination.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В
УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПУТИ ЕЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

И. Н. Ордабаева¹, Ф. С. Рахимжанова², Н. М. Рахимжанов³

Государственный медицинский университет города Семей, ¹ Магистрант 2 года обучения по специальности «Общественное здравоохранение»; ² К.м.н., доцент кафедры общественного здравоохранения и информатики; ³ Медицинский Центр Государственного медицинского университета города Семей

В статье предоставлен литературный обзор особенности и совершенствования организаций профилактической работы с 20-х лет прошлого века в сфере здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, первично медико-санитарная помощь, организация профилактики, диспансеризация.

Библиографическая ссылка:

Ордабаева И. Н., Рахимжанова Ф. С., Рахимжанов Н. М. Организация профилактической работы в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в условиях реформирования системы здравоохранения и пути ее совершенствования. // Наука и Здравоохранение. 2015. № 1. С. 43-54.

Ordabaeva I. N., Rahimzhanova F. S., Rahimzhanov N. M. Organization of preventive work in primary health care in health care reform and ways to improve. *Nauka i Zdravooхранение [Science & Healthcare]*. 2015, 1, pp. 43-54.

Ордабаева И. Н., Рахимжанова Ф. С., Рахимжанов Н. М. Денсаулық сақтау жүйесін қайта құру және оны жетілдіру жолдары жағдайында алғашқы медициналық-санитарлық көмек мекемелерінде алдын алу жұмыстарын үйімдастыру: әдебиеттерді шолу // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 1. Б. 43-54.

«Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламаның мақсаты-елдің әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз ету үшін Қазақстан азаматтарының денсаулығын жақсарту. Қойылған мақсатқа жету үшін жасалатын негізгі бағыттар: алдын алу шараларын арттыру, скринингтік зерттеулер, диагностикалық жүйені жетілдіру, тұрғылықты жүртшылық арасындағы негізгі әлеуметтік ауруларды емдеу және онтайландыру [14]. Алғашқы медициналық-санитарлық көмектің басымдылығын жоғарылату, денсаулық сақтауда алдын алу шаралардың бағытын қайта жаңартуды, тұрғылықты халықта денсаулық мәдениетін қалыптастыруды және оны қорғуды, төрөн диспансеризациялауды, балаларда денсаулық мәдениетінің дағдыларын тәрбиелеуді қарастырады. Ұлттық денсаулықты жақсартуда медициналық білім беру, еңбекке жарамды халықты және ауылды жерлерде тұратын халықты диспансеризациялау ерекше орын алады. Мемлекетті және тұрғылықты халықты өз денсаулығы үшін жауапкершілікке насыхаттау маңызды болып табылады. ҚР президенті өзінің халыққа жолдауында жақын арадағы онжылдыққа нақты мәселелер қойды, «Салауатты өмір сүру және адамның өз денсаулығына деген жауапкершілік – денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттің саясатты мен халықтың құнделікті өмірінің негізі болуы тиіс» [15]. Денсаулық сақтау саласындағы ерекшеліктері мен тарихына тоқтала кетсек.

Сырқаттанудың алдын алу жұмыстары отандық денсаулық сақтаудың негізгі құрылу бағыттарының бірі. Алдын алудың медициналық, әлеуметтік және экономикалық тиімділігі бұрыннан ғылыммен, сонымен қатар денсаулық сақтау тәжірибесімен дәлел-денген. Ауыр сырқаттарды болдырмау, ерте анықтау медициналық және әлеуметтік жағын айтпай-ақ, экономикалық тұрғыдан кеш анықтау мен емдеуге қарағанда артықшылығы анық. Әр-

түрлі формалардағы алдын алу шаралары: тұрғылықты халықты вакциналаудан бастап, санитарлық ақпаратпен қамтамасыз ету біздің елде өз уақытында эпидемиялық ауырулардың таратылуына жол бермеу құресінде жағымды нәтиже көрсетіп, сондай-ақ туберкулез, венерологиялық және тағы басқа аурулардың төмендеуіне ықпал етті.

Отандық медицинада алдын алу бағытының даму тарихы Қазақстан тәуелсіздігін алғанға дейін толықымен совет одағының денсаулық сақтау жүйесінің қарамағында болды. [10]

20-шы жылдардың басынан бастап профилактикалық шаралар белсенді жүргізілді, әсіресе диспансеризацияға аса көніл бөлінді. 1920 жылдың сонында I Бүкілпресейлік емдеу бөлімдерінің менгерушілері қатысқан жиналыста амбулаториялық - диспансерлерді ашу туралы сөз қозғалды [18]. III Бүкілпресейлік денсаулық сақтау жүйесінің мүшелерінің бас қосуы негізінен (1925) диспансерлердің қызмет көрсету түрлерін және мерез, туберкулез сияқты аурулармен ауырған науқастарға қызмет көрсету әдістеріне бағытталған.

60-70 жылдары тұрғындардың стихиялық айналымынан белсенді динамикалық бақылауына ауысуы көнінен тараған. Жалпы диспансеризацияға өту түрін көптеген авторлар анықтады, тұрлі мамандардың ролі және емдік профилактикалық мекемелерді жаңарту, тұрлі контингенттер ортасындағы қарауды қысқаша жүргізу және т.б.

1976 жылдан 1981 жылға дейін халықты диспансеризацияға көшу бойынша эксперимент өткізілді (елдің тұрлі аудандық және қаладағы тұрғындардың жалпы 300000 адам). Нәтижесінде сау адамдар саны 10%-ға жоғарылады, профилактикалық тексерістен өтетіндер саны 2 есе өсті, уақытша жұмыссыздар саны 100 диспансеризацияланғандардан 26,6%-ға төмөндеді .

1983 жылы мемлекет басшылары денсаулық сақтау жүйесіне жыл сайынғы диспансеризациялау міндеттін қойды. Осыған орай, диспансерлік жүйе бойынша, жалпы мемлекеттік тұрғындардың денсаулығын сақтау үйімі негізінде жататын амбулаторлы-поликлиналық мекемелерге халықтың стихиялық айналымы, үнемі халықтың денсаулық жағдайын динамикалық қарастыру, сонымен қатар сыртқы ортаның тұрмыстық заттардың, еңбектің жағдайын жақсартуға бағытталған әлеуметтік, экономикалық, медициналық, техникалық шаралар, емдеу сауықтыру жұмыстары жүргізілетін мекемелерде алдын алу және ауруларды ерте кезеңінде анықтап профилактикалық интеграция жүргізіледі. Бірақ өмір осындай жостарлардың мерзімсіздігі мен негіzsіздігін көрсетті.

Денсаулық сақтау министрлігінің бүйірі - бойынша 70-жылдары кардиоревматологиялық кабинеттер, келесідей емдік диагностикалық, консультативті, бақылауыш функциялар құрылғып, сонымен қатар жүрек-қан тамыр ауруымен ауыратын науқастарға диспансеризация жүргізе бастады.

Бұл кабинеттер тәжірибесі бойынша он нәтиже алды және басқа да созылмалы аурулары бар науқастарға медициналық көмек көрсетті (гастроэнтерологиялық, эндокриндық және т.б.). 1975 жылы кардиоревмотологиялық кабинеттер саны мемлекетте 3550-ге жетті; оған қоса 124 қалалық, облыстық және республикалық кардиоревмотологиялық орталықтар, 11 диспансер болды.

Жалпы 70-80 жылдары диспансерлік әдіс кеңінен тарады.

1985 жылы амбулаторлы-поликлиникалық мекемелерде халықтың келуі профилактикалық бағыт алды, ал жеке өндірістік салаларда бұл көрсеткіш 50-70 % өсті.

Диспансерлердің дамуына амбулаторлы-емханалық мекемелер торабының өсуі, медициналық кадрлар санының артуы, мамандандырылған қызметтің дамуы ықпал етті.

Халықты гигиеналық тәрбиелеу жүйесі соңғы жылдар ішінде накты бұзылды [6]. Науқастарда жүргізілген әлеуметтік сұрастырудың көрсеткіштеріне сүйенсек, әрбір бесінші респондент (20,8%) санитарлы-ағартушылық жұмыстың үйімдастырылуына қанағаттанбады, ал 52,9 % оның жүргізуіне наразылықтары барын көрсетті.

Барлық профилактикалық жұмыстарды жүргізудің формализмі, нақтылы диспансерлік, сұраққа қатысқан емделушілердің тек 55,2% пайызы ғана диспансеризацияға жатады. [23].

Профилактикалық медицинаның көмегімен емделушілердің қанағаттанарлық деңгейін зерттегендеге солардың жартысынан көбі (52%) пайыз профилактикалық көмектің сапасымен қанағаттанатындығын көрсетті. Қанағаттанбаушылықтың себебі нұсқаулардың төменгі сапасы мен толық еместігі. Оларды орындаудың қындығы және маманнан консультативті көмек алудың күрделілігі болып табылады. [4].

Сонымен қоса сұраққа қатысқандардың көпшілігі (74%) профилактикалық шаралардың әсерінен денсаулұтары жақсарып, еңбекке қабілеттілігі артқандарын айтты.

Сұраққа қатысқандардың 42% пайызы денсаулықтарының жақсы және созылмалы аурулары жоқтығын өз еңбектерінің нәтижесі, ал 25%- пайызы дәрігерлердің профилактикалық жұмыстарының нәтижесі деп біледі.

О.В.Тюрина [32], емделушілердің медициналық көмектің сапасына қанағаттанушылық деңгейі мәселесін зерттей келе олардың қанағаттанбаушылығын емдеуді үйімдастырудың емханалардың профилактикалық бағыты, сонымен қоса, емделушілер құқығының сақталмайтындығы және көрсетілген қызметтер нәтижесінің жоқтығы туғызады деген қорытындыға келді. Емделушілер сәйкес қызмет түрін алуға қаржы жағдайының жетпейтіндігін тіпті кейде алуға мүлдем жағдайы жоқтығын көрсетеді. Және автор, медициналық қызметтерді пайдаланудың жалпы қанағаттанушылығымен профилактикалық және оналту шараларының қанағаттушылығы арасында тікелей орташа байланыс бар екендігін атап көрсетеді.

Емделушілердің келенсіздігі аландағатпай қоймайды. Тұрғындардың денсаулығы нақты адамның өмір сүру жағдайымен анықталатындықтан қоршаған ортанды қорғау мен денсаулықты шынықтырудың тиімді саласы әрбір азаматтың өзінің белсенді араласуын талап етеді. Заману талаптарда денсаулығының жақсы күйіне тұрғындар нашар бейімделген [8].

Емхана дәрігерлері арасында профилактикалық медицинаның мәселелері туралы жүргізілген сұрауда [19], 14,3% ғана профи-

лактикалық қараудың сапасын жақсы деп мойындастырылған (21,4%) онын сапасын қанағатсыз деп жауап берді. Дәрігерлердің көшілігі (28,6%) профилактикалық қараудан мүлдем бас тартқан жән, себебі оның еш қажеті жок деп есептейді.

Созылмалы аурулары бар науқастарға диспансерлік қарауды ұйымдастырудың белгілі бір кемшіліктері туралы М.Т. Чернухин жасаған көрсеткіштер [35] дәлелдейді. Санкт-Петербург МИБ және Ленинград облысының госпиталіне түскен науқастардың жартысы (45,5%) жедел түрде госпитализацияланады, сондай ак динамикада көрсеткіш өсіп келе жатыр. 22,2% жағдайда жолдамадағы диагнозбен клиникалық диагноз арасында толық немесе жартылай сәйкесіздік болды. Госпитализацияланған науқастардың аттестацияланған құрамнан тек 1/3 бөлігі (34,2%) ғана диспансерлік есепке алынған.

Қоғамның әрбір мүшесі өз денсаулығы үшін жауап берсе, онда халықтың да өзін өзі сақтау, салауатты өмір салтын сақтау қалыптасады.

70 жылдардан басталған жағымсыз өзгерістер қоғамда жинала бастады және денсаулық сақтауда толық көріне бастады. Осы көріністердің бірі алдын алу жұмыстары өз көкейкестілігін жоғалтты, ол ресми мінезде жүргізле бастады, медициналық мекемелердің жұмысын бағалау кезінде алдын алу жұмыстары ескерілмеді.

90 жылдардағы әлеуметтік-экономикалық жүйенің дағдарыс көріністері денсаулық сақтауда да көрінді. Дағдарыстың салдарынан алдын алу жұмыстары жалпы ұранға және жаксы тілекке айналды, ол халық денсаулығын сақтаудың белсенді құресінің негізгі әдісі болудан қалды. Санитарлы ағартудың пайдаланған жүйесі өзін жоққа шығарды.

Халықтың диспансеризациясы көбіне формальды түрде ғана жүрді, ол соңғы нәтижеге бағытталмаған болатын.

А.М. Лукашевтің [17] ойынша, профилактика жүйесін енгізуі тоқтататын факторларға жатады: алғашқы медико-санитарлық көмектің дамуына жеткіліксіз назар аудару, міндетті медициналық сақтандыру жүйесінде профилактикалық іс шараларға қаражат бөліну көзінің анық болмауы. Осыған байланысты ол профилактика жүйесінің моделін аумақтық дәрежеде оның ролін, міндеттін, қаражат

ресурстарын осы моделдің әр блогына жеке жасалуы қажет деп есептейді.

Заманауи этапта профилактикалық іс шаралардың тиімділігінің төмендігінің себебін саралтай отырып Р. А. Хальфин, О. Г. Оганов [34,28] оларға жататыны мыналар деп есептейді:

1. Саяси кедергілер:

- профилактиканың маңыздылығы қазір негізінен рәсімделмеген;

2. Қаражаттық:

- профилактикалық бағдарламалар мен нақтылы іс шаралардың жеткілікісі қаражаттануы;

- профилактикалық іс шаралар өткізудің (өткізбеудің) экономикалық салдары туралы білімнің болмауы;

- аурулардың профилактикасын және денсаулықты нығайту жұмыстарын жүргізу кезіндегі дәрігерлер мен мейірбикелерде қаржылай ынталандырудың болмауы.

3. Кәсіби:

- дәрігерлердің білім алудың аурудың алдын алуға емес емдеуге бағыттылған білім алғандығы;

4. Ұйымдастырушылық:

- профилактиканы ұйымдастыруышы органдардың жеткілікті деңгейде халықпен жұмыс жасамауы.

5. Мәдени-әдістемелік:

- құлшынушылықтың төмендігі, жоғарыдан нұсқаулық тосу.

Ю.Л. Шевченко [37] деректері бойынша халық денсаулығын қорғау тек қана ауруларды, өлімдерді қадағалаумен, аурулармен күрес, жаңа медициналық технологияларды енгізумен ғана шектелмеуі керек, сонымен қатар қолда бар үлттық денсаулық ресурстарын бағалау, фундаменталды дәлелді профилактикалық және қалпына келтіру медициналары зерттеулери негізінде жеке профилактикалық және сауықтыру бағдарламаларын құру. Халықты диспансеризациялау мүмкіндіктеріне жаңа көзқарас керек.

Ауруларды алдын алуда Ресейдің көпжылдық дәстүрі мен тәжірибесі еліміздің денсаулық сақтау жүйесінің профилактикалық бағытына қолданылып, дәрігерлер мен мейірбикелерді оқыту бағдарламаларымен бекітілуі керек, сонымен қатар денсаулық сақтау жүйесінің қызметкерлері және азаматтарды ынталандыру іс-шараларын жүргізу қажет.

Азаматтардың және олардың өз балаларының денсаулығын сақтау және оған деген жауапкершілігіне көніл аударуын белсенді қалыптастыру керек. Ауруларды емдеуден бұрын, оны алдын алу және сақтауды қалыптастыру Ресей азаматтарының денсаулық жағдайының жақсаруына кепіл болуы керек.

Е.Ф. Архангельская, Н.М. Жидовтың [2] ойынша, жеке және қоғамдық денсаулықтың нашарлауына өлім, мүгедектік, аурушаңдық кіреді, оған қоса денсаулықты нығайту үшін қажетті шығын мен экономикалық шараларды мақсат етеді.

Кең ауқымды алдын алу шараларын жүргізу үшін ұйымдастырушылық шараны қажет етеді (сектораралық әдіс), дәстүрлі денсаулық сақтау бағытын өзгерту. Стратегиядан көшу, негізгі санитарлық ағарту, стратегиялы, жеке адамдарға еркін таңдау: немесе қаржылық кеңейту, басқарушылық және басқа да жолдар, еркін таңдауға бағыт беру. Қоғам белсенділігі, әрекет етуі, жеке білімін арттыру, қолайлы қоршаған ортаны тудыру және қоғамдық "денсаулық" саясаты орнауы керек [22].

Аналогты идеяның авторы В.Б. Филатов және басқа да көптеген авторлардың айтуы бойынша, қоғамдық денсаулық сақтау, ауруларды алдын-алу, тек қана денсаулық сақтау секторының бағыт-бағдары мен іс-әрекеті ғана емес, басқа да қоғаммен байланысты министрліктер мен ведомствалардың біріккен жұмысы. Салауатты өмір салтын қалыптастыру үшін санитарлық ағарту жұмыстары, білімділік пен біліктілікті арттыруға бағытталған бағдарламалардың кең ауқымдылығы қарастырылған [33]. Көптеген құрылымдардың қызығушылығы мен біріккен іс-әрекеті әртүрлі дәңгейде, кең ауқымды әсер ете іске асырылуы қажет.

Бір қатар авторлар [12, 27] қазіргі уақытқа дейін аса маңызды ауруларды қауіп-қатер топтaryнда айқындау үшін біркелкі және қолайлы скрининг – тексеру әдістері жоқ екенін айтады. Олардың кейбіреулері сезімталдығы аз және негізінен аурудың айқындалған симптоматикасына негізделген. Сондай ақ әртүрлі тексеру түрлерін зертханалық және функционалдық әдістер көлемін және мазмұнын айқындау, осыған катысатын мамандардың қолайлы құрамын

айқындау сияқты сұрақтарға бірдей қөзқарас жоқ.

Диспансерлік қараудың тиімділігін бағалаудың жақсарту сұрағы да ерекше қөзқарасты талап етеді. Л.И. Деерман айтып көрсеткендегі диспансеризацияның сапасын көрсететін унифицирленген көрсеткіштер болмағандықтан дәрігерлердің және басшылардың жұмысының нәтижесіне жауапкершілігі тәмендейді. Сондай ақ диспансеризация кезіндегі іс шаралардың нәтижелілігін бір интегрирленген көрсеткіш бойынша бағалау мүмкін емес. Сондықтан қазіргі кезде осындағы көреткіштердің жүйесі бар [13].

Дәл осылай денсаулық сақтау басшыларымен және ғылыми қызметкерлермен профилактикалық жұмыстардың деңгейін түбөгейлі жақсарту қажеттілігі дәлелденген және дәйектемелер көлтірілген.

Оның мөлшері және сипаттамасын анықтау үшін келесідей жайттарды нақты елестету қажет.

В.А. Медик, В.К. Юрьев [20] профилактиканың келесідей түрлері мен бағыттарын ажыратады.

Біріншілік профилактика – медициналық және медициналық емес іс шаралардың жиынтығы, олар денсаулық жағдайында ауытқулардың болмауын және аурулардың өршіп кетпеуін, барлық халықта және жеке аумақтық, әлеуметтік, жастық, кәсіби, сондай ақ өзгеде топтар мен индивидуалдерге қатысты алдын алу шаралары. Ол адам ағзасына қоршаған орта факторларының (экологиялық және санитарлы-гигиеналық скринингти қоса алғанда) әсерін тәмендету, салауатты өмір салтын қалыптастыру; соматикалық, психикалық аурулармен жаракаттанудың алды алу шаралары; иммунопрофилактика жүргізу; денсаулық үшін жағымсыз факторлардың әсеріне бөлөнген адамдардың денсаулығын нығайту.

Екіншілік профилактика – медициналық, әлеуметтік, санитарлы-гигиеналық, психологиялық және басқада іс шаралардың комплексті жиынтығы. Олар аурулардың ерте айқындалуын, асқынудың алдын алуға және оның созылмалы түрге ауысуын болдырмауға бағытталған, осылардың бәрі өз алдына қоғамда науқастардың дезадаптациясын, жұмысқа қабілеттілігінің тәмендеуін, сондай ақ мүгедектікі және ерте өлімді шақыруы мүмкін.

Оның өзі мақсатты санитарлы-гигиеналы тәрбиелеуді қамтиды олар: жеке және топтық ақыл-кеңес беру, диспансерлік медициналық қарау, бағытталған сауықтыру мен алдын-алу және емдеу курсары, денсаулықтың өзгеру деңгейіне медициналық-психологиялық бейімдеген, медико-әлеуметтік, экономикалық, мемлекеттік іс-шаралар, әлеуметтік ортаға бейімділікті жоғарлату үшін қауіп-қатер факторын төмендету.

Үшіншілік алдын-алу (оңалту)- кәсіптік және әлеуметтік статусынан айырылған функциясын толығымен қалпына келтіру мақсатында, өмір сүруді шектейтін жағдайларды компенсациялау мен жоюға бағытталған, әлеуметтік, педагогикалық, психологиялық, медициналық шаралар жүйесі.

В.А. Миняев және басқа да авторлардың айтуы бойынша [21], алдын-алу шараларының құрамдас бөлігіне төмендегілер жатады:

а) денсаулықты қамтамасыз ету (health promotion) – резерв пен функционалды ерекшелігін ескере отырып, бір деңгейде ұстауға бағытталған жүйелі іс-шара.

б) денсаулықты қорғау- (health protection) өзгеріс болған жағдайда

в) медициналық қызмет профилактикасы (preventive services) жоғары аталған екі құрамдаушыны қамтиды [3].

Және де факторлардың көптігін ескере отырып, ағзаға өсер етуімен, әрбір жеке индивидум ерекшелігін ескере отырып күрделі биоәлеуметтік жүйе ретінде қарастыру [24].

Әртүрлі контингенттер ерекшелігіне байланысты, жоғары аталғандарды қосқанда, алдын-алу жүйелігі мен жүзеге асыру және көзқарастарды ескеру.

Елімізде аурудың алдын алудың шаралары - жеке және қауымдық, алғашқы және екінші сатылардағы түрлерге бөлініп жүргізіледі. Олардың барлығы өз сатыларындағы аумакта толық және нәтижесін көрсететін жұмыс істейді және жүзеге асырады. Аурудың алдын алу шараларын жоспарланған бағытта жүргізу медициналық мекемелердегі емдеу жұмыстарын женілдетеді [16].

Кейір деректерге жүгінетін болсақ экономикалық және ғылыми саласы жақсы дамыған бай мемлекеттерде аурудың алдын алу шаралары тұрғындардың денсаулықтарына 35% - ға жуық өсерін тигізді екен, сондықтан біздің елімізде де аурудың алдын алу шараларын. жақсы жүргізіп, осындау

көрсеткішке жету үшін жұмыла сапалы жұмыс жүргізу керек [1].

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау және медициналық ғылым тұжырымдамасына сәйкес ел аумағындағы медициналық көмек жүйесін кезең-кезеңмен реформаланады. Басымдықтар өзгеріледі - ауырлық орталығы стационарлықтан амбулаторлыққа, емдеуден алдын алуға қарай бағытталады [38,39].

Қазақстанда алғашқы медико-санитарлық көмек көрсету мен диспансерлік көмек мамандар арасында тегін медициналық көмек көрсету шенберінде диагностикалық орталықтарға тегін жіберудің орталықтандырылған жүйесі бар.

Қазіргі уақытта, жалпы тәжірибелі дәрігердің қызметін кезең-кезеңмен іске асыру негізінде амбулаториялық-емханалық көмекті үйімдастырудың түрлі модельдері қалыптастырылуда [43,36].

Амбулаториялық-емханалық нысандардың құрылымында жұмыс істейтін жалпы тәжірибелі дәрігерлерге, АМСКК жүйесінде емдеу процесінің құнын төмендете мақсатымен жұмысының басым бөлігін әлеуметтік маңызы рөлі бар алдын алу жұмыстарын іске асыруға негізделген [25].

Медициналық көмектің қол жетімділігі мен сапасы, денсаулық сақтау саласының қызметінің тиімділігі алғашқы медико-санитарлық көмектің дамуымен байланысты екендігі барлығына мәлім. АМСКК басқарудағы алдын алуды тиімді үйімдастыру денсаулық сақтау саласының тиімді дамуына әкеледі. [42,44]

2005-2010 жылдары ҚР-нда денсаулық сақтау саласын реформалауда денсаулық сақтау саласын 2005-2007 жылдары реформалау және дамыту бағдарламасын жүзеге асыру аясында мынадай негізгі басым бағыттар басты назарға алынды: ана және бала денсаулығын нығайту; алғашқы медико-санитарлық көмек қызметін дамыту және жетілдіру; қала халқына медициналық көмек көрсету сапасын жақсарту; кадрмен қамтамасыз ету; қаланың денсаулық сақтау жүйесін басқаруды жетілдіру [30]. Бұл бағдарламада Қазақстан Республикасында қолжетімді, сапалы, әлеуметтік бағдар үстаптан және экономикалық тиімді денсаулық сақтау жүйесін дамытуға бағытталған қажетті экономикалық, әлеуметтік, алдын алуды

ұйымдастыру және басқа да шаралардың жынытығы белгіленген.

Халықтың өз денсаулығын нығайту іс-шараларына және профилактикалық жұмысты ұйымдастыру жүйесінің жұмысына негативті көзқарастарының арта түсүі (мүмкін оның негізі болуы) дәрігерлердің енжарлығынан да болуы мүмкін [5].

Ал медициналық саладағы сапаны бағалаудың әдісіне алдын алу шаралары тиімді ұйымдастыру жатады, және де ол бағалаудың басқа да әдістерін толықтырады [40,41,45].

Тұтынушының тұрғысынан алып қарастырғанда, медициналық қызмет түріне бір науқастың медициналық ұйымдармен байланысы кезіндегі оған қатысты бірегей (нозологиялық) тұрғыдан жүргізлетін медициналық шаралардың (профилактикалық, диагностикалық, емдік, сауықтыру) белгілі-бір жынытығы жатады. Айтальық, стационарда медициналық қызмет госпитализация жағдайында көрсетіледі. Емханаларда – амбулаторлы-емханалық көмек (алдын-ала қаруа, диспансерлі бақылау, иммунизация, емдеу-диагностикалық шаралар және т.б.) кезінде көрсетіледі [26].

Алдын алу шараларының денсаулық сақтау саласында алатын орны ерекше және маңызды. Кез-келген емдік шараны жүргізуден бұрын оның алдын алған әлдеқайда дұрыс қадам болып саналады. [9].

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек медициналық қызмет көрсетудің әрбір азamat үшін негізгі қолайлы және тегін түрі болып табылады және ол неғұрлым кең таралған ауруларды, жарақаттарды, улануды және кідіртуге болмайтын басқа да жай-күйлерді емдеуді, бала тууға жәрдемдесуді, санитариялық-гигиеналық және эпидемияға қары шаралар жүргізуді, аса елеулі аурулардың медициналық профилактикасын, санитариялық-гигиеналық білім беруді, отбасын, аナンы, әке мен баланы қорғау жөнінде шаралар жүргізуді, тұрғылықты жері бойынша медициналық көмек көрсетуге байланысты басқа да шаралар жүргізуі қамтиды [11].

Профилактикалық медицина аурудың алдын алуда басты құралға айналуы тиіс. Халықпен ақпараттық-түсіндірмелік жұмыс жүргізуге баса дең қою керек [31].

Бүгінгі қоғамның барлық талап-тілектеріне жауап бере алатын денсаулық сақтау жүйесін

қалыптастыру қазақстандықтардың жеке және қоғам денсаулығы көрсеткіштерінде нақты оңды ілгерілеуге қол жеткізуге бағытталған бір-бірімен өзара байланысты стратегиялық міндеттердің тұтас кешенін шешуді көздейді. Мұның арасында алғашқы дәрігерлік-санитарлық көмек жұмысы, ана мен бала денсаулығын қорғауды тиімді ұйымдастыру да бар. Біз халықтың әлеуметтік-маңызды сырқаттарға ұшырау денгейін төмендетуге және жаппай иммунитетті жоғарылататын шараларына тартуға барынша күш жұмсауға тиіспіз. Бұдан басқа, медициналық көмек көрсетуде халықаралық стандарттарды енгізу, біртұтас денсаулық сақтау ақпараттық жүйесін құра отырып, сапаны ақпараттандыру қажет. Бұл қайта құрулар, сонымен қатар, медициналық білім берудің құрылымын өзертеп және сапасын арттырмай мүмкін емес. Олар жүйелі сипатта бір-бірімен өзара байланысты және Қазақстанда бәсекеге қабілетті, жоғары тиімді денсаулық сақтау жүйесін құруға бағытталған, қазақстандықтардың өмір сапасын арттыруды қамтамасыз ететін біртұтас идеологияға біріккен [7].

Алғашқы медико-санитарлық мекемелерде науқасты анықтау мақсатында, қауіп-қатер факторы бар тұлғаларды, сонымен қоса белгіленген халықты диспансерлеуді есепке алатын және бақылайтын профилактикалық мекемелерінің ұйымдастырылуы [29].

Қорытындылай келе әрбір азаматқа мемлекет тараулынан қолжетімді, сапалы медициналық, профилактикалық қызмет көрсетілуі тиіс және халық денсаулығын жақсартуға тікелей ықпал жасауымыз керек. Сол себепті денсаулық сақтау саласындағы алдын алу жұмыстарына әлі де болса ерекше көңіл бөлу керек екендігін өзекті санаймын.

Әдебиеттер тізімі:

1. Аканов А. А., Девяtko B. N. Общественное здравоохранение в Казахстане: Концепция, проблемы, перспективы // Медицинская наука Казахстана. Алматы, 2001. 100с.
2. Архангельская Е. Ф., Жидов Н. М. Проблемы здоровья и здравоохранения // Здраво-опр. Рос.Федерации. М. 1997. №4. С.23-25.
3. Бутов В. С., Бутова О. А. Здоровье валиологические, конституциональные, экологические аспекты // Здоровье и болезнь как состояние человека: Мат. респ. науч.-практ. конф. "Здоровье" (Ставрополь, 13-14 апрель 2000 г.) Ставрополь. 2000. С.44-49.

4. Васильева Т. Н. и соавт. Удовлетворенность пациента возможностями профилактической медицины // Проблемы реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ: Мат. Всеросс. конф. (Москва, 1-5 декабря 1997г.). Москва. 1997. С.246-248.
5. Гасанов А. Н. Научное обоснование системы обеспечения качества и эффективности диспансеризации детей и подростков в условиях детских городских поликлиник // Автореф. дисс...к.м.н.:14.00.33 Москва. 2006. С. 17
6. Гусев А. О., Макушенко Н. В. О состоянии медико-гигиенического просвещения населения // Проблемы городского здравоохранения. Вып.5.: Сб.науч.тр.под ред.проф Н.И. Вишнякова. Санкт-Петербург. 2000. С.396-372
7. Досқалиев Ж. Мемлекеттің денсаулық сақтау саласындағы саясаты жаңа деңгейге шығады. Алматы, 13 шілде 2009 ж // URL: <http://www.inform.kz/kaz/article/2185523>, (кірген күн 28.09.2013)
8. Егорышева И. В., Данилишина Е. И. Проект оптимизации медицинской помощи населению России в начале XX века // Развитие системы обеспечения качества медицинской помощи в современных условиях и проблемы оптимизации структуры здравоохранения: Мат. VI науч.-практ. Конф. (Москва, 24-25 апреля 2001г.). Москва. 2011. 44с.
9. Ибраев С. Е., Макашев Д. М., Камболова Г.А. Организационный менеджмент по оценке деятельности медицинских работников РЦРЗ МЗ РК // Менеджер. Астана. 2012. №2(1). С. 28-29.
10. Калкенова А. А. Организационно-методические подходы к профилактике хронических неэпидемических заболеваний у сотрудников органов внутренних дел: Автореф. дисс...к.м.н.:14.00.33. Семей. 2010. 13с.
11. Кожекенова Ж. А. Медико-социологические и социально-экономические проблемы санитарно-эпидемиологической службы и пути их решения: автореферат: Алматы, 2010. С. 12.
12. Куценко Г. И., Беляев Е. Н., Петручик О.Е. Роль социально-гигиенического мониторинга в управлении состоянием здоровья детей и подростков // Проблемы городского здравоохранения. Вып.5.: Сб. науч. тр. под. ред. Проф. Н.И. Вишнякова. Санкт-Петербург, 2000. С.56-59.
13. Кучеренко В. З., Вялкова А. И. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования // Медицина. Москва. 2000. 340с.
14. Қазақстан Республикасының 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың «Қазақстан - 2050» атты Халыққа Жолдауы // URL: <http://www.kurylys.astana.kz/node/41845> (кірген күн: 16.06.2014).
15. Қазақстан» денсаулық сақтауды дамытудың Мемлекеттік бағдарламасы // URL: http://zdrav.sko.gov.kz/page.php?page=densauly_k_saktau_salasyn (кірген күн: 15.01.2015).
16. Лисицин Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранения // Гэотар – мед. Москва. 2007 . 500 с.
17. Лукашев А. М. Управляемые факторы риска как ресурсы здоровья населения в современных условиях (на примере г.Москвы): Автореф. Дисс...к.м.н.: 14.00.33. Москва. 1999. 21с.
18. Лучкевич В. С. Основы социальной медицины и управления здравоохранением. // Здравоохранение России. Санкт-Петербург. 1997. С.66-150.
19. Макушенко Н. В. Изучение мнения врачей о профилактической работе в территориальной поликлинике // Проблемы городского здравоохранения. Вып.7.:Сб. науч. Тр. Подред. Проф. Н.И.Вишнякова. Санкт-Петербург. 2001. С.26-28.
20. Медик В. А., Юрьев В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению // Медицина. Москва. 2001. 200с.
21. Миняева В. А., Вишнякова Н. И Общественное здоровье и здравоохранение // Мед пресс-информ. Москва. 2002. С 528.
22. Москвичев А. М., Гаврилов В. А. реформы здравоохранения в Европе: анализ нынешних стратегий // Экономика здравоохранения. М. 1996. №10. С.5-9.
23. Павлов Ю. В., Макушенко Н. В. Отношение населения к профилактической работе поликлиники // Здоровье в XXI веке: Сб. материалов Всеросс. науч.-практ. конф. (Тула, 28-30 сентября 2000г.). Тула. 2000. С. 179 – 181.
24. Саркисов Д. С., Пальцев М. А., Петров Н.К. Формула "...лечить не болезнь, а больного" в прошлом и настоящем // Здоровье и болезнь как состояние человека: Мат. респ. науч.-практ. конф. "Здоровье" (Ставрополь, 13-14 апрель 2000 г.) Ставрополь. 2000. С.315.

25. Синявский В. М., Журавлев В. А. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе // Глав.врач. Санкт-Петербург 2006. №6. С.41-50.
26. Ситказинов А. К. Актуальные аспекты первичной медико-санитарной помощи // Наука и здравоохранение. Семей. 2012. №5. С 9-11.
27. Соколова Л. А. и соавт. О совершенствовании профилактических медицинских осмотров трудящихся г. Архангельска // Экология человека. Архангельск. 2000. №4. С.50-51.
28. Страдубова В. И., Соболевой Н. П. Стратегия профилактики заболеваний в условиях реформирования здравоохранения // Экономика здравоохранения. М. 2002. №1(1). С.5-10.
29. Сыздыкова А. А. Развитие кадровых ресурсов ПМСП в Республике Казахстан // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. Астана. 2013. №4(9). С.21-26
30. Сыздыкова А. А., Егеубаева С. А., Койков В. В., Калиева М. А., Березин С. С, Турумбетова Т. Б. Современные подходы к решению проблем кадровой обеспеченности в области здравоохранения // Денсаулық Сақтауды Дамыту Журналы / Journal O F Health Development №1-2 (66-67) Астана. 2013. С.4
31. Токежанов Б. Т., Кадырова Н. А. Обзор анализа политики финансирования в Казахстане // Национальные счета здравоохранения Республики Казахстан, Обзор расходов здравоохранения, Республиканский Центр развития здравоохранения, Астана, 2011.
32. Тюрина О. В. Методологические, методические и медико-организационные подходы к оптимизации территориальной системы управления факторами, определяющими качество медицинской помощи (на примере удовлетворенности пациентов медицинской помощью): Автореф. Дисс...д.м.н.: 14.00.33. Санкт-Петербург. 2001. 44с.
33. Филатов В. Б. и соавт. Организационные технологии в здравоохранении. НИИ им. Н.А. Семашко. Москва. 2001. 108с.
34. Хальфин Р. А., Оганов О.Г Проблемы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний в современных условиях // Проблемы управления здравоохранением. СПб. 2002. №: 1 (2). С. 26-31
35. Чернухин М. Т. Научное обоснование деятельности ведомственного стационара органов внутренних дел в крупном много-миллионном городе в условиях современных социально-экономических реформ: Дисс... к.м.н. Санкт-Петербург. 2000. 226с.
36. Чижикова Т. В. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи населению сельского муниципального района: автореферат. Москва, 2010. С 67
37. Шевченко Ю. Л. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения // Проблемы управления здравоохранением. М. 2002. №1(2). С.5
38. Bretthauer M. Evidence for colorectal cancer screening // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. London 2010. №24 (4). P.423
39. Jess T., Simonsen J. Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years // Gastroenterol. London. 2012. № 143 (2). P. 398.
40. McKee M, Clarke A, Kornitzer M, GheysSENS H, Krasnik A, Brand H, Levett J, Bolumar F, Chambaud L, Herity B, Auxilia F, Castali S, Lanheer T, Lopes Dias J,ria T. Public health medicine training in the European community: is there scope for harmonization? European Journal of Public Health, New York. 1992; 2: 42-44 p.
41. Porter D. Health, Civilisation and the State // Routledge. New York. 1999. 384 p.
42. Porter D. Health, Civilisation and the State. New York: Routledge, 1999. 356 p.
43. Robert J., Hilsden S., McGregor E. Colorectal cancer screening: practices and attitudes of gastroenterologists, internists and surgeons // Can. J. Surg. 2005. №48 (6). P.423
44. Smulders E., Enkelaar L., Schoon Y., Geurts A.C., van Schrojenstein Lantman-de Valk H, Falls prevention in persons with intellectual disabilities: development, implementation, and process evaluation of a tailored multifactorial fall risk assessment and intervention strategy // Routledge. New York. 2013. №166. P 41.
45. Turner S. P., Turner J. H. The Impossible Science: An Institutional Analysis of American Sociology. New York: Sage, 1990. 218 p.

References:

1. Akanov A. A., Devyatko V. N., Obshchestvennoe zdravookhranenie v Kazakhstane: Kontsepsiya, problemy, perspektivy [Public health care in Kazakhstan: Concept, problems, prospects]. Meditsinskaya nauka Kazakhstana [Medical science in Kazakhstan] Almaty, 2001. 100p.

2. Arhangel'skaya E. F., Zhidov N. M. Problemy zdorov'ya i zdravookhraneniya [Problems of health and health care]. *Zdravookhr. Ros. Federatsii* [Health of the Russian Federation] M. 1997. 4. pp.23-25.
3. Butov V. S., Butova O. A. Zdorov'e: valeologicheskie, konstitutsional'nye, ekologicheskie aspekty. Zdorov'e i bolezni' kak sostoyanie cheloveka: Mat. resp. nauch.-prakt. konf. "Zdorov'e" (Stavropol', 13-14 Aprel' 2000 g.) [Health: valeological, constitutional, ecological aspects: Mat. republic scientifically practical conference. "Health", Stavropol, 13-14 April, 2000]. Stavropol. 2000. pp.44-49.
4. Vasil'eva T. N. i soavt. *Udovletvorennost' patsienta vozmozhnostyami profilakticheskoi meditsiny*. Problemy realizatsii kontseptsii razvitiya zdrovoohraneniya i meditsinskoi nauki v RF: Mat. Vseross. konf. (Moskva, 1-5 dekabrya 1997g.) [Problem of implementation of the concept of development of health care and medical science in the Russian Federation: Mat. All-Russian conference, Moscow, on December 1-5, 1997] Moskva. 1997. p.p.246-248.
5. Gasanov A. N. *Nauchnoe obosnovanie sistemy obespecheniya kachestva i effektivnosti dispanserizatsii detei i podrostkov v usloviyah detskikh gorodskikh poliklinik*. Avtoref.diss...k.m.n.:14.00.33 [Scientific justification of system of ensuring quality and efficiency of medical examination of children and teenagers in the conditions of children's city polyclinics. abstract candidate of medical sciences.] Moskva. 2006. 17 p.
6. Gusev A. O., Makushenko N. V. *O sostoyaniyu mediko-gigienicheskogo prosveshcheniya naseleniya*. Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. Vyp.5.: Sb.nauch.tr.pod red. prof N. I. Vishnyakova [About a condition of medico-hygienic education of the population. N. I. Vishnyakov's edition. Problems of Urban Health. St. Petersburg., 2000] Sankt-Peterburg. 2000. pp.396-372
7. Doskaliev Zh. *Razvitie Gosudarstvennoy sistemy zdravookhraneniya na novom urovne* [New level of policy of the state health care will reach] Almaty, 13 iyul' 2009 g. URL: <http://www.inform.kz/kaz/article/2185523>, (accessed 28.09.2013)
8. Egorysheva I. V., Danilishina E. I. *Proekt optimizatsii meditsinskoi pomoshchi naseleniyu Rossii v nachale XX veka*. Razvitie sistemy obespecheniya kachestva meditsinskoi pomoshchi v sovremennoy usloviyah i problemy optimizatsii strukturny zdravookhraneniya: Mat. VI nauch.-prakt. konf. (Moskva, 24-25 Aprelya 2001g.). [The project of optimization of medical care to the population of Russia at the beginning of the XX century: Mat. VI scientific and practical conference, Moscow, on April 24-25, 2001] Moskva. 2011. 44 p
9. Ibraev S. E., Makashev D. M., Kambarova G. A. *Organizatsionnyi menedzhment po otsenke deyatel'nosti meditsinskikh rabotnikov RCRZ MZ RK*. Menedzher [Organizational management according to activity of health workers of Republican Center for Health Development of the Republic of Kazakhstan. the Manager. 2012] Astana. 2012. 2(1). pp.28-29.
10. Kalkanova A. A. *Organizatsionno-metodicheskie podkhody k profilaktike khronicheskikh neepidemicheskikh zabolevanii u sotrudnikov organov vnutrennikh del*: Avtoref.diss...k.m.n.:14.00.33. [Organizational and methodical approaches to prevention of chronic not epidemic diseases at the staff of law-enforcement bodies: abstract candidate of medical sciences] Semey. 2010. 13p.
11. Kozhekenova Zh. A., Mediko-sotsiologicheskie i sotsial'no-ekonomicheskie problemy sanitarno-epidemiologicheskoi sluzhby i puti ik resheniya. Avtoreferat. [Medico-sociological and social and economic problems of sanitary and epidemiologic service and way of their decision. abstract] Almaty, 2010. 12 p.
12. Kutsenko G. I., Belyaev E. N., Petruhuk O. E. *Rol' sotsial'no-gigienicheskogo monitoringa v upravlenii sostoyaniem zdorov'ya detei i podrostkov*. Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. Vyp.5.: Sb. nauch. tr. pod. red. prof. N. I. Vishnyakova. [Part of social and hygienic monitoring in management of a state of health of children and teenagers. Problems of city health care. V.5.: collection of scientific works. under. edition of the Prof. N. I. Vishnyakov. St. Petersburg, 2000] Sankt-Peterburg, 2000. pp. 56-59.
13. Kucherenko V. Z., Vyalkova A. I. Organizatsiya i analiz deyatel'nosti lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenii v usloviyah obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya. Meditsina. [The organization and the analysis of activity of treatment - and - prophylactic establishments in the conditions of obligatory medical insurance. Medicine] Moskva. 2000. 340 p.
14. *Gosudarstvennaya Programma razvitiya zdravookhraneniya «Salamatty Kazakhstan» na 2011-2015 gody* [A state program of development of health care of the Republic of Kazakhstan for

- 2011-2015 "Salamatty Kazakhstan"]. URL: http://zdrav.sko.gov.kz/page.php?page=densauly_k_saktau_salasyn (accessed 15.01.2015).
15. Poslanie narodu Prezidenta Respubliki Kazakhstan N.A. Nazarbaeva «Kazakhstan - 2050» [Message of the President to the people of the Republic of Kazakhstan of N. A. Nazarbayev "Kazakhstan-2050"]. URL: <http://www.kurylys.astana.kz/node/41845> (accessed 16.06.2014).
16. Lisičin Ju. P.. *Obshchestvennoe zdrorov'e i zdravookhraneniye*. Geotar – med. [Public health and health care. Geotar – med] Moskva. 2007. 500 p.
17. Lukashev A. M. *Upravlyayemye faktory risika kak resursy zdrorov'ya naseleniya v sovremennyh usloviyakh (na primere g.Moskvy)*: Avtoref. diss...k.m.n.: 14.00.33. [The operated risk factors as resources of health of the population in modern conditions (on the example of Moscow): abstract candidate of medical sciences] Moskva. 1999. 21p.
18. Luchkevich V. S. Osnovy sotsial'noi meditsiny i upravleniya zdravookhraneniem. *Zdravookhranenie Rossii*. [Basics of Social Medicine and Health Management. Health Russia] Sankt-Peterburg. 1997. pp.66-150.
19. Makushenko N. V. *Izuchenie mneniya vrachei o profilakticheskoi rabote v territorial'noi poliklinike. Problemy gorodskogo zdravookhraneniya*. Vyp.7.:Sb. nauch. Tr. Podred. Prof. N. I. Vishnyakova. [Studying of opinion of doctors on scheduled maintenance in territorial polyclinic. Problem of city health care. Vyp.7. collection of scientific works. Subedition of the Prof. N. I. Vishnyakov. St. Petersburg, 2001] Sankt-Peterburg. 2001. pp.26-28.
20. Medik V. A., Yur'ev V. K. Kurs lektseii po obshchestvennomu zdrorov'yu i zdravookhraneniyu. *Meditina*. [A course of lectures on public health and health care. Medicine] Moskva. 2001. 200 p.
21. Minyaeva V. A., Vishnyakova N. I *Obshchestvennoe zdrorov'e i zdravookhranenie*. Med press-inform. [Public health and health care. Med press] Moskva. 2002. 528 p.
22. Moskvichev A. M., Gavrilov V. A. Reformy zdravookhraneniya v Evrope: analiz nyneshnih strategiy. *Ekonomika zdravookhraneniya*. [Reforms of health care in Europe: analysis of current strategy. Health Economics] M. 1996. 10. pp. 5-9.
23. Pavlov Yu. V., Makushenko N. V. *Otnoshenie naseleniya k profilakticheskoi rabote polikliniki*. Zdrorov'e v XXI veke: Sb. materialov Vseross. nauch.-prakt. konf. (Tula, 28-30 Sentyabrya 2000). [Attitude of the population to scheduled maintenance poliklinik: Health in the XXI century: Collect. materials of Vseross. scientific and practical conference, Tula, on September 28-30, 2000] Tula. 2000. pp. 179 – 181.
24. Sarkisov D. S., Pal'tsev M. A., Petrov N. K. *Formula "Lechit' ne bolezen', a bol'nogo" v proshlom i nastoyashchem*. Zdorov'e i bolezni' kak sostojanie cheloveka: Mat. resp. nauch.-prakt. konf. "Zdorov'e" (Stavropol', 13-14 aprel' 2000 g.) [Formul "to treat not disease, and the patient" in a pro-helmet and real: Health and disease as condition of the person: Mat. republic scientifically practical conference. "Health", Stavropol, 13-14 April, 2000] Stavropol'. 2000. 315 p.
25. Sinyavskii V. M., Zhuravlev V. A. Organizatsiya sistemnogo upravleniya, ucheta i kontrolya v ambulatorno-poliklinicheskoi sluzhbe. *Glav.vrach.* [Organization of system management, the account and control in outpatient and polyclinic service. Heads doctor] Sankt-Peterburg 2006. 6. pp.41-50.
26. Sitkazinov A. K. Aktual'nye aspekty pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi. *Nauka i Zdravoohraneniye*. Semey. [Actual aspects of primary medical and sanitary help. Science and Health] 2012. 5. pp. 9-11.
27. Sokolova L. A. i soavt. O sovershenstvovanii profilakticheskikh meditsinskikh osmotrov trudyashchikhsya g. Arkhangelska. *Ekologiya cheloveka*. [About improvement of routine medical examinations of workers of Arkhangelsk. Human Ecology] Arkhangelsk. 2000. 4. pp.50-51.
28. Stradubova V. I., Sobolevoi N. P. Strategiya profilaktiki zabolenii v usloviyah reformirovaniya zdravookhraneniya. *Ekonomika zdravookhraneniya*. [Strategy of prevention of zaboleniye in the conditions of reforming of health care. Health Economics] M. 2002. 1(1). pp.5-10.
29. Syzdykova A. A. Razvitie kadrovyyh resursov PMSP v Respublike Kazakhstan. *Menedzher zdravookhranenia Respubliki Kazakhstan*. [Development of the Primary health care personnel resources in the Republic of Kazakhstan] Astana. 2013. 4(9). pp.21-26.
30. Syzdykova A. A., Egeubaeva S. A., Koikov V. V., Kalieva M. A., Berezin S.S, Turumbetova T. B. Sovremennye podkhody k resheniyu problem kadrovoi obespechennosti v oblasti zdravookhranenija / GU «Ministerstvo zdravoohranenija Respubliki Kazakhstan», RGP «Respublikanskii

tsentr razvitiya zdravookhraneniya» MZ RK *Densaulyk Saktaudy Damytu Zhurnaly*. Journal O F Health Development [Modern approaches to the solution of problems of personnel security in the field of health care] Astana. 2013. 1-2 pp.66-67.

31. Tokezhanov B. T., Kadyrova N. A. *Obzor analiza politiki finansirovaniya v Kazakhstane. Natsional'nye shcheta zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan, Obzor raskhodov zdravookhraneniya, Respublikanskii Centr razvitiya zdravooхранениya*, [The review of the analysis of policy of financing in Kazakhstan] Astana, 2011. p.4-10.

32. Tyurina O. V. *Metodologicheskie, metodicheskie i mediko-organizatsionnye podhody k optimizatsii territorial'noi sistemy upravleniya faktorami, opredelyayushchimi kachestvo medicinskoi pomoshchi (na primere udovletvorennosti patsientov meditsinskoi pomoshch'yu)*: Avtoref. diss...d.m.n.: 14.00.33. [Methodological, methodical and medico-organizational approaches to optimization of a territorial control system of factors, opredelyayushchimy quality of medical care (on the example of satisfaction of patients with medical care): Author is Abstract of doct. diss] Sankt-Peterburg. 2001. 44 p.

33. Filatov V. B. i soavt. *Organizatsionnye tekhnologii v zdravookhranenii*. NII im. N.A. Semashko. [Organizational technologies in health care. National Institute for Research name N.A. Semashko] Moskva. 2001. 108 p.

34. Hal'fin R. A., Oganov O. G *Problemy meditsinskoi profilaktiki neinfekcionnykh zabolevanii v sovremennykh usloviyakh. Problemy upravleniya zdravookhraneniem*. [Problems of medical prevention of noncommunicable diseases in modern conditions. Problems of health management] SPb. 2002. 1 (2). pp. 26-31

35. Chernuhin M. T. *Nauchnoe obosnovanie deyatel'nosti vedomstvennogo statcionara organov vnutrennih del v krupnom mnogomillionnom gorode v usloviyakh sovremennykh sotsial'no-ekonomiceskikh reform* : Diss... k.m.n. [Scientific justification of activity of a departmental hospital of law-enforcement

bodies in the large multimillion city in the conditions of modern social and economic reforms: diss. candidate of medical sciences] Sankt-Peterburg. 2000. 226 p.

36. Chizhikova T. V. *Sovershenstvovanie pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi naseleniyu sel'skogo municipal'nogo raiona*: Avtoreferat. [Improvement of primary medical and sanitary help to the population of the rural municipal area: abstract] Moskva, 2010 . 67 p.

37. Shevchenko Yu. L. *Osnovnye napravleniya realizatsii gosudarstvennoi politiki v oblasti zdravookhraneniya. Problemy upravleniya zdravookhraneniem*. [The main directions of realization of a state policy in the field of health care. Problems of health management] M. 2002. 1(2). 5 p.

38. Brethauer M. Evidence for colorectal cancer screening. Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. London 2010. 24 (4). 423 p.

39. Jess T., Simonsen J. *Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years* // Gastroenterol. London. 2012. № 143 (2). P. 398.

40. McKee M, Clarke A, Kornitzer M, Gheyssens H, Krasnik A, Brand H, Levett J, et al. *Public health medicine training in the European community: is there scope for harmonization?* European Journal of Public Health, New York. 1992;2 : pp. 42-44 .

41. Porter D. *Health, Civilisation and the State* // Routledge. New York. 1999. 384 p.

42. Porter D. *Health, Civilisation and the State*. New York: Routledge, 1999. 356 p.

43. Robert J., Hilsden S., McGregor E. *Colorectal cancer screening: practices and attitudes of gastroenterologists, internists and surgeons* // Can. J. Surg. 2005. 48 (6). 423 p.

44. Smulders E., Enkelaar L., Schoon Y., Geurts A. C., van Schrojenstein Lantman-de Valk H., *Falls prevention in persons with intellectual disabilities: development, implementation, and process evaluation of a tailored multifactorial fall risk assessment and intervention strategy* // Routledge. New York. 2013. 166. 41 p.

45. Turner S. P., Turner J. H. *The Impossible Science: An Institutional Analysis of American Sociology*. New York: Sage, 1990. 218 p.

Контактная информация:

Ордабаева Инабат Нурлановна – магистрант 2-го года обучения по специальности «Общественное здравоохранение» Государственного медицинского университета города Семей

Почтовый адрес: 071400, Восточно-Казахстанская область, г. Семей, ул. Абая, 103

Тел. 53-86-36

E-mail: inabatnn@mail.ru

ӘӘЖ 613.96 – 057.874

ҚАЗІРГІ УАҚЫТТАҒЫ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

**Г. К. Амантаева¹, А. Б. Досымханова¹,
М. Б. Бейсендазина², Н. Ж. Чайжунуссова²**

Семей қаласы, Мемлекеттік медицина университеті

¹ «Медико-профилактикалық іс» мамандығы бойынша 2-ші жыл магистранты;

² Тағамтану және гигиеналық пәндер кафедрасы

Бұл мақалада оқушылардың денсаулық жағдайы динамикасының жағымсыз тенденциясы және өскелең үрпақ денсаулығын сақтау және қалыптастырудары білім беру жүйесінің рөлі жөніндегі мәліметтерге талдау жасалған.

Негізгі сөздер: денсаулық жағдайы, оқушылар, аурушаңдық, санитарлық-эпидемиологиялық қолайлышы.

HEALTH STATUS OF THE MODERN PUPILS

**G. Amantayeva¹, A. Dosymkhanova¹,
M. Beysengazina², N. C. Chayzhunussova**

Semey state medical university,¹ Магистрант 2-го года обучения по

специальности «Медико-профилактическое дело»,

² Department of nutrition and hygienic disciplines

This article contains an analysis of the role of the negative tendencies in the dynamics of the pupils' health status and the school education system in creating and maintaining the health of the younger generation.

Keywords: health condition, purple, diseases, sanitary and epidemiological welfare.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ШКОЛЬНИКОВ

**Г. К. Амантаева¹, А. Б. Досымханова¹,
М. Б. Бейсендазина², Н. Ж. Чайжунуссова²**

Государственный медицинский университет г. Семей

¹ Магистрант 2-го года обучения по специальности «Медико-профилактическое дело»; ² Кафедра питания и гигиенических дисциплин

В данной статье отражен анализ роли негативных тенденций динамики состояния здоровья школьников и системы образования в формировании и сохранении здоровья подрастающего поколения.

Ключевые слова: состояние здоровья, школьники, заболеваемость, санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Библиографическая ссылка:

Амантаева Г. К., Досымханова А.Б., Бейсендазина М.Б., Чайжунуссова Н.Ж. Состояние здоровья современных школьников. // Наука и Здравоохранение. 2015. № 1. С. 55-59.

Amantayeva G., Dosymkhanova A., Beysengazina M., Chayzhunussova N. C. Health status of the modern pupils. Nauka i Zdravooхранение [Science & Healthcare]. 2015, 1, pp. 55-59.

Амантаева Г. К., Досымханова А.Б., Бейсендазина М.Б., Чайжунуссова Н.Ж. Қазіргі уақыттағы мектеп оқушыларының денсаулық жағдайы // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 1. Б. 55-59.

Әскелен үрпақтың денсаулығы – қазіргі жағдайға әсерін тигізетін және болашаққа болжай жасауға мүмкіндік беретін, қофам және мемлекет қолайлылығының маңызды индикаторы. Ғылыми әдебиеттерде денсаулықтың көптеген анықтамалары келтірілген. ДДҰ анықтамасы бойынша "денсаулық – бұл, тек аурудың болмауы ғана емес, толық физикалық, психикалық, әлеуметтік және рухани қолайлылық".

Соңғы жылдары халықтың, әсіресе білім алушы жастардың денсаулық жағдайының жағымсыз динамикасы байқалуда [5]. Кейбір демографиялық көрсеткіштердің тұрақтануына қарамастан, білім беру мекемелерінде білім алып жатқан балалар мен жасөспірімдер денсаулығы нашарлануының айқын басымдылығы анықталуда.

Жасөспірімдік шақтағы балалардың денсаулық жағдайындағы айқын көрі ығысулар қазіргі уақытта маңызды медициналық-әлеуметтік салдарға әкеп соғуда – репродуктивті денсаулықтың нашарлауы, кәсіби білім алу мүмкіндігінің, жұмысқа тұрудың шектелуі, әскери міндетті өтеуге жарамды жасөспірімдер санының азауы, осы атаптандар демографиялық жағдайға, мемлекеттің еңбек және әскери потенциалына көри әсерін тигізбей қоймады [2].

Заманауи оқушылардың денсаулық жағдайының деңгейіне жағымсыз факторлар кешені әсерін тигізеді. Біз оларға бірінші кезекте мыналады жатқызамыз: жеткіліксіз және құнарсыз тамақтану, экологиялық және әлеуметтік жағдайдың нашарлауы, тұрақты стресс, балаларға білім берудегі бағдарламалардың гигиеналық нормативтерге сәйкесіздігі, зиянды әдептердің таралуы.

Мектептік жас – кез-келген тұлғаның дамуындағы біршама күрделі сатылардың бірі. Бұл жаста жүйке-психикалық және гормоналды өзгерістер, қарқынды жыныстық жетілу және психосоматикалық денсаулықтағы әртүрлі мәселелер пайда болады.

Соңғы бес жылда оқушылар арасындағы жалпы аурушандық 22% өсті, атап айтқанда анемия – 2,5 есеге, ас қорыту ағзаларының аурулары – 2 есеге, тыныс алу ағзаларының аурулары – 1,5 есеге, эндокринді аурулар және тамақтанудағы бұзылыстар 1,4 есеге, жүйке жүйесінің аурулары 1,5 есеге, жарақаттар және уланулар 1,2 есеге. Жедел респираторлы-вирустық инфекциялар есебінен тыныс алу ағзаларының аурулары,

асқазан-ішек жолдарының аурулары және тірек-қимыл аппаратының аурулары алғашқы орындарда тұр [7].

Көптеген авторлардың ғылыми зерттеулерінің нәтижесі соңғы жылдардағы деңгейде отыр, балалар мен жасөспірімдердің физикалық дамуының айқын төмендеу үрдісі байқалуда, мектеп оқушыларының арасында деңе салмағының жеткіліксіздігі және биологиялық жасының артта қалуы жиілей бастады [6].

Қазақстандық авторлардың мәліметтеріне сүйенсек, әсіресе 14 жасқа дейінгі қыздар арасында антропометрлік көрсеткіштер бойынша жылдық бой қосу қарқындының баяулауы анықталған, негізінен норма бойынша ол жылына 4 см болса, біздің жағдаймызда 1 см құраған [6].

Мектепте оку кезінде созылмалы аурушандық деңгейінің 76% жоғарылауы салдарынан оқушылардың денсаулық жағдайының нашарлауы пайда болады, жоғарғы сатыларда үш және одан да көп созылмалы аурулары бар балардың салмақтық үлесі 3,4 есеге өседі [12].

Әкінішке орай, статистика көрсеткендей Қазақстанда соңғы он жылда балалар мен жасөспірімдер денсаулығының тұрақты нашарлау үрдісі байқалады. Жасөспірімдердің 50%-дан астамы созылмалы аурушандықтан зардал шегуде, ал қыздар арасындағы аурушандық көрсеткіші ер балаларға қарағанда 10-15%-ға жоғары. Мектепте білім алу барысында көрудің нашарлауы 5 есеге, ас қорыту ағзалары және тірек-қимыл аппаратының аурулары – 3 есеге, жүрек-қантамыр жүйесіндегі бұзылыстар және психикалық нашарлаулар шамамен 2 есеге жоғарылады. Мектеп бітірушілердің тек 5% ғана толығымен деңгейде болады. Соңғы 5 жылда дұрыс тамақтанбау салдарынан туындаған аурулардың жиілігі өсken. Қазақстан Республикасының статистика бойынша агенттігінің мәліметтері бойынша жасөспірімдер арасында анемия 2,3 есеге өсken, бұл көрсеткіш ересектермен салыстырғанда 2 есеге жоғары.

Әртүрлі авторлардың мәліметтері бойынша тек 10-15% оқушы деңгейде есептелінеді, шамамен 50% оқушыларда аздаған морфологиялық және функционалды ауытқышылдықтар және 35-40%-да созылмалы аурушандық бар. Медициналық

қараулар мәліметтеріне сүйенсек, мектепте білім алу барысында балалардың денсаулық жағдайы 4 - 5 есеге нашарлайды. Мектепті аяқтаған әрбір үшінші түлекте жақыннан көргіштік, тұлғаның бұзылуы, әрбір төртіншісінде - жүрек - қантамыр жүйесінің патологиясы анықталады. Осыдан шығатын қорытынды, мектеп сауықтыруши рөлді атқарғаның орнына, аурушандықтың дамуына алып келетін қосымша қауіп факторына айналғандай [5, 10].

Заманауи оку үрдісі барысындағы психоэмоционалдық жүктеменің жоғарылауы окушы организміне жоғары талап қояды. Заманауи талап бойынша қарқынды және ұзақтығы бойынша ұзын-сонар ақпараттық жүктеме гиподинамияға әкеліп, айқын жүйке-эмоционалды күштеме мен жағымсыз экологиялық жағдай әсерінен баланың психофизиологиялық қызметі төмендей отырып окушы организміне кері әсерлерін тигізді, бұл жағдайлар әсіресе оку барысында гимназиялық сыйыптарда көрінеді. Балалар мен жасөспірімдер аурушандығы құрылымында білім беру ортасының факторлары салдарынан туындайтын кейір психопатологиялық жағдайларды бөліп қарастыруға болады [1, 8, 9].

Заманауи мектеп оқушыларын салауаттандыру бойынша шаралар кешенін қарастыру қажеттілігі оку жүктемесінің әсерінен болатын окушы организмінің психикалық функциясын бағалау мәселесінің өзектілігі болып табылады. Себебі, барлық функциональді жүйелер мен реттеу механизмдері ұзақ жүктеме түсу түрінде қызмет етеді. Зерттеулер көрсеткендей, қазіргі кезде мектептегі бірінші сыйыптың өзінде әрбір үшінші баланың денсаулық жағдайында қындықтар анықталады. Ал жасөспірімдерде бұдан да біршама үрейлі көрсеткіштер тіркеледі – олардың үштен екісінде денсаулық жағдайында ауытқулар бар [11].

Білім берудің қарқындылығы және жоғары оку жүктемесі оқушыларда созылмалы шамадан тыс қажудың дамуына, жүйке-психикалық, вегето-тамырлық бұзылыстардың және нейроциркуляторлық дистонияның қалыптасуына алып келеді [3, 13].

Ғылыми зерттеулерде көрсетілген мәліметтерге сүйенсек, білім беру үрдісі қарқынды жүретін мекемелерде (гимназиялар, лицейлер, авторлық мектептер) апталық

жүктеменің фактілі көлемі (білім беру мекемесіне және үй тапсырмасын орындаға кеткен уақыт) оқушының «жұмыс күнінің» ұзаруына әкеледі: бастапқы сыйып оқушылары үшін тәулігіне 10-12 сағат, ал жоғары сыйып оқушылары үшін 15-16 сағат. Оқушылар уақыт жеткіліксіздігін тұнгі үйқы әсерінен және қозғалыс белсенділігімен толықтырады (оқушылардың 75% гиподинамия жағдайында болады).

Күн және апта соңында оқушылардың 40-55%-да айқын қажу қарқынды оку үрдісінің нәтижесі болып табылады, ал бұл кезде жалпы білім беру мектептеріндегі мұндаиды балалардың үлесі 20-30%-ды құрайды; 60-63% оқушыларда артериалды қысымның өзгеруі тіркеледі (негізінен гипертония типі бойынша), 78-85% - невроз тәрізді реакция байқалады. Білім алушының әлеуметтік-психологиялық дезадаптациясы әрбір мекеме үшін әртүрлі: лицейлерде дезадаптация тиімсіз оку әрекеті түрінде басым болады, гимназияларда - тиімсіз оку әрекеті және эмоционалды қолайсыздық, жеке меншік (авторлық) мектептерде - мәселе оқушылардың әлеуметтік қатынасында [5].

Балалар мен жасөспірімдердің денсаулық жағдайының нашарлауына әкелетін факторлар кешеніне мектептегі оку жағдайына қойылатын гигиеналық талаптардың сақталмауы да жатады, атап айтқанда сыйып бөлмелерінің тығыздығы, жағымсыз микроклимат жағдайы, компьютерлермен бөлмені жабдықтау кезіндегі қауіпсіздік талаптарының бұзылуы [4].

Жоғарыда аталған мәліметтерге байланысты өткен ұрпақ пен қазіргі өскелен ұрпақтың денсаулық жағдайына салыстырмалы гигиеналық бағалау жүргізу қажеттігі туындалп отыр.

Әдебиеттер тізімі:

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Сухарева Л. М. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН. 2009. №5. С. 6-11.
2. Доклад о положении детей в Республике Казахстан. Город Астана, 2011 год. Режим доступа: <http://www.adilet.gov.kz/ru/node/33114>. (дата обращения: 10.10.2014).
3. Зорина И. Г. Особенности психофизиологического статуса школьников, обучающихся

в учебных заведениях разных типов // Гигиена и санитария. 2008. №3. С. 75–77.

4. Макарова Л. П., Буйнов Л. Г., Пазыркина М. В. Сохранение здоровья школьников как педагогическая проблема // Современные проблемы науки и образования. 2012. №4. С. 242.

5. Макарова Л. П., Корчагина Г. А. Особенности состояния здоровья современных школьников // Вестник Герценовского университета. 2007. №8. С. 47–48.

6. Мергенова Г. А. О некоторых аспектах малоподвижного образа жизни подростков // Здоровье и болезнь. 2005. №10 (47). С. 8-10.

7. Нукетаева Д. Ж. Развитие нации – через сохранение и укрепление здоровья школьников Казахстана // Материалы международного форума специалистов формирования здорового образа жизни «Здоровое будущее здоровой нации», Алматы, 26 ноября, 2010. С 12.

8. Окнин В. Ю. Проблемы утомления, стресса и хронической усталости // Рос. мед. журн. 2004. 12. №5. С. 46–49.

9. Онищенко Г. Г. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия детского населения России // Гигиена и санитария. 2008. № 2. С. 72–78.

10. Плахов Н. Н. Безопасность жизнедеятельности: психолого-педагогические основания здоровья // Известия Российского государственного университета им. А. И. Герцена. 2012. №145. С. 90–96.

11. Послание Президента Федеральному Собранию 2010 г. Режим доступа: http://www.kremlin.ru/transcripts/9637/work_ (дата обращения: 10.10.2014).

12. Сидашева Г. Т., Кабулова Р. А. Проблемы питания и физической активности // Практическое здравоохранение. 2010. №3. С. 208-209.

13. Сухарева Л. М., Panoporm И. К., Бережков Л. Ф., Ямпольская Ю. А., Звездина И. В. Особенности заболеваемости московских школьников за последние 50 лет // Гигиена и санитария. 2009. №2. С. 21-26.

14. Leung, W. K. Dental caries and periodontal status of 12 year old school children in rural Qinghai, China / W. K. Leung, C. H. Chu // Int. Dent. J. 2003. Apr; 53 (2):73 - 738;

15. Tomkinson, G. R. Secular trends in physical performance of Australian children. Evidence from the Talent Search program / G. R. Tomkinson, T. S. Olds, J. Gulbin // J. Sports Med. Phys. Fitness. 2003. Mar; 43 (I) 90 - 98.

References:

1. Baranov A. A., Kuchma V. R., Sukhareva L. M. Sostoyanie zdorovya sovremennoy detei i podrostkov i rol medico-sotsialnyh factorov v ego formirovani, *Vestnik RAMN*. [Health condition of modern children and adolescents and role medical-social factors in its formation]. RAMS Bulletin]. 2009, 5, pp. 6-11.
2. Doklad o polozhenii detey Respubliki Kazakhstan. Gorod Astana. 2011 g. [Report on the situation of children RK]. 2011 g. Regimen of access: <http://www.adilet.gov.kz/ru/node/33114>. (accessed 10.10.2014).
3. Zorina I. G. Osobennosti psihofiziologicheskogo statusa shkolnikov, obuchayuschikhsya v uchebnykh zavedeniyakh raznykh tipov, *Gigiena i sanitariya*. [Features of psycho and physiological status of pupil studying in various educational institution]. [Hygiene and sanitation]. 2008, 3. pp. 75–77.
4. Makarova L. P., Buinov L. G., Pazyrkina M. B. Sokhranenie zdorov'ya shkolnikov kak pedagogicheskaya problema, *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. Pupil's health saving as pedagogical problem. [Modern problem of science and education]. 2012, 4. p. 242.
5. Makarova L. P., Korchagina G. A. Osobennosti sostoyania zdorov'ya sovremennoy shkolnikov, *Vestnik Gertsenovskogo universiteta* [Features of health condition of modern pupils.] [Gercen university's Bulletin]. 2007, 8, pp. 47–48.
6. Mergenova G. A. O nekotorykh aspektakh malopodvizhnogo obraza zhizni podrostkov, *Zdorov'ye i bolezni*. On certain aspects of sedentary lifestyles teenagers. [Health and disease]. 2005, 10 pp. 8-10.
7. Nuketaeva D. Zh. Razvitie natsii cherez sokhranenie i ukreplenie zdorov'ya shkolnikov Kazakhstana. Materialy mezhdunarodnogo foruma spetsialistov formirovaniya zdorovogo obraza zhizni. «Zdorovoe budushchee zdorovoi natsii», Almaty, 26 Noyabrya 2010. [Nation development through saving and strengthening health of Kazakhstan's pupils]. [Materials of international forum's specialist formulation health life style "Healthy future of healthy nation", Almaty, 26 November 2010]. Almaty, 2011. №1. p 12.
8. Oknin B. U. Problemy utomleniya, stressa i khronicheskoy ustalosti, *Ros. med. zhurn.* [Problem of exhaustion stress and chronic fatigue. Russian medical mag.]. 2004, 12, 5. pp. 46–49.

9. Onishchenko G. G. Obespechenie sanitarno-epidemiologicheskogo blagopoluchiya detskogo naseleniya Rossii, *Gigiena i sanitariya*. [Provision of sanitary and epidemiological child welfare of Russia]. [Hygiene and sanitation]. 2008, 2. pp. 72–78.
10. Plakhov N. N. Bezopasnost' zhiznedeyatel'nosti: "Psikhologo-pedagogicheskie osnovaniya zdoroviya", *Izvestya Rossiiskogo gosudarstvennogo universiteta im. A. I. Gercena* [Safety of vital activity: psychological and pedagogical bases of health]. [News of the Russian state university Gercen]. 2012, 145, pp. 90-96.
11. Poslanie Prezidenta Federal'nому Sobraniyu 2010. [Epistle of President for Federal assembly]. Regimen of access <http://www.kremlin.ru/transcripts/9637/work>. (accessed 10.10.2014).
12. Sidasheva G. T., Kabulova R. A. Problemy pitanija i fizicheskoy aktivnosti, *Practicheskoe zdravoohraneniye. Problems of food and physical activities. [Practical public health]*. 2010, 3. pp. 208-209.
13. Suhareva L. M., Rapoport I. K., Berezhkov L. F., Yampolskaya Yu. A., Zvezdina I. V. Osobennosti zabolеваemosti moskovskih shkolnikov za poslednie 50 let, *Gigiena i sanitariya*. Features of morbidity Moscow pupils in last 50 years. [Hygiene and sanitation]. 2009, 2. pp. 21-26.
13. Leung, W. K. Dental caries and periodontal status of 12 year old school children in rural Qinghai, China / W. K. Leung, C. H. Chu // *Int. Dent. J.* 2003. Apr; 53 (2):73 - 738;
14. Tomkinson, G. R. Secular trends in physical performance of Australian children. Evidence from the Talent Search program // G. R. Tomkinson, T. S. Olds, J. Gulbin. *J. Sports Med. Phys. Fitness*. 2003. Mar; 43 (I) 90 - 98.

Контактная информация:

Амантаева Гаухар Кайсановна – магистрант 2-го года обучения по специальности «Медикопрофилактическое дело» Государственного медицинского университета города Семей.

Почтовый адрес: 071400, Восточно-Казахстанская область, г. Семей, ул. Контейнерная, д.25, кв.50.

Телефон: 87013408438

E-mail: gauhar2101@mail.ru