



САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ ЗДОРОВОЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



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

ДЕНСАУЛЫҚ ФЕСТИВАЛІ!

Статистикалық мәліметтер бойынша әлемде 70% өлім созылмалы инфекциялық емес ауруларға байланысты болып келеді – бұл жылына шамамен 40 млн өлім. Инфекциялық аурулар, біздің елімізде, барлық аурулардың жалпы санының тек 2% құрайды. Әлемнің көптеген елдеріндегідей назарды созылмалы ауруларды емдеуден олардың алдын алуға, қоғамдық денсаулықты сақтауға бағыттау қажет екендігі белгілі.

ДДСҰ денсаулықты – аурулар мен ағза ақаулардың жоқтығы деп қана емес, толық физикалық, рухани және әлеуметтік аман-есендік деп анықтайды.

Физикалық инерттілік (жеткіліксіз дене белсенділігі) маңыздылығы бойынша жаһандық өлімнің төртінші қауіп факторы болып табылады (әлемдегі 6% өлім). Одан басқа, бағалау бойынша, физикалық инерттілік сүт безі мен тоқ ішек обырының (шамамен 21-25% жағдайлар), диабеттің (27 % жағдайлар) және жүрек ишемия ауруының (шамамен 30% жағдайлар) пайда болуының негізгі себебі болып табылады.

Ересек адамдар арасында тиісті деңгейде дене белсенділігімен әрдайым айналысу денсаулыққа келесі әсерін тигізеді:

- Жоғары қан қысымы, инсульт, диабет, сүт безі мен тоқ ішек обыры, депрессияның даму және құлау қаупін төмендетуге мүмкіндік береді;
- Сүйектердің қатаюуы мен функционалды денсаулықтың нығаюына себебін тигізеді;
- энергия шығынының негізгі детерминанты болып табылады, демек, энергетикалық алмасу мен тиісті салмақты ұстап тұруда шешуші рөл атқарады.

ДДСҰ мәліметтері бойынша дене белсенділігінің жетіспеушілігі инсульт, диабет пен обыр сияқты инфекциялық емес аурулардың (ИЕА) маңызды қауіп факторы болып табылады. Көптеген елдерде адамдар дене белсенділігімен әлдеқайда аз айналысуда. Бүкіл әлемде 23% ересектер мен мектепке баратын 81% жасөспірімдер дене белсенділігінің жетіспеушілігін сезінуде.

Дене белсенділігі деңгейін арттыру жеке

адамдардың ғана емес, сонымен қатар, барлық қоғамның мәселесі болып табылады. Сондықтан, оның шешімі үшін мәдениеттің ерекшеліктерін ескеретін және тұрғындардың жеке топтарына бағытталған көпсалалы, көптәртіптік тәсіл қажет. Бүгінгі таңда бұл бағытта елімізде ауқымды жұмыс жүруде, мысалы, қалаларда веложолдардың салынуы, тұрғын үйлердің аулалары мен саябақтарда спорттық алаңдардың салынуы. ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау ұлттық орталығының ұйымдастырушы-әдістемелік нұсқаулығымен әрдайымғы жеткілікті қозғалыс белсенділігі арқылы денсаулықты нығайтуға әрбір азаматтың бірлескен жауапкершілігін арттыру мақсатында 2019 жылғы 8 қыркүйекте республиканың аймақтарында «Денсаулық сандарына жет!» ұранымен 2019 жылғы «Денсаулық фестивалі» өтеді.

«Денсаулық фестивалі» «Денсаулық сандарына жет!» ұранымен өтеді:

дене белсенділігінің – күніне 10000 қадам, 30 минуттан кем емес қалыпты және 20 минут қарқындыденебелсенділігі;

салауатты тамақтандың: күніне 500 г (5 бөлік) аз емес шикі көкөніс пен жемістер, күніне 5 г-нан аз тұз, дәндер, күніне 2 литрден кем емес таза су;

дене салмағы: дене салмағының оңтайлы индексі - 19-25, ер адамдарда бел көлемі 96 см аз немесе тең, әйел адамдарда 88 см аз немесе тең;

шылым шегу: күніне 0 шылым;

жүрек-қан тамыр жүйесінің: артериалды қысым: 140/90 мм с.б.б. аз немесе тең, жалпы холестериннің 5 ммоль/л кем немесе тең, қан қантының 5,5 ммоль/л аз немесе тең.

Бейтарап өмір салтын сүретін немесе ауруға байланысты қандай да бір шектеулері бар ересек адамдар, егерде, олар «белгілі бір деңгейде» «бейтарап» санатынан белсенді санатына ауысса, онда денсаулыққа пайда әкелетіндігіне аса назар аударту керек. Қазіргі уақытта дене белсенділігіне

қатысты кеңестерді орындамайтын ересек адамдар ДДСҰ келесі кеңестерін орындау үшін оның ұзақтылығы, жиілігі және соңында қарқындылығын арттыруға талпыну керек: 65 жастағы және одан асқан ересек адамдар аптасына орташа қарқынды аэробикамен айналысуға 150 минуттан кем емес уақыт және аптасына жоғары қарқынды аэробикамен немесе орташа және қарқынды дене белсенділігімен қатар айналысқанда 75 минут бөлу қажет;

- аэробиканың әрбір жаттығуы 10 минуттан кем емес созылу қажет;

- денсаулыққа қосымша артықшылықтар алу үшін бұл жас санатындағы ересек адамдар орташа қарқынды аэробикамен айналысу жүктемесін аптасына 300 минутқа дейін арттыру қажет және аптасына жоғары қарқынды аэробикамен немесе орташа және қарқынды дене белсенділігімен қатар айналысқанда 150 минутқа дейін арттырған жөн;

- бұл топтың буын мәселелері бар санаттағы ересек адамдар құлау қаупінің алдын алатын тепе-теңдікті сақтауға арналған жаттығуларды аптасына 3 немесе одан көп рет жасау қажет;

- бұлшықеттің негізгі топтары қатысатын күш жаттығуларына аптасына 2 немесе одан көп күндер арнаған жөн;

- егде жастағы кісілер өз денсаулығы жағдайына байланысты дене белсенділігінің ұсынылған көлемін орындай алмаса, онда олар өзінің дене шынықтыру мүмкіндіктерін және денсаулық жағдайын ескере отырып дене шынықтыру жаттығуларымен айналысу керек.

ҚР ДСМ «ҚДСҰО» ШЖҚ РМК



20-29 жастағы адамдарға қызылша мен қызамыққа қарсы қосымша иммундау өткізу туралы

Соңғы жылдары Еуропа аумағындағы көптеген елдерде қызылша ауруы бойынша эпидемиологиялық ахуалдың біршама күрделенгені байқалуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қызылша ауруының өсуін Еуропа елдерінің көбісінде қызылшаға қарсы егумен қамту деңгейінің төмен болуымен байланыстырады.

читайте на стр.3

Изменились правила оказания стационарной медпомощи в РК



читайте на стр.5

ЖОЛ ҚОЗҒАЛЫСЫ ЕРЕЖЕЛЕРІН БІЛУ - ҚАУІПСІЗДІК НЕГІЗІ

Соңғы жылдары автомобилизацияның күрт өсуі көп қиындық туындатты, оның ішінде жол-көліктік жарақаттары көбіне «ұлттық апат» сипатына ие болуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының болжамдарына сәйкес 2030 жылға қарай жол апаттары инфекциялық генез мен қант диабеті ауруларынан кейін адам өлімінің 7-ші себебі болуы мүмкін.

читайте на стр.7

ДЕНЬ СЕРДЦА

По данным ВОЗ, на глобальном уровне, сердечно-сосудистые заболевания являются причиной примерно 17 млн. случаев смерти в год, из них осложнения гипертонии вызывают 9,4 млн. случаев смерти в мире ежегодно. На долю гипертонии приходится, по меньшей мере, 45% смертных случаев, вызванных болезнями сердца и 51% случаев смерти, вызванных инсультом. Огромное количество смертей приходится на преждевременную гибель и проявляется до достижения 70 лет, отнимая жизни людей в самые продуктивные годы, оказывая на семьи разрушающее финансовое и эмоциональное влияние.

Главные факторы риска, в основном приводящие к возникновению ССЗ, выступают в виде низкой физической активности, нездорового питания, злоупотребления алкоголем и употребления табака.

Раннее обнаружение, адекватное лечение и надлежащий контроль гипертонии обеспечивают улучшение состояния здоровья и экономически выгодны, так как лечение осложнений гипертонии сопряжено с осуществлением дорогостоящих вмешательств. Предотвратить гипертонию может контроль поведенческих факторов риска, в их числе: потребление пищи, содержащей много соли и жиров, отсутствие в рационе достаточного количества фруктов и овощей; табакокурение; опасное злоупотребление алкоголем; недостаточность физической активности; недостаточный контроль стрессовых состояний, которые в свою очередь, являются важными поведенческими факторами риска развития серьезных неинфекционных болезней, таких как сердечно-сосудистые заболевания, диабет, хронические респираторные болезни и онкологические заболевания. Если не принимать надлежащих мер, то по прогнозам экспертов ВОЗ число случаев смерти, вызываемых сердечно-сосудистыми заболеваниями, будет возрастать и далее.

В основном бремя болезней сердца, инсультов и почечной недостаточности обуславливает артериальная гипертония, она также способствует преждевременной смертности и инвалидизации.

Стабильное повышение артериального давления (АД) впервые может быть выявлено в любом возрасте. У пожилых выявляется гораздо чаще, чем у молодых людей. У лиц 20-30 лет повышенное артериальное давление выявляют у каждого десятого человека, у лиц 40-50 лет — у каждого пятого, среди людей старше 60 лет двое из трех имеют повышенное артериальное давление. Определить, когда появляется артериальная гипертония очень сложно.

Уровень артериального давления не должен превышать 140/90 мм рт. ст. в любом возрасте (АД — 120/80 мм рт. ст. — оптимально для любого возраста). При стойком АД выше 150 мм рт. ст. инсульты возникают в 3 раза чаще, а инфаркты — в 2,5 раза чаще, чем при нормальном артериальном давлении, результаты измерения артериального давления необходимо фиксировать в Дневниках самоконтроля.

В раннем выявлении заболеваний сердечно-сосудистой системы огромная роль отводится скрининговым осмотрам взрослого населения Республики Казахстан. Важно и необходимо прохождения скринингов, с вычислением индекса Кетле, использованием методики SCORE для оценки сердечно-сосудистого риска, с целью предотвращения возникновения осложнений при наличии заболевания и предупреждения возникновения самих заболеваний. Система SCORE оценивает 10-летний риск развития первого фатального

атеросклеротического события, будь то сердечный приступ, инсульт, аневризма аорты или что-либо иное.

Особенности Национальной скрининговой программы заключаются в выявлении и дальнейшем направлении населения на коррекцию факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, которая осуществляется в рамках деятельности Школ здоровья, действующих в организациях ПМСП.

Важно поставить акцент на самостоятельности при ведении своего профиля здоровья, обратить внимание на существующие в стране школы здоровья, помогающие обратившимся в процессе оздоровления, антитабачные центры, способные поддержать и сопроводить решившего бросить курить, возможность совместного оздоровления при работе с психологами, социальными работниками, врачами и медицинскими сестрами.

Данная коррекция, во многом направлена на изменение образа жизни населения, что в сочетании с другими стратегиями по снижению факторов риска, такими как контроль артериального давления, уровня глюкозы и липидов в крови, приведет к стабилизации заболевания, формированию навыков контроля за симптомами, снижению количества госпитализаций и увеличению продолжительности и качества жизни людям с хроническими неинфекционными заболеваниями и увеличит продолжительность здоровой жизни. Для населения, входящего в группы риска развития артериальной гипертонии, необходимо рекомендовать простые, выполнимые и эффективные меры, направленные на изменение поведения и образа жизни, а также на обучение навыкам самоконтроля, самоменеджмента и формированию приверженности лечению.

Опыт развитых стран показывает, что эффективное снижение сердечно-сосудистой смертности возможно при одновременном внедрении лечебных и профилактических мероприятий. При этом лечебные мероприятия дают не более 40% снижения, а профилактические меры — до 70%.

Профилактика артериальной гипертонии включает в себя ряд мероприятий, выполнение которых несомненно могут помочь избежать гипертонического криза в будущем и улучшить в целом свое самочувствие.

Всемирная организация здравоохранения в целях укрепления сердечно-легочной системы, костно-мышечных тканей, снижения риска неинфекционных заболеваний и депрессии рекомендует следующее:

1. Помните, что даже несколько сигарет в день провоцирует повышение АД.
2. Боритесь с лишним весом, следите за питанием — больше фруктов и овощей, меньше соли, сахара, жира и консервантов.
3. Избегайте стресса. Учитесь преодолевать стрессовые состояния, предупреждать их и расслабляться. Научитесь воспринимать неприятности спокойно. Если не получается избежать стресса, тот нужно научиться с ним справляться. Существует много методов борьбы, от прогулок и хобби до визита к психологу или психотерапевту.
4. Сон — лучшее лекарство. Старайтесь уделять сну не менее 7 часов.
5. Двигайтесь! Человечество, благодаря научно-техническому прогрессу, регрессирует

в своем физическом состоянии. Люди мало двигаются и много едят вредную пищу. Это одна из основных проблем современного общества. Для того чтобы вернуть телу бодрость, а сосудам — тонус, необходимо, хотя бы 30 минут в день уделять физическим нагрузкам. Достаточно делать небольшую утреннюю разминку и в течение дня стараться больше двигаться. Идеальным вариантом являются прогулки быстрым шагом (не бегом!) в ближайшем сквере или парке. Если даже совершенно нет свободного времени, то альтернативой может стать ходьба пешком на работу (хотя бы 2-3 км в день). Эти нехитрые нагрузки помогут в укреплении сосудов. Основное правило — они должны быть ежедневными, а не раз от раза.

Взрослые люди в возрасте 18 — 64 лет должны уделять не менее 150 минут в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности, или, не менее, 75 минут в неделю занятиям аэробикой высокой интенсивности, или аналогичному сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности.

- Каждое занятие аэробикой должно продолжаться не менее 10 минут.
- Для того чтобы получить дополнительные преимущества для здоровья, взрослые люди этой возрастной категории должны увеличить нагрузки своих занятий аэробикой средней интенсивности до 300 минут в неделю, или до 150 минут в неделю, если занимаются аэробикой высокой интенсивности, или аналогичное сочетание занятий аэробикой средней и высокой интенсивности.
- Силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю.

Существуют многочисленные способы достичь в общей сложности 150 минут занятий физической активностью в неделю. Занятия можно распределять менее продолжительными блоками, не менее 10 минут каждый, на протяжении всей недели: например, 30 минут физической активности умеренной интенсивности 5 раз в неделю.

Взрослые люди, ведущие пассивный образ жизни или имеющие какие-либо ограничения в связи с болезнями, получают пользу для здоровья, если они передвинутся из категории "пассивности" в категорию активности "на некотором уровне". Взрослые люди, которые на данный момент времени не выполняют рекомендаций в отношении физической активности, должны стремиться к увеличению ее продолжительности, частоты и, в конечном итоге, интенсивности для последующего выполнения этих рекомендаций.

В достижении результатов превентивных профилактических мероприятий важна роль активного, информированного человека, ответственного за своё здоровье, особенно в рамках системы обязательного социального медицинского страхования.

По материалам НЦОЗ



20 - 29 жастағы адамдарға қызылша мен қызамыққа қарсы қосымша иммундау өткізу туралы

Соңғы жылдары Еуропа аумағындағы көптеген елдерде қызылша ауруы бойынша эпидемиологиялық ахуалдың біршама күрделенгені байқалуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қызылша ауруының өсуін Еуропа елдерінің көбісінде қызылшаға қарсы егумен қамту деңгейінің төмен болуымен байланыстырады.

Әлемде, оның ішінде Қазақстанмен шекаралас елдерде қызылша ауруының тіркелуі, халық ішіндегі белсенді көші-қон үрдісі осы жұқпа түрінің республикаға енгізілуі мен тез таралуына әкеліп отыр.

Қарағанды облысында қызылша 2018 жылғы желтоқсан айынан тіркелуде. Ауруға шалдыққандар арасында адамдардың басым бөлігін 14 жасқа толмаған балалар (72%) мен 20-29 жастағы ересектер (56%) құрайды, олар жұқтырудың жоғары тәуекелді әлеуметтік-кәсіби топтарына жатады.

Ауру көбінесе егумен қамтылмаған адамдар, оның ішінде Ұлттық профилактикалық егулер күнтізбесінің мерзімдеріне сәйкес қызылшаға қарсы вакцинаның алғашқы дозасын алып үлгермеген 1 жасқа толмаған балалар арасында тіркелуде.

Қызылша – жіті инфекциялық ауру, дене қызуы ауру кезінде 38-40°C жоғарылауымен, жоғарғы тыныс жолдарының, ауыз қуысы, көздің шырышты қабаттарының асқынуымен және денеде бөртпенің кезең-кезеңмен пайда

болуымен сипатталады. Жұқпа көзі науқас адам. Вирус ауа-тамшылы жолмен, ол қоршаған ортаға науқас адамның түшкіруі, жөтелуі кезінде жоғары көлемде шырыштың бөлінуі арқылы таралады.

Қызылша вирусы жоғары ұшпалы – ауа ағымымен ол көршілес жайларға және терезелер арқылы басқа қабаттарға да жетеді, сондықтан қызылшамен науқас адаммен бір үйде болып та ауруды жұқтыруға болады. Қызылшамен науқас адаммен қатынаста болғандар қызылшаға қарсы егілмегендер және бұрын ауырмаған адамдардың барлығы дерлік ауруға шалдығады. Қызылшамен науқас адам қоршағандар үшін 7-10 күн ішінде қауіпті. Аурудан кейін өмір бойы иммунитет қалыптасады.

Қызылша өзінің асқынуларымен, атап айтқанда соқырлық, энцефалит (бас миының қабынуын туғызатын инфекция), пневмония, бронхитпен өте қауіпті, олар науқас медициналық көмекке кеш жүгінгенде және қосалқы созылмалы ауру түрі болғанда қайтыс болуға да әкелуі мүмкін. Сонымен бірге, қызылшамен ауырғанда арнайы емдеу жолдары да жоқ.

Аурудан аса тиімді қорғаныс вакцинация болып саналады. Қазақстан Республикасының Ұлттық профилактикалық егулер күнтізбесіне сәйкес қызылшаға қарсы егулер жоспарлы түрде балаларға 12 айлықтарында (вакциналау) және 6 жаста (ревакцинация) жүргізіледі.

Республикада қызылша бойынша орын алып отырған келеңсіз эпидемиологиялық ахуалға байланысты ағымдағы жылдың сәуір айынан бастап 9-10 айлық балаларды, 40 жасқа келмеген медициналық қызметкерлерді және қызылша ауруымен қатынаста болған адамдарға қоспалы вакцинаны егу жұмыстары (қызылша, қызамық және эпидемиялық паротитке қарсы) жүргізілуде.

Ағымдағы жылы қыркүйек айынан бастап қызылша мен қызамыққа қарсы 20-29 жастағы адамдарды қызылшаға қарсы қосымша иммундау жүргізу жұмыстары жоспарлануда. Вакциналау үшін қызылша мен қызамыққа қарсы дивакцина қолданылады. Вакцина Үндістанда өндірілген және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымымен қолдануға ұсынылған. Қосымша иммундау ақысыз тұрғыда амбулаториялық-емханалық ұйымдарда бекітілген жері бойынша жүргізіледі.

Қосымша иммундау кампаниясының негізгі мақсаты – қызылша ауруының одан әрі таралуының және оның асқынуларының алдын алу.

Құрметті облыс тұрғындары, вакциналаудан бас тартпаңыздар! Әр қосымша алынған доза иммунитетті күшейтеді. Жұқпалы аурулардан уақтылы егілгенде, Сіз өзіңізді және жақындарыңызды аурудан сақтайтындығыңызды естен шығармаңыз!

Қарағанды облысының тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаменті

От правильного питания школьника зависит в первую очередь его здоровье и успеваемость. Ему просто необходим хороший иммунитет для защиты от различных инфекций, присутствующих в больших коллективах. Болезнь не просто отнимает на какое-то время силы, она также выбивает ребёнка из школьной программы и он может начать отставать от одноклассников, не говоря уже о том, что это добавляет хлопот и переживаний родителям.

Позаботившись о правильном питании школьника, мы в значительной степени снижаем риск различных заболеваний и закладываем основу правильного роста и развития организма ребёнка, что приведёт к хорошему, крепкому здоровью в будущей взрослой жизни. Естественно пища должна быть разнообразной, вкусной, питательной и её должно быть в меру. Ребёнка необходимо кормить не реже, чем раз в 4 часа, иначе происходит застой желчи, что в свою очередь ведёт к образованию камней в жёлчном пузыре, и желателно хотя бы два раза в год дополнительно давать ребёнку натуральные витамины.

Продукты питания являются естественными источниками полезных компонентов. С пищей человек получает энергию и строительный материал. Правильно спланированный рацион способствует улучшению умственных способностей, развитию памяти. Это помогает значительно облегчить процесс обучения. Нередко трудный характер ребенка приводит к нерациональному питанию.

Правила здорового питания

Здоровое питание, школьника, основывается не только на употреблении в пищу полезных продуктов, но и на обогащении рациона разнообразными ингредиентами.

Ежедневное меню учащегося должно включать в себя 15 наименований. Каждый день ребёнку нужно давать масло сливочное, различные каши, свежие фрукты и овощи. Рыбу, яйца, сметану достаточно принимать в пищу 2-3 раза в неделю.

Для профилактики дефицита йода в организме пищу нужно готовить с использованием йодированной соли. А чтобы не допустить недостаточности аскорбиновой кислоты,

ПИТАНИЕ ШКОЛЬНИКА

лучше принимать ежедневно отвар шиповника. При дефиците или избытке массы тела лучший вариант – визит к специалисту. Он поможет составить для ребенка максимально подходящее меню.

Здоровое питание ребенка, регулярно занимающегося физическими нагрузками, нужно корректировать в зависимости от нагрузки и мышечной массы. А чтобы разнообразить детское меню, можно найти в литературных источниках картинки с изображением оформления тех или иных блюд.

Сознательное отношение к питанию предполагает, что человек руководствуется при приеме пищи не только аппетитом, но и требованиями гигиены питания. Взрослые, не знакомые с требованиями гигиены питания, склонны перекармливать детей. Постоянно им кажется, что он слишком «худой». Порою, они прибегают к уговорам, просьбам и даже наказаниям, чтобы заставить ребенка есть столько, сколько считают нужным они. В результате у ребёнка развивается невротическое отношение к еде. Прием пищи в этом случае происходит в обстановке скандала и протестов. Учащимся следует принимать пищу не меньше, чем 4 раза в сутки: Первый завтрак – дома в 7.30 – 8.00; Второй, тоже горячий завтрак – в школе, во время большой перемены; Обед – в 13.00 – 14.00, по возвращению из школы; Полдник – в 16.30 – 17.00, в перерыве между приготовлением домашних заданий; Ужин – не позже, чем за полтора часа до сна. Учащиеся школ и групп продлённого дня должны получать в школе, помимо второго завтрака, и обед; в сумме это должно составить около половины суточного рациона. Основное требование гигиены питания – прием пищи в строго определённое время. Благодаря этому пища лучше усваивается, меньше вероятность развития желудочно-кишечных заболеваний.

Примерное меню школьника на день

Всё начинается с завтрака

Завтрак – самый важный приём пищи.

Очень часто детей не заставишь позавтракать дома с утра. Для того, чтоб у ребёнка разыгрался аппетит утром, лучше всего не начинать его кормить, пока он окончательно не проснётся. В этом очень хорошо помогает утренняя зарядка. На пробуждение может потребоваться 30 – 40 минут, поэтому просыпаться стоит пораньше. Завтрак должен быть полноценным и давать достаточное количество энергии на 3 – 4 часа. Он может состоять из всевозможных каш, картофельного пюре, макарон или вермишели. Очень полезно также за 20 мин. до основного блюда дать ребёнку фруктов или ягод. Это дополнительно подогреет аппетит и это положительно скажется на моторике желудочно-кишечного тракта, не говоря о витаминах, энзимах и прочих полезных компонентах, содержащихся в плодах. Часто создается впечатление, что ребёнку некогда поесть, что у него есть занятия, более важные и интересные. К сожалению, бывает и так, что перед уходом в школу еда откладывается на последние минуты, поэтому положенная пища съедается не полностью, наспех, без аппетита. Завтракать должны все члены семьи вместе, не торопясь, тщательно разжевывая пищу. Запить завтрак можно натуральным соком, чаем, компотом, какао, или не крепким кофе с молоком.

Второй завтрак дети обычно едят в школе. Особое внимание родителей должно быть обращено на прием детьми горячих завтраков в школе. Учащиеся заняты в школе несколько часов. За этот период они тратят много энергии. По данным Института питания, эти траты энергии составляют около 600 калорий. Их можно восполнить только высококалорийным горячим завтраком, а не бутербродом или булочкой, съеденными в сухом виде. Если ребенок, находясь в школе по 5-6 часов, не принимает пищи, он делается менее внимательным, быстро утомляется, восприятие учебного материала снижается. Кроме того, длительные перерывы в приеме пищи отрица-

тельно сказываются на функциональном состоянии центральной нервной системы и всего организма (начинает болеть и кружиться голова, появляются слабость, тошнота, боли в животе). Поэтому горячие завтраки для учащихся в школе обязательны. Они обеспечивают более длительное сохранение работоспособности учащихся и оказывают благоприятное влияние на физическое развитие их. Наблюдения показывают, что в коллективе дети едят охотнее. Нередко ребенок дома ест плохо, а в школе он съедает завтрак с аппетитом.

Одним из основных требований к приготовлению горячих завтраков является разнообразие меню и продуктов. Очень важно, чтобы школьники не только регулярно и вовремя принимали питание в школе, но и получали при этом необходимые гигиенические навыки, обучались правилам поведения за столом. Навыки и привычки, привитые с детства, сопровождают человека в течение всей его жизни.

Дети должны принимать пищу в большой светлой и чистой столовой.

В организации школьных завтраков должны активно участвовать врач, весь педагогический коллектив и родители. Меню для горячих завтраков рекомендуется составлять на неделю и вывешивать с тем расчетом, чтобы дети переписали его для родителей, которые могли бы сочетать домашнее меню с питанием, получаемым детьми в школе. Разумеется, для правильной организации питания в школе родителям и работникам учреждений общественного питания необходимо знание основ питания детей. Правильный режим питания является составной частью общего распорядка дня школьника. Он должен гармонично сочетаться с режимом занятий, труда и отдыха детей и подростков.

Основой здорового питания школьника - **обед**, который традиционно состоит из нескольких блюд: салата, супа (приготовленного на курином, мясном или рыбном бульонах, молочного или вегетарианского - не забываем о том, что рацион здорового ребенка должен быть разнообразным), второго блюда и напитка. Мясо (говядину, телятину, нежирную свинину) желательно варить или запекать, предварительно обрезав видимый жир; с птицы перед приготовлением рекомендуется снимать кожу. Рыбу нужно давать школьнику не реже раза в неделю, а лучше — в более частом режиме, ведь она богата и витаминами, и минеральными веществами, и полезными жирными кислотами. Однако консервированная, вяленая, копченая рыба не подходит для питания школьников, поскольку в ней много

натрия. Составляя дневной рацион питания школьника, необходимо иметь в виду вот что: продукты из мяса, рыбы, яиц желательно давать в первой половине дня, поскольку они долго перевариваются. Если ребенок обедает в школе кое-как, не стоит компенсировать это более плотным ужином, лучше отступить от привычного режима и покормить малыша пораньше, а вечером ограничиться молочными блюдами или овощами.

Как уже было сказано, режим питания детей школьного возраста предполагает еще один прием пищи между обедом и ужином. **На полдник** школьникам не рекомендуется давать сладкие булочки, гораздо полезнее булочки из цельных злаков. Выбирая напиток для полдника, не забывайте о том, что было сказано выше о здоровом питании - школьникам нужно много молока и кисломолочных продуктов. Выбирайте из напитков тот, который по вкусу именно вашему ребенку.

Ужин, как мы уже отмечали, говоря о режиме питания школьников, не должен быть таким плотным, как обед. Ограничьтесь овощным блюдом, творогом (или творожным блюдом), кашей. В качестве напитка подойдут молоко, кефир или некрепкий чай.

Всего же в день для здорового питания школьнику необходимо 150–200 г мяса или рыбы, 200–400 г овощей, не менее 200 г фруктов. Общее число калорий, рекомендуемое детям младшего школьного возраста, — от 1900 до 2000.

У многих подростков в связи с перестройкой всего организма нередко возникают проблемы с обменом веществ и, как следствие, проблемы с лишним весом и состоянием кожи. Иногда эти неприятности кажутся взрослым незначительными, но для самого подростка они очень болезненны. Важно не оставить ребенка наедине с этими проблемами, тем более что многие из них корректируются при помощи правильно подобранной диеты. При этом ни в коем случае нельзя формировать эту диету самостоятельно, без помощи диетолога. Потому что в любом случае ребенок должен получать все необходимые вещества и микроэлементы. Категорически исключаются любые голодания, "разгрузочные дни", диеты с жестким ограничением по калориям, тяжелые даже для взрослого организма. Все перечисленные проблемы как правило носят временный характер и устраняются за счет



сбалансированного питания, режима дня и физических упражнений. Однако если нарушения имеют более серьезный характер, то вопросы лечения должны решаться специалистами.

Основные принципы сбалансированного питания для детей школьного возраста:

- не рекомендуется ограничивать углеводы;
- пищевые продукты должны содержать достаточное количество белка, необходимого для роста, повышения иммунитета, поддержания здорового состояния кожи, волос и ногтей;
- не рекомендуется ограничивать жиры, так как именно эти органические соединения нужны для правильного функционирования печени, усвоения жирорастворимых витаминов;
- жиры лучше получать из продуктов растительного происхождения: масел и орехов;
- в процессе приготовления необходимо стремиться сохранять питательные вещества (приготовление блюд на пару);
- ограничение жареной и жирной пищи.

На этих же принципах основано здоровое питание школьника. В этом возрасте ребенок активно развивается и растет. Школьный период охватывает продолжительное время — от 7 до 10 лет. На протяжении этого промежутка формируется скелет, перестраивается обмен веществ и деятельность желез внутренней секреции. Итак, здоровое питание школьников — это регулярное потребление продуктов, богатых следующими соединениями:

- белками, углеводами, жирами;
- витаминами;
- минеральными веществами.

Здоровое питание в детском возрасте способствует формированию крепкого иммунитета, который во взрослом возрасте значительно увеличит продолжительность жизни!

**Боревич Р.Ф., зав. ОП и СПП
КГП «Поликлиника №5 г.Караганды»**

ТУБЕРКУЛЕЗ

Что такое туберкулез? Туберкулез (ТБ) - это инфекционное заболевание, вызванное бактерией. Обычно при туберкулезе поражаются легкие, но процесс может распространиться на суставы, мочевой пузырь, позвоночник, головной мозг и другие части тела.

Каковы симптомы заболевания?

К симптомам активного туберкулеза относятся:

- Кашель, длящийся более 2 недель, иногда сопровождающийся кровохарканьем.
- Боль в груди.
- Лихорадка
- Усталость
- Потеря веса
- Потеря аппетита
- Озноб и ночная потливость.

Если туберкулез поражает суставы, у вас может появиться боль, напоминающая артрит. При поражении туберкулезом мочевого пузыря может возникнуть боль при мочеиспускании

и появление крови в моче. Туберкулез позвоночника характеризуется возникновением боли в спине и паралича ног. Туберкулез головного мозга может вызвать головные боли, тошноту и повреждение мозга (при отсутствии лечения).

Как врач обследует пациента на туберкулез?

Диагностика туберкулеза проводится на основании обзорной рентгенографии органов грудной клетки, анализа мокроты. Обследование туберкулеза проводится бесплатно.

Как лечится туберкулез?

Для лечения туберкулеза назначаются противотуберкулезные препараты. Препараты от туберкулеза необходимо принимать в течение 6-9 месяцев. Врач подробно расскажет вам, как, когда и в течение какого времени принимать лекарство. Очень важно тщательно следовать всем инструкциям врача. Не пропускайте и не прекращайте прием препаратов. Это может привести к тому, что ваше заболевание станет плохо поддаваться терапии. Какие лекарственные препараты применяются для лечения туберкулеза? К наиболее распростра-

ненным лекарственным препаратам для лечения туберкулеза относятся:

- Изониазид
- Рифампицин
- Этамбутол
- Пиразинамид

При приеме этих лекарств возможны побочные эффекты. Несмотря на то, что побочные эффекты от противотуберкулезных препаратов встречаются нечасто, они могут быть серьезными. Незамедлительно обратитесь к лечащему врачу при возникновении у вас любого из следующих симптомов:

- Тошнота
- Рвота
- Боль в животе
- Нечеткое зрение или дальтонизм.
- Моча темно-кофейного цвета.
- Лихорадка, длящаяся более 3 дней.
- Желтуха (желтушное окрашивание кожи).

Обследование и лечение туберкулеза проводится бесплатно.

**Штурбина О.Н., ст. медсестра
детско-подростковым отделением
КГП «ОПТД»**

Изменились правила оказания стационарной медпомощи в РК

Министр здравоохранения РК своим приказом от 29 августа 2019 года внес изменения в Правила оказания стационарной помощи.

Так, показанием для госпитализации является необходимость оказания доврачебной, квалифицированной, специализированной медицинской помощи, в том числе с применением высокотехнологичных медицинских услуг, с круглосуточным медицинским наблюдением пациентов в организациях здравоохранения.

Госпитализация пациента в организацию здравоохранения в рамках ГОБМП осуществляется:

— в плановом порядке — по направлению специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) или другой организации здравоохранения: в соответствии с перечнем заболеваний по кодам международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10) для преимущественного лечения в условиях круглосуточного стационара; в соответствии с перечнем операций и манипуляций по кодам международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 9 пересмотра (МКБ-9) для преимущественного лечения в условиях круглосуточного стационара;

при оказании восстановительного лечения и медицинской реабилитации;

при оказании паллиативной помощи и сестринского ухода;

— по экстренным показаниям (включая выходные и праздничные дни) — вне зависимости от наличия направления.

Прием и регистрация пациентов в приемном отделении организации здравоохранения на получение плановой госпитализации осуществляется в рабочее время согласно утвержденному графику работы организации, в течение 60 минут с момента обращения.

Экстренная медицинская помощь оказывается круглосуточно. При необходимости в приемном отделении организовывается консилиум. При полном обследовании и отсутствии противопоказаний осуществляется госпитализация в профильное отделение.

В случае, если заболевание не входит в перечень заболеваний по кодам МКБ 10 для лечения в круглосуточном стационаре госпитализации подлежат лица, которым при проведении оценки состояния по критериям определяется необходимость круглосуточного врачебного наблюдения с вводом данных в информационную систему.

В случае госпитализации пациента в организацию здравоохранения оформляется медицинская карта с листом назначений по форме 003/у.

При обнаружении признаков алкогольного, наркотического или токсического опьянения пациента во время обращения за медицинской помощью в организацию здравоохранения, медицинским работником делается об этом запись в медицинской карте с последующим забором биологических сред на определение содержания психоактивного вещества с занесением результатов в медицинскую карту.

При поступлении пациента в стационар лечащий врач осведомляет его о правилах внутреннего распорядка организации здравоохранения с отметкой в медицинской карте.

Между пациентом и организацией здравоохранения заключается Договор по предоставлению медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Медицинская помощь предоставляется после получения письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

Оказание медицинской помощи без согласия допускается в отношении лиц, находящихся в шоковом, коматозном состоянии, не позволяющем выразить свою волю; страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; страдающих тяжелыми психическими расстройствами (заболеваниями); страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) и совершивших общественно опасное деяние.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан продолжается до исчезновения вышеуказанных состояний.

Допускается посещение родственниками и иными членами семьи или законными представителями пациента, находящегося на лечении в медицинской организации, в том числе в условиях отделения (палаты) интенсивной терапии и реанимации.

Порядок посещения устанавливаются правилами внутреннего распорядка организации здравоохранения.

Согласие на оказание медицинской помощи в отношении несовершеннолетних и лиц, признанных судом недееспособными, дают их законные представители. При отсутствии законных представителей решение об оказании медицинской помощи принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно медицинский работник с

последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения.

При получении медицинской помощи пациент получает исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах, предлагаемых и альтернативных методах лечения, сведения о возможных последствиях отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки домой или перевода в другую организацию здравоохранения.

Врач осматривает пациента в день поступления в стационар, прописывает ему необходимое лечение и осведомляет о назначенных лечебно-диагностических мероприятиях.

Проведение лечебно-диагностических мероприятий, лекарственное обеспечение, организация лечебного питания и соответствующий уход пациента осуществляются с момента поступления в организацию здравоохранения.

В зависимости от состояния пациента проводится полная или частичная санитарная обработка. Полную санитарную обработку проходят лица без определенного места жительства.

В стационарах предусматриваются палаты или боксы для отдельного размещения пациентов с заболеваниями, представляющих опасность для окружающих.

Пациенты, находящиеся в стационаре, подлежат ежедневному осмотру лечащим врачом, кроме выходных и праздничных дней. При осмотре и назначении дежурным врачом дополнительных диагностических и лечебных манипуляций проводятся соответствующие записи в медицинской карте.

При ухудшении состояния пациента дежурный врач оповещает заведующего отделением/лечащего врача или ответственного дежурного врача, согласовывает внесение изменений в процесс диагностики и лечения, и делает запись в медицинской карте (бумажный/электронный).

При тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания кратность записей зависит от динамики тяжести состояния. Записи врача должны отражать конкретные изменения в состоянии пациента и необходимость коррекции назначений, обоснование назначенного обследования и лечения, оценку и интерпретацию полученных результатов и эффективности проводимого лечения. Кратность осмотра при неотложных состояниях не реже каждых трех часов, с указанием времени оказания неотложной помощи по часам и минутам.

Источник: Zakon.kz

Рак молочной железы - злокачественная опухоль, возникающая из ткани молочной железы, характеризующаяся довольно агрессивным ростом и способностью к активному метастазированию. Рак молочной железы занимает первое место в структуре онкологической заболеваемости среди женщин в нашей республике. По последним данным 92% женщин старше 30 лет страдают различными болезнями молочной железы, в частности фиброзно-кистозной мастопатией, которая в запущенных случаях может перерасти в рак молочной железы. Рак молочной железы наиболее часто возникает у женщин в возрасте 40-60 лет. Молочная железа является гормонозависимым органом.

Факторы риска развития рака молочной железы.

Никто определенно не может сказать, почему у одних женщин возникает рак молочной железы, а других нет. Существует некото

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

рые значимые факторы риска заболевания: внутренние гормональные факторы:

- Влияние гормона эстрогена.
- Раннее начало (до 12 лет) менструации или позднее их прекращение (после 55 лет).
- Нарушение менструального цикла: Аборт - наносит травму половой системе женщины, приводит к нарушению функции яичников.
- Ранняя беременность и роды (14-17 лет) и также позднее (после 30 лет).
- Отягощенный семейный анамнез онкозаболевания у кровных родственников.
- Больные, леченные по поводу рака женских половых органов.
- Ожирение. Сахарный диабет. Злоупотребление алкоголем.
- Курение особенно, если оно начато в юном

возрасте.

- Воспалительные процессы половых органов, кисты яичников.
- Заболевания щитовидной железы.
- Заболевания печени.
- Психические и эмоциональные перегрузки, стрессы.
- Радиационное облучение в раннем возрасте.

Симптомы и первые признаки рака молочной желез

К главным признакам возможного злокачественного процесса относятся: первые симптомы рака молочной железы. Уплотнения в одной или обеих грудях, которые обнаруживаются методом пальпации и при горизонтальном, и при вертикальном положении пациен

тки. - Нарушения формы молочной железы, которые никак не зависят от менструального цикла женщины. Патологические выделения из одного или обоих сосков, не связанные с беременностью и лактацией. Цвет и консистенция отделяемого при этом может быть различной. - Чешуйки возле соска, которые отшелушиваются и после себя оставляют мелкие язвы, эрозии. - Пятна красного и даже фиолетового оттенка в кожных покровах железы. Участки покраснения могут постепенно расти, затем они начинают шелушиться и становятся причиной выраженного зуда. В их проекции заметно уплотняется кожа. После начала шелушения окраска пятна становится более интенсивной. Отмечается влажность пятен, они подвергаются эрозиям и изъязвлению, возникают кровоизлияния. Появление втяжений в груди. Они становятся заметны во время движений, например, когда больная не спеша поднимает и опускает руку. Ненормальная форма соска. Сосок может стать плотным, втянуться или отклониться в сторону. Уменьшение пигментированной зоны вокруг соска с нарушением ее консистенции. Морщинистость кожи груди. Болевые ощущения в железе различного характера. Они могут возникать и в результате движения, и в состоянии покоя. По интенсивности боли неодинаковы. На начальных этапах болезни пациентки затрудняются указать точную локализацию боли. Дискомфорт возникает даже от легких прикосновений. Бывает и так, что боль появляется спонтанно. Отечность пораженной груди, появление в определенном участке так называемой «лимонной корки». В некоторых случаях лимонная корка захватывает грудь полностью. В таких местах отмечается болезненность кожи. Появление увеличенных лимфоузлов в надключичной и подмышечной областях.

На поздней стадии происходит утолщение соска, кожа изъязвляется и становится как апельсиновая корка.

Симптомы рака молочной железы у мужчин будут такие же, как и у женщин. Если вы обнаружили выше описанные симптомы, вам необходимо обратиться к маммологу или

онкологу и произвести дополнительные методы диагностики. Рак молочной железы излечим, если обнаружен на ранней стадии. Вероятность полного излечения составляет 94%.

Методы выявления рака молочной железы

Физикальный осмотр и сбор анамнеза – в ходе процедуры врач осматривает и пальпирует молочные железы пациентки с целью выявления уплотнений, изменений формы груди и соска, а также кожных покровов. Кроме этого, он исследует регионарные лимфатические узлы, и проверяет, не увеличена ли печень. В ходе сбора анамнеза врач выясняет у пациентки, не было ли у нее случаев рака груди в семейной истории, не проходила ли женщина ранее заместительную гормональную терапию или противоопухолевое лечение по поводу рака молочной железы или яичников. **Рентгеновская маммография** – стандартное исследование, с высокой степенью вероятности позволяющее выявить новообразования в молочной железе.

Ультразвуковое исследование груди – позволяет детально изучить выявленные при маммографии новообразования, например УЗИ позволяет отличить солидную опухоль молочной железы от заполненной жидкостью кисты. -

Биопсия – наиболее информативный тест, позволяющий установить злокачественность ранее обнаруженного новообразования. Биопсия может быть выполнена несколькими способами – стереотаксическая биопсия, толсто игольная биопсия под контролем УЗИ и биопсия, с применением биопсионного пистолета.

Диагностическими исследованиями второй линии являются:

Сцинтимаммография – радиоизотопное исследование молочных желез. Альтернативный метод, который применяется при затрудненной диагностике из-за наличия имплантатов в груди, рубцовой ткани, возникшей в результате ранее проводимого лечения, а также при очень плотной ткани молочной железы.

Дуктография – метод диагностики, применяемый в комплексе с диагностической маммографией. Помогает оценить состояние протоков груди и выявить внутрипротоковые папилломы (распространенную нераковую патологию молочной железы, своевременное лечение которой сможет предотвратить развитие тяжелых осложнений).

Биопсия регионарных лимфатических узлов – выполняется для того, чтобы оценить степень распространения опухоли в лимфатическую систему.

Дополнительные тесты диагностической визуализации (КТ, МРТ и ПЭТ) – современные аппаратные исследования, которые помогают не только выявить злокачественное новообразование, но и оценить его характеристики, такие как размер, локализация, форма и степень распространения в окружающие ткани.

Профилактика рака молочной железы. Самое лучшее средство защиты-это ранняя диагностика: регулярный осмотр врача, маммографическое обследование, которое проводится после 40лет, и ежемесячное самообследование. Нужно помнить, что заболевание часто протекает бессимптомно, при этом признаки нельзя увидеть или прощупать.

С целью профилактики необходимо каждой женщине после 40лет раз в два года нужно обязательно проходить скрининговую профилактическую маммографию. Маммографическое исследование не опасно: после 40лет маммография абсолютно безвредна. Она позволяет выявить ранние формы рака на два года раньше, чем любое клиническое обследование. Если рак обнаружен на ранней стадии, у вас есть больше возможностей выбора методов лечения, которые максимально направлены на сохранение груди и меньшую травматизацию тканей. Тем, кто моложе, рекомендуют делать УЗИ молочных желез. Женщинам надо знать, что в условиях поликлиники проводится клинический осмотр, ультразвуковое обследование. А в случае обнаружения патологии назначается диагностическая пункция.

Нурманова А.У., маммолог КГП «Поликлиника №1 г.Караганда»

Состояние обеспечения населения качественной питьевой водой является обязательным условием охраны здоровья населения в целом и каждого гражданина в частности.

В широком смысле охрана здоровья зависит в первую очередь от окружающих нас внешних факторов: экологической обстановки, безвредных и безопасных продуктов, употребляемых в пищу, питьевой воды гарантированного качества, а также от производственных условий труда.

Состояние питьевого водоснабжения имеет огромное гигиеническое и противоэпидемическое значение в осуществлении профилактических мероприятий, направленных на снижение как инфекционной, так и соматической заболеваемости.

Водоснабжение района им. Казыбек би города Караганды представлено одной главной насосной станцией – «Западная», 66-тью подкачивающими насосными станциями (ПНС), с протяжённостью водопроводных сетей 505,4км. Определено 16 контрольных точек, охватывающие Н.Город, Юго-Восток, пос. Михайловка и пос. Федоровка. На период весеннего паводка увеличено количество контрольных точек по отбору проб водопроводной воды, характеризующие качество питьевой воды района.

Чистота воды, употребляемой для питья, имеет громадное значение для здоровья. Едва ли поэтому, какой либо из санитарных вопросов заслуживает большего внимания, чем вопрос о снабжении населения города доброкачественной водой.

Мониторинг за состоянием водоснабжения, качеством питьевой воды в районе

Санитарно-эпидемиологической службой района проводится в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям лабораторный контроль за качеством питьевой воды. За 8 месяцев 2019 года из разводящих сетей района неудовлетворительных проб воды по микробиологическим (108/0) и санитарно-химическим показателям (108/0) не зарегистрировано.

Согласно результатам лабораторных исследований, проведенных филиалом РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы по Карагандинской области» вода соответствует

требованиям санитарных правил «Санитарно - эпидемиологические требования к водопроводным сетям, местам водозабора для хозяйственно-питьевых целей, хозяйственно-питьевому водоснабжению и местам культурно - бытового водопользования и безопасности водных объектов», утвержденных приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 16.03.2015года № 209.

Главный специалист УККБТУ района Брахметова Ж.Д. имени Казыбек би г. Караганды



ПИЛОТНЫЙ РЕЖИМ ОСМС

Медобслуживание населения в рамках ОСМС будет апробировано в пилотном режиме этой осенью в Карагандинской области. С 1 сентября 2019 года в Карагандинской области внедряется программа Обязательного Социального Медицинского Страхования. Это поможет выявить проблемные вопросы к моменту полномасштабного запуска обслуживания населения в рамках ОСМС в 2020 году. Карагандинский опыт внедрения ОСМС будет оценен и использован при полноценном запуске ОСМС по всей республике со следующего года.

Одной из основных задач на этом этапе является усиление информационно-разъяснительную работу по ОСМС. Надо, чтобы каждый гражданин четко знал, какую медпомощь предоставляет государство бесплатно в качестве гарантии, как будет работать новая система ОСМС. Система обязательного социального медицинского страхования (ОСМС) для застрахованных граждан гарантирует медицинскую помощь, улучшающую качество жизни каждого человека, а также помощь, закладывающую основу для здоровья будущего поколения.

В гарантированном пакете медицинских услуг останутся целевые скрининги, наблюдение беременных и патронаж детей.

В ОСМС войдет:

Амбулаторно-поликлиническая помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом), включающая: первичную медико-санитарную помощь, консультативно-

диагностическую помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;

Амбулаторное лекарственное обеспечение по рецепту врача;

Стационарная помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом): плановая стационарная помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации, включая высокотехнологические медицинские услуги, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;

Стационарозамещающая помощь (за исключением медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, заболеваниях, представляющих опасность для окружающих, по перечню, определяемому уполномоченным органом) – по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации.

Исключены из гарантированного объема медицинское обеспечение массовых мероприятий, судебно-наркологическая экспертиза и судебно-психиатрическая экспертиза.

Застрахованные граждане, помимо гарантированного объема, смогут получить бесплатно дорогостоящие лабораторные и диагностические услуги, такие как КТ и МРТ, широкий доступ к стационарозамещающей медицинской

помощи, дорогостоящую плановую стационарную помощь, восстановительное лечение, медицинскую реабилитацию и профилактический осмотр. Также в системе ОСМС дети до 18 лет, инвалиды, пенсионеры и многодетные матери смогут получить бесплатную стоматологическую помощь.

Медицинское страхование должно решить следующие задачи:

Сделать медпомощь доступной. Средства из фонда социального страхования позволят оплатить лечение или простое обследование каждому плательщику взносов, независимо от размеров личных отчислений;

Даст право выбора. Лицо, уплачивающее регулярные платежи, может самостоятельно выбирать больницы, где будет обслуживаться. Регистрация и место проживания на данную процедуру не будут иметь влияние;

Улучшение качественных характеристик предоставленных услуг. Возможность выбора породит здоровую конкуренцию. Медучреждения будут бороться за клиентов, а значит повышать качество обслуживания и лечения;

Формирование общей электронной базы. История болезни переносится с бумажного носителя в электронную форму. Все данные автоматически вносятся в личный кабинет застрахованного, что упрощает прием. Для получения помощи достаточно предъявить паспорт;

Возможность контролировать медучреждения, предоставляющие услуги застрахованным. В систему ОСМС будут включены далеко не все организации. При наличии нареканий они могут исключаться из программы;

Доступность лекарственных препаратов со 100% скидкой. Аптеки также будут включаться в общую систему. В таких отделениях можно будет получить любой бесплатный препарат. **Тайшиков М.Ш., Директор КГП «ОЧЛБ»**

Соңғы жылдары автомобилизацияның күрт өсуі көп қиындық туындатты, оның ішінде жол-көліктік жарақаттары көбіне «ұлттық апат» сипатына ие болуда. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының болжамдарына сәйкес 2030 жылға қарай жол апаттары инфекциялық генез мен қант диабеті ауруларынан кейін адам өлімінің 7-ші себебі болуы мүмкін. Жыл сайын 1,2 миллионнан астам адам жол-көлік оқиғаларынан (жол-көлік оқиғаларында) қайтыс болып, тағы 20-50 миллионға жуық адам жарақат алтындығы, бұл мәселенің ауқымдылығы мен қауіптілігін көрсетеді.

Соңғы жылдары республикада жазатайым оқиғалар мен жарақаттар саны артып келеді: 2017 жылы 100 мың адамға есептегенде 3270,3-тен 2018 жылы 3442,2-ге дейін артқан. 2018 жылғы жасөспірімдер арасында 15-17 жас аралығындағы жасөспірімдер арасында жарақат деңгейі артып, 100 мың адамға шаққанда 6517,9 құрады, бұл 2017 жылы 6450,8-ке қарағанда, бұл басқа жас топтарынан (15 жасқа дейінгі балалар мен ересектерге қарағанда) 2 есе жоғары.

Аймақтардағы жол-көлік оқиғаларының жиілігін талдау көрсеткендей, кейбір өңірлерде Жамбыл (214,5), Алматы (175,2), Павлодар (156,3), Шығыс Қазақстан (131,7) облыстарында оның деңгейі орташа республикалық көрсеткіштен асады (111,2). Сонымен қатар, жол-көлік оқиғаларының 95% -ы өндіріспен байланысты емес. Өнеркәсіптік жол-көлік жарақаттарының жоғары деңгейі 100 мың адамға шаққанда 7,3 республикалық көрсеткіштен бірнеше есе жоғары 18 жас және одан жоғары жастар санатында Шығыс Қазақстан (34,4), Ақмола (12,6), Алматы қаласы (9,9) және Ақтөбе (9,4) облыстарында байқалады. Жасөспірімдер арасында кәсіби жарақаттардың жоғары деңгейі Алматы (22,8), Солтүстік Қазақстан (10,3), Ақмола (7,5) және Маңғыстау (3,9) облыстарында тіркелді (ҚР көрсеткіші 100

ЖОЛ ҚОЗҒАЛЫСЫ ЕРЕЖЕЛЕРІН БІЛУ - ҚАУІПСІЗ ДІК НЕГІЗІ

мың адамға шаққанда – 2,7).

Жол қозғалысы жарақаттарынан туындаған жағдай жол қозғалысы ережелерін білмейтіндіктен және жол қозғалысы жағдайына дұрыс бейімделе алмайтындығын дәлелдейді, бұл жол-көлік оқиғаларының жарақаттарының алдын алу мәселелеріне жеткіліксіз көңіл аудару салдарынан туындайды.

Республикада, оның ішінде балалар, жасөспірімдер мен жастар арасында жол-көлік жарақатының алдын алу үшін жол ережесін сақтау, ішімдіктен бас тарту, уақытылы тасымалдау, алғашқы көмек көрсету және басқа да іс-шаралар арқылы қоғамның барлық мүдделі тараптарының күштерін жұмылдыру қажет.

Жол қозғалысы ережелерін сақтамау нәтижесінде жол-көлік оқиғалары орын алады. Көптеген жағдайларда олардың себепкері балалар (жаяу жүргіншілер, велосипедшілер) болып табылады. Тарихи қысқа мерзімде жол-көлік оқиғалары жарақаттанулар мен өлімнің негізгі себептерінің бірі болды. Жол-көлік оқиғалары жарақаттарының статистикасы бойынша көптеген жәбірленуші адамдар текауыр жарақаттардан емес, сонымен қатар уақытылы алғашқы медициналық көмек көрсетілмеу себебінен қайтыс болады.

Дұрыс көрсетілген алғашқы медициналық көмек, көбінесе жәбірленушінің өмірін құтқару, емделу уақытын қысқарту, жарақаттардың жылдам сауығуында маңызды роль атқарады.

Жол-көлік апатынан зардап шеккендердің 70% -ы өлім-жітім себептері - куәгерлердің әрекетсіздігі немесе дұрыс емес әрекет етуі. Медицинада «алтын сағат» ұғымы бар: жарақат алған адамға медициналық көмек алғашқы сағаттарда көрсетілсе, онда 90% тірі қалады. Егер көмек екі сағаттан кейін берілсе, онда 10%

аман қалады. Жол-көлік оқиғалары кезіндегі жарақаттар әртүрлі, кейде өте күрделі болады.

Зерттеу нәтижесі бойынша, апат кезіндегі жарақаттар статистикасы дененің әртүрлі бөліктері түрлі жолдармен жарақат алғандығын көрсетеді: көбінесе зардап шеккендер әр түрлі бас жарақаттарын алады (шамамен 60%); келесі жиі кездесетін зақымданулар аяқтың сынуы немесе соғылуы (шамамен 10%); үшіншіден, қолдың жарақаты (әр он екінші жағдай).

Жол апаттары кезінде ең көп таралған жарақаттардың бірі: сынықтар; көгеру; басқа сүйек жарақаттары.

Оқиға куәгерлері, жолаушылар, жүргізушілер авария кезінде көрсете алатын көмек көрсетудің үш үлгілік ұйымдастырушылық сатысы бар: авария болған жерде жедел жәрдем көрсету (жәбірленушіні автокөліктен шығару және өмірге қауіп төнген жағдайда жедел көмек көрсету); жедел жәрдем шақырту; барлық жәбірленушілерді медициналық мекемеге тасымалдау.

Жарақат кезінде денеге зиянын азайту үшін мынадай әрекеттер алгоритмі ұсынылады:

1. Жәбірленушіге одан әрі жарақаттау әсерін тоқтату (жанып тұрған машинадан шығарып алу, мүмкіндігінше сынықтардан шығарып алу және т.б.).

2. Жедел жәрдем келгенге дейін жарақаттанған адамның өмірлік маңызды функцияларын (жүрек соғысы, тыныс алу) сақтау.

3. Жедел жәрдемді қарсы алып жәбірленушіні дәрігерлерге тапсыру.

4. Егер медициналық көмек кешіктірілсе және жәбірленушіні өз бетінше эвакуациялау мүмкіндігі болса - тасымалдауды жүзеге асыру.

ҚР ДСМ «ҚДСҮО» ШЖҚ РМК

**ОТКРЫТА
ПОДПИСКА
НА 2019 ГОД**

**САЛАУАТТЫ
ӨМІР САЛТЫ**

**ЗДОРОВЫЙ
ОБРАЗ
ЖИЗНИ**

Центр формирования
здорового образа жизни
ТОО «GIO TRADE»

Регистрационное свидетельство № 16250-Г.
Выдано Министерством связи и информации
РК. Комитет информации и архивов 13.12.2016.
Год издания одиннадцатый.
№ 9 (209) сентября 2019г.



салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы
ТОО «GIO TRADE»
центр формирования здорового образа жизни

) % \$ # !%
! &!
! a ")
* + \$ -)
\$ - % - #
\$ - % \$ - ! \$ \$ -
\$ -) ! *
!) \$!) *
* !) \$!) *
Z Z Z J L R W U D G

Главный редактор: Галаева А.И.,
J_^ Z th j 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 B J L R @ P D G @ U X
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.

Формат А-3
Объем- 4 печатных листа.
Тираж -1000 экз

Планируемый тираж 5000 экземпляров.
Отпечатано в типографии Центра ФЗОЖ ТОО
«GIO TRADE»
г. Караганда, ул. Сатыбалдина, 2.
Тел.: 8 /7212/77-20-60