



**Адрес редакции:**

100008, Республика Казахстан,  
г. Караганда, ул. Гоголя, 40, к. 133  
тел.: (721-2)-51-34-79 (138)  
сот. тел. 8-701-366-14-74  
факс: 51-89-31  
e-mail: rio@kgmu.kz

Редакторы: Е. С. Сербо  
Т. М. Ермакбаев  
Компьютерный набор и верстка:  
В. Н. Архипова

**Собственник:**  
Республиканское  
государственное  
предприятие  
«Карагандинский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Казахстан  
(г. Караганда)

Журнал зарегистрирован  
Министерством культуры и  
информации  
Республики Казахстан  
14 ноября 2009 г.  
Регистрационный номер 10488-ж.

Журнал отпечатан в типографии  
КГМУ  
Адрес: г. Караганда,  
ул. Гоголя, 40, к. 226  
Тел.: 51-34-79 (128)

Начальник типографии  
Г. С. Шахметова

Подписной индекс 74609

Тираж 300 экз., объем 45,6 уч. изд. л.,  
печать Ризо. Подписано в печать  
12.02.2013. Формат 60x84 1/8

# МЕДИЦИНА И ЭКОЛОГИЯ

№ 1 (66) 2013

ПРИЛОЖЕНИЕ К ЕЖЕКВАРТАЛЬНОМУ  
НАУЧНОМУ ЖУРНАЛУ

Главный редактор – д. м. н. А. А. Турмухамбетова  
Зам. главного редактора – д.м.н., профессор И. С. Азизов

Редакционная коллегия:

Председатель редакционной коллегии – доктор  
медицинских наук, профессор Р. С. Досмагамбетова

М. Г. Абдрахманова, профессор  
К. А. Алиханова, профессор  
Р. Х. Бегайдарова, профессор  
И. Г. Березняков, профессор (Харьков, Украина)  
С. К. Жаугашева, профессор  
Н. В. Козаченко, профессор  
А. Г. Курашев, доктор медицинских наук  
С. В. Лохвицкий, профессор  
Л. Е. Муравлева, профессор  
К. Ж. Мусулманбеков, профессор  
В. Н. Приз, доктор медицинских наук  
Н. В. Рудаков, профессор (Омск, Россия)  
И. А. Скосарев, профессор  
Е. Н. Сраубаев, профессор  
М. К. Телеуов, профессор  
С. П. Терехин, профессор  
Е. М. Тургунов, профессор  
М. М. Туусулбекова, профессор, ответственный секретарь  
Ю. А. Шустеров, профессор

КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ .....	190
<i>Ким Н. Б., Костылева О. А., Котов Е. А., Ныгызбаева Р. Ж., Стабаева Л. М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПРОЦЕССОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ .....	191
<i>Киндий Л. С., Попенко О. А., Грибанова А. В., Тарасова Ю. А., Мазяркин А. Е., Слободчикова Т. С.</i> К ВОПРОСУ О МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С СИНИЛЬНЫМ КОЛЬПИТОМ .....	193
<i>Койчубеков Б. К., Пашев В. И., Сорокина М. А.</i> ОСОБЕННОСТИ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ЭЭГ У ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ АУДИОГЕННЫМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ .....	194
<i>Колпачкова О. В.</i> РОЛЬ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ВРАЧА - ЛАБОРАНТА. ....	196
<i>Костылева О. А., Косицын Д. Л., Ким Н. Б., Камышанский Е. К., Эди О. В.</i> ПАТОМОРФОЛОГИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ .....	197
<i>Кудабаева Х. И., Базаргалиев Е. Ш., Карабаева А. И.</i> ВЛИЯНИЕ ФИТОПРЕПАРАТА НА ОСНОВЕ ДЕВЯСИЛА ВЫСОКОГО НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА .....	199
<i>Кудёринова М. К., Ставнистая Е. В., Медешова А. Т., Ержанова Ж. С., Абдуллабекова Р. М.</i> ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ И КРИТЕРИИ ПОВЕДЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТОМ .....	201
<i>Куйкенова Д. А., Тулеутаева С. Т., Каспакова Л. А.</i> СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ .....	202
<i>Лавриненко А. В., Азизов И. С., Бисенова Н. М., Терехова В. К., Беляев И. А., Канатчикова В. А., Курабаева С. Е.</i> АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ШТАММОВ S.AUREUS, ВЫДЕЛЕННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО КАЗАХСТАНА. ....	205
<i>Лаушкина О. А., Боргуль Л. Г., Морозова Т. В., Шакабаева Р. Д.</i> ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЗВЕНО ФОРМИРОВАНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН .....	208
<i>Литвиненко Е. Р., Мусин Е. К., Свиридова В. В., Ибраева А. Б., Мусулманбекова М. К.</i> ПОВТОРНОЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО КАРИЕСА .....	209
<i>Литвиненко Е. Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СТЕКЛОИОНОМЕРНЫХ ЦЕМЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ЗУБОВ .....	211
<i>Литвиненко Е. Р.</i> ПРИМЕНЕНИЕ СИСТЕМЫ МАЛЛИФЕР-ТЕРМАФИЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЗУБОВ С ОСЛОЖНЕННЫМ КАРИЕСОМ .....	212
<i>Любченко М. Ю., Базяк Ю. И., Смирнова О. В.</i> КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ .....	213
<i>Мамашалиева С. Б., Газалиева М. А., Жумабекова Б. К., Бегимова С. Д., Мазурчак О. М.</i> GINA: РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФАРМАКОТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ .....	215
<i>Мамашалиева С. Б., Мадиева Л. С., Газалиева М. А., Жанасова М. М., Нурамчина А. К.</i> ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ НОВОРОЖДЕННЫХ .....	219
<i>Марасулова Б. А.</i> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФУРАЦИЛИНА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КОНЬЮНКТИВИТАХ У ДЕТЕЙ .....	221
<i>Марденов А. Б., Нажметдинов А. Л., Сыздыков Н. Е., Шапуров О. А., Шонтаев А. С., Ковалев П. А.</i> БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК. ....	223
<i>Марденов А. Б., Нажметдинов А. Л., Сыздыков Н. Е., Шапуров О. А., Шонтаев А. С., Ковалев П. А.</i> К ВОПРОСУ О ПЕРЕКРУТЕ ГИДАТИД МОРГАНЬИ У ДЕТЕЙ. ....	224
<i>Марденов А. Б., Нажметдинов А. Л., Сыздыков Н. Е., Шапуров О. А., Шонтаев А. С., Ковалев П. А.</i> КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ. ....	226
<i>Матросова А. Р.</i> ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ. ....	227
<i>Матросова А. Р.</i> НЕЙРОФИБРОМАТОЗ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕТСКОГО ДЕРМАТОЛОГА. ....	228
<i>Матросова А. Р.</i> ЭПИДЕРМОЛИЗ БУЛЛЕЗНЫЙ У ДЕТЕЙ .....	230
<i>Медешова А. Т., Лосева И. В., Ногаева А. Н., Реметова Н. С.</i> БҰТАШЫҚ ТАУ ЖУСАН ШӨБІНЕН КӨМІР ҚЫШҚЫЛДЫ СІРІНДІНІҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫН ЖАСАУ .....	231
<i>Мершенова Г. Ж., Графкина Я. В., Бобырев С. С., Вострова О. П., Доблер К. Э.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ .....	234
<i>Мирзо Е. И., Мамашалиева С. Б., Макеева Е. В., Пак Т. П., Сариева С. С.</i> НЕФРОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ НОЛИПРЕЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МИКРОАЛЬБУМИУРИЕЙ .....	235
<i>Мирзо Е. И., Мамашалиева С. Б., Капенова К. К.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ. ....	236
<i>Молдажанова А. Г., Мусин Е. К., Ибраева А. Б., Ильинская Е. В.</i> ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ПЕРФОРАЦИЙ ДНА ИЛИ СТЕНКИ ПОЛОСТИ ЗУБА .....	238
<i>Морозов Е. С., Бейсембаева Г. А., Канатчикова В. А., Садыкова С. Е.</i> МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ	

6. Оленников Д.Н., Танхаева Л.М., Чехирова Г.В., Петров Е.В. Методика количественного определения суммарного содержания полифруктанов в корневищах и корнях девясила высокого (*Inula helenium*). Химия растительного сырья 2008; 1: 95–99.

**М. К. Кудеринова, Е. В. Ставнистая, А. Т. Медешова, Ж. С. Ержанова, Р. М. Абдуллабекова**  
**ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ И КРИТЕРИИ ПОВЕДЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РАБОТНИКА ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТОМ**

*Карагандинский государственный медицинский университет*

Безопасное и эффективное использование безрецептурных препаратов возможно только при условии получения пациентом понятной и доступной информации об этих лекарствах. Потребитель должен четко знать, в каких случаях плохого самочувствия он может лечиться без помощи врача и какими безрецептурными препаратами в этих случаях необходимо обратиться к врачу, особенностей хранения и применения различных лекарственных форм.

Для оказания фармацевтической информационно-консультационной услуги потребителю/пациенту, фармацевтическому работнику необходимы знания основ, составляющих эти услуги, а именно: правовых, этических норм и критериев поведения с потребителем, симптомов недомоганий и причин обращений к фармацевтическому работнику, симптомов, при которых необходимо обратиться к врачу, особенностей хранения и применения различных лекарственных форм.

Немаловажное значение для эффективной работы фармацевта имеет и знание потребности пациентов в информационных услугах. Безопасность фармацевтической информационно-консультационной услуги обеспечивается совокупностью требований к качеству профессиональных действий фармацевтического работника. Его ответственность за причиненный потребителю ущерб или вред отражена в законодательстве Республики Казахстан.

Безопасность услуги предусматривает возможность обеспечения защиты прав не только пациента. Безопасность услуги с точки зрения потребителя лекарственных средств безрецептурного отпуска – удовлетворение его запросов на качественную, квалифицированную, доступную, своевременную услугу и возможность предъявления законных претензий (в случае их возникновения); с точки зрения фармацевтического работника – строгая регламентация его профессиональных действий, соответствующих нормативной и информационной базе. Особое значение следует уделять этической стороне вопроса оказания информационно-консультационной услуги потребителю/пациенту при реализации лекарственных средств. Квалифицированно может оказать эту услугу фармацевтический работник. Оказание квалифицированной информационно-консультационной услуги должно быть целью личной саморегуляции фармацевтического работника, к которой он должен стремиться для достижения высокого уровня информационной помощи посетителю аптеки при приобретении и использовании последним эффективных, качественных и безопасных лекарственных средств.

Кроме фармакотерапевтических знаний, такой фармацевтический работник должен обладать знаниями этики и деонтологии, должен обладать внутренней готовностью и способностью оказывать помощь и служить здоровью человека.

Фармацевтический работник не является конкурентом врача, а наоборот дифференцированно отбирает контингент пациентов, нуждающихся именно во врачебной помощи.

Посетителя аптеки, обратившегося за помощью, необходимо рассматривать как равноценную уникальную личность, вникая в анамнестические детали его заболевания и жизни; советовать, а при необходимости и предостерегать его в форме доверительных и равноправных взаимоотношений.

Фармацевтическому работнику необходимо строить свою речь так, чтобы оказать воздействие на мысли и чувства больного. Разговор должен носить форму короткого диалога и содержать слова, которые дадут информацию о лекарственном препарате, выписанного врачом или о безрецептурном лекарственном препарате, приобретаемом больным.

Фармацевтический работник должен служить непосредственно интересам благополучия каждого отдельного человека: информируя его по вопросам рациональной фармакотерапии (в каждом индивидуальном случае), правильного применения, хранения лекарственных средств; улучшая в целом качество жизни человека как личности. В разговоре с больным необходимо избегать общих фраз, научных терминов, длинных предложений, надо стремиться четко и просто излагать свои мысли. Важным моментом диалогической речи является пауза, дающая возможность больному обдумать и уяснить сказанное фармацевтическим работником. При тактичном и содержательном разговоре с больным необходимо оценить, исходя из полученных на свои вопросы ответов и личных наблюдений, физическое состояние пациента, жалобы, симптомы и, по возможности, характер заболевания.

Оказание информационно-консультационной помощи пациентам предлагаем проводить по следующим принципам информирования о лекарственных препаратах:

1. Объем информации о лекарственном препарате и степеней ее сложности не должны выходить за пределы образовательного уровня пациента.
2. Информация о препарате должна быть предельно краткой, т.к. излишне обширная информация о лекарстве (например, перечисление всех, в том числе и редких, возможных побочных эффектов)

- может стать причиной отказа больного от его приема.
3. Информация должна быть всеобъемлющей. Недостаточное информирование и инструктирование пациента может стать причиной неэффективного лечения или, в худшем случае, привести к развитию серьезных побочных эффектов.
  4. Информация должна быть изложена на простом, доступном для пациента языке, без использования медицинских терминов.
  5. Информирование пациента предполагает доверительные и искренние взаимоотношения между врачом и пациентом, что является залогом успешного лечения. Называя состав и применение лекарства, фармацевтический работник должен объяснить больному, почему, например, прием должен быть до, а не после еды, а частота приема через каждые 6, а не 8 часов, должен предупредить больного о необходимости соблюдения режима приема лекарственного препарата и т.д. Это дает больному возможность активно участвовать в процессе лечения, ответственно относиться к этому процессу и будет способствовать скорейшему его выздоровлению.
- Заканчивая общение с пациентом, фармацевт должен убедиться, все ли понял пациент, нет ли у него вопросов? Лучше всего попросить пациента повторить наиболее важную информацию.

**Д. А. Куйкенова, С. Т. Тулеутаева, Л. А. Каспакова**  
**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ У ДЕТЕЙ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ**

*Карагандинский государственный медицинский университет, кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии, г. Караганда*

Железодефицитная анемия (ЖДА) — это полиэтиологическое хроническое заболевание, обусловленное истощением запасов железа в организме, характеризующееся гипохромией и уменьшением эритроцитов. ЖДА — широко распространенное заболевание, охватывающее более 500 млн человек на планете. В слабо развитых странах с низким жизненным уровнем населения эта патология встречается значительно чаще, чем в Западной Европе и Северной Америке, поскольку причины развития дефицита железа связаны не только с медицинскими и биологическими аспектами, но и социальными проблемами общества [1].

По данным ВОЗ, железодефицитной анемией страдает до 50% детского населения, а среди детей первого года жизни этот показатель составляет около 72% [2].

Наиболее высокие уровни железодефицитной анемии выявлены среди сельских детей — 82% в различных регионах Казахстана. В Центральном, Южном, Западном регионах от 76,3% до 86,1%, а среди детей коренной национальности — 65%. В Алматы железодефицитная анемия среди детей первого года жизни наблюдается в 53,9% [3].

Железо является наиболее важным эссенциальным микроэлементом, который кроме обратимого связывания железа принимает участие в многочисленных окислительно-восстановительных процессах. Суммарный запас железа в организме составляет от 3 до 5 граммов. Суточная потребность от 1 до 2 миллиграммов. Поступает оно в организм с пищей. При этом уровень всасывания железа из пищи очень низок, поэтому содержание железа в суточных рационах должно составлять не менее 15 мг/сутки. Недостаток в пище животного белка, аскорбиновой кислоты, витаминов А, группы В, фруктозы, органических кислот ухудшает всасывание железа. Его дефицит также может возникнуть при хронических потерях крови. В норме лишь малое количество железа (около 1 мг в день) теряется из организма (со слущенными клетками кишечного эпителия, кожи, желчью) и восстанавливается его поступлением с пищей (1-1,5 мг, максимально — 2 мг в день) [4].

Железо принимает активное участие в окислительно-восстановительных реакциях, происходящих в цитоплазме эпителиальных клеток, и поэтому в условиях его недостатка в организме постепенно развиваются дистрофические и атрофические процессы в слизистой желудочно-кишечного тракта, начиная от ротовой полости и кончая толстой кишкой. Наличие оральных симптомов при железодефицитной анемии, несомненно, и эти симптомы вошли в классические описания «сидеропенического симптомокомплекса». Раннее выявление оральных проявлений сидеропении приобретает важное значение в плане своевременной диагностики, профилактики, лечения железодефицитных состояний. Несмотря на достаточную изученность, железодефицитная анемия остается одной из наименее контролируемых болезней [3].

У детей младшего возраста причиной возникновения ЖДА является: нарушение вскармливания, перенесенные инфекционные заболевания, недоношенность, многоплодная беременность. У детей младшего возраста с ЖДА были выявлены признаки рахита; дистрофии по типу гипотрофии, паратрофии; аномалии конституции.

У детей старшего возраста ЖДА возникала на фоне заболеваний внутренних органов, в особенности, при заболеваниях желудочно-кишечного тракта [5].

ЖДА характеризуется снижением уровня гемоглобина, что приводит к гипоксии тканей, при этом снижается активность железосодержащих ферментов, что оказывает негативное влияние на способность тканей к регенерации. Кроме того, дефицит железа в организме приводит к снижению активности