

УДК 616-084

М.Б. РАХИМБАЕВА

Центральная клиническая больница Медицинского центра Управления делами Президента РК

**ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

По данным ВОЗ, заболеваемость и смертность только в 10% зависят от усилий медиков, 40% – от наследственности и экологии, остальные 50% – от самого больного. Поэтому главной задачей в улучшении здоровья населения является формирование здорового образа жизни, нового отношения человека к своему здоровью. Профилактические программы являются основным элементом достижения здоровья и здорового образа жизни.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, факторы риска, профилактика.

**В**о всем мире давно признано, что профилактика более прогрессивна по сравнению с лечением. Именно в этом главное направление в медицине, особенно если имеем дело с неинфекционными заболеваниями: сердечно-сосудистыми, онкологическими, сахарным диабетом, остеопорозом. Практически ни одно из этих заболеваний вылечить до конца не удастся, даже при самых рациональных, современных методах лечения без первичной профилактики, цель которой – уменьшение числа заболеваний. В противном случае количество больных и, соответственно, затраты на здравоохранение, будут постоянно расти.

Страны, благополучные в экономическом и социальном плане, сделали соответствующие выводы и реализуют их на практике. Первые исследования по эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в США были начаты в 1948 г., у нас же только в начале 70-х, то есть уже на старте, мы отстали лет на 20.

Многие страны, например, Финляндия, уже доказали, что способны за счет изменения образа жизни снизить показатели заболеваемости и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях на 50%! Оптимальный вариант профилактики состоит именно в стратегии массовой профилактики. Основа ее – не допустить появления факторов риска, негативно влияющих на здоровье. В ее реализации огромная роль отводится средствам массовой информации: формируется благоприятное общественное мнение, среда, в которой медикам гораздо легче проводить конкретные профилактические мероприятия. Если сформируется общественное мнение, что курить – это очень плохо, то антикурительные кампании врачей будут плодотворны. Решение задачи массовой профилактики под силу лишь государству с его финансовой мощью.

Существует связь между факторами риска и заболевания не только сердечно-сосудистой системы (ИБС, инфаркт, инсульт), но и онкологическими заболеваниями различной локации, сахарным диабетом. Ведь факторы риска во многом общие – курение, ожирение, гиподинамия. Что же входит в программу борьбы, скажем, с гипертонической болезнью? Многие до сих пор считают, что основной причиной артериальной гипертензии являются стрессы. Не умаляя неблагоприятной роли стресса, рассмотрим иные причины. К ним, помимо наследственных генетических факторов, относят образ жизни и питание матерей. Наши главные враги – неумеренное потребление натрия (пищевой соли), переедание, низкая физическая активность. Также к факторам развития гипертонической болезни относят курение и алкоголь. Это беспокоит не только наших врачей, но и медиков других стран. Другая проблема – нехватка пищи. Раньше об этой проблеме не принято было говорить из-за нехватки пищи, теперь из-за нехватки денег. Число людей, страдающих ожирением, очень велико. Едят много, но не то, что принято считать

здоровой пищей. За счет чего следует покрывать потребность в белке? Рыба, нежирное отварное мясо, мясо птицы, бобовые – фасоль, горох, соя. Появились хорошие кукурузное и оливковое масла, маргарины. А сливочного масла достаточно 5 граммов в день. Кстати о холестерине. Уровень его в крови (ммоль/л): до 5,2 – норма; 5,2 – 6,5 – легкая гиперхолестеринемия (воздействуют немедикаментозными мероприятиями); 6,5 – 7,8 – умеренно (лечат сочетанием немедикаментозных средств с лекарственной терапией, особенно при сочетанных факторах риска); свыше 7,8 – немедленная медикаментозная терапия.

В данной ситуации придерживаться профилактики лучше, чем обращаться позже за лечением. Лучшей же профилактикой будет являться диета. Холестерин попадает в организм с продуктами питания: его много в животных жирах, печени, мозгах, различных паштетах, яйцах. У него есть особенность – без жира он почти не всасывается! Поэтому, если человек ест яйца или печень, они должны быть приготовлены без жира! Это очень важная деталь. Как обойтись без жира, ведь он дает в 2 раза больше калорий, чем белки и углеводы? В этом случае очень интересен пример средиземноморской диеты. Среди живущих там людей очень мало больных атеросклерозом. Их продукт – макароны, но их едят не со шкварками и жиром, а с томатами, продуктами моря – мидиями, моллюсками и употребляют только растительное масло. Часто в меню бобы, фасоль, горох и соя. Что можно включить в наш рацион? Дешевые крупы, у которых сохранилась поверхностная часть: геркулес (не «экстра»), овсянка, перловка, гречка, серый рис.

Кроме круп и хлеба грубого помола лучше всего выводят холестерин фрукты, которые дают желе, – яблоки и сливы. Фруктовое желе, содержащее пектин и псиллим, связывает в кишечнике холестерин и желчные кислоты и выводит их из организма. В день нужно съедать минимум 2 яблока!

Есть еще один наш враг – гиподинамия. Как с ней бороться? Всеми доступными средствами. Не можешь ходить в спортзал – работай на садовом участке, займись ремонтом квартиры, играй в подвижные игры с ребенком, гуляй с собакой, то есть веди активный образ жизни.

Но если дело все же дошло до лечения, то тут необходимо предостеречь сердечников. Суточный ритм артериального давления очень индивидуален. Если больной, у которого давление ночью самопроизвольно снижается, принимает эффективный гипотензивный препарат, действующий в течение суток, то давление у него может упасть во время сна слишком низко, в результате, если у пациента ишемическая болезнь сердца, возможен приступ стенокардии и даже инфаркт миокарда. Такой больной может умереть во время сна. Подбор гипотензивной терапии обязательно должен проводиться врачом.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**М.Б. РАХЫМБАЕВА**

*ҚР Президент Істері Басқармасының*

*Орталық клиникалық ауруханасы*

**САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ – АЛҒАШҚЫ САҚТАНДЫРУ**

Ерекше түйіндеме ретінде, ДДҰ деректері қызмет етеді, ол бойынша ауыру және өлім тек 10% ғана дәрігерлердің күш-жігерлеріне байланысты, ал 40% – тұқым қуалаушылыққа және экологияға байланысты, қалған 50% – науқастың өзіне байланысты. Мысал келтіре кетелік. Жапонияда 30 жыл бұрын асқазанның ойықты жарасы ауруының, асқазан-ішек онкологиясының деңгейі жоғары болған. Дәрігерлер дер кезінде дабыл қағып, оның шешімін тапты. Олар 25 жастан асқан әр адамның жылына екі рет, көктемде және күзде, асқазанның биоктатын тексеру жолымен, гастродифиброскопиядан өтуіне міндеттеді. Мәселе шешілді: асқазан обырының бастапқы түрі толығымен анықтала басталды, Жапония халқының ойық жара ауруымен ауруы, әлем бойынша ең төмен болып саналады. Міне, сақтандыру тәсілі, осындай әсер береді.

**S U M M A R Y**

**M.B. RAHIMBAYEVA**

*Central Clinical Hospital of the Medical Center*

*of the Presidential Affairs Administration*

*of the Republic of Kazakhstan*

**HEALTHY LIFESTYLE IS A PRIMARY PREVENTION**

The WHO data, according to which the morbidity and mortality only in 10% depend on the efforts of physicians, 40% – on heredity and environment, the rest 50% – on the patient, can serve as a unique summary. Here is an example. There was a very high incidence of gastric ulcer and duodenal ulcer, cancer of the gastrointestinal tract in Japan 30 years ago. Doctors sounded the alarm and found a way out. They obliged each person of 25 years and over to undergo a gastrofibroscopy with the examination of gastric bioptic material twice a year, in spring and in fall. The problem was solved: the initial forms of gastric cancer were fully identified; the incidence of peptic ulcer in Japan became the lowest one in the world. That is what makes a preventive approach.

**ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

*УДК 37.037.1:612.017.1:613.95:613.956*

**Ж.А. КАЛМАКОВА**

*Кызылординский государственный университет им. Коркыт Ата*

**УСТАНОВЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ МЕЖДУ ФИЗИЧЕСКИМ РАЗВИТИЕМ И СОСТОЯНИЕМ ИММУНИТЕТА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Имеется определенная зависимость между физическим развитием и состоянием иммунитета у детей; чем значительнее нарушения в физическом развитии, тем более выражены и достоверны неблагоприятные изменения в иммунограммах.*

**Ключевые слова:** физическое развитие, иммунитет, иммунный статус, заболеваемость, состояние здоровья.

**Ф**изическое развитие является одним из важнейших показателей здоровья растущего организма. В ряде исследований указывается на определенную связь заболеваемости, функционального состояния систем со скоростью индивидуального развития, его гармоничностью, соматотипом.

Известно, что устойчивость организма к заболеваниям, его защитно-приспособительные механизмы в значительной степени связаны с его резистентностью, поэтому выявление связи физического развития с иммунологической реактивностью детей и подростков представляется важным для науки и практики.

Для достижения намеченной цели нами изучены физическое развитие, состояние здоровья и иммунитет детей и подростков в возрасте от 7 до 17 лет, проживающих в различных районах Кызылординской области, за 2010-2011 гг. Исследования физического развития проводили общепринятыми методиками у 127 детей и подростков, оценку – по комплексной методике, предложенной лабораторией гигиены детей и подростков и включающей определение уровня биологического развития и гармоничности морфофункционального статуса. При анализе заболеваемости использовали данные углубленных медицинских осмотров и заключение врачей – педиатра, невропатолога, гинеколога, принимающих участие в обследовании.

Оценку иммунного статуса проводили у 106 детей. Она включала определение абсолютного содержания в периферической крови лейкоцитов, абсолютного и относительного содержания лимфоцитов, Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов, относительного содержания теофиллинрезистентных (Т-хелперы) и теофиллинчувствительных (Т-супрессоры) лимфоцитов, а также их соотношение (Тх/Тс), абсолютного и процентного содержания 0-клеток.

Как показали результаты исследования, 60-70% детей имели соответствующее возрасту развитие, исключение составили дети от 7 до 11 лет (начальный школьный возраст), где их количество по данному показателю определялось около 50%. Среди школьников количество детей, опережающих и отстающих в физиологическом развитии, было примерно одинаковое. Среди детей младшего школьного возраста количество детей с отставанием в развитии от календарного возраста было больше, чем с опережением (39,8 и 31,8%, соответственно).

Гармонично развитых детей было около 60%, исключение составили девочки от 15 до 17 лет, среди них таких было только 44%. Если в большинстве возрастно-половых групп распределение среди детей, дисгармоничных по морфофункциональному развитию, с дефицитом и избытком массы тела было примерно одинаковое,