



# САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ ЗДОРОВОЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



Өз денсаулығың - өз қолыңда!  
Твое здоровье - в твоих руках!

## ЕСКЕРТУ – ТҮЗЕТУДЕН ОҢАЙ

**Сүт безінің обыры** – сүт безінің безді ұлпасының қатерлі ісігі. Әлемде бұл 13-тен 90 жасқа дейінгі әйелдердің арасында 1/13-тен 1/9-ға дейін өмір бойы зақымдайтын қатерлі ісіктің ең жиі кездесетін түрі. Сондай-ақ, жиілігі бойынша жалпы популяциядағы өкпенің обырынан кейінгі екінші онкологиялық ауру (ерлер санын есептегенде, сүт безі ерлер мен әйелдерде бірдей ұлпадан тұрады, сүт безінің обыры кейде ерлерде де кездеседі, бірақ бұл обыр түрінің жағдайлары еркектерде осы аурумен ауыратын науқастардың жалпы санының 1% - дан азын құрайды).

ДДСҰ сарапшыларының бағалауы бойынша, әлемде жыл сайын 800 мыңнан 1 млн. дейін сүт безі обырымен сырқаттанудың жаңа жағдайлары тіркеліп жатыр. Әйелдерде қатерлі ісіктен болатын өлім саны бойынша қатерлі ісіктің бұл түрі екінші орынға ие.

Генетикалық, яғни тұқым қуалайтын факторлар орта есеппен онкологияға бейімділіктің 25%-ын құрайды. Ал 25%-ы өмір салтының ұстанымына (тамақтану, ұйқы, дене жүктемелері), экологияға және зиянды әдеттерге (темекі шегу және ішімдік ішу) келеді.

Сүт безінің обыры бүкіл әлемде скринингтік бағдарламалар мен маммографиялық зерттеулердің арқасында емделеді. Олар аурудың соңғы сатысында анықталуын азайтуға мүмкіндік берді.

Қазақстанда, 10.11.2009 жылғы №685 «Халықтың нысаналы топтарына алдын алу медициналық тексеру жүргізу ережесін бекіту, сондай-ақ тексерулердің ережелері мен мерзімдерін белгілеу туралы» бұйрығына сәйкес, сүт безі обыры бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 40-70 жастағы әйелдер 2

жылда 1 рет маммографиядан өтеді. Аурудың ықтималдығын арттыратындардың барлығы – қауіп факторлары деп аталады. Қауіп факторының болуы – қатерлі ісік бар дегенді білдірмейді; қауіп факторларының болмауы – қатерлі ісік жоқ дегенді білдірмейді.

Сүт безі обырының даму ықтималдығын арттыратын қауіп факторлары бар. Шартты түрде оларды үш топқа бөлуге болады. Біріншісі, бұл онкологиялық аурудың пайда болуына әкелуі мүмкін және өзгерте алмайтын адамның ерекшеліктері. Ең алдымен, тұқым қуалаушылық. Егер адамның жақын туыстарының бірінде сүт безі обыры болса, онда ол адамда да аурудың пайда болу қаупі арта түседі. Жасы ұлғайған сайын ісіктің пайда болу ықтималдығы да басым келеді.

Екінші топқа, өмір салтына байланысты және түзетуге болатын тәуекел факторлары жатады. Мысалы: дұрыс тамақтанбау, аз қозғалатын өмір салты, артық салмақтың болуы, темекі шегу, ішімдік ішу – ауру қаупін арттырады. Балалардың болмауы немесе кеш босануы, емшекпен емізу кезеңдерінің болмауы – мұның бәрі онкологиялық аурудың пайда болуына әкелуі мүмкін.

Аурудың сәтін жіберіп алмау қажет. Егер сүт безінің обыры ерте сатысында анықталса, онда көп жағдайда ауруды емдеуге болады. Ауруларды анықтау үшін скринингтер жүргізіледі. Скрининг – бұл қатерлі ісік белгілері жоқ, клиникалық сау адамдарды тексеру. Скринингте нақты бір ағзаға ісік патологиясын анықтайтын белгілі бір зерттеу әдісі немесе арнайы тест қолданылады. Скрининг тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне (ТМККК) кіреді және тегін тексеру болып табылады. Ол тексерілушінің

бекітілген орны бойынша емханаларда бекітілген алгоритм бойынша жүргізіледі. Сүт безі обырын анықтау үшін маммографиялық зерттеу жүргізіледі. Қазақстанда 40 жастан асқан әйелдерден шағым болмаған жағдайда, екі жылда 1 рет сүт безі обырына маммографиядан өту қажет. Егер отбасылық сыртартқысында сүт безі обыры болған жағдайда, маммографияны жыл сайын 35 жастан бастап жүргізу ұсынылады.

20 жастан асқан барлық әйелдер ай сайын сүт бездеріне өзін-өзі тексеруді жүргізу ұсынылады. Оның мақсаты – сүт бездерінде патологиялық өзгерістер анықталған кезінде, уақытылы дәрігерге қаралу және әйелдерді кеуде күтімі жағдайына көңіл бөлірту. Науқастардың өз-өзіне тексеруді жүргізу кезіндегі «табылатындардың» көбі қатерлі ісік емес екенін хабарлау қажет.

1. Ұсыныстар:

- 1) Тұрақты күйзелістік жағдайлардан аулақ болу.
- 2) Жазда күннің астында ұзақ жүруді шектеу.
- 3) Автокөлікті жүргізу, спортпен және экстремалды демалыс түрлерімен айналысу кезінде кеудені жаракаттаудан сақтану.
- 4) Қан айналымын тоқтататын және бұзатын киімдерді кимеу.
- 5) Ай сайын кеудеге тексеру жүргізу.
- 6) Дұрыс және теңгерімді тамақтану. Қауіпті химиялық құрамы бар өнімдерді шектеу.
- 7) Дене жүктемесін арттыру: жаяу серуендеру, аэробика, би, жүзу, йога және т. б.
- 8) Темекі шекпеу, ішімдік ішпеу.

ҚР ДСМ «ҚДСҰО» ШЖҚ РМК  
ақпаратынан

## ВАКЦИНАЦИЯ ЛУЧШАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА!

Согласно данным ВОЗ, грипп распространен в глобальных масштабах, а ежегодные коэффициенты пораженности оцениваются на уровне 5–10% среди взрослого населения и 20–30% среди детей. Вспышки заболевания различной продолжительности и тяжести, приводят к значительной заболеваемости среди населения в целом и повышенной смертности у пациентов высокого риска (детей самого раннего возраста, пожилых или хронически больных людей), главным образом в результате бактериальных осложнений острого заболевания.

ЧИТАЙТЕ НА СТР. 2

*Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі (МӘМС) туралы Сіз білесізбе? Оның тиімділігі мен артықшылығы*



ЧИТАЙТЕ НА СТР. 5

## «А» ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІНІҢ АЛДЫН АЛУ

Вирусты гепатиттің «А» түрі - жұғу қаупі өте жоғары, әрі қауіпті «жуылмаған қол аураларының» ішіндегі бірінші орындағы кенінен тараған ауру түрі. Жұқтыру қаупін жұқтырушылар болып, ең бірінші кезекте мектепке дейінгі және бастауыш сынып оқушылары жатады, себебі өздерінің шыдамсыздықтарына байланысты жеміс-жидектерді жумай жеп, бутербродтарын жуылмаған қолмен тезірек ұстауға үйір, немесе саусақтарын, ойыншықтарын ауыздарына салу әдеттерінен әлі де болса арыла алмағандар. Міне, осылардың бәрі гепатитті жұқтыруға әкеліп, бүкіл отбасының денсаулығына қауіп төндіреді, себебі вирус ластанған тұрмыстық заттар арқылы да берілетіні белгілі.

ЧИТАЙТЕ НА СТР. 7



# ЖРВИ, ТҰМАУ ВАКЦИНАЦИЯ – ЛУЧШАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА!

## АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУЫ

Ағымдағы эпидмаусымда тұмау және ЖРВИ ауруларының жоғарылауы желтоқсан айының ортасынан бастап, аурушандық деңгейінің жоғарылауы 2020 жылғы қаңтар айының соңына, ақпан айының ортасына келеді деп күтілуде.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) 2019-2020 жылдардағы эпидмаусымға жасаған болжамына сәйкес Қазақстанның аумағында тұмаудың төрт штамдарының айналысы күтілуде:

-А (H1N1) - Brisbane, А (H3N2) – Kansas, сондай-ақ В – Colorado (линия В/Victoria), В - Phuket( линия В/Yamagata), сонымен қатар тұмау емес респираторлық вирустарының айналымы болжануда.

Қазақстан Республикасында 2019-2020 жылдардағы эпидмаусымда тұмауға қарсы қолданылатын вакциналар «Инфлювак», (Нидерланды), «Ваксигрипп» (Франция), «Гриппол плюс» Россия. Вакциналардың барлығында тұмау вирусының өзекті штамдары бар.

Облыста тұмауға қарсы вакцинация басталды. Ресейде өндірілген 150 мың дозалы «Гриппол плюс» вакцинасы жергілікті бюджет қаржысынан сатып алынған.

Жыл сайын ақысыз негізде келесі топтарға:

-медициналық ұйымдарда диспансерлік есепте тұрған және жасы алты айдан жоғары балалар;

-балалар, жетімдер үйлерінің балалары мен қарттар үйлері мен мүгедектер контингенті;

-жүрек-қан тамыр жүйелерінің және тыныс алу жолдарының созылмалы ауруларымен ауыратын науқастар;

-медициналық қызметшілер;

-жүктіліктің екінші немесе үшінші триместріндегі әйелдерге;

-эпидемиялық көрсеткіштер бойынша егумен қамтылады.

Вакцинациядан кейін екепнің қорғаныш күші 8-12 күн өткен соң пайда болады. Ақысыз тұрғыда вакцинациялауға жатқызылмаған облыстың барлық тұрғындары, сонымен қатар меншіктің барлық түрлеріндегі кәсіпорындар мен ұйымдардың басшыларына өз еркімен және алдын ала ЖРВИ маусымдық жоғарылауына дейін егуді ұсынамыз.

Сонымен қатар, тұмауға қарсы егуді жіті дене қызбасы кезінде, созылмалы аурулар асқынғанда, ағзаның жұмыртқа ақуызына сезімталдығы (вакцина құрамында болған жағдайда) жоғары болса егілуге болмайды.

Вакцинация – аурудың алдын алудың ең сенімді жолы, ал ауруға шалдыққанда егу асқинулардан қорғайды. Тұмаумен ауырмас үшін, қарапайым ережелерді сақтаған дұрыс: суық тию ауруының белгілері бар адамдардан қашық болу, адамдардың жаппай жиналған және қоғамдық көлікте болудан аулақ болу; салауатты өмір салтын ұстану; бірінші кезекте науқас адамға бетперде тағу; жеке бас тазалығын сақтау: қолды сабынмен тұрақты түрде әрі мұқият жуу қажет.

Тұмаудың алғашқы белгілері пайда болған сәттен (бас ауруы, қатаралды белгілер, дене қызуының жоғарылауы, бұлшықеттерінің ауыруы, шаршау және әлсіздік) бастап үйге дәрігерді шақырту арқылы, өздігінен ем қабылдамай медициналық көмекке жүгінген дұрыс.

**Қарағанды облысының тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаментінің инфекциялық және паразиттік ауруларды эпидемиологиялық қадағалау бөлімінің бас маманы Азыханова А.Қ.**

Согласно данным ВОЗ, грипп распространён в глобальных масштабах, а ежегодные коэффициенты поражённости оцениваются на уровне 5–10% среди взрослого населения и 20–30% среди детей. Вспышки заболевания различной продолжительности и тяжести, приводят к значительной заболеваемости среди населения в целом и повышенной смертности у пациентов высокого риска (детей самого раннего возраста, пожилых или хронически больных людей), главным образом в результате бактериальных осложнений острого заболевания. Периодически грипп распространяется в виде эпидемий, а иногда и пандемий.

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, от вируса во время сезонных эпидемий в мире ежегодно умирают 250–500 тыс. человек (большинство из них — лица в возрасте 65 лет и старше). Эпидемии могут приводить к очень высокому уровню пропусков на работе/в школе и потере производительности.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) составляют 90% среди всех инфекционных заболеваний (по данным ВОЗ). Наиболее подвержены заболеваемости ОРВИ и гриппом дети, пожилые люди, лица, с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы, пациенты с иммунодефицитными состояниями. Высокая частота заболеваний респираторного тракта объясняется многообразием этиологических факторов (риновирусы, вирусы респираторно-синцитиальной инфекции, гриппа и парагриппа, аденовирусы, коронавирусы, а также вирусы ЕСНО и Коксаки (тип А и В), высокой изменчивостью возбудителя и легкостью передачи (воздушно-капельный путь).

Восприимчивость людей к гриппу - абсолютна. Очень опасны осложнения гриппа: пневмония, ангина, пиелонефрит, цистит, энцефалит, менингит, арахноидит, полиневрит, радикулит. Осложнения могут привести человека к инвалидности, в тяжелых случаях к летальному исходу. После перенесенного гриппа обостряются хронические заболевания, такие как: бронхиальная астма, хронический бронхит, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания, вызванные нарушением обмена веществ.

Самым эффективным путем профилактики болезни или ее тяжелых последствий является вакцинация. У здоровых людей противогриппозная вакцина может обеспечить умеренную защиту. Однако среди пожилых людей противогриппозная вакцина может быть менее эффективной в предотвращении заболевания, но может ослабить тяжесть болезни и уменьшить число случаев развития осложнений и смерти.

Среди здорового взрослого населения вакцинация способна снизить заболеваемость гриппом на 70-90%, а среди пожилых людей

уменьшить вероятность развития осложнений на 60%, случаев смерти - на 80%.

Вакцинация особенно важна для людей из групп повышенного риска развития серьезных осложнений гриппа, а также для людей, живущих вместе с людьми из групп высокого риска или осуществляющих уход за ними.

Вакцины от гриппа могут предоставить защиту от вирусологически подтвержденного гриппа, но такая защита значительно снижается или отсутствует в некоторые сезоны. Исследования последовательно показывают высокую эффективность у детей раннего возраста (в возрасте от 6 месяцев до 7 лет).

В целях профилактики ОРВИ, гриппа и пневмококковой инфекции необходимо соблюдать следующие простые правила: избегать контакта с больными людьми, при контакте с больными людьми одевать маску, мыть руки с мылом или антибактериальными средствами (спиртосодержащие растворы); для предотвращения распространения инфекции, закрывать нос и рот во время кашля и чихания, используя одноразовые носовые платки, избегать места большого пребывания людей (зрелищных мероприятий, собраний, встреч), регулярно проветривать помещение, не трогать грязными руками глаза, нос и рот, вести здоровый образ жизни, включая полноценный сон, прогулки на свежем воздухе, активный отдых, сбалансированную пищу, богатую витаминами, что позволит организму противостоять любым инфекциям.

В качестве неспецифической профилактики в помещении проводится влажная уборка с применением любого дезинфицирующего средства, обладающего вирулицидным действием. Для дезинфекции воздуха используется ультрафиолетовое облучение, аэрозольные дезинфекторы и каталитические очистители воздуха.

Следует отметить, что развитие общественного здравоохранения, как основы охраны здоровья населения позволит усилить межсекторальное взаимодействие для активизации мероприятий по профилактике и надзору за ОРВИ, гриппом и пневмококковой инфекцией с целью повышения солидарной ответственности за свое здоровье.

Наша задача - повысить информированность всего населения, особенно среди лиц с повышенным риском заболевания, в том числе среди родителей детей грудного, раннего, дошкольного и школьного возрастов о необходимости своевременной вакцинации. Не маловажную роль в проведении информационно-разъяснительной работы об иммунопрофилактике среди населения отводится привлечению к сотрудничеству общественных объединений, религиозных конфессий, средств массовой информации.

Галаева А.И., ШОЗ НАО «МУК»





# АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Артериальная гипертензия в настоящее время является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру заболеваемости и смертности взрослого населения, а истоки её находятся, как правило, в подростковом возрасте.

Артериальная гипертензия является самостоятельным заболеванием и одним из главных факторов риска, способствующих развитию ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, инсульта и, в конечном итоге, инвалидности и смертности.

Появление повышенного артериального давления в подростковом возрасте, чревато риском сохранения его в последующие годы и неблагоприятным прогнозом в отношении возникновения вышеперечисленных сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным Всемирной организации здравоохранения, артериальной гипертензией подвержено более 1 миллиарда человек во всем мире, в Европе – около 44% населения. Для Казахстана эта проблема также актуальна. У детей и подростков артериальная гипертензия встречается относительно часто и с возрастом колеблется в пределах 2,4-10%.

Что понимается под нормальным артериальным давлением и причины возникновения артериальной гипертензии?

За нормальное артериальное давление (АД) принимаются значения систолического и диастолического артериального давления, соответствующего полу, возрасту и физическому развитию ребенка, определяемое по специальным таблицам. Для детей и подростков оно колеблется и меняется в зависимости от возраста. Например, у юноши 14 лет при росте 165 см. АД может колебаться в следующих пределах: систолическое АД - от 102 до 125 мм. ртутного столба, диастолическое АД – от 61 до 78 мм. ртутного столба.

Формированию повышению давления у детей и подростков могут служить различные факторы и причины. Различают первичную (эссенциальную) и вторичную (симптоматическую) гипертензию.

Первичная артериальная гипертензия - самостоятельное заболевание. Ее причиной могут быть:

- наследственная предрасположенность;
- психосоциальные стрессы (повышение нервных психических нагрузок);
- малоподвижный образ жизни;
- неадекватный режим труда и отдыха;
- табакокурение, злоупотребление алкогольными напитками;
- физиологические механизмы (сложные нарушения обменных процессов в организме).

Вторичная артериальная гипертензия у детей в большинстве случаев возникает на фоне некоторых заболеваний:

- заболевания почек (около 70%);
- эндокринной системы (синдром Иценко-Кушинга, тиреотоксикоз, феохромоцитомы и др.);
- сердечно-сосудистой системы (каорктация аорты, стеноз устья аорты, недостаточность клапанов аорты, открытый артериальный проток) и др.

Основным симптомом артериальной гипертензии является повышение артериального давления. Больные жалуются на головные боли, боли в области сердца, плохое самочувствие, раздражительность, быструю утомляемость, потливость, головокружение, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами,

тошноту, рвоту, носовые кровотечения.

Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков.

Во избежание своевременного выявления артериальной гипертензии у детей, артериальное давление рекомендуется измерять в возрасте 3-х лет (перед поступлением в ясли-сад, детский сад), за 1 год до школы (5-6 лет), непосредственно перед школой (6-7 лет), после окончания 1-го класса (7-8 лет), в возрасте 10, 12, 14-15, 16 и 17 лет.

Правильное измерение артериального давления важно не только для того, чтобы диагностировать артериальную гипертензию, но и чтобы избежать ее гипердиагностики. При ежедневном динамическом исследовании артериальное давление следует измерять в одни и те же часы, лучше утром до еды. Высота стола должна быть такой, чтобы середина манжеты, наложенной на плечо, находилась на уровне сердца ребенка. Перед измерением артериального давления ребенок должен сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом спокойно, не менее 5 минут. Артериальное давление измеряется на левой руке.

Для более точного определения уровня артериального давления, тяжести артериальной гипертензии и ее прогноза используется метод оценки суточного профиля артериальной гипертензии – суточный мониторинг артериального давления (СМАД). СМАД показан при значительных колебаниях артериального давления во время одного или нескольких визитов к врачу, подозрении на артериальную гипертензию. При выявлении заболевания, врач назначает лечение. Основной целью лечения артериальной гипертензии является достижение устойчивой нормализации артериального давления, что снижает риск развития ранних сердечно-сосудистых заболеваний. В отношении детей и подростков это означает достижение целевого уровня артериального давления, которое должно соответствовать возрасту, полу и росту. Лечение ребенка с артериальной гипертензией может быть немедикаментозным и медикаментозным, комплексным и длительным.

У детей и подростков немедикаментозная терапия имеет колоссальное значение. Основными методами немедикаментозной терапии в детском возрасте являются:

- изменение образа жизни;
- мероприятия по снижению избыточной массы тела;
- физическая активность;
- изменение режима и качества питания.

Известно, что снижение калорийности пищи за счет потребления животных жиров и легкоусвояемых углеводов приводит к снижению массы тела, особенно в сочетании с повышением физических нагрузок, осуществляющихся за счет динамических нагрузок – плавания, бега, игровых видов спорта.

Необходимо ликвидировать неблагоприятные психологические факторы, если удается выяснить (конфликты в семье, школе). Психотерапевтические подходы к лечению детей с артериальной гипертензией должны касаться всех членов семьи.

Диета, применяемая при повышении артериального давления, должна удовлетворять следующие требования:

- необходимо ограничить поваренную соль до 3-5 граммов в сутки;

- уменьшить употребление легкоусвояемых углеводов (сахар, варенье, мёд, конфеты);

- ограничить животные жиры (не менее 1/3 количества жиров должны составлять растительные жиры);

- исключить крепкий чай, кофе, какао, энергетические напитки, острые, соленые закуски, консервы, пряности, копченые продукты, жирные сорта мяса и рыбы;

- добавлять в пищу витамины А, В1, В2, В6, С, РР;

- принимать пищу не менее 5-6 раз в сутки;

- включить в рацион продукты, богатые калием и магнием: орехи, сухофрукты, печеный картофель, тыква, кабачки, фасоль, бобы, горох, цветная капуста, брокколи, бананы, виноград, абрикосы, персики, морепродукты, а также творог, твердые сорта сыра, овсяные каши.

Медикаментозная терапия назначается лишь тогда, когда использованы все методы немедикаментозного лечения и отсутствует эффект от них. Но следует также знать, что существуют состояния, которые являются абсолютным показанием для назначения медикаментозной терапии у детей с гипертензией: вторичная гипертензия, поражение органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, ретинопатия – дегенеративные изменения невоспалительного характера, происходящие в сетчатке глаз, и др.). Безусловно, артериальная гипертензия является важной педиатрической проблемой. Учитывая ее достаточную распространенность, следует подчеркнуть необходимость скрининга. У каждого подростка хотя бы один раз должен быть определен уровень артериального давления, даже в отсутствие признаков какого-либо заболевания. Выявленные случаи артериальной гипертензии требуют развернутого исследования для установления причины повышения артериального давления и определения адекватной терапевтической тактики, направленной на предотвращение повреждения жизненно важных органов и систем. Родителям необходимо всегда помнить, что при любом отклонении артериального давления у ребенка от нормальных показателей, необходимо обратиться к врачу-кардиологу, который назначит комплекс обследований, даст рекомендации по режиму, диете, определит немедикаментозное или медикаментозное лечение и тем самым предотвратит в будущем тяжелые заболевания и осложнения. Каждому ребенку нужно обладать информацией о случаях гипертонической болезни в семье, особенно среди ближайших родственников. Эти данные помогут с большой долей вероятности предположить, входит ли человек в группу риска по гипертонии. Ученые доказали, что дети, рождающиеся у матерей с гипертонической болезнью, заведомо входят в группу риска, потому что гипертоническая болезнь, прежде всего передаётся по материнской линии. Поэтому родителям таких детей особенно необходимо приложить максимум усилий для того, чтобы наследственная предрасположенность к гипертонии не развилась и не перешла в заболевание. Теплая и солнечная домашняя атмосфера помогает избежать обострений гипертонической болезни у детей и подростков, что уж говорить о том, что лучшая профилактика гипертонии, как и всех сердечных заболеваний — любящая семья и любимые занятия. Хотя, к сожалению, верно и обратное: даже при плохой наследственности, здоровый образ жизни, спокойная и благожелательная атмосфера в семье и в школе, умеренная физическая и умственная нагрузка, регулярные профилактические осмотры у кардиолога и педиатра — является профилактикой гипертонии у детей и подростков. **Торакулов З.С., врач ВОП КГП «Поликлиника №5 г.Караганды»**



## Основные аспекты оказания стационарозамещающей помощи в условиях внедрения системы обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан

В разрезе современной концепции развития здравоохранения в Республике Казахстан проводятся мероприятия, направленные на повышение роли амбулаторно-поликлинического звена в оказании медицинской помощи и внедрению современных форм и методов работы с учётом новых экономических условий.

Одним из эффективных методов организации работы ПМСП, способствующим повышению уровня и качества амбулаторно-поликлинической помощи, а также рациональному использованию коечного фонда специализированных, круглосуточных стационаров, является создание стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи. Апробированной формой этого направления являются дневные стационары при поликлиниках. Целью работы дневного стационара является совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Дневной стационар предназначен для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, а также для больных выписанных из круглосуточных стационаров и требующих дальнейшего восстановительного лечения.

С 1 января 2020 года в Казахстане вступает в силу система обязательного медицинского страхования. «Обязательное медицинское страхование – это комплекс общественных, правовых, экономических мер, направленных на оказание медицинской помощи потребителям медицинских услуг за счет активов ФОМС,

**ОСМС гарантирует всем застрахованным гражданам Казахстана независимо от пола, возраста, социального статуса, места проживания и доходов равный доступ к медицинской и лекарственной помощи за счет средства Фонда социального медицинского страхования.** Мы все едины, то есть независимо от того, какой у нас доход, все выплачивают определенный процент в фонд социального медицинского страхования.

С 1 января 2020 года в Казахстане медицинские услуги будут подразделяться на 2 пакета.

**Первый пакет - это ГОБМП (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), базовый пакет, который включает перечень медицинских услуг, оказываемые государством БЕСПЛАТНО для всех граждан страны**

**Итак, согласно Закону, государство гарантирует бесплатно следующие медицинские услуги в рамках базового пакета:**

а) медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях и болезнях, которые представляют опасность для окружающих (туберкулез, психические заболевания, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека, вирусный гепатит В, С; злокачественные новообразования, сахарный диабет, детский церебральный паралич, инфаркт миокарда (первые шесть месяцев), ревматизм, системные поражения соединительной ткани, наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы; демиелинизирующие болезни центральной нервной системы, орфанные заболевания, перечень данных заболеваний определен МЗ РК);

б) транспортировку (в т. ч. санавиацию);

в) скорую неотложную помощь;

г) профилактические прививки.

**Второй пакет ОСМС (обязательное социальное медицинское страхование) - это медицинские услуги, которые не входят в бесплатный базовый пакет и будут теперь финансироваться за счет обязательных страховых взносов государства, работодателей и работников в Фонд ОСМС. Его могут получать лица, являющиеся участниками ОСМС (застрахованные граждане).**

**В него входит:**

✓ амбулаторно-клиническая помощь (прием специалистов и лечение в поликлиниках, диагностические, манипуляционные услуги и лабораторные исследования);

✓ лечение в стационаре и пребывание в дневном стационаре (кроме социально значимых заболеваний);

✓ сестринский уход (для тех больных, которые нуждаются в постоянном уходе или присмотре после перенесенной болезни);

✓ реабилитация и восстановительное лечение;

✓ высокотехнологичные мед. услуги;

✓ паллиативная помощь (оказание медпомощи с целью предотвращения/облегчения страданий больного посредством уменьшения тяжести симптоматики болезни или замедления ее течения).

**Закон об обязательном медицинском страховании в РК предполагает защиту социально незащищенных категорий населения. И с 1 января 2020 года государство начнет платить взносы в фонд за следующие льготные категории граждан, к которым, отнесены:**

- дети;
- воспитанники и учащиеся интернатов;
- многодетные матери, награжденные «Алтын алқа», «Күміс алқа», а также имеющие звание «Мать-героиня» или ордена «Материнская слава» I и II степени;
- участники и инвалиды ВОВ;
- инвалиды;
- пенсионеры;
- безработные (зарегистрированные официально на бирже труда);
- студенты очной формы обучения, которые учатся в организациях среднего, технического и профессионального, высшего образования и послевузовского образования;
- лица, которые находятся в отпуске в связи с рождением ребенка, усыновлением новорожденного, по уходу за ребенком до 3 лет;
- неработающие беременные женщины,
- неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка до достижения им 3 лет;
- неработающие лица, которые осуществляют уход за ребенком инвалидом в возрасте до 18 лет;
- неработающие оралманы;
- военнослужащие;
- сотрудники правоохранительных и специальных государственных органов;
- лица, которые отбывают наказание по приговору суда (кроме учреждений минимальной безопасности) и лица, содержащиеся в следственных изоляторах и изоляторах временного содержания.

Эти граждане освобождаются от уплаты взносов в фонд обязательного социального медицинского страхования РК. Военнослужащие, сотрудники специальных государственных и правоохранительных органов будут получать обслуживание в своих ведомствен

ных медицинских учреждениях, а мед. страховка в остальных случаях будут покрываться государством.

**Для граждан, которые не имеют определенного статуса, медицинская помощь может оказаться НЕДОСТУПНОЙ в связи с отсутствием взносов.**

**Определить свой статус можно на портале «электронного правительства», в ЦОНах, Центрах занятости населения.**

**Если гражданин отказывается регистрироваться в качестве безработного, то ему необходимо самостоятельно вносить взносы в фонд медицинского страхования в размере 5% от одной минимальной заработной платы. Начинать делать взносы надо 1 января 2020г**

Стационарозамещающая помощь населению в условиях дневного стационара с 01.01.2020 г будет оказываться в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счёт республиканского бюджета (ГОБМП) и в системе обязательного социального медицинского страхования (ОСМС).

Дневной стационар оказывает медицинскую помощь в соответствии с утверждённым Министерством Здравоохранения Республики Казахстан перечнем заболеваний по кодам Международной Статистической Классификации Болезней – 10 пересмотра подлежащих для преимущественного лечения в условиях дневного стационара. С данным перечнем заболеваний, подлежащих лечению в условиях дневного стационара в рамках ГОБМП и в рамках ОСМС можно будет ознакомиться у участкового терапевта, узких специалистов поликлиник. В дневном стационаре могут проходить лечение больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, мочеполовой системы, с ревматологическими заболеваниями, с заболеваниями сосудов нижних конечностей, с дерматологическими заболеваниями, с заболеваниями органов дыхания, с эндокринными заболеваниями, с онкологическими заболеваниями.

Общими противопоказаниями для предоставления стационаро-замещающей помощи являются инфекционные заболевания, заболевания, представляющие опасность для окружающих, психические заболевания и расстройства поведения. Медицинская помощь не оказывается в условиях дневного стационара пациентам, нуждающимся в постельном режиме, пациентам с заболеваниями, требующего круглосуточного проведения лечебных процедур и медицинского наблюдения.

Стационарозамещающая помощь в рамках ГОБМП и ОСМС оказывается в плановом порядке при наличии у пациента направления на лечение в дневной стационар, результатов лабораторных, инструментальных обследований и консультаций профильных специалистов, необходимых для лечения данного пациента. Длительность лечения с момента поступления в дневной стационар составляет не менее 5 и не более 8 дней.

Пациенты приходят днём, получают необходимые процедуры, отдыхают, возвращаются домой или на работу. Лечение в условиях дневного стационара даёт возможность вести активный образ жизни, сохраняя привычный распорядок дня, повышается доступность медицинской помощи пациентам, которые по ряду социально-бытовых причин не могут





проводить лечение в круглосуточном стационаре. Пациенты, находящиеся на лечении в дневном стационаре ежедневно осматриваются лечащим врачом, который следит за их состоянием, назначает контрольные лабораторные и инструментальные обследования, проводит коррекцию лечения. В дневном стационаре пациенты получают внутримышечные, внутривенные инъекции, внутривенную инфузионную терапию. С внедрением системы ОСМС будут доступны для пациентов дневного стационара такие

услуги, как физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК.

Лечение и ведение больных в дневном стационаре проводится в соответствии со стандартами и клиническими протоколами, разработанными экспертной комиссией Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан. В работе дневного стационара будут максимально использоваться современные комплексные методики лечения и диагностики наиболее распространенных заболеваний,

максимально использоваться имеющиеся возможности для подбора адекватной терапии с применением лабораторного и инструментального контроля.

Деятельность дневного стационара с внедрением системы ОСМС будет направлена на создание оптимальных условий для оказания качественной высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению.

**Умирбаева Ш.С., врач дневного стационара КГП «Поликлиника №1 г. Караганды»**

## НОВАЯ РУБРИКА

# МЕДИЦИНСКАЯ МОЛОДЕЖЬ

Меня зовут **Анаркулов Нуртилеу Еликбайұлы**. Родился я и вырос в Южной столице нашей Республики Казахстан – в городе Алматы.

В настоящий момент являюсь студентом НАО «Медицинский университет Караганды», обучаюсь по специальности «Общая медицина». Выбор именно карагандинского медицинского был сделан не случайно, ибо данный университет является лучшим ВУЗом нашей страны, который готовит профессионалов высокого уровня.

Стать врачом – это мечта моего детства, которая благодаря моим усилиям и поддержке моей семьи становится реальностью.

Сегодня существует достаточное количество профессий, которые являются популярными и востребованными. Многих привлекают финансовые выгоды, которые сулит большая зарплата. На мой взгляд, нет более достойного занятия для современного человека, чем лечить людей. Во все времена профессия доктора позволяла человеку полностью реализовать свою заботу о ближнем. В этой работе привлекателен не только конечный результат – полное выздоровление пациента и избавление его от страданий. Само общение с разными

людьми, анализ их проблем, которые привели к появлению неприятной патологии, позволяет почерпнуть массу не только профессионального, но и личного опыта.

Умение находить общий язык с представителями разных слоев общества, применение своих знаний в практических условиях делают профессию врача наиболее интересной из всех существующих.

Основываясь на вышесказанном, я считаю, что врачи сегодняшнего дня должны обладать следующими навыками: организационными, коммуникативными, критического мышления, умения не доводить дела до конфликтных ситуаций, постоянно находиться в режиме «upgrade». Знать языки – это уже не роскошь и не новость, а действительные и обязательные требования жизни. В медицинском университете, в совершенстве владея государственным и русским языками, я обучаюсь в группе с английским языком обучения. Это дает свои определенные неопределимые плюсы, ведь большая часть новых технологий и открытий совершаются повсеместно в самых разных точках мира на английском языке; новая литература и техника, также на английском языке. Таким образом, зная 3 языка я повышаю

свою конкурентоспособность и становлюсь на шаг ближе к более широкому количеству людей. Соответственно, медицинская помощь становится доступней.

Радует, что отечественное здравоохранение не стоит на месте. С новыми мировыми трендами и изменениями, меняемся и развиваемся и мы.

Обучаясь в медицинском университете наряду с высокой успеваемостью в учебе, я активно участвую в общественных делах. Являюсь стипендиантом областного центра по формированию здорового образа жизни ГУ «Управления здравоохранения Карагандинской области», состою в Казахстанской ассоциации медицинской молодежи, посещаю спортивные секции, тем самым поддерживаю свое здоровье, веду активный образ жизни.

В завершении своей статьи хочу дополнить: еще одна важная особенность успешного врача это умение быть альтруистом. (*Альтруизм – (лат. Alter — другой, другие) — понятие, которым осмысливается активность, связанная с бескорыстной заботой о благополучии других*).

Всем желаю крепкого здоровья и семейного благополучия!

Денсаулық -барлық адамның үлкен байлық құндылығы.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру Қазақстанда 2017жылдан бастап енгізіле бастады.МӘМС бұл мемлекеттік жүйе әлеуметтік қорғау ауқымы бойынша халықтың денсаулығын қорғау.Елімізде қазіргі Денсаулық сақтау жүйесімен салыстырғанда көптеген артықшылықтары бар. Жүйе жүзеге асқан соң медициналық қызметтердің сапасы айтарлықтай жақсарып,әр адам өзіне ұнаған дәрігерді немесе емхананы таңдауына мүмкіндік алады.-Қарағанды облысының денсаулық сақтау Басқармасы ММ 2020 жылдың 1 қаңтарынан бастап Қазақстан Республикасында міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі енгізілетіні жөнінде хабарлады.

Жалпы 2020жылы халықтың шамамен 95пайызы МӘМС жүйесіне қатысушылар қатарына қосылады.Барлық ел азаматтары,-мемлекет пен жұмыс берушілер -Денсаулық сақтау саласында ортақ жауапкершілікте болады.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінің артықшылығы-жарнаны әркім мүмкіндігіне қарай төлеп,қажетіне қарай медициналық қызмет көрсетілетіндігінде. МӘМС аясында қызмет көрсететін медициналық ұйымнан қажеттілігіңізге қарай,сырқатыңызды қанша уақыт емдеу керек болса,сонша медициналық көмек алуға құқылысыз,бірақ алатын медициналық көмек көлемі дәрігердің тағайындауына байланысты.МӘМС пакетіне кіретін қызметтер толық көрсетіледі және қосымша ақы төлеуді қажет етпейді.Сапалы медициналық көмек көрсету,қажетті дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету,сондай-ақ,

## Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі (МӘМС) туралы Сіз білесізбе? Оның тиімділігі мен артықшылығы

еліміздегі үздік клиникаларда тиімді емделу және қымбат бағалы операциялар жасату мүмкіндігі жұмыс істейтін әр азаматтың денсаулығын сақтауға,еңбекке жарамсыздық қағаздарының мерзімін қысқартуға және жұмыс берушілердің шығындарын азайтуға ықпал етпек.

2020 жылдың 1 қаңтарынан бастап халыққа медициналық көмек қалай көрсетіледі?

Медициналық көмектің екі пакеті болады:

1.Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі(ТМКК).

2.Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС)

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі - бұл көмек сақтандырылған - сақтандырылмағанына қарамастан барлық азаматтарға көрсетілетін болады.

\* жедел медициналық көмек.

\* санитарлық авиация.

\*бастапқы медициналық-санитарлық көмек (БМСК)-бұл емханаларда жалпы практика дәрігері,терапевт,педиатр сынды мамандар көрсететін қызметтер.

\*стационарды алмастыратын шұғыл көмек және стационарлық медициналық көмек.

\*паллиативтік көмек (туберкулез,онкология,-терминалдық сатыдағы созылмалы аурулар,біреудің көмегінсіз жүріп-тұра алмайтын,қамқорлыққа мұқтаж адамдар).

\*әлеуметтік маңызы бар аурулар,созылмалы және айналаға қауіп төндіретін негізгі ауруларға консультативтік-диагностикалық қызмет,

жоспарлы стационарлық және стационарды алмастыратын көмек түрлері тегін көрсетіледі,амбулаторлық деңгейде дәрі-дәрмекпен тегін қамтамасыз етіледі.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (МӘМС) - бұл көмек тек сақтандырылған азаматтарға ғана көрсетілетін болады:салалы мамандардың қызметі және диагностика; бағасы қымбат болып келетін зерттеу әдістері (МРТ (магнитті резонанстық томография), КТ (компьютерлік томография),ПЦР(полимеразды тізбекті реакция),т.б. басқа зертханалық зерттеулер); ТМКК пакетінде қамтылған өзге де ауруларды амбулаторлық деңгейде дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету; стационарды алмастыратын көмек; жоспарлы стационарлық көмек; қалпына келтіру мақсатындағы ем-дом және медициналық оңалту; әрбір азаматқа медициналық сақтандыру жүйесіндегі мәртебесіне қарамастан,мемлекет кепілдік берген медициналық қызметтер пакеті (ТМКК пакеті)шеңберінде медициналық көмек қолжетімді болады.

Дегенмен міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру енгізудің ең басты пайдасы-бәсекелестік есебінен медициналық қызмет сапасын арттыру мүмкіндігі туады.

**«Қарағанды қаласының №1 емханасы», арнайы мамандандырылған көмек бөлімшесінің меңгерушісі Аубакирова Б.М., маммолог дәрігері**

**Нурманова А.У.**

# МЕНИНГОКОККТЫ ИНФЕКЦИЯ ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

**Менингококкты инфекция** – бактериялардан туындаған жіті жұқпалы ауру, бас миының қабықтарының, жұлынның зақымдануымен сипатталады. Ауру ауа жолмен таралады (жөтел, түшкіру, сөйлесу кезінде). Менингококкты инфекция жедел таралады, клиникалық ағымы ауыр, өлім-жетімге алып келу жоғары.

Менингококкты инфекциясың маусымдылығы сипатталады, көбінесе қыс және ерте көктем айларында тіркеледі. Себебі, адамның иммунитет жүйесі сол уақытта әлсізденеді.

Менингиттердің алғашқы симптомдары, қарапайым салқын тию симптомдарына (температураның көтерілуі, бас ауруы) ұқсас. Аурудың анық белгілері пайда болғанда, медициналық көмекке уақтылы жүгінбеген кезде өлім-жітім 50%-дан артықты құрайды. Негізгі клиникалық белгілеріне: дене температурасының 39,0°C-ға дейін және одан жоғары көтерілуі, адам төзгісіз бас ауруы, жағдайының жақсаруына алып келмейтін, алдында жүрегі айнымайтын құсу, гемморагиялық бөртпе, тыныс алудың бұзылуы, сананың тежелуі,

бұзылуы жатады.

Айналадағы адамдар үшін инфекцияның көзі науқас немесе симптомсыз тасымалдаушы адамдар болып табылады. Бір науқасқа 20 мыңға дейін тасымалдаушы келеді. Менингококк ауруының ерекше эпидемиологиялық маңызы назофарингит клиникасы бар науқастарда болады.

Менингококк инфекциясының алдын алудың негізгі іс-шараларының маңыздысы, ол науқастарды және инфекция тасымалдаушыны анықтау, оларға сауықтыру шараларын жүргізу, аурудың алғашқы белгілері анықталғанда дәрігерге көріну болып табылады. Менингококктық инфекцияны жұқтырмау үшін:

- суық тиюден аулақ болу;
- адамдардың көп жиналатын орындарына баруға шектеу қою;
- күн сайын үйжайды ылғалды жинау және желдету қажет;
- жеке бас гигиена ережелерін сақтауды ұмытпау – жиі қол жуу, кір қолмен шырышты қабықтарын ұстамау;

- дәрумендерге бай толық тағамдарды, денені нығайтатын препараттарды пайдалану, физикалық жаттығулар жасау, организмді шынықтыру;

- салқын тиген кезде ауруға байсалды қарау (мұрын-жұтқыншақтың жіті ауруы, жөтел т.б.) дене қызуы көтерілгенде, бас қатты ауырғанда дереу дәрігердің көмегіне жүгіну қажет.

- барлық мешіттерде рамадан айы кезеңінде намаз оқу үшін қолайлы жағдайлар жасау (үй-жайларын тұрақты желдету және дезинфекциялау құралдарын пайдалана отырып ылғалды тазалау) және келушілерді аурудың бірінші белгілері пайда болған кезде дәрігерге жүгіну қажеттілігі және оның ұсынымдарын ұстану туралы ақпараттандыру бойынша шаралар қабылдау қажет.

**Қарағанды облысының тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаментінің инфекциялық және паразиттік ауруларды эпидемиологиялық қадағалау бөлімінің бас маманы Азыханова А.Қ.**

## ДЕПРЕССИЯ

Адамдар бойында соңғы уақытта көп кездесетін депрессия синдромы- бүгінгі күні сондай жер бетіндегі «заманауи сырқат түрі» саналатын дерттің бірі.

Депрессия – қазақша айтқанда: жабығу, торығу, күйзелу секілді ұғым. Депрессия - көпке созылмайтын, бірақ созылып кетсе [невроз](#) немесе [психоздың](#) бастауына айналатын түнілу мен [пессимизм](#) арқылы бейнеленетін көңіл-күй жағдайы. Депрессия кезіндегі үрей билеу күйі суицидалды қауіпті айтарлықтай арттырады. Міне сондықтан, суицидалды және парасуицидалды жүріс-тұрыстың алдын алу, онымен күресу мәселелері маңызды болып табылады. Алдын алудың тиімді әдістерінің бірі – бұл өзінің психологиялық және физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты ерекше қауіп-қатер тобын құрайтын балалар мен жасөспірімдерді анықтау. Бала девиантты жүріс-тұрысқа баратын отбасындағы проблемалы жағдайларды анықтаудың да маңызы зор.

Қазақтың қамығу, күйзеліс, жабығу, торығу сөздеріне сиятын күйзелістің ақыр соңында адамды өзін-өзі саналы түрде басқара алмауына әкеледі. Қым-қуыт тіршілікте жұмыр басты пенде белгілі бір кезеңде психологиялық күйзелісті бастан кешіретіні аян. «Дәл қазір күйзелісте жүрмін» деген сөзді он адамның тоғызы жиі айтатын болды. Бұрын-соңды мұндай сөзді құлағымыз шалмаушы еді.

Статистикалық мәліметтер соңғы бес жыл көлемінде дүниежүзінде әрбір үшінші адамның түрлі факторларға байланысты күйгелектік танытып, өз эмоцияларына бақылау жасай алмайтын деңгейге жеткенін алға тартады.

Күйзеліс – адамның психологиялық ауытқуы. Көбіне көңіл-күйі болмаған немесе қандай да бір қайғылы оқиғаны, жағымсыз кезеңді бастан өткерген адам күйзеліске ұшырайды. Психолог-мамандардың айтуынша, әсіресе, күз, көктем мезгілдерінде адамдар күйзелістік күйге тап болады. Бір қызығы, әлемде әрбір жиырмамыншы адам қандай да бір депрессиялық күйзелісті бастан кешіреді екен. Америкалық мамандар күйзелісті «психологиялық тұмау» деп айдар

таққан. Яғни, бұл дерт бүгінде қарапайым тұмау сияқты қаптап кеткен дегенді білдіреді. Мәселен, Америка Құрама Штаттарында жыл сайын 15 миллион адам «психологиялық тұмауға» тап болады. Ал жаһан халқының 5 пайызы депрессиялық күйзелісте жүреді екен. «Күйзеліс - адамның өмір сүруге бейімділігін сипаттайтын жаһандық дерт» деген пікір бар. Ең қызығы жер-жаһанның миллиондаған адамы аталмыш дертпен бетпе-бет кездесе де, одан шығу жолын, пайда болу себептерін дөп басып ешкім айта алмайды.

Гиппократ күйзеліске ұқсас психологиялық күйреуге «адам миының қара сөлге толуы» деп анықтама берген.

Психологтар XX ғасырға тән дерт деп атаса да, күйзеліс XXI ғасырға адамзатпен бірге аяқ басты. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының пайымынша, алдағы он жылда күйзеліс адамды өлімге жетелейтін аурулардың қатарына жатқызылады-мыс. Тіпті жүрек-қан тамырларынан баса озып алдыңғы қатарға шығады. Шамасы, адамның психологиялық күйзелісі күн санап белең алып келетін сияқты. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен Гарвард университетінің зерттеулері бойынша, әлемде 121 миллион адамның бойынан күйзеліс дерт табылған. Ең сорақысы, жыл сайын 850 мың адам күйзелістің салдарынан өзіне-өзі қол салады.

Мамандардың айтуынша, ер-азаматтар дертін мойындаудың орнына маскүнемдікке салынады. Яғни, арақ ішіп өзара арпалысты тыйып, бірер уақытқа дерттен айықтырады деп алданады ер-азаматтар. Күйзеліске тап болған ер-азамат өмірмен қоштасуға да дайын тұрады. Әсіресе, жас жігіттер мен қарттардың арасында күйзелісті еңсере алмай, өзіне-өзі қол салушылар басым.

Мамандар күйзелісті үш түрге бөледі:

Біріншісі – адамның инфаркт, жүрек ауруларына жиі ұшырауы және түрлі жарақат сияқты дертке тап болуымен қалыптасатын депрессия.

Екіншісі – эндогендік депрессия. Яғни адамның ішкі жан дүниесінің тереңінен пайда болатын дерт. Эндогендік депрессия адамға кері әсер етеді. Дәл осы депрессиялық күйге түскен адам айналасындағы құбылыстарға баға бере алмай, белгілі бір сезімдерді бастан кешіре алмай дал болады.

Үшінші – түрі психогендік деп аталады. Адамның психикалық ауытқуы салдарынан пайда болатын депрессияның бұл түрі тіпті қайғылы жағдайға итермелеуі мүмкін. Тағы бір қызық пайым. Ер-азаматтарға қарағанда, нәзік жандылар күйзелістік күйге жиі тап болады. Зерттеулерге жүгінсек, әйелдер күйзеліске ерлерге қарағанда 2-3 есе көп екен. Бұл – әйел бойындағы гармондық өзгерістерге байланысты болуы мүмкін. Мәселен, аяғы ауыр немесе босанған әйелдің психологиялық күйі жиі өзгереді. Тіпті дәл осы кезеңде нәзік жандылар мына әлемнен баз кешіп, бәрінен бас тартады. Бірақ мұндай күйзеліс ұзаққа созылмайды. Қарапайым халықтың тілімен айтқанда, мұндай депрессия «ұмытшақ ауру» сияқты. Бір мезетте пайда болып, бір мезетте жоғалады. Ал қара күштің иесі күйзеліске сирек тап болғанымен, дертті оңай еңсере алмайды. Өйткені ер-азамат үшін психологиялық күйзеліске тап болу - намысын аяқасты етумен пара-пар.

Күйзелістен арылудың жолдарын екі бағытқа бөлуге болады: әлеуметтік - психологиялық және психотерапиялық.

Көңілді алдайтын, көңіліңізді аударар бір өте қызықты іспен шұғылданыңыз; Ғалымдар айтуы бойынша, күйзелістен арылудың бір жолы техникалық, және әдеби аудармалар жасау; Қатты сырласып жүрген дос не құрбыларыңыз болса үйге шақырыңыз не өзіңіз барыңыз; Мазаңызды алып жүрген бірқакпай адамдар болса бетін дөрекі қайтармай түсіндіруге тырысыңыз; Айғайлап, дөрекі сөйлеген жағдайда сары уайымға түсіп, күйзелістен шыға алмауыңыз мүмкін. Оған мән бермеуге тырысыңыз.

Көкейіңізде түйіткілді болып тұрған мәселені ішіңізде сақтамаңыз. Барлық мазалап жүрген сан түрлі ойларды, сұрақтарды дос құрбыларыңызға айтыңыз. Немесе қағаз бетіне түсіріңіз.

Хош иісті ванна қабылдаудың да сізге сергектік сыйлайды; Жеңіл, ырғақты әуен тыңдаудың да өзіндік тигізер септігі ба, әсіресе мидың тынығуы, тек бәрін ұмыттыруға келетін әуен классикалық әуендер.

Күйзеліс кезінде дене шынықтыруға бұрынғыдан да көбірек көңіл бөлу керек. Тіпті болмаса, ән айтып, далада серуендеуге тырысқан жөн. Барлығынан безіп, жападан-жалғыз теледидардың алдында жатқан



адамның күйзелістен құтылуы екіталай. Өзіңізге жақын адамдармен жиі араласыңыз, отбасындағы, туған туыстардың үйіндегі тойларға, қонақтықтарға жиі барыңыз. Сіздің қамқорлығыңызға, мейіріміңізге зәру ата-аналарыңыздың, үлкендердің, қарттардың, бауырларыңыздың хал-жағдайын сұрап, көмектесуге тырысыңыз. Біреуге жақсылық жасаған адамның көңіл күйі көтеріліп қалады. Ең бастысы, кез келген жағдайда сабырлы болуға тырысыңыз. Өмір болған соң, қиындық болмай тұрмайды, сондай жағдайларда ең бірінші сабырлылық керек. Қиындықтың барлығы да өтпелі, сондықтан өмірден түңіліп, ашуға берілуге, сөйтіп, өз денсаулығыңызды нашарлатып алуға жол бермеңіз.

Психотерапиялық жолмен емдеу көбіне нәтижелі болады. Алайда бұл жолмен емдеу айлап, не жылдап жүргізуді талап етеді. Кейде ешқандай нәтиже бермеуі де мүмкін.

Психотерапия арқылы реабилитация жасауда депрессиямен ауырған адамның Хайдеггер ойынша депрессия үш әрекеттен құралады:

а) редукция, бар нәрседен болмысқа қайта оралу;

б) конструкция, немесе болмыс түсінігін қалыптастыру;

в) деструкция, немесе дәстүрлі түсініктерді жаңаша түсінікке сәйкестендіру.

Бұның барлығы психологтың шеберлігіне байланысты. Бірақ, ең бастысы – ол қол қусырып отырмау. Депрессия тымау сияқты физикалық көзге көрінетін ауру болмағанымен, оның ағзаға тигізетін зияны екі-үш есе артық болады. Оған немқұрайлы қарауға болмайды. Кеңес Одағы заманында елімізде психиатрия орындары жабық мекемелердің қатарына жататын. Әсіресе, үкіметке қарсы шыққандардың құтты мекеніне айналған бұл орындар көпшіліктің зәре-құтын қашырып, өзінен алыстатпаса жақындатқан емес. Арамызда «бас жарылса бөрік ішінде» деп жүре беретіндер көп. Өйткені олар «есепке тіркелуден» қорқады. Кез-келген жеңіл-желпі сырқатты онда тіркемейтінін, тіркесе де жазылған бойда алып тастайтынын жұрт ескермейді. Аты-жөндерінің құпия сақталатынын да бейхабар. Жүйкесі шаршаған, өмір сүруге дәрменсіз һәм құлықсыз, келешегіне сенбейтін адамдар арнаулы емдеу орындарына бармай, бақсы-балгерлерді, емшілерді жағалайтынын көзіміз көріп жүр.

Психиатрия шеңберіндегі психотерапия – депрессияны емдеу жолында медикаментозды емдеумен бірге қолданылатын тәсіл болып есептелінеді. Медикаментозды емдеуге қарағанда психотерапиялық емдеуде адам өзі белсенді қатысып отырады. Нәтижесінде адам өзін-өзі реттеу дағдыларына үйренеді және болашақта депрессияға ұшырамайтындай кризистік жағдайлармен эффективті күресе алуға мүмкіндігі туады.

Психотерапия кезінде психолог маман адамның мәселесі төңірегінде әр-түрлі техникалар қолданады. Біліктілігі жоғары маманмен сөйлесе отырып, адам өзіне депрессияға ұшырау себептерін ашады және де келесі дағдыларға үйренеді:

- Депрессияны туғыздыратын жүріс-тұрыстық, эмоционалды факторлар мен ойларды танып білу;
- Өмірлік мәселелерді танып, олармен күресе алатын немесе оларды өзгерте алатын өзінің бойында мүмкіндіктерді танып білу;
- Өміріне деген бақылау сезімін қайта қалыптастыру;
- Өмірлік жағдайларға қуана білу;
- Психотерапияның бірнеше түрін ажыратады;
- Индивидуалды – психолог пен клиент қатысатын кездесу;

Топтық – психолог пен бірнеше клиент қатысатын кездесу. Клиенттер бір-бірімен өз мәселелерімен, уайымдарымен бөлісе отырып, осы мәселеге жалғыз ғана тап болмағанын түсінуге мүмкіндік болады.

Сонымен қатар, психотерапияның келесідей бағыттары бар: психодинамикалық, тұлғааралық және когнитивті-жүріс-тұрыстық терапия. Бірінші кездесуден кейін психолог маман қай бағытты қолдануды шешеді.

Психодинамикалық терапия бойынша депрессияға ұшыраған адамның мәселесі оның бейсанасында жатады. Осы терапия шеңберінде адамның бүкіл өмірі талдауға алынады да, оның мәселесі өмірінде қалайша көрініс табатынына көңіл аударылады. Көмек алып жүрген адам өз мәселесін, оның негізінде жатқан себептерді танып, психолог маманмен әңгімелесу арқылы оны шешу жолдарына үйренеді. Терапияның бұл түрі бірнеше кездесуден тұрады және ұзаққа созылуы мүмкін.

Тұлғааралық терапия адамның қоршаған ортасындағы адамдармен (отбасы, жолдастары, әріптестері және т.б.) болған шиеленіс жағдайларын шешуге тырысады. Осы терапияның мақсаты – адамға коммуникация дағдыларын көрсету, өзіндік бағалауын жоғарлату және адамдармен дұрыс қарым-қатынас орнатуды үйрету.

Когнитивті-жүріс-тұрыстық терапия бойынша депрессияға ұшыраудың себептері жансақнандар мен бағдарлардың дисфункциясы болып табылады. Сәкесінше осы бағыттың мақсаты – бұрында деструктивті құбылыстарға жеткізген жансақнандар мен бағдарларды өзгерту болып табылады. Техникаларына негативті ойларды жою, сананың жана шаблондарын құру мен депрессияға алып келетін мәселенің негізін танып білу тәсілдері жатады.

Психотерапияның тиімділігін арттыру үшін келесі әрекеттерді жасауға болады:

- Стресс туғыздыратын мәселені табу, өмірде болып жатқан жағымды және жағымсыз жайттарды арнайы күнделікке тіркеу;
- Приоритеттерді жүйлендіру, және оның ішінде жағымдыларға аса көңіл бөлу;
- Демалуға және өзіне ұнайтын іс-әрекеттермен айналысуға уақыт бөлу;
- Сенімді адамға іштегі сезімдерді, уйымдарды айтудан қорықпау;
- Өмірде жағымды жағдайларға көңіл бөліп, стресспен күресу жолдарын білу.

Психотерапияның мақсаты – депрессияға әкелетін адамның жүріс-тұрысын және ойларын бағалау мен шиеленіс жағдайларын анықтау болып табылады. Терапия кезінде өз мәселесін шешуде белсенді қатысатын адамдар саулығып кету мүмкіндігі жоғары болады. Психотерапияның басты мақсаты – депрессияның себептерін анықтау және оны адам санасына жеткізу. Психотерапияның нәтижесін көру ұзақ уақытты қажет етеді және антидепрессанттарға қарағанда оның эффективтілігі ұзақ болады. Сонымен қатар күйзеліспен күресе білу адамның ақыл-ойының, парасатының деңгейіне тікелей байланысты. Әрине, қазіргі уақытта оған қарсы түрлі дәрілер бар. Алайда дәрілердің барлығы уақытша көмектесетінін ескеру қажет. Қорғанудың ең басты әдісі – барынша өз қалауыңыз бойынша өмір сүру. Жақсы демалып, спортпен айналысып, денсаулықты күту керек. Күнделікті ас ішіп, аяқ босатудан да басқа қызықты нәрселер бар екенін ескеріп, өзіңіздің сүйікті ісіңізбен айналысу, ақыл-ой көкжиегін кеңейту, көп іздену, біліміңізді кеңейту, күйгелек болмау, міне, қорғанудың жолдары және психологтың көмегін ескерген жөн.

**Касейнова Б Н, Бабушкина А. А.,  
Алюбаева Г. О.  
психологи ОПНД**

## «А» ВИРУСТЫ ГЕПАТИТІНІҢ АЛДЫН АЛУ

Вирусты гепатиттің «А» түрі - жұғу қаупі өте жоғары, әрі қауіпті «жуылмаған қол аураларының» ішіндегі бірінші орындағы кеңінен тараған ауру түрі. Жұқтыру қаупін жұқтырушылар болып, ең бірінші кезекте мектепке дейінгі және бастауыш сынып оқушылары жатады, себебі өздерінің шыдамсыздықтарына байланысты жеміс-жидектерді жумай жеп, бутербродтарын жуылмаған қолмен тезірек ұстауға үйір, немесе саусақтарын, ойыншықтарын ауыздарына салу әдеттерінен әлі де болса арыла алмағандар. Міне, осылардың бәрі гепатитті жұқтыруға әкеліп, бүкіл отбасының денсаулығына қауіп төндіреді, себебі вирус ластанған тұрмыстық заттар арқылы да берілетіні белгілі.

Ауру, әдетте, оңай өтеді, әрі толық жазумен аяқталады.

**Жұқтырудың негізгі жолдары:**

- жұқтырылған адаммен байланыс, жалпы гигиена заттарын пайдалану;
- ластанған сумен айдалану;
- зарарланған тағамды пайдалану.

**Симптоматика:**

Аурудың негізгі белгілері: әлсіздік, шаршау, бас ауруы, бұлшық ет пен буындардың ауруы, жүрек айну, құсу, тері қышуы байқалып, температурасы жоғарылайды (37°-38,5°); кішкентай балаларда диарея да болуы мүмкін; жасөспірімдер мен ересектерде іштің жоғарғы бөлігінде (оң жақ қабырға асты) ауырсыну байқалады. Аурудың басталуы суық тиіп қалғандай болып басталады және ол жас шамасына да байланысты: балаларда толық клиникалық көрініс өзгермеуі де мүмкін. Тері қабаттарының сарғаюы ересектерде ғана байқалады. Егер сарғаю байқалса, ауру - жұқпалы кезеңінен өткендігінің белгісі. Кейде терінің сарғаюы кезінде дене температурасын түсіп, ауырсынудың болмауы да мүмкін.

**«А» вирусты гепатитінің алдын алу** - аурудың алдын алу емдеуден гөрі оңай, сол себепті вакцинация жасау (Қазақстан Республикасында мектепке дейінгі жастағы балалар арасында тұрақты иммунитетті қалыптастыру үшін «А» гепатитіне қарсы екі рет егіледі) арқылы және қарапайым жеке бас гигиенасының ережелерін дұрыс орындау арқылы сақтануға болады:

- қарапайым гигиеналық талаптарды міндетті түрде сақтау және дәретханаға барғаннан кейін, көшеден келген соң және тамақтың алдында қолды жуу;
- бөлмелерде тазалық сақтау;
- жеке гигиена заттары өзіңдікі ғана болу керек, оны біреумен бөлісуге болмайды;
- көкөністер мен жемістерді пайдаланар алдында ағынды таза сумен міндетті түрде өте мұқият жуу қажет;
- ешқашанда жаңа қорданы тыңайтқыш ретінде пайдаланбаңыз.
- тек қайнаған су ішіңіз, кез-келген күмәнді су қоймаларына шомылуға болмайды. Бұл әсіресе жаз мезгіліндегі тым «қалың қоныстанған» жағажайларға, сондай-ақ ағынды сулар қосылып кеткен су қоймаларына қатысты.

**Қарағанды облысы Тауарлар мен қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаментінің инфекциялық және паразиттік ауруларды эпидемиологиялық қадағалау бөлімінің бас маманы**

**А.Т.Аяпбергенова**



# ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХИЧЕСКОГО И РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В настоящий момент в нашем современном обществе родители у которых дети имеют какие-либо нарушения речевого развития, прекрасно осознают, что данная патология имеет последствия. Но осознать, что ребенок развивается не в срок по уровню речевого развития очень трудно, если данная патология вовремя не опознана, то часто идет нарушения не только речевого, но и психического развития. Если ребенок не может выразить мысль при помощи речи, тем самым страдает весь процесс мозговой деятельности. В современном мире дети растут не на общение с другими детьми: а на мультфильмах, детских передачах, развивающих гаджетах, различных детских шоу, где дети развиваются пассивно без передачи информации в словесной форме взрослым или другим детям. К проблемам речевого развития относят: отставание уровня актуального речевого развития общепринятой возрастной норме, нарушения формирования фразовой речи, низкий словарный запас, нарушения звукопроизношения. Тем самым нарушение речевого развития ведет к снижению психического развития: у детей нарушается память, внимание, интеллект. Задержка психического развития всегда ведет к различным нарушениям речевой деятельности и, поэтому задержка психического и речевого развития часто наблюдаются у детей параллельно и являются комплексным нарушением.

В последние годы идет тенденция на увеличение нарушения речевого развития. В

странах СНГ частота встречаемости с нарушением речевого развития до 25 %, в зарубежных странах цифры не много меньше до 16%.

С целью выявления взаимосвязи психического и речевого развития был проведен ретроспективный анализ 100 медицинских карт пациентов (74% - мальчики, 26% - девочки) в возрасте от 4 до 7 лет (4 лет - 3%, 5 лет - 28%, 6 лет - 36%, 7 лет - 33%) дневного стационара Областного детского психоневрологического диспансера города Караганды.

Анализ анамнеза пре-, интра- и постнатального развития, благополучности прохождения беременности и родов, заболевания женщины в процессе вынашивания ребенка, своевременность срока родов, заболевания во время беременности на основании медицинских карт пациентов выявил следующие особенности:

1. Беременность с осложнениями: у 68% (анемия, токсикоз, отеки и тд).
2. Путь рождения: у 17% через кесарево сечение, 4% преждевременные.
3. Асфиксия в родах: у 17% рожденных детей.
4. Родовая деятельность: со стимуляцией у 11%, стремительные у 9%.
5. Вирусная инфекция: у 48 % беременных.
6. После родовая травма: у 8% детей.
7. Наследственная предрасположенность: у 20 % родителей.

Логопедический анализ речевой карты

выявил нарушения формирования фразовой речи у 45%, низкий словарный запас - у 78%, нарушение звукопроизношения у 98%. Так же отмечается что - у 6 % детей первые слова были сформированы только в 15-18 месяцев рождения, у 13 % в 24 месяца. Анализ психического статуса, наряду с вышеуказанной патологией параллельно выявил: ограниченный, не соответствующий возрасту запас знаний и представлений об окружающем, низкий уровень познавательной активности, недостаточная регуляция произвольной деятельности и поведения, низкая способность к приему и переработке информации.

Таким образом, выявлена взаимосвязь речевого и психического развития у детей дошкольного возраста. Именно поэтому предупреждение задержки психоречевого развития, ранняя диагностика, логопедическая коррекция, диспансерное наблюдение является важной составляющей в сохранении здоровья будущего поколения. Основными направлениями коррекции при нарушениях формирования речи у детей являются: логопедическая, психолого-педагогическая, психотерапевтическая помощь ребенку и его семье, а также медикаментозное лечение. Особое значение при организации помощи таким детям приобретают комплексность воздействия и преемственность работы с детьми специалистов различного профиля (врачей, логопедов, психологов, педагогов). **Зубкова Е.Е., резидент-психиатр НАО «МУК»**

Растительные жиры — полезная альтернатива «вредным» животным жирам, источникам «плохого» холестерина, способствующим развитию ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний. Почти все растительные масла относятся к категории ненасыщенных жиров, содержащих незаменимые жирные кислоты Омега-3 и Омега-6.

Однако, несмотря на ценность для здоровья, растительные масла характеризуются очень небольшим сроком хранения. А для сохранения вкусовых качеств растительного масла необходимо соблюдать особые условия хранения. Эти факторы оказались слишком невыгодными для производителей, т.к. поднимали цену и делали продукцию неконкурентоспособной.

В итоге ученые по заказу производителей нашли способ создания «улучшенного» растительного жира, дешевого и долго сохраняющегося даже при комнатной температуре. Это и есть трансжиры — специфический вид ненасыщенных жиров, полученных искусственным путем (гидрогенизацией жидких растительных масел).

## ТРАНСЖИРЫ: ИХ ВРЕД И ОПАСНОСТЬ

Трансжиры, несмотря на растительное происхождение — твердые, нам они хорошо известны — это разного типа маргарины и кулинарные жиры.

**Как трансжиры влияют на здоровье?**

Уже установлены следующие негативные последствия употребления в пищу трансжиров: ухудшение качества молока у кормящих матерей, при этом трансжиры передаются с молоком матери при кормлении ребенка; рождение детей с патологически малым весом; увеличение риска развития диабета; нарушения работы простагландинов, что негативно влияет на состояние суставов и соединительной ткани; нарушение работы фермента цитохром-оксидазы, играющего ключевую роль в обезвреживании химических веществ и канцерогенов; ослабление иммунитета; снижение уровня мужского полового гормона тестостерона и ухудшение качества спермы; нарушение клеточного метаболизма. Чреваты такими заболеваниями, как атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая

болезнь сердца, рак, ожирение и ухудшение зрения; снижение способности организма к противостоянию стрессам, увеличение риска возникновения депрессии.

**В каких продуктах содержатся трансжиры?** Список продуктов, содержащих трансжиры, гораздо шире, чем многие думают. Дело в том, что их использование в производстве позволяет экономить и зарабатывать баснословные деньги. И эти деньги вы отдаете вместе с собственным здоровьем! Итак: маргарин; спреды, мягкие масла, миксы сливочных и растительных масел; рафинированное растительное масло; белый хлеб; шоколад; разные «масла» для бутербродов; майонез; кетчуп; продукция фаст-фуда - картофель фри и т.д.; кондитерские изделия - торты, пирожные, печенье, крекеры и т.д. снеки - чипсы, попкорн и т.д.; замороженные полуфабрикаты.

**Как избежать потребления трансжиров?**

Внимательно изучайте состав приобретаемых продуктов. Трансжиры представлены в составе как: гидрогенизированные, частично гидрогенизированные, или сатурированные жиры; маргарин.

Однако прямых признаний «гидрогенизированные» и «частично гидрогенизированные растительные жиры» производители, как правило, старательно избегают, что пока позволяет им закон. Есть несколько «псевдонимов», под которыми трансжиры скрываются в списке ингредиентов: растительный жир, комбинированный жир, кулинарный жир, жир фритюрный.

Для очищения организма от влияния трансжиров, по словам докторов, понадобится два года, в течение которых необходимо полностью отказаться от продуктов, содержащих эти вещества.

**Тулешова А.Е., главный специалист  
Управления контроля качества и  
безопасности товаров и услуг района  
им. Казыбек би г. Караганды**

**ОТКРЫТА  
ПОДПИСКА  
НА 2019 ГОД  
САЛАУАТТЫ  
ӨМІР САЛТЫ  
ЗДОРОВЫЙ  
ОБРАЗ ЖИЗНИ**



салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы

**ТОО «GIO TRADE»**

центр формирования здорового образа жизни

пропаганда здорового образа жизни

лабораторные исследования

сертификация и декларирование

экологический мониторинг

аттестация рабочих мест

дератизация, дезинфекция, дезинсекция

санитарный минимум

производственный контроль

медосмотр декретированной группы населения

**www.giotrade.kz**

Главный редактор: Галаева А.И.,

Редактор: Альжанова К.А.,

Дизайн и верстка: Казарян А.Ю.

Адрес редакции: г. Караганда, ул. Сатыбалдина, 2.

Тел. : 8 /7212/ 77 20 60; E-mail: zog\_giotrade@mail.ru

Газета выходит один раз в месяц. Перепечатка только с разрешения редакции. Редакция не несет ответственности за мнение авторов публикуемых статей и содержание рекламных материалов.

Ответственность за достоверность сведений и фактов, содержащихся в газете, несут авторы публикаций.

ТОО «GIO TRADE»

Регистрационное свидетельство № 16250-Г.

Выдано Министерством связи и

информации РК.

Комитет информации и архивов 13.12.2016.

Год издания одиннадцатый.

№ 10 (210) октябрь 2019г.

Формат А-3, Объем- 4 печатных листа,

тираж -1000 экз, планируемый тираж 5000 экз.

Отпечатано в типографии ТОО «GIO TRADE»

г. Караганда, ул. Сатыбалдина, 2.

Тел.: 8 /7212/ 77-20-60