



SOUTH KAZAKHSTAN
MEDICAL
ACADEMY



«ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

VESTNIK

№3(97), 2022

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN
SCIENTIFIC JOURNAL

Учредитель:

**АО «Южно-Казахстанская
медицинская академия»**

**Журнал перерегистрирован
Министерством информации и
коммуникаций Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство
№17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967**

**«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в
Международном центре по
регистрации сериальных изданий
ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция),
присвоен международный номер ISSN
2306-6822**

**Журнал индексируется в КазБЦ; в
международной базе данных
Information Service, for Physics,
Electronics and Computing
(InspecDirect)**

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 39-57-57, (1095)
Факс: 40-82-19
www.ukgfa.kz, ukgma.kz
e-mail: medacadem@rambler.ru,
raihan_ukgfa@mail.ru

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук,
профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А., член Союза журналистов
Казахстана

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм. наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика
Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated
Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков,
Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск,
Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science
(г.Колумбия, США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва,
Россия)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа,
Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK,
Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK,
Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск,
Республика Польша)



«Қоғамдық денсаулық сақтаудың заманауи мәселелері. Оңтүстік Қазақстан урологиялық ауруларының клиникалық және ұйымдастыру аспектілері» атты халықаралық ғылыми конференциясы
Қазақстан Республикасы, Шымкент қаласы, 14 қазан 2022 жыл
Международная научная конференция
«Современные проблемы общественного здравоохранения. Организационные и клинические аспекты урологической заболеваемости Юга Казахстана»
14 октября 2022 года, город Шымкент, Республика Казахстан
Of the international scientific conference
«Modern problems of public health. Organizational and clinical aspects of urological morbidity in South Kazakhstan», 14th October, 2022

Конференция ұйымдастырушысы:
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы және «Оңтүстік Қазақстан урологтары» Қоғамдық бірлестігі
Организаторы конференциясы:
Южно-Казахстанская медицинская академия и Общественное Объединение «Урологи Южного Казахстана»
Conference organizer:
South Kazakhstan medical academy and the Public Association «Urologists of Southern Kazakhstan»

Жиенбаев Е.Р., Бейсенов К.Т.

Некомерческое Акционерное Общество «Медицинский университет Астана»,
кафедра урологии и андрологии, г. Астана, Республика Казахстан

КОРРЕКЦИЯ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Резюме

У больных с андрогенным дефицитом (АД) и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в сочетании с различными проявлениями метаболического синдрома (МС) и эректильной дисфункции (ЭД) проводилась комплексная терапия. В группе пациентов, которые получили препараты Тестостерона отмечено значительное улучшение клинических проявлений метаболических нарушений. Основным проявлением положительной динамики лечения является нормализация уровня общего и свободного Тестостерона (до 12,8 нмоль/л, до 256,9 пмоль/л) (P 0,05). Было отмечено снижение массы тела со 109 кг до 97 кг. Отмечено снижение уровня гликолизированного гемоглобина с 5,6% до 3,6%. Нормализовались показатели Глобулинсвязывающего полового гормона до 30,6 нмоль/л. Отмечено статистически значимое снижение холестерина до 3,8 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности до 3,6 ммоль/л, индекс атерогенности до 3,4. Улучшились показатели анкетирования МИЭФ и IPSS. Снижение объема предстательной железы и улучшение диуреза. Полученные нами данные подтверждают необходимость коррекции андрогенного дефицита при лечении метаболического синдрома у мужчин, поскольку при нормализации уровня общего и свободного тестостерона в крови происходит клинически значимая нормализация метаболических нарушений.

Ключевые слова: андрогенный дефицит, метаболический синдром, препараты Тестостерона, эректильная дисфункция, ДГПЖ, изменение массы тела, гликолизированный гемоглобин, глобулинсвязывающий половой гормон, холестерин, липопротеиды низкой плотности, индекс атерогенности, анкетирование МИЭФ и IPSS.

Введение. Андрогенный дефицит у мужчин – клинический и биохимический синдром, который характеризуется функциональной недостаточностью яичек, сопровождающийся снижением уровня общего тестостерона (менее 12 нмоль/л) и уровня свободного тестостерона крови (менее 250 пмоль/л) в сочетании с клиническими проявлениями (Европейская Ассоциация Урологов). Дефицит тестостерона может быть обусловлен приобретенной или врожденной патологией яичек, нарушением выработки гонадотропных гормонов гипофиза и гипоталамуса.

Метаболический синдром – это патологический симптомокомплекс, который включает различные гормональные и метаболические нарушения. Данный синдром является распространенной патологией (от 15 до 30% в популяции)[1,2], число пациентов постоянно увеличивается. В последнее время появились данные о распространенности метаболического синдрома в мужской популяции (мужчины старше 40 лет) [3,4].

Многими учеными обнаружена связь между уровнем общего тестостерона в плазме крови, сердечно-сосудистыми проявлениями, а также сахарным диабетом 2 типа [5,6,7]. Также получены данные о связи между инсулинорезистентностью и снижением содержания тестостерона крови у мужчин с ожирением [8,9], о взаимосвязи между избыточной массой тела и низким уровнем тестостерона [10,11].

Высокая распространенность метаболического синдрома у пожилых мужчин, его клиническая значимость, а также сочетание андрогенного дефицита и метаболического

синдрома [15], являются актуальными исследованиями, которые направлены на разработку комплексного лечения андрогенного дефицита и метаболического синдрома.

Нами было проведено открытое рандомизированное исследование, целью которого явилось изучение влияния терапии андрогенного дефицита препаратами тестостерона на параметры метаболического синдрома (уровень ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, индекса атерогенности, гликолизированного гемоглобина, ДГПЖ, ЭД, МИЭФ, IPSS).

Материалы и методы исследования. Набор пациентов проводился последовательно с октября 2018 по сентябрь 2021г. в процессе амбулаторного приема на базе ГКП на ПХВ «Городской поликлиники №8» и ММЦ «Мейрим». Всего было обследовано 81 пациентов, первично обратившихся к урологу, из которых у 61 больного были прогностические критерии метаболического синдрома, такие как: абдоминальное ожирение (окружность талии >94см); индекс массы тела; повышение АД >140/90мм.рт.ст.; сахар крови>6,1ммоль/л; данные анкетирования IPSS, МИЭФ-5, которые соответствовали критериям включения (возраст 50-70 лет, наличие метаболического синдрома (критерий ВОЗ, 2010) и возрастного гипогонадизма (критерии ISSAM, 2008)).

Таблица 1 - Характеристика пациентов, которые включены в исследование до лечения

Показатель (ед. измерения)	значение	норма	примечание
возраст	64 [45;69]		
масса тела (кг)	109 [102;115]		
ОТ (см)	104 [102;128]	<94	Согласно рекомендациям IDF(2005)
ИМТ	35,25[23,56;38,5]	до 25	
тестостерон общий (нмоль/л)	7,2[5,4;8,6]	12-33	Согласно рекомендациям ISSAM (2008)
ГСПГ (нмоль/л)	35,6[20,6;36,5]	12,6-61,7	
св.тестостерон (пмоль/л)	135,8[102,6;186,7]	>255	Согласно рекомендациям ISSAM (2008)
общий ХС (ммоль/л)	4,5 [4,5;36,5]	3,3-5,2	
ЛПНП (ммоль/л)	4,0[3,;4,23]	0-3,7	<5,6ммоль/л для исключения МС согласно критериям IDF (2005)
ЛПВП (ммоль/л)	2[0,8;1,26]	1,03-2,6	>1,03ммоль/л для исключения МС согласно критериям IDF (2005)
индекс атерогенности	4 [2,6;5,6]	0,0-3,0	
глюкоза (ммоль/л)	5,8[5,6;10]	4-6,1	
гликозилированный гемоглобин (%)	5,6 [5,2;6,7]	4,80-5,90	
ПСА общий (нг/мл)	0,6 [0,3;3,8]	0-4	
индекс свободного ПСА	20,56 [26;50,76]	выше 15	
объем предстательной железы (мл)	28 [25;32]	<25	
МИЭФ-5	10 [15;20]		
IPSS	10 [21;26]		

Остальные 20 пациентов имели доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ) с нормальным уровнем общего и свободного тестостерона без клинических проявлений метаболического синдрома.

Обследование проводилось до начала лечения, которое включало клинические и биохимические анализы крови (уровень ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, индекса атерогенности, гликолизированного гемоглобина); общий тестостерон (ОТ), ГСПГ, свободный тестостерон (Тсв.), определение простатоспецифического антигена (ПСА). Выполнялось ТРУЗИ (трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы). В период исследования проводилось анкетирование по опросникам IPSS (шкала суммарной оценки симптомов при заболеваниях простаты), МИЭФ-5 (оценка сексуального здоровья мужчины), согласно которым высчитывался суммарный балл после заполнения анкет.

Результаты исследования и их обсуждение. 61 пациент включенных в исследование, получали препараты тестостерона в дозе 250 мг в 1 мл раствора. Продолжительность терапии составляла 3 месяца (1 инъекция в неделю). Обследование больных было проведено до начала терапии, через 3 месяца и через 6 месяцев после лечения. Сравнение двух несвязанных между собой групп по количественным признакам осуществлялось непараметрическим методом с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Таблица 2 - Критерии включения в исследование и критерии исключения

	Критерии исключения
Рак предстательной железы	ПСА общий >4 нг/мл.
	Критерии включения
Возраст	50-70
Метаболический синдром (согласно критериям IDF, 2005)	Наличие ожирения (окружность талии >94см) и один из двух факторов: снижение уровня ЛПВП <40мг/дл (1,03ммоль/л) или нормальный уровень ЛПВП при приеме соответствующей терапии; повышение уровня сахара крови ≥ 100 мг/дл (5,6ммоль/л) или наличие ранее диагностированного сахарного диабета; артериальная гипертензия (АД $\geq 130/85$ мм.рт.ст, или нормальное АД, контролируемое гипотензивными препаратами; повышение уровня сахара крови (5,6ммоль/л) или наличие ранее диагностированного сахарного диабета
гипогонадизм	Тоб. ≤ 12 нмоль/л и/или Т св. <250пмоль/л (с использованием расчетного метода по Vermeulen)

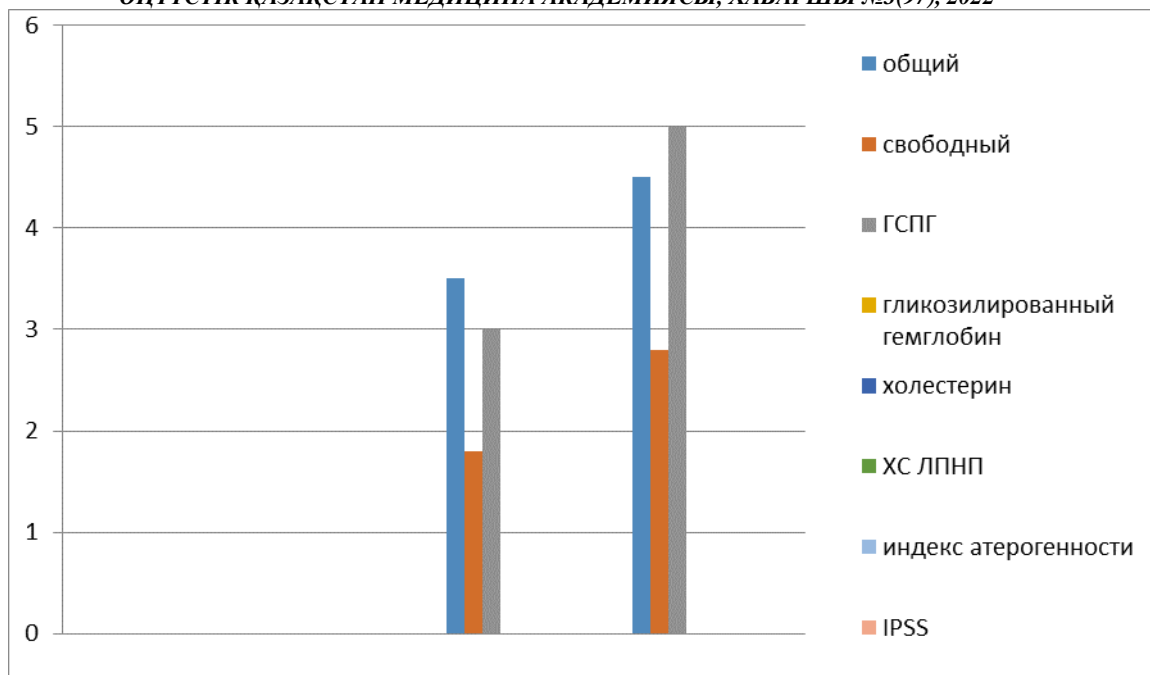


Диаграмма - Изменения показателей у пациентов с метаболическим синдромом и андрогенным дефицитом на фоне лечения тестостероном (через 3 месяца).

В группе пациентов, которые получали терапию тестостероном (основная группа) было отмечено статистическое снижение массы тела с 109 [102;115] до 97 [89;110] кг, в отличие от контрольной группы, где не отмечалось увеличение массы тела. Клинически незначительная разница в показателях массы тела до лечения и после лечения была обусловлена анаболическим действием тестостерона, то есть на фоне уменьшения массы жировой ткани возрастала мышечная масса тела. Статистическая значимость изменений в основной группе, где получали тестостерон, свидетельствует о том, что снижение массы тела происходило почти у каждого пациента. Также результаты были получены при оценке изменения индекса массы тела (ИМТ), где в основной группе отмечалось незначительное клинически, но статистически значимое снижение ИМТ с 35,25 [23,56; 38,5] до 32,7 [21,88; 32,6]. В основной группе было отмечено статистически значимое снижение ОТ с 104 [102;128] до 97 [80;93]. Тестостерон способствует возрастанию мотивации к действиям, направленным на снижение веса. Статистически, у пациентов получавших препарат тестостерона, происходило уменьшение ОТ.

В основной группе отмечено статистически повышение уровня общего тестостерона 7,2 [5,4;8,6] до 12,8 [10,5;17,3] и свободного тестостерона 135,8 [102,6;186,7] до 256,9 [211,5;368,9]. Также в основной группе отмечено снижение уровня гликозилированного гемоглобина с 5,6 [5,2;6,7] до 4,8 [4,0;5,9]. Отмечалось снижение уровня ГСПГ с 35,6[20,6;36,5] до 30,6 [17,4;33,5]. В основной группе на фоне лечения препаратом тестостерона отмечено статистически значимое снижение уровня ХС с 4,5 [4,5;36,5] до 3,8 [4,1;5,8] , ХС ЛПНП с 4,0[3;4,23] до 3,6 [3,0;1,67], индекса атерогенности с 4 [2,6;5,6] до 3,6 [1,5;3,1]. После лечения отмечались улучшения показателей анкетирования МИЭФ и IPSS.

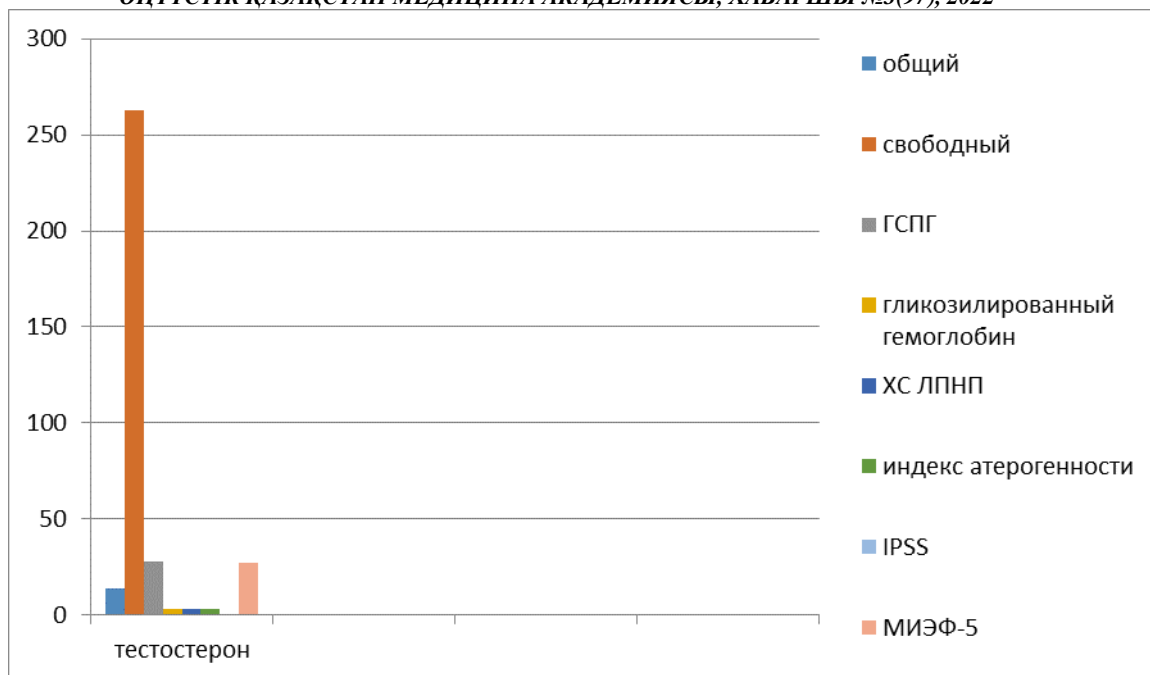


Диаграмма 2 - Изменения показателей у пациентов с метаболическим синдромом и андрогенным дефицитом на фоне лечения тестостероном (через 6 месяцев).

В группе пациентов, которые получали терапию тестостероном (основная группа) было отмечено статистическое снижение массы тела с 97 [89;110] до 95 [85;97], в отличие от контрольной группы, где не отмечалось увеличение массы тела. Также результаты были получены при оценке изменения индекса массы тела (ИМТ), где в основной группе отмечалось незначительное клинически, но статистически значимое снижение ИМТ с 32,7 [21,88; 32,6] до 29 [20,7; 31,6]. В основной группе было отмечено статистически значимое снижение ОТ с 97 [80;93] до 94 [78;89].

В основной группе отмечено статистически значимое, но клинически незначительное повышение уровня общего тестостерона до 13 [12,6;17,7] и свободного тестостерона до 258 [213; 342]. Уровень гликозилированного оставался на тех же 4,8 [4,0;5,9]. Уровень ГСПГ также в пределах 30,6 [17,4;33,5]. В основной группе на фоне лечения препаратом тестостерона отмечено статистически значимое снижение уровня ХС до 3,2 [3,8;5,5], ХС ЛПНП до 3,0 [2,8;1,56], индекса атерогенности до 3,1 [1,1;2,7]. После лечения отмечались улучшения показателей анкетирования.

Повышение уровня ХС и индекса атерогенности, определяющие повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений, являются следствием абдоминального ожирения как главного компонента метаболического синдрома. Чем больше у пациента клинических симптомов метаболического синдрома, тем сложнее будет протекать клиническое течение возрастного гипогонадизма.

Полученные нами данные еще раз подтверждают необходимость коррекции возрастного гипогонадизма при лечении метаболического синдрома у мужчин, поскольку при нормализации уровня общего и свободного тестостерона в крови происходит клинически выраженное уменьшение абдоминального ожирения, что в дальнейшем улучшает показатели липидного состава крови.

Лечение

1. МС+АД+АГ:
 - Стол №10 (ограничение легкоусвояемых углеводов, жиров животного происхождения, продукты с высоким содержанием холестерина).
 - Физическая активность, Препарат тестостерона, Альфа-блокаторы, Гипотензивные препараты.
2. МС+АД +СД2 типа:
 - Стол № 9 (исключить легкоусвояемые углеводы, достаточной количество клетчатки, ограничение соли). Физическая активность, Препарат тестостерона, Альфа-блокаторы, Гипогликемические препараты
3. МС+АД (объем железы>40см³):
 - Ингибиторы 5альфа-редуктазы, Микроэлементы
4. МС+АД +ЭД+СД2 типа:
 - Стол №8, Физическая активность, Гипогликемический препарат, Ингибиторы ФДЭ-5.
5. МС+АД +нарушения липидного обмена:
 - Стол №10, Физическая активность, Препараты тестостерона, Альфа-блокаторы, Гиполипидемические препараты
6. МС+АД +ЭД:
 - Физическая активность, Препараты тестостерона, Ингибиторы ФДЭ-5, Альфа-блокаторы

Выводы.

1. Терапия андрогенного дефицита препаратом тестостерона оказывает положительное влияние на биохимические показатели у мужчин с МС (ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, индекса атерогенности, уровень гликозилированного гемоглобина).
2. Терапия андрогенного дефицита препаратом тестостерона оказывает положительное влияние на антропометрические показатели у мужчин с метаболическим синдромом и влияет на уменьшение ОТ.
3. Терапия андрогенного дефицита микроэлементами оказывает положительное влияние на эректильную функцию.
4. Согласно нашим исследованиям, был составлен алгоритм лечения пациентов с метаболическим синдромом и андрогенным дефицитом.
5. При выявлении андрогенного дефицита у мужчин с метаболическим синдромом необходима коррекция гипогонадизма препаратами тестостерона, поскольку такая терапия оказывает положительное воздействие на все компоненты метаболического синдрома.
6. Определение уровня общего тестостерона рекомендовано проводить всем мужчинам с метаболическим синдромом.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чалый М.е. И ДР. Возрастной андрогенный дефицит и современные методы его медикаментозной коррекции. Врачебное сословие. – 2006. - № 5-6. -50 с.
2. Калинин С.Ю., Вадов В., Ворслов Л. Возрастной дефицит андрогенов у мужчин: диагностика и лечение.Врач. – 2008. - №6. С. 21-24.
3. Богданов А.Б., Велиев Е.И. Современные возможности терапии андрогенного дефицита у мужчин: методические рекомендации для практического врача. РМАПО – М., 2009. С. 33 – 35.

4. Бакыт Ж.К. Комбинированная заместительная гормонотерапия эректильной дисфункции при возрастном гипогонадизме в комплексе с ингибитором ФДЭ – 5 типа. Вестник МЦ УДП РК. – Астана, 2009. - № 4 (33), с. 118 – 123.
5. Дедов И.И. Возрастной андрогенный дефицит. Практическая медицина, 2016. – 239 с.
6. Жиенбаев Е.Р., Абдикадыр Ж.Н., Жанкина Р.А., Ахметов Д.Э. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы и возрастной гипогонадизм у пациентов с метаболическим синдромом. Астана медициналық журналы. № 1, с. 9, 2018.
7. Хайрли Г.З., Бакыт Ж.К., Жиенбаев Е.Р. Возрастной андрогенный дефицит. Учебно-методическое пособие. Астана. 2014. – 123 с.
8. Lakka H.M. et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men//JAMA, 2002; 288(21): 2709-2716.
9. Malik S., Wong N.D., Franklin S.S. Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adult//Circulation, 2004;110 (10):1245-1250.
10. Hu G., Qiao Q., Tuomilehto J., Balkau B., Borch-Johnsen K., Pyorala K. DECODE Study Group. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women//Arch. Intern.Med.,2004;164 (10):1066-1076.
11. Isomaa B., Almgren P., Tuomi T., Forsen B., Lahti K., Nissen M., Taskinen M.R., Groop L. Cardiovascular morbidity associated with the metabolic syndrome//Diabetes Care, 2001; 24 (4):683-689.
12. Hu G., Qiao Q., Tuomilehto J., Balkau B., Borch-Johnsen K., Pyorala K. DECODE Study Group. Prevalence of the metabolic syndrome and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in nondiabetic European men and women//Arch. Intern.Med.,2004;164 (10):1066-1076.

Түйін

Жиенбаев Е. Р., Бейсенов К. Т., "Астана медициналық университеті", Урология және андрология кафедрасы, Астана қаласы, Қазақстан Республикасы,

ЕРЛЕРДЕГІ АНДРОГЕНДІК ТАПШЫЛЫҚТЫ ТҮЗЕТУ ЖӘНЕ МЕТАБОЛИКАЛЫҚ СИНДРОМДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУ

Метаболизм синдромының әртүрлі сипаттарының көрсеткіштері байқалған, андрогендік тапшылығы бар науқастарға кешенді терапия жүргізілді. Тестостероны бар дәрі-дәрмекті қабылдаған пациенттер тобында метаболикалық ауытқулары бар науқастардың жағдайы айтарлықтай жақсарғаны байқалды. Емдеудің оң динамикасының негізі жалпы және бос тестостерон (12,8 нмоль/л дейін, 256,9 пмоль/л дейін) (P 0,05) көрсеткіштерінің жақсарғаны айқын көрсеткіш деп бағалана алады. Сонымен бірге, науқастардың дәрі қабылдағаннан кейінгі салмағының 109 кг-нан 97 кг-ға дейін төмендеуі байқалды. Гликолизденген гемоглобин деңгейінің 5,6% - дан 3,6% - ға дейін төмендеді. Глобулинді байланыстыратын жыныстық гормонның көрсеткіштері 30,6 нмоль/л дейін қалыпқа келтірілді. Статистикалық маңызы бар көрсеткіштердің бірі-холестерин деңгейінің 3,8 ммоль/л-ге дейін, тығыздығы төмен липопротеидтер 3,6-ммольге, атерогендік индексі 3,4-ке дейін төмендеуі анықталды. МИЭФ және IPSS сауалнамаларының көрсеткіштері жақсарды. Анықталған деректер емдеу ерлердегі метаболикалық синдромы кезінде андрогендік тапшылықты түзетудің қажеттілігін растайды, себебі жалпы және еркін деңгейдің нормализациясы кезінде қандағы тестостерон метаболикалық ауытқуларды клиникалық тұрғыдан қалыпқа келтіреді.

Кілт сөздер: андрогендік тапшылық, метаболикалық синдром, тестостерон препараттары, эректильді дисфункция, ВРН, дене салмағының өзгеруі, гликолизденген гемоглобин, глобулинді байланыстыратын жыныстық гормон, холестерин, төмен тығыздықтағы липопротендер, атерогендік индекс, МИЭФ және IPSS сауалнамалары.

Summary

Zhienbaev E.R., Beisenov K.T.

NAO "Astana Medical University",

Department of Urology and Andrology, Astana, Kazakhstan.

CORRECTION OF ANDROGEN DEFICIENCY OF MEN WITH THE COMPLEX TREATMENT OF METABOLIC SYNDROME

Complex therapy was performed on patients with androgen deficiency in combination with various manifestations of metabolic syndrome. The group of patients who received the treatment with testosterone tablets represented positive results in the clinical manifestations of metabolic disorders. The main manifestation of the positive dynamics of treatment is the normalization of the level of total and free Testosterone (up to 12.8 nmol / l, up to 256.9 pmol / l) (P 0.05). Also, there was a significant decrease in body weight from 109 kg to 97 kg. Glycolized hemoglobin dropped from 5.6% to 3.6%. Globulin-binding sex hormone levels have normalized to 30.6 nmol/l. There was a statistically significant decrease in cholesterol to 3.8 mmol/l, low-density lipoproteins to 3.6 mmol/l, the atherogenicity index to 3.4. The ICEF and IPSS questionnaire indicators improved. Received data confirm the need to correct androgen deficiency in the treatment of metabolic syndrome in men, since with the normalization of the level of total and free testosterone in the blood, there is a clinically significant normalization of metabolic disorders.

Keywords: Androgen deficiency, metabolic syndrome, Testosterone preparations, erectile dysfunction, ВРН, body weight change, glycolized hemoglobin, globulin-binding sex hormone, cholesterol, low-density lipoproteins, index atherogenicity, ICEF and IPSS questionnaire.

УДК 618.19-006.6

Агаева А.А.¹

Научный руководитель Изденова Н.Р.¹

¹НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВИД ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

На сегодняшний день онкологические заболевания являются одной из ведущих причин смертности в мире. По данным ВОЗ в 2020 году от рака погибло порядка 10 млн. человек.

По прогнозам ученых, к 2040 году выявление новых случаев онкологических заболеваний возрастет на 47% и будет составлять 28,4 млн. И большая часть этих случаев будет выявляться в странах с низким и средним уровнем жизни. В этих же странах все большую популярность приобретают факторы риска, влияющие на заболеваемость - курение, нездоровое питание, ожирение, малоподвижный образ жизни и пр. [1,2,3,].

По числу новых случаев наиболее распространенным из всех видов рака является рак молочной железы. Преимущественно болеют женщины, поэтому пол - главенствующий фактор риска развития рака груди. Данная патология пользуется актуальностью во всех странах мира среди женщин любого возраста, достигших половой зрелости, однако, в более зрелом возрасте риск возникновения болезни возрастает. На лиц мужского пола приходится около 1% всех случаев рака груди. Только за 2020 год было зарегистрировано более 2,3 млн. случаев, в том же году число летальных исходов от этой болезни составило 685 000 случаев [2,3,4].

На показатели заболеваемости самой распространенной формой онкопатологий, РМЖ, преимущественно влияют такие факторы как поздняя беременность, снижение среднего числа рожденных детей. При этом немаловажно отметить репродуктивную историю у женщин (возраст появления менструального цикла, первой беременности и менопаузы). Эти факторы присущи почти всем странам, но смертность от РМЖ больше всего увеличивается в странах с низким и средним индексом развития человеческого потенциала. Также по данным отечественных и зарубежных ученых к факторам, увеличивающим риск заболевания РМЖ, относятся: возраст старше 40 лет, избыточный вес, курение, чрезмерное употребление алкоголя, повышенный радиационный фон, гормональная терапия в период постменопаузы, генетическая предрасположенность, мутации в генах. С целью профилактики РМЖ при выявлении генетических мутаций в некоторых странах Европы на рекомендательном уровне молочные железы полностью подлежат удалению, так как при таких условиях их наличие в 70% случаев приводит к заболеванию рака груди.

В Казахстане, как и в мире, раковая болезнь молочной железы - наиболее частая форма онкологических заболеваний. Ежегодно в Казахстане выявляется около 5000 новых случаев заболевания раком молочной железы. Для сравнения, в РФ каждый год регистрируются 70000 новых случаев заболевания с диагнозом «рак груди». За последние 15 лет заболеваемость этим недугом по РК занимает первое место среди других форм рака и 3-е место по смертности от онкологических заболеваний, порядка 1200 женщин умирают ежегодно.

Успех лечения опухоли молочной железы зависит от выявления заболевания на ранней стадии. В связи с этим в Казахстане проводится скрининг с целью раннего

диагностирования рака груди. В рамках скрининга женщинам в возрасте 40-70 лет 1 раз в 2 года проводится маммография обеих молочных желез в двух проекциях. По статистике это позволяет снизить риск смерти от рака молочной железы примерно на 20% [1,2,3,4,5,6].

Самое распространенное онкологическое заболевание требует пристального внимания и является одной из важных проблем общественного здравоохранения на сегодня, которую необходимо решить в ближайшем будущем. Стратегии по улучшению результатов терапии рака молочной железы во многом зависят от системы здравоохранения и методов лечения, эффективность которых доказана научным путем. При этом важна организация системы направления пациентов из учреждений первичной медико-санитарной помощи в региональные больницы и далее в специализированные онкологические центры.

Литература

1. Рак молочной железы, WHO 2021/ Ссылка: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>
2. Рак молочной железы, Национальный научный онкологический центр 2022/ Ссылка: <https://www.cancercenter.kz/index.php/ru/profilaktika-i-skrining/natsionalnyj-skrining/rak-molochnoj-zhelezy>
3. Кто больше всего подвержен риску развития рака молочной железы, Магомедова Д., 2021. Ссылка: <https://mammo-center.ru/blog/kto-bolshe-vsego-podverjen-risku-razvitiya-raka-molochnoi-jelezi>
4. Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, Bromfield B, et al. The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Catolica in Latin America. Cancer. 2020; 126 Suppl 10: 2448-57. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348569>
5. Ginsburg O, Yip CH, Brooks A, Cabanes A, Caleffi M, Dunstan Yataco JA, et al. Breast cancer early detection: A phased approach to implementation. Cancer. 2020; 126 Suppl 10: 2379-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348566>
6. Mutebi M, Anderson BO, Duggan C, Adebamowo C, Agarwal G, Ali Z, et al. Breast cancer treatment: A phased approach to implementation. Cancer. 2020; 126 Suppl 10: 2365-78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32348571>

Сведения об авторах:

Агаева А.А., студентка 2 курса, НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан, э/почта: assilya03@mail.ru

Изденова Н.Р., старший преподаватель, НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан, э/почта: nazgul.abenova@mail.ru

Аманбаев Т. У^{1.}, Мизамов Д.М^{2.}, Кумаров М. К^{3.}, Әбдікерімұлы Д^{4.},
Бекбосынова Г. Р^{5.}, Абишев А. С^{6.}

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ.
«ЭКОМЕД» клиникасы, Шымкент қ.

IN VITRO ҰРЫҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫНДА СПЕРМАТОЗОИДТАР МОРФОЛОГИЯСЫНЫҢ АДАМНЫҢ БАСТАПҚЫ ЭМБРИОГЕНЕЗИНЕ ӘСЕРІ

Кіріспе: Бүгінгі күнде белең алып келе жатқан бедеулік мәселесі біздің елімізде 15—16%-ды құрап отыр. Соңғы уақытта бұл мәселе бойынша еркек белсіздігінің артуы байқалуда.

Жұмыстың мақсаты: In vitro ұрықтандыру жағдайында адам эмбриондарының сперматозоид морфологиясына байланысты даму ерекшелігін, оның адамның бастапқы эмбриогенезіне қалай әсер ететіндігін зерттеу және зерттеу нәтижесінде қолдан ұрықтандыру бағдарламасының тиімділігін жоғарылату.

Қойылған мақсатқа жету үшін төмендегідей міндеттер тұжырымдалды: Жас ерекшеліктеріне байланысты адам сперматозоидтарының морфологиялық белгілерін зерттеу;

Тұрғылықты жерінің сперматозоид морфологиясына қаншалықты әсер ететіндігін анықтау;

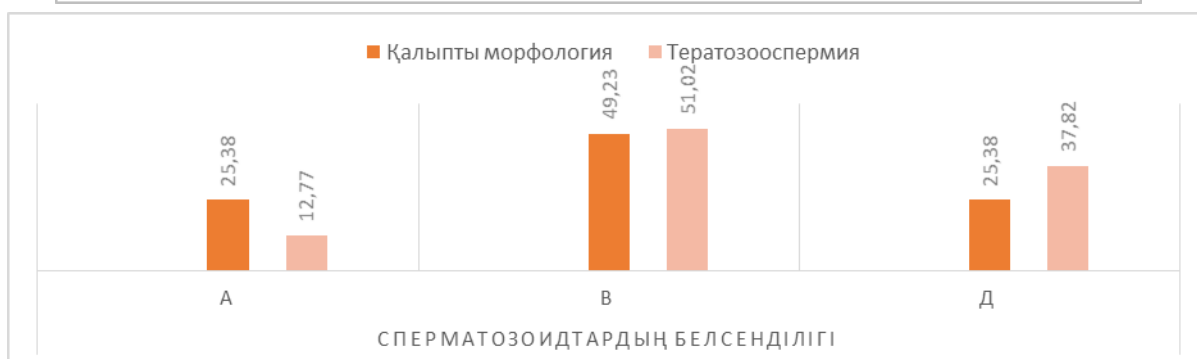
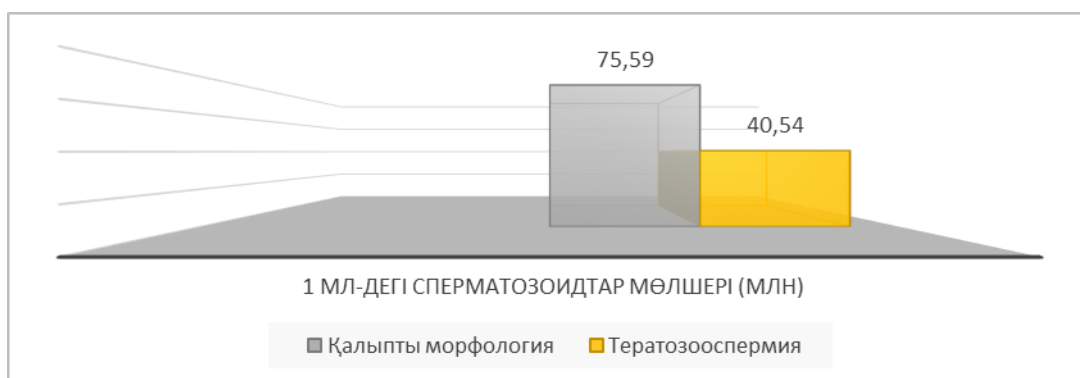
Нативті шәуеттегі сперматозоид мөлшерінің және белсенділігінің салыстырмалы талдауын өткізу;

Морфологиясы бойынша ажыратылатын сперматозоидтармен ұрықтандырылған эмбриондардың даму ерекшелігін бақылау;

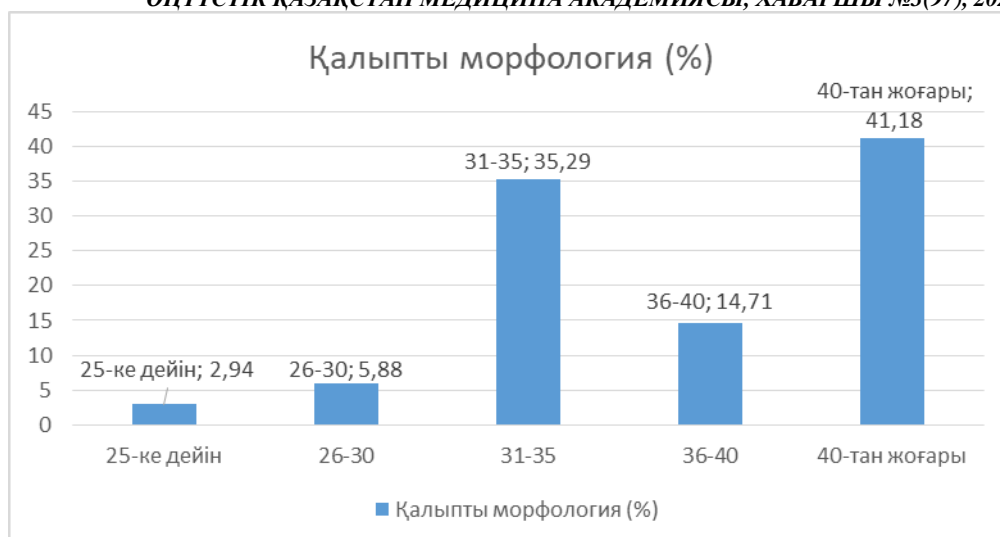
Морфологиясы қалыпты және қалыпты емес топ арасындағы қолдан ұрықтандыру бағдарламасының тиімділігіне салыстырмалы талдау жасау.

Зерттеу нысаны мен әдістері: Зерттеу жұмысы «ЭКОМЕД Шымкент» адам ұрпағын өрбіту емханасында жүргізілді. 2020 жылдың қаңтар-желтоқсан айларының арасында 773 ер адамның спермограммалары зерттелді. Спермограмма нәтижелері дүниежізілік денсаулық сақтау ұйымы нұсқаулығының критерийлері бойынша бағаланды.

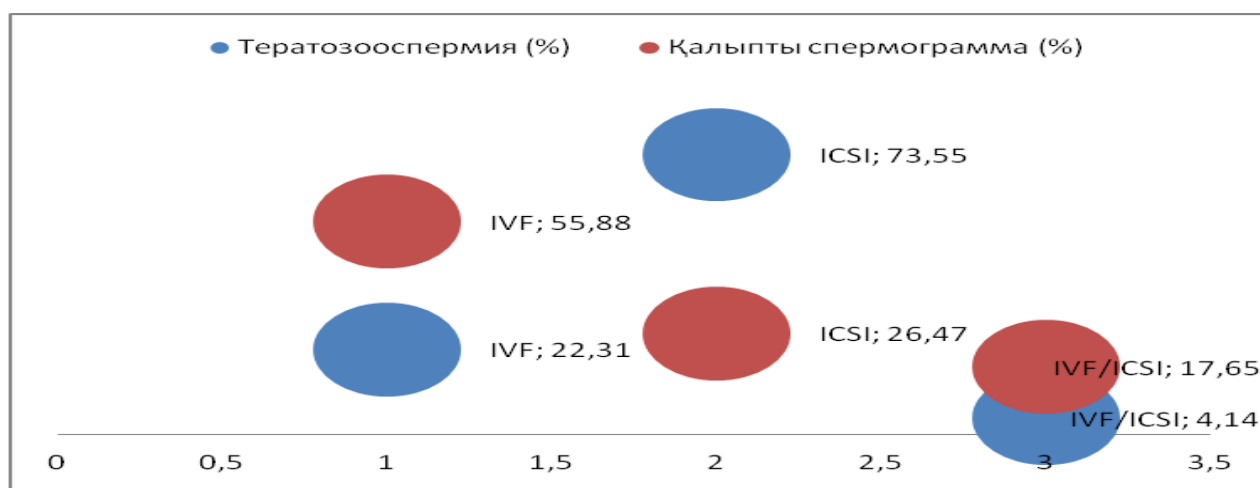




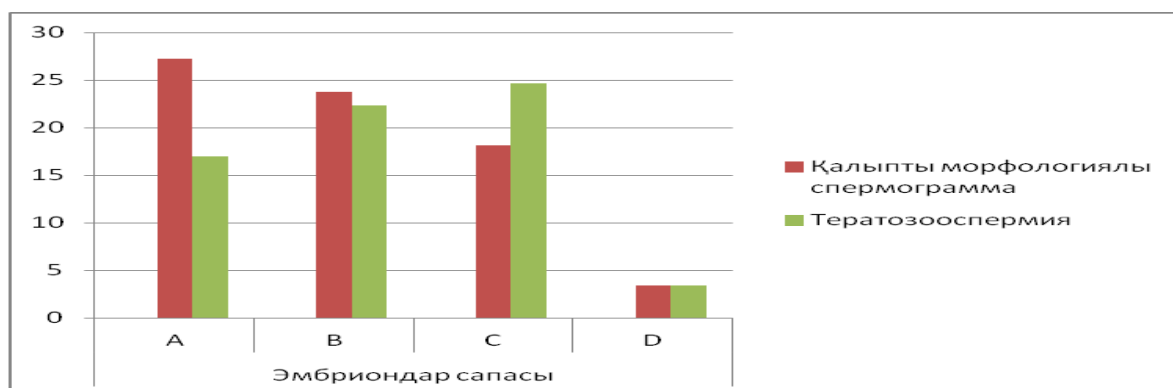
Зерттелген спермаграммалардың жас ерекшеліктері бойынша топтастырылған диаграммасы



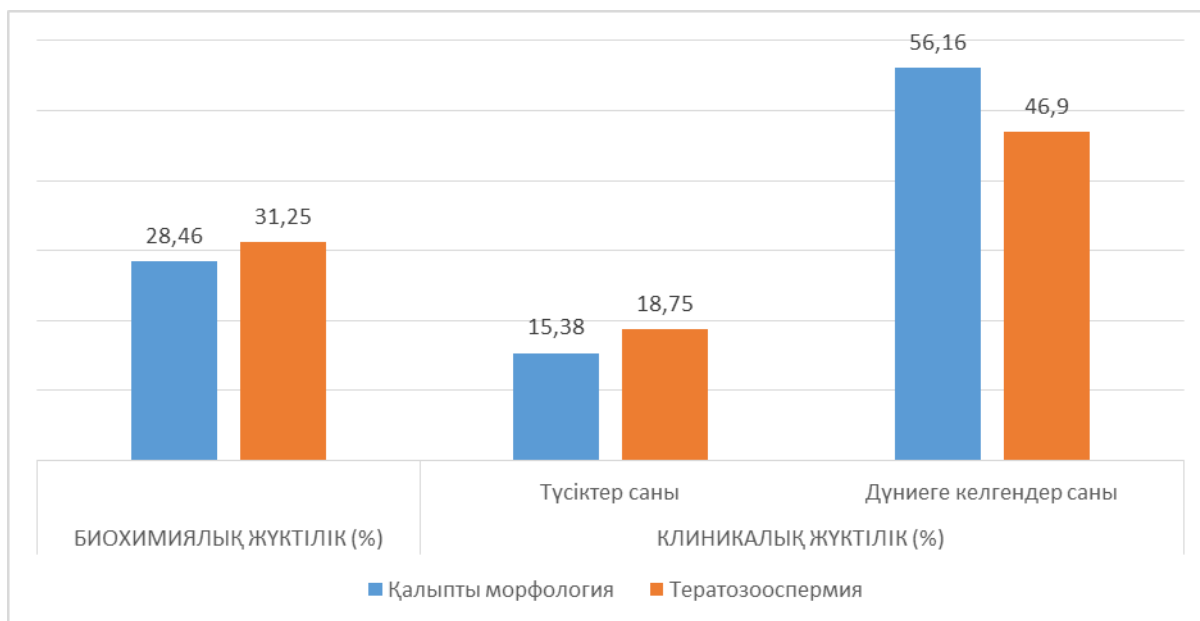
Зерттелген спермаграммалардың жас ерекшеліктері бойынша топтастырылған диаграммасы



Қолдан ұрықтандыру бағдарламасында қолданылған ұрықтандыру әдістерінің пайыздық көрсеткіштері.



Қолдан ұрықтандыру бағдарламасында спермограмма көрсеткіштері әртүрлі екі топ арасында алынған эмбриондардың сапасы.



Зерттеу барысында анықталған жүктіліктердің арақатынасы

Қорытынды:

Зерттеу барысында қалыпты морфологиялы ер адамдардың орта жас шамасы 38,12, ал қалыпты емес морфологиялы 39,15 жасты құрады. Шамамен 35-тен асқан ер адам ұрықтарының қалыпты морфологиялық көрсеткіші төмендейтіндігі көрсетілді;

Жалпы спермограммаларды тұрғылықты жері бойынша топтастырғанда Солтүстік Қазақстан 8,02%(жоғарғы көрсеткіш), ал Орталық Қазақстан 6,17% -ды (төменгі көрсеткіш) көрсетті;

Нативті шәуеттегі сперматозоид мөлшері қалыпты спермограммаларда 75,59 млн және тератозооспермиялы спермограммаларда 40,54 млн, ал белсенділігі бойынша 25,38% бен 12,77%- ды сәйкесінше көрсетті;

Морфологиясы бойынша ажыратылған екі үлкен топты салыстыра келе, қалыпты морфологиялы спермограммалы ер кісілердің эмбриондардың дамуында ешқандай ауытқу жоқ екендігі, ал тератозооспермиялы ер кісілердің эмбриондарының сапасы салыстырмалы түрде шамамен 9-10%-ға төмен екендігі анықталды;

Морфологиясы қалыпты және қалыпты емес топ арасындағы қолдан ұрықтандыру бағдарламасының тиімділігін арттыру үшін жаңа технологияларды қолдану ұсынылып отыр (IMSI, PICSI).

Әдебиеттер

Дрюс, Ульрих. "Атлас эмбриологии человека." (2022): 416-416.

Михель Д. В., Резник О. Н. Биотехнологическая революция в медицине как новый вызов для общества: опыт ее восприятия в США И России //Россия и современный мир. – 2022. – №. 1 (114). – Б. 22-44.

Айламазян Э. К. и др. Ко-культивирование эмбриона человека с эндометрием: оптимизация экстракорпорального оплодотворения //Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – №. 4. – Б. 16-22.

Хайрутдинов К. Н., Ситдыкова М. Э., Зубков А. Ю. Мужское бесплодие-проблема XXI века //Практическая медицина. – 2018. – Т. 16. – №. 6. – Б. 185-189.

Kalmanbetova S. A., Tuleukhanov S. T., Baikoshkarova S. B. Қазақстан Республикасының географиялық әр аймақтарында тұратын ер адамдардың спермограмма көрсеткішінің бұзылуы. Нарушение показателей спермограммы у мужчин проживающих различных географических регионах в Республике Казахстана //Вестник КазНУ. Серия биологическая. – 2013. – Т. 59. – №. 3/2. – Б. 77-80.

Макарова Н. П., Калинина Е. А. Критерии оценки качества ооцита в циклах ИКСИ: взгляд клинического эмбриолога //Гинекология. – 2012. – Т. 14. – №. 3. – Б. 24-28.

Катибов, М. И., Магомедов, З. М., Алибеков, М. М., Абдулхалимов, А. М., Айдамиров, В. Г., Бахмудов, С. А., ... & Магомедов, А. М. (2022). Острые урологические синдромы и заболевания у пациентов с Covid-19. *Экспериментальная и клиническая урология*, (1), 148-154.

Сведения об авторах:

Аманбаев Т. У¹. 7 - курс «жалпы медицина» факультеті, АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» Шымкент қ.

Мизамов Д. М².- «Әлеуметтік медициналы сақтандыру және медициналық сатандыру» кафедрасының оқытушысы, АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» Шымкент қ.

Кумаров М. К³. 5 - курс «жалпы медицина» факультеті, АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» Шымкент қ.

Әбдікерімұлы Д⁴ 5 - курс «жалпы медицина» факультеті, АҚ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» Шымкент қ.

Ғылыми жетекшілері: Бекбосынова Г. Р⁵., «Экомед» клиникасының бас эмбриологы, Шымкент қ., PhD докторант 3-ші курс, М.Ауезов атындағы ОҚМУ.

Абишев А. С⁶., уролог-андролог, репродуктолог «Экомед» клиникасы Шымкент қ.

УДК 616.89-008-053
МРНТИ 76.33.31

Мусина А.А.¹, Амирсеитова Ф.¹, Сулейменова Р.К.², Макашева З.И.²
г.Астана, НАО «Медицинский университет Астана»

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ХАРАКТЕР УЧЕБНЫХ НАГРУЗОК ШКОЛЬНИКОВ

Резюме

Известно, что длительное напряжение регуляторных систем организма может привести к истощению адаптационных резервов, нарушению физиологических ритмов и механизмов регуляции. Организм подростка, находящийся в процессе морфологического и функционального развития, в большей степени подвержен влиянию стресс-факторов, особенно в неблагоприятных экологических условиях нагрузки и возрастающей школьной нагрузки. Стрессовые факторы (образовательные, трудовые, интерперсональные и социальные) создают реальные предпосылки для развития депрессивных состояний, т.е. особого психобиологического фона.

Выявлено, что не соблюдение образовательными учреждениями физиологических норм учебной нагрузки неблагоприятно влияет на физиологическую работоспособность учащихся, что является одним из фактором детерминирующего отклонения в состоянии здоровья подростков и считается одним из причин негативного поведения подростка.

Возрастная оценка психологического статуса показала ярко выраженный риск у подростков 13-15 лет по показателям новообразований возраста, которые играют большую роль в выработке линии поведения.

Анализ черт воспитательного процесса подростков выявил основные недостатки семейного воспитания, а именно притворствующую гипопротекцию, что свидетельствует о факте лишения их самостоятельности, препятствует приобретению ими базисных навыков и новообразований возраста.

Ключевые слова: школьники, девиация, факторы риска, стресс, личность

Введение: Системный характер и нелинейная динамика адаптационных реакций личности обуславливают актуальность разработки комплексных показателей, чувствительных к динамике разноуровневых связей между свойствами и функциями личности, включенными в организацию адаптационного ответа. В ряду комплексных психологических характеристик адаптации (адаптивность, адаптационный потенциал, стрессоустойчивость, жизнестойкость и т.д.) перспективной для решения диагностических и прогностических задач является категория «личностный адаптационный потенциал». Корректное диагностирование данного феномена в психологической практике позволит оценить вероятность патогенеза дезадаптивных состояний [1,6].

Различные адаптогенные воздействия, опосредованные индивидуально-психологическими особенностями личности, предъявляют различные требования и обуславливают специфичные регуляторно-приспособительные реакции [2,7].

Исследование структурно-динамических свойств адаптационного потенциала предполагает разработку моделей, позволяющих оценить системные качества отдельных функций, включенных в адаптационный процесс [4,11].

Целью работы была оценка особенностей проявлений пограничных нервно-психических расстройств у школьников г.Астаны с оценкой характера учебных нагрузок.

Материалы и методы исследований. Работа выполнялась в рамках гранта МОН РК и проводилась на базе школ города Астаны. Был проведен анкетный опрос и тестирование подростков, количество по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1- Количественный состав тестируемого контингента и методы.

Методы	Количество тестируемых			Человеко/исслед.
	мальчики	девочки	всего	
Тестирование и анкетный опрос				
Тестирование уровня психологического здоровья (28 показателей)	141	119	260	7280
Опрос родителей по методике Эйдмиллера Э.Г., Юстицкиса В. "Анализ семейных взаимоотношений" (15 показателей)	22	20	42	630
Гигиеническая оценка школьного расписания				
По методике И.Г.Сивкова.	Классы			
	5 кл.	6 кл.	7 кл.	8 кл.
	9	9	6	7

Для изучения влияния родителей в воспитании подростка и поиска ошибок в родительском воспитании нами был применен тест "Анализ семейных взаимоотношений", который позволил диагностировать нежелательное, некорректное влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для ее целостности [12].

Анализировались расписания 2-х школ с углубленным образовательным процессом по профилям: гуманитарный, физико-математический, химико-биологический, информационно-технологический.

Статистическую обработку проводили в программе Statistica Base Windows v.10 Russian Academic/Government.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка характера учебных нагрузок показала, что в распределении учебной нагрузки не соблюдается требования рекомендуемого МОН РК. В изучаемых школах максимальная нагрузка присутствовала во вторник, четверг, пятницу, что не соответствует физическим ритмам работоспособности учащихся (согласно требований, это должны быть вторник, среда), что еще раз свидетельствует о несоблюдении образовательными учреждениями физиологических норм учебной нагрузки и наличии фактора риска, способствующих развитию в статусе у учащихся признаков утомления.

Возрастная оценка психологического статуса показало, что в диапазоне «ярко выраженный риск» оказались возрастные группы 13-15 лет по 5-ти показателям. В основном это были показатели блока новообразований возраста, которые играют большую роль в выработке линии поведения. Дефицит этих характеристик является следствием самостоятельной практической работы подростка, которое так необходимо ему при становлении личности, а именно является свидетельством диспропорции когнитивного и эмоционально-личностного развития, навыков саморегуляции. Основной причиной проявления у них личностных и дисциплинарных проблем являются признаки

неустойчивости самооценки, что при низких волевых качествах и эмоциональной неуравновешенности, будет проявляться девиацией.

Подростки 15-ти лет больше проявили себя высокой социальной зависимостью, нарушением у них социальных взаимодействий и ограниченностью доступа к ресурсам окружения.

Для 14-ти летних подростков был характерен дефицит базисных приобретений и социальных факторов риска, а деструктивный вектор больше проявился в усвоении негативных стереотипов поведения.

Анализ показал значимость группы факторов семейной системы, которые свидетельствовали о доминировании в семьях подростков, больше деструктивных форм воспитания.

По биологическому блоку выявлен «риск» эмоциональных нарушений и нарушения в первые годы жизни у 13-14-ти летних подростков, что обосновывает необходимость применения других диагностических инструментов, в том числе функциональных исследований (ЭЭГ, ВСР), что позволит изучить нейрофизиологические особенности, которые бы подтвердили бы проявляющиеся на поведенческом уровне неуравновешенность, эмоциональную неустойчивость и неуправляемость подростков.

Оценка по полу показала, что больших различий в распределении диапазонов риска не было выявлено, и мальчики и девочки были в диапазонах наличия риска, что свидетельствовало о дефиците требуемых для психологического здоровья компонентов. Небольшие различия были по интернальности, доступе к внутренним ресурсам и позитивности, а именно у девочек подростков они были менее выражены. Подростки, независимо от пола были неловки и скованны при контакте с другими, что для подготовки их ко вступлению в социально активный период жизни, требует психотерапевтической коррекции.

Анализ черт воспитательного процесса подростков выявил основные недостатки семейного воспитания. В ответах родителей больше присутствует притворствующая гипопротекция. Это свидетельствует о факте лишения их самостоятельности, что мешает приобретению ими базисных приобретений и новообразований возраста.

Ограничение и выявленный частый запрет способствует акцентуации их статуса, что при воздействии стресс-факторов будет усиливать их астеничные черты характера.

Невнимание к детям может играть отрицательную роль за счет детерминирования отклонений в состоянии здоровья подростка, способствовать неблагоприятному развитию личности, провоцировать отклоняющееся поведение и приобщение к референтным и неформальным группировкам с отягощающими последствиями.

Отсутствие контроля со стороны родителей, неорганизованность и незанятость в свободное время подростков, будет провоцировать развитие девиативного поведения подростков.

Выводы:

1. Не соблюдение образовательными учреждениями физиологических норм учебной нагрузки неблагоприятно влияет на физиологическую работоспособность учащихся, что является одним из факторов детерминирующего отклонения в состоянии здоровья подростков и считается одним из причин негативного поведения подростка.

2. Возрастная оценка психологического статуса показало, что в диапазоне «ярко выраженный риск» больше находятся возрастные группы 13-15 лет по показателям новообразований возраста, которые играют большую роль в выработке линии поведения.

3. Дефицит характеристик новообразований возраста является свидетельством диспропорции когнитивного и эмоционально-личностного развития, навыков саморегуляции, что будет основной причиной проявления у них личностных и дисциплинарных проблем, которое на фоне неустойчивости самооценки, низких волевых качеств и эмоциональной неуравновешенности, будет проявляться девиацией.

4. Оценка по полу показала, что больших различий в распределении диапазонов риска не было выявлено, и мальчики и девочки были в диапазонах «наличие риска», что свидетельствует о дефиците в статусе требуемых для психологического здоровья компонентов.

5. Анализ черт воспитательного процесса подростков выявил основные недостатки семейного воспитания, а именно притворствующую гипопротекцию, что свидетельствует о факте лишения их самостоятельности, препятствует приобретению ими базисных навыков и новообразований возраста.

Литература

1. Рождественская Н.А. Девиантное поведение и основы его профилактики у подростков [Электронный ресурс] / Н.А. Рождественская - М. : БИНОМ, 2016.
2. Шаталов Е.А., Молдаванов К.В. Молодежная преступность и основные направления противодействия ей [Электронный ресурс] / Шаталов Е.А., Молдаванов К.В. - М. : Проспект, 2016.
3. Алексеев Е. В. Роль специалиста по организации работы с молодежью в системе профилактики деструктивной активности молодежи на уровне муниципального образования // Актуальные вопросы государственного и муниципального управления : сб. ст. Всерос. науч.-практ. конф. : [электрон. изд.]. – Пермь, 2019. – С. 86-92. – URL: <http://www.psu.ru/files/docs/science/books/sborniki/aktualnye-voprosy-gosudarstvennogo-i-municipalnogo-upravleniya.pdf?ysclid=l2hk9yjfj9r>
4. Афасижев Т. И. О феномене деструктивной активности / К. М. Гожев, Т. И. Афасижев // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1, Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2015. – № 4 (167). – С. 75-82. – Электрон. копия доступна на сайте науч. электрон. б-ки КиберЛенинка. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-fenomene-destruktivnoy-aktivnosti>.
5. Зеленский П. А. Причины и превенция проявлений деструктивной гражданской активности студенческой молодежи / П. А. Зеленский, В. В. Щепланова // Вестник ПАГС. – 2019. – № 5. – С. 26-37. – Электрон. копия доступна на сайте науч. электрон. б-ки КиберЛенинка. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-i-preventsiya-proyavleniy-destruktivnoy-grazhdanskoj-aktivnosti-studencheskoj>
6. Карабаш Д. В. Молодежь в современном российском социуме: проблемы деструктивного поведения // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1, Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. – 2011. – № 1. – С. 78-83.
7. Логинова Л. В. Деструктивная гражданская активность молодежи: теоретико-методологическая концептуализация / Л. В. Логинова, В. В. Щепланова // Logos et Praxis. – 2019. – № 2. – С 98-108.
8. Лукьяненко К. Т. Рост деструктивной активности в молодежной среде: причины и перспективы // Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета. – 2019. – № 5. – С. 125-128.
9. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – Москва : АСТ, 2016. – 618 с.
10. Харитонова Е. В. Личностные особенности склонности подростков к деструктивным видам активности / Е. В. Харитонова Е. В. Суслина // Южно-российский журнал социальных наук. – 2020. – № 3. – С. 97-111. – Электрон. копия доступна на сайте науч. электрон. б-ки КиберЛенинка. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnye-osobennosti-sklonnosti-podrostkov-k-destruktivnym-vidam-aktivnosti>

11. Профилактика деструктивного поведения в молодежной среде : хрестоматия / составители И. Ф. Шиляева, Ю. А. Федорова. – Уфа : Изд-во БГПУ, 2019 – 169 с. – Электрон. копия доступна на сайте БГПУ. URL: <https://bspu.ru/files/75958>
12. Гизатуллина А. Ю. Деформация смысложизненных ориентаций подростков: исторический аспект // Вестник магистратуры. – 2017. – № 2-2 (65). – С. 84-86.

Түйін

Мусина А. А.¹, Әмірсейітова Ф.Т.¹, Сүлейменова Р. К.², Мақашева З. И.²
Астана қ., "Астана медицина университеті" КЕАҚ

ШЕКАРАЛЫҚ НЕЙРОПСИХИАТРИЯЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАР КӨРІНІСТЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ ОҚУ ЖҮКТЕМЕЛЕРІНІҢ СИПАТЫ

Дененің реттеуші жүйелерінің ұзақ мерзімді кернеуі бейімделу қорларының сарқылуына, физиологиялық ритмдер мен реттеу механизмдерінің бұзылуына әкелуі мүмкін екендігі белгілі. Морфологиялық және функционалдық даму процесінде жүрген жасөспірімнің денесіне стресс факторлары көбірек әсер етеді, әсіресе қолайсыз экологиялық жүктеме жағдайында және мектеп жүктемесінің жоғарылауы. Стресс факторлары (білім беру, еңбек, тұлғааралық және әлеуметтік) депрессиялық күйлердің, яғни ерекше психобиологиялық фонның дамуына нақты алғышарттар жасайды.

Оқу орындарының оқу жүктемесінің физиологиялық нормаларын сақтамауы оқушылардың физиологиялық жұмысына теріс әсер ететіні анықталды, бұл жасөспірімдердің денсаулығындағы ауытқуды анықтайтын факторлардың бірі болып табылады және жасөспірімнің теріс мінез-құлқының себептерінің бірі болып саналады.

Психологиялық мәртебені жасқа байланысты бағалау 13-15 жас аралығындағы жасөспірімдерде мінез-құлық желісін дамытуда үлкен рөл атқаратын жас ісіктерінің көрсеткіштері бойынша айқын қауіпті көрсетті.

Жасөспірімдердің оқу процесінің ерекшеліктерін талдау отбасылық тәрбиенің негізгі кемшіліктерін анықтады, атап айтқанда гипопротекция, бұл олардың тәуелсіздігінен айыру фактісін көрсетеді, олардың негізгі дағдылар мен жас ерекшеліктерін игеруіне жол бермейді.

Кілт сөздер: мектеп оқушылары, ауытқу, қауіп факторлары, стресс, тұлға

Summary

Musina A.A.¹, Amirseitova F.A.¹, Suleimenova R.K.², Makasheva Z.I.²
Astana city, Non-profit Joint Stock Company "Astana Medical University"

FEATURES OF MANIFESTATIONS OF BORDERLINE NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS AND THE NATURE OF EDUCATIONAL LOADS OF SCHOOLCHILDREN

It is known that prolonged stress on the regulatory systems of the body can lead to depletion of adaptive reserves, disruption of physiological rhythms and regulatory mechanisms. The adolescent's body, which is in the process of morphological and functional development, is more susceptible to the influence of stress factors, especially in unfavorable environmental conditions of stress and increasing school load. Stressful factors (educational, labor,

interpersonal and social) create real prerequisites for the development of depressive states a special psychobiological background.

It was revealed that non-compliance by educational institutions with the physiological norms of the academic load adversely affects the physiological performance of students, which is one of the factors determining the deviation in the health of adolescents and is considered one of the reasons for the negative behavior of adolescents.

The age assessment of the psychological status showed a pronounced risk in adolescents aged 13-15 years in terms of age neoplasms, which play an important role in the development of a line of behavior.

The analysis of the features of the educational process of adolescents revealed the main disadvantages of family education, namely pretending hypoprotection, which indicates the fact of depriving them of independence, prevents them from acquiring basic skills and age neoplasms.

Keywords: schoolchildren, deviation, risk factors, stress, personality

Сведения об авторах:

Мусина А.А., д.м.н., профессор, заведующая кафедры Общественного здоровья и Эпидемиологии, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана mussina.a@amu.kz

Амирсеитова Фарида Толбековна магистр медицины, завуч кафедры Общественного здоровья и гигиены, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана amirseitova.f@amu.kz

Сулейменова Роза Калдыбековна к.м.н., доцент, заведующая кафедры Общественного здоровья и Гигиены, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана suleimenova.r@amu.kz

Макашева Зарина Ибрагимовна старший преподаватель кафедры Общественного здоровья и Эпидемиологии, НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана makasheva.z@amu.kz

УДК 613.9:616.36-002.2(574.25)

Байғалиев А.А.¹, Изденова Н.Р.,¹ Жижила С.А.¹

¹НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан

ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ГОРОДА АКСУ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С

В Казахстане как и во всем мире проблема распространенности хронического гепатита С является ведущей причиной тяжелого поражения печени, по данным статистики РК ежегодно вирусными гепатитами заболевают 30-50 тысяч человек, из них не менее 25% инфицируются вирусным гепатитом В, 65-75% вирусным гепатитом С. [1, 2] Было установлено, что более 60% заболевших отмечается среди лиц в возрасте 20-40 лет. Ведущее место в структуре путей передачи вируса с момента начала официальной регистрации заболеваемости и по настоящее время занимает употребление инъекционных наркотиков. Тем не менее на сегодняшний день проблема осведомленности населения о вирусном гепатите С остается актуальной, в том числе ввиду отсутствия мер специфической профилактики. [3, 4]

Целью исследования явилась оценка степени осведомленности населения города Аксу о проблеме вирусного гепатита С.

Для изучения общих особенностей восприятия проблемы распространения хронического гепатита С (ХГС) среди населения было проведено индивидуальные анкетирование 104 жителей города Аксу. Выборка респондентов была стихийной, анкетирование проводилось с помощью специально разработанной анкеты с учетом принятых в социологии требований.

Количество респондентов мужского пола составляло 36 человек (34,6 %), женского пола – 68 (65,4%). Большинство опрошенных лиц были в возрасте до 40 лет. Подавляющее большинство респондентов (89,4%) имели высшее, среднее или средне-специальное образование.

Вопрос о примерной частоте встречаемости ХГС в современном обществе вызвал затруднение у большинства опрошенных (58%). При этом 28,3% опрошенных высказали мнение о «достаточно частой» встречаемости ХГС.

При ответе на вопрос о контингентах, у которых наиболее часто встречается ХГС, 56% опрошенных указали встречаемость заболевания у наркоманов, различных деклассированных лиц и лиц, имеющих многочисленные беспорядочные половые связи. 21% респондентов указали на опасность заражения медицинских работников (группа риска) и 13% опрошенных предположили возможность заражения ХГС обычных, социально благополучных людей. На вопрос о прогнозе ХГС при своевременной диагностике и правильном лечении 41% респондентов отнесли данное заболевание к неизлечимым. При оценке эмоциональных реакций населения, которые проявляются в отношении больных ХГС, было выявлено, что 76% демонстрируют негативные эмоции от того, что больные ХГС могут подвергать окружающих опасности заражения.

Последним вопросом нашей анкеты, касающейся отношения населения к проблеме ХГС, был вопрос «имеете ли Вы представление о хроническом гепатите С?». Отвечая на этот вопрос 56% респондентов продекларировали некоторые знания о проблеме. На этом фоне 44% опрошенных нами жителей указали на собственное незнание проблемы.

Таким образом, приведенные выше результаты опроса населения г.Аксу убедительно свидетельствуют о явной недооценке жителями города опасности заражения

гепатитом С, причем, как работников системы здравоохранения, так и социально благополучных лиц на фоне негативного эмоционального отношения к «носителям» вируса гепатита С. Незнание проблемы половиной населения города требует активизации санитарно-просветительной работы.

Литература

1. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Васильев А.П. и др. Алкогольные и вирусные циррозы печени у стационарных больных (1996—2005 гг.): распространенность и исходы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2007;17(2):19-27.
2. Чуланов В.П., Пименов Н.Н. и др. Хронический гепатит С как проблема здравоохранения России сегодня и завтра, Терапевтический архив 11, 2015, 5-10.
3. Новикова Ю.Б., Асратян А.А. и др. Современные эпидемиологические особенности гепатитов В и С среди лиц, употребляющих инъекционные наркотики, Эпидемиология и Вакцинопрофилактика №6 (79)/2014, 35-39.
4. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. 2-е изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
5. Рахманова А.Г., Лобзин Ю.В., Яковлев А.А., Виноградова Е.Н. Проблема гемоконтактных вирусных гепатитов в Санкт-Петербурге. В кн.: Материалы международной научно-практической конференции по вопросам ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов. Суздаль; 2004: 77 – 79.

Сведения об авторах:

Байгалиев А.А., доцент, НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан, э/почта: ajan-pvl@mail.ru

Изденова Н.Р., старший преподаватель, НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан, э/почта: nazgul.abenova@mail.ru

Жижила С.А., старший преподаватель, НАО «Медицинский университет Астана», г.Нур-Султан, Республика Казахстан, э/почта: zhizhila.s@mail.ru

УДК 616-002.5: 616-036.2
МРНТИ 76.33.43

Даулетов Ж., Шуленбаев А.

Қоғамдық денсаулық және менеджмент факультеті, 4 курс
Ғылыми жетекшілері: д.м.н., проф. **Мусина А.**, ст.преп. **Ерденова Г.К.**
«Астана медицина университеті» КеАҚ, Астана қаласы, Қазақстан

ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Түйін

Қазақстан туберкулезге қарсы күресте ДДҰ-ның Еуропалық өңіріндегі беделді елдердің бірі болып табылады. Сондай ақ туберкулезбен күресте денсаулық сақтаудың негізгі басымды ел ретінде айқындайды. Алайда, 2016 жылы жүргізілген әсерді талдаудан кейін туберкулезбен ауыру көрсеткіші соңғы деректерге сәйкес қайтақаралды. 2018 жылы туберкулезбен ауыру 100 000 тұрғынға шаққанда 67 жаңа және қайталанатын жағдайды құрады. Жамбыл облысында туберкулез ауруы жылдан жылға азайып келеді. Бұның дәлелі Соңғы 5 жылда туберкулезбен сырқаттанушылықтың азаюы, мысалы айтсам, 2016 жылы 100 мың адамға шаққанда 54,8 болса, 2020 жылы – 35,1. Ауру дерлік 1,5 есеге азайды. Туберкулезден болатын өлім-жітім де азайып келеді. Өлім көрсеткіші 6 есеге төмендеп, 2020 жылы 100 мың халыққа шаққанда 1,9 құрады. Бүгінгі күні туберкулезге қарсы қызметтің басым бағыты туберкулездің алдын алу, дер кезінде анықтап, табысты емдеу болып табылады.

Кілт сөздер: туберкулездің эпидемиологиялық көрсеткіштері, сырқаттанушылық, таралуы, өлім-жітім

Кіріспе

Туберкулез жаһандық проблема болып қала береді. Қазақстандағы қолайсыз әлеуметтік-экономикалық жағдай, азаматтардың едәуір бөлігінің өмір сүру деңгейінің төмендігі, белсенді көші-қон халықтың әртүрлі әлеуметтік және жас топтарында туберкулезбен ауыру деңгейінің тұрақсыздығына әкеледі [1]. Туберкулезге қарсы мемлекеттік мониторинг жүйесіне сәйкес туберкулездің таралуының алдын алу, туберкулез кезінде медициналық-әлеуметтік көмек көрсету, оның ішінде медициналық көмектің сапасын бағалау бойынша шаралар кешені отандық денсаулық сақтауда басым бағыт болуы тиіс [3]. Соңғы уақытта Қазақстан Республикасының тұрғындары арасында туберкулезбен сырқаттанушылықтың төмендегені байқалады. Осыған қарамастан, өлім-жітім туберкулез әлі де айтарлықтай жоғары деңгейде. Мәселен, 2019 жылмен салыстырғанда 2020 жылы туберкулезден қайтыс болғандар саны өсті, 1,5 миллион адам туберкулезден қайтыс болды. Туберкулезге қарсы диагностикадан, емдеуден немесе профилактикалық терапиядан өтетіндер саны айтарлықтай азайды, ал негізгі қаржыландыру түрлерін қаржыландырудың жалпы параметрлері төмендеді. -туберкулезге қарсы көмек күрт төмендеді [2].

Жұмыстың негізгі мақсаты: Туберкулез туралы жалпы толықтай мәлімет жинап, яғни эпидемиологиясын және алдын алу шараларын, сондай-ақ таралуын анықтап статистикалық талдау жасау. Сонымен қатар ретроспективті эпидемиологиялық талдау

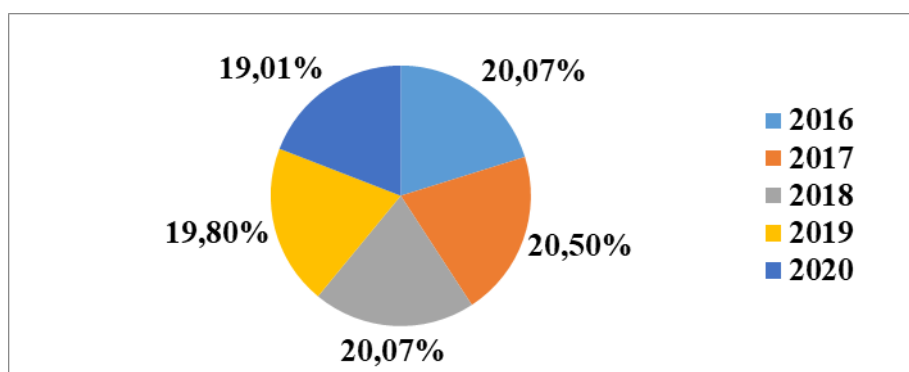
жасау арқылы Жамбыл облысындағы сырқаттанушылықтың келер жылға бақылау жүргізу.

Материал және зерттеу әдістері:Туберкулезге қарсы диспансер зерттеу нысанын Жамбыл облысының 2016-2020 жылдар аралығында зерттеп қорытынды шығару. Сонымен қатар МРЦЗ бойынша сатистикалық талдау жасау.

Жұмыстың міндеттері:

- 2016 және 2020 жылдардағы Жамбыл облысы өңіріндегі туберкулездің эпидемиялық өршуі туралы қорытынды ақпаратқа анализ жасау;
- Аурудың таралу жағдайын қарастыру
- Жамбыл облысында туберкулезен сырқаттанушылықты кестелік суреттермен көрсету.
- Туберкулездің өткен бес жылдықтағы және қазіргі таңдағы Жамбыл облысыныңэпидемиологиялықстатистикасытуралыақпараттардыжинақтап, жасқажәнежынысқабайланыстыталдаужүргізу;

Зерттеу нәтижелері:



1 сурет - Туберкулез бойынша алынған деректерді қорыту, жиынтық кесте жасау

Статистика бойынша есептелген үлестік қатынастарды, туберкулезбен ауырғандың 2016-2020 жылдар аралығы бойынша абсолютті санын, 100000 адамға шаққанда Жамбыл облысы бойынша аурушаңдықты жиынтық кесте мен қорытындылаймыз (4 кесте)

Жыл кезеңдері	Жамбыл облысы бойынша ауырғандардың абсолютті саны	100 000 адамға шаққанда	Үлестік қатынасы
2016	581	54,8	20,07%
2017	575	53,2	20,50%
2018	564	49,7	20,07%
2019	555	45,1	19,80%
2020	534	35,8	19,01%

2017жылғы көрсеткіштер туберкулезбен сырқаттанушылық деңгейінің ең жоғарғы көрсеткішін көрсетеді.

2016-2020 жылдар аралығындағы туберкулезбен сырқаттанушылықтың Жамбыл облысындағы көп жылдық динамикасы

Көрсеткіштер	Жылдараралығы				
	2016	2017	2018	2019	2020
Үлестікқатынастар	20,07%	20,5%	20,07%	19,80%	19,01%
100 мың халыққа шаққандағы Интенсивті көрсеткіштері	54.8	53.2	49.7	45.1	35.8

Туберкулезбен ауруының ұзақ мерзімді динамикасын көрнекі түрде көрсету үшін біз Excel-дің диаграмма құралын қолдана отырып, сызықтық диаграмма құрамыз. Ол үшін абсцисса осіне интенсивті көрсеткіштерді, ал ординат өсі бойынша-күнгізбелік жылдарды орналастыра отырып бейнелейтін боламыз.

Кестеде келтірілген мәліметтер негізінде, дәлірек айтқанда аурудың теориялық деңгейлерінің деректері (Iтеор.) 2016-2020 жылдары Жамбыл облысы бойынша туберкулезбен сырқаттанушылықтың диаграммасын құруға сонымен қатар келер жылға болжам жасауға мүмкіндік береді.

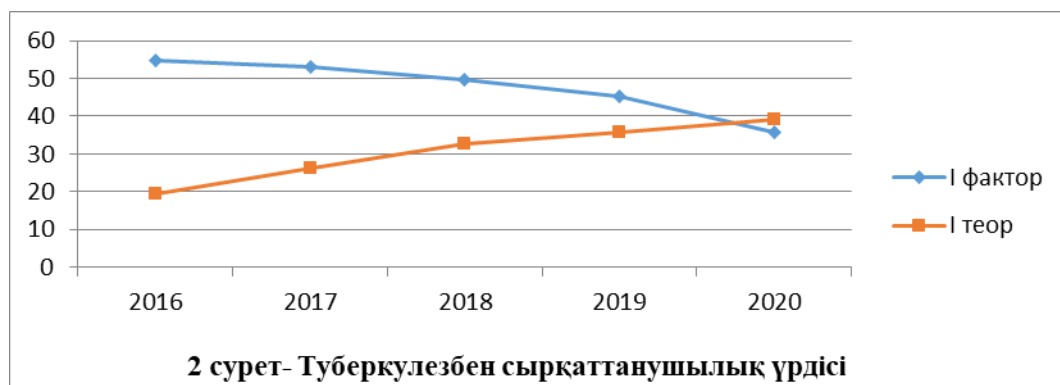
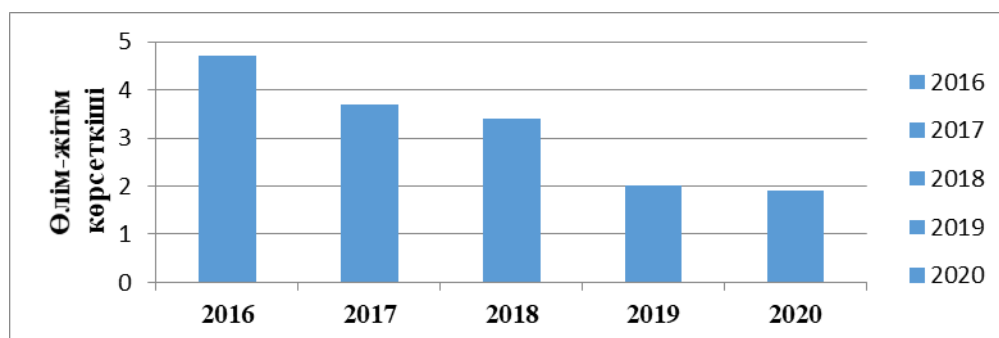


Диаграмма қисығы көрсеткендей, талданатын кезең Жамбыл облысы бойынша туберкулез ауруының төмендеу үрдісін сипаттайды. Тренд сызығы айтарлықтай көрінеді. Болжамды 2021 жыл жалпы төмендеу үрдісін сақтай отырып, туберкулезбен сырқаттанушылық деңгейінің айтарлықтай төмендету жылы болады.



3 сурет-Туберкулезден өлім-жітім 100 000 адамға шаққандағы өлім-жітім көрсеткіші

Қорытынды: 2020 жылы 2019 жылмен салыстырғанда қайтыс болған туберкулезбен ауыратын науқастардың саны өсті, туберкулезді диагностикалаудан, емдеуден немесе профилактикалық терапиядан өтетін адамдар саны айтарлықтай төмендеді және туберкулезге қарсы көмектің негізгі түрлерін қаржыландырудың жалпы параметрлері күрт төмендеді. Бұл, ең алдымен, фтизиатриялық қызметтердің қолжетімділігінің төмендеуінен және қолда бар ресурстар көлемінің қысқаруынан туындайды. Көптеген елдерде кадрлық, қаржылық және басқа ресурстар туберкулезге қарсы көмек көрсетуден COVID-19-ға қарсы күреске қайта бағытталды, бұл негізгі қызметтерді алу мүмкіндігін шектеді. Екінші мәселе-өзін-өзі оқшаулау режимінде көмек сұраудың шектеулі мүмкіндіктері. Жамбыл облысы бойынша динамиканың төмендеуі байқалады (ең жоғарғы төмендеу тенденциясы 2020 жылға тән). 2016-2020 жыл аралығында Жамбыл облысы үшін динамика - **2,4** есе төмендеген, ал орташа көрсеткіш 2016-2020 жж үшін **3,14** құрайды.

Әдебиеттер

1. Глобальный доклад по борьбе с туберкулезом. - Всемирная организация здравоохранения. Женева. 2020 г. 208 стр. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337538/9789240017009-rus.pdf>
2. Әміреев С.Ә, Темірбеков Ж.Т. Эпидемиология. Т.1. Жалпы эпидемиология. – Алматы: Ғылым, 2000.-551 с.
3. Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі "статистикалық жинақтары"- <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/statistika-zdravookhraneniya-2>
4. Evidence-based respiratory medicine : [англ.] / Ed. by Peter G. Gibson, Michael Abramson, Richard Wood-Baker, Jimmy Volmink, Michael Hensley, Ulrich Costabel. — Oxford : Blackwell, 2005. — P. 321. — 608 p. — ISBN 978-0-7279-1605-1.

Резюме

Даулетов Ж., Шуленбаев А.

Факультет общественного здравоохранения и менеджмента, 4 курс
Научные руководители: д.м.н., проф. Мусина А., ст. преп. Ерденова Г.К.
НАО Медицинский университет Астана, г. Астана, Казахстан

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Казахстан является одной из ведущих стран по борьбе с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ. Он также определяет главный приоритет здравоохранения в борьбе с туберкулезом как страны. Однако после анализа воздействия, проведенного в 2016 г., показатель заболеваемости туберкулезом был пересмотрен в соответствии с последними данными. В 2018 году заболеваемость туберкулезом составила 67 новых и рецидивирующих случаев на 100 000 населения. Заболеваемость туберкулезом в Жамбылской области с каждым годом снижается. За последние 5 лет снижение заболеваемости туберкулезом, в 2016 году она составила 54,8 на 100 тысяч населения, а в 2020 году - 35,1. Заболеваемость снизилась почти в 1,5 раза. Смертность снизилась в 6 раз и в 2020 году составила 1,9 на 100 тысяч населения. Сегодня основным направлением деятельности противотуберкулезной службы является профилактика, своевременное выявление и успешное лечение туберкулеза.

Ключевые слова: эпидемиологические показатели туберкулеза, заболеваемость, распространение, смертность.

Summary

Dauletov Zh., Shulenbaev A.

Faculty of Public Health and Management, 4th year

Scientific supervisors: **prof. Musina A., senior teacher Yerdenova G.K.**

NJSC "Astana Medical University", Astana, Kazakhstan

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION ON TUBERCULOSIS OF ZHAMBYL REGION

Kazakhstan is one of the leading countries in the fight against tuberculosis in the WHO European Region. It also defines the country's top health priority in TB control. However, following an impact analysis conducted in 2016, the TB incidence rate has been revised to reflect the latest data. In 2018, the incidence of tuberculosis was 67 new and recurrent cases per 100,000 population. The incidence of tuberculosis in the Zhambyl region is decreasing every year. Over the past 5 years, a decrease in the incidence of tuberculosis, in 2016 it amounted to 54.8 per 100 thousand of the population, and in 2020 - 35.1. The incidence has decreased by almost 1.5 times. Mortality decreased by 6 times and in 2020 amounted to 1.9 per 100 thousand of the population. Today, the main activity of the anti-tuberculosis service is the prevention, timely detection and successful treatment of tuberculosis.

Key words: epidemiological indicators of tuberculosis, morbidity, spread, mortality.

Авторлар туралы мәліметтер:

Қоғамдық денсаулық сақтау факультетінің студенті: Даулетов Жантас э/почта: jantas.dj@gmail.com

Жұмыстың барасында болған Жалпы медицина факультетінің студенті: Шуленбаев Асқар

Ғылыми жетекшілері: м. ғ. д., профессор, ҚД және эпидемиология кафедрасының меңгерушісі Мусина Айман Аяшевна, mussina.a @amu.kz, және кафедрасының аға оқытушысы: Ерденова Гульшат Капаровна э/почта: erdenova.g@amu.kz

А.А. Исмаилова, А.А. Мусина
НАО «Медицинский университет Астана» МЗ РК

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Современная медицина ориентирована сегодня на здорового человека, а охрана здоровья здоровых – ведущий принцип здравоохранения. Особое место в системе здравоохранения занимает санитарно-эпидемиологическая служба, задачей которой и является практическая реализация принципов профилактической медицины

Санитарно-эпидемиологическая служба является одним *из важных государственных органов*, которая представляет собой единую централизованную систему органов и учреждений, главной задачей которых является предупреждение, выявление и ликвидация вредного воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на состояние здоровья населения, профилактика инфекционных и профессиональных заболеваний путем осуществления контроля за санитарно-эпидемиологической ситуацией и надзора за выполнением предприятиями, учреждениями, организациями, должностными лицами и гражданами санитарных правил и норм, гигиенических нормативов, санитарного законодательства и законов Республики Казахстан в части охраны здоровья человека.

Развитие и современное состояние санитарно-эпидемиологической службы в любой стране имеют глубокие социально-экономические и политические корни. *Санитарный врач* - специалист с высшим медицинским образованием санитарно-гигиенического профиля [1].

В Казахстане санитарно-эпидемиологическая служба была создана более 90 - лет назад. За период своего создания (1922 г.) структура и функции санитарно-эпидемиологической службы постоянно менялись параллельно с радикальными изменениями в социально-политической и экономической сферах нашего общества и перехода к рыночным отношениям [2]. Для постсоветского пространства нововведением явилось преобразование санэпидслужбы в государственную структуру с переводом ее специалистов в статус государственных служащих. Санитарно-эпидемиологическая служба активно взаимодействовала с другими государственными органами и организациями по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия здоровья населения страны.

На санитарно-гигиенических факультетах медицинских институтов всегда уделялось большое внимание совершенствованию методов преподавания, интегрированию курсов обучения, определению модели специалиста *по различным профилям гигиены*: (коммунальной гигиены, гигиены труда, гигиены детей и подростков, военной гигиены, радиационной гигиены, гигиены питания и др.), *эпидемиологии* (микробиологии, бактериологии, паразитологии, иммунологии и др.).

Выпускники санитарно-гигиенического факультета были востребованы для работы в органах государственного санитарно-эпидемиологического надзора, экспертами в центрах гигиены и эпидемиологии, врачами дезинфекционных станциях, противочумных учреждениях, санитарно-карантинных пунктах, научно-исследовательских институтах, в различных секторах промышленности .

Научно-исследовательская работа по подготовке научных кадров профилактического профиля осуществлялась в таких научных организациях, как Научный центр

гигиены и эпидемиологии, Национальный центр гигиены труда и профзаболеваний, Научный центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга и др., основанных выдающимися учеными: Б.А. Атчабаровым, Г.А.Кулкибаевым, М. Н. Омаровой и др.

К сожалению вышеуказанные научные центры в 2017 году закрыты и ликвидированы, как научные базы.

Постановлением Правительства РК №126 от 03.02.2003г. была изменена структура исполнительных органов и государственных учреждений, осуществляющих деятельность в области санитарно-эпидемиологического благополучия.

Создание Комитета государственного санитарного надзора и разделение службы на государственные органы санитарно-эпидемиологического надзора, осуществляющие контрольно-надзорные функции, и государственные организации, проводящие санитарно-эпидемиологическую экспертизу и лабораторные исследования. Были организованы управления госсанэпиднадзора (ГСЭН) всех уровней, лабораторная служба в соответствующие центры санитарно-эпидемиологической экспертизы (ЦСЭЭ).

Начиная с 2005 года во всех медицинских Вузах Казахстана также были закрыты санитарно-гигиенические факультеты, где готовили санитарных врачей по специальности «гигиена, санитария и эпидемиология». Вместо них открыли факультеты «Медико-профилактическое дело» и «Общественное здравоохранение».

Начиная с 2013 года деятельность «Санитарно-эпидемиологической службы», как Государственного органа 5 раз подверглось реформированию без научного обоснования и общественного слушания с участием НПО.

- В 2013 г. Указом Президента РК от 13.11.2013 г. на базе Комитета создано Агентство Республики Казахстан по защите прав потребителей;

- В 2014 г. Указом Президента РК от 06.08.2014 г. №875 Агентство упразднено и постановлением Правительства РК от 14.08.2014 г. №933 образован Комитет по защите прав потребителей при Министерстве национальной экономики РК;

- В 2017 г. Указом Президента РК от 25.01.2017 г. №412 образован Комитет охраны общественного здоровья с присоединением функций Комитета медицинского контроля и созданием Комитета фармацевтического контроля при МЗ РК;

- В 2019 г. Постановлением Правительства РК от 10.04.2019 г. «О некоторых вопросах МЗ РК создан Комитет контроля качества безопасности товаров и услуг», путем слияния 3-х Комитетов МЗ РК.

- В 2020 г. МЗ РК разрабатывает проект реформирования Комитета санитарно-эпидемиологического надзора и медицинского контроля МЗ РК [3-7].

При реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2016–2019 годы произошла ошибочная переориентация деятельности органов санитарно-эпидемиологического контроля – **на службу общественного здоровья**, что в корне изменила основные цели, задачи и функции СЭС и в учреждениях санитарной службы **образовался дефицит квалифицированных специалистов.**

В результате частого реформирования санитарно-эпидемиологической службы в этих организациях на работу принимали непрофильных специалистов, таких как химики, физики, экологи, метрологи, медсестры, юристы, экономисты и др., которые не в состоянии были обеспечить должное санитарно-эпидемиологическое благополучие населению страны, что и привело уже сегодня к полной утрате былой деятельности Государственного санитарно-эпидемиологического контроля и надзора.

Сегодня вся деятельность санитарно-эпидемиологической службы направлена лишь на текущий надзор и окончательно потеряна основная функция **«по обеспечению**

предупредительного надзора», что отразилась на самой Государственной санитарной службе, которая потеряла свою привлекательность и независимость.

Следует акцентировать внимание на то, что в настоящее время **выпускники медицинских Вузов Казахстана факультета «Общественное здравоохранение»** получают дипломы о высшем медицинском образовании с указанием *в графе специальность «Специалист».*

Выпускники этих факультетов, бакалавры с 4-летним сроком обучения, не пройдя полный курс гигиены труда, гигиены питания, коммунальной и радиационной гигиены, гигиены детей и подростков, гигиены окружающей среды, санитарии, эпидемиологии инфекционных заболеваний, вирусологии, паразитологии, внутрибольничных инфекций, дезинфектологии, *в лучшем случае могут работать лишь “медицинскими статистами”,* и не могут проводить качественные санитарно-гигиенические обследования объектов и мероприятия в очагах инфекционных заболеваний. Подготовка магистрантов и докторантов **по специальности «санитария, гигиена и эпидемиология»** во всех медицинских Вузах Казахстана **снизилась до нуля.**

В 2020 году в рамках среднесрочных мероприятий МЗ РК планировали профилизация студентов бакалавриата специальности "Общественное здравоохранение" начиная с 3-го курса по образовательным траекториям: эпидемиология и гигиена, планировалась подготовка в профильной магистратуре и докторантуре по специализациям эпидемиология и гигиена.

Направление «профилактическая медицина» в условиях пандемии инфекции, вызванной новым коронавирусом (CoronaVirus Disease-19, COVID-19), **приобрело как никогда большое значение в нашей стране.** В условиях пандемии потребовалось углубление изучения вопросов по клинике, эпидемиологии и профилактике новой коронавирусной инфекции, что вызвало необходимость корректировки образовательных программ в Медицинских вузах. В сложившихся условиях пандемии как никогда актуальным становится широкое применение и дальнейшее развитие научных и образовательных подходов, сформированных на медико-профилактических или санитарно-гигиенических факультетах медицинских ВУЗ [8]. Вопросы эпидемиологии и гигиены стали крайне актуальными не только для врачей медико-профилактического направления (эпидемиологов и гигиенистов), но и для врачей любого профиля.

Стратегической задачей является повышение авторитета **специальности «медико-профилактическое дело»** и, при сохранении и преумножении отечественного опыта *изучения дисциплин медико-профилактической направленности,* гармонизация содержательной части образовательных программ по направлениям специальностей «медико-профилактическое дело» с мировым сообществом.

Возникшая в 2020 году пандемия COVID-19 в очередной раз напомнила о значимости профилактического направления медицины, вопросов эпидемиологии и гигиены для врачей и медицинских работников всех профилей по всему миру [9].

При подготовке бакалавров медико-профилактического профиля по специальности «гигиена, санитария и эпидемиология» необходима корректировка образовательных программ на всех уровнях подготовки, включая краткосрочные дополнительные профессиональные программы повышения квалификации, для формирования компетенций, направленных на предупреждение распространения не только COVID-19 и других актуальных острых респираторных вирусных инфекций.

В связи с этим профессиональные компетенции должны быть сформированы как для работы в органах и учреждениях не только санитарной службы, но и в медицинских организациях, эпидемиологических отделах, отделах иммунопрофилактики министерств и департаментов здравоохранения РК, научно-исследовательских институтах

эпидемиологического профиля, эпидемиологических отделах и специализированных центрах, осуществляющих работу по профилактике неинфекционных болезней, центрах общественного здоровья и др.

Выводы: Для подготовки высококвалифицированных специалистов в области санитарно-эпидемиологической службы Министерству здравоохранения совместно с Министерством науки и образования Республики Казахстан уделить особое внимание на решению следующих актуальных вопросов:

- восстановление в медицинских университетах санитарно-гигиенического или медико-профилактического факультета с 6-ти летним обучением по выпуску врачей специальности «гигиена, санитария и эпидемиология»;

- акцентировать внимание на выделение грантов для магистратуры и PhD докторантуры по специальности «гигиена, санитария и эпидемиология».

В дипломах выпускников медицинских Вузов факультета Общественное здравоохранения *должна быть указана специальность по профилю «гигиена, санитария и эпидемиология».*

После окончания медицинского Вуза по специальности «медико-профилактическое дело» *должна присваивается квалификация «врач по гигиене» и «врач эпидемиологии».*

Работа врачей по этим специальностям является в настоящее время крайне востребованным не только в «Центрах гигиены и эпидемиологии», но и в различных медицинских учреждениях и промышленных организациях.

Литература

1. Беляева Н.Н., Большаков А.М., Селюжицкий Г.В. и др. Задачи подготовки врача гигиениста на современном этапе //Гигиена и санитария. – 1992.- № 4.- С. 55-58.
2. Шайсултанов К.Ш. Об актуальных мерах по усилению санэпидслужбы Казахстана в современных условия //Санэпидаудит. - 2020.-№2.- С.5-13
3. Указ Президента РК от 13.11.2013 г. о создании на базе Комитета Агентство Республики Казахстан по защите прав потребителей.
4. Указ Президента РК от 06.08.2014 г. №875 «Об упразднении Агентства по защите прав потребителей».
5. Постановление Правительства РК от 14.08.2014 г. №933 «Об образовании Комитета по защите прав потребителей при МНЭ РК».
6. Указ Президента РК от 25.01.2017 г. №412 «Об образовании Комитета охраны общественного здоровья с присоединением функций Комитета медицинского контроля и созданием Комитета фармацевтического контроля при МЗ РК».
7. Постановление Правительства РК от 10 апреля 2019 г. «О некоторых вопросах МЗ РК» создан Комитет контроля качества безопасности товаров и услуг путем слияния 3-х Комитетов МЗ РК».
8. Брико Н.И., Миндлина А.Я., Полибин Р.В. и др. Принцип единства науки и практики - необходимая составляющая подготовки компетентного эпидемиолога (к 85-летию кафедры эпидемиологии и доказательной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова) // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2016.- № 3.- С. 83-88.
9. Брико Н.И., Каменская Н.В., Королев А.А. и др. Индикатор достижения компетенций как средство управления качеством подготовки специалистов медико-профилактического дела. //Медицинское образование и вузовская наука. -2018.-№2(12). -С.6-13.

УДК 614

Марат Алмара Ықласқызы

Студент «Қоғамдық денсаулық сақтау» факультеті, Астана медицина университеті,
almara.marat.03@mail.ru

Ғылыми жетекші: медицина магистрі **Амирсеитова Фарида Төлебековна**,
Астана қ, Қазақстан

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ БОЛАШАҒЫ

Аннотация

Денсаулық сақтау болашақ денсаулық сақтаудың дамып келе жатқан парадигмасы шеңберінде адам денсаулығының индексін басқарудың көп өлшемді жүйесін ұйымдастыруға қабілетті, оны қолдау мен дамытуға ХХІ ғасырдың планетарлық әлеуметтік жүйесі бағытталған маңызды макроэкономикалық және саяси ресурс. Денсаулық сақтау жүйесін жүйелі түрде қайта құрудың маңыздылығы көрсету, оның стратегиялық бағыттары анықталған, медициналық ғылымның құрылымы денсаулық сақтаудың желілік ақпараттық-коммуникациялық жүйесімен үйлескенде негізделген. Денсаулық сақтаудың қалыптасуының алғышарттары, нормативтік негіздері, стратегиялық бағыттарын көрсету.

Тірек сөздер: Қоғамдық денсаулық, болашақ, мәселелер, Болашақ денсаулық сақтау, денсаулық сақтауды ақпараттандыру, денсаулық индексі денсаулықты басқару, профилактикалық медицина, денсаулықты басқарудың желілік жүйесі, денсаулық сақтаудағы коммуникация, әлеуметтік платформа, хаос және өзін-өзі ұйымдастыру теориясы.

Қоғамдық денсаулық сақтаудың болашағы бәрімізге әсер етеді. Біз үлкен қалаларда немесе ауылдық жерлерде тұрамыз, барлығымыз қоғамымыздың қауіпсіздігі мен әлауқатын жақсарту үшін денсаулық сақтау қызметкерлерінің тәжірибесіне сүйенеміз.

Көптеген жылдар бойы көптеген басшылар денсаулық сақтаудың өзгерген болашағын елестетті. Денсаулық сақтау жүйесі, ол адам ауырған кезде шұғыл көмек көрсетуден гөрі, қоғам деңгейінде ауруларды алдын-ала болжауға және алдын-алуға бағытталған. Аурудың алдын-алу денсаулық сақтау шығындарын да, аурудың жиілігі мен ауырлығын да төмендетуі мүмкін.

Бүгінде қоғамдық денсаулық сақтаудың базалық құрылымдарын реформалау үшін — қоғамдық назар тұрғысынан да, мемлекеттік қаржылық қолдау тұрғысынан да бірегей мүмкіндіктер бар. Алайда, төтенше проблемалар бар: ондаған жылдар бойы жинақталған қаржыландыру қажеттіліктері, жаһандық пандемия, алдын алуға болатын созылмалы аурулардың эпидемиясы, климаттың өзгеру қаупі және денсаулығымызға, ұзақ өмір сүруімізге және Үкіметке және оның басшылығына деген сенімімізге қауіп төндіретін теңсіздік. Бұл жағдайлар денсаулық сақтаудың болашақ мүмкіндігіне әсер етеді. Денсаулық сақтау экожүйесінің күрделілігін мойындай отырып, біз осы есепте денсаулық сақтаудың болашағы туралы перспективалық көзқарасты да, денсаулық сақтау көшбасшылары осы көзқарасқа жақындау үшін жасай алатын прагматикалық қадамдарды да айтамыз.

Денсаулық сақтаудың болашақтағы басты мақсаты- халықтың өмір сүру ұзақтығын арттыру. Басты мақсатқа қол жеткізу үшін денсаулық сақтау әртүрлі патологияларды анықтауға және емдеуге немесе оның табиғи әлеуетін іске асыру үшін әр адамның денсаулық нормасын қолдауға бағытталуы мүмкін.

Денсаулық сақтаудың бағыты оның негізгі міндеттерін шешу сапасының тандалған өлшемдеріне – жеке адамның да, жалпы қоғамның да денсаулығын алдын-алу, қорғау, нығайту және қалпына келтіруге байланысты. Денсаулық сақтаудың болашақтағы барлық мәселелерін шешу үшін адам денсаулығының жай-күйін оның нормалары мен әртүрлі патологиялары арасында дәл диагностикалау қажет.

Қоғамдық денсаулық сақтаудың халықтың болашақ денсаулығын басқарушы ретіндегі маңызды рөлі білім беру. Жалпы айтқанда медицина саласындағы көптеген білім беретін орталықтарды көптеп көбейту. Сол саладағы құрал жабдықтарды және қолайлы жағдайлармен қамтамасыз етеді.

Денсаулық сақтау басшыларына болашаққа деген көзқарасқа жету үшін қандай қадамдар жасау керектігін атап көрсетуге болады:

Неден бастау керек?

Бір реттік қаржылық ресурстарды қалай жұмсау, шашыраңқы жұмыс күшін қалпына келтіру және ескірген процестерді қайта құру туралы қиын шешімдерге тап болған көптеген денсаулық сақтау мекемелері алыс болып көрінетін болашақты елестетуі мүмкін. Алайда, бүгінде агенттіктер мен олардың серіктестері денсаулық сақтауды қайта құру үшін жұмыс істей алатын бірнеше іс-шаралар бар.

Ұйымдастырушы рөлін алыңыз: Қоғамдық денсаулық сақтау мекемелері бастама көтеріп, ұйымдастырушы рөлін атқара алады және әр қоғамдастықта денсаулық сақтауды жақсарту коалицияларын құра алады. Көптеген елді мекендер пандемияға байланысты жаңа қатынастар орнатты немесе бұрын қол жетімді емес бұрынғы байланыстармен байланысты жақсартты.

Қолданыстағы және пайдаланылмаған қаржыландыру көздерін пайдалану: менеджерлер өздерінің мүмкіндіктерін кеңейту, инновацияны кеңейту және мақсаттарына жету үшін пайдаланылмаған немесе жеткіліксіз пайдаланылған қаржыландыру көздерін пайдалануды қарастыруы керек. Сонымен қатар денсаулық саласындағы бағдарламалары Қоғамдық денсаулық сақтау мақсаттарына қол жеткізудің тағы бір ықтимал тәсілі болып табылады. Жалпы Қазақстандағы жүргізілген зерттеу барлық жұмыстардың жартысына жуығы денсаулықты жақсарту немесе сауықтыру бағдарламалары аясында жүргізіліп жатыр.

Денсаулық сақтау жоспарлары мен денсаулық сақтау жүйелері көбінесе қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы серіктестер жеткіліксіз пайдаланады; аурухана жәрдемақыларының қорлары сияқты халықтың денсаулығын жақсартуға бөлінетін қаражат көбінесе мәлімделген мақсаттарға жетпейді. Кейбір елді мекендер Денсаулық сақтау қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін ауруханалармен, Денсаулық сақтау жүйелерімен және медициналық қызмет көрсетушілермен серіктестік орнатты. Осының нәтижесінде ҚР денсаулық мәселесі кішкене көтеріліп келеді.

2015 жылы Қазақстан Республикасында денсаулық жағдайы нашарлай бастады. Өмір сүру ұзақтығы төмендей бастады, бұл әлеуметтік-экономикалық градиенттің кеңеюіне байланысты болды. Содан кейін, 2020 жылдың басында COVID-19 пандемиясы басталды. Вирус созылмалы түрде қаржыландырылмаған федералды Денсаулық сақтау мекемелері мен мемлекеттік денсаулық сақтау мекемелерінен және бүкіл ел бойынша жергілікті денсаулық сақтау бөлімдерінен тұратын денсаулық сақтау инфрақұрылымының кемшіліктеріне байланысты өрбіді. Пандемия көбінесе тиісті тұрғын үйге, қоректік заттарға және негізгі медициналық көмекке — өмір сүру ұзақтығының нашарлауына және аурудың ауыртпалығының өсуіне тап болған халық тобына сәйкес келмейтін халыққа әсер етті.

Қазақстан Республикасы Қоғамдық денсаулық сақтау және денсаулық сақтау жүйелері COVID-19-ға дайын болмады және ұқсас елдерге қарағанда ерте өлім-жітімнің жоғары деңгейіне ие болды. КОВИД-19 жағдайы және нәсілдік және этникалық әр түрлі

қауымдастықтар арасында одан да жоғары болды, өйткені біз адамның экономикалық, экологиялық және әлеуметтік проблемалары (Денсаулық қозғаушы күштері) оның денсаулығына әсер ететінін білеміз.

Бұл проблемалар жаңа COVID-19 елдің денсаулық сақтаудың бұзылған инфрақұрылымына сенуінің ұзақ уақытқа созылған әсерін күшейтті. Шынында да, әр жүйе алынған нәтижелерді алу үшін өте жақсы жасалған. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау саласына ЭЫДҰ-ның кез-келген еліне қарағанда екі есе көп ақша жұмсайды, негізінен дәрігерлер мен ауруханаларға жоғары төлемдер есебінен. Алайда, елде ұқсас елдермен салыстырғанда өмір сүру ұзақтығы төмен, ал оның Денсаулық сақтау жүйесі жақында Денсаулық сақтау нәтижелері бойынша кейінгі орындарда. Біздің өлім көрсеткіштері негізгі себептеріне алдын-алуға болатын созылмалы аурулар, өмір салты мен қоршаған орта жағдайлары нашарлайды немесе туындайды.

Қазақстан Республикасы Орталық Азиядағы ең ірі және тез дамып келе жатқан посткеңестік экономикалардың бірі болып табылады. "Қазақстан-2030" бағдарламасына және мемлекеттік саясаттың басқа реформаларына жауап ретінде денсаулық сақтаудағы соңғы жақсартуларға қарамастан, Қазақстан денсаулық сақтау мен экономикалық дамудың негізгі көрсеткіштері бойынша Еуропа өңірінің тәуелсіз мемлекеттері Достастығының басқа мүшелерінен артта қалып отыр. Жүрек-қан тамырлары аурулары ересектер арасындағы өлім-жітімнің негізгі себебі болғанымен, АИТВ / ЖИТС, туберкулез және қан арқылы таралатын жұқпалы аурулар қоғамдық денсаулыққа көбірек алаңдаушылық туғызады. Соңғы деректер Қазақстан халықтың денсаулық жағдайының кейбір көрсеткіштерін жақсартқанымен, қоршаған орта мен қоғамдық денсаулық сақтаудың көптеген проблемалары шешілмеген күйінде қалып отырғанын көрсетеді. Оларға денсаулық сақтау инфрақұрылымын жақсарту, денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын жою және денсаулық сақтау саясаты мен қоғамдық денсаулық сақтау тәжірибесін негіздеу үшін денсаулыққа әсерді жақсырақ бағалау қажеттілігі жатады. Бұдан басқа, 1978 жылы Қазақстанда шақырылған алғашқы медициналық-санитарлық көмек жөніндегі халықаралық конференцияда қабылданған Алматы декларациясынан кейін отыз жылдан астам уақыт өткен соң, созылмалы және жұқпалы аурулардың, сондай-ақ жарақаттардың қауіп факторларын төмендету мақсатында бүкіл халықтың өмір салты мен мінез-құлқын өзгертуге жәрдемдесу Денсаулық сақтау реформалары және жаңа қоғамдық денсаулық сақтау. Бұл құжат Қазақстандағы қоғамдық денсаулық сақтаудың ағымдағы проблемаларын қарастырады және қазіргі уақытта елдегі және Орталық Азия өңіріндегі халықтың денсаулығын нығайту үшін қазақстандық қоғамдық денсаулық сақтау мектебінде әзірленіп, жүзеге асырылып жатқан қоғамдық денсаулық сақтау әлеуетін арттыру жөніндегі бес басымдықты сипаттайды.

Қорытынды

Біздің қоғамдық денсаулық сақтау инфрақұрылымымызда сақталып отырған кемшіліктер білімнің жетіспеушілігінен емес, ұжымдық мақсат пен ерік-жігердің болмауынан туындайды. Біз денсаулық пен әл-ауқатқа ықпал ететін жағдайларды білеміз: саябақтар мен ойын алаңдары, жақсы мектептер, сапалы қол жетімді баспана, кең жолақты интернет, сенімді көлік, сегрегация мен зорлық-зомбылықтың болмауы. Қазіргі сәт біз осы жерде талқылаған негізгі қағидаларды басшылыққа ала отырып, осы кемшіліктердің өсіп келе жатқан танылуын іс-әрекетке айналдыруға ерекше мүмкіндік береді.

Қазақстан Республикасы Қоғамдық денсаулық сақтаудың көптеген проблемаларына тап болады. Оларға денсаулық сақтау инфрақұрылымын жақсарту, денсаулықтың әлеуметтік детерминанттарын жою және денсаулық сақтау саясаты мен қоғамдық денсаулық сақтау тәжірибесі туралы жақсырақ хабардар ету үшін денсаулыққа әсерді жақсырақ бағалау қажеттілігі кіреді. Сонымен қатар, денсаулыққа қауіп төндіреді.

Кеңестік ядролық сынақтардың қайғылы мұрасы мен табиғи су ресурстарын экологиялық басқарудың нашарлығынан туындаған олар әлі де сақталуда. Халықтың денсаулығын жақсартуға басымдық беретін ұлттық саясат реформалары аясында Денсаулық сақтау министрлігі, қазақстандық қоғамдық денсаулық сақтау мектебі және басқа да үкіметтік және үкіметтік емес ұйымдар мәселені қанағаттандыру үшін жаңа және қарқынды дамып келе жатқан қоғамдық денсаулық сақтау стратегиялары мен бағдарламалары арқылы әрекет етеді және алға жылжуда. Алайда, егер Біз Қазақстанда халықтың денсаулығын одан әрі жақсартуға қол жеткізгіміз келсе, Қоғамдық денсаулық сақтау әлеуетін арттыру өте маңызды және қоғамдық денсаулық сақтау және қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы ғылыми зерттеулер саласындағы білім беру және кәсіптік даярлау жүйесіне жаңа ынталандырулар мен жаңа инвестицияларды талап етеді. Жаһандық қоғамдық денсаулық сақтау қауымдастығының, әсіресе ДДҰ-ның зерттеулер мен кадрларды даярлау саласындағы халықаралық бірлескен күш-жігерді дамыту мен қолдаудағы тұрақты қызығушылығы мен қолдауы Қазақстан мен өңірдің болашағы үшін өте маңызды қоғамдық денсаулық сақтау әлеуетін арттыру процесін жеделдетуге уәде береді

Түйін.

Болашақ денсаулық сақтау мекемелері денсаулықтың нашарлауының негізгі себептерін түсіну және жою үшін кеңірек императивтің орталығы ретінде барлық күш-жігерде теңдік мәселелерін ескеруі керек. Қоғамдық денсаулық сақтау мақсаттары үшін денсаулық сақтау саласындағы теңдіктің маңыздылығын мойындай отырып, 10 негізгі Қоғамдық денсаулық сақтау қызметі қайта қаралды, ауруларды бақылау және алдын алу орталықтары және серіктестер Қоғамдық денсаулық сақтаудың рөлін нақтылау үшін әзірлеген және көптеген мекемелер өз жұмысын анықтау үшін пайдаланған шеңберлер теңдікті орталыққа қойды. Денсаулық сақтау саласындағы әділеттілікке қол жеткізу-бұл ұйымның барлық деңгейлерінде енгізу арқылы болашақта шешілетін адамдар мәселесі.

Summary.

Future health institutions should consider equality issues in all efforts as the center of a broader imperative to understand and address the underlying causes of poor health. Recognizing the importance of equality in health for public health purposes, the 10 key public health services were revised, the Centers for Disease Control and Prevention and the frameworks developed by partners to clarify the role of Public Health and used by many institutions to define their work put equality at the center. Achieving health justice is a people's problem that will be solved in the future through implementation at all levels of the organization.

Әдебиеттер

<https://cyberleninka.ru/article/n/zdravoohranenie-buduschego-elektronnoe-zdravoohranenie?ysclid=18n9dfa5br847266173>

http://www.rcrz.kz/fileshttps://www.researchgate.net/publication/276030506_Public_Health_Challenges_and_Priorities_for_Kazakhstan.

https://strategy2050.kz/ru/state_programs/razvitie-zdravookhraneniya-rk-na-2020-2025-gody/?ysclid=18nac7drjf46375550

[https://hls.kz/uploads/magazine/volume-1-number-63-\(2019\).pdf?ysclid=18nasx522t584429096](https://hls.kz/uploads/magazine/volume-1-number-63-(2019).pdf?ysclid=18nasx522t584429096)

УДК 613.955:159.9:614.7(574.42-35)

А.А.Мусина¹, А.С.Зейнолдина¹, З.К.Сұлтанбеков², Р.Қ.Сүлейменова¹,
А.М.Мырзағалиева¹

«Астана медицина университеті» КеАҚ¹, Астана қаласы, «Амбулаториялық орталық»
мекемесі¹, Өскемен қаласы

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮКТЕМЕЛІ АЙМАҚТАРДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін

Мақалада Өскемен қаласының солтүстік және солтүстік-шығыс өндірістік тораптарының санитарлық-қорғау аймақтарының аумағында тұратын балалардың физикалық дамуы мен психикалық жағдайына баға берілген. Бақылаудың таза аумақтарымен салыстырғанда бастауыш және орта мектеп жасындағы балалардың өсу қарқынының жылдамдауы, дене салмағының аздығы басым және әлсіз дене түрімен сипатталатыны анықталды. Мазасыздық пен эмоционалдық жағдайды психологиялық тестілеу бастауыш мектеп жасындағы балалардың көбінде дағдарыс жағдайында болатынын көрсетті. Индустриалды аймақтардағы балалардың 11%-ға дейін және бақылау-тазалық аймағының 16%-ы мамандардың көмегін қажет ететін дағдарыс жағдайына тап болды. Мазасыздық пен шиеленіс жағдайы бақылаумен салыстырғанда өнеркәсіптік кәсіпорындардың зерттелген аймақтарында біршама жоғары болды.

Кілт сөздер: санитарлық-қорғау аймағы, дене дамуы, мектеп оқушылары, экологиялық жүктеме, бала популяциясы, донозологиялық жағдай, психологиялық жағдай, алаңдаушылық.

Мәселенің өзектілігі. Қазіргі мәліметтерге сәйкес, қоршаған орта жағдайының халық денсаулығына, әсіресе балалар денсаулығына әсері әлдеқайда көп. Өсіп келе жатқан ағзаның физикалық даму деңгейі балалар мен жасөспірімдердің денсаулық жағдайын кешенді бағалаудың маңызды критерийі болып табылады. Заманауи деректерге сәйкес, қоршаған орта жағдайының халықтың денсаулығына әсері әлдеқайда жоғары және біздің денсаулығымыздың 50%-дан астамы қоршаған ортаның жағдайымен байланысты болуы мүмкін. Гигиенистердің зерттеулері көрсеткендей, қала халқының тек 15% - ы атмосфераның ластану деңгейі рұқсат етілген концентрация шегінде (ШРК), ал 73% - ы улы заттардың ШРК-дан 5-10 есе асып кетуі жағдайында өмір сүреді [1,5]. Өскемен қаласының қоршаған орта объектілерінің ластану мониторингінің деректері атмосфералық ауа мен аумақтардың топырағы, өнеркәсіптік кәсіпорындардың ықпал ету аймағында ластанғанын куәландырады [2,3].

Материал және зерттеу әдістері: Өскемен қаласының солтүстік және солтүстік-шығыс өндірістік тораптарының санитарлық-қорғау аймақтарының аумағында тұратын балалардың физикалық дамуы мен психикалық жағдайын бағалау болды.

Зерттеу объектілері СҚА селитибті аумағында тұрып, "Өскемен титан-магний комбинаты" АҚ жұмыс істейтін аудандағы Согра кентіндегі (Солтүстік - Шығыс ауданы) №23 мектепке, "Қазмырыш" АҚ және "Үлбі" АҚ жұмыс істейтін Защита ст. (Солтүстік ауданы) №16 және №22 мектептеріне барған, ал бақылау-таза аумақ ретінде №44 мектепте оқитын, жасы мен жынысы бірдей балалар алынды. Іріктемеге зерттелетін аймақтарда тұратын, созылмалы аурулары мен туа біткен патологиялары жоқ,

диспансерлік есепте тұрмаған 8-10 жас аралығындағы балалар кірді. Барлық аумақтар бойынша сауалнамаға қатысқан адамдардың жалпы саны 153 (оның ішінде 76 ұл және 77 қыз) адамды құрады. Бақылау контингентін анықтау кезінде әрбір топта жынысы мен жасы бойынша бірдей өкілдіктері бар топтар құру үшін когорттық іріктеу әдісі қолданылды. Физикалық даму деңгейі әдістемелік ұсыныстар бойынша морфологиялық және функционалдық белгілерді өлшеуге негізделген әдістер кешенімен анықталады [3]. Физикалық дамуды бағалау ДДҰ ұсынған центильді кестелерді пайдалана отырып, антропометриялық көрсеткіштер негізінде жүргізілді. Интегралдық көрсеткіштер: дене салмағының индексі (ДСИ), Пинье индексі (ПИ) есептелді [4].

Психикалық жағдайын анықтау үшін тестілеу - медициналық тексеру барысында өткізілді. Тексерілген балалардың ата-аналарынан тексеруге ақпараттандырылған келісім алынды. Оқушылардың психикалық денсаулығының қазіргі жағдайын бағалау "профилактикалық медициналық тексерулердегі балалар мен жасөспірімдердің нейропсихикалық денсаулығы мен психофизиологиялық жағдайын бағалау" СМАС айқын мазасыздық шкаласы және М.Люшердің түс тесті арқылы жүргізілді [6].

Нәтижелер және оны талқылау. Солтүстік-шығыс және солтүстік аймақтарда тұратын бастауыш мектеп жасындағы балаларда дене ұзындығының өте төмен деңгейі мүлде тіркелмеген, ал фондық аумақта өте төмен деңгей 8% жағдайда байқалған. Төмен деңгей бақылау аймағында да 16% басым болды, солтүстік-шығыста 4% және солтүстік өңірде 5%. Орташа деңгейден төмен өсу деңгейі солтүстік аймақ балаларында 24%, солтүстік-шығыста 25% және фондық аумақта 16% анықталды. Жалпы алғанда, солтүстік-шығыс өңірде балалардың 28%-да, солтүстік өңірде 30%-да, артқы аумақта 40%-да өсудің төмендеуі байқалды. Бастауыш сынып оқушыларының арасында солтүстік-шығыстағы балалардың 24%-ы, солтүстік өңірдегі 25%-ы және артқы аймақтағы 28%-ы орташа көрсеткішке сәйкес өсуді белгіледі.

Солтүстік-шығыстағы балалардың 24%, солтүстік аймақтағы балалардың 20%, бақылау аймағындағы балалардың тек 12%-ында орташадан жоғары биіктік байқалды. Жоғары деңгей 19% жағдайда солтүстік-шығыста, 20% солтүстік аймақта және 12% фондық аумақта кездеседі. Өте жоғары деңгей солтүстік-шығыс облыстар мен солтүстік өңірде 5%-ды және фондық аймақта 8%-ды құрады. Осылайша, өсу қарқынының жылдамдауы солтүстік-шығыстағы балалардың 48%, солтүстіктің 45% және фондық аумақтардың 30% тән болды.

Жоғарыда айтылғандарға сүйене отырып, зерттелетін аймақтарда тұратын бастауыш мектеп жасындағы балалар бақылау аймағымен салыстырғанда дене ұзындығының өсу қарқынының жеделдеуі мен сипатталады деп болжауға болады.

Солтүстік-шығыс және солтүстік аймақтарда тұратын орта мектеп жасындағы оқушыларда дене ұзындығының өте төмен және төмен деңгейі анықталмады, ал бақылау аймағында өте төмен деңгей 3%, ал төмен деңгей 11% байқалды. Балалардың орташа дене ұзындығы солтүстікте 14%, солтүстік-шығыста 10% және фондық аймақта 18% балаларда анықталды. Жалпы алғанда, солтүстік-шығыс өңірде балалардың бойының төмендеуі 10%, солтүстік өңірде 14%, фондық аймақта 32% байқалды.

Бастауыш сынып оқушылары арасында солтүстік-шығыста орташа 45%, солтүстік аймақта 43% және фондық аймақта 46% сәйкес келетін бой ұзындығы болды. Солтүстік-шығыстағы балалардың 14%-да және бақылау аймағындағы балалардың 7%-да орташадан жоғары өсу байқалды, ал солтүстік өңірде бұл көрсеткіш байқалмады.

Жоғары деңгей 14% жағдайда солтүстік-шығыста, 29% солтүстікте және 4% фондық аймақта болады. Өте жоғары деңгей солтүстік-шығыс өңірде 17% және солтүстік өңірде 14%, сонымен қатар фондық аумақтың 11% құрады. Осылайша, өсу қарқынының жылдамдауы солтүстік-шығыстағы балалардың 45%, солтүстіктің 43% және фондық аумақтың 22% тән.

Дене салмағының орташадан төмен деңгейі солтүстік-шығыс аймақта тұратын балалардың 7%-да және бақылау аймағындағы 8%-да анықталды. Жалпы алғанда, солтүстік-шығыс аймақта балалардың 14%-да және аумақта 8%-да дене салмағының төмендеуі байқалды, ал солтүстік өңірде дене салмағының жетіспеушілігі бар балалар табылмайды. Солтүстік-шығыстағы балалардың 17%, солтүстіктегі 43% және фондық аумақтағы 44% балалардың дене салмағының орташа деңгейіне ие.

Дене салмағының орташадан жоғары болуы солтүстік-шығыстағы балалардың 21%, солтүстік аймақтағы балалардың 14% және бақылау аймағындағы балалардың 16% байқалды. Жоғары деңгейлер 17% жағдайда солтүстік-шығыста, 29% солтүстікте және 16% фондық аймақта болады. Өте жоғары деңгей солтүстік-шығыс өңірде 31%, солтүстікте 14% және бақылау аймағында 16% құрады. Осылайша, артық салмақ солтүстік-шығыстағы балалардың 69%, солтүстіктің 57% және фондық аумақтың 48% тән.

Солтүстік-шығыс, солтүстік және фондық аумақта тұратын орта мектеп жасындағы мектеп оқушыларының дене салмағының төмен деңгейі болған жоқ. Солтүстік-шығыс және солтүстік аймақтарда да өте төмен деңгей анықталмады, ал бақылау аймағында өте төмен деңгей 3% деңгейінде байқалды. Орташадан төмен деңгей солтүстіктегі балалардың 9% және фондық аймақта 4% табылды. Жалпы алғанда, дене салмағының төмендеуі солтүстік аймақта 9% балаларда және фондық аймақта 7% байқалды.

Жалпы алғанда, салмағы бойынша зерттеу аймақтарында тұратын орта мектеп жасындағы балалар бақылау аймағымен салыстырғанда артық салмақтылықпен байқалды.

Пинье индексі бойынша қыздар мен ұлдарда жасына және тұрғылықты жеріне ешқандай байланысты көрсетпеді. Барлық аймақтарда өте әлсіз дене түрі басым, бірақ бұл бақылау мен салыстырғанда зерттелетін аймақтарда көбірек анықталды. Сонымен, бастауыш сынып оқушылары үшін өте әлсіз дене бітімі солтүстік-шығыс аймақ үшін 63%, солтүстік үшін 62% және фондық аумақ үшін 57%, ал мығым, жақсы және орташа дене бітімі солтүстік өңірдегі балалардың жалпы санының 12%, солтүстік-шығыста 14% және фондық аймақта 17% құрады.

Орта мектеп жасындағы оқушылардың жеке мазасыздықтың төмен деңгейі Солтүстік-шығыста 31%, Солтүстік ауданда 19%, бақылау ауданында небары 11% құрайды. Солтүстік-шығыс және Солтүстік балаларда мазасыздықтың жоғары деңгейі 14% - ға дейін, ал бақылау аймағында 7% - ға дейін тіркелді. Жеке мазасыздықты бағалау кезінде орташа деңгей басым болды, сондықтан ол солтүстік-шығыста – 55%, солтүстікте – 67% және бақылау аймағында-82% құрады. Тейлор әдісі бойынша мазасыздық тесті солтүстік аймақтың орта мектеп жасындағы оқушыларында жеке мазасыздықтың (LT) төмен деңгейі бар екенін анықтады. Негізгі көрсеткіштер-орташа деңгей солтүстік – шығыста – 48%, солтүстік аймақта-28%, ал бақылау аймағында-29% болды. Төмен тенденциямен орташа деңгейді бағалау кезінде солтүстік аймақта балалардың 48% – ы және бақылау аймағында-46%, ал солтүстік-шығыс аймағында бұл көрсеткіш әлдеқайда аз болды және тек 35% құрады. Дабылдың жоғары деңгейі солтүстік-шығыс (17%), солтүстік (19%) балаларда тіркелді, ал бақылау аймағында ол 25% құрады. Айқын мазасыздықты бағалау шкаласы (the Children's Form of manifest anxiety Scale– CMAS) солтүстік аймағында (зерттелгендердің 44%-дан астам), солтүстік – шығыс аймағында – 40% және бақылау аймағында-46% мазасыздықтың қалыпты деңгейін көрсетті. Солтүстік аймақтағы оқушылардың 12%-ы, солтүстік - шығыс ауданының 6%-ы және бақылау-таза ауданның 8% - ы дәрежесіндегі алаңдаушылықты арттырды. Солтүстік-шығыс ауданы балаларының тек 16%-ында, Солтүстік аудан балаларының 6% - ында және бақылау-таза ауданда 25% - да өте жоғары алаңдаушылық байқалды. М. Люшердің түс тесті бойынша 1 таңдау, солтүстік-шығыс аймағында бастауыш мектеп жасындағы балалардың жағымды эмоционалды жағдайы 78%, ал солтүстік аймағында 71%, бақылау аймағында 44%

құрады. Қанағаттанарлық эмоционалдық жағдай бойынша солтүстік-шығыста 11%, солтүстікте 19%, фондық аумақта 32% құрады. Мамандардың кеңесі мен көмегін қажет ететін дағдарыс жағдайы бойынша солтүстік-шығыс ауданында олар 11%-ды, солтүстікте 10% - ды және бақылау-таза аумақта 16% - ды құрайтыны анықталды.

Қорытынды:

1. Орта мектеп жасында солтүстік аймақ балаларында өте әлсіз дене түрі - 71% басым, бақылау аймағында 61%, солтүстік-шығыс ауылында 48% сақталған. Мығым, жақсы және орташа дене бітімінің түрлері солтүстік-шығыс аймақтағы орта мектеп жасындағы балаларда да жоғары 35%, салыстырмалы түрде бақылау аймағындағы балаларда 18% сақталған.

2. Бастауыш мектеп оқушылары арасындағы Пинье индексі санитарлық қорғау аймағына іргелес аумақтарда тұратын балаларда өте әлсіз дене бітімінің басымдылығын (Согра ауданында – 63%, Защита ауданында – 62%) анықтады.

3. Бастауыш мектеп жасындағы балалардың қалаған жағдайы зерттелетін аумақтармен салыстырғанда бақылау аймағында әлдеқайда қанағаттанарлықсыз болды.

4. М.Люшердің 2 түсті тестінің нәтижелері бойынша солтүстік-шығыс аймағында жағымды эмоционалды жағдай 55%, ал солтүстік аймағында 62%, бақылау аймағында 48% құрады. Қанағаттанарлық эмоционалдық жағдайы бойынша солтүстік-шығыста 26%, солтүстікте 14%, фондық аумақта 16% құрады.

5. Дағдарыс жағдайы бойынша солтүстік-шығыс ауданында балалардың 15%-ы, солтүстікте 24% - ы, бақылау-таза аумақта тексерілген балалардың 32% - ы бөлінді. Жалпы, бастауыш сынып оқушыларының эмоционалды жағдайын дисфункционалды деп бағалауға болады.

6. Согра ауданының балаларының 11% - ы, Защита станциясының 10% - ы, бақылау-таза аймағының балаларының 16%-ы дағдарыс жағдайында болды. Дабыл мен кернеудің жай-күйі санитарлық-қорғау зонасының зерттелетін аудандарында бақылау-таза аймақпен салыстырғанда біршама жоғары болды.

Әдебиеттер

1. Витрищак С.В., Савина Е.Л., Клименко А.К., Сичанова Е.В. и др. Профилактические решения направленности реакций детского организма на кризисные экофакторы / В материале сборника 13-й Евразийской научной конференции «Донозология-2017». 14-15 декабря 2017 г. - Спб.-Крисмас+. - 157
2. Султанбеков З.К., Мусина А.А., Мукажанова А.К., Гайсин А. Б. Мониторинг состояния окружающей среды Восточно-Казахстанской области// В материале сборника 13-й Евразийской научной конференции «Донозология-2017». 14-15 декабря 2017 г. - Спб.-Крисмас+.- 476-478.
3. Султанбеков З.К., Мусина А.А., Исмаилова А.А. Чувствительность показателей донозологического статуса населения к факторам экологической нагрузки.//Ж. Экофера.- 2021.- №3.- с. 35-38.
4. Голубев В.В. и др. Практикум по основам педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста. – М.: Издательский центр «Академия».2000.-200 с.
5. Савилов Е.Д., Брико Н.И., Колесников С.И.Эпидемиологические аспекты экологических проблем современности//Гигиена и санитария.-2020.-т.99-№2.-с. 134-139.
6. Вуколов Э.А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию операций с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL: учебное пособие.-2-е изд., испр. и доп.- М.: Форум, 2008.-464 с.

Резюме

**А.А.Мусина¹, А.С.Зейнолдина¹, З.К.Султанбеков², Р.К.Сүлейменова¹,
А.М.Мырзағалиева¹**

НАО «Медицинский университет Астана», город Астана,
Учреждение «Амбулаторный центр», город Усть-Каменогорск

**ПРОБЛЕМЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РЕГИОНА ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ
НАГРУЗКИ**

В статье дана оценка физического развития и психического статуса детей проживающих на территории санитарно-защитных зон северного и северо-восточного промышленных узлов г. Усть-Каменогорска. При сравнении с контрольно-чистой территорией выявлено, что у детей как младшего и среднего школьного возраста характерно ускорение темпов роста, преобладание дефицита массы тела и слабый тип телосложения. Психологическое тестирование тревожности и эмоционального состояния показало, что в кризисном состоянии находятся больше дети младшего школьного возраста. В состоянии кризиса, которым требуется помощь специалистов, оказались до 11% детей промышленных зон, и 16% контрольно-чистого района. Состояние тревоги и напряжения было немного более высокое у исследуемых районов промпредприятий по сравнению с контролем.

Ключевые слова: санитарно-защитная зона, физическое развитие, школьники, экологическая нагрузка, детское население, донозологический статус, психологический статус, тревожность.

Summary

**A.A.Musina¹, A.S.Zeinoldina¹, Z.K.Sultanbekov², R.K.Suleimenova¹,
A.M.Myrzagaliyeva²**

NSJC Astana Medical University, Astana, Institutions Ambulatory Center Ust-Kamenogorsk

CHILDREN'S HEALTH PROBLEMS IN THE REGION OF ENVIRONMENTAL LOAD

The article gives an assessment of the physical development and mental status of children living in the territory of the sanitary protection zones of the Northern and Northeastern industrial hubs of Ust-Kamenogorsk. When compared with the control-clean territory, it was revealed that children of both primary and secondary school age are characterized by acceleration in growth rates, a predominance of underweight and a weak body type. Psychological testing of anxiety and emotional state showed that more children of primary school age are in a crisis state. Up to 11% of children in industrial zones, and 16% of the control-clean area, found themselves in a state of crisis, who need the help of specialists. The state of anxiety and tension was slightly higher in the studied areas of industrial enterprises compared to the control.

Key words: sanitary protection zone, physical development, schoolchildren, ecological load, child population, prenological status, psychological status, sanitary protection zone, anxiety.

Сведения об авторах

Мусина А.А. м.ғ.д., профессор, Қоғамдық денсаулық және эпидемиология кафедрасының меңгерушісі, «Астана медицина университеті» КеАҚ, aiman_m-a@mail.ru,

Зейнолдина А.С. аға оқытушы, «Астана медицина университеті» КеАҚ, azeynoldina@mail.ru,

Сұлтанбеков З.К. м.ғ.д., профессор, профпатолог – дәрігер, «Амбулаториялық орталық» мекемесі, Өскемен қаласы

Сүлейменова Р. К. м.ғ.к, кафедра меңгерушісі, «Астана медицина университеті» КеАҚ, Roza_suleimenova@mail.ru

Мырзағалиева А.М. аға оқытушы, «Астана медицина университеті» КеАҚ, Myrzagaliyeva_alfiya@mail.ru

УДК 504.3.054

Мусина А.А., Белгибекова К.М., Мукашева К.М., Рымбаева З.С., Маликова Д.
НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан.

УРОВЕНЬ И ХАРАКТЕР ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОГО БАССЕЙНА ГОРОДА ЖЕЗКАЗГАН

Резюме

Проанализированы данные «Казгидромет» РК, Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам РК по состоянию атмосферного воздуха г.Жезказган. Динамика индекса загрязнения атмосферы (ИЗА₅) за 5 лет по городу Жезказган в период с 2017-2021 годы, показали что минимальные показатели загрязнения атмосферного воздуха наблюдалось в 2021 году, а самые высокие показатели ИЗА₅ зафиксированы в 2017 и 2019 годах.

Ключевые слова: атмосферный воздух, взвешенные вещества, диоксид серы.

Введение. Нормативные значения предельно допустимой концентрации (ПДК) и предельно-допустимой выбросов (ПДВ) по отдельным загрязняющим веществам имеют решающее значение при планировании мероприятий по охране атмосферного воздуха, составлении долгосрочных планов развития народного хозяйства, решении вопросов рационального размещения жилых объектов и предприятий. Объективная оценка экологического воздействия на окружающую среду различных предприятий позволяет более рационально распределять финансовые средства на проведение атмосфероохранных мероприятий и определять правильное направление работ[1].

Выбросы, особо богатые диоксидом серы, дают высокосернистые угли и мазут. Оксиды азота образуются в случае соединения азота и кислорода воздуха при высоких температурах в двигателях внутреннего сгорания и котельных установках. Диоксиды серы и азота, соединяясь в атмосфере с парами воды, превращаются в слабые растворы серной и азотной кислот.

В результате сжигания топлива в воздух поступают также летучая зола, сажа, газообразные продукты сжигания. В состав летучей золы входят кремний, кальций, магний, алюминий, железо, калий, титан, сера и многие радионуклиды.

Предприятия черной и цветной металлургии загрязняют атмосферу пылью меди, оксидами железа, свинца, разнообразными микроэлементами.

Выхлопные газы автотранспорта, кроме оксида углерода и оксидов азота, канцерогенов, выделяют озон, свинец и сажу, причем на их долю приходится более 70% всей суммы загрязнителей воздуха городов.

Рост дымовых труб в высоту (до 250–300 м и даже 400 м) привел не к уменьшению выбросов в атмосферу, а к их рассеиванию на огромные территории и расстояния, включая соседние государства. Например, скандинавские страны имеют только 25–30% всех кислотных дождей собственного производства, а остальные они получают от ближних и дальних соседей. Все вредные химические примеси оказывают неблагоприятное влияние на здоровье населения и санитарные условия жизни в городах [2].

По данным Всемирной организации здравоохранения, здоровье человека зависит от состояния окружающей среды на 20 %, а в ряде случаев и более. Практически любой объект является источником химического загрязнения атмосферного воздуха и

физических факторов воздействия. Химический состав воздуха должен обеспечивать жизнедеятельность человека без напряжения компенсаторных физиологических механизмов, не говоря уже о возможности возникновения патологических сдвигов в организме [3].

В РК можно отметить следующие города с высоким уровнем загрязнения: Темиртау, Нур-Султан, Алматы, Актөбе, Атырау, Усть-Каменогорск, Караганда, Балхаш, Жезказган и Шымкент.

Основными источниками загрязнения города Жезказган являются следующие объекты:

- «Жезказганцветмет» медеперерабатывающий комбинат, включающий в себя две обогатительные фабрики, медеплавильный завод, литейно-механический цех;

- Жезказганское месторождения меди;

- Жаман-Айбат месторождение меди;

- Жезказганский ТЭЦ.

Следует обратить внимание, что территориально заводы расположены очень близко к городу, самый дальний завод расположен в 4900 метрах, а самый близкий в 500 метрах от города [4].

Целью работы была оценка уровня загрязнения атмосферного воздуха за 2017-2021 годы в г.Жезказган, требования к санитарно-защитным зонам, а также разработка комплексных программ по улучшению состояния воздуха.

Анализировали материалы «Казгидромет» РК, а именно периодические уровни загрязнения города Жезказган (ежемесячные, ежеквартальные, полугодовые и годовые). Оценка велась по показателям индекса загрязнения атмосферы (ИЗА₅) веществ: диоксид азота, оксид углерода, диоксид серы, фенол и формальдегид.

Основные методы, которые были применены, это: статистический, ретроспективный.

Согласно данным Бюро национальной статистики РК, в г.Жезказган общее количество стационарных источников выбросов загрязняющих веществ в 2020 году составило 65 единиц (таблица 1).

Таблица 1 - Выбросы наиболее распространенных загрязняющих атмосферу веществ, отходящих от стационарных источников за 2017-2020годы, ед.

Наименование	2017	2018	2019	2020
Стационарные источники выбросов	150	140	69	65

Объемы выбросов от стационарных источников за 2021 год составили 58,4 тыс.тонн. (рисунок 1).



Рисунок 1 – Выбросы от стационарных источников г.Жезказган за 2017-2021 годы, тыс. тонн

Согласно данным Бюро национальной статистики, в 2021 году наблюдается сокращение выбросов, хотя в целом объемы выбросов сохраняются на стабильно высоком уровне [5, 6].

Специфические загрязняющие вещества атмосферного воздуха в г.Жезказган являются окись углерода, сернистый ангидрид, окислы азота, твердые вещества (таблица 2).

Таблица 2 - Выбросы специфических загрязняющих веществ в атмосферный воздух г.Жезказган за 2017-2021 годы, тыс. тонн.

Наименование загрязняющего вещества	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.
Сернистый ангидрид	40 515,828	42 068,369	75 635,631	73 435,595	49 070,828
Окислы азота	3 988,299	4 989,111	6 428,309	2 681,168	2 256,511
Твердые вещества	5 949,445	5 236,623	6 648,970	6 720,734	5 653,803
Окись углерода	1 489,651	1 381,505	1 731,473	1 061,850	1 166,018

В целом, мониторинг «Казгидромет» проводит по 15 показателям на 3-х постах наблюдения, в том числе на 2-х постах ручным отбором проб и на 1-м автоматически [6].

Динамика уровня загрязнения г.Жезказган за последнее 4 года (2017-2021 гг.) показало, что остается стабильно высокое загрязнение атмосферного воздуха по взвешенным веществам, пыли (0,281), диоксиду серы (0,018), оксиду углерода (0,07), аммиак (0,015) и фенолу (0,015).

Динамика индекса загрязнения атмосферы (ИЗА₅) за 5 лет по городу Жезказган в период с 2017-2021 годы, показали что минимальные показатели загрязнения атмосферного воздуха наблюдалось в 2021 году, а самые высокие показатели ИЗА₅ зафиксированы в 2017 и 2019 годах.

Выводы.

За последние пять лет уровень загрязнения атмосферного воздуха показал не стабильность. Наибольшее количество превышений максимально-разовых ПДК за 2021 год отмечено по взвешенным веществам (пыль) (37), диоксиду серы (29), оксиду углерода (1), фенолу (198) и сероводороду (4629). Превышения нормативов среднесуточных концентраций наблюдались по взвешенным веществам (пыль) и фенолу. Многолетнее увеличение показателя «наибольшая повторяемость» отмечено в основном за счет сероводорода, фенола, взвешенных веществ (пыли) и диоксида серы.

Таким образом, показатели уровня загрязнения воздушного бассейна промышленного региона свидетельствует, что наибольшее количество максимально-разовых концентраций регистрировалась в 2021 году по сернистому ангидриду и твердых веществ.

В целом, требуется не только контроль, но и модернизация производств, для снижения выбросов, улучшения мер по очистке, соблюдения мер по требованиям к санитарно-защитных зон, учитывать экологические особенности региона, а также разработке комплексных программ по улучшению состояния воздуха, в том числе оценки состояния здоровья населения, проживающих в г. Жезказган.

Список литературы

1. Леонович, Э. И. Оценка риска для жизни и здоровья населения от воздействия загрязняющих веществ в атмосферном воздухе. Гигиенические показатели уровня загрязнения атмосферы : учебно-методическое пособие / Э. И. Леонович, И. В. Скоробогатая. – Минск : БГМУ, 2019. – 48 с.

2. Стриха И. И. Экологические аспекты энергетики: Атмосферный воздух: Учеб. пособие /И. И. Стриха, Н. Б. Карницкий,— Мн.: У П «Технопринт», 2001.— 375 с.

3. Андреева Е.Е. Гигиена и экология человека: Учебник / Е.Е. Андреева, В.А. Катаева, В.М. Глиненко, Н.Г. Кожевникова. — 2-е изд., испр.и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. — 600 с.: ил.

4. [\(PDF\) Modern changes in Zhezkazgan city: Positive and negative factors of tourism development](#)).

5. <https://stat.gov.kz/> Охрана окружающей среды в Карагандинской области. Статистический сборник 2016-2020гг. Агентство стратегического планирования и реформ РК Департамент Национального бюро статистики по Карагандинской области, -2021г. - 73с.

6. <https://stat.gov.kz/> О состоянии охраны атмосферного воздуха Карагандинской области. Статистика промышленного производства и окружающей среды. 4 серия. Бюро национальной статистики. Агентство стратегического планирования и реформ РК. -2021г. -129с.

7. www.kazhydromet.kz/ru/ecology/ezhemesyachnyy-informacionnyy-byulleten).

Түйін

Мусина А.А., Белгибекова К.М., Мукашева К.М., Рымбаева З.С., Маликова Д.
НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан.

ЖЕЗҚАЗҒАН ҚАЛАСЫНЫҢ АУА БАССЕЙІНІНІҢ ЛАСТАНУ ДЕҢГЕЙІ МЕН СИПАТЫ

ҚР "Қазгидромет", ҚР Стратегиялық жоспарлау және реформалар агенттігінің Ұлттық статистика бюросының Жезқазған қаласының атмосфералық ауасының жай-күйі бойынша деректері талданды.

2017-2021 жылдар кезеңінде Жезқазған қаласы бойынша 5 жыл ішінде атмосфераның ластану индексінің динамикасы (ИЗА₅) атмосфералық ауаның ластануының ең төменгі көрсеткіштері 2021 жылы байқалғанын, ал ИЗА₅ ең жоғары көрсеткіштері 2017 және 2019 жылдары тіркелгенін көрсетті.

Кілт сөздер: атмосфералық ауа, қалқыма заттар, күкірт диоксиді.

Summary

Musina A.A., Belgibekova K.M., Mukasheva K.M., Rymbaeva Z.S., Malikova D.
NAO "Astana Medical University", Astana, Kazakhstan.

THE LEVEL AND NATURE OF POLLUTION OF THE AIR BASIN CITIES OF ZHEZKAZGAN

The data of Kazhydromet of the Republic of Kazakhstan, the Bureau of National Statistics of the Agency for Strategic Planning and Reforms of the Republic of Kazakhstan on the state of atmospheric air in Zhezkazgan are analyzed. The dynamics of the atmospheric pollution index (API₅) for 5 years in the city of Zhezkazgan in the period from 2017-2021 showed that the minimum indicators of atmospheric air pollution were observed in 2021, and the highest indicators of API₅ were recorded in 2017 and 2019.

Keywords: atmospheric air, suspended substances, sulfur dioxide.

Сведения об авторах:

Мусина А.А д.м.н., профессор, НАО «МУА» г.Астана, эл/почта mussina.a@amu.kz

Белгибекова К.М. ведущий научный сотрудник, НАО «МУА», г.Астана,

эл/почта Belgibekova.k@amu.kz 8 707 253 22 44

Мукашева К.М. старший научный сотрудник, НАО «МУА», г.Астана, эл/почта mukasheva.k@amu.kz

Рымбаева З.С. зав.санитарно-гигиенической лаборатории, НАО «МУА», г.Астана, эл/почта rymbaeva.z@amu.kz

Маликова Д. Младший научный сотрудник, НАО «МУА», г.Астана, эл/почта malikova.d@amu.kz

УДК 616-036.22

Мұратбекова Әсем Талғатқызы

«Астана медицина университеті» КеАҚ, «Қоғамдық Денсаулық Сақтау» факультетінің 3 курс студенті, Астана қ., Қазақстан, asemf@icloud.com

Ғылыми жетекші: Амирseitова Фаридә Төлебековна,

«Астана медицина университеті» КеАҚ, «Қоғамдық денсаулық және гигиена» кафедрасы аға-оқытушысы, медицина магистрі, Астана қ., Қазақстан

ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Аннотация

Заманауи медициналық буклеттер мен жадынамаларда, өкінішке орай, хирургиялық аурулардың алдын алу шаралары туралы өте аз ақпарат табуға болады. Мақалада пациенттердің өмір салты мен хирургиялық аурулары арасындағы байланысты және соңғы бірнеше жылдағы статистикаға сүйене отырып, жиі кездесетін хирургиялық аурулардың алдын алуға бағытталған бірқатар алдын алу шараларын қарастырамыз. Мамандардың көмегіне жүгінгеннен гөрі ауруды болдырмау әлдеқайда тиімді. Себебі, кез-келген хирургиялық араласулар адам өміріне елеулі қауіп төндіреді.

Кілт сөздер: хирургиялық аурулар, алдын алу шаралары, өмір салты, профилактика, хирургиялық араласулар, емдеу.

Кейде дәрігер науқасқа: "сізге операция қажет болуы мүмкін", - дейді. Бұл сөздер жарқыраған операциялық бөлмелердің, зарарсыздандырылған құрал-саймандар және бетперде, халат және қолғап киген фигуралар тобының суреттерін елестетеді. Хирургиялық аурулар - хирургиялық емдеу және хирургиялық араласуды қажет болып табылатын аурулар. Оларға ең алдымен зақымданулар (жарақаттар, күйіктер, үсіктер), туа біткен аурулар, жүре пайда болған аурулар, паразиттік аурулар, ісіктер, өлімдер, жұмсақ тіндердің іріңді-қабыну аурулары жатады. Жалпы хирургиялық араласудан кейінгі асқынулар 2-10% жағдайда кездеседі. Ал операциядан кейінгі өлім-жітім мысалға республика бойынша 2020 жылы 5619 адамды құраған. Бұл 0,9% өлім-жітімді көрсетеді[4]. Жалпы пайыз саны аз болғанымен хирургиялық аурулардың алдын алу халық денсаулығының жағдайына тікелей әсер етеді. Хирургиялық аурулардың негізгі жиі кездесетін тобы-іш қуысының өткір аурулары: аппендицит, холецистит, т. б. Ең жиі кездесетін хирургиялық аурулардың алдын алу үшін профилактикалық шараларды және эпидемиологиялық аспектіге қарастырайық.

Аппендицит – хирургиядағы ең көп таралған патологиялардың бірі. Аппендицит проблемасының әлеуметтік маңыздылығы оның жоғары таралуына байланысты. Процестің жедел қабынуы жоғары дамыған елдер халқының 7-12% - да өмір бойы байқалады. Ауру қауіп жасына қарай төмендейді. Сонымен, кішкентай балаларда бұл 15%, ал 50 жаста — тек 2%. Жедел аппендицитпен ауыратын науқастардың 75% - ы 33 жасқа толмаған адамдар. Аурудың ең жоғары жиілігі 15-19 жаста байқалады. Еуропа мен Солтүстік Америка елдерінде ауру 30-50% - ға төмендеді. Азия мен Африка елдерінде жедел аппендицит өте сирек кездеседі. Жедел аппендицит — жедел көрсеткіштер бойынша хирургиялық стационарға жатқызудың (науқастардың 10-30%) екінші себебі (жедел холециститтен кейін) және бірінші-орындалатын шұғыл операциялар саны бойынша (60-тан 80% - ға дейін).

Аппендицит - бұл өз-өзін толығымен қорғау мүмкін емес патология. Алайда, бұл аурудың даму ықтималдығын азайтуға мүмкіндік беретін профилактикалық қарапайым ұсыныстар бар:

1. Ағзадағы қабыну процестерін уақтылы емдеу;
2. Дәрігердің нұсқауынсыз антибиотиктерді қолданбау. Себебі, олар қалыпты микрофлораға зиянды.
3. Белсенді өмір салты. Физикалық белсенділік іш қуысының мүшелерін қалыпты қанмен қамтамасыз ету үшін маңызды.
4. Дұрыс тамақтану-аурудың ең жақсы алдын-алу. Егер диетаны мұқият қадағаласа, аурудың даму ықтималдығын минимумға дейін азайту мүмкіндігі бар: 1) іш қатуды болдырмау. Іш қату ішектерді өмір сүретін микроорганизмдердің өліміне әкеледі. Нәтижесінде патогендік бактериялар көбейе бастайды, бұл аппендикстің қабынуын тудыруы мүмкін. 2) клечаткаға бай тағамдарды мүмкіндігінше көп пайдалану. Клечатка ас қорытуды жақсартады және ас қорыту жүйесін қабыну процестерінен сенімді қорғайды. 3) өсімдік майын қуыру үшін бір реттен қайта пайдаланбау. Бұл денсаулыққа өте зиянды: аппендицитті ғана емес, колитпен де ауырып қалу мүмкін.
5. Гимнастика-аппендициттің алдын алуда ерекше маңызы бар. Бұл ішектің қозғалғыштығын жақсартады және ас қорыту жүйесін күніне бірінші рет тамақ дайындауға дайындайды. Сондай-ақ, велосипедпен жүру және жүзу, спорттық серуендеу және жүгіру ішек моторикасын жақсартады. [1]

Холецистит сонымен қатар хирургияға әкелетін ең көп таралған мәселелердің бірі болып табылады және жиілігі бойынша екінші орында. Холецистит-бұл өт қабында пайда болатын қабыну процесі. Бүгінгі таңда бұл патология бүкіл әлем тұрғындарының шамамен 20% - ауырады. 50 жастан асқан кезде ол 3-4 есе жиі дамиды; әйелдерде ауру 1,5-2 есе жоғары. Артық салмақ, қант диабеті кезінде де қауіп артады. Қабыну басқа жастағы адамдарда да анықталады. Сонымен қатар, балалар мен жасөспірімдерге тассыз форма тән. Жедел холецистит 3-10% жағдайда іштің өткір ауырсынуын тудырады. Жедел холецистит жағдайларының 90-95% - ы патогенетикалық түрде өт тастарының болуымен байланысты ("жедел калькулозды холецистит"), 5-10% - ы жедел акалькулозды холецистит жағдайлары. Қабынудың ауырлығына байланысты кез-келген себептерден жедел холецистит пен холангит кезінде 30 күн ішінде өлім 2,4-8,4% құрайды. Көбінесе ауру дамыған елдерде жиі диагноз қойылады. Бұл ерекше өмір салты мен тамақтану тәртібіне байланысты. [4]

Холециститтің уақтылы алдын-алу осы аурудың дамуын болдырмауға көмектеседі. Артық салмағы бар адамдардың алдын-алу әсіресе маңызды, өйткені оларда бұл ауру жиі кездеседі.

1. Арнайы гепатопротекторларды қабылдау. Кейбір жағдайларда мамандар холециститтің дамуын гепатопротекторларды қолдану арқылы болдырмауға кеңес береді, олар бауыр жасушалары үшін қорғаныс тосқауылын жасай алатын және сонымен бірге органның жұмысын қалпына келтіретін арнайы заттар. Дәрі-дәрмектерді қабылдау дәрігердің ұсынысы бойынша жүргізілуі керек.

2. Салауатты өмір салты: 1) жылына бірнеше рет гастроэнтерологқа бару; 2) холециститтің қабынуының жедел түрін тудыруға жол бермеу және оны уақтылы емдеу; 3) өттің бөлінуіне ықпал ететін және холециститтің алдын алатын арнайы жаттығулар жасауды әдетке айналдырыңыз; 4) әдеттегі өмір салтынан зиянды әдеттерді алып тастау, өйткені темекі шегу мен алкогольді пайдалану холециститтің дамуына әкеледі.

3. Белсенді өмір салты. Егер белсенді өмір салтын ұстанатын болса, өт қабында қабыну процесінің дамуын болдырмауға болады. Тамақтанғаннан кейін ерекше маңызды жаяу серуендеу алады. Мүмкіндігінше жүгіруді орындау қажет.

4. Диета – холециститті алдын алудың профилактикалық негізі.

Грыжа халықтың 5-6% да кездеседі. Грыжаға хирургиялық араласу жыл сайын 190 мың науқаста жасалады. Және жиілігі бойынша үшінші орында[1]. Құрсақ қуысы мүшелеріне жасалған барлық хирургиялық араласулардың себептерінің арасында олардың үлесі 8-20% құрайды. Бұл аурудан ер адамдар жиі зардап шегеді, бірақ қазіргі уақытта оларда іштің сыртқы грыжаларын анықтау жиілігі әйелдерге қарағанда 1,2-1,3 есе жоғары. Аурудың шыңы мектепке дейінгі жаста және 50 жастан кейінгі жаста болады. Көбінесе шап грыжасы (72-75%), феморальды (6-8%), кіндік (4-5%) және операциядан кейінгі (12% дейін) кездеседі. Барлық басқа грыжа түрлері шамамен 1% құрайды. Ерлерде шап грыжасы, әйелдерде - феморальды және кіндік грыжасы жиі кездеседі. [5].

Грыжаның алдын-алудың негізі құрсақішілік қысымның жоғарылауына ықпал ететін факторлардың әсерін жою немесе азайту болып табылады. Оларға мыналар жатады:

- іштің алдыңғы қабырғасының бұлшық еттерінің кернеуіне байланысты ауыр физикалық белсенділік шамадан тыс жүктемелерден аулақ болу керек, ең алдымен ауыр салмақты көтеруден бас тарту.

- Ұзақ іш қату, нәжісті қалыпқа келтіру маңызды. Ішектің бұзылуы кезінде өсімдік клечаткасына бай диета көмектеседі.

- Жөтелмен, темекі шегумен қатар жүретін өкпенің созылмалы аурулары.

- Дене шынықтыру. Іштің бос, созылған бұлшықеті қабырғасы кіндік пен ішек грыжасының пайда болуының негізгі себептерінің бірі болып табылады. Пресс бұлшықеттерін күшейту керек.

- Дене белсенділігі мен демалысты ұтымды үйлестіру өте маңызды; дене салмағын семіздіктен немесе тез салмақ жоғалтудан аулақ болу керек.

Грыжасы бар науқастар санының көбеюінің себептерінің бірі іш қуысында жасалатын операциялар санының тез өсуі екенін ескере отырып, келесі кеңестерді орындау пайдалы. Хирургиялық араласудан кейін 2 ай ішінде серпімді таңғыш тағу; 8-10 килограмнан артық салмақ көтермеу, шамадан тыс жүктемеу; осы кезеңде іш бұлшықеттерін "шынықтырмау"; дененің күрт қисаюынан немесе бүйіріне бұрылудан аулақ болу[1].

Қорытынды. Осы аурулармен ауыратын науқастарға сауалнама жүргізе отырып, біз олардың барлығы белсенді өмір салтына, дұрыс тамақтану мен гимнастикаға ерекше мән бермейтінін білдік. Олардың кейбіреулері мұны маңызды деп санамайды, ал басқалары уақыттың жетіспейтіндігін айтады. Ең бастысы, пациенттердің әрқайсысы бұл шаралардың жалпы әл-ауқатты жақсарту және денсаулықты сақтау үшін маңыздылығын біледі, бірақ іс жүзінде олардың ешқайсысы белгілі бір хирургиялық аурулардың алдын-алу шараларының маңыздылығын түсінбейді. Гимнастика мен физикалық белсенділік жалпы әл-ауқатты жақсарту үшін ғана емес, сонымен қатар көптеген хирургиялық аурулардың алдын алу шарасы болып табылады. Бұл көптеген аурулардың алдын алудың қауіпсіз әдісі, сонымен қатар әл-ауқаттың кепілі. Жұмыста ұсынылған барлық шаралар туралы, тек әл-ауқат пен жалпы денсаулықты жақсарту үшін ғана емес, сонымен қатар осындай күрделі хирургиялық аурулардың алдын алу шаралары туралы айту маңызды және қажет. Денсаулыққа сәл көбірек көңіл бөлу көптеген мәселелердің алдын алуды жеңілдетеді.

Әдебиеттер

1. Узалаева, Ш. А. Профилактика хирургических заболеваний / Ш. А. Узалаева, А. З. Санова, Л. А. Кадохова. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2018. — № 27 (213). — С. 60-63.
2. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. — 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 992 с.: ил.
3. Хирургические болезни : пособие / В.А. Косинец. – Витебск, 2015. – 201 с.

4. 2020 жылда Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық Е40 сақтау ұйымдарының қызметі=Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2020 году: Стат. жинақ.-Нұр-Сұлтан. 2021.-324б.-қазақша. орысша.
5. Эпидемиология грыж передней брюшной стенки А.И. Кириенко, А.С. Никишков*, Е.И. Селиверстов, А.В. Андрияшкин ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Түйін

Мұратбекова Әсем Талғатқызы

«Астана медицина университеті» КеАҚ, «Қоғамдық Денсаулық Сақтау» факультетінің 3 курс студенті, Астана қ., Қазақстан

ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Заманауи медициналық буклеттер мен жадынамаларда, өкінішке орай, хирургиялық аурулардың алдын алу шаралары туралы өте аз ақпарат табуға болады. Мақалада пациенттердің өмір салты мен хирургиялық аурулары арасындағы байланысты және соңғы бірнеше жылдағы статистикаға сүйене отырып, жиі кездесетін хирургиялық аурулардың алдын алуға бағытталған бірқатар алдын алу шаралары эпидемиологиялық аспектіде қарастырылған. Мамандардың көмегіне жүгінгеннен гөрі ауруды болдырмау әлдеқайда тиімді. Себебі, кез-келген хирургиялық араласулар адам өміріне елеулі қауіп төндіреді.

Кілт сөздер: хирургиялық аурулар, алдын алу шаралары, өмір салты, профилактика, хирургиялық араласулар, емдеу.

Summary

Muratbekova Assem Talgatkyzy

NAO "Astana Medical University, 3rd year student of the Faculty of " Public Health", Astana, Kazakhstan

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SURGICAL DISEASE PREVENTION

Unfortunately, in modern medical booklets and memos, you can find very little information about measures to prevent surgical diseases. The article considers a number of preventive measures aimed at preventing the most common surgical diseases associated with lifestyle and surgical diseases of patients, and, based on statistics over the past few years, in the epidemiological aspect. It is much more effective to prevent the disease than to resort to the help of specialists. This is due to the fact that any surgical interventions pose a serious threat to human life.

Keywords: surgical diseases, preventive measures, lifestyle, prevention, surgical interventions, treatment.

Авторлар туралы мәліметтер:

Мұратбекова Ә.Т, студент, «Астана медицина университеті» КеАҚ, «Қоғамдық Денсаулық Сақтау» факультетінің 3 курс студенті, Астана қ., Қазақстан, ә/почта:asemf@icloud.com

УДК 6.61.613.6.06

Мусина А.А., Аманова А.Д., Сулейменова Р.К., Амирсеитова Ф.Т., Зейнолдина А.С.
Некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г.Астана,
Казахстан.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ГРУППЫ РИСКА АКТЮБИНСКОГО ЗАВОДА ФЕРРОСПЛАВОВ

Резюме

Важным и основным направлением государственной политики в области охраны труда становится обеспечение приоритета жизни и сохранение здоровья работников. Важным аспектом этой проблемы является выявление причинно-следственных связей между воздействием факторов производственной среды и возможными изменениями в состоянии здоровья работающих. Решение этой задачи требует новых методических подходов, среди которых международно признанной в настоящее время является методология оценки профессиональных рисков.

Дан анализ состояния здоровья работников ферросплавного завода, с профессий групп риска, класс которых соответствует вредному, 1 и 2 степени. Выявлено, что число дней нетрудоспособности и частота заболеваемости в этих профессиях, намного выше и больше со стороны органов костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Ключевые слова: вредное производство, группа риска, заболеваемость, периодический медицинский осмотр, профилактика.

Введение. Проблемой в развитии трудовых отношений является сохранение относительно высокого по международным меркам уровня производственного травматизма и профессиональных [1].

Среди факторов производственной среды, оказывающих неблагоприятное воздействие на организм работающих в хромовом производстве, ведущими являются соединения хрома, неблагоприятные микроклиматические условия и физические факторы [2].

По данным Агентства статистики Министерства национальной экономики РК, численность работников, занятых во вредных условиях труда, составляет 376,4 тыс. человек или каждый пятый (21,0%) от общего числа занятых. Из них в условиях повышенного уровня шума и вибрации трудился почти каждый второй (40,9%), под воздействием повышенной загазованности и запыленности рабочей зоны, превышающих предельно-допустимые концентрации - каждый третий (35,1%) и неблагоприятного температурного режима - каждый шестой (18,1%). Тяжелым физическим трудом были заняты 79,8 тыс. человек (4,5% всех занятых). Распределение профессиональной заболеваемости по отраслям промышленности: горнорудная - 61%. При распределении больных с первичными профессиональными заболеваниями (ПЗ) по воздействию вредных факторов. 1-е место занимают больные с заболеваниями, связанными с физическим перенапряжением отдельных систем и органов - 45%. На 2-м месте - больные с заболеваниями от воздействия промышленных аэрозолей - 42,7%, на 3-м - с заболеваниями от воздействия физических факторов - 6,2%, на 4-м месте - с заболеваниями от

воздействия химических факторов — 3,5% и больные с заболеваниями, вызванными действием биологических факторов — 2,6% [3].

Проведение профилактических и иных медицинских осмотров диспансеризации, диспансерного наблюдения направлено на сохранение и укрепление здоровья населения, ранее выявление заболеваний, устранение вредного влияния факторов производственной и окружающей среды [4].

Решение этой задачи требует новых методических подходов, среди которых международно признанной в настоящее время является методология оценки профессиональных рисков [5].

Материал и методы исследования: Работа выполнено в рамках инициативной НИР НАО «Медицинский университет Астана» (ГРН 0121РКИ0021). Для достижения поставленной цели анализировались данные медицинского осмотра ТОО Медицинского Центра «Евразия» за 2018-2020 гг, а также заболеваемость работников АФЗ (2018-2020 года) ведущих цехов №2 и №4. Материалами анализа были статистической базы:

- данные заключительных актов периодического медицинского осмотра за 2018-2019гг. (сведения Медицинского Центра «Евразия»);
- отчет заболеваемости за 2018-2020гг. (сведения Медицинского Центра «Евразия»).

Результаты исследования и их обсуждение. Оценка материалов периодического медицинского осмотра показала, что в целом, за три года лидируют по выявляемости болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (38%), болезни системы кровообращения (31%), болезни глаза и его придаточного аппарата (12%).

При этом, в 2018 году лидировали 3 заболевания, это: - болезни системы кровообращения, - костно-мышечной системы, - болезни кожи и подкожной клетчатки.

В 2019 году уровень выявляемости заболеваемости был другим, так приоритет был распределен следующим образом:

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (М00-М99) (39%);
- болезни системы кровообращения (I00-I99) (20%);
- болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59) (8%).

В 2020 году изменились соотношения в процентной статистике выявляемости:

- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (М00-М99) уже составили (44%, при 39% в 2019 году);
- болезни системы кровообращения (I00-I99) (21%, при 20% в 2019 году);
- болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59) (17%, при 8% в 2019 году).

Оценка больничных листов показала, что в структуре заболеваемости класса МКБ-10 лидируют заболевания органов дыхания (137 сл.), на втором месте стоят заболевания травм и отравлений (75 сл.), на третьем месте болезни костно-мышечной системы (56 сл.), затем болезни органов пищеварений (29 сл.), болезни кожи и подкожной клетчатки (19 сл.). 2 болезни глаза и его придаточного аппарата были на 6 месте (14 сл.).

Как видно из таблицы 1, более 298 случаев было среди плавильщиков, которые представляют основной состав предприятия.

Таблица 1 - Количество заболевших по цеху №2 за 2018-2020 года

Профессии	кол-во заболевших за 2018-2020 гг.
плавильщик ферросплавов	298
маш.разлив.машины	22
горновой феррпечи	36
электродчик	15
газовщик	2

Оценка по количествам дней, выявлено, что наоборот профессии электродчик больше всех находились на больничных, в среднем до 10,1 дней по продолжительности, на втором месте по продолжительности были машинисты разливочных машин (9,0 дней), затем плавильщики и горновые печи (8,3 дней), и газовщики были по продолжительности до 7,5 дней.

При анализе категории заболеваемости для профессиональных групп выявлено, что среди плавильщиков (108,3) уровень заболеваемости соответствует категории «высокий». Распространенность заболеваний с ВУТ и продолжительности 1 случая, рассчитанные для анализируемых возрастных и стажевых групп плавильщиков, свидетельствуют о различиях в уровнях заболеваемости с ВУТ (рисунок 1).

Так, наиболее высокие уровни обнаружены среди плавильщиков 20-29 лет (70,6 случаев и 788,6 дней), при увеличении возраста сокращается значения среди плавильщиков 50-59 лет. По числу же дней нетрудоспособности все выделенные возрастные группы относятся к "высокому" или "очень высокому" (20-30 летние плавильщики) уровню заболеваемости. Продолжительность 1 случая нетрудоспособности так же сокращается с возрастом от 11,2 до 6,5 дней.

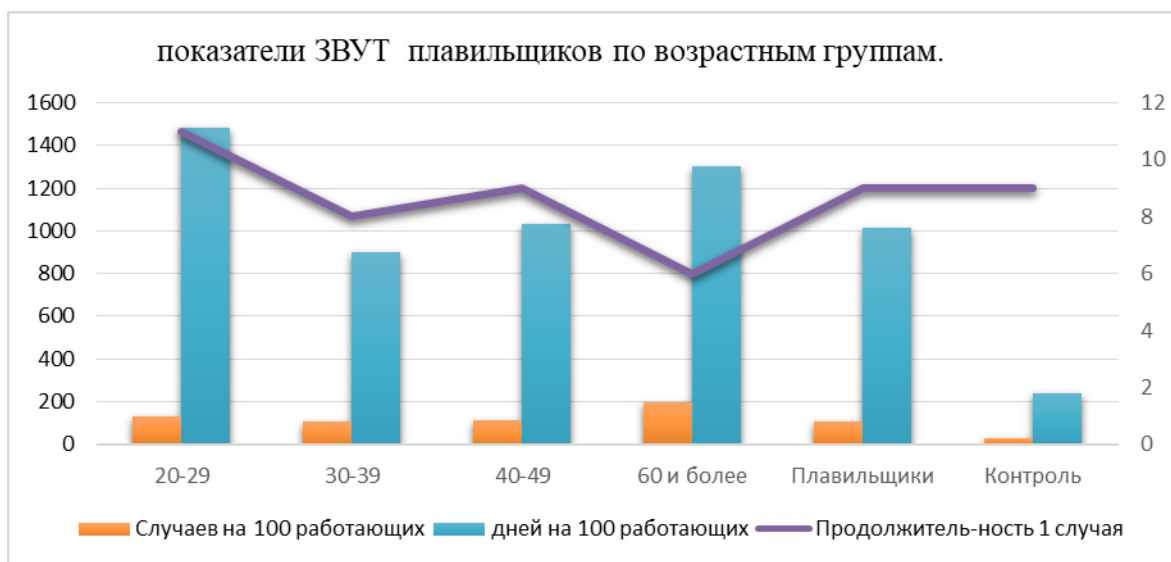


Рисунок 1 - Интенсивные показатели распространенности заболеваний с ВУТ плавильщиков по возрастным группам

Уровни анализируемых показателей в стажевых группах могут быть охарактеризованы как "ниже среднего". Наиболее высокие уровни были зарегистрированы у плавильщиков со стажем до 5 лет и со стажем 15-19 лет. У лиц в стажевой группе работы 15-19 лет уровень увеличивается.

Анализ данных выкопировки больничных листов рабочих цеха №4 показал, что в структуре по классу МКБ-10 также лидируют болезни органов дыхания, среди которых больничные с острыми респираторными вирусными заболеваниями (ОРВИ) составили более 23% (рисунок 2 и 3).

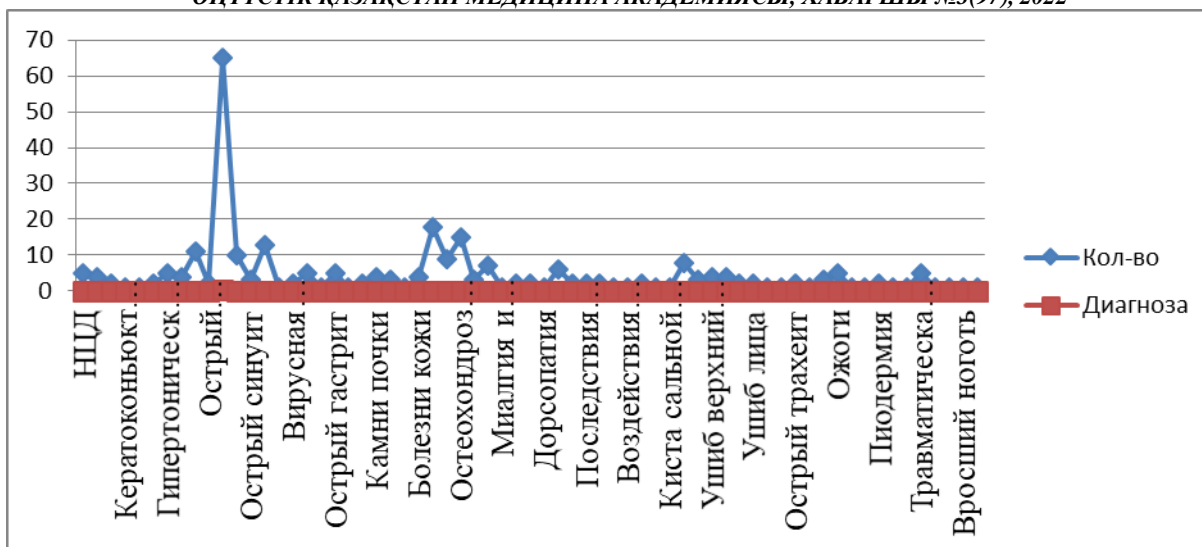


Рисунок 2 - Количество больничных листов, в среднем за 2018-2020 гг. в цехе №4

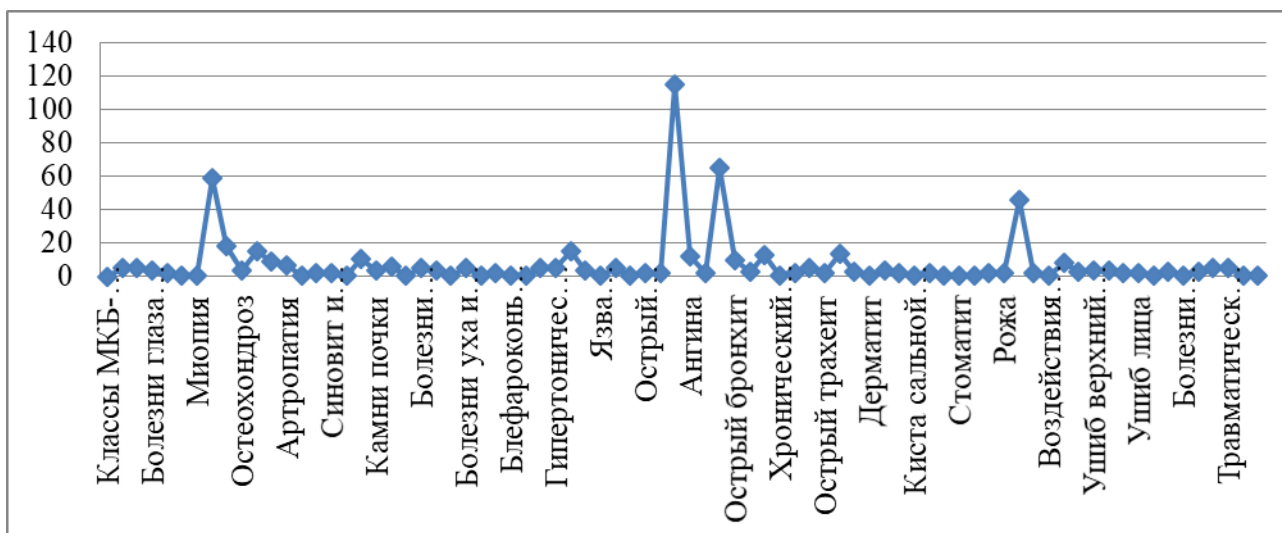


Рисунок 3 - Группировка по классам МКБ-10

В среднем на больничном рабочие находились до 10 дней, из них электродчики до 13 дней, плавильщики до 12 дней, машинисты разливочных до 11 дней, слесари-ремонтники до 9,4 дней и газовщики до 6,3 дней.

Таким образом, дифференцировка по классам МКБ-10 показала, что на производстве ведущие диагнозы на ПМО это болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата.

Выводы: 1. Оценка состояния здоровья рабочих по данным медицинского периодического медицинского осмотра показала, что у рабочих регистрируется высокий уровень заболеваемости, свидетельствующий о влиянии вредных производственных факторов на их состояние здоровья, где в этиологической структуре преобладает влияние таких факторов, как физическая нагрузка на опорно-двигательный аппарат и сердечно-сосудистую систему (перенапряжение, тяжесть труда), запыленность и загазованность рабочей среды.

2. Данные периодического медицинского осмотра свидетельствуют, что лидирует выявляемость за 2018-2020 года болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (38%), болезни системы кровообращения (31%), болезни глаза и его придаточного аппарата (12%), что требует принятия лечебно-оздоровительных мероприятий, в том числе качественной диспансеризации контингента, работающих во вредных условиях.

3. В уровнях заболеваемости ведущих профессий выявлено, что среди больничных листов преобладают листы среди плавильщиков (оба цеха), горновые печи (во втором цехе), слесари-ремонтники (в четвертом цехе), машинисты разливочных машин (оба цеха).

4. Основную долю больничных листов по нетрудоспособности составляли болезни органов дыхания (J00-J99), костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99); травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00-T98).

5. Данные состояния здоровья свидетельствуют, что востребованы мероприятия по оздоровлению состояния здоровья рабочих, которые должны быть направлены на улучшение санитарно-гигиенических условий труда, а также лечебно-оздоровительные мероприятия, с учетом выявленных особенностей.

Литература

1. Стратегический план Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан на 2020-2024 годы от «30» декабря 2019 года № 709.

2. Мамырбаев А.А., Курманов Ж.Б., Алимбаев С.С., Сабырахметова В.М., Егизбаева Д.К., Сакебаева Л.Д., Шаяхметова К.Н. Гигиеническая оценка условий труда рабочих хромового производства// Медицинский журнал Западного Казахстана, №1. -2016. -68-75 с.

3. Аманбекова А.У., Сакиев К.З., Джакупбекова Г.М., Ибраева Л.К. Концепция развития профпатологической службы в Казахстане// Медицина труда и промышленная экология, № 7. -2015. - 1-4 с.

4. Лазаренко А.М. Проблемы безопасности труда литейщиков // Литье и металлургия, № 1 .- 2001.- 90-95с.

5. Измеров Н. Ф. Актуализация вопросов профессиональной заболеваемости// Здравоохранение Российской Федерации, №6. -2013. - 14-17 с.

Түйін

А.А. Мусина, А.Д. Аманова, Р.Қ. Сүлейменова, Ф.Т.Амирсеитова, А.С.Зейнолдина.
«Астана медицина университеті» Коммерциялық емес акционерлік қоғамы, Астана қ.,
Қазақстан

АҚТӨБЕ ФЕРРОҚОРЫТПА ЗАУЫТЫ ҚАУІП-ҚАТЕР ТОБЫ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Еңбекті қорғау саласындағы мемлекеттік саясаттың басты және негізгі бағыты – еңбекшілердің өмірі мен денсаулығының сақталуын қамтамасыз ету.

Бұл мәселенің маңызды аспектісі - өндірістік ортадағы факторлардың әсері мен жұмысшылардың денсаулық жағдайындағы ықтимал өзгерістер арасындағы себептік байланысты анықтау. Бұл мәселені шешу жаңа әдістемелік тәсілдерді талап етеді, олардың ішінде кәсіби қауіп-қатерді бағалау әдістемесі қазіргі уақытта халықаралық деңгейде мойындалған.

Сыныптары зиянды, 1 және 2 дәрежелі қауіп-қатер тобына жататын кәсіптерден феррокорытпа зауыты қызметкерлерінің денсаулық жағдайына талдау берілген. Бұл мамандықтар бойынша еңбекке жарамсыздық күндерінің саны мен сырқаттанушылық көрсеткіші тірек-қозғалыс жүйесі мен дәнекер тіндер, қан айналымы жүйесі, көз аурулары мен оның қосалқы мүшелері тарапынан жоғары және көп екені анықталды.

Кілт сөздер: зиянды өндіріс, қауіпті топ, ауру, мерзімді медициналық тексеру, алдын алу.

Summary

Mussina A.A., Amanova A.D., Suleimenova R.K., Amirseitova F.T., Zeinoldina A.S.

Non-commercial joint stock company "Astana Medical University", Astana, Kazakhstan

ASSESSMENT OF THE HEALTH STATE OF WORKERS AT RISK GROUP OF AKTOBE FERROALLOY PLANT

Developments The main and main direction of the state policy in the field of labor protection is to ensure the priority of life and the preservation of the health of workers.

An important aspect of this problem is the identification of causal relationships between the impact of factors in the working environment and possible changes in the health status of workers. Solving this problem requires new methodological approaches, among which the methodology for assessing occupational risks is currently internationally recognized.

An analysis of the health status of employees of the ferroalloy plant, from professions of risk groups, the class of which corresponds to harmful, 1 and 2 degrees, is given. It was revealed that the number of days of incapacity for work and the incidence of morbidity in these professions are much higher and more on the part of the organs of the musculoskeletal system and connective tissue, the circulatory system, diseases of the eye and its adnexa.

Key words: hazardous production, risk group, morbidity, periodic medical examination, prevention.

Сведения об авторах:

Мусина А.А., д.м.н., профессор, некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан, э/почта: mussina.a@amu.kz

Аманова А.Д., ст.преподаватель кафедры, некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан, э/почта: amanova.a@amu.kz

Сулейменова Р.К., к.м.н., доцент, некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан, э/почта: suleimenova.r@amu.kz

Амирseitova Ф.Т., ст.преподаватель кафедры, некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан, э/почта: amirseitova.f@amu.kz

Зейнолдина А.С., ст.преподаватель кафедры, некоммерческое акционерное общество «Медицинский университет Астана», г.Астана, Казахстан, э/почта: azeynoldina@mail.ru

Мүсірова А.Е., 2 курс магистранты, ҚДС, медицина факультеті, aiman_musirova@mail.ru
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан
Республикасы

Ғылыми жетекшісі: м.ғ.к., доцент м. а. Сарсенбаева Г.Ж. gulzat.1969@mail.ru
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан
Республикасы

ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАҒЫ ТҮРҒЫНДАРҒА ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ - ӘЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУ.

Жұмыстың мақсаты:

1. Жастар арасындағы жыныстық жолмен берілетін ауруларды алдын алу және еңбекке жарамды жастағы тұрғындардың арасында әлеуметтік зерттеу жүргізу.
2. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға жыныстық жолмен берілетін ауруларына медициналық - әлеуметтік зерттеу.

Жұмыстың міндеті:

1. Барлық жұмыс берушілердің жеке түрлерінің алдын ала (жұмысқа кірер алдында) және кезеңдік (жұмыс ағымында) жұмысшылардың медициналық тексеруден өтуін бақылауды ұйымдастыру.
2. Жастар арасында жыныстық жолмен берілетін аурулардың көрсеткіштерін төмендету сонымен қатар аурудың алдын алу үшін бақылауды күшейту.
3. Жастар арасындағы жыныстық жолмен берілетін ауруларды медициналық қызметкерлердің бақылауында ұстау және емдеу жолдарын жетілдіру.

Жұмыстың өзектілігі: ЖЖБЖ - мен халықтың белсенді жас топтарының кемінде 50%-ы қиналады. Бүгінгі күнгі мәліметтерге қарасақ, соңғы жылдары ЖЖБЖ (жыныстық жолмен берілетін жұқпалар) урогенитальдық трактінің қабынуы ауруына шалдығуының тұрақты өсуінің көрсеткіші анықталды. Жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулардың көрсеткішін төмендету, тиімді емдеу жолдарын жетілдіру.

Зерттелетін тақырыптың нысаны:

1. Еңбекке қабілетті жастағы тұрғындарға
2. Әльфараби және Қаратау аудандарына зерттеу жүргізу.

Жоспарланған материалдар мен зерттеу әдістері:

Аналитикалық талдау. Статистикалық талдау. Сауалнама. Әңгіме

1999 жылдан бастап Жыныстық жолмен берілетін аурулармен ауыратындар үздіксіз өсу тенденциясына ие болды. Мезгилден ауыратындардың тіркелген өскелең көрсеткіші 1998 жылы 100 000 тұрғындарға шаққанда 230,0 құрап, 164 есеге өсті. Мезгилден Солтүстік Қазақстан және Ақмола облыстарының 0,4% тұрғынын, Алматы қаласы мен Шығыс Қазақстан облысының 0,3%-ке жуық тұрғынын, Алматы, Батыс Қазақстан, Қарағанды облыстарының 0,2% тұрғынын қамтыды. Мезгилден жылға салыстырмалы түрде алғанда неғұрлым жиі кеш кезеңдерінде аңғарылуда. Гонореямен тіркелген ауыру 1998 жылы Қазақстан бойынша орташа алғанда 100 000 тұрғынға шаққанда 81,4 құрап, Атырау облысының 100 000 тұрғынына шаққанда 14,7-ден Ақмола облысының 100 000 тұрғынына шаққанда 218,5-ке дейін ауытқыды. Урогенитальдік трихомониазбен ауыру 1997 жылы қазақстан бойынша статистикалық деректерге сәйкес орташа алғанда 100 000 тұрғынға шаққанда Қостанай облысындағы ең төменгі 60,4-тен Ақмола облысындағы ең жоғары 289,0-мен 138,6 құрады. Елдің тері-венерологиялық диспансерлерінің бұл инфекцияны аңғаруға мүмкіндік бермейтін әлсіз лабораториялық базасына орай

урогенитальдық хламидиозбен ауру туралы деректер (1998 жылы орташа алғанда 100 000 тұрғынға 20,0) нақты емес. Шын мәнінде, Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институтында (ТВҒЗИ) алынған тері-венерологиялық мекемелердің урологиялық және гинекологиялық кабинеттеріне келген ауруларды тексерудің нәтижесі урогенитальдік хламидиоздың анықталу жиілігі осындай гонококколықтан 3 есе жоғары, неғұрлым көп таралған инфекциялардың бірі деп санауға мүмкіндік береді. Ано-генитальдық герпеспен ауыру есептік деректерге сәйкес тұрғындардың 100 000-на шаққанда 0,9 ды құрайды. Алайда, бұл деректерді герпатикалық инфекция практика жүзінде әлі күнге дейін жиі еленбейтіндіктен нақты деп есептеу қиын. Гарднереллездің, урогенитальдік уреамикоплазмоздың, цитомегаловирусты инфекциялардың, генитальдық кандидоздың таралуы туралы дерек жоқ [1].

Халықтың жекелеген топтарын зерттеудің нәтижесі бойынша урогенитальдік инфекциялардың 70%-тен астамы аралас болып табылғанмен олардың өсуінің жиілігі туралы деректер жоқ.

ЖЖБА-ның өсу себебі әркілі. Әлеуметтік себептердің арасынан тәуекелдің негізгі тобының: жауапсыз жыныстық қатынас жасаушы адамдардың саны күрт өсіп бара жатқанын атап өткен жөн. Бұл топты халықтың отбасынан ұзақ уақыт қол үзіп, ұсақ тасымал саудамен айналысатын кең ауқымды контингенті, әртүрлі қоныс аударушылар, жұмыссыздар мен үйсіздер, нашақорлар мен алкоголиктер толықтырады. Моральдік құндылықтардың құнсыздануының, жыныстық қызмет көрсетудің көлеңкедегі рыногының пайда болуының, дайын емес негізге себілген эротикалық және парнографиялық өнімдердің күшейіп келе жатқан ағынының, жыныстық қатынастардың ымырашылдануы маңызды мән алуда.

Денсаулық сақтаудың материалдық-техникалық базасының; оның ішінде тері-венерологиялық диспансерлер патронаждық қызметтерінің эпидемиологиялық жұмыстарды жүргізуді қиындататын; лабораториялық-диагностикалық қызметтерді ЖЖБА-ны тану мен оның мониторингінің сапасына әсер ететін; оларды санациялаудың деңгейін төмендететін, ауруларды дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету деңгейінің нашарлауы рөл атқарады. Қарым-қатынас жасаушы адамдарды милиция органдарының іздестіру мүмкіндігі азайды. Басқа адамдарды венерологиялық аурулармен қасақана зақымдаушы азаматтар өте сирек жауапқа тартылады. ЖЖБА ауруды ұстап тұруға етек жайып келе жатқан медициналық қызмет көрсетулер рыногының да рөлі әрдайым қолайлы емес. Жеке меншік емдеу мекемелерінің статистикалық есеп беруі жолға қойылмаған, жеке практика жүргізетін дәрігерлердің ЖЖБА-мен ауыратындарға медициналық көмек көрсетуін лицензиялау мәселелері реттелмеген; инфекция ошақтары эпидемиологиялық жұмыстармен қамтамасыз етілмейді.

ЖЖБА-мен аурудың өсуі себептерінің арасынан табиғи-биологиялық проблемаларды, атап айтқанда, аурушылықтың ырғақты толқуын, сірә, қоздырғыштың контагиоздігінің циклдік өзгеруімен негізделген проблемаларды есептен шығаруға болмайды [2].

Қазақстандағы ЖЖБА жанындағы медициналық көмек, әдетте әрбір облыста және Алматы қаласында (жекелеген әкімшілік-аумақтық бірлікте) бар мамандандырылған бейінді емдеу мекемелерінде, тері-венерологиялық диспансерлерінде көрсетіледі. Қазақстанның бірқатар қалалары мен аудандарында жеке дербес қалалық, аудандық және ауданаралық тері-венерологиялық диспансерлер (43) немесе аурухананың бөлімшесі құқығындағы диспансерлер, медициналық-санитарлық бөлімдердің бөлімшелері (барлығы 30), сондай-ақ 225 амбулаториялық қабылдау кабинеттері (соңғысы іс жүзінде әрбір аудан орталығында бар) кең қанат жайған. Қалалар мен аудандардың тері-венерологиялық қызмет бөлімшелері жергілікті басқару органына немесе өзінің бейінді емдеу мекемесінің

басшылығына, ал әдістемелік жағынан - облыстық (Алматы қалалық) тері-венерологиялық диспансерлерге бағынады.

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау, білім және спорт министрлігі Денсаулық сақтау комитетінің Тері-венерологиялық ғылыми-зерттеу институты елдің дерматология-венерология жөніндегі ғылыми, клиникалық, консультациялық, диагностикалық, ұйымдастыру, әдістемелік, оқу орталығы болып табылады. Институт тері-венерологиялық диспансерлердің қызметін де, Қазақстанның барлық алты медициналық жоғары оқу орындарының 4 дербес кафедралары мен екі тері-венерологиялық аурулар курстарында жүзеге асырылатын дәрігер кадрларды даярлауды да үйлестіреді.

1998 жылдың аяғында Қазақстан Республикасында 959 немесе 100 000 тұрғынға 0,6 практика жүргізуші дерматология-венеролог дәрігерлер жұмыс істеді. Бір дермато-венерологтың халыққа қызмет көрсетуінің орташа радиусы 30 км. құрады.

Елдің медициналық жоғары оқу орындарында кадрларды даярлауды 38 оқытушы, оның ішінде 3 ғылым докторы, 18 ғылым кандидаты жүргізді, ТВҒЗИ-де ЖЖБА бойынша ғылыми-әдістемелік қызметті 25 ғылыми қызметкер жүзеге асырды, олардың 5-і ғылым докторы және 10-ы ғылым кандидаты. Жаңа тарихи жағдайларда халыққа дерматология-венерологиялық көмек көрсетудің қалыптасқан жүйесі өзінің тиімділігін төмендетіп алғанын атап өту қажет. ЖЖБА-ның өсу себебінің объективті сипаты мен денсаулық сақтаудың қазіргі жай-күйінің негізінде соңғысының ЖЖБА жөніндегі ахуалға ықпалы шектелді. Маңызы өсіп келе жатқан бастапқы алдын алу жөніндегі жұмыстың ЖЖБА-мен ауруды тежеу оны төмендету ісіне іске асырылған әлеуметтік араласуы жеткіліксіз болып табылатындығын мойындауымыз қажет. ЖЖБА-мен ауруды тежеуге және төмендетуге бағытталған кешен бойынша венерологиялық инфекциялардың таралуын айқындайтын тиімді шаралар әзірлеу және медициналық-әлеуметтік процестерге енгізу болып табылады.

Зерттеу нәтижелері. Жыныстық жолдармен берілетін жұқпалардың көбеюі, халықтың ауру-сырқаулығының құрылымында әйелдердің денсаулығының жалпы көрсеткіштеріне, дені сау ұрпақтың денсаулық жағдайына және демографиялық үрдістеріне теріс әсер етеді. ЖЖБЖ адамдарды барынша жыныстық белсенділік кезеңінде және, еңбекке қабілеттіліктен айырылуға, белсіздікке немесе қынапшілік жұқпаларға, асқынулармен, жаңа туған сәби мен іштегі нәрестенің ауруға шалдығуын жиі шарттайды. Мезез, соз жұқпасын мысалға ала отырып, жалпы ЖЖБЖ шалдығу тенденциясын талдай келе, 2014 жылы жалпы ЖЖБЖ шалдығушылық арасында мезезге шалдығу 21,5, гонококтық жұқпа 23,8 анықталды. Мезез соз ауруына қарағанда бірталай төмендеген, яғни соз ауруы 2014 жылы 23,8 құраса, бұл көрсеткіш 2016 жылы 17 азайған. Мезез ауруы 2014 жылы 21,5 құраған, ал 2016 жылы 16,4 төмендегендігін көрсетеді. Соңғы жылдағы динамика аурудың төмендегендігін көрсетеді [3].

Қорытынды: Еңбекке қабілетті жастағы адамдардың әлеуметтік - медициналық сипаттамасы, ЖЖБЖ - дың таралуына қатысты келесі тенденцияларды айқындады: жыныстық өмірдің ерте басталуы, үнемі қауіпсіз жыныстық өмірді жүргізу дағдыларының болмауы, жыныстық серіктестерінің жиі ауысып отыруын және некелік азығындаушылығын. Дені сау адамда белілі бір деңгейде нәпсілік кернеу болады. Оны - нәпсі құмарлық деп атайды. Нәпсі құмарлық - тұлғаның құрамдас бір бөлігі, жақындықтың жолы, әрбір адамның өзін таныстыратын және басқа жыныс өкілдерінің биологиялық - физиологиялық ерекшелігін білудің тәсілі. Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) нәпсі құмарлыққа, өзінің жақындықты, нәсіптікті және махаббатты тілейтінді білдіретін табиғи психологиялық, әлеуметтік белгілері бар. Ол қуат - деп жазады. Нәпсі құмарлық адамда тумасынан-ақ көзге түсе бастайды, ол тұлғаның құрамдас бөлігі ретінде өмірінің соңғы сәтіне дейін сақталады. Нәпсі құмарлық жас ерекшелігіне қарай дамиды. Нәпсі құмарлықтың комионенттері: 1) мінез-құлықтық;

2)эмоциялық; 3)когнитивті (бағалы). Нәпсі құмарлық гетеросексуальды, гомосексуальды, бисексуальды болып бірнешеге бөлінеді. Жалпы реферат аясында қаралған мәліметтерге сүйене отырып, мынадай нәтижелерді айта аламын. Жыныс жолдарымен берілетін аурулардың алын алу үшін тек некеге тұрған сәттен бастап жыныстық қатынасқа түсу керек. Сонымен қатар, бір ғана серіктестің болғаны дұрыс және оның да денсаулығының сау екеніне көз жеткізу керек. Мұндай жағдайда отбасы болған сәттен дәрігерден тексеруден өту керек, егер ауру анықталса дер кезінде емделген жөн. Бұл болашақ ұрпақтың дені сау болуына кепілдік береді. Әр бір адам жеке басының тазалығын қадағалауын міндет деп ұғынғанын жөн көремін. Ортақ заттарды пайдалғанда антисептикалық заттар мен дезинфекция жасайтын қоспалар, мысалыға жеңіл қол жеткізуге болатын спиртті қолданғаны дұрыс. Жеке орамалдардың болуы, уақытылы моншаға түсу мен денені таза ұстау, тамақтанар алдында қолды жуу (сұйық су сабындарды қолданған дұрыс). Еркектерге келетін болсақ, жыныстық қатынасқа түспес алдын сақтық шараларын дұрыс жасай білуі керек. Көптеген инфекциялық аурулар жұмыртқамен қоректенетендіктен көптеген жағымсыз әсерлер тудыру мүмкін. «Сақтықта қорлық жоқ» деген сөз босқа айтылмаған сыңайлы. Қортындылай келе мынаны есте сақтау керек «Тазалық-денсаулық кепілі». Тазалық болған жерде бұл аурулардың әсері азаяды.

Әдебиеттер

1. Жуматова Г.Г. Медико - социальные аспекты болезней, передаваемых половым путем в Республике Казахстан//Центральноазиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2002. - №2. - С.55 - 58.
2. Әміреев С.Ә., Момынов Т.Ә., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. Жұқпалы аурулардың стандарттық анықтамасы және атқарылатын шаралар алгоритмдері. 1т. Алматы, 2009.
3. Абидов А.М., Сабиров У.Ю., Фаттахов Б.Ш. Изменения местного иммунитета у больных, страдающих урогенитальным уреоплазмозом // Возрастные аспекты дерматокосметологии и дермато-венерологии: тез. научных работ. - Астана: 2007. - С. 119 - 120.

Резюме

Мусирова А.Е¹, Сарсенбаева Г.Ж¹.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Республика Казахстан
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У НАСЕЛЕНИЯ В РАБОТОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ

Не менее 50% активных возрастных групп населения страдают ЗППП. Если посмотреть на сегодняшние данные, то в последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости ИППП (инфекциями, передающимися половым путем), воспалениями урогенитального тракта, снижение частоты инфекций, передающихся половым путем, совершенствование эффективных методов лечения.

Ключевые слова: венерические болезни, венерические заболевания.

Сведения об авторах:

Сарсенбаева Г.Ж., заведующая кафедрой «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье», к.м.н., и.о. доцент gulzat.1969@mail.ru.

Мусирова А.Е., магистрант 2 курса, АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» г. Шымкент, Республика Казахстан, aiman_musirova@mail.ru.

Султанбеков К.А.¹, Мизамов Д.М.²

АО «Южно-Казахстанской медицинской Академия, г. Шымкент

СОСТОЯНИЕ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация. Как известно, кадровые ресурсы любой службы определяют доступность населения к реализуемой медицинской помощи. Для решения задач системы здравоохранения, в том числе уроandroлогической службы, значимым звеном является кадровый потенциал. Кадровый состав уроandroлогической службы напрямую зависит от укомплектованности компетентным персоналом, имеющий опыт работы и соответствующую квалификационную категорию. В этой связи изучение различных количественных и качественных показателей, характеризующих кадровую инфраструктуру уроandroлогической службы Туркестанской области представляло научный интерес и было одним из приоритетов проведенного исследования. Учитывая большой опыт наблюдения и лечения андрологической патологии во всех возрастных группах, наличие четкой методологической и научной базы и наибольшего числа квалифицированных андрологов среди врачей урологов (более половины прошли курсы основ андрологии) было изучено состояние кадровых ресурсов и коечного фонда именно уроandroлогической службы Туркестанской области, как фундамента для создания андрологической службы в данном густонаселенном регионе Казахстана. Как известно, оценка доступности уроandroлогической медицинской помощи складывается из количественных и качественных показателей, одним из которых является наличие ограничений к некоторым видам медицинской помощи. Согласно приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 30.12.2003 года №979 «Об утверждении номенклатуры организаций здравоохранения»

Таблица 1 – Соотношение фактического и рекомендуемого числа врачей-урологов (приказ МЗ РК №979) в Туркестанской области

Наименование районов и городов области	2021 г.				
	Численность населения (в тыс.)	Фактическое число врачей-урологов (абс. число)	Число урологически коек	Рекомендуемое число врачей-урологов согласно приказа МЗ РК №979	±число врачей-урологов от фактического их числа
Арысский	65,0	-		1,50	-1,50
Байдыбекский	55,1	-		1,25	-1,25
Ордабасынский	96,6	-		2,25	-2,25
Казыгуртский	102,4	2		2,50	-0,50
Отрарский	56,8	-		1,25	-1,25
Махтааральский	272,4	2		6,75	-4,75
Сайрамский	258,3	2		6,25	-2,25
Сарыагашский	253,8	3		6,25	-3,25
Сузакский	53,2	-		1,25	-1,25
Толедийский	114,9	1		2,75	-1,75
Тюлькубасский	97,6	2	5	2,25	-0,25
Шардаринский	76,2	-		1,75	-1,75
г.Кентау	85,8	2	22	2,00	0,0
г.Туркестан	197,7	2		4,75	-2,75
г.Шымкент	545,4	17	40	13,50	+3,50
Итого	2331,2	33	52	58,25	-25,25

поликлинических и больничных организаций, норм нагрузки врачебного персонала в организациях здравоохранения, штатных нормативов и типовых штатов организаций здравоохранения Республики Казахстан» разработаны типовые штаты и штатные нормативы организаций здравоохранения для сельских районов до 25 тыс. человек и для городских поликлиник, расположенных в городах свыше 25 тыс. человек.

В связи с этим, нами была изучена доступность городского и сельского населения к урологической медицинской помощи в территориальных поликлиниках Туркестанской области (таблица 1). Так, согласно вышеуказанного приказа МЗ РК, должности врачей-урологов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению устанавливается из расчета 0,035 на 1000 населения.

В последние годы в Туркестанской области одним из важнейших вопросов организации специализированной медицинской помощи в области является обеспечение специализированных служб соответствующими кадрами и, прежде всего – кадрами врачей. Проведенный расчет потребности сельских административных территорий области во врачах-урологах показал, что в целом по области почти во всех населенных пунктах число должностных врачей-урологов, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь ниже рекомендуемого Министерством здравоохранения штатных нормативов для сельского здравоохранения.

В Туркестанской области проживают 2331,2 тыс. человек, в котором согласно вышеуказанного приказа должно быть 58,25 штатных должностей врачей-урологов. Однако, фактически врачебный прием ведут лишь 33 врача, что составляет 56,6% от необходимой потребности.

Следует отметить, что в Арыском, Байбыбекском, Ордабасинском, Отрарском, Сузакском и Шардаринском сельских районах штатных должностей врачей-урологов согласно приказа МЗ РК №979 должно быть соответственно 1,50, 1,25, 2,25, 1,25, 1,25 и 1,75.

При этом, в тех административных территориях области, где имеются врачи-урологи (за исключением г.Кентау), также отмечено недостаточное их число и соотношение фактического и рекомендуемого числа врачей-урологов согласно приказа МЗ РК №979 составило соответственно в Казыгуртском – 0,50, Махтааральском – 4,75, Сайрамском – 2,25, Сарыагашском – 3,25, Толебийском – 1,75, Тюлькубасском - 0,25 районах и в г.Туркестане – 2,75 штатных единиц. И только в г.Шымкенте число врачей-урологов увеличилось на 3,50 штатных единиц.

Следовательно, недоуклектованность врачей-урологов составляет в Казыгуртском – 20,0%, Махтааральском – 70,3%, Сайрамском – 68,0%, Сарыагашском – 52,0%, Толебийском – 63,6%, Тюлькубасском – 11,1% районах и в г.Туркестане – 57,8%.

Таким образом, можно констатировать, что доступность к урологической медицинской помощи населения ЮКО является недостаточной, так как имеются ограничения в получение медицинских услуг почти на всех административных территориях. Причем, у сельчан области, по сравнению с жителями городов Шымкента, Кентау и Туркестан, доступность урологической помощи еще ниже, так как из 12 сельских районов, в 6 - врачи-урологи отсутствует вообще, а в других 6 районах, в которых имеются врачи-урологи их штаты ниже рекомендуемых приказам Минздрава РК №979.

Изучение урологического коечного фонда в Туркестанской области показало, что из функционирующих 67 урологических коек, в Тюлькубасском районе размещены 5 коек или 7,4%, в г Кентау – 22 или 32,8% и в г.Шымкенте – 40 или 59,7% от общего их числа. При этом следует отметить, что в административных территориях области с численностью населения более 100 тыс. человек (Казыгуртском, Толебийском районах и в г.Туркестане) и в сельских районах с численностью населения более 200 тыс. человек

(Махтааральском, Сайрамском и Сарыагашском районах) урологические койки отсутствуют вообще.

Как показано в таблице 2, в 2019 году только 10 из 53 врачей-урологов области имели квалификационную категорию; в 2020 году из 43 врачей-урологов лишь 9 имели квалификационные категории, а в 2021 году это соотношение стало еще меньшим, а именно только 6 из 48 врачей-урологов имели квалификационные категории. При этом в 2019 году из общего числа категорийных врачей-урологов 18,8% имели высшую категорию, 16,9% - первую и 11,3% - вторую, а 53,0% из них – квалификационную категорию не имели вообще.

В 2020 году доля врачей-урологов, имеющих высшую квалификационную категорию уменьшилось с 18,8% до 13,9%; вторую – с 11,3% до 4,6%, а первая, наоборот, увеличилась с 16,9% до 37,2%. При этом удельный вес категорийных врачей-урологов в целом по области составлял лишь 55,7%.

Далее установлено, что в 2021 году доля категорийных врачей-урологов увеличилась до 62,4%. Однако, это произошло за счет увеличения удельного веса врачей, получивших первую квалификационную категорию. При этом доля врачей-урологов с высшей категорией не уменьшилась, а со второй – даже уменьшилась более чем в 2 раза.

Таблица 2 – Характеристика врачей-урологов, по квалификационным категориям в Южно-Казахстанской области

Наименование районов области	2019г.		2020г.		2021г.	
	Абс. число	Уд.вес (в %) от общего числа врачей-урологов	Абс. число	Уд.вес (в %) от общего числа врачей-урологов	Абс. число	Уд.вес (в %) от общего числа врачей-урологов
Итого по области	53,0		44,3		37,6	
Высшая						
Абсолютное число	10	18,8	6	13,9	8	16,6
Первая						
Абсолютное число	9	16,9	16	37,2	21	43,7
Вторая						
Абсолютное число	6	11,3	2	4,6	1	2,1

Надо особо выделить, что из 53 врачей-урологов 38 то есть 72% имели сертификаты о прохождении курсов по андрологии и сексопатологии.

Полученные результаты показывают, что работа по своевременной аттестации врачей-урологов на присвоение квалификационной категории в области систематически не проводится, что в свою очередь, снижает их мотивацию, сдерживает развитие урологической службы.

Таким образом, в настоящее время весьма актуальной задачей, стоящей перед урологической службой области является более полное укомплектование штатов врачей-урологов в медицинских организациях области, а также повышение квалификации хирургов общего профиля. Очевидно, что с этой целью необходимо, прежде всего, создавать привлекательные для врачей условия их труда и быта.

Известно, что приоритетную роль в диагностике урологических заболеваний играет доступность к консультативной диагностической помощи. Одним из достоинств организации урологической специализированной помощи в Южно-Казахстанской

областной многопрофильной больнице, является высокая доступность населения к консультативной и диагностической помощи самых различных специалистов.

Динамика числа уроandroлогических больных направленных на консультацию (таблица 3) показало, что в 2019 году оно составили 8124 человек. В 2020 году данный показатель увеличился на 10,1% и составило 8945 больных, а в 2017 году число направленных уроandroлогических больных на консультацию в областную больницу уменьшилось на 37,2% и составило 5621 человек.

В 2021 году число направленных уроandroлогических больных в различные областные медицинские организации распределились следующим образом: в областной консультативно-диагностический центр – 34,6%, в областную поликлинику при областной больнице – 27,7%, в областной кожно-венерологический диспансер – 18,5%, в областной онкологический диспансер – 10,0% и в областной противотуберкулезный диспансер – 9,2%.

В исследуемом 2020 году, из общего числа направленных с административных территорий области уроandroлогических больных на консультацию в областные медицинские организации незначительно изменилась, но по-прежнему, наибольший их удельный вес приходился на областной консультативно-диагностический центр – 30,3%, на второе ранговое место переместились больные, направленные в областной кожно-венерологический диспансер – 23,6%, на третьем оказалась областная поликлиника при областной больнице – 23,1%, на четвертом и пятом месте, как и ранее, остались областные онкологический (11,8%) и противотуберкулезный (11,1%) диспансеры.

Сравнительный анализ числа урологических больных, направленных на консультацию в различные областные медицинские организации показал, что в 2020 году увеличилось число больных, направленных в областные узкоспециализированные медицинские организации: областной онкологический диспансер – на 30,1%, областной кожно-венерологический диспансер – на 40,7% и областной противотуберкулезный диспансер – 32,4%. И, напротив, уменьшилось число уроandroлогических больных, направленных в поликлинику областной больницы – на 8,2% и областной консультативно-диагностический центр – на 3,4%.

Установлено далее, что в 2021 году, как и в предыдущем году, структура уроandroлогических больных, направляемых на консультацию в областные медицинские организации не изменилось. При этом в областной консультативно-диагностический центр были направлены – 50,2% больных, в областной кожно-венерологический диспансер – 18,0%, поликлинику при областной больнице – 10,9%, в областные онкологический и противотуберкулезный диспансеры, соответственно по 10,5% больных.

При этом число направленных на консультацию уроandroлогических больных из сельских районов области в 2021 году по отношению к 2020 увеличилось только в областной консультативно-диагностическом центре – на 4,1%. В остальных областных медицинских организациях данный показатель снизился: в поликлинике при областной больнице - на 70,5%, областном онкологическом диспансере – на 44,4% в областном кожно-венерологическом диспансере – на 52,2% и в областном противотуберкулезном диспансере – на 40,9%.

Таким образом, можно констатировать, что именно из-за отсутствия низкой укомплектованности и низкой квалификацией врачей-урологов в сельских административных территориях Туркестанской области, отмечается высокий удельный вес уроandroлогических больных, направляемых на консультацию в такие узкоспециализированные областные медицинские организации, как областной онкологический, кожно-венерологический и противотуберкулезный диспансеры, доля которых составила в 2019 году – 37,7%, в 2020 году – 46,5% и в 2021 году – 39,0% от общего проконсультированных больных.

Таблица 3 – Динамика числа уроandroлогических больных направленных на консультацию в различные областные медицинские организации

Наименование медицинской организации	2019 г.		2020г.		% к 2010 г.	2021 г.		% к 2016 г.
	Абс.число	Уд.вес (%)	Абс.число	Уд.вес (%)		Абс.число	Уд.вес (%)	
Областная поликлиника при областной больнице	2252	27,7	2068	23,1	91,8	611	10,9	29,5
Областной консультативно-диагностический центр	2807	34,6	2712	30,3	96,6	2821	50,2	104,1
Областной онкологический диспансер	812	10,0	1056	11,8	130,1	588	10,5	55,6
Областной кожно-венерологический диспансер	1502	18,5	2114	23,6	140,7	1012	18,0	47,8
Областной противотуберкулезный диспансер	751	9,2	995	11,1	132,4	589	10,5	59,1
Всего	8124	100,0	8945	100,0	110,1	5621	100,0	62,8

Результаты исследования показали, что обеспеченность административных территорий Туркестанской области врачами-урологами крайне неравномерно. Анализируя причины сложившегося положения можно полагать, что основными из них являются:

1. Отсутствие или малое число нормативных штатных должностей врачей-урологов, особенно в густонаселенных сельских районах области.
2. Концентрация врачей-урологов в г.Шымкенте, в котором для их полного трудоустройства нет соответствующих должностей.
3. Чрезмерная оптимизация инфраструктуры урологической службы, проведенной в 2003-2005 годах.

Литература

1. Бижигитов Ж.Б., Султанбеков К.А. К вопросу о внедрении стационарзамещающих технологий в амбулаторно-поликлинических организациях: Materialy V Mezinarodni Vedecko-Prakticka Konferencija «Moderni Vymozenosti Vedy-2010». – Praha, 2010. – S.9-12.
2. Чен А.Н., Куракбаев К.К., Жаппаров З.Ж., Ботайбеков А., Ишанова Г.Р., Казанбаева Л.О., Утеулиева Б.К., Тлеулиев К., Альменов С., Асланова Н., Турсынбекова Ж., Танибергенов С., Султанбеков К. О методических подходах к разработке индикаторов оценки эффективности медицинской помощи населению по конечным результатам деятельности органов и организаций здравоохранения: Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – Астана, 2007. – Т.1., Часть 1. – С.61-63.
3. Неймарк А.И., Алиев Р.Т., Колядо В.Б. Андрологическая служба в Российской Федерации: организационная модель. М., ИД «Медпрактика-М». 2009.116с.

Түйін

Султанбеков К. А.¹, к.м.н, доцент кафедры «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» АО «Южно-Казахстанской медицинской академия, г. Шымкент, Председатель ОО «Урологи Южного Казахстана».

Мизамов Д. М.², преподаватель кафедры «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» АО «Южно-Казахстанской медицинской Академия», г. Шымкент

Сұлтанбеков К. А.¹, Мизамов Д. М.², "Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы" АҚ, Шымкент қ.

ТҮРКІСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ УРОАНДРОЛОГИЯЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ ЖАҒДАЙЫ

Кез-келген қызметтің кадрлық ресурстары халықтың медициналық көмекке қол жетімділігін алдын-ала анықтайтыны белгілі.

Денсаулық сақтау жүйесінің, оның ішінде уроандрологиялық қызметтің міндеттерін шешу үшін кадрлық әлеует маңызды буын болып табылады. Урологиялық қызметтің кадрлық құрамы жұмыс тәжірибесі және тиісті біліктілік санаты бар Құзыретті персоналмен қамтамасыз етілуіне тікелей байланысты.

Осыған байланысты Түркістан облысының урологиялық қызметінің кадрлық инфрақұрылымын сипаттайтын әртүрлі сандық және сапалық көрсеткіштерді зерттеу ғылыми қызығушылық тудырды және жүргізілген зерттеудің басымдықтарының бірі болды.

Барлық жас топтарындағы андрологиялық патологияны бақылау мен емдеудің үлкен тәжірибесін ескере отырып, нақты әдіснамалық және ғылыми базаның және уролог дәрігерлер арасында білікті андрологтардың ең көп санының болуы (жартысынан көбі андрология негіздері курстарынан өтті)Қазақстанның осы тығыз қоныстанған аймағында андрологиялық қызметті құрудың негізі ретінде Түркістан облысының урологиялық қызметінің кадр ресурстары мен төсек қорының жай-күйі зерттелді.

Өздеріңіз білетіндей, урологиялық медициналық көмектің қолжетімділігін бағалау сандық және сапалық көрсеткіштерден тұрады, олардың бірі медициналық көмектің кейбір түрлеріне шектеулердің болуы болып табылады. "Денсаулық сақтау ұйымдарының номенклатурасын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2003.12.30 №979 бұйрығына сәйкес

Annotation.

Sultanbekov K.A.¹, Mizamov D.M.²

"South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent

THE STATE OF THE UROANDROLOGICAL SERVICE OF THE TURKESTAN REGION.

As you know, the human resources of any service predetermine the availability of the population to the medical care provided.

To solve the problems of the healthcare system, including the uroandrological service, a significant link is the human potential. The staffing of the urological service directly depends on the staffing of competent personnel with work experience and the appropriate qualification category.

In this regard, the study of various quantitative and qualitative indicators characterizing the personnel infrastructure of the urological service of the Turkestan region was of scientific interest and was one of the priorities of the study.

Taking into account the extensive experience in the observation and treatment of andrological pathology in all age groups, the presence of a clear methodological and scientific base and the largest number of qualified andrologists among urologists (more than half have completed courses in the basics of andrology) the state of human resources and the bed fund of the urological service of the Turkestan region, as the foundation for the creation of an andrological service in this densely populated region of Kazakhstan, was studied.

As you know, the assessment of the availability of urological medical care consists of quantitative and qualitative indicators, one of which is the presence of restrictions to certain types of medical care. According to the order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan dated 30.12.2003 No. 979 "On approval of the nomenclature of healthcare organizations"

УДК 617-089:616.74-007.233-02:613.26-08-084

Амреева К.Е., Шайхина Ж.Г.

КеАҚ «Қарағанды медициналық университеті» қоғамдық денсаулық сақтау және биомедицина мектебі

ХИРУРГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДА НУТРИТИВТІК ЖЕТІСПЕУШІЛІКТІ БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІ

Түйін

Бірқатар шетелдік зерттеулерде хирургиялық науқастардың тамақтану жағдайын скрининг жасаған кезінде пациенттердің 30-дан 69% -ға дейін тамақтану тапшылығынан зардап шегетінін және міндетті тамақтану терапиясын қажет екені айтылған. Бұл мақалада нутриционды статусты науқас ағзасының тағамдық заттар мен энергияға қажеттілігіне байланысты бағалау, антропометриялық, биохимиялық және иммунологиялық көрсеткіштерін анықтау арқылы жүзеге асырылу ұсынылған.

Кілт сөздер: нутриционды статус, әдістер, науқастар, жеткіліксіз тамақтану, белоктық-энергиялық жетіспеушілік.

Кіріспе. Көптеген зерттеулерде тамақтанудың бұзылыстары, белоктық-энергиялық жетіспеушілік жағдайы стационарда жатып ем алушы науқастардың сырқаттануы мен өлімінің көрсеткіштеріне маңызды әсер ететіндігі дәлелденген. Осыған байланысты жетіспеушілікті тамақтану жағдайларын анықтау және оларды түзетуде адекватты бақылауды жүргізу маңызды міндет болып табылады. 2000 жылы «Еуропалық парентеральды және энтеральды тамақтану қауымдастығы» ұсынған есебі бойынша әртүрлі профильдегі хирургиялық емделушілерде тағамдық жеткіліксіздіктің жиілігі 30-40% диапазонында болатыны анықталған. Хирургиялық клиникада тамақтануды қамтамасыз етудің стратегиялық векторы науқастың негізгі аурудың салдары ретінде бастапқыда болған тамақтану жағдайының бұзылуының, сондай-ақ операциядан кейін табиғи түрде пайда болатын гиперметаболизм мен катаболизмнің алдын алу немесе түзету болып табылады. Сонымен қатар, катаболикалық бұзылулардың ауырлығы негізгі аурудың ауырлығына және хирургиялық араласудың травматикалық сипатына тікелей байланысты екені белгілі [1,2,3,4,5].

Жұмыстың мақсаты – әртүрлі профильдегі хирургиялық науқастардағы нутритивтік жетіспеушілікті бағалау әдістері.

Жеткіліксіз тамақтану дегеніміз түскен және шығындалғын нутриенттер мен энергия сәйкессіздігі дене салмағының төмендеуі мен ағзаның компоненттік құрамының өзгеруіне әкеледі. Жеткіліксіз тамақтанудың белгісі әртүрлі формада (белокты, энергиялы, витаминді, минералды) көрініс береді, емдік тәжірибеде жиі кездеседі. ESPEN 2000 г. мәлімет бойынша стационарлық науқастар арасында жеткіліксіз тамақтану былай жіктелген: инфекциялық науқастар 60 %, онкологиялық науқастар 46-88 %, терапевтік науқастар 46-59 %, хирургиялық науқастар 27-48 %. Жеткіліксіз тамақтану салдарынан хирургиялық науқастардың отадан кейін асқынулар 6 есе, ал өлім 11 есеге жоғарлаған. Жеткіліксіз тамақтанудың даму механизімі мен негізгі себептері анықталған [5,6,7,8].

Сондықтан нутритивтік қолдаудың қай түрін және қанша тағайындау керек екенін анықтау үшін алдымен науқастың нутрициондық мәртебесін біліп алған жөн. Нутриционды статус келесілерді анықтау үшін қажет: а) белокты-энергиялық жетіспеушілігінің ерте диагностикасы үшін; б) белокты-энергиялық жетіспеушілігінің емделуіне бақылау жүргізу;

в) аурудың ағымын болжамдау және емдеудің белсенді және оперативті әдістерін қоладнудың қауіп - қатерін анықтау мақсатында; г) стационарда жатқан науқастардың сырқаттанушылығы мен өлімін төмендету үшін; е) емдік зерттеулерді жүргізу кезінде науқастардың топтарын анықтау мақсатында.

Нутриционды статусты бағалаудың негізгі әдістері сұраудан, диетаны талдаудан, антропометриядан, биохимиялық маркерлерді анықтаудан, дене құрамын талдаудан, иммундық статусты және физикалық белсенділікті бағалаудан тұрады [9].

Нутриционды статусты бағалау әдістері:

1. Анамнез. Анамнезды жинау кезінде келесіге назар аудару қажет: дене салмағының өзгертулері, анорексияның көріністері, құсу, қан кетуі, жыныс функциясының бұзылыстары, жүктіліктің ағымы, лактацияның, менструацияның ағымын, тамақтық қоспалардың қолдануын (соның ішінде витаминдердің және микроэлементтердің), және тамақтануға әсер ететін дәрілік препараттардың. Анықталған аурулардың ағымын олардың науқастың тамақтануына әсер ету мүмкіндігі бойынша айқындау керек.

2. Диетаны талдау: палатада науқасқа бақылау жүргізу, сұрау (24 сағат ішінде немесе 4-7 күн) және күнделікті тамақтану кестесіне және тамаққа химиялық талдау жасау, сондай-ақ тамақты өлшеу.

3. Физикалық қарау: тері, майдың қоры, бұлшық еттің салмағы және т.б. Физикалық қарау белокты-энергиялық жетіспеушілігін диагностикалауға және жекелеген нутриенттердің жетіспеушілігін анықтауға мүмкіндік береді.

4. Антропометриялық зерттеулер: дененің бойы мен салмағы, балаларда дене бойы мен салмағының қосылуы, тері-май қабаты (калипермен, рентгенологиялық, ЭКГ, УДЗ, ЯМРТ зерттеу), иық аумағы, иық бұлшық ет аумағы мен ауданы.

5. Дене құрамын бағалау (танита аспабы көмегімен) висцеральды май, сүйек массасы, бұлшық ет массасы, судың көлемін анықтау арқылы.

6. Биохимиялық әдістер: қан мен зәрдің электролиттері (К, Са, Р, Mg, Na, Cu, Zn), қан мен зәрдің азоты, зәрдің азот/креатинин қатынасы, креатинин-дене бойының индексі, зәрдің 3-метилгистидині, қан сары суының висцералды ақуыздары (альбумин, трансферрин, преальбумин, ретинол-байланыстыратын белок, комплементтің фракциялары, рибонуклеаза, псевдохоллинэстераза, церулоплаз-мин, фибропектин, сt-2 HS-гликопротеин, жедел фазалы ақуыздар), синтезбен метаболизмнің деңгейі, қан сары суының аминқышқылдарының деңгейі (эссенциалды/эссенциалды емес аминқышқылдардың арақатынасы, валин/глицин), қан мен қан сары суында витаминдердің деңгейі, витаминтәуелді ферменттердің белсенділігі, азоттың балансты зерттеулері, басқа әдістер (қан клеткаларының формуласы, зәр қышқылы, қан липидтерінің фракциялары, липопротеидтердің липазасы, сілтілі фосфатаза, зәрдің гидроксипролины, тиреоидты гормондар, ферритин, темірді байлау қабілеттілігі, темір, протромбин уақыты, қан сарысуының және зәрдің осмолярдігі, қан сары суының эссенциалды және эссенциалды емес май қышқылдары, минералды заттар).

7. Иммунологиялық бағалау: қанның лимфоциттері (саны, түрі, бластогенез), антиденелердің синтезі, терінің реактивтілігі, лейкоциттердің хемотаксисі, фагоцитоз, бактерицидті белсенділік, гемаглютинацияға сезімталдық, бластогенездің факторы, тимус гормондарының белсенділігі және т.б.

8. Функционалды зерттеулер: бұлшықетінің күші (динамометрия, велоэгометрия, элетростимуляциядан кейін изометриялық қысқартулар).

Науқастың нутриционды статусының дәлдігін әртүрлі дәрежесімен бағалауға болатын әдістердің бірқатары: антропометриялық, биохимиялық және иммунологиялық көрсеткіштерінің кешенінен тұрады.

Тамақтану статусын зерттеу бағдарламасын анықтауға міндетті түрде кіретін көрсеткіштер.

- Жалпы қан анализі (толық формуласымен)
- Жалпы зәр анализі
- Белокты алмасуды сипаттайтын көрсеткіштер (қан сары суында белоктын жалпы саны, белокты фракциялары және т.б.)
- Липидті алмасуды сипаттайтын көрсеткіштер (жалпы липид және липидті спектр және т.б.)
- Көмірсулы алмасуды сипаттайтын көрсеткіштер (қандағы глюкоза)
- Минералды алмасуды сипаттайтын көрсеткіштер (қан плазмасындағы темір, қан сарысуының темір байланыстыру қасиеті)
- Витаминмен қамтамасыз ету көрсеткіштері (қанда және зәрде С витамині және басқа да витаминнің көрсеткіші).

Тамақтану статусын бағалауды анықтаудың биохимиялық (зертханалық) көрсеткіштері ұсынылады:

- жалпы белок;
- альбумин – тұрақты болжаушы маркер болып табылады.
- трансферрин – қан сары суында оның төмендеуі белокты тамақтанудың ерте өзгерістерін анықтауға көмектеседі.
- лимфоциттердің абсолютті саны – белокты жеткіліксіздік деңгейі мен иммундық жүйе жағдайын лимфоцит санымен бағалау.
- кез келген микробты антигенмен терілік сынама иммуносупрессияны дәлелдейді.
- азотты балансты бағалау (АБ).

Науқастың энергияға қажеттілігін анықтау үшін Харрис-Бенедикт теңдеуін пайдалануға болады (кесте 1). Формуласы мынадай:

Энергияға қажеттілігі (ЭЖ) = негізгі алмасу шамасы (НАШ) x белсенділік факторы (БФ) x Температура факторы(ТФ) x зақымдалу факторы (ЗФ) x Дене салмағының аздығы.

Негізгі алмасу (ерлер) = $66,47 + (13,75 \times m) + (5 \times P) - (6,76 \times B)$

Негізгі алмасу (әйелдер) = $655, 1 + (9,56 \times m) + (1,85 \times P) - (4,68 \times B)$,

мұндағы m - килограммдағы дене салмағы, P - сантиметрмен өсу, B - жылдардағы жас.

Кесте -1 Харрис-Бенедикт теңдеуін түзету коэффициенттері.

Температуралық фактор	Зақымдалу факторы	Дене салмағының жетіспеуі	Белсенділік факторы
38°C – 1, 1	Аз көлемдегі ота – 1,1	10–20% – 1,1	Төсек тәртібі – 1,1
39°C – 1, 2	Үлкен көлемдегі ота – 1,3	>20–30% – 1,2	Палаталық тәртіп – 1,2
40°C – 1, 3	Сынық- 1,2	>30% – 1,3	Жалпы тәртіп – 1,3
41°C – 1, 4	Перитонит – 1,4		
	Сепсис – 1,5		
	Полиатравма, бас-ми жарақаты – 1,6		
	Күйік 30% – 1,7 дейін		
	Күйік 30–50% – 1,8 дейін		
	Күйік 50–70% – 2,0 дейін		
	Күйік 70–90% – 2,2 дейін		

Денсаулық сақтаудың Дүниежүзілік ұйымының эксперттері белокты-энергиялық жетіспеушілігінің емдік көріністеріне келесіні жатқызады:

- Қаңқа сүйектерінің шығып тұруы
- Тері серпімділігінің жоғалуы
- Жіңішке, сирек, жеңіл түсетін шаш

- Тері мен шаштың депигментациясы
- Ісінулер, бұлшық еттің әлсіреуі
- Ой мен физикалық жұмысқа қабілеттілігінің төмендеуі

Шын мәнінде, кез келген ауырлық дәрежесіндегі тағамдық жеткіліксіздігі бар науқасты анықтау тағамдық қолдаудың автоматты көрсеткіші болып табылады. Осыған байланысты, тағамдық қолдауды «екінші» диеталық тамақтану ретінде емес, бірқатар нақты тұжырымдалған талаптарды қанағаттандыра отырып, емдеу процесінің маңызды құрамдастарының бірі ретінде қарастырған жөн. Тамақтануды қолдаудың негізгі принциптеріне мыналар жатады:

1. Уақытында бастау (тамақтану тапшылығы анықталса немесе операциядан кейінгі алғашқы 24-48 сағатта бастапқы қалыпты тамақтану жағдайымен);

2. Процедураның жеткілікті ұзақтығы (тамақтану жағдайы қалыпқа келтірілгенге және науқас жағдайының оң динамикасына қол жеткізілгенге дейін);

3. Инъекциялық энергия тасымалдаушылар мен пластикалық субстраттар мөлшерінің пациенттің энергия мен ақуызға деген қажеттілігіне сәйкестігі;

4. Макро- және микроэлементтердің құрамы бойынша қоректік заттардың жеткіліктілігі және балансы.

5. Нақты клиникалық жағдайға сәйкес қоректік заттарды енгізу әдісін дұрыс таңдау (пер OS тамақтану, асқазан түтігі немесе энтеральды тамақтану, парентеральды тамақтану).

Егер науқас қажетті тағамдық және энергиялық заттармен жеткіліксіз қамтамасыз етілген жағдайда (айталық тамақтанбаса немесе мүмкіндігі болмаса), науқастар үшін нутритивтік қолдау жоспарланған хирургиялық араласудан 2 апта бұрын тағайындалады. Науқас 5-7 күннен артық тамақ іше алмаса немесе ≥ 10 күн бойына ұсынылатын ақуыздың және энергия тұтынуының $<60\%$ -ын құраса, нутритивтік қолдау тағайындалу керек.

Жеткіліксіз тамақтану диагнозы келесі көрсеткіштердің негізінде қоюға болады:

- 10% артық дене салмағының төмендеуі;
- 35г/л төмен қан альбуминінің төмендеуі;
- 1800 төмен лимфоциттердің абсолютты санының төмендеуі
- Соңғы 3 айдың ішінде дене салмағының 10% артық төмендеуі.

Қорытынды. Сонымен хирургиялық науқастарда нутритивтік жетіспеушілікті диагностикалаудың негізгі бағытының бірі ол кешенді терапия тағайындар алдында нутритивтік мәртебесін, нутриенттік қолдаудың мақсаттылығы мен тиімділігін және нутритивтік жетіспеушілікте «мінсіз (идеалды)» параметрін бағалау керек.

Әдебиеттер

1. Лейдерман И.Н., Грицан А.И., Заболотских И.Б. и др. Метаболический контроль и нутритивная поддержка у пациентов на длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Клинические рекомендации// Анестезиология и реаниматология 2019.- №4.- с. 5-19 <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology20190415>

2. Тутельян, В. А Нутрициология и клиническая диетология /под ред. Тутельяна В. А., Никитюка Д. Б. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 656 с.

3. Руководство по клиническому питанию / В. М. Луфт, В. С. Афончиков, А. В. Дмитриев и др. — СПб., 2016. — С. 112.

4. Костюченко, М. В. Особенности коррекции белково-энергетической недостаточности при хирургическом эндотоксикозе / М. В. Костюченко // Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2014. — № 1. — С. 20— 23.

5. Герилевич, Л. В. Нерешенные вопросы нутритивной поддержки в онкохирургии / Л. В. Герилевич, И. Н. Лейдерман, О. Г. Еремеева // Вестник интенсивной терапии. — 2014. — № 1. — С. 45—49.

6. Preoperative immunonutrition and its effect on postoperative outcomes in well-nourished and malnourished gastrointestinal surgery patients: a randomized controlled trial / L. A. Barker, C. Gray, L. Wilson et al. // Eur J Clin Nutr. — 2013. — № 67. — P. 7.

7. Berger, M. M. Development and current use of parenteral nutrition in critical care — an opinion paper / M. M. Berger, C. Pichard // Critical Care. — 2014. — № 18 (4). — P. 478.

8. Nutritional Assessment in Critically Ill Patients / N. Hejazi, Z. Mazloom, F. Zand et al. // Iranian Journal of Medical Sciences. — 2016. — 41 (3). — P. 171—179.

9. Терехин С.П., Ахметова С.В., Лапшина Л.Н., Амреева К.Е., Халықтың әртүрлі топтарының тамақтануын зерттеу және бағалау.- /учебно-методическое пособие. - Караганда: 2011. - 124 с.

Резюме

Амреева К.Е., Шайхина Ж.Г.

Методы оценки нутритивной недостаточности у хирургических больных Школа общественного здоровья и биомедицины, МУК «Карагандинский медицинский университет».

В ряде зарубежных исследований при скрининге нутритивного статуса хирургических больных констатируется, что от 30 до 69% больных страдают нутритивной недостаточностью и нуждаются в обязательной нутритивной терапии. В данной статье предлагается оценивать нутритивный статус организма больного в связи с потребностью в питательных веществах и энергии, определять антропометрические, биохимические и иммунологические показатели.

Ключевые слова: нутритивный статус, методы, больные, недостаточное питание, белково-энергетическая недостаточность.

Summary

Amreyeva K.E., Shaikhina J.G.

Method of assessment of nutritional deficiency in surgical patients School of Public Health and Biomedicine, MUC " Karaganda medical university ".

In a number of foreign studies, when screening the nutritional status of surgical patients, it was stated that from 30 to 69% of patients suffer from nutritional deficiency and require mandatory nutritional therapy. This article proposes to assess the nutritional status of the patient's body in connection with the need for nutrients and energy, to determine anthropometric, biochemical and immunological parameters.

Key words: nutritional status, methods, patients, malnutrition, protein-energy malnutrition.

Авторлар туралы мәлімет:

1. Амреева Кымбат Ералиевна - КЕАҚ «ҚМУ» қоғамдық денсаулық және биомедицина мектебінің қауымдастырылған профессоры, м.ғ.к. Amreeva@kgmu.kz.

2. Шайхина Жанат Кабдуллаевна - КЕАҚ «ҚМУ» қоғамдық денсаулық және биомедицина мектебінің ассистент профессоры Zhanat_shajxina@mail.ru

Орынтаева Г. – ҚДС, 4 курс студенті

Ғылыми жетекші: м.ғ.к. Ескерова С.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан

ЕМДЕУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕГІ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Өзектілігі: Медициналық мамандық адам денсаулығына (оның ішінде репродуктивті денсаулығына), психикалық денсаулыққа және әлеуметтік әл-ауқатқа нұқсан келтіретін биологиялық факторлардың, стрестің, дене белсенділігінің және т.б. әсер етуімен сипатталатындығы белгілі.

Ресей ғалымдары жүргізген ғылыми зерттеуінде жұмыс күнінің соңына қарай иммунитеттің әлсіреуі санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау қызметтері, перзентханалар, сондай-ақ жедел жәрдем және күйік орталықтары қызметкерлері арасында байқалатындығын дәлелдеді. Жалпы алғанда, әдебиеттерде медициналық қызметкерлердің негізгі кәсіптерінің еңбек жағдайлары P2.2.2006-05 нұсқаулығының көрсеткіштері бойынша зияндылықтың 3.2–3.3 сыныптары ретінде және эпидемия кезінде жоғары жұмыс жүктемесінің, стрестің, жеке қорғаныш құралдарының пайдалану жағдайында және т.б., еңбек жағдайларында өте зиянды және экстремалды 3.4-4 сыныптары ретінде бағалануы мүмкін[1]. Сонымен қатар, бұқаралық ақпарат құралдары олардың жоғарылағанын атап өтсе де, медициналық қызметкерлер арасында аурушаңдық пен өлім-жітім бойынша нақты статистикалық мәлімет жоқ.

Басқада ғалымдардың жүргізген ғылыми зерттеу жұмысының нәтижесі бойынша емдеу мекемелерінде жұмыс жасайтын медицина қызметкерлері арасында қалыптасқан еңбек жағдайына байланысты негізінен кәсіби жұқпалы аурулар 88,9%, оның ішінде вирусты гепатит 20,5%, туберкулёз 68,4% диагностикаланған. Ал 2020 жылы медицина мамандарының арасында биологиялық фактордан көп таралған кәсіби ауру – бұл COVID-19 ауруы болды[2]. Сонымен бірге, медицина маманында әкімшілік маманына қарағанда мазасыздық, үрей және депрессия жиірек байқалды[3]. Емдеу мекемелерінде пандемия кезінде медицина мамандары «психологиялық жану» жағдайында еңбек етті. Оны медицина мамандары арасында белгілі «Дәрігер анықтамасы» мобильді қосымшасының командасы сұрақнама арқылы анықтады. Сұрақнама қорытындысы бойынша респонденттердің, корнавируспен ауырған науқастармен жұмыс жасағандарының 30%-ы шаршауына байланысты жұмыстан шығуға ниет білдіргендер, 37% эмоционалдық күйзелістен денсаулығында кінәрат пайда болғандығы анықталды. Зерттеуге барлығы 2822 респондент қатысқан, оның 90% дәрігерлер, 611 маман сол кезде «қызыл аймақта» жұмыс жасаған[4].

Медициналық қызметкерлердің еңбегін қорғаудың маңызды құрамдас бөліктерінің бірі өндірістік қауіптерден – медицина қызметкерлерінің денсаулығына қолайсыз әсер ететін факторлардан қорғау болып табылады[5]. Осы жағымсыз факторларды тудыратын қызметтің рұқсат етілген шарттарынан ауытқулар еңбек өнімділігіне кері әсер етеді, әл-ауқатты нашарлатады, жарақаттарға, әртүрлі ауруларға алып келеді.

Инфекциялық саладағы медицина қызметкерлерінің жұмысы адам қызметінің ең күрделі және жауапты түрлерінің бірі болып табылады. Ол елеулі интеллектуалдық жүктемелермен, ал кейбір жағдайларда үлкен физикалық күшпен сипатталады. Инфекциялық бейінді медицина қызметкерлерінің жұмысы көбінесе экстремалды жағдайларда жоғары көңіл бөлу, төзімділікті және жоғары жұмыс қабілеттілігін талап етеді. Сонымен, жүргізілген ғылыми зерттеулерді зерделей отырып, бүгінгі таңда медицина мамандарының еңбек жағдайына толығымен гигиеналық зерттеу жүргізудің өзектілігі еш уақытта жойылмақ емес.

Зерттеу мақсаты: халыққа медициналық көмек көрсететін емдеу мекемелерінде медицина қызметкерлерінің еңбек ету ортасын гигиеналық тұрғыдан бағалау.

Зерттеу міндеті: Емдеу мекемелеріндегі медициналық қызметкерлердің еңбек ету ортасына гигиеналық сипаттама беру.

Зерттеу нысаны: Шымкент қаласының емдеу мекемелері: №3 қалалық емхана мен қалалық жұқпалы аурулар ауруханасы.

Зерттеу нәтижесі: Біздің медицина мамандарына жүргізген сауалнамаға барлығы 176 респондент жауап берді, оның ішінде жұқпалы аурулар ауруханасынан 101 маман, №3 емханадан 75 маман қатысты. Сауалнамаға қатысқан 176 медицина қызметкерлерінің 19 (10,8%) ер адам, 157 (89,2%) әйелдер болды. Жұқпалы аурулар ауруханасынан 101 респондент қатысты, оның ішінде 84 әйел және 17 ер адам қатысты, сәйкесінше пайыздық көрсеткіші 16,83% және 83,17% құраса, №3 емханадан 73 әйел және 2 ер адам қатысты, пайыздық көрсеткіші сәйкесінше 97,4% және 2,6% құрады (кесте 1). Сонымен бірге респонденттердің ішінде 40 (22,72%) жоғары медициналық білімі бар, қалған 136 (77,28%) кәсіби орта білімі бар. Сауалнамаға қатысқан медицина мамандарының жас құрамын зерделеу нәтижесінде: 31-40 жас - 41 , 41-50 жас- 48 және 51-60 жас - 27 маман жас топтарына жатқызылды, сондай-ақ мамандар арасында жасы 61-ден жоғары мамандар кездеспеді.

Кесте 1 – Медицина мамандарының жас-жыныстық құрылымы

Жас топтары	Жынысы				Барлығы	
	Ерлер саны		Әйелдер саны		Абс. сан	%
	Емхана	Аурухана	Емхана	Аурухана		
21-30 жас	-	-	25	16	41	23,3
31-40 жас	1	4	28	15	48	27,3
41-50 жас	-	8	17	35	60	34,1
51-60 жас	1	5	3	18	27	15,3
61-70 жас	-					
Барлығы	2	17	73	84	176	100

№3 емхана мен жұқпалы аурулар ауруханасының медицина қызметкерлерінің еңбек жағдайы мен еңбек үрдісі екі аталған медициналық ұйымдардың көрсететін қызмет түріне байланысты болады. Өйткені емхана әртүрлі аурулармен сырқаттанған өз аяқтарымен жүруге мүмкіндіктері бар немесе жедел жәрдем шақырған науқастарға алғашқы медициналық жәрдем көрсетеді. Өз кезегінде жұқпалы аурулар ауруханасы қауіпті және аса қауіпті аурулармен сырқаттанған науқастарға арнайыландырылған медициналық көмек көрсететін мекеме болып табылады. Сол себепті екі мекемеде де жұмыс жасайтын медицина мамандарының еңбек ету ортасы мен еңбек үрдісі бір-бірінен айтарлықтай айырмашылығы болады, бұған қоса, әрбір емдеу-профилактикалық мекемелерінің түріне байланысты, атап айтсақ туберкулезге қарсы аурухана, тері-венерологиялық диспансер, эндокринология диспансері, кардиология орталығы және тағы басқа мекемелерде еңбек ететін мамандардың еңбек жағдайлары өзара ерекшеленеді. Осы ерекшеліктерді біз зерттеу барысында ашуға тырыстық. Жоғарыда аталған медицина мекемелерін зерттеу нысаны ретінде алуымыздың себебі бүкіләлемдік пандемия кезеңінде жұқпалы аурулар ауруханасының және емханалардың маңызы өте жоғары болды.

№3 емхананың және аурухананың медициналық дәрігерлерінің тәуліктік жұмысының хронометражы, ең көп атқаратын жұмыс түрлері мен уақыт шығыны 2-кестеде көрсетілді. Жалпы тәжірибелік дәрігерлердің және басқада маман-дәрігерлердің жұмыс уақыты 6 және 8 сағаттық, олар жылжымалы кестемен аптаның күндеріне қарай емхана кабинетінде бір күндері таңертен, кей күндері түстен кейін жұмыс жасайды. Өйткені жалпы тәжірибелік дәрігерлер сағат 8.00-ден 12.00-ге дейін емханада, ал 14.00-ден 17.00-ге дейін үйге шақыртуларға барады. №3 емхананың дәрігерлері жұмыс уақытының 300±10 минутын (67%)

науқастарды қарауға, 30±5 минутын (11%) жиналыстарға қатысуға, 40±5 минутын (14%) компьютерге ақпарат енгізуге жұмсайтындығы анықталды.

Кесте 2. Дәрігерлердің тәуліктік жұмыс хронометражы бойынша көп уақыт шығындайтын жұмыс түрлері

№	Орындалатын жұмыс түрлері	Шығындалатын уақыт, (M±m, мин)
Жұмыстың басталуы 8 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰ немесе 14 ⁰⁰ -17 ⁰⁰		
<i>Емхана</i>		
1	Науқастарды қарау	300±10
2	Жиналыстарға қатысу	30±5
3	Компьютерге ақпарат енгізу	40±5
<i>Аурухана</i>		
4	КМАЖ порталына ақпараттарды енгізу	50±10
5	Бөлімшедегі ауқастарды қарау	120±10
6	Жаңадан түскен науқастарды қабылдау	120±10

Еңбек ету жағдайын гигиеналық бағалау мақсатында біздер жұқпалы аурулар ауруханасында еңбек ететін мейірбикелердің бір күндік хронометражын салыстыра отырып, ерекшеліктерін зерттедік. Мейірбикелердің негізгі жұмыс уақыты 8 сағаттық. Сауалнама барысында анықталғандай №3 емхана мейірбикелерінің уақыт шығынын көп жұмсайтын жұмыс түрлері науқастарды қабылдауда дәрігерге көмектесуге 210±10 минутын, медициналық картаны толтыруға 60±10 минутын, ем-шара жасау мен компьютерге ақпарат енгізуге 40±5 минуттан жұмсайды. Жұқпалы аурулар ауруханасының ЖРВИ бөлімшесі мейіргерлері өздерінің тәуліктік жұмыс уақытының басым бөлігін 120±10 минутын жазылған науқастарды шығаруға және тағы 120±10 бөлімшеге жаңадан түскен науқастарды қабылдауға, науқастарды емдеуге және диагностика бөлімшесіне шығарып салуға тәулігіне 60 минутын, сонымен бірге жұмыс соңында аусымды тапсыруға 1 сағат, яғни 60±10 минутын кетіретіні анықталды (кесте 3).

Кесте 3. Мейіргерлердің тәуліктік жұмыс хронометражы бойынша көп уақыт шығындайтын жұмыс түрлері

№	Орындалатын жұмыс түрлері	Шығындалатын уақыт, (M±m, мин)
<i>Емхана</i>		
1	Медициналық картаны толтыру	60±10
2	Науқастарды қабылдау	210±10
3	Ем-шара жасау	40±5
4	Компьютерге ақпарат енгізу	40±5
<i>Аурухана</i>		
1	Жазылған науқастарды шығару	120±10
2	Жаңадан түскен науқастарды қабылдау	120±10
3	Аусымды тапсыруға дайындық	60±10
4	Науқастарға емдеу жұмыстарын жүргізу және диагностика бөлімшесіне алып бару	60±10

Сондай-ақ, емхана мен аурухана мамандарының атқаратын еңбек түрлерінің бір ұқсастығы бұл екі мекемеде мейіргерлер тәуліктік жұмыс уақытының басым бөлігін науқастарды қабылдауға сәйкесінше 44% және 22,2% шығындайтыны анықталды. Сонымен бірге, атқаратын еңбек түрлерінің ерекшелігіне келсек, жұқпалы аурулар ауруханасы бөлімшелеріндегі мейіргерлер жазылған науқасты стационардан шығаруға дайындау, оны шығаруға 22,2%, науқастарды қабылдап алуға 22,2 %, сонымен бірге науқастарға тағайындалған емдерді жүзеге асыруға 11,1%, тағам тасуға 17% және диагностика бөліміне шығарып салуға 17% уақытын жұмсайды. №3 емхана мейіргерлері бейініне қарай медициналық картаны толтыруға 26% жұмсайды, компьютерге ақпараттар ендіруге 10% және ем-шара жасауға 10,% уақытын шығындайды.

Қорыта келе, мейіргерлердің атқаратын еңбек түрлерінің ұқсас әрі айырмашылықтары бар. Өйткені зерттеу жүргізілген емдеу мекемесінің бірі стационар, екіншісі емхана. Екіншіден аталмыш нысандарда санитариялық-эпидемиологиялық режим, әсіресе жұқпалы аурулар ауруханасында қатаң әрі міндетті түрде сақталуда. Бұл өз кезегінде мейірбикелердің еңбек ету жағдайына ықпал етеді. Үшіншіден екі мекеменің дәрігерлері мен мейіргерлерінің жұмысының айырмашылығы өте айқын көрінеді. Атап айтсақ, №3 емхананың жалпы тәжірибелік дәрігерлері жұмысын сағат 8.00-ден 12.00-ге дейін емханада, ал 14.00-ден 17.00-ге дейін үйге шақыртуларға барады. Мейіргерлерде үйге шақыртуға дәрігермен бірге барады.

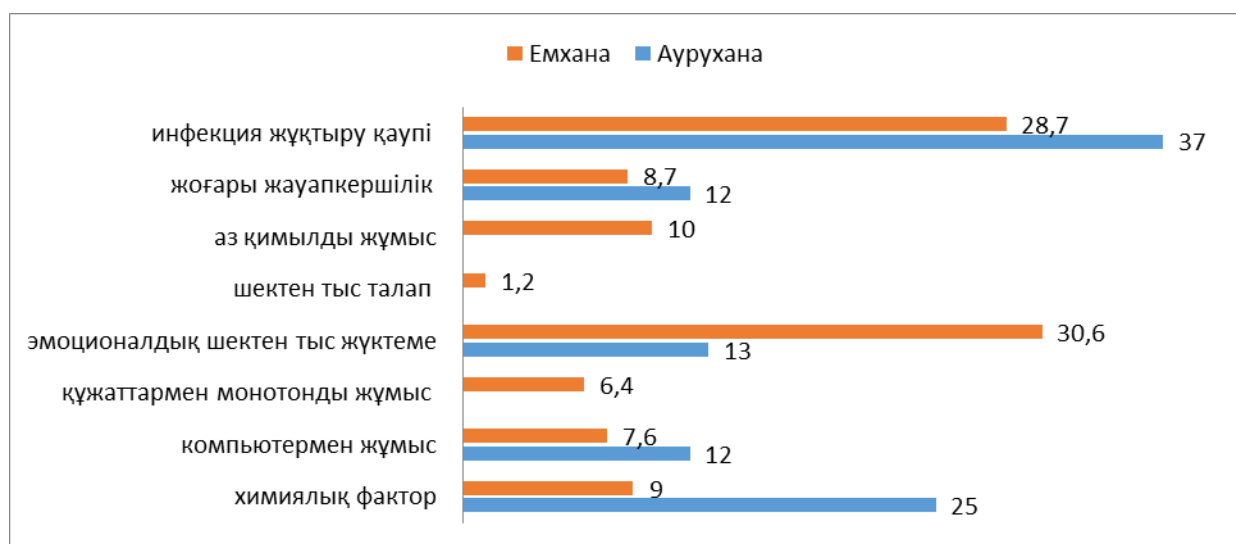
Біздің жүргізген зерттеу нәтижесіне сай жылдың жылы мезгілінде жұқпалы аурулар ауруханасының палаталарында ауа температурасы 22,9°С, салыстырмалы ылғалдылығы 50,9 %, ауа қозғалыс жылдамдығы 0,15 м/с және жұмыс кабинеттерінде ауа температурасы 19,8°С, салыстырмалы ылғалдылық 51,0 % және ауа қозғалыс жылдамдығы 0,19 м/с сәйкес келді, ал №3 қалалық емхананың бөлмелерінде 21,6±1,4 Цельсий градусты, салыстырмалы ылғалдылығы 55,0±3,2% және 0,2±0,04 м/с екенін анықтадық, бұл көрсеткіштер санитариялық-гигиеналық нормативтерге сай емес (кесте 5). Ауруханада дәрігерлер бөлмесінде ауаның температурасының орташа мәні 19,8±1,3 градус Цельсийді көрсетті, яғни дәрігерлердің қимылсыз ұзақ отырып жұмыс жасау кезінде бөлме салқын болып, олардың тоңуына алып келеді.

Кесте 5. Бөлме-жайлардың микроклиматтық орташа көрсеткіштері

Өлшеу орны	Ауа температурасы, (M±m) °C		Ауаның салыстырмалы ылғалдылығы, (M±m) %		Ауаның қозғалыс жылдамдығы, (M±m) м/сек	
	Іс-жүзінде	Рұқсат етілген	Іс-жүзінде	Рұқсат етілген	Іс-жүзінде	Рұқсат етілген
<i>Аурухана</i>						
Дәрігерлер кабинеттері	19,8±1,3	20	51,0±3,5	35-60	0,19±0,02	0,15-0,2
Ем-шара бөлмелері	21,66±1,6	20-24	54,5±2,2	35-60	0,15±0,02	0,15-0,2
Палаталар	22,9±1,7	20-24	50,9±2,0	35-60	0,17±0,01	0,15-0,2
<i>Емхана</i>						
Дәрігерлер кабинеттері	21,6±1,4	20	55,0±3,2	35-60	0,2±0,04	0,15-0,2
Ем-шара бөлмелері	20,4±1,5	20-24	52,5±2,0	35-60	0,17±0,02	0,15-0,2

Медицина мамандарының еңбек ету ортасында сол кәсіпке тән өндірістік зиянды факторлар болады. Біз жүргізген сауалнамада медицина қызметкерлері субъективті түрде зиянды деп, өздерінің ағзаларына кері әсер ететін еңбек ету ортасындағы зиянды факторларына: шамадан тыс жүйке-эмоционалдық жүктеме, инфекцияны жұқтыру қаупі, компьютермен жұмыс, науқастармен жұмыс, жоғары жауапкершілік, құжаттармен монотонды жұмыс, талаптың жоғары болуы, физикалық жүктеме, химиялық факторларды жатқызды.

Сауалнама нәтижесінде медицина мамандарының жауабынан негізгі 7 қолайсыз фактор зиянды деп анықталды. Олардың алатын үлес салмақтары 1-диаграммаға сәйкес: ауруханада инфекцияны жұқтыру қаупі - 37%; компьютермен жұмыс - 12%; химиялық фактор - 25%; жүйке-эмоционалдық жүктеме - 13%; жоғарғы жауапкершілік -12% көрсетті және №3 емханада: адамдармен жұмыс - 9%; аз қимылды жұмыс -10 %, инфекция жұқтырып алу қаупі – 28,7%, компьютермен жұмыс – 7,6 %; құжаттармен монотонды жұмыс – 6,4 %; жоғары жауапкершілік – 8,7%; эмоционалды шамадан тыс жүктеме – 30,6%; шектен тыс талап -1,2 % көрсетті.



1-диаграмма. Зиянды өндірістік факторлардың үлес салмағы, %

Қорытынды: №3 қалалық емхана мен жұқпалы аурулар ауруханасының медициналық қызметкерлерінің еңбек ету ортасына гигиеналық тұрғыдан талдау жасалып, сипаттама берілді. Сауалнама нәтижесінде медицина мамандары қолайсыз зиянды фактор ретінде: ауруханада инфекцияны жұқтыру қаупі - 37%; компьютермен жұмыс - 12%; химиялық фактор - 25%; жүйке-эмоционалдық жүктеме - 13%; жоғарғы жауапкершілік - 12% көрсетті. №3 емханада: адамдармен жұмыс - 9%; аз қимылды жұмыс -10 %, инфекция жұқтырып алу қаупі - 28,7%, компьютермен жұмыс - 7,6 %; құжаттармен монотонды жұмыс - 6,4 %; жоғары жауапкершілік - 8,7%; эмоционалдық шамадан тыс жүктеме - 30,6%; шектен тыс талап -1,2 % көрсетті. Сондықтан емдеу мекемелерінде еңбек ету ортасын оңтайландырып және дезинфекциялық режимді күшейтіп, санитариялық-эпидемиологиялық шараларды іске асырылуын үнемі қадағалап отыру қажет.

Әдебиеттер

- 1.Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19.-Москва.- 2020. - 46с.
- 2.Дудинцева Н.В. Научное обоснование мониторинга профессиональных заболеваний медицинских работников: дис. канд. мед. наук.- Москва.- 2015. - 172 с.

3. Труфанова Н.Л. Социально-гигиеническая оценка здоровья врачей: дис.канд. мед. наук: - Новосибирск.- 2015. - 174 с.

4. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int J Environ Res Public Health. 2020. - 17(5): p. -1729.

5. «Ауыр жұмыстардың, еңбек жағдайлары зиянды және (немесе) қауіпті жұмыстардың тізбесін, жұмыс істеу жұмыс уақытының қысқартылған ұзақтығына, жыл сайынғы ақы төленетін қосымша еңбек демалысына және еңбекке ақы төлеудің жоғарылатылған мөлшеріне құқық беретін өндірістердің, цехтардың, кәсіптер мен лауазымдардың тізімін, сондай-ақ оларды беру қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 желтоқсандағы № 1053 бұйрығы (09.12.2020 өзгерістермен).

АӨЖ 613.2.035

Хасенова Г.Х.¹, Қожахметова А.Н.¹, Рыстигулова Ж.Б.², Шертаева А.Ж.³

¹С.Ж.Асфендияров ат. ҚазҰМУ, «Нутрициология» кафедрасы, ²ОҚМА, «Гигиена және эпидемиология» кафедрасы, ³Әл-Фараби атын.ҚазҰУ, «Клиникалық пәндер» кафедрасы

COVID-19 АУРУЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ БРОНХОПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕ ТАМАҚТАНУДЫҢ РӨЛІ

Түйін

Қазақстандағы коронавирусы жайлы ресми ақпараттарға сүйенсек, 2020 жылдың 13 наурызынан бастап осы күнге шейін, коронавирустық инфекция белгілері бар пневмониямен жалпы ауырғандар саны – 90025, жазылып шыққандар саны – 84530, және 5358 өлім жағдайы тіркелді. Соңғы 2022 жылдың 21 қыркүйегіндегі мәліметке сүйенсек, коронавирустық инфекция белгілері бар пневмонияның 7 жағдайы тіркелді. Оған қоса 11 адам емделіп шықты. Бұл көрсеткіштер әлі де жалғасып жатқандықтан, алдын алу профилактикасы мен шараларын күшейту керек.

Қазір бүкіл дүние жүзінде және Қазақстанда тараған COVID-19 індеті кезінде тамақтану ерекшеліктері мен ас мәзіріндегі кейбір тағам түрлерінің осы дерт кезіндегі ерекше емдік қасиеттері айтылған.

Кілт сөздер: бронхопневмония, COVID-19, емдік тамақтану ерекшеліктері.

Қазақстан республикасының денсаулық сақтау министрлігінің коронавирусы жайлы ресми ақпараттарына сүйенсек, 2020 жылдың 13 наурызынан бастап осы күнге шейін, коронавирустық инфекция белгілері бар пневмониямен жалпы ауырғандар саны – 90025, жазылып шыққандар саны – 84530, және 5358 өлім жағдайы тіркелді. Соңғы 2022 жылдың 21 қыркүйегіндегі мәліметке сүйенсек, коронавирустық инфекция белгілері бар пневмонияның 7 жағдайы тіркелген. [1]. Аурушылдық көрсеткіштері әлі де жалғасып жатқандықтан, алдын алу профилактикасы мен сақтық шараларын қадағалау аса маңызды.

Індеттің алдын алу профилактикасына адамның қорғаныс күшін жақсарту (иммунитетті), дұрыс тамақтану, денсаулықты нығайту, қосарласқан ауруларды өз уақытында емдеу, асқынулардың алдын алу, қауіп-қатер топтардағы адамдарды қадағалау, санитариялық – гигиеналық талаптарды орындау жатады. Сонымен қатар,

Республикамыздың ғалымдарына осы індетті зерттеу мақсатында, мемлекет деңгейінен қаржылық бағдарламаларды көбейту мен жүзеге асыруды қолдаудың маңызы зор.

Салауатты иммунитет адекватты емдәм мен үйлесімді тамақтануға байланысты. Мысалы, ақуызды жеткілікті мөлшерде қабылдау антиденелердің оңтайлы өндірісін қолдап, D дәрумені антиденелер шығаратын жасушаларды белсендіреді, ал А дәрумені Т жасушаларының көбеюін ынталандырады. Көптеген клиникалық дәлелдер дәрумендер (мысалы, А, В 6, В 12, С, D, Е және фолат), микроэлементтер (мысалы, мырыш, темір, селен, магний және мыс) және омега-3 май қышқылдары (мысалы, эйкозапентаген қышқылы және докозагексаген қышқылы) қосымша рөл атқарады.

Ғалымдардың айтуынша, коронавирус ас қорыту жолының жасушаларын зақымдап, қабыну реакциясын шақырады, сондықтан диарея, іштің ауырсыну сезімі, жүрек айнуы, тәбеті төмендеп, құсу белгілері дамыған. Сонымен қатар, дәммен иіс сезу қабілеті бірге бұзылуын, ғалымдар COVID-19 қоздырғышы иіс сезу органдарындағы бокал жасушаларының жұмысы тежеулімен байланыстырады.

Коронавирусты пневмониямен ауырған науқастарда қант диабеті, артериалдық гипертензия және семіздік аурулары қосарласқан жағдайда, ауыр дәрежеде өту себептері – иммунитеттің төмендеуінен, психо-неврологиялық симптомдардың - қобалжу, қорқу, үрей туындап, орталық жүйке жүйесінің қозуынан гормондардың өндірілуі артып, қорқыныш сезімі күшейген.

Ғалымдардың зерттеу мәліметтері бойынша, «COVID-19» диагнозы қойылған науқастардың жоғары ДСИ мен өлім қаупі арасында айқын байланыстың болуы және өлімге әйелдер мен қарт адамдарға қарағанда, жас және ерлер көбірек байқалады». [7]

Осындай індет кезінде тағамдар мен азық-түліктердің дұрыс таңдалуы және тағайындалуы маңызды болды. Себебі, негізгі емнің тиімділігін арттыру үшін немесе басқа да қосарласқан аурулардың алдын алып, иммунитетті жоғарылату үшін пайдалы тағамдарды тұтыну маңызды [2].

Тағам - бұл организм үшін азық, қуат және емдік қасиетке ие болып табылатын қоректі заттек көзі. Ал дұрыс тамақтану әрбір науқастың қалыпты сау жағдайына және күнделікті тіршілік ортасына оралуына көп үлесін қосады. Тағамның негізін құрайтын ақуыздар, майлар, көмірсулар, витаминдер мен минералдардың адам ағзасында атқаратын қызметі өте маңызды.

Осы коронавирусты бронхопневмония кезінде тұтынылған тағамдар тізіміне тоқталатын болсақ, лимон, апельсин, мандарин, алма, қарақат, кивисияқты жеміс-жидектер, көкөністерден-тәтті бұрыш, аскөктер, ақжелкен, жасыл пияз, сәбіз, сүт өнімдерінен- қымыз, шұбат, құрт, майсыз сүт, сүзбе, қаймақ, сүт, айран, йогурт, қатты ірімшіктер, ет өнімдерінен - майлы балық, бұзау, тауық, қой еттері және олардан жасалған сорпалар, мейіз, мүкжидек пен итмұрын қайнатпалары, шырындар, өсімдік майларынан күнбағыстан басқа, зығыр, зайтүн майлары, әртүрлі жармалар және зімбір тамыры жиі қолданылып, сұранысқа ие болған [3]. Олардың құрамындағы пайдалы нутриенттер профилактикалық және емдік қасиеттерінің арқасында ағзаның қарсы тұру күшін нығайтады.

Цитрусты жемістердің құрамында органикалық қышқылдардан басқа А, К, С витаминдері, калий, магний, темір, фосфор, натрий және кальций минералдық элементтері болады. Негізгі микронутриенттердің көп мөлшерде болуы, осы жетіспеушіліктің орнын толтыруға көмектеседі. Әсіресе, иммундық жүйенің жұмысына қажетті С дәрумені туралы ерекше айтуға болады. Сонымен қатар, цитрустардың құрамында микробтар мен вирустарға қарсы әсер ететін фитоцидтер, табиғи антисептиктер болса, қабығында кездесетін 1-2% эфир майы тәбетті жоғарылатуға бірден-бір көмек болып табылады. Ыстықсусындарға лимонның шырынын қосып қолдану, қақырықты сұйылтып,

жөтелді азайтуға көмектесе, құрамындағы цитрин мен пектин токсиндерді ағзадан шығаруға оңтайлы әсер ететіні анықталған.

Алма А, С, В1, В2, РР және Е дәрумендері, сонымен қатар магний, фосфор, йод, темір, селен, калий, кальций және мырыш сияқты минералдық элементтерінің көзі болып табылады.

Киви жемісінде С витамині цитрустарға қарағанда 2 есе көп және калий, К витамині, бета-каротин, фолат қышқылы т.б. заттар бар. Жалпы жемістердегі аскорбин қышқылы бронхтардың серпімділігі мен тонусын қамтамасыз етіп, минералдық элементтер өкпеде обструкция жағдайында оңтайлы әсер етіп, жазылуына көмектеседі. Сонымен қатар, аурудан болатын интоксикация кезінде науқастардың ағзасында В, Е дәрумендері мен калий, натрий, кальций жеткіліксіздігі орын алады. Осындай тершеңдік пен улану кезінде жоғалтқан заттектердің орнын толтыру үшін, жеміс-жидектер көп мөлшерде тұтынылған.

Қарақұмық, салат, ақжелкен, сәбіз, қырыққабат, інжір, ірімшік, сүт, йогурт, жас қалақай, інжірге, тұтас дәнді ұннан немесе кебек қосылған нанды тұтыну құрамындағы тағамдық талшықтардың көп болуымен түсіндіріледі. Тағамдық талшықтар заттек алмасудың қалдық өнімдерін, бос радикалдарды, зиянды қосылыстарды ағзадан шығаруға көмектеседі.

Аурудың өршуі кезінде болатын интоксикацияға қарсы антиоксиданттық, яғни тотығу үрдісіне оңтайлы әсер ететін айран, йогурт, қатық, минералды суды (газдалған емес) тұтыну ұсынылады.

Ет пен балықтан майсыз сорттарды таңдау керек. Бұл өнімдер толыққұнды ақуыздардың көзі болғандықтан, алмасу үрдісіне қажетті алмастырылмайтын амин қышқылдарымен қамтамасыз етеді және қабынуға қарсы әсер етеді.

Тер бездерінің жұмысын күшейту үшін тағамдық гипергидрозды экстрагенттерге бай тағамдар: ащы, дәмдеуіштері мен татымдықтары мол тағамдар жиі тұтынылған.

Егер қосарланған бүйрек және жүрек ауруларының тарапынан шектеу болмаса сұйықтық мөлшерін тәулігіне 2-2,5 л дейін көбейту қажет.

Пайдалы сусындардың ішінде көп қолданылғаны - итмұрын қайнатпасын айтуға болады. Ол сусызданудың алдын алу және иммунитетті жоғарылатуда құрамындағы дәрумендер кешенімен түсіндіріледі. Итмұрында С, В тобы, Е, РР, дәрумендері және бета-каротин бар. Аскорбин қышқылы тотығу - тотықсыздану үрдісіне қатысып, күшті антиоксиданттық қасиетке ие. Сонымен қатар, гемоглобиннің түзілуіне, эритроциттердің өндірілуіне, фолий қышқылының метаболизміне қатысып, темірдің ас қорыту жолында сіңуін жоғарылатады, қанның коагуляция процесіне қатысады. Коронавирустық инфекция кезінде С дәрумені ағзаның спецификалық емес қарсылығын ынталандырып, тіндердің регенерациясы мен гормондардың синтезін күшейту, тамырлардың өткізгіштігін төмендету арқылы өзінің қабынуға қарсы қызметін көрсетеді [4,5].

Індет кезінде жоғары сұранысқа ие болған саумал мен қымыз. Бие сүтінің құрамындағы аскорбин қышқылының, лизоцимнің, лактоферриннің, иммуноглобулиндердің жоғары мөлшерде болуы оның иммунитетті тұрақты ұстау немесе жоғарылатуға қатысын дәлелдейді. Әсіресе, созылмалы жұқпалы аурулар, жиі суық тию жағдайларын, ұзақ және созылмалы ауруларда, қатерлі ісіктердің алдын алуда және емдеуде өте тиімді. Бие сүтінің биологиялық құндылығы құрамындағы пайдалы ақуыз, май, көмірсудан басқа, дәрумендер мен минералдық элементтердің жоғары мөлшерде болуымен дәлелденген. Сонымен қатар, бие сүтінің құрамындағы С дәруменінің, бета-каротиннің, А дәруменінің, лизоцимнің жоғары деңгейі саумал мен қымыздың иммундық-биологиялық және тотығуға қарсы (антиоксиданттық) сипатын күшейте түседі.

Шұбат құрамында сиыр сүтіне қарағанда аскорбин қышқылы мен темір 10 есе көп болады. Құрамында холестерин мен майлардың мөлшері аз, ал ақуыздар мен қанықпаған май қышқылдары көп болады. Сонымен қатар, А және В тобының дәрумендері мен

кальций, калий, темір, мыс, магний, марганец, мырыш және фосфор бар. Алмастырылмайтын аминқышқылдары: лизин және лейцин құрамында кездеседі. Адам организмінде шұбат ас қорыту жүйесінің жұмысын жақсартып, бауырдың қабынуына қарсы әсер ететіні анықталған [6]. Осы қасиеттерінің бәрі жалпы иммунитеттің жоғарылауына ықпал етеді.

Зімбір – дәрумендер мен минералдарға бай. Атап айтсақ, А, В₁, В₂, В₃, С, Е, К дәрумендері және магний, фосфор, кальций, темір, мырыш, хром, марганец, кремний минералдық элементтері болады. Зімбір тамыры тромбоздың және бірқатар жүрек ауруларының алдын алуда және артрит сияқты буын ауруларында ауырсынуды азайтуға көмектесетіні тіркелген. Индет кезінде оның жиі қолданылуы тыныс алу жолдарының ауруларына қарсы емдік әсерімен түсіндіріледі. АҚШ-тағы Колумбия университетінің зерттеушілері зімбір тамырының бронх демікпесі бар адамдар үшін, тыныс алуды жеңілдететінін анықтаған. Бронхопневмония кезінде жөтелді шығаруға оң әсер көрсеткен және тамақ ауруы, мұрындағы қабыну үрдістерін емдеу және алдын-алу кезінде қосымша ем ретінде тиімді қолданылған.

Омега май қышқылдары- бөлек препарат ретінде немесе олардың көзі болып табылатын: ақсерке, майшабақ, тунец, скумбрия және сардина сияқты теңіз балықтарын тұтыну жиілеген. Омега-3 көпқанықпаған май қышқылдарына жатады, оның иммундық жүйеге пайдалы әсер ететінін, қабынуға қарсы өндірілетін гормондар – эйкозаноидтары арқылы іске асырылады. Адам организміне тәулігіне 1-7гр. Омега-3 май қышқылдары қажет, қажеттілікті толтыру үшін апталық ас мәзіріне 2-3 рет майлы балықты қосу жеткілікті болады. Сонымен қатар, Омега-6 және Омега - 9 май қышқылдарының қажеттілігін адам организмі күнделікті тұтынатын 20-25грамм өсімдік майынан алып отырады [6].

Бөлек қолданылған дәрумендер ішінде Д дәруменін ерекше айтуға болады. Вирустармен шақырылған қабынуға қарсы үрдістеріне белсенді қатысатыны анықталып, халықтың көп бөлігінде осы дәруменнің тапшылығы байқалған.

Кейбір тағамдар, керісінше, осы индет кезінде теріс әсерлеріне байланысты шектеуді талап етті. Ондай өнімдер қатарына кориандр, даршын, көп мөлшерде тұз, шоколад, кофе, тәттілер, энергетикалық, газдалған сусындар, қуырылған, ысталған, сүрленген, қуырылған, майлы тағамдар, фаст-фуд өнімдері, ішімдіктер тағы басқалар табылды. Бұл тізімдегі тағам түрлері индет кезінде үй жағдайында отырғандықтан, гиподинамияның салдарынан артық салмақтың артуына, сондай ақ, орталық жүйке жүйесінің жұмысын қоздырып, жүрек-қан тамыр жүйесінің ауруларын өршітіп, не үрейдің күшеюіне ықпал ететіндіктен, сирек немесе мүлдем қолданбау ұсынылды [7].

Қорыта келгенде, кез-келген аурулардың кең таралуы және өршуі кезінде дұрыс ұсынылған және тағайындалған ас мәзірі негізгі емнің тиімділігіне оңтайлы әсер етіп, науқастың жазылуына айтарлықтай үлесін қосқан. Одан басқа, ремиссия кезінде немесе сау адамдар үшін салауатты тамақтану маңызды алдын алу шарасы ретінде кеңінен қолдануы дәлелденді.

Әдебиеттер

1. Последние данные зарегистрированных случаев по коронавирусу - ситуация с коронавирусом официально www.coronavirus2020.kz
2. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/noncommunicable-diseases/food-and-nutrition-tips-during-self-quarantine>
3. Карамнова Н.С., Драпкина О.М. COVID-19 и питание: новые акценты, прежние приоритеты (обзор рекомендаций) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Москва, 2020; Том 19, №3. С.327-330. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2576>

4.https://tengrinews.kz/world_news/naydena-svyaz-ratsionom-pitaniya-smertnostyu-koronavirusa-413345/

<https://iz.ru/1055428/olga-kolentcova/osobennosti-natsionalnoi-diety-kak-eda-vliiaet-na-smertnost-ot-covid-19>

5. Рудченко И.В., Тыренко В.В., Качнов В.А. Питание — один из важных факторов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом. //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Москва 2020. Том 19, №3. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2020-2301>

6.Obesity and Mortality Among Patients Diagnosed With COVID-19: Results From an Integrated Health Care Organization. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-3742> 17.11.2020

Резюме

Хасенова Г.Х.¹, Қожахметова А.Н.¹, Рыстигулова Ж.Б.², Шертаева А.Ж.³

¹КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, кафедра «Нутрициология», ²ЮКМА, кафедра «Гигиена и эпидемиология», ³КазНУ им.Аль-Фараби, кафедра «Клинических дисциплин»

РОЛЬ ПИТАНИЯ ПРИ БРОНХОПНЕВМОНИИ СВЯЗАННЫЕ С БОЛЕЗНЬЮ COVID-19

По официальной информации о коронавирусе в Казахстане, с 13 марта 2020 года по настоящее время, общее число заболевших пневмонией с признаками коронавирусной инфекции – 90025, выздоровевших – 84530, и зарегистрировано 5358 смертельных случаев. По данным на 21 сентября 2022 года, зарегистрировано 7 случаев пневмонии с признаками коронавирусной инфекции. Кроме того, вылечились 11 человек. Поскольку эти показатели все еще продолжают, необходимо усилить профилактику и меры профилактики.

В настоящее время во время эпидемии COVID-19, распространенной по всему миру и в Казахстане, описаны особенности питания и особые лечебные свойства некоторых видов пищи в меню.

Ключевые слова: бронхопневмония, COVID-19, особенности лечебного питания

SUMMARY

Khasenova G.Kh.¹, Kozhakhmetova A.N.¹, Rystigulova Zh.B.², Shertaeva A.Zh.³

¹KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, Department of «Nutritionology», SKMA, Department of «Hygiene and Epidemiology», Department of «Clinical Disciplines»

THE ROLE OF NUTRITION IN BRONCHOPNEUMONIA ASSOCIATED WITH COVID-19 DISEASE

According to official information about coronavirus in Kazakhstan, from March 13, 2020 to the present, the total number of cases of pneumonia with signs of coronavirus infection is 90025, recovered – 84530, and 5358 deaths have been registered. As of September 21, 2022, 7 cases of pneumonia with signs of coronavirus infection were registered. In addition, 11 people were cured. As these indicators are still ongoing, prevention and prevention measures need to be strengthened.

Currently, during the COVID-19 epidemic, which is widespread around the world and in Kazakhstan, nutrition features and special medicinal properties of some types of food on the menu are described.

Keywords: bronchopneumonia, COVID-19, specificities of therapeutic diet

Содержание

Жиенбаев Е.Р., Бейсенов К.Т. КОРРЕКЦИЯ АНДРОГЕННОГО ДЕФИЦИТА У МУЖЧИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	3
Агаева А.А., Изденова Н.Р. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК САМЫЙ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВИД ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	11
Аманбаев Т. У., Мизамов Д.М., Кумаров М. К., Әбдікерімұлы Д., Бекбосынова Г. Р., Абишев А. С. IN-VITRO ҰРЫҚТАНДЫРУ ЖАҒДАЙЫНДА СПЕРМАТОЗОИДТАР МОРФОЛОГИЯСЫНЫҢ АДАМНЫҢ БАСТАПҚЫ ЭМБРИОГЕНЕЗИНЕ ӘСЕРІ	13
Мусина А.А., Амирсеитова Ф., Сулейменова Р.К., Макашева З.И. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОГРАНИЧНЫХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ХАРАКТЕР УЧЕБНЫХ НАГРУЗОК ШКОЛЬНИКОВ	18
Байғалиев А.А., Изденова Н.Р., Жижила С.А. ОЦЕНКА ВОСПРИЯТИЯ НАСЕЛЕНИЕМ ГОРОДА АКСУ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С	24
Даулетов Ж., Шуленбаев А, Мусина А.,Ерденева Г.К. ЖАМБЫЛ ОБЛЫСЫНЫҢ ТУБЕРКУЛЕЗ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ	26
<i>А.А. Исмаилова, А.А.Мусина</i> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ» В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	31
Марат А. Ы., Амирсеитова Ф.Т. ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ БОЛАШАҒЫ	35
А.А.Мусина, А.С.Зейнолдина, З.К.Сұлтанбеков, Р.Қ.Сүлейменова, А.М.Мырзағалиева ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮКТЕМЕЛІ АЙМАҚТАРДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ	39
Мусина А.А., Белгибекова К.М., Мукашева К.М., Рымбаева З.С., Маликова Д. УРОВЕНЬ И ХАРАКТЕР ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОГО БАССЕЙНА ГОРОДА ЖЕЗКАЗҒАН	44
Мұратбекова Ә. Т., Амирсеитова Ф. Т. ХИРУРГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ	49
Мусина А.А., Аманова А.Д., Сулейменова Р.К., Амирсеитова Ф.Т., Зейнолдина А.С. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ГРУППЫ РИСКА АКТЮБИНСКОГО ЗАВОДА ФЕРРОСПЛАВОВ	53
Мүсірова А.Е. ЕҢБЕККЕ ҚАБІЛЕТТІ ЖАСТАҒЫ ТҮРҒЫНДАРҒА ЖЫНЫСТЫҚ ЖОЛМЕН БЕРІЛЕТІН АУРУЛАРЫНА МЕДИЦИНАЛЫҚ - ӘЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУ	59
Султанбеков К.А., Мизамов Д.М. СОСТОЯНИЕ УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	63
Амреева К.Е., Шайхина Ж.Г. ХИРУРГИЯЛЫҚ НАУҚАСТАРДА НУТРИТИВТІК ЖЕТІСПЕУШІЛІКТІ БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІ	70

Орынтаева Г., Ескерова С. ЕМДЕУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕГІ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ЕҢБЕК ЖАҒДАЙЫН ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ	75
Хасенова Г.Х., Қожахметова А.Н., Рыстигулова Ж.Б., Шертаева А.Ж. COVID-19 АУРУЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ БРОНХОПНЕВМОНИЯ КЕЗІНДЕ ТАМАҚТАНУДЫҢ РӨЛІ	80