ЖУРНАЛ
КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

№2 /28/ 2020

**МАТЕРИАЛЫ
МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНЛАЙН
КОНФЕРЕНЦИИ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19»
24 ИЮНЯ 2020 ГОДА
г. АЛМАТЫ**

ЖУРНАЛ КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Ахметов Е.А.
Дерябин П.Н.
Дуйсенов Н.Б.
Есентаева С.Е.
Ешимбетова С.З.
Жангабылов А.К.
Иманбаева Ж.А.
Искакова М.К.
Лигай З.Н.
Мадьяров В.М.
Маншарипова А.Т.
Миербеков Е.М.
Нурмагамбетов Т.С.
Оракбай Л.Ж.
Рахимов К.Д.
Сыдыкова Ш.С.
Тегисбаев Е.Т.
Шокарева Г.В.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
Алчинбаев М.К.
Баймаханов Б.Б.
Баттакова Ж.Е.
Ботабекова Т.К.
Беркинбаев С.Ф.
Ведждет О.З. (Турция)
Зарифьян А.Г. (Киргизия)
Локшин В.Н.
Муминов Т.А.
Николенко В.Н. (Россия)
Петсон В.М. (Россия)
Ситников В.П. (Россия)

АДРЕС РЕДАКЦИИ
Казахстан, г. Алматы, 050004
ул. Турекулова, 71
Казахстанско-Российский медицинский университет
Тел.: +7 727 250 83 72
«Актуальные проблемы теоретической
и клинической медицины»
СОБСТВЕННИК
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
СВИДЕТЕЛЬСТВО О РЕГИСТРАЦИИ
Н№12178-ж от 29.12.2011 г.
ТИРАЖ
300 экз.
ПЕРИОДИЧНОСТЬ
1 раз в 3 месяца

СОДЕРЖАНИЕ

№2 /28/ 2020

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19» 5

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО РЕКТОРА НУО «КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА», ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК, ПРОФЕССОРА ДЖАЙНАКБАЕВА Н. Т. 6

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19
Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З. 8

ВЛИЯНИЕ ОДИНОЧЕСТВА НА УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ В ПЕРИОД САМОИЗОЛЯЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН
Моллаева Н.Р., Дамадаева А.С. 11

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
Абдуллаева В.К. 14

ИНТЕГРАЦИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СО СЛУЖБОЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Ешимбетова С.З., Сарсембаев К.Т. 17

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АКТУАЛИЗАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САМОИЗОЛЯЦИИ ПРИ COVID-19
(ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19»)
Толстикова А.Ю. 19

К ВОПРОСУ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ВЫГОРАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ
Абетова А.А. 22

ИЗУЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ПО ВОПРОСАМ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)
Есимов Н. Б., Бейсенбай Ұ- Қ. М. 23

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19
Джайнакбаев Н.Т., Ли А.П., Маншарипова А.Т., Джайнакбаев М.Н., Иманбаева Ж.А., Лигай З.Н., Оспанбекова Н.К., Вдовцев А.В., Ибрагимова И.Н. 28

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО БОРЬБЕ С КОРОНАВИРУСОМ В ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА
Джайнакбаев Н.Т., Даулбаева С.Ф., Маншарипова А.Т 30

ИФА МЕТОД ДЛЯ ОЦЕНКИ, МОНИТОРИНГА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV-2
Давлятшин Т.И., Давлятшина Е.В, Маншарипова А.Т., Решетников С.С., Рахматулин А.В., Давлятшин Т.Т. 32

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА В ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Сабитова А., Тулеуова А., Жунусова С., Сыздыкова А., Сальменова Т., Эртазоева С., Токсанбай К., Юлчиев А., Салем Е., Кенесбай А., Маншарипов Д., Сулейманов М. 34

ОБЗОР ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19
Бисенов С.К., Сыздыкова А.Б., Губашева Л. 35

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН
Третьякова С.Н., Турсун А.О., Хабиева Т.Х., Давыденко М.В., Куртюкова М. 37

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОРВИ И ГРИППОПОДОБНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПО г.АЛМАТЫ
Хабиева Т.Х., Третьякова С.Н. Ещанова М.М. 41

СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОЖИЛЫХ
Маншарипова А.Т., Шокарева Г.В., Ешманова А.К., Нуфтиева А.И., Кумар Р., Искалиева С., Сулейманов М., Губашева Л. 46

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА
Искакова М.К., Куватбаева У.А., Ускембаева М.Н., Хуршидова Н.И. 48

РОЛЬ БИБЛИОТЕКИ В ОРГАНИЗАЦИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Валиулина М. 50

КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ПРОФЕССИИ ВРАЧА
Раимбекова М. А., Турдыбекқызы Т. 52

РЕЧЬ ВРАЧА КАК СПОСОБ ВЫРАЖЕНИЯ ЭМПАТИИ
Раимбекова М. А. Сайбеков А.Б. 54

КОМПРЕССИЯ ТЕКСТА
Раимбекова М.А. 56

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ
Давыденко М.В., Губашева Л., Северова Е.А., Давыденко Г.П., Савенков И.Р., Нуфтиева А.И. 59

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
Анаятова З.К., Анаятова Р.К., Маншарипова А.Т., Утеулиева А.В., Лекеров Е.М.,, Шужеев Б.С. 61

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19»

24 июня 2020 года состоялась МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКАЯ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИЯ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19» организованная кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии Казахстанско-Российского медицинского университета.

Международная онлайн-конференция позволила одновременно объединить ведущих лидеров психиатрической науки Казахстана, России, Великобритании, Чехии, Узбекистана, поделиться мировым опытом в диагностике и лечении психических расстройств и организации психиатрической службы в условиях пандемии COVID — 19.

Спикерами конференции выступили:

— Ректор НУО «Казахстанско – Российский медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор **Джайнакбаев Нурлан Темирбекович.**

— Генеральный директор РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья», заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, к.м.н., MBA **Негай Николай Анатольевич**, г. Алматы, Республика Казахстан

— Профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России, доктор медицинских наук **Сиволап Юрий Павлович,** г. Москва, Россия.

— Проректор по научной работе Дагестанского Государственного Медицинского Университета, заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии доктор медицинских наук **Моллаева Наида Раджабовна,** г. Махачкала, Республика Дагестан, Россия.

— Консультант психиатр по общественному психическому здоровью в системе Государственной Службы Здравоохранения, PhD, Ассоциативный член Королевского Колледжа Психиатров **Мазгутов Абдулла Велиевич,** Лондон, Великобритания.

— Исследователь отдела Социальной психиатрии Национального института психического здоровья, **Алиев Акмал — Алихон Нуриллаевич,** г. Клецаны, Чешская Республика.

— Заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско – Российский медицинский университет», доктор медицинских наук, профессор, **Ешимбетова Саида Закировна,** г. Алматы, Республика Казахстан.

— Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Ташкентской медицинской академии Минздрава Республики Узбекистан, президент Ассоциации психиатров Узбекистана, доктор медицинских наук **Ашуров Зарифжон Шарифович,** г. Ташкент, Республика Узбекистан.

— Заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии Ташкентского педиатрического медицинского института, доктор медицинских наук **Абдуллаева Васила Каримовна,** г. Ташкент, Республика Узбекистан.

— Заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского медицинского университета непрерывного образования, кандидат медицинских наук Абетова Айгулим Абдурасуловна г. Алматы, Республика Казахстан.

— Профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско–Российский медицинский университет», доктор медицинских наук **Сарсембаев Кайратбек Талгатбекович,** г. Алматы, Республика Казахстан.

— Профессор кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско – Российский медицинский университет», доктор медицинских наук, **Толстикова Аида Юлиановна,** г. Алматы, Республика Казахстан.

Материалы конференции будут опубликованы в ближайшем номере научно-практического журнала КазРосмедуниверситета «Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины».

Вступительное слово ректора НУО «Казахстанско-Российского медицинского университета», доктора медицинских наук, профессора **Джайнакбаева Нурлана Темирбековича**:

Уважаемые участники конференции!

Позвольте поздравить Вас с началом конференции и, в столь сложное время констатировать ещё раз актуальность проблемы, которая сегодня охватила весь мир. Соответственно, выразить слова благодарности организаторам конференции и всем участникам, что подобного рода форумы будут иметь не только формат обсуждения, формат практических рекомендаций, но, и будут работать, актуализироваться в условиях пандемии. Если сконцентрировать внимание в общем на этой проблеме чрезвычайной ситуации во всем мире, захватившей все сферы социальной жизни и экономики всего социума планеты, то понимаешь, что сегодня мы с Вами, как никогда напряжены, потому что формат ответственности на нас, на врачах, лежит как никогда больше, чем в иные, спокойные для нас, рабочие будни. Мы понимаем, что сегодня население, врачебное сообщество, политики, мировая экономика, все отрасли, ориентированы на врачей и, как никогда, врачи оказываются в центре внимания, на мнение которых ориентируется все население мира. Мы вместе с Вами, сегодня, организовывая эту конференцию, можем себе позволить дать рекомендации и высказать своё мнение, предложение в части логистики, действий, рекомендаций и всех необходимых пособий и предложений, которые были бы полезны как нашим коллегам, так и всем медицинским структурам, которые, так или иначе сталкиваются с вопросами психологической помощи, стабильности. И вы сами понимаете, что пусковым механизмом в активизации по фактору снижения иммунитета данной инфекции является именно психологический стресс, который отрицательно влияет на соответствующие процессы резистентности организма, в данной ситуации, по воздействию вируса на организм человека. Наш университет занимает по независимым рейтингам второе место среди всех университетов Казахстана и имеет 25-летнюю историю. Это частный университет, который создавался моим учителем академиком Мухтаром Алиевичем Алиевым, героем Казахстана, хирургом, известным мировым ученым, и на сегодняшний день мы конгруэнтно трансформируем свои компетенции и знания в области всех сопряженных и специализированных наук медицины вокруг неё для того, чтобы готовить специализированные кадры и я надеюсь, что подобные конференции являются достойной образовательной площадкой для того, чтобы мы все могли передавать знания соответствующим поколениям по формату изучения предмета врачевания.

Уважаемые коллеги!

Мы сами специализируемся на вопросах оказания экстремальной медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций и по профилю моей собственной специфики, и специфики моих коллег. Наш университет, совместно с военными коллегами, имеет большой опыт работы в условия чрезвычайной ситуации: с банальных наводнений, при которых люди испытывают серьезные проблемы до ликвидации таких катастроф, как в Арыси. На нашем счету, достаточно много таких вещей, связанных с созданием новых технологий в области оказания медицинской помощи в условиях чрезвычайных ситуаций, начиная от банальных медицинских комплексов для изучения и заканчивая последним изобретением. Мы создали передвижной медицинский комплекс в мини варианте, который позволяет делать процедуры альбуминового диализа и печеночного диализа в условиях создания временных госпиталей и всего остального. Хочу сказать, что мы все с вами, в первую мы в свое время мы с нашими российскими коллегами подготовили международный учебник по медицине катастроф, целая глава которой посвящена медико – психологической защите населения в условиях чрезвычайной ситуации. Она касается и граждан, и спасателей, и медиков, которые оказывают эту помощь. Достаточно отметить очень большой опыт стран мирового сообщества в области оказания психологической стабильности, помощи в условиях чрезвычайной ситуации. Известно, что в чрезвычайных ситуациях помимо тех врачей, которые оказывают помощь, обязательно участвуют психиатры, психологи, которые, кстати очень активно оказывают медицинскую помощь и влияют на позитивный, положительный исход событий, и мы лично с вами убедились в этом на примере участия врачей нашей кафедры в оказании психологической помощи пострадавшим в авиакатастрофе в этом году у нас, за что наши коллеги получили высокую оценку со стороны руководства мегаполиса и Министерства здравоохранения. Это всё опыт, но, к сожалению, опыт на трагических событиях. Поэтому подобные конференции должны быть более оперативными и более компетентными, более организованными, что, естественно, поможет привести к снижению соответствующих потерь, и каких-либо психологических всех факторов воздействия на организм человека. Если говорить о наших коллегах, российских ученых в частности, мы знаем, что у них даже сегодня успешно практикует центр психологической помощи Министерства чрезвычайных ситуаций, который возглавляет Шойгу С. Как правило, Россия, как и многие страны, сталкивается с подобными проблемами и ситуациями чрезвычайного плана, что соответственно говорит об их опыте в работе и врачей, и психологов, и психиатров. Можно говорить обо всех очень достойно, я думаю, что все заслуживают уважения и признательности, высокой оценки наших коллег. Хотелось бы, чтобы наших коллег ценили всегда, не только во время таких пандемий и подобных стрессовых ситуаций. Мне хотелось бы, чтобы о врачах помнили всегда, уважали и награждали их. Дорогие коллеги! Ваши рекомендации и предложения будут иметь большое значение для науки, для развития и совершенствования человеческого сообщества. Спасибо вам огромное! Я считаю, что ваш вклад неоценим и, он будет достойно использован в практическом здравоохранении. Желаю успехов, удачи и плодотворного проведения конференции!

Статистика конференции:

185 зарегистрированных участников — слушателей с разных городов.

560 просмотров конференции по первой ссылке на YouTube и 398 просмотров на второй ссылке.

Ссылка на запись конференции

Часть 1 https://www.youtube.com/watch?v=R4tBuJPry5o

Часть 2 https://www.youtube.com/watch?v=5aEVqnd2TSQ

БЛАГОДАРНОСТИ

Кафедра психиатрии, наркологии и неврологии благодарит администрацию университета в лице ректора д.м.н., профессора **Джайнакбаева Нурлан Темирбековича** и проректора по стратегическому развитию **Ли Александра Петровича** за оказанную поддержку в проведении конференции. Спикеров конференции за предоставленные актуальные доклады. Отдел дистанционных образовательных технологий в лице начальника **Вдовцева Александра Викторовича** и сотрудника отдела **Мохирева Александра,** ассистента кафедры психиатрии, наркологии и неврологии **Турсун Анну Олеговну** за оказанную техническую поддержку и сопровождение во время конференции. Слушателей конференции за проявленный интерес.

С уважением, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», д.м.н., профессор, Ешимбетова Саида Закировна

УДК 616.89 - 088

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19

Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З.
НУО Казахстанско-Российский медицинский университет, г.Алматы,
Республика Казахстан

Резюме. Изучен и проанализирован обзор научной литературы опубликованная с момента объявления пандемии COVID-19 по настоящее время. Как показали литературные данные, это очень широкий спектр психических расстройств от невротического до психотического с расстройством сознания, с прицельным поражением почти всех сфер психики человека.

Ключевые слова: пандемия, COVID -19, психические и поведенческие расстройства, психическое здоровье.

Введение. Как нам известно, 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ, WHO) объявила о пандемии коронавируса (SARS-CoV-2). Ко дню объявления пандемии в мире число зараженных составило 124,8 тыс. человек в 118 странах, умерли 4613 человек. 16 марта 2020 г. в Республике Казахстан введено чрезвычайное положение в связи с пандемией коронавируса и населения нашей страны, как и всего мира, было вынуждено прибегнуть к самоизоляции. Ухудшение эпидемической обстановки выраженная в режиме самоизоляции, нарастании страха в обществе на фоне панических слухов и дезинформации, распространяемых в социальных сетях и средствах массовой информации, неопределенность ситуации и будущего негативно отразилась на психическом здоровье населения мира. Причем спектр расстройств варьировал от пограничных тревожных состояний тяжелых психических (психотических) состояний у здорового слоя населения, а у психически больных ухудшением и обострением имеющихся хронических психических заболеваний. В настоящем страна проживает в режиме карантина, напряжение в обществе сохраняется. С учетом того, что у трети людей в очагах заражения COVID-19 отмечено негативное воздействии пандемии на психическое здоровье, ВОЗ выпустило особое предупреждение [1].

Целью исследования явилось изучение и анализ спектра психических и поведенческих расстройств, в связи с пандемией COVID -19, на основе имеющейся научной литературы.

Основные результаты исследования. По данным изученных литературных данных спектр психических и поведенческих расстройств у населения варьировал, начиная от пограничных тревожных состояний до ухудшения и обострения, имеющихся хронических психических заболеваний. Это следует из недавнего сплошного опроса населения США, проведенного Американской психиатрической ассоциацией (APA), около половины опрошенных респондентов испытывали серьезный уровень тревоги-40% и опасались, что они сами или их близкие могут заболеть COVID-19 в тяжелой форме и умереть [2]. Соответственно, число выписанных рецептов на анксиолитические препараты только за один за месяц карантина выросло на 34,1%, а назначение антидепрессантов и снотворных средств увеличилось на 18,6% и на 14,8% по сравнению с исходной [3]. Введенный в некоторых территориях в США карантин приводил к существенному стрессу, и его длительность коррелировала с развитием симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [4] и в настоящем массово ставится данный диагноз [5]. Аналогичная ситуация наблюдалась и в Италии, так по результатам онлайн-скрининга проведенным по нескольким специальным шкалам и опросникам среди 18 000 человек в период эпидемического пика, выявил клинически значимые симптомы ПТСР у 37% опрошенных. Другие психические нарушения, в частности, состояния выраженного стресса - у 22,8%, расстройства адаптации - у 21,8%, тревоги - у 20,8%, депрессии - у 17,3% и бессонницы - у 7,3% респондентов [6]. Такие же результаты получены в КНР: симптомы выраженной тревоги отмечались у 30%, депрессии – у 17% населения, травматические стрессовые симптомы – у 35%, причем отмечалось превалирование женщин и лиц молодого возраста [7,8]. В очагах массового распространения covid-19 отмечались более тяжелые психические нарушения, такие как депрессия, тревога, панические атаки, декомпенсации характерологических особенностей личности, сверхценные и индуцированные бредовые идеи и даже острая психотическая симптоматика [9, 10] и суициды [11, 12]. Как свидетельствует бюро переписей населения США, треть американцев выявили признаки клинической тревоги или депрессии на фоне пандемии коронавируса, причем у 24% были клинически значимые симптомы основного депрессивного расстройства, а у 30% - симптомы генерализованного тревожного расстройства, причем уровень тревожности и депрессии был намного выше среди молодых людей, женщин и бедных.

Превалирование дистрессов и депрессий в период чрезвычайных ситуациях было отмечено и ранее [13, 14], и возможно, это объясняется супрессорным влиянием последних на иммунную систему организма ухудшая и осложняя течение и прогноз любого соматического заболевания, включая инфекционные.

Изучены социально-психологические факторы способствующие дистрессу, депрессии и суицидальному риску: ограничение социальной активности, вынужденная изоляция, обострение внутрисемейных проблем, злоупотребление алкоголем, бессонница, нагнетаемая тревожная информация и негативные переживания [15, 16]. Есть указания, что социальную изоляцию в связи с новой коронавирусной инфекцией наиболее тяжело переносят пожилые люди и дети [17]. Анализ психических и психоневрологических проявлений, связанных с пандемией COVID-19 проведенный учеными Великобритании показал наличие делирия (спутанность сознания) у 26 (65%) из 40 пациентов, психомоторное возбуждение у 40 (69%) из 58 пациентов, измененное сознание у 17 [21%] из 82 пациентов отделения интенсивной терапии с последующим летальным исходом [18]. Кроме того, отмечались целый ряд психологических проблем, отчасти обусловленные ограничением социальной активности, вынужденной изоляцией, а также нагнетанием тревожной информации из СМИ и «уличной» информацией. В этой связи стоит отметить об обострении внутрисемейных проблем (семейные конфликты, домашнее насилие), злоупотребление алкоголем, которые являются известными факторами повышенного суицидального риска [20, Foster T., 2011; Tubbs A.S. et al., 2020].

В период пандемии отмечен наиболее уязвимый слой населения в возрастном и гендерном отношении. Ими оказались лица пожилого и детского возраста, преимущественно женского пола, причем ранее в литературе были указания на губительное влияние социальной изоляции в отношении пожилых, в

отношении которых социальная изоляция является предиктором общей смертности [21, 2013; Jeste D.V. et al., 2020].

Особо следует отметить, что больные с психическими и поведенческими расстройствами также наиболее уязвимы к негативному воздействию как самой вирусной инфекции, так и агрессивной информационной среды, и длительного режима самоизоляции. В этой связи в группе риска оказались пациенты с аффективными расстройствами, с патологией личности (внушаемые, зависимые, тревожные, истерические, пограничные, эмоционально нестабильные), с тревожными и невротическими расстройствами (обсессивно-компульсивное, паническое и генерализованное тревожное, соматоформное, диссоциативное и фобические расстройства) и с хроническими психозами, включая шизофрению. Недавний опыт со случаями COVID-19 в психиатрических больницах Уханя в Китае [22; Dong L., Bouey J., 2020], Дэнама в Южной Корее [Kim M.J., 2020], Сиены в Италии [Fagiolini A., 2020] и Барселоны в Испании [Garriga M. et al., 2020] показывает, что инфекция распространяется быстрее, чем в здоровой популяции, и последствия могут быть тяжелыми. Этому способствуют свойственные психически больным особенности их психического состояния: недостаточная критичность, плохая комплаентность, имеющиеся когнитивные нарушения, невысокий уровень осведомлённости о рисках, снижение инстинкта самосохранения с одной стороны, а с другой замкнутые условия в палатах и неготовность противостоять распространению инфекции с помощью жестких санитарно-гигиенических ограничений [Sartorius N., 2013; Nordentoft M. et al., 2013]. В силу вышеперечисленных обстоятельств, они могут с легкостью нарушать режим самоизоляции и не соблюдать санитарные правила, что повышает риск их заражения COVID-19. Как правило, риск более тяжелого течения и развития осложнений у психически больных выше, так как они чаще страдают коморбидными соматическими заболеваниями (метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистая и легочная патология), в то же время в связи стигматизацией меньше обращаются за помощью к специалистам общемедицинской помощи [Yao H. et al., 2020; Garriga M. et al., 2020].

Выводы. Таким образом, как показал анализ изученной специализированной литературы, приведенные цифры свидетельствует о значительном негативном воздействии пандемии covid-19 на психическое здоровье населения в целом, а также может явиться триггером для манифестации новых случаев психических заболеваний и рецидивов состояний. Следовательно, это требует проведения ряда целенаправленных психо-образовательных, психопрофилактических и лечебно-диагностических мероприятий, которые должны проводить врачи первичного звена здравоохранения и психиатры, медицинские психологи. Возможно, наряду с соблюдением строгих санитарно-эпидемиологических норм, оправдано назначение анксиолитических лекарственных препаратов или антидепрессантов лицам из группы риска на фоне патогенетической (антивирусной) терапии.

Список литературы.

1. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic. Geneva: World Health Organization, March 23, 2020 (https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019).

2. Schwartz B.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious, Especially for Loved Ones. APA News releases. March 25, 2020. https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mentalwell-being-americans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adults-are-lessanxious.

3. Luhby T. CNN, Published online April 16, 2020 https://edition.cnn.com/2020/04/16/health/anti-anxiety-medication-us-demandcoronavirus/index.html.

4. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912–920. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8.

5. London RT. Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? Presented by ID Practitioner in MDedge Infectious disease. Published online March 25,2020.https://www.mdedge.com/infectiousdisease/article/219612/coronavirus-updates/covid-19leading-mental-illness-pandemic?fbclid.

6. Galea S, Merchant RM, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. JAMA Intern Med. Published online April 10, 2020. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562.

7. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, Di Marco A, Rossi A, Siracusano A, Di Lorenzo G. (). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. 2020. medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.04.09.20057802.

8. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID19) Epidemic among the General Population in China. Int J Env. Res Public Health. 2020:17. https://doi.org/10.3390/ijerph17051729.

9. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. Gen. Psychiatry. 2020; 33:19–21. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020100213.

10. Yang Y, Li W, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, Xiang Y-T. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020;7(4): e19. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-1 71.

11. Goldberg JF. Psychiatry's niche role in the COVID-19 pandemic. J Clin Psychiatry. 2020;81(3):20com13363. https://doi.org/10.4088/JCP.20com13363.

12. Goyal K, Chauhan P, Chhikara K, Gupta P, Singh MP. Fear of COVID 2019: first suicidal case in India! Asian J Psychiatr. 2020; 49:101989. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.101989.

13. Courtet P, Olié E, Debien C, Vaiva G. Keep socially (but not physically) connected and carry on: preventing suicide in the age of COVID-19. J Clin Psychiatry. 2020;81(3):20com13370. https://doi.org/10.4088/JCP.20com13370.

14. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии. Клинические и иммунохимические аспекты. М.: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского; 1997, 362 с.

15. Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств М.: ГЭОТАР-Медиа; 2005, 235 с.

16. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. Arch Suicide Res. 2011;15(1):1–15. https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540213.

17. Tubbs AS, Perlis ML, Basner M, Chakravorty S, Khader W, Fernandez F, Grandner MA. Relationship of nocturnal wakefulness to suicide risk across months and methods of suicide. J Clin Psychiatry. 2020;81(2):19m12964. https://doi.org/10.4088/jcp.19m12964.

18. Jonathan P Rogers et all., Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. The Lancet. Published:May 18, 2020DOI:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0

19. Jeste DV, Lee EE, Cacioppo S. Battling the modern behavioral epidemic of loneliness: suggestions for research and interventions [published online ahead of print March 4, 2020]. JAMA Psychiatry. 2020. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0027.

20. Мосолов С.Н., Малин Д.И., Цукарзи Э.Э., Костюкова

Е.Г. Особенности психофармакотерапии пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19). Современная терапия психических расстройств. 2020; 2. https://doi.org/10.21265/PSYPH.2020.18.69.001

21. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci USA. 2013;110(15):5797–5801. https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110.

22. China Newsweek. Collective infections of coronavirus among 50 patients and 30 health workers in one psychiatric hospital in Wuhan. Shanghai Obs. 2020. https://www.jfdaily.com/news/detail?id=208584 (accessed Feb 17, 2020; in Chinese).

23. Dong L, Bouey J. Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic, China. Emerg Infect Dis 2020;26. https://doi.org/10.3201/eid2607.200407.

24. Kim MJ. 'It was a medical disaster': The psychiatric ward that saw 100 patients diagnosed with new coronavirus. Independent [published online March 1, 2020] https://www.independent.co.uk/news/world/asia/coronavirus-south-korea-outbreakhospital-patients-lockdown-a9367486.html.

25. Fagiolini A, Cuomo A, Frank E. COVID-19 diary from a psychiatry department in Italy. J Clin Psychiatry. 2020;81(3):20com13357. https://doi.org/10.4088/JCP.20com13357.

26. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzyn-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, Vieta E. The role of Mental Health Home Hospitalization Care during the COVID-19 pandemic. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2020. https://doi.org/10.1111/acps.13173

27. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century. Shanghai Arch Psychiatry. 2013; 25: 68–69. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.079

28. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, Westman J, Цsby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PLoS One. 2013;8:e55176. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176.

29. Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry 2020;7: e21. https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-0;

30. https://www.washingtonpost.com/health/2020/05/26/americans-with-depression-anxiety-pandemic/?arc404=true.

SUMMARY

MENTAL HEALTH AND PANDEMIC COVID-19

Jainakbayev N.T., Yeshimbetova S.Z.

A review of the scientific literature published from the time the covid-19 pandemic was declared has been studied and analyzed. As the literary data showed, this is a very wide range of mental disorders from neurotic to psychotic with a disorder of consciousness, with targeted damage to almost all spheres of the human psyche.

Key words: pandemic, covid-19, mental and behavioral disorders, mental health.

Психикалық денсаулық және індет covid 19

Джайнакбаев Н.Т., Ешимбетова С.З.

Жарияланған кезден бастап қазіргі уақытқа дейін көтеріп талданған шолу және ғылыми әдебиет covid 19 жарияланған тұмау пандемиясы үлкен қауіп төндіріп тұр. Әдеби деректер ретінде бастап, барлық салаларын дерлік психика бұзылуының көрсетті, бұл өте кең ауқымды жылғы невротиялық психотиялық дейін сана көздеу ұтылумен психикасының бұзылуынан адамды құрайды.

Кілт сөздер: індет, психикалық және мінез-құлықтық covid 19, психикасының бұзылуына байланысты психикалық денсаулық.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

УДК 616.89-008.43

ВЛИЯНИЕ ОДИНОЧЕСТВА НА УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ В ПЕРИОД САМОИЗОЛЯЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

Моллаева Н.Р., доктор медицинских наук, зав. кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии ФГБОУ ВО «ДГМУ»
Дамадаева А.С., доктор психологических наук, зав. кафедрой общей и специальной педагогики и психологии ГБОУ ДПО «ДИРО»

Аннотация. В статье исследована проблема влияния одиночества на нервно-психическое состояние старших подростков в период самоизоляции. Определена актуальность исследования, заключающая в развитии выраженной невротизации в период развития пандемии и присутствующих при этом изменений личности в социальных взаимосвязях. Рассмотрены основные факторы и психологические механизмы, приводящие к высокому уровню невротизации в период вынужденной самоизоляции.

В ходе эмпирического исследования получены результаты, свидетельствующие о непосредственном влиянии чувства одиночества на высокий уровень невротизации подростков в результате вынужденной изоляции. По результатам исследования проведен анализ феномена одиночества и даны рекомендации по предупреждению и коррекции высокой невротизации, включающие средства профилактики и психологической помощи, а в критических случаях, и методы психотерапии.

Ключевые слова: одиночество, тревожность, депрессия, психическое здоровье, невротизация, стратегия социального функционирования.

Введение.

В последние годы ситуация в России характеризуется непрерывно растущими требованиями и психологическими нагрузками, прежде всего, из-за действия различных массовых психогенных факторов. Это, в свою очередь, не может не влиять на психическое здоровье общества, привести к увеличению в нем поведенческих расстройств, в частности к высокой невротизации лиц старшего подросткового возраста, которые позднее трансформируются в психосоматические заболевания и другие психогенные расстройства.

Период самоизоляции характеризуется высоким нервным напряжением в обществе в целом, приводящий к вспышкам агрессии, чувству не проходящей тоски, тревожно-депрессивными расстройствами, ощущением изолированности от окружающих. И такой длительный срок, на который пришлось уединится большому количеству людей привел к ухудшению психического здоровья школьников. Высокая невротизация и чувство одиночества является опасным сочетанием, поскольку способна стать толчком к деликвентным проявлениям, приводить к разрушению отношений с близкими людьми и даже провоцировать суицидальные попытки. Высокая невротизация может пагубно влияет на жизнедеятельность личности в целом, делая ее полностью сконцентрированной на чувстве одиночества и провоцировать тревожно-депрессивное расстройство. При этом все остальные сферы жизни подростка отходят на задний план и становятся для него не значащими. Многочисленные ролики в сети интернет, где подростки и дети в состоянии истерии говорят о непринятии онлайн обучения и высоком уровне невротизации, обусловленном вынужденной изоляцией от социума. Страх всеобщей чипизации и переход на этот вид обучения на постоянной основе, влияют на ухудшение психического и психологического здоровья российских школьников в целом.

В последние десятилетия на стыке медицины и психологии возникла особая отрасль науки - психосоматическая медицина, основанная на понимании того, что любое соматическое расстройство всегда так или иначе связано с изменениями психического состояния человека.

В некоторых случаях психические состояния являются основной причиной заболевания, в других они становятся как бы стимулом, приводящим к заболеванию. Иногда характеристики психики влияют на течение болезни, иногда физические недуги вызывают психические переживания и психологический дискомфорт.

Отсутствие государственной программы по лечению, предупреждению и профилактике ухудшающегося психического здоровья и психологического благополучия школьников еще больше усугубляет ситуацию. Анализ последних исследований и публикаций показал, что в российской науке проблема психического здоровья школьников является достаточно новой и не разработанной. Отечественными учеными уже сделаны первые шаги в исследовании психического здоровья и психологического благополучия детей в современном мире, и уже сегодня мы можем констатировать факт формирования направлений исследования.

Сегодня существует достаточно исследований проблемы в области влияния на психическое здоровье школьников различных факторов, однако практически не исследованной остается зависимость личностных особенностей к высокой невротизации [2, 5, 6, 7]. Проведено исследование душевного здоровья, как характеристики индивидуальности, Е.А. Баева исследовала безопасность школьной среды, однако практически отсутствуют исследования, посвященные личностным изменениям подростков, которые в одиночестве в период вынужденной самоизоляции и влиянии личностных особенностей на показатель нервно-психического здоровья, а также пути выхода из такого состояния [4, 1].

Среди лиц, склонных тревожно-депрессивным состояниям, наиболее уязвимой возрастной категорией являются старшие подростки. Это обусловлено тем, что они находятся на этапе формирования, не достигших определенного уровня физической и психической зрелости становятся уязвимыми к различным стрессовым ситуациям.

Методика исследования.

Надо дополнить, что первоначально предполагалось исследование уровня невротизации современных школьников в связи с переживаемым в это время феноменом одиночества, целью выявления факторов, влияющих на психическое здоровье школьников, а именно невротизации в период сдачи ЕГЭ. Но, с введением режима самоизоляции представился шанс рассмотреть эти показатели в динамике. Целью данной статьи является освещение результатов эмпирического исследования взаимосвязи чувства одиночества в подростковом возрасте и уровня невротизации в период вынужденной самоизоляции.

Для достижения поставленной цели при условии информированного согласия исследовано 48 человек, до самоизоляции и во время режима самоизоляции, условно обозначенная (до периода самоизоляции; во время периода самоизоляции).

По возрасту как в основной, так и в сравнительной группе преобладали старшие подростки возраста 16-17 лет.

Процедура исследования включала использование следующих психодиагностических методик:

- для подтверждения у испытуемых невротизации использован опросник уровня личностной невротизации Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко;

- для диагностики чувства одиночества: методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М. Фергюсона и диагностический опросник «Одиночество» С.Г. Корчагиной (диагностика ситуационного одиночества).

Результаты исследования.

Диагностика уровня невротизации по опроснику уровня личностной невротизации Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко.

Распределение уровня невротизации в результате проведенного исследования, проведенного в два этапа:

1. Среди обследуемых (второй месяц самоизоляции) преобладали: высокий уровень невротизации (28-40 баллов) у 65,3% обследуемых, средний уровень (27,1 %) и низкий (7,6%).

2. Среди обследуемых первого этапа (до периода самоизоляции) преобладали: высокий уровень невротизации у 25,7 %, средний уровень (34,6%) и низкий (39,7%).

Как видно из приведенных данных более половины старших подростков к выпускному классу подвержены высокому риску невротизации.

Распределение степеней (уровней) субъективного ощущения одиночества по методике Рассела-Фергюсона оказалось следующим:

1. Среди обследуемых (второй месяц самоизоляции) преобладали показатели высокого (79,17%) и среднего (20,83%) уровня субъективного ощущения одиночества.

2. Среди обследуемых первого этапа (до периода самоизоляции) преобладали показатели среднего (58,33%) и низкого (41,67%) уровня субъективного ощущения одиночества.

Распределение выраженности ситуационного одиночества по опроснику Корчагиной оказалось следующим:

1. Среди обследуемых второго этапа преобладали показатели глубокого переживания актуального одиночества (79,17%) вплоть до погруженности в это состояние (20,83%).

2. Среди обследуемых первого этапа преобладали показатели неглубокого переживание возможного одиночества (58,33%) либо его полного отсутствия (41,67%).

По результатам статистической обработки данных по t-критерию Стьюдента можно говорить о достоверности различий между двумя периодами по количественным показателям методики Рассела-Фергюсона и опросника Корчагиной и уровня личностной невротизации Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко.

Обсуждение результатов.

С учетом того, что, с одной стороны, чувство одиночества значительно выше в группе испытуемых во время режима самоизоляции, а, с другой стороны, существуют корреляционные связи между показателями уровня невротизации и чувства одиночества, можно говорить о непосредственном влиянии режима самоизоляции на чувство одиночества, которое свойственно старшим подросткам до периода самоизоляции в менее выраженной степени. Остановимся подробнее на данной психологической категории.

Одиночество - это в основном пассивное состояние. Часто мы не проявляем никакой активности для того, чтобы изменить ситуацию, и можем годами крутиться в цикле одиночества. Иногда мы надеемся, что это ощущение исчезнет само по себе, или ожидаем помощи от кого-то другого, кто «внезапно» изменит нашу жизнь к лучшему. Но этим мы только позволяем окутывать нас еще больше. Мы держим одиночество в себе, не зная, что углубление в это чувство может привести к депрессии и чувство безнадежности, которые только ухудшат состояние.

По классификации А.В. Хараша [10], одиночество может быть четырех типов.

1. Космическое одиночество - утрата связей между человеком и Вселенной, Богом, природой, миром людей. В итоге данный тип одиночества приводит к кризису идентичности, который чаще всего завершается или невротическим расстройством, или углублением в психосоматике и вытеснением разрушительных мыслей за счет усиления телесных страданий.

2. Культурное одиночество возникает, если личностные ценности человека не соответствуют социокультурным нормам общества, в котором он проживает, иногда воспринимаются враждебно и отделяют его от остальных.

3. Социально-психологическое одиночество возникает, когда человек вынужденно «выпадает» из своей социальной группы, причем меняется не только его социальный статус, но он также лишается привычного круга общения, получает статус «изгнанника», которого сторонятся бывшие товарищи и которому отныне нет места в мезосоциуме, то есть человек теряет свою «нишу».

4. Личностное одиночество - это всегда разрыв связей с близкими людьми или их утрата (смерть родных, семейного партнера, отъезд в другую страну, глубокий неразрешимый конфликт, развод). Для человека это означает потерю психологически значимых лиц, с которыми он имел доверительные отношения, откровенное общение, сексуальные переживания, с которыми связаны его самые сокровенные воспоминания и надежды. Основными проявлениями личного одиночества является «плавающая» тревога, субдепрессивный фон настроения, приступы отчаяния с плачем и последующей астенией. При этом характер эмоций зависит от атрибуций, которыми лицо наделяет людей, ушедших из его жизни. Если преобладает внешняя атрибуция (обвиняет других в своей покинутости), то преобладают гнев и горечь. В случае личной атрибуции, когда самооценка существенно снижена, человек испытывает неприязнь, даже отвращение к себе, обвиняя в одиночестве свою внешность, характер, привычки и невольно идеализируя тех, кто ее покинул.

Поведение одинокого человека, конечно, зависит от черт его характера, пристрастий, привычек, настроения, но всеми исследователями этого явления подчеркиваются две основные стратегии социального функционирования одиноких людей - тоскливо-пассивная и активно-компенсаторная [3, 8].

Тоскливо-пассивная стратегия несколько напоминает летаргический сон, когда при внешней заторможенности человек, как робот, выполняет необходимые действия. Если процесс приспособления к одинокому существованию существенно затягивается, наблюдается психосоциальная дезадаптация, которая требует обязательного вмешательства психолога, психотерапевта или даже психиатра.

С учетом характеристик старших подростков с высоким уровнем невротизации, а также представленных типов одиночества, можно сказать, что для периода изоляции характерны как социально-психологическое одиночество, связанное с изменением их социального статуса вследствие вынужденной изоляции, так и личностное одиночество, поскольку высокий уровень невротизации нередко приводит к разрыву семейных и родственных связей, агрессии, депрессивно-тревожным состояниям и т.п. Что же касается стратегий социального функционирования одиноких старших подростков, то им присуща тоскливо-пассивная стратегия, в которой наблюдается высокий уровень тревожности.

Заключение.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что в результате вынужденного периода самоизоляции у старших подростков наблюдается повышение уровня невротизации, обусловленное нарушением стратегии социального функционирования.

Продолжая обсуждение высокого уровня невротизации у старших подростков и сопутствующего ему чувства одиночества, по нашему мнению, необходимо остановиться на средствах профилактики, психологической помощи и психотерапии.

Наиболее эффективными, по нашему мнению, средствами профилактики высокого уровня невротизации могут стать осуществление просветительской работы, нацеленной на расширение представлений индивида об особенностях возникновения такого состояния и ее пагубном влиянии на личность человека. Не менее значимым может стать создание благоприятных условий гармоничного развития личности, обеспечивающих ее устойчивость к негативным воздействиям.

В случае диагностики высокого уровня невротизации психологическая помощь должна быть направлена на оптимизацию самооценки и самоотношения личности. Столь же значимым следует считать расширение ресурсов личности по созданию гармоничных межличностных отношений с окружающими. Для этого целесообразно использовать такие формы оказания психологической помощи, как индивидуальное консультирование и участие в тренингах. Важным условием коррекции высокого уровня невротизации также является повышение стрессоустойчивости личности, способствующее снижению чувства одиночества и направленная на возможность к продуктивной модели поведения. В целом, коррекционная работа должна проводиться с учетом диагностики высокого уровня невротизации и быть направлена на устранение этой причины.

Список литературы.

1. Баева И.А. Психологическая безопасность образовательной среды как ресурс психического здоровья субъектов образования // Психологическая наука и образование. 2012. № 4. С. 11-17.

2. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа. – М.: МГПИ, 2008. – 222 с. Безруких М. М. Здоровьесберегающая школа. – М.: МГПИ, 2008. – 222 с.

3. Ветров С. А. Отчуждение человека в трансформируемом обществе. — М.: Лабиринт, 2013.— 252 с.

4. Даниленко О.И. Душевное здоровье как динамическая характеристика индивидуальности // Культурно-историческая психология. 2011. № 2. С. 52-59.

5. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. № 3. С. 17-21.

6. Колмогорова Л.С., Холодкова О.Г. Психическое и психологическое здоровье школьников. Учебное пособие. Барнаул, 2014: стр. 7-72.

7. Моллаева Н.Р., Шевченко Ю.С., Абусуев С.А. Психическое здоровье школьников, проживающих в зоне зобной эндемии. В сборнике: Современные проблемы охраны психического здоровья детей Научные материалы Всероссийской конференции. 2007. С. 115.

8. Пузько В. И. Экзистенциальный невроз как бегство от одиночества. — М.: Академия, 2005.— 204 с.

9. Физиология развития ребенка. Руководство по возрастной физиологии. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2010. –768 с.

10. Хараш А. У. Психология одиночества.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2012.— 123 с.

Influence of loneliness on the level of neuroticism during the period of self-isolation in the Republic of Dagestan

Mollayeva N. R., doctor of medical Sciences, head of the Department psychiatry, medical psychology and narcology. FSBEO HE Dagestan state medical University Makhachkala, Russia.

Damadaeva A.S. doctor of psychological Sciences, head. Department of General and special pedagogy and psychology, Dagestan Institute of education development.

Annotation. The article deals with the problem of the influence of loneliness on the neuropsychic state of older adolescents during the period of self-isolation. The relevance of the study is determined, which consists in the development of pronounced neuroticism during the development of the pandemic and the changes in personality in social relationships that are present at the same time. The main factors and psychological mechanisms that lead to a high level of neuroticism in the period of forced self-isolation are considered. In the course of an empirical study, we have obtained results indicating the direct influence of loneliness on the high level of neuroticism in adolescents as a result of forced isolation. Based on the results of the study, the author analyzes the phenomenon of loneliness and gives recommendations for the prevention and correction of high neuroticism, including means of prevention and psychological assistance, and in critical cases, methods of psychotherapy.

Keywords: loneliness, anxiety, depression, mental health, neuroticism, strategy of social functioning.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

УДК:616.98.578-036.22-053.2

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Абдуллаева В.К.
Ташкентский педиатрический медицинский институт
Кафедра психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии

Резюме.

Ситуация пандемии COVID-19 в мире, режим самоизоляции, стресс и тревога взрослых особенно затрагивают о детей и подростков. С учетом опыта других стран, которые столкнулись с массовым распространением COVID-19, выполнен обзор данных о негативном влиянии и прогнозировании наиболее вероятных рисков ситуации пандемии и самоизоляции для психического здоровья детей с учетом их возраста. Вспышка COVID-19 изменили контекст, в котором живут дети. Карантинные меры, такие как закрытие школ и ограничение передвижения, изменили систему повседневной и социальной поддержки детей, а также создали новые стрессовые факторы для родителей. Социальные контакты были строго ограничены ближайшими членами семьи, что также негативно сказывается на психическом здоровье детей и подростков. Пандемия коронавируса запустила цифровую трансформацию образовательного процесса на всех его уровнях, появилась возможность формирования совершенно новой системы взаимоотношений и коммуникации между всеми участниками образовательного процесса – учениками и педагогами. Особое внимание уделено группе риска - дети и подростки с хроническими психическими заболеваниями, которые нуждаются в постоянном наблюдении и лечении. Своевременное оказание психологической и психиатрической помощи детям и подросткам необходимо для профилактики последствий влияния пандемии на психическое здоровье. Внедрение инновационных подходов к оказанию психиатрической помощи через телепсихиатрию возможно будет способствовать эффективному использованию телемедицины в детской и подростковой психиатрии.

Ключевые слова: психическое здоровье детей и подростков, COVID-19

Пандемия COVID-19 глубоко влияет на жизнь людей по всему земному шару [1]. Весь мир сосредоточил внимание на мерах по снижению распространения и экономическом эффекте пандемии COVID-19. Обстановка быстро меняется, и все разговоры в СМИ и обществе посвящены только вспышке болезни. В такой ситуации на детей обрушивается огромное количество информации, передается стресс и тревога окружающих их взрослых. При всем этом сильно меняется распорядок дня и социальная среда детей, которая обычно помогает преодолевать сложные ситуации [2]. Родители в попытке защитить детей от переживаний могут избегать сложных разговоров о чувствах и событиях. Однако исследования показывают, что даже дети в возрасте до 2 лет осознают происходящие вокруг них изменения [3]. Сознательность у детей развивается на протяжении всего детства и юности. Поэтому, когда взрослые разговаривают с детьми, предоставленная детям информация должна учитывать возраст ребенка и уровень его понимания [4]. Нынешняя ситуация затрагивает особенно детей, подростков и их семьи.

Неопределенность в воздействии COVID-19 сильно беспокоит всех на фоне дополнительного психологического эффекта от карантина [5]. Беспокойство взрослых о последствиях COVID-19 может поставить под угрозу их способность чутко распознавать и реагировать на сигналы детей или их переживания [6]. Дети сильно связаны с эмоциональным состояниям взрослых; необъяснимое и непредсказуемое поведение дети воспринимают как угрозу, которая в дальнейшем приводит к тревожности. И наоборот, тревожность детей и подростков может проявляться и в вызывающем поведении, таком как капризы или споры, а не в обычных слезливых, печальных и тревожных реакциях.

Инфекционные заболевания, такие как COVID-19, могут существенно влиять на условия, в которых растут и развиваются дети. Разлука с семьей, разрыв дружеских отношений, нарушение распорядка дня и разделение общества в целом могут иметь негативные последствия для благополучия, развития и защиты детей. Кроме того, меры, используемые для предотвращения и контроля распространения COVID-19, могут подвергать детей риску с точки зрения их защиты. Карантинные меры и изоляция на дому, в учреждениях, а также в отдельных зонах могут оказать негативное влияние на детей и их семьи [7].

В настоящее время нет экспериментально подтвержденных данных о последствиях сложившейся ситуации для детей. Однако, наука накопила обширный материал, касающийся влияния изоляции на психическое состояние человека, особенностей восприятия и представления об опасностях у детей дошкольного и подросткового возраста, особенностей реагирования детей в ситуациях угрозы и стресса [8, 9]. Анализируя их, возможно прогнозирование наиболее вероятных рисков ситуации пандемии и самоизоляции для психического здоровья детей с учетом их возраста.

Для детей дошкольного возраста (3-7 лет) нынешняя ситуация с активным обсуждением с экранов телевизоров и в семьях последствий пандемии несет свои риски для психического здоровья. В дошкольном периоде происходит интенсивное развитие эмоциональной сферы, самосознания, дети начинают понимать конечность жизни; очень восприимчивы к словам и эмоциональному состоянию взрослых. Появление страха смерти в этом возрасте является закономерным явлением развития их психики. Дети сами постепенно справляются с такими переживаниями, но только при отсутствии постоянных обсуждений какой-либо проблемы. Если же период проявления возрастного максимума страха смерти совпадает с неблагоприятными внешними условиями и обстоятельствами, прямо или косвенно сигнализирующими об угрозе, то можно ожидать его непомерного разрастания в воображении и фиксации внимания на нем. У детей разные страхи тесно связаны между собой, причем далеко не рационально, не логически, и образуют единую психологическую структуру беспокойства. Так, ребенок, слыша фразы родителей об опасности заразиться, запреты подходить близко к другим, еще не устанавливая точных связей между событиями и фактами, а ориентируясь на эмоциональную реакцию, может начать считать опасным общение с другими. Общаясь со старшими дошкольниками и в их присутствии, важно исключить упоминание слова «смерть» в контексте темы коронавируса; акцент делать на понятии «профилактика»; в объяснениях выбирать наглядные образные формы представления информации (мультфильмы, иллюстрации, сказочные истории); расши-

рять круг тем для обсуждений и сферу дел и интересов ребенка.

Для детей младшего школьного возраста (7-11 лет) ситуация с пандемией и самоизоляцией также имеет свои особенности. В этот период у детей страх смерти сохраняется, преобразовавшись в страх потери родителей. Родители могут, привыкнув к достаточной самостоятельности своих детей, не придать значения участившимся с их стороны различным вопросам. Тогда как эти вопросы могут отражать внутреннее беспокойство за родителей, характерное для возраста, усиленное разговорами об угрозе заражения. Другой момент, который нужно принять во внимание в отношении младших школьников - то, что их учебная деятельность перенесена в условия дома и семьи. Разделение школьной жизни и семьи, роли ребенка для своих родителей и роли ученика решает важную задачу для самосознания младшего школьника, что делает ребенка самостоятельным.

Для подростков условия нынешней самоизоляции чреваты усилением протестного поведения в ответ на усиление контроля со стороны взрослых. Для этого возраста в целом характерна склонность к риску, увеличение числа поступков, несущих потенциальную угрозу своему здоровью.

В сегодняшней ситуации высок риск потери подростками ощущения общности с родителями даже в семьях с доброжелательными отношениями. Такая реакция свойственна возрасту в ответ на слишком жесткие, подавляющие активность или неясные и неопределенные нормативы. Помимо этого, стоит помнить, что подростки очень уязвимы и чувствительны к характеру межличностных отношений между родителями. Усиление ссор родителей или их обоюдное молчание в ситуации постоянного нахождения под одной крышей, несет угрозу чувству безопасности подростка. Это влечет за собой неуверенность в себе и других и определяет выбор непродуктивных путей решения важной для подростка задачи «быть собой среди других».

Для старшеклассников характерна ситуация неопределенности, связанная с профессиональным выбором, грядущим поступлением. В силу возраста ближайшее будущее для них кажется буквальными продолжением настоящего; тревога и беспокойство о настоящем проецируется на восприятие будущего.

Проблемы с психическим здоровьем, связанные с карантином, включают депрессию, раздражительность, бессонницу, гнев и эмоциональное истощение [10, 11]. Вспышка COVID-19 изменили контекст, в котором живут дети. Карантинные меры, такие как закрытие школ и ограничение передвижения, изменили систему повседневной и социальной поддержки детей, а также создали новые стрессовые факторы для родителей, которым пришлось искать новые варианты ухода за детьми или отказаться от работы [12, 13, 14, 15]. Также был ограничен досуг детей – закрылись детские игровые площадки, спортивные секции. [16]. Социальные контакты были строго ограничены ближайшими членами семьи, что также негативно сказывается на психологическом здоровье детей и подростков [17, 18, 19]. В связи с закрытием школ и отменой мероприятий многие подростки вынуждены отказаться от многих значимых событий в их юной жизни, включая ежедневное общение с друзьями и посещение школы. Подростки, привычный ход жизни которых меняется из-за распространяющегося заболевания, испытывают тревогу, разочарование и чувствуют себя изолированными.

Пандемия коронавируса запустила цифровую трансформацию образовательного процесса на всех его уровнях, появилась возможность формирования совершенно новой системы взаимоотношений и коммуникации между всеми участниками образовательного процесса – учениками и педагогами [20]. В связи с этим, по всей Республике Узбекистан были организованы различные виды дистанционного обучения. Пандемия стала катализатором стремительных изменений в этой сфере. При этом наибольшую сложность составляет не столько отсутствие инфраструктуры или неготовность преподавателей к освоению тех или иных технологий цифрового обучения, сколько то, что сложившаяся ситуация радикально меняет устоявшиеся модели социального взаимодействия. Между людьми разных поколений разрываются существующие социальные связи, общение между учениками и учителями переходит в новый формат, в отдельных случаях в семьях, где к процессу обучения часто вынуждены подключаться все их члены, фиксируется рост напряженности.

Внутри семьи карантинные меры также привели к изменению повседневной жизни. Следует отметить, что многие дети достаточно легко смогут адаптироваться к переменам в жизни семьи. При этом высок риск развития расстройств адаптации для детей, которые сейчас столкнутся с непредсказуемыми реакциями родителей - грубость и агрессия в адрес другого родителя или ребенка; необоснованные ситуацией взаимодействия с ребенком проявления страха, уныния, гнева у родителя, особенно если такие реакции примут затяжной характер. Такой же риск существует и для детей со сниженной способностью к адаптации; для детей, чьи матери, или заменяющие ее близкие взрослые, находятся в депрессии, переживают сильную тревогу и не способны оказать эмоциональную поддержку. Перемены в сегодняшней жизни могут быть чреваты в дальнейшем для этих детей заметным увеличением социальной дистанции с окружающими, ограничением эмоциональных реакций, снижением интереса к значимой ранее деятельности; боязнью даже кратковременного разлучения с близким взрослым [21].

В обзоре о влиянии карантина, S.Brooks и др. указали, что симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) возникают у 28-34% и страх у 20 % субъектов, находящихся в карантине [22]. Самоизоляция оказывает влияние и на психологическое здоровье детей и может вызвать посттравматический стресс. Сравнение симптомов посттравматического стресса у родителей и детей, помещенных на карантин, с теми, кто не был помещен в карантин, выявило, что средние показатели посттравматического стресса были в четыре раза выше у детей, которые были на карантине, чем у тех, кто не был на карантине [24]. Около 28% (27 из 98) родителей, помещенных в карантин в этом исследовании, сообщили о достаточных симптомах, чтобы оправдать диагноз психического расстройства, связанного с травмой, по сравнению с 6% (17 из 299) родителей, которые не были помещены в карантин [25].

Еще одна крайне уязвимая группа - это дети и подростки с хроническими психическими заболеваниями, для которых необходимы постоянное наблюдение и лечение [26].

Для детей с умственной отсталостью характерно непонимание сложившейся ситуации, что приводит к увеличению тревожности. Кроме того, дети с ограниченными возможностями находятся в группе высокого риска [27]. Более того, при этом повышается эмоциональная реактивность, тревожность, снижается регуляция эмоций [28]. Большинство психических расстройств требуют регулярной психофармакотерапии [29]. Тяжесть и исход психических расстройств могут ухудшиться из-за отсутствия своевременной диагностики и лечения. Это особенно проблематично для таких состояний, как дебют шизофрении, при которых раннее лечение является важным прогностическим фактором. С другой стороны, подверженность стрессу может утяжелить уже существующие психические расстройства [30].

Заключение. Таким образом, вполне вероятно, что пандемия COVID-19 приведет к обострению существующих психических расстройств, а также способствует возникновению новых стрессовых расстройств у многих, особенно у детей и подростков. Своевременное оказание психологической и психиатрической помощи детям и подросткам необходимо для профилактики последствий влияния пандемии на психическое здоровье. постоянное наблюдение и Внедрение инновационных подходов к оказанию психиатрической помощи через телепсихиатрию возможно будет способствовать эффективному использованию телемедицины в детской и подростковой психиатрии.

Список литературы.

1. Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVIDE19 // Современная терапия психических расстройств. - 2020. - № 2. - DOI: 10.21265/PSYPH.2020.53.59536.

2. Danese A, Smith P, Chitsabesan P, Dubicka B. Child and adolescent mental health amidst emergencies and disasters. Br J Psychiatry 2019: published online Nov 13. DOI: 10.1192/bjp.2019.244.

3. Dalton L, Rapa E, Ziebland S, et al. Communication with children and adolescents about the diagnosis of a life-threatening condition in their parent. Lancet 2019; 393: 1164–76.

4. Christ GH, Christ AE. Current approaches to helping children cope with a parent's terminal illness. CA Cancer J Clin 2006; 56: 197–212.

5. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395: 912–20.

6. Stein A, Lehtonen A, Harvey AG, Nicol-Harper R, Craske M. The influence of postnatal psychiatric disorder on child development. Is maternal preoccupation one of the key underlying processes? Psychopathology 2009; 42: 11–21.

7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, 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):1729/

8. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The longterm health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2012;9(11):e1001349.

9. Riley AW, Valdez CR, Barrueco S, Mills C, Beardslee W, Sandler I, et al. Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: theoretical basis and program description. Clin Child Fam Psychol Rev. 2008;11(1):12–29.

10. Caporino NE, Exley S, Latzman RD. Youth Anxiety About Political News. Child Psychiatry & Human Development. 2020.

11. Horesh D, Brown AD. Traumatic stress in the age of COVID-19: a call to close critical gaps and adapt to new realities. Psychol Trauma. 2020;12(4):331–5.

12. The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. Technical Note: Protection of Children during the Coronavirus Pandemic (v.1); 2020. https://allia nceep ha.org/en/COVD1 9.

13. Team ICC-R. Estimating the number of infections and the impact of nonpharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. https ://www.imper ial.ac.uk/media /imper ial-colle ge/ medic ine/sph/ide/ gida-fello wship s/Imper ial-Colle ge-COVID 19-Europ e-estim ates-and-NPIimpac t-30-03-2020.pdf; 2020.

14. UNESCO. COVID-19 Educational Disruption and Response. https :// en.unesc o.org/covid 19/educa tionr espon se. 2020.

15. Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. Lancet Child Adolesc Health. 2020.

16. Fegert JM, Berthold O, Clemens V, Kцlch M. COVID-19-Pandemie: Kinderschutz ist systemrelevant. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(14):A-703.

17. BBC. Coronavirus: what lockdown is like for kids all around the world. https ://www.bbc.co.uk/newsr ound/52106 625. 2020.

18. Gifford-Smith ME, Brownell CA. Childhood peer relationships: social acceptance, friendships, and peer networks. J Sch Psychol. 2003;41(4):235–84.

19. Oberle E, Schonert-Reichl KA, Thomson KC. Understanding the link between social and emotional well-being and peer relations in early adolescence: gender-specific predictors of peer acceptance. J Youth Adolesc. 2010;39(11):1330–42.

20. Шмурыгина О. В. Образовательный процесс в условиях пандемии // Профессиональное образование и рынок труда. - 2020. - № 2. - С. 51-52. - DOI 10.24411/2307-4264-2020-10210.

21. Stein A, Lehtonen A, Harvey AG, Nicol-Harper R, Craske M. The influence of postnatal psychiatric disorder on child development. Is maternal preoccupation one of the key underlying processes? Psychopathology 2009; 42: 11–21.

22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet. 2020;395(10227):912–20.

23. Neamah HH, Sudfeld C, McCoy DC, Fink G, Fawzi WW, Masanja H, et al. Intimate partner violence, depression, and child growth and development. Pediatrics. 2018;142(1):e20173457.

24. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. Child Abuse Negl. 2008;32(8):797–810.

25. Wang Y, Xu B., Zhao G., Cao R. at all. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? Gen Hosp Psychiatry 2011.

26. Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME. Stress exposure and the course of ADHD from childhood to young adulthood: comorbid severe emotion dysregulation or mood and anxiety problems. J Clin Med. 2019;8(11):1824.

27. Seppala P, Vornanen R, Toikko T. Are children with a number of disabilities and long-term illnesses at increased risk of mental violence, disciplinary violence, and serious violence? J Interpers Violence. 2020:886260519898440.

28. Duffy KA, McLaughlin KA, Green PA. Early life adversity and health-risk behaviors: proposed psychological and neural mechanisms. Ann N Y Acad Sci. 2018;1428(1):151–69.

29. Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M, Lalouni M, Hedman E, Ahlen J, et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children andadolescents: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016;50:1–10.

30. Hartman CA, Rommelse N, van der Klugt CL, Wanders RBK, Timmerman ME. Stress exposure and the course of ADHD from childhood to young adulthood: comorbid severe emotion dysregulation or mood and anxiety problems. J Clin Med. 2019;8(11):1824.

COVID-19 pandemic and mental health of children and adolescents

V.K. Abdullaeva

Summary

The situation of the COVID-19 pandemic in the world, the regime of self-isolation, stress and anxiety of adults affect especially children and adolescents. Taking into account the experience of other countries that have experienced the mass spread of COVID-19, a review of data on the negative impact and prediction of the most likely risks of a pandemic situation and self-isolation for the mental health of children, taking into account their age, was performed. The COVID-19 outbreak changed the context in which children live. Quarantine measures, such as closing schools and restricting movement, have changed the system of daily and social support for children, as well as created new stressors for parents. Social contacts were strictly limited to immediate family members, which also negatively affects the mental health of children and adolescents. The coronavirus pandemic has launched a digital transformation of the educational process at all its levels, and it has become possible to form a completely new system of relationships and communication between all participants in the educational process – pupils and teachers. Special attention is paid to the risk group-children and adolescents with chronic mental illnesses who need constant monitoring and treatment. Regular psychological and psychiatric care for children and adolescents is necessary to prevent the impact of the pandemic on mental health. Implementation of innovative approaches to providing psychiatric care through telepsychiatry may contribute to the effective use of telemedicine in child and adolescent psychiatry.

Keywords: mental health of children and adolescents, COVID-19

УДК 616.89 - 083

ИНТЕГРАЦИЯ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ СО СЛУЖБОЙ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Ешимбетова С.З., Сарсембаев К.Т.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и неврологии,
г.Алматы, Казахстан

Резюме.

Рассматривается проблема интеграции деятельности врача общей практики со службой психического здоровья в период пандемии COVID-19. Обсуждаются особенности деятельности врача общей практики как «врача первого контакта» для своих пациентов, а также проблемы, с которыми он может сталкиваться при обращении к нему пациентов с расстройствами психической деятельности. Все это свидетельствует о необходимости интеграции врача общей практики со службой психического здоровья и соответствующей его психиатрической квалификации. Предлагаются пути решения интеграции первичной медицинской помощи с психиатрической.

Ключевые слова: врач общей практики, пандемия, психические расстройства, интеграция первичной медицинской помощи с психиатрической. ТҮЙІНДЕМЕ

Введение. Сегодня на фоне пандемии COVID-19 стало очевидным тот факт, что пациенты с психическими и поведенческими расстройствами являются наиболее уязвимой категорией населения, как для негативного воздействия как самой вирусной инфекции, так и связанной с пандемией стрессовых факторов (информационный поток, длительный режим самоизоляции), которые могут привести как к манифестации новых случаев возникновения психических заболеваний так и их рецидивов. К данной категории отнесены пациенты с аффективными расстройствами, с патологией личности (внушаемые, зависимые, тревожные, истерические, пограничные, эмоционально нестабильные), с тревожными и невротическими расстройствами (обсессивно-компульсивное, паническое и генерализованное тревожное, соматоформное, диссоциативное и фобические расстройства) и с хроническими психозами, включая шизофрению [1,2]. Из наиболее значимых факторов отрицательно сказывающихся на низких показателях выявления COVID-19 у пациентов с психическими нарушениями являются низкая комплаентность, стигматизация и худший доступ к общемедицинской помощи [1,2,3]. Решить данный вопрос и восполнить этот пробел поможет должная интеграция и слаженная работа врачей ВОП и психиатров, руководствуясь программой ВОЗ mhGAP [4,5]. Программа направлена на привлечение врачей общей практики к оказанию помощи людям с психическими и поведенческими расстройствами. Стоит отметить, что качественная и полная реализация данной программы в условиях пандемии может привести к успешному решению ряда медицинских проблем данного слоя населения.

Прежде всего позволит более широкому кругу населения оказывать квалифицированную и специализированную помощь в профилактике и лечении как психических и поведенческих расстройств, а также тяжелых последствий вирусной инфекции, решив вопросы стигматизации и позднего выявления заболевания.

Цель исследования. Рекомендации по интеграции врачей общей практики со службой психического здоровья в условиях пандемии.

Обсуждение проблемы.

Врач общей практики, являясь «врачом первого контакта», находится на передовой линии оказания медицинской помощи. В отличие от участкового врача он обладает навыками смежных специальностей, большими возможностями и временем для всестороннего обследования пациентов, заменяя собой нескольких специалистов.

В отличие от психиатра врач общей практики воспринимается населением как лицо, к которому следует обращаться по любому медицинскому вопросу, не испытывая страха стигматизации. Это показывает, что врач общей практики находится в достаточно благоприятном положении, чтобы проследить за психическими расстройствами и выявить те, достаточно серьезные случаи, которые нуждаются в лечении, особенно в плане суицидальной настроенности пациента или тяжелого соматического заболевания, каким может быть заражение вирусной инфекцией. Знание психических и поведенческих расстройств как психотического так и непсихотического уровня являются необходимой компетенцией, которыми должен владеть врач общей практики. Тем самым подход к пациенту будет целостным, с позиции единства психического и соматического.

В этом плане врачу общей практики необходимы навыки психиатрического и психологического консультирования, психотерапевтического контакта с пациентом.

Врач общей практики должен владеть коммуникативными навыками и эффективно общаться с пациентами, в том числе с психическими и поведенческими расстройствами, устанавливать с ними правильные и добрые отношения. «Специальная функция врача первого контакта заключается в том, чтобы понять все, что хочет сообщить ему пациент» [4]. Также, врач общей практики должен обладать достаточной компетенцией чтобы выявлять и определять обширный круг психиатрических симптомов, провести клинический осмотр, оценить психический статус и поставить предварительный диагноз, обращая первостепенное внимание на суицидальную настроенность пациента. У врача общей практики должна быть соответствующая клиническая и теоретическая подготовка, чтобы самостоятельно оказать врачебную помощь, а при необходимости направить пациента к соответствующим специалистам по профилю выявленных расстройств, обратив особое внимание на симптомы депрессии и суицидальное поведение пациента.

При подготовке врача общей практики необходимо обратить внимание на ряд факторов, препятствующих выявлению ряда психических и поведенческих расстройств.

Пациенты с психическими и поведенческими расстройствами имеют ряд особенностей в зависимости от преобладания тех или иных расстройств. Так, пациенты с фобиями, обсессиями могут оказаться не в состоянии самостоятельно посетить врача. Больные с бредом, галлюцинациями могут отказаться от посещения врача, а социально деградированные больные ши-

зофренией, алкоголизмом и наркоманиями не считают себя больными и не ищут медицинской помощи. Обычно для врача общей практики первым контактом бывают астеничные, с сенестопатиями, ипохондричные, депрессивные, суицидально настроенные пациенты.

Следующей трудностью в оказании помощи при первом контакте с пациентом является сложность в установлении психиатрического диагноза. Сама по себе постановка психиатрического диагноза процесс сложный, требующий не только специальной квалификации, но и времени, которое у врача первичного медицинского звена ограничено, а также то, что большинство пациентов в основном рассказывают о своих соматических симптомах и с большой неохотой излагают личные проблемы. Довольно часто врач общей практики может сделать заключение о наличии психического расстройства после нескольких встреч с пациентом, а возможно и после бесед с членами семьи.

Данное положение хорошо иллюстрирует исследование [6] при котором пациенты, которых консультировал общий врач, отдельно и независимо наблюдались психиатром. В этой группе в целом 20% были расценены как носители «заметных психологических нарушений». Однако у половины были «скрытые психические нарушения», в том числе суицидальные, которые врач общей практики, несмотря на некоторую психиатрическую подготовку, установить не сумел.

Имеется популяционное исследование больных с тревожными, аффективными, невротическими расстройствами [4], где выявлено, что значительный процент пациентов (90,7%) впервые обращается к врачам первичной медицинской сети и только незначительная часть (9,3%) первично обратилась к психиатру. В абсолютном большинстве случаев пациенты с невротическими расстройствами первично обращались к врачам терапевтам (28,0%), неврологам (54,7%) и другим специалистам (8,0%). У данных специалистов пациенты наблюдались и лечились не по профилю основного заболевания, что ухудшало психическое состояние, доводя в ряде случаев до невротического развития личности.

Самым важным является медицинское образование и подготовка врачей общей практики. Необходимо курс психиатрии строить на тех видах психических расстройств, с которыми врач общей практики чаще всего встречается. Это неврозы, суицидальное поведение, изменения личности и психосоматические расстройства.

Все это свидетельствует о том, что роль врача общей практики в охране психического здоровья, профилактики суицидов будет всемерно расти. Их эффективность будет в значительной мере определяться как изменениями в обучении, так и организацией первичного медицинского обслуживания.

Необходимо укреплять роль врача общей практики как активного члена группы психического здоровья одновременно предоставляя возможность психиатру эффективно сотрудничать со службой первичной медико-санитарной помощи.

Заключение. Таким образом, реализация Программы интеграции ПМСП и психиатрии предоставит возможность как населению, так и пациентам с психическими и поведенческими расстройствами свободно обращаться к врачам общей практики относительно своего психического и соматического здоровья, тем самым избегая стигматизации обеспечив при этом доступность общемедицинской помощи.

Список литературы.

1. Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19.

2. Yao H. et al., Yao H, Chen J-H, Xu Y-F. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry 2020;7: e21. https://doi.org/10.1016/s2215-0366 (20)30090-02020.

3. Garriga M, Agasi I, Fedida E, Pinzyn-Espinosa J, Vazquez M, Pacchiarotti I, Vieta E. The role of Mental Health Home Hospitalization Care during the COVID-19 pandemic. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2020. https://doi.org/10.1111/acps.13173.

4. Ешимбетова С.З., Мазгутов А.В. Пути интеграции психиатрической службы //Неврология. -№2. -2008. –С.62.

5. «Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения». Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро; 2018 г.

6. Сарсембаев К.Т. Врач общей практики – первичное звено контакта пациентов с психическими расстройствами//Вестник КазНМУ -№1,2020. –С. 212-214.

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕРІНІҢ COVID-19 ПЕНДЕМИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҚЫЗМЕТІНІҢ ИНТЕГРАЦИЯСЫ

Ешимбетова С.З., Сарсембаев К.Т.

COVID-19 пандемиясы кезінде жалпы тәжірибелік дәрігердің психикалық денсаулық қызметімен интеграциялану мәселесі қарастырылады. Жалпы тәжірибелік дәрігердің пациенттеріне арналған «алғашқы байланыс дәрігері» ретіндегі қызметінің ерекшеліктері, сондай-ақ психикалық ауытқулары бар науқастарды емдеу кезінде кездесуі мүмкін мәселелер талқыланады. Мұның бәрі жалпы тәжірибелік дәрігерді психикалық денсаулық қызметімен және оған сәйкес психиатриялық біліктілікпен біріктіру қажеттілігін көрсетеді. Бастапқы медициналық көмектің психиатриялық көмекпен интеграциялану жолдары ұсынылады.

Түйінді сөздер: жалпы тәжірибелік дәрігер, пандемия, психикалық бұзылыстар, алғашқы медициналық-санитарлық көмекті психиатриямен біріктіру.

SUMMARY

INTEGRATION OF A GENERAL PRACTICE DOCTOR WITH MENTAL HEALTH SERVICE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Yesimbetova S.Z., Sarsembaev K.T.

The problem of integrating the activities of a general practitioner with a mental health service during the COVID-19 pandemic is considered. The features of the activities of a general practitioner as a «first contact physician» for his patients are discussed, as well as the problems that he may encounter when treating patients with mental disorders. All this indicates the need to integrate a general practitioner with the mental health service and its corresponding psychiatric qualifications. Ways are proposed to address the integration of primary care with psychiatric care.

Key words: general practitioner, pandemic, mental disorders, integration of primary health care with psychiatric.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АКТУАЛИЗАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САМОИЗОЛЯЦИИ ПРИ COVID-19

(ИЗ ВЫСТУПЛЕНИЯ НА МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ОНЛАЙН КОНФЕРЕНЦИИ «ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19»)

Толстикова А.Ю.
Казахстанско-Российский медицинский университет,
кафедра психиатрии, наркологии и неврологии

Резюме.

В статье представлен клинический случай суицидального поведения по типу демонстративно-шантажного протеста в условиях самоизоляции при COVID-19.

Ключевые слова: депрессия, суицидальное поведение, COVID-19.

Введение.

Анализ современного состояния проблемы депрессивных расстройств и суицидального поведения в Республике Казахстан свидетельствует о том, что показатели смертности от самоубийств во многих регионах превышают даже «сверхвысокие» мировые стандарты. К региону с самым высоким риском суицидов относится Восточно-Казахстанская область (51,9 на 100 тыс. населения), и это не случайно, так как рядом исследований отечественных ученых [1,2] доказано, что на суицидальную активность населения в этом регионе существенное влияние оказывают экологические факторы, а именно последствия ядерных испытаний, проводившихся на Семипалатинском полигоне. Превалирующей формой психической патологии в данном регионе являются расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, заболеваемость которыми в данном регионе является самой высокой по республике.

В связи с ситуацией самоизоляции при COVID-19, которую, несомненно, следует считать стрессовой для большого количества людей, актуальность проблемы депрессий и суицидального поведения значительно возросла.

Амбрумова А.Г. и Тихоненко В.А. [3] к суицидальному поведению относят любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. При этом внутренние формы включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, замыслы и намерения. Внешние формы охватывают суицидальные попытки и завершенные суициды. В концепции Амбрумовой А.Г. и Тихоненко В.А. определены понятия внутреннего и внешнего характера «суицидогенного конфликта», когда первый основан на изменении ценностных ориентаций, перестройке или недостаточности мотивационных структур, либо разрушении системы мотивации, а второй определяется внешними психотравмирующими ситуациями, не затрагивая личностной системы ценностей. Тихоненко В.А. выделены и описаны 6 основных типов личностных смыслов самоубийства: «протест», «месть», «призыв», «избегание», «самонаказание», «отказ».

Большой раздел литературы по суицидологии посвящен изучению суицидального поведения, связанного с расстройствами личности [4]. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что «расстройство личности» в качестве основного диагноза выявляется у 3-9% лиц, покончивших жизнь самоубийством (American Psychiatric Association, 2003) [5]. Данные об удельном весе расстройств личности в структуре психической патологии суицидентов различны и колеблются в широком диапазоне: от 7,2% до 28,5% [6,7]. Установлено, что суицидальный риск у лиц с расстройствами личности в 7 раз выше, чем в общей популяции. По данным Московского НИИ психиатрии [8], в клиническом диагнозе пациентов кризисного стационара удельный вес расстройств личности, поступивших в связи с суицидальным поведением, за последние 5 лет, увеличился в 2 раза. Среди них преобладают пациенты, личностная структура которых в большинстве случаев соответствует нарциссическому, пограничному или депрессивному типу, что соответствует данным других исследований [9].

Повторные суицидальные действия у психопатических личностей, в сравнении со здоровыми лицами, были исследованы Лазарашвили И.С. В его работах показано, что у психопатических личностей разрешение личностного конфликта после первичной суицидальной попытки способствовало формированию манипулятивного типа постсуицида с тенденцией к повторению суицидальных действий, как форме защиты в психотравмирующих ситуациях. Такие демонстративно-шантажные формы суицидального поведения автор наиболее часто наблюдал у психопатических личностей истерического и возбудимого круга. При астенической же психопатии чаще отмечались истинные суицидальные попытки с высоким риском летальности [10].

Изучая суицидальное поведение при психических расстройствах, Верещагина Н.В. [11] пришла к заключению, что в структуре «личности с суицидальными особенностями» выделяются такие черты как максимализм, бескомпромиссность, сензитивность, алекситимия с неразвитостью воображения, неумением анализировать себя и ситуацию, отсутствие формирования идентичности. Автор указывает на то, что патохарактерологические проявления личности с суицидальными особенностями можно рассматривать как предикторы суицидального поведения.

Любой патологический поведенческий акт психически больного, будь то опасные действия в отношении окружающих (гетероагрессия), или в отношении самого себя (аутоагрессия), определяется детерминантами «синдром – личность – ситуация» в их сложном взаимодействии. В рамках такого системного подхода существует понятие **механизма суицидального поведения,** под которым подразумевается ведущее системообразующее звено в сложном взаимодействии психопатологических, личностных и ситуационных факторов, детерминирующих суицидальное поведение больного с психическим расстройством [12].

Приведем клинический пример **личностно-психологического механизма по типу «протеста»,** в формировании которого ведущее значение имеют преморбидные личностные особенности пациентки, определяющие низкий уровень адаптивных возможностей и стрессоустойчивости с формированием суицидальной мотивации. У пациентов этой категории, как правило, в анамнезе, ещё до появления первых клинических признаков психических расстройств, часто прослеживаются эпизоды суицидального поведения, отражающие личностную форму реагирования на стрессовые ситуации.

Пациентка была консультирована нами лично.

Больная Д.О.Н., 19 лет, находилась на лечении в психиатрическом стационаре с диагнозом: Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F60.30).

Из анамнеза: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Мать по характеру стеничная, категоричная, является инвалидом I группы по зрению. У родителей брак распался ещё до рождения дочери. Отца больная не знает, так как после её рождения он семьей не интересовался, и они никогда не встречались. Роды у матери были поздние в 41 год путем кесарева сечения. Девочка родилась с признаками частичного церебрального паралича, и из роддома была переведена в детское неврологическое отделение, где находилась в течение месяца. В последующем её психическое развитие соответствовало возрасту, говорить начала вовремя, но несколько отставала в физическом развитии, часто болела, ходить начала только с 2,5 лет. С трехлетнего возраста посещала детский сад, где была очень активной, подвижной, общительной, легко сходилась с детьми, ещё до школы научилась читать. В школе начала обучаться своевременно, с 7 лет. До 4 класса успеваемость была хорошей, но затем на уроках стала невнимательной, недисциплинированной, перестала дома готовиться к занятиям и успеваемость снизилась. С 14 лет мать стала замечать изменения в её характере, когда она «перестала находить общий язык» с одноклассниками и преподавателями. Дома частыми стали конфликты с матерью на бытовой почве, часто «пропадала на улице», поздно возвращалась. На замечания матери эмоционально бурно реагировала, огрызалась, демонстративно не выполняла её просьбы. Начала курить, стала общаться с мужчиной, который был старше её на 15 лет. В возрасте 16 лет совершила первую суицидальную попытку, выпила порошок от тараканов. Находилась в детском токсикологическом отделении в течение 5 дней. В первое время скрывала истинные причины суицидального поведения, заявляла: «Сама не знаю, почему я так сделала», но потом все же созналась матери, что приревновала любимого мужчину к своей подруге и в знак протеста «хотела его попугать». В 9 классе начались постоянные ссоры с одной из учительниц и некоторыми девочками из её класса. После одного из конфликтов в школе, в знак протеста на нанесенную ей обиду, пыталась повеситься (17 лет). Надела на шею петлю из бельевой веревки, но мать вовремя успела её остановить. Из-за постоянных конфликтов была вынуждена перейти в другую школу, где закончила 10 классов. В конце июня прошлого года (18 лет) после очередного конфликта с матерью совершила ещё одну суицидальную попытку путем отравления находившимися дома таблетками от диабета. В течение недели находилась в токсикологическом отделении. В летнее время подрабатывала на малоквалифицированных работах, которые часто меняла из-за постоянных конфликтов с руководством. За три дня до настоящей госпитализации, в 19 лет, в условиях самоизоляции говорила матери, что ей «тяжко сидеть дома, куда мир катится, зачем все эти меры карантина», после ссоры с матерью, больная совершила 4-ю суицидальную попытку, выпив сразу 100 таблеток манинила. Вновь была доставлена в токсикологическое отделение, откуда, после проведения дезинтоксикационных мероприятий, была впервые госпитализирована в психиатрический стационар.

Психическое состояние больной при поступлении характеризовалось демонстративным поведением. Держалась с переоценкой, с врачами беседовала без чувства дистанции. Заявляла, что она психически здорова и настаивала на выписке. Не отрицала суицидальную попытку, но с легкостью говорила, что в своем поступке раскаивается и так делать больше не будет. Суицидальное поведение мотивировала ссорой с матерью и рамками самоизоляции: «Я не могу долгое время находиться рядом с матерью, никуда нельзя выйти, сижу, как в тюрьме, снова стала читать нравоучения, надоели её запреты, я уже не маленькая». В высказываниях больной звучал протест на требования матери, касающиеся курения сигарет и факта самоизоляции: «Да я и не курю, только балуюсь иногда в компании, а она нашла в моей сумке пачку сигарет и устроила скандал. Теперь еще никуда не выйдешь, придется с ней дома сидеть». Открыто заявляла, что она не хочет умирать, «хотела просто напугать мать», а истинных суицидальных намерений не было. Её «сильно задело», когда мать заявила, что, как только она получит заработную плату, она должна деньги отдать ей. Просила врачей: «Отпустите меня домой, я больше не буду ссориться с мамой, не буду травиться, хватит с меня, я в этот раз чуть не умерла, и в психушку больше не хочу попадать». Суждения больной были легковесны, инфантильны, критические способности снижены, но, в целом, мышление представлялось достаточно последовательным, логичным. Грубых расстройств интеллекта и памяти не выявлялось.

Заключение по данным психологического обследования: в беседе явно старалась произвести хорошее впечатление. Сообщила, что жалеет о своем поступке, не ожидала направления в психиатрическую больницу. Инструкции усваивала быстро, задания выполняла не задумываясь. При указании на ошибки, критики не принимала, отказывалась исправлять: «Я так думаю, я не понимаю, я не знаю». В мышлении выявлялась поверхностность, легкость суждений. При самостоятельной работе результаты были ниже доступных по уровню развития за счет несобранности, недостаточной критичности мышления, отсутствовала эмоциональная реакция на неуспех. Интеллектуальный уровень определялся в пределах нормы. В личностной сфере проективные методики выявляли импульсивность в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, активную позицию стремления к доминированию, стеничность в достижении желаемого, неустойчивую самооценку, изменчивость установок, непоследовательность. Высказывания и поступки были необдуманными с выраженной потребностью к независимости. Выявленные личностные особенности предполагают возможное девиантное поведение, затрудненную адаптацию, в связи с чем нуждается во внешнем контроле и психотерапевтической коррекции взаимоотношений в семье.

В первые дни пребывания в отделении больная получала седативные препараты (транквилизаторы) с последующим переходом на психотерапию. Поведение в отделении оставалось упорядоченным, режима не нарушала. Охотно общалась с окружающими, фон настроения оставался ровным, жалоб на состояние здоровья не предъявляла, суицидальных мыслей не обнаруживала. Была выписана с улучшением и рекомендациями дальнейшего наблюдения у психотерапевта.

Таким образом, психотравмирующая ситуация (условия самоизоляции) вызвала декомпенсацию состояния (декомпенсирующий механизм). Испытывая в данной психотравмирующей ситуации чувство обиды, унижения, тяготясь условиями самоизоляции, обследуемая совершила демонстративную суицидальную попытку по мотивам «протеста» (суицидально-шантажный протест).

Список литературы.

1. Макаров М.А., Киселева Л.М., Шаршов А.П. Экстремальные раздражители внешней среды и стрессовые реакции организма. // Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию Семипалатинского областного центра психического здоровья. - Семипалатинск, 1996. - С. 125-128.

2. Кудьярова Г.М. Основные закономерности распространенности психических расстройств в Республике Казахстан (клинико-эпидемиологическое исследование) // Дисс... д-ра. мед. наук. – М., 2000. – 380с.

3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1978. – С. 6-26.

4. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект ком-

плексного изучения. // Комплексные исследования в суицидологии. - М., 1986. - С. 7-25.

5. American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. // Am. J. Psychiatry – 2003. - Vol. 160. – P. 1-60.

6. Пилягина Г.Я. Теоретическая модель патогенеза аутоагрессивного поведения в ракурсе перспективы суицидологических исследований. // XIV Съезд психиатров России. 15-18 ноября 2005г. (Материалы съезда). – М., 2005. - С.446.

7. Паршин А.Н. Суицид как развитие личности. // Проблемы организационной и социальной психиатрии. - М., 2000. - С. 318.

8. Магурдумова Л.Г. Психогенные суицидоопасные реакции и их возрастные особенности в инволюции. // Труды Московского НИИ психиатрии: Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983. - С. 105-109.

9. Кондратьев Ф.В. Структура и динамика факторов риска опасного поведения психически больных. // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. – М., 1986. - С.116-119.

10. Зайцев А.А. Клинико-психический анализ попыток на самоубийство у психопатических личностей. Тезисы к дисс. – Л., 1938. - 12с.

11. Верещагина Н.В. Суицидальное поведение при психических расстройствах. Автореф. дис. ... канд. мед наук. – Новосибирск, 2003. - 20с.

12. Зальцман Г.И. Психопатологический анализ бредовых приступов при периодической шизофрении. // Журнал невропатологии и психиатрии. – М., 1967. - Т. 1. – С. 93-96.

Тужырым.

Мақалада клиникалық жағдай суицидтік мінез-құлықтың типі бойынша қыр көрсетіп-шантаж наразылық жағдайында самоизоляция кезінде COVID-19.

Түйін сөздер: депрессия, суицидалды мінез-құлық, COVID-19.

Resume.

In the article the clinical case of suicidal behavior is presented on the type of demonstratively-blackmail protest in the conditions of self-isolation at COVID - 19.

Keywords: depression, suicidal behavior, COVID - 19.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

К ВОПРОСУ ОБ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ ВЫГОРАНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Абетова А.А.
Казахский медицинский университет непрерывного образования
кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии г. Алматы

Актуальность. Всемирная Организация Здравоохранения ежедневно сообщает о новых подтвержденных случаев заражения COVID-19. В таких условиях пандемии системам здравоохранения требуется быстрая реадаптация к развивающейся ситуации. Основными причинами перегрузки системы здравоохранения являются: во-первых, необходимость лечения большого числа пациентов; во-вторых, необходимость защитить самих работников здравоохранения; в-третьих, борьба с тяжелыми последствиями болезни с возможным смертельным исходом [1].

Все это является суровым испытанием для медицинских работников, которым приходится работать в иных условиях труда, зачастую с перенагрузкой - как физической, так и эмоциональной. Следовательно, не каждый сотрудник может избежать дистресса, и связанными с этим последствиями, среди которых прежде всего психоэмоциональное утомление и возникновение негативных эмоциональных состояний [2].

В целях уменьшения последствий пандемии для психического здоровья работников здравоохранения необходима психологическая поддержка, которую можно обеспечить путем применения приемлемых способов снятия стресса.

Материалы. Даже кратковременное игнорирование или недостаточное внимание к вопросу профилактики и коррекции факторов психологической напряженности достаточно быстро может приводить к эмоциональному выгоранию и профессиональной деформации даже высококлассных специалистов, ухудшению психологического климата даже в давно сложившемся коллективе, снижению комплаентности пациентов и их мотивации сотрудничества с медперсоналом, напряжению со стороны родственников пациентов [3].

Результаты. Разработаны рекомендации для медицинских работников (Ю.П. Зинченко).

1) Даже в ситуации многочасовой интенсивной работы постарайтесь создать себе условия для отдыха.

2) Необходимо быть готовыми к длительной и кропотливой работе, распределять свои силы.

3) Старайтесь избегать нездоровых способов совладания с накапливающейся усталостью, ухудшением работоспособности и психическим напряжением.

4) Постарайтесь проанализировать стрессовые ситуации, в которые Вы попадали раньше и вспомнить те приемы разрешения этих ситуаций и регуляции своего состояния, которые Вам помогали.

5) Обращайтесь за профессиональной поддержкой к коллегам.

6) К вынужденной «изоляции» от семьи постарайтесь относиться как к небольшой внеплановой командировке.

7) Обращайтесь к психологу и принимайте участие в группах психологической поддержки и разгрузки.

8) Примите то, что для пациента Вы становитесь не только врачом, но и отчасти психологом, готовым оказать поддержку.

9) Находясь в палате, обязательно разговаривайте с больными, старайтесь отвечать на их разнообразные вопросы.

10) Если Вы оказались в ситуации, когда Вы должны сообщить родственникам пациента тяжелую информацию о его состоянии или смерти, то необходимо структурировать сообщаемую информацию, говорить конкретно, выразить сочувствие.

11) Вы должны знать, что врачи и медицинские работники относятся к числу самых «выгорающих» профессий.

12) Постарайтесь овладеть и использовать хотя бы некоторые приемы так называемого «позитивного мышления".

13) Вам важно научиться делегировать ответственность, разделять ее с коллегами по работе.

14) Несмотря на усталость, постарайтесь сохранять «открытость» новому опыту. Обмен мнениями с коллегами, работающими в других клиниках, может быть Вам очень полезен.

15) Не ограничивайтесь чтением только профессиональной литературы и новостей. Найдите время и воспользуйтесь возможностями Интернета.

16) Если у Вас есть хобби, доставляющее удовольствие, постарайтесь не бросать его в данный момент.

17) Развивайте в себе готовность без стеснения обращаться за профессиональной психологической помощью.

18) Помните, что поддержание своего психического здоровья и психологического благополучия в условиях пандемии COVID-19 чрезвычайно важно для сохранения Вашего физического здоровья.

Заключение. Своевременное и адекватное применение указанных рекомендаций могут ослабить уровень дистресса у медицинских работников, задействованных в лечении и уходе за пациентами с заболеванием COVID-19.

Список литературы.

1. Chen Q, Liang M, Li Y, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020; 7(4):e15-e16.

2. Lai J, Ma S,Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. JAMA Netw Open. 2020;3(3):e 203976.

3. Рекомендации по предупреждению психологического неблагополучия у медицинских работников в период пандемии COVID-19 (составлены под редакцией главного внештатного специалиста по медицинской психологии Минздрава России, президента Российского психологического общества, декана факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, академика РАО, доктора психологических наук Ю.П. Зинченко), 2020, http://www.garant.ru/news/1377402/.

УДК 616.895.8

ИЗУЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ПО ВОПРОСАМ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Есимов Н. Б., Бейсенбай Ұ- Қ. М.
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Республиканский научно-практический центр психического здоровья

Аннотация. В работе представлены примеры дестигматизации в разных странах. В анализе описан международный опыт борьбы со стигмами дискриминации в разных странах, с различными социально-экономическими условиями жизни. Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs – годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью).

Цель исследования: Изучить опыт интеграции программ дестигматизации психически больных в разных странах.

Ключевые слова: психиатрическая стигма, самостигматизация, психические расстройства, мотивация к лечению.

Актуальность.

Стигма может быть препятствием для выздоровления от психического заболевания, т.к. служит барьером для обращения за помощью. Так, 32% участников исследования признали, что у них были проблемы психического здоровья, но из-за стигмы, они первоначально были не в состоянии обратиться за помощью, а 62% участников исследования заявили, что они или их знакомые отказывались искать профессиональную помощь, несмотря на то, что знали, что они нуждались в ней. Стигма продолжает оказывать влияние на людей с психическими заболеваниями, даже после того, как первоначальная помощь получена. Многие преждевременно прекращают лечение [1].

Данные по ВОЗ: Психоневрологические расстройства являются второй по значимости причиной бремени болезней в Регионе после сердечно-сосудистых заболеваний. На их долю приходится 19,5% всех лет жизни, утраченных в результате инвалидности (DALYs – годы жизни, утраченные в связи с болезнью и преждевременной смертью). Только на долю депрессии, являющейся третьей по значимости причиной бремени болезней, приходится 6,2% всех DALYs). На долю самоповреждений, являющихся одиннадцатой по значимости причиной, DALYs приходится 2,2%, а на болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, занимающие четырнадцатое место в списке причин – 1,9% DALYs. По мере старения населения число людей с такими нарушениями будет, по-видимому, увеличиваться. На долю психоневрологических расстройств приходится также более 40% всех хронических заболеваний, и они являются важнейшей причиной утраты здоровых лет жизни в связи с инвалидностью. Важнейшей отдельно взятой причиной является депрессия. Пять из пятнадцати важнейших факторов, оказывающих влияние на бремя болезней, приходится на долю психических расстройств. Во многих странах 35–45% случаев невыхода на работу, связаны с проблемами психического здоровья. Одним из наиболее трагических последствий психических расстройств являются самоубийства. Девять из десяти стран мира с наиболее высокими показателями самоубийств находятся в Европейском регионе. Согласно последним имеющимся данным, ежегодно добровольно уходят из жизни около 150 000 человек, из которых 80% – мужчины. Самоубийства являются ведущей и скрытой причиной смерти среди молодых людей, занимая второе место после дорожно-транспортных происшествий в возрастной группе 15–35 лет [2].

Введение.

Исторически люди, страдающие психическими расстройствами, были исключены из жизни общества на самых различных уровнях и испытывали негативное отношение и дискриминацию со стороны общества [3]. Серьезные изменения сложившей ситуации, как отмечает Н. Моран [4], наблюдаются в западноевропейских странах в 70—90 гг. XX в. Этот, как его обозначает Н. Моран, «самый драматический сдвиг в социетальных реакциях на психически больных людей» [3] обусловлен деинституализацией, разработкой нового подхода к лечению больных, когда, по сути, происходит переход от содержания больных в психиатрических клиниках к их интеграции в общество. Суть нового подхода можно описать через следующие основные принципы:

— снижение количества пребываний в клинике и уменьшение продолжительности госпитализации;

— помощь больным должна предоставляться междисциплинарными командами в амбулаторных условиях;

— оказываемая помощь должна быть индивидуализированной и гибкой;

— интеграция медицинской и социальной помощи;

— при оказании помощи больному человеку предполагается опора на ближайшее социальное окружение

— его друзей и родных [4].

Борьба со стигматизацией оказывается одной из главных задач общественного здоровья, ибо стигматизация и дискриминация больных негативно влияет на качество их жизни, способствует их изоляции и социальному исключению, создает серьезные препятствия самому лечению, а также воздействию соответствующих профилактических программ [5]. Снижению стигмы, безусловно, способствует принятие мер на уровне политики в области общественного здоровья. В случае психически больных людей существуют меры, разрабатываемые на уровне ВОЗ. На уровне Европейского союза борьба со стигматизацией и социальным исключением людей, страдающих психическими заболеваниями, является одним из пяти приоритетных направлений [6]. Информационные кампании, проводимые в рамках борьбы со стигматизацией, на международном и национальном уровнях в различных странах, среди прочих целевых групп имела и самих журналистов, дабы изменить способ освещения психических болезней и самих больных [7]. Информация, нацеленная на дестигматизацию людей с психическими заболеваниями, транслировалась с помощью плакатов, брошюр, сайтов Интернета и пр. Однако эффективность кампаний оказывается под вопросом. Например, замеры, проведенные в Великобритании за пять лет, до начала информационной кампании Changing Mind и через пять лет после нее, показали, что изменения в аттитюдах по отношению к людям с психическими расстройствами едва ли

заметны. В отношении больных шизофренией идею об их опасности разделяли 71% опрошенных респондентов до кампании и 66% — после; идею об их непредсказуемости — 77% и 73% соответственно, идею о сложности коммуникации с ними разделяли 58% и 52% — соответственно [5]. Анализируя способы снижения стигмы, П. Корриган и К. Козылюк [8] предлагают различать три основных способа: протест, просвещение и контакт. В первом случае речь идет о публичных выступлениях или акциях против несправедливости различных форм стигмы, а также против соответствующих аттитюдов и поведения. Опасность этой меры заключается в том, что можно, например, таким образом добиться отмены какого-либо фильма, в котором определенная категория людей подвергается стигматизации, но аттитюды и поведение в отношении самой категории людей, подвергающихся стигматизации, едва ли изменятся. Кроме того, П. Корриган и К. Козылюк указывают на действие эффекта психологической реактивности — люди отвечают на сообщение, заложенное в протесте, по принципу «не говорите мне то, что я должен думать!» [8]. Во втором случае речь идет о просветительской мере, направленной на то, чтобы заменить стереотипы знанием фактов. Хотя эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что психически больные люди более склонны к насилию, чем люди без этих заболеваний, разница не столь велика, как она представляется на уровне обыденного знания. Наконец, третий способ снижения стигмы представляет собой межличностные контакты с психически больным человеком. Этот способ, опирающийся не только теоретические положения, высказанные в работах Г. Олпорта и Т. Петтигрю, но и на эмпирические факты, является наиболее эффективным по сравнению с протестом и просвещением [8]. Непосредственный контакт с представителем стигматизируемой группы способствует изменению аттитюдов и поведения в отношении самой стигматизируемой группы. Очевидно, что дестигматизация больных представляет собой длительный и сложный процесс, предполагающий использование различных средств. Кампании по снижению стигматизации зачастую нуждаются в соответствующей теоретической основе [7], в противном случае они оказываются дорогостоящими и неэффективными мерами [5]. Ключевым является определение тех конструктов, которые должны измениться, выбор соответствующей социально-психологической модели, ибо, как мы продемонстрировали выше, стигма может быть интерпретирована различными способами, соответственно, в каждом случае требуется понимание того, по каким механизмам будет происходить снижение стигмы, насколько длителен этот процесс и устойчивы ли его результаты.

Первые попытки дестигматизации.

Попытки преодолеть предубеждения против психически больных были разными. Так, во многих странах (в Казахстане в том числе) пытались завуалировать терминологию, избегая слова «психиатрия». До сих пор и в США, и у нас некоторые психиатрические учреждения называются клиниками или центрами «психического здоровья». Некоторые психиатрические отделения стали называть «отделениями функциональной неврологии», а психиатрические диспансеры в одно время пытались переименовать в психиатрические консультации. Психиатров и сейчас часто называют психоневрологами и психотерапевтами. В дальнейшем, попытки дестигматизации касались учреждений, а именно реорганизация отделений, так, впервые поступающие не сталкиваются с больными, у которых заболевания наблюдалось на протяжении длительного времени нежели первой группе. Так, больные снижают риск самостигматизации.

Ниже приведен международный опыт борьбы со стигмами дискриминации в разных странах, с различными социально-экономическими условиями жизни [9].

Южная Африка.

В Южной Африке при разработке проекта документа «Нормы и стандарты» в рамках контракта с Министерством здравоохранения специалисты провели консультации по вопросам оказания психиатрической помощи с 300 представителями заинтересованных сторон, включая работников служб охраны психического здоровья, менеджеров, людей с психическими расстройствами, лиц, осуществляющими уход, и ученых. Были распространены опросные анкеты по ресурсному обеспечению служб охраны психического здоровья, организованы посещения девяти провинций, проведены консультации и организованы фокус-группы для разработки стандартов в области охраны психического здоровья. На это потребовалось восемь месяцев. Исторически службы охраны психического здоровья в Южной Африке были непропорционально фрагментированы, что потребовало разработки национальных стандартов во избежание повторения такой ситуации. Данные стандарты послужили руководством по адаптации мер по повышению качества в провинциях и на местном уровне [10].

Австралия.

Национальные стандарты Австралии по оказанию услуг в области охраны психического здоровья были приняты после проведения консультаций на государственном уровне с профессиональными организациями, лицами с психическими расстройствами, лицами, обеспечивающими уход, руководителями служб охраны психического здоровья и представителями правительства [11]. Окончательный документ представляет собой набор ориентированных на результат стандартов, которые применимы ко всем службам психического здоровья: государственным и частным, стационарным и по месту жительства. В данном документе содержатся показатели, которые являются средством оценки работы служб психического здоровья на предмет их соответствия требуемым стандартам, что, в свою очередь, необходимо для получения сертификата в жесткой системе аттестации. Стандарты регламентируют степень интеграции стационарного лечения и обслуживания по месту жительства, а также степень интеграции служб экстренной и реабилитационной помощи и вопросы соблюдения прав лиц с психическими расстройствами.

Эстония.

В Эстонии реформирование службы охраны психического здоровья вызвало изменения во многих областях. В 1989 г. была создана Эстонская ассоциация психиатров, в 1993 г. в г. Тарту открыт Центр охраны психического здоровья, в 1994 г. начало работу Агентство по психосоциальной реабилитации Эстонии и Агентство по защите прав психически больных, а в 1996 г. принят Акт об охране психического здоровья. Основная цель реформы заключалась в применении международного опыта и оказании помощи специалистам по планированию. В 1998 г. рабочая группа, состоящая из представителей различных профессий, агентств и институтов, разработала основные концепции программы по охране психического здоровья, которые были приняты Министерством социального обеспечения. Основная цель программы состоит в улучшении качества жизни людей, нуждающихся в услугах охраны психического здоровья. Были разработаны планы по повышению качества работы социальных и реабилитационных служб, созданию и оптимизации работы сети поставщиков услуг, и повышению доступности государственных служб охраны психического здоровья для целевого контингента. В рамках продолжающихся реформ планируется постепенная реинтеграция в общество около 3000 человек с длительными психическими нарушениями, в настоящее время пребывающих в институтах социального обеспечения. Каждый год планируется реинтегрировать 10% пациентов. В рамках государственного бюджета выделены необходимые средства на данные цели [12].

Румыния.

В Румынии специалисты в области охраны психического здоровья и представители общественности, столкнувшись с пассивностью со стороны государства, в 1990 г. основали Ру-

мынскую лигу по охране психического здоровья. Данная организация принимала участие во всех мероприятиях по реформированию системы охраны психического здоровья. В 1998 г. была сформулирована Национальная программа по охране психического здоровья. В 1999 г. большинство психиатров-реформаторов были избраны в Национальный исполнительный комитет Румынской ассоциации психиатров. В 2000 г. эксперты ВОЗ провели в Румынии аудиторскую проверку служб охраны психического здоровья. В 2001 г. был принят новый закон об охране психического здоровья, соответствующий европейским нормам и стандартам. Поддержка ВОЗ была крайне необходима в течение всего длительного периода проведения нормативной и законодательной реформы [13].

Греция.

Основателем программы «откройте двери» [14], основана Ассоциация семей с целью охраны психического здоровья; Обширный проект для школ создан в сотрудничестве с Министерством образования с целью пропагандировать терпимость к разным людям, уважение к правам человека, а через эти понятия переходить к признанию людей, страдающих душевными болезнями; Организованы тренировочные программы для 180 профессионалов, которые возглавят районные отделы после реформы психиатрической системы в Греции. Более 1,5 млн. листовок и брошюр с объяснением сущности шизофрении и стигмы распространены через газеты, разосланы по квартирам вместе с квитанциями водопроводной кампании по всей стране при помощи Министерства здравоохранения и социального обеспечения. В ее рамках было проведено около 200 мероприятий, направленных на борьбу со стигматизацией, достигнуто заметное повышение уровня знаний и улучшение отношения общества к данной проблеме. Целью программы является разрушить вымыслы и превратные представления и в отношении больных шизофренией. Стигматизация создает порочный круг отчуждения и дискриминации, что может приводить к изоляции от общества, потере трудоспособности, алкоголизму или наркомании, бездомности и чрезмерному использованию стационарных лечебных заведений, что, в свою очередь, снижает шансы на выздоровление. Существующие предубеждения ухудшают качество жизни людей, страдающих шизофренией, и их семей, не позволяя им жить и работать с другими людьми. Данная программа имеет четыре особенности, которые отличают ее от других программ в данной области:

- уделение основного внимания заболеванию шизофренией;
- тесное сотрудничество между работниками служб охраны психического здоровья и лицами, страдающими от этой болезни, а также членами их семей в разработке и реализации мер вмешательства;
- проводимые мероприятия ориентированы на конкретные группы населения, включая журналистов, работников правоохранительных органов, врачей общей практики, учащихся средних школ и государственных служащих;
- глобальный характер программы, который позволяет новым группам действия на местах изучать опыт других групп в области методологии и используемых ими материалов для коммуникации. Веб-сайт программы [14] переведен на семь языков и служит одним из ресурсов в поддержку усилий по борьбе со стигматизацией во многих других странах.

Германия.

Дестигматизация в Германии направлена на Общественные организации, поддерживающие стигматизированные меньшинства. Наряду с описанными технологиями в ФРГ созданы общественные организации, представляющие интересы больных.

1. Совет пациентов (Patientenrat) из выбранных пациентов, который поддерживается и не пациентами и имеет право голоса при принятии решений руководством психиатрической больницы.

2. Семейный совет (Familienrat), образованный из родственников психически больных.

3. Независимый совет (einer Patienten Vertrauenperson — PVP Rat), поддерживающий пациентов, который избирается из состава персонала психиатрической больницы. Основная его задача — взаимодействовать с пациентами, помещенными в клинику принудительно, в том числе и отстаивать их права. [15]

Шотландия.

«Комплексный подход к укреплению психического здоровья»

Цели национальной программы укрепления психического здоровья и благополучия населения в Шотландии [16] включают следующее:

- повышать общественную информированность о психическом здоровье и психических болезнях и содействовать укреплению психического здоровья и эмоционального благополучия;
- устранять проявления стигматизации и дискриминации, с которыми все еще продолжают сталкиваться люди с проблемами психического здоровья;
- предупреждать самоубийства и помогать людям преодолевать последствия самоубийств;
- содействовать выздоровлению людей с психическими болезнями.

В рамках этой программы охвачены все этапы и условия жизни, включая ранние годы, детство и юность, более зрелый период жизни, трудоустройство и рабочую жизнь, психическое здоровье и благополучие местных сообществ, общественные службы. Программа представляет собой национальный стратегический подход к охране психического здоровья населения, а также часть интегрированной политики охраны психического здоровья, которая вносит существенный вклад в улучшение здоровья и экономическое богатство страны, содействуя физическому и психическому благополучию всего населения. В рамках этой программы реализуется стратегия научных исследований и оценки, и каждый основной компонент работы подвергается независимой оценке. В цели программы входят сбор и распространение фактических данных по улучшению психического здоровья, а также поддержка развитию практических подходов. Программа имеет хорошо разработанную стратегию осуществления, а все заинтересованные учреждения работают в тесном сотрудничестве, что обеспечивает наилучшее использование имеющейся инфраструктуры.

Финляндия.

«Укрепление психического здоровья детей»

В Финляндии действующий с 1997 г. европейский проект укрепления здоровья в раннем возрасте [17]) нацелен на разработку методов содействия взаимодействию и укреплению уз между родителями и детьми на раннем этапе, а также на эффективную профилактику психосоциальных проблем в семьях с детьми грудного и раннего возраста. В рамках национального проекта в период с 1997 до 2002 г. было подготовлено свыше 2000 медицинских сестер первичного уровня в половине муниципалитетов страны. В программе подготовки использовалось руководство по идентификации факторов риска и сфокусированным вмешательствам, которые должны использоваться как на уровне первичной медико-санитарной помощи, так и в сотрудничестве со специалистами, например, работающими в детских дошкольных учреждениях и в социальных службах. Кроме того, начиная с 2001 г. проект «Эффективная семья» [18] оказывал поддержку детям родителей с психическими болезнями, конечная цель которого сводится к предупреждению будущих психических расстройств у детей. Этот проект помогает семьям продолжать свою жизнь независимо от психического расстройства одного из родителей, и он помогает как родителям, так и их детям оставаться 56 Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения здоровыми и справляться с повседневными проблемами. Эта программа, используемая работниками соци-

альных служб и здравоохранения, различными партнерами и организациями, содействует развитию профилактических подходов и сотрудничеству между службами, предназначенными как для взрослых, так и для детей. Программа основана на психообразовательном подходе и сотрудничестве со всей семьей, используя в качестве рабочих методов предложенные Beardslee профилактические вмешательства на уровне семьи, а также вмешательства типа «Давайте поговорим о детях»

Нидерланды.

Нидерланды имеют широкую систему укрепления психического здоровья и профилактики психических расстройств в рамках своих служб здравоохранения, клиник и неправительственных организаций. Многие из этих служб располагают специализированными бригадами укрепления психического здоровья и предупреждения психических болезней, которые финансируются муниципалитетами или национальной системой медицинского страхования. Институт Тримбоса – национальный головной институт по психическому здоровью и лечению зависимостей [19] выполняет функции координирующего центра в этой области. В частности, институт осуществляет мониторинг состояния психического здоровья населения и информирует лиц, определяющих политику, об организации, доступности и качестве лечебно-профилактической помощи. На протяжении ряда десятилетий профилактические бригады в 50 местных центрах психического здоровья разработали пакет программ профилактики, соответствующий потребностям каждого района. Согласно действующему закону, всеобщее укрепление психического здоровья – одна из задач местных служб, например, в рамках школьного образования. Осуществляемые на национальном уровне программы включают курс «Как преодолеть депрессию», который адаптирован для различных групп (например, подростков, взрослых, пожилых), и профилактические службы для детей родителей с психическими болезнями. Два университета предлагают академические курсы по вопросам профилактики и укрепления психического здоровья. Большинство из 1000 экспертов по профилактике прошли тот или иной курс специализированной подготовки и являются членами Нидерландской ассоциации профилактики и санитарного просвещения. Разработка, оценка и осуществление основанных на фактических данных программ охраны психического здоровья на систематической основе поддерживаются национальной программой научных исследований под эгидой Нидерландского совета по научным исследованиям и развитию в области здоровья.

Европа.

Сеть партнеров по укреплению психического здоровья (IMHPA), в которой принимают участие 28 стран и которая поддерживается Европейской комиссией, представляет собой европейскую платформу, позволяющую поддерживать работу по определению стратегических приоритетов и распространению основанных на фактических данных знаний по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств. Эта сеть разработала европейский план действий по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, который является концептуальной основной для идентификации высокоприоритетных стратегических инициатив по улучшению психического здоровья, которые могут быть реализованы на практике и эффективность которых Укрепление здоровья и профилактика расстройств 57 уже доказана [20]. В этом плане приводятся аргументы в пользу действий и фактические данные об успешных подходах и стратегиях осуществления выбранной политики, благодаря чему она служит основой для разработки эффективных планов действий на национальном или региональном уровнях. В рамках IMHPA также составляется онлайновый регистр основанных на фактических данных мер укрепления психического здоровья и профилактики психических болезней в Европейском регионе с описанием имеющихся программ, их результатов и основных характеристик реализации этих программ. Для поддержки распространения результатов и осуществления программ и для стимулирования партнерского сотрудничества и действий на национальном уровне национальные партнеры данной сети прилагают усилия для создания в странах коалиций, объединяющих работников здравоохранения различных профессиональных категорий и уровней. Цели таких коалиций включают обмен информацией по укреплению психического здоровья и профилактике психических расстройств, развитие сотрудничества, а также стимулирование работ

Германия.

В г. Марбург, Германия, была создана мобильная служба охраны психического здоровья детей для последующего наблюдения за пациентами, ранее проходившими лечение в стационарных учреждениях, проведения психиатрических консультаций для детей на местах и осуществления надзора за деятельностью учреждений для детей. В состав мобильной бригады входили три специалиста: детский психиатр, психолог и социальный работник. Бригада имела возможность вступать в контакт с лицами, не способными или не желающими посещать крупные центры специализированной помощи. Использование мобильных бригад позволило предоставлять высококачественную помощь эффективным и действенным образом в тех случаях, когда не имелось других возможностей для этого [21].

Австрия, Италия.

Примером перехода от стационарного лечения к амбулаторному может служить сокращение числа пациентов в психиатрических больницах Австрии с 12 000 в 1974 г. до 5000 в 2000 г. В учреждениях по оказанию помощи на уровне общины, таких как дневные стационары, кризисные центры помощи и общежития для лиц с психическими расстройствами, преобладает персонал, включающий специалистов различного профиля. В некоторых районах страны предусмотрены процедуры систематического контроля за деятельностью персонала таких учреждений [22]. В регионе Эмилия-Романия, Италия, значительное сокращение числа коек после проведения реформы служб психиатрической помощи в 1978 г. сопровождалось значительным ростом числа служб на уровне общины. К 1994 г. в этом районе, где проживает 4 млн. человек, в число служб на уровне общины входили 145 центров охраны психического здоровья, 48 центров дневного пребывания или реабилитационных центров, 12 палат для пациентов с психическими заболеваниями в больницах общего профиля, 3 университетские психиатрические клиники, 24 общежития со штатом сотрудников и 123 квартиры с системой наблюдения, а также 7 частных психиатрических клиник [23].

Зимбабве.

Тема психического здоровья почти табуирована, а на миллион жителей приходится меньше одного психиатра. Однако специалист Диксон Чиванда придумал, как сделать психологическую помощь доступной. Для этого он поставил во дворе клиники скамейку и попросил пожилую леди посидеть на ней. Теперь проект «Дружеская скамейка» помогает десяткам тысяч людей в разных странах. Рассказываем, как психиатр из Зимбабве придумал новый способ помочь людям в депрессии. Доктор Чиванда работает в Хараре – столице Зимбабве, которая сильно пострадала от жилищной реформы. Как-то раз он заметил, что люди, оставшиеся без крова, нередко общаются с пожилыми женщинами из местных общин, которые стараются помочь людям справиться с горем. И тут Диксону Чиванде пришла в голову гениальная идея: а что если позвать бабушек на помощь? Ведь они есть в каждой общине и их можно научить оказывать психологическую помощь! Так и родился проект под названием «Скамья дружбы». Сначала Диксон попытался попросить помощи у властей, чтобы те выделили средства для работы – у местных бабушек не было даже ручек и блокнотов, не говоря уже о компьютерах. К тому же Диксон хотел, чтобы участницы проекта получали хотя бы небольшую плату. Однако Чиванде отказали

в финансировании. Пришлось создавать проект за счёт собственных средств. Чибанда начал проводить уроки среди пожилых женщин из общины. Он изложил им алгоритм экстренной психологической помощи, но, по словам врача, бабушки и сами могли дать фору любому психиатру. А чтобы не тратить деньги на аренду кабинетов, решено было установить скамейки возле местной больницы, куда и по сей день приходят люди, чтобы поделиться своими переживаниями с отрядом бабушек [24].

Выводы.

Таким образом, в разных странах предпринимаются меры дестигматизации в зависимости от их социально-экономических, культуральных, демографических особенностей. Имеется обширный опыт внедрения программ по дестигаматизации, при поддержке ВОЗ. Исходя из опыта стран необходимо привлечение внимания на законодательном уровне. Реформы, законы, направленность которых характеризовала наиболее тяжелые аспекты жизни психически больных людей, а именно социальный. Создание организации и общин при поддержке государства могло сыграть важную роль в дестигматизации. Финансирование является основной необходимостью, опыт показывает, что отсутствие внимания в сторону данной проблемы увеличивает экономическую убыль. Вполне оправдано проводить «уроки толерантности» как и взрослому так и детскому населению, тем самым увеличивая психогигиену социума.

Список литературы.

[1] «Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы». Текст научной статьи по специальности «Социологические науки» Бовина И.Б. Якушенко А.В., В. Г. Ротштейн М.Н. Богдан Основы психиатрической грамотности. – С. 234-236.

[2] Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, 2006 год.

[3] Foucault M. Madness and civilisation. — L.: Routledge Classics, 1995.

[4] Morant N. Social representations and professional knowledge: the representations of mental illness among mental health practitioners // British journal of social psychology. — 2006. — Vol. 45. — P. 817—838.

[5] Lamboy B., Saias T. R duire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication? Une synth se de la litt rature // Annales Medicopsychologiques. — 2013. — Vol. 171. N 2. — P. 77—82.

[6] European pact for mental health and well-being // EU High-level conference together for mental health and wellbeing. — Brussels, 2008.

[7] Bos A.E.R., Pryor J.B., Reeder G., Stutterheim S.E. Stigma: advances in theory and research // Basic and applied social psychology. — 2013. — Vol. 35. — P. 1—9.

[8] Corrigan P.W., Kosyluk K.A. Erasing the stigma: where science meets advocacy // Basic and applied social psychology. — 2013. — Vol. 35. — P. 131—140.

[9] «Стигматизация психически больных людей и борьба с ней: социально-психологическое измерение проблемы». Текст научной статьи по специальности «Социологические науки» Бовина И.Б. Якушенко А.В., В. Г. Ротштейн М.Н. Богдан Основы психиатрической грамотности. – С. 345-348.

[10] Fisher, A.A., Laing, J.E., Stoeckel, J.E. and Townsend, J.W. (1998) Handbook for Family Planning Operations Research Design. Population Council, New York.

[11] Kirkman, B. L., & Rosen, B. (1999). Beyond Self-Management: Antecedents and Consequences of Team Empowerment. Academy of Management Journal, 42, 58-74.

http://dx.doi.org/10.2307/256874

[12] Paveel and Sarjas 1999 Estonian mental health care reform 30 years in 10 years. Mental health reforms 4:2-5

[13] B. Tudorache, личный отчет, 2002 г.

[14] Schizophrenia. Open the Doors [web site]. New York, World Psychiatric Association, 2004 (http://www.openthedoors.com)

[15] А. КНУФ, Л. Ю. ЭПОВ Стигма: теория и практика А. КНУФ, Л. Ю. ЭПОВ Стигма: теория и практика

[16] National Programme for Improving Mental Health and Well-being in Scotland. Edinburgh, Scottish Executive, 2004 (http://www.wellontheweb.org/well/well_MainTemplate.jsp?pContentID=910&p_applic=CCC&p_service=Content.show&).

[17] The European Early Promotion Project: evaluation of a needs based approach to the promotion of child development and prevention of mental health problems. Tampere, University of Tampere Medical School, 2005 (http://www.uta.fi/laitokset/laaket/bio/research/ childpsychiatry_europeanearlypromotion.html).

[18] Effective Family Project. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), 2005 (http://www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily. html).

[19] Trimbos Institute. Netherlands Institute of Mental Health and Addiction [web site]. Utrecht, Trimbos Institute, 2005 (http://www.trimbos.nl/default37.html).

[20] A policy for MHP and MDP. Nijmegen, Implementing Mental Health Promotion Action, 2005 (http://www.imhpa.net/actionplan).

[21] Remschmidt H, Schmidt MH, Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young JG, Ferrari P, eds. Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998:83–94.

[22] Mental health in Europe: country reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001 (http://www.euro. who.int/document/e76230.pdf).

[23] Fioritti A, Lo Russo L, Melega V. Reform said or done? The case of Emilia-Romagna within the Italian psychiatric context. American Journal of Psychiatry, 1997, 154:94–98.

[24] https://www.friendshipbenchzimbabwe.org/

Аңдатпа. Мақалада түрлі елдердегі детигматизация мысалдары ұсынылған. Талдауда әртүрлі елдерде, әртүрлі әлеуметтік-экономикалық өмір сүру жағдайларымен кемсітушілік стигмаларымен күресудің халықаралық тәжірибесі сипатталған. Психоневрологиялық бұзылулар жүрек-қан тамырлары ауруларынан кейінгі аймақтағы аурулар ауыртпалығының маңыздылығы бойынша екінші себебі болып табылады. Олардың үлесіне мүгедектік нәтижесінде жоғалған өмірдің барлық жылдарының 19,5% тиесілі (DALYs – ауруға және мезгілсіз қайтыс болуына байланысты жоғалған өмір жылдары).

Зерттеу мақсаты: әртүрлі елдердегі психикалық науқастардың детигматизация бағдарламаларын біріктіру тәжірибесін зерттеу.

Түйінді сөздер: психиатриялық стигма, өзін-өзі ұстау, психикалық бұзылулар, емдеуге уәждеме.

Annotation. This paper presents examples of destigmatization in different countries. The analysis describes the international experience of combating discrimination stigmas in different countries with different socio-economic conditions. Neuropsychiatric disorders are the second leading cause of disease burden in the Region after cardiovascular diseases. They account for 19.5% of all years of life lost as a result of disability (DALYs – years of life lost due to illness and premature death).

The purpose of the study: to Study the experience of integrating programs for the destigmatization of mentally ill people in different countries.

Keywords: psychiatric stigma, self-stigmatization, mental disorders, motivation for treatment.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРИ ПАНДЕМИИ COVID-19

Джайнакбаев Н.Т., Ли А.П., Маншарипова А.Т., Джайнакбаев М.Н., Иманбаева Ж.А., Лигай З.Н., Оспанбекова Н.К., Вдовцев А.В., Ибрагимова И.Н.
КазРосмедуниверситет, г. Алматы

В условиях пандемии и увеличения количества пациентов с COVID-19, уполномоченный орган и управление здравоохранения организовали колл-центры по консультированию пациентов COVID-19.Так, в г. Алматы имеется круглосуточный онлайн консультационный центр по телефону 1406, где возможно узнать всю интересующую информацию по ситуации о заболеваемости коронавирусом в мире, а также о мерах профилактики и основных симптомах заболевания [1].

На базе НИИ Кардиологии и внутренних болезней и сотрудниками КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова с июня 2020 года функционирует центр мониторинга пациентов, который консультирует студентов вуза и пациентов городских поликлиник. Задачами этого Центра является поддержка поликлиник и пациентов города, которые лечатся дома, а также им оказывается психологическая помощь [2]. Кроме того, в настоящее время в организациях ПМСП созданы мобильные группы по наблюдению за больными COVID-19 [3]. *Задачами их является:*

1) Видеомониторинг бессимптомных и легких формы пациентов COVID-19.

2) Видеомониторинг членов семьи высшеуказанных пациентов, имеющих отрицательный ПЦР анализ на COVID-19, особенно пожилых и имеющих хронические заболевания независимо от возраста

3) Видеомониторинг пациентов, перенесших COVID-19 пневмонию и выписанных на амбулаторный этап

4) Диспансеризация в видеонаблюдением за пациентами, имеющими хронические заболевания (сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия, ХОБЛ, болезни почек и т.д.) и высокий риск развития пневмонии выявление первых симптомов пневмонии и направление их на госпитализацию.

В условиях напряженной эпидемической ситуации в РК и в Алматы, данные центры не всегда могут консультировать всех нуждающихся пациентов вследствие загруженности сетевых линий и участившихся обращений жителей мегаполиса к врачам КазРосмедуниверситета. Поэтому для улучшения эпидемической обстановки и снижения бремени от COVID-19, Казахстанско-Российский медицинский университет в срочном порядке организует и создает колл центр телемедицинских консультаций для пациентов с хроническими заболеваниями и больных COVID-19.

В КазРосмедуниверситете с начала июля 2020 года были начаты работы по техническому оснащению колл-центра по оказанию телемедицинской консультативной помощи населению, целью которого является предоставление онлайн медицинской помощи населению по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации распространенных заболеваний в пандемических условиях, обучение биобезопасности и биозащите населения. КазРосмедуниверситет профилируется на оказание он лайн медицинской помощи распространенных заболеваний терапевтического, инфекционного, гинекологического, неврологического, сердечно-сосудистого, эндокринного, пульмонологического характера, оказывая помощь в организации биобезопасности предприятий, волонтерскую и социально-медицинскую помощь социально незащищенным группам населения.

В данное время колл-центр находится в структуре проректора по стратегическому развитию. Колл-центр оказывает не только телемедицинские услуги населению, но и является новой стратегической площадкой для практического обучения и закрепления навыков у магистров, студентов, резидентов, магистрантов вуза под руководством врачей разных специальностей. Колл-центр является мультидисциплинарной командой из разных специалистов, опытных и начинающих врачей, которые помогают практическому здравоохранению по сохранению здоровья населения. Колл-центр предоставляет онлайн телемедицинские рекомендации по эпидемиологии, профилактике распространенных заболеваний, по диагностике, лечению разных форм COVID-19. В центре присутствует 45 специалистов врачей, состоит из управления (ректор, проректор), сопровождения (юрист, группа по дистанционному телемедицинскому обслуживанию, экономическо-бухгалтерского блока, кадровой службы). Основой колл-центра является диспетчерская медицинская служба, врачебная служба (терапевты, ВОП), консультативно-совещательный орган телемедицинской помощи (узкие специалисты, зав.кафедрами).

Так, организована 1 линия специалистов – медицинские диспетчера, которые принимают одномоментно 5 звонков от населения и делают первичную медицинскую сортировку под присмотром опытного врача. Диспетчерами выступают резиденты, магистранты и магистры, имеются помощники диспетчеров (студенты, волонтеры). В организации работы колл-центра для предоставления актуальной справочной, эпидемиологической и медицинской информации, а также связи с медицинскими, социальными, информационными службами страны задействованы 7 специалистов, в том числе 5 магистров специальности «Общественное здравоохранение» и 2 магистранта специальности «Общественное здравоохранение».

Пациенты обращаются в колл-центр по номеру +77273187660, информация размещена в социальных сетях. Все диспетчера и доктора осведомлены о конфиденциальности и с каждым подписано информированное согласие о неразглашении информации о пациенте. Работа идет в режиме с 9 часов до 17 часов ежедневно, 5 дней в неделю, в выходные дни предполагается работа дежурной группы. Диспетчера работают по 4 часа в день посменно. Проведены обучающие семинары о функционале диспетчеров и их взаимодействии с врачами. Информация принимается на 3 языках – казахском, русском и английском.

Звонок может быть принят диспетчером через мобильное приложение GS Wave либо через программу компьютера Zoiper 5. Запись данных пациента проводится через программное обеспечение АПК Здоровье: для диспетчеров вкладка «Индивидуальные обращения», для докторов – «Врачебный прием». При помощи данных программ одномоментно может быть принято одновременно до 5 звонков.

При поступлении звонка в колл центр, диспетчер вносит в программу данные о пациенте: ФИО, дату обращения, жалобы, причину обращения, проведенные манипуляции ранее, результаты обращения ранее к медицинским организациям и данные рекомендации ранее врачами. Введенная информация сохраняется

автоматически и отображается во вкладке «история обращений». После сбора информации диспетчер перенаправляет вызов к специалистам – докторам нажатием на специальную команду в приложении.

Если пациенту необходима справочная информация, диспетчер использует самые последние данные от координаторов по аптечной службе, по работе со связью с экстренной службой, со связью с социальной защитой, эпидемиологической обстановке.

Для сортировки больных по категориям помогает опытный врач из команды врачей.

2 линия – команда из опытных ППС кафедр, терапевтов и ВОП кафедр терапевтического направления.

3 линия - мультидисциплинарная команда из опытных ППС кафедр смежных областей-инфекционист, кардиологов, эндокринологов, дерматолога, ЛОР врача, пульмонолога, врача рентгенолога, гастроэнтеролога, психиатра, психолога, детского психолога, травматолога, хирурга, педиатра, стоматолога, дерматолога, вирусолога, специалиста по биобезопасности.

При перенаправлении звонков все специалисты рекомендуют и дают советы для населения по вопросам профилактики распространенных заболеваний, рекомендаций по диагностике, лечению и реабилитации распространенных заболеваний, в том числе при легких формах COVID-19. Все врачи имеют допуск к клинической работе, сертификаты, в составе 5 д.м.н., 4 к.м.н., 4 магистра по медицине.

Создан мультидисциплинарный совещательный орган, состоящий из других сотрудников кафедр психиатрии, ВОП, дерматологии, функциональной диагностики, внутренних болезней, пропедевтики, стоматологии, микробиологии, гинекологии и акушерства, общественного здравоохранения для подбора методических рекомендаций при консультациях и диф диагностики заболеваний. Работа врачей соответствует последним протоколам заболеваний и 11 версии протокола по коронавирусной инфекции.

Таким образом, отвечая на вызовы времени, организован телемедицинский центр для улучшения здоровья населения в условии пандемии COVID-19.

Список литературы.

1. https://www.coronavirus2020.kz/

2. http://ncvb.kz/news/patsienti-i-vrachi-pmsp-g-almati-mogut-poluchity-konsulytatsii-vedushtih-spetsialistov

3. https://primeminister.kz/ru/news/interviews/izmenenie-podhodov-v-okazanii-medicinskoy-pomoshchi-snizilo-nagruzku-na-koechnyy-fond-almaty-k-nadyrov-276585

КОВИД-19 ПЕНДЕМИЯСЫНДАҒЫ ҚАУІПТІ АУРУЛАРҒА АРНАЛҒАН ТЕЛЕМЕДИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҚТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

COVID-19 пандемиясына қарсы қоғамдық денсаулықты жақсарту үшін телемедицина орталығы ұйымдастырылды.

ORGANIZATION OF A TELEMEDICAL ADVISORY CENTER FOR COMMON DISEASES IN THE COVID 19 PANDEMIC

Organized a telemedicine center to improve public health in the face of the COVID-19 pandemic.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО БОРЬБЕ С КОРОНАВИРУСОМ В ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗАКРЫТОГО ТИПА

Джайнакбаев Н.Т., Даулбаева С.Ф., Маншарипова А.Т
НУО Казахстанско-Российский Медицинский Университет

Под профилактикой коронавирусной инфекции следует понимать специально разработанный комплекс мероприятий, который необходим для усиления функций организма для защиты и борьбы с вирусом COVID-19. Общеизвестно, что данная пандемия началась в Китайской Народной Республике в конце прошлого года и до сих пор уносит миллионы человеческих жизней по всему миру. Болезнь стремительно распространяется и на сегодняшний день статистика заразившихся и умерших растёт с каждым днём. Коронавирус вызывает пневмонию очень тяжелой формы, которая зачастую приводит и к летальному исходу. Сейчас по всему миру, в том числе в Республике Казахстан, учёные вирусологи разрабатывают вакцины и специальные препараты от этого чудовищного заболевания. COVID-19 распространяется через капли, которые образуются, когда инфицированный человек кашляет или чихает. Кроме того, он может распространяться, когда кто-то касается любой загрязнённой поверхности, например дверной ручки. Люди заражаются, когда они касаются загрязнёнными руками рта, носа или глаз.

Особенно важна в данной ситуации защита детей в воспитательных и образовательных учреждений для защиты от инфицирования коронавирусом. Меры предосторожности необходимы для предотвращения потенциального распространения COVID-19 в школах, организациях образования закрытого типа. Необходимо принятие мер предосторожности во избежание стигматизации учащихся и сотрудников, которые могли подвергнуться воздействию вируса. Важно помнить, что вирусу COVID-19 могут быть подвержены абсолютно все, вне зависимости от национальности, этнической принадлежности, статуса инвалидности, возраста или пола. Очень важно, чтобы образовательная среда была благоприятной, инклюзивной и дружелюбной для абсолютно всех учащихся и воспитуемых.

Меры, принимаемые образовательными учреждениями, могут предотвратить проникновение и распространение COVID-19 учащимися, воспитуемыми и персоналом, которые могли подвергнуться воздействию вируса.

Сегодня дети и молодежь - это граждане мира, проводники перемен и следующее поколение родителей, опекунов, ученых и врачей. Любой кризис предоставляет возможность им учиться, развивать сострадание и повышать устойчивость, одновременно создавая более безопасное и заботливое сообщество. Наличие информации и фактов о COVID-19 поможет уменьшить страхи и тревоги обучающихся, воспитуемых по поводу болезни и поддержать их способность справляться с любыми последующими последствиями в их жизни [1].

В сложившейся ситуации прежде всего необходимо соблюдать следующие санитарно-эпидемиологические мероприятия и правила:

Поддерживать чистоту рук и поверхностей. Необходимо часто мыть руки, лицо и носовые ходы водой с мылом, использовать дезинфицирующие средства. Не касаться рта, носа или глаз немытыми руками. Крайне необходимо всегда иметь при себе дезинфицирующее средство для рук, чтобы в любой обстановке можно было очистить руки. Перед едой необходимо тщательно мыть руки мылом-желательно хозяйственным (72%), поскольку мыло разрушает липидную оболочку вируса Covid-19.

Особо следует понимать тот факт, что при нахождении в местах скопления людей необходимо обязательно надевать медицинскую маску, соблюдать социальную дистанцию в радиусе 1,5 - 2 метра. Максимально сократить прикосновения к находящимся в таких местах поверхностям и предметам и не касаться лица. Каждый из нас должен знать, как правильно носить медицинскую маску.

Прежде всего необходимо аккуратно закрывать нос и рот маской и закреплять её, чтобы уменьшить зазор между лицом и маской. Не прикасаться к маске во время использования. После прикосновения к использованной маске, например, чтобы снять её, вымойте тщательно руки мылом или антисептиком. После того, как маска станет влажной или загрязнённой, наденьте новую чистую и сухую маску. Не использовать повторно одноразовые маску, утилизировать её после использования, сложив в полиэтиленовый пакет и выбросив в урну для мусора. Ниже, мы специально рассмотрим перечень основных санитарно-эпидемиологических мероприятий в образовательных и воспитательных учреждениях закрытого типа при COVID-19, включающие в себя следующие пункты: прежде всего, в данных учреждениях необходимо организовать ежедневный «входной фильтр» с проведением бесконтактного контроля температуры тела учащихся и детей, и обязательным отстранением от учебного и воспитательного процесса лиц, с повышенной температурой тела и/или с признаками инфекционного заболевания, с необходимым уточнением состояния здоровья учащихся и воспитуемых, о возможных контактах с больными лицами. На входе в образовательное или воспитательное учреждение закрытого типа необходимо обеспечить обработку рук антисептиками, с помощью установленных дозаторов и дезинфицирующими салфетками. На входе необходимо также установить специальный дезинфекционный тоннель. Выделить специальное помещение- изолятор с отдельным входом и выходом и наличием приточно-вытяжной вентиляции для изоляции лиц, подозреваемых на заражение COVID-19 до направления в медицинское учреждение. Необходимо создать условия для разобщения лиц, подвергшихся риску. Очень важно в данных учреждениях обеспечить проход учащихся по специально отведённым зонам (коридорам) для групп младшего, среднего и старшего возраста. Ограничить перемещение работников и учащихся/воспитуемых внутри помещения и запретить выход за пределы территории учреждения. Любые массовые мероприятия в данных учреждениях строго запрещены. Следует

проводить ежедневную влажную уборку всех помещений и мест общественного пользования, с применением дезинфицирующих средств вирулицидного действия. Дезинфекция должна производится с кратностью обработки каждые 2-4 часа всех контактных поверхностей: дверных ручек, выключателей, поручней, перил, поверхностей столов, спинок стульев, оргтехники.

Применять в помещениях учреждения бактерицидные облучатели воздуха рециркуляторного типа. Проводить кварцевание помещений. Регулярно проветривать помещения (каждые 2 часа). К прочим мерам профилактики необходимо отнести: Общее укрепление иммунитета ребенка, которое включает полноценное питание, употребление витаминов и физическую активность, закаливание. Избегать контакты с заболевшими. При возникновении любых признаков, которые указывают на болезнь дыхательных путей, рекомендуется сразу же обратиться в инфекционное отделение больниц. При попадании биологического материала, содержащего возбудитель 2019-nCoV, на слизистые оболочки или кожные покровы необходимо тотчас обработать руки спиртосодержащим кожным антисептиком или 70% спиртом.

Таким образом, нами разрабатываются меры профилактики коронавирусной инфекции для закрытых учреждений воспитательного и образовательного типа.

Список литературы.

1. Лиза Бендер (lbender@unicef.org) Ключевые сообщения и действия по предотвращению и контролю COVID-19 в школах Образование в чрезвычайных ситуациях ЮНИСЕФ Нью-Йорк 2020 г.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ИФА МЕТОД ДЛЯ ОЦЕНКИ, МОНИТОРИНГА И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С SARS-COV-2

Давлятшин Т.И., Давлятшина Е.В, Маншарипова А.Т., Решетников С.С., Рахматулин А.В., Давлятшин Т.Т.
ТОО «Т-хелпер», РК
КазРосмедуниверситет, РК,
РГУ ВКГ МО РК,
ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ», РФ

С начала пандемии COVID-19 прошло уже более 4-х месяцев. За это время учеными всего мира был произведен ряд исследований по установлению строения, распространяемости, особенностей и способов инфицирования, степени вирулентности, длительности течения заболевания [1,2,3].

Предыдущий исторический опыт связанный с ситуациями, провоцирующими возникновение пандемий и эпидемий, показывает, что подобные события нередко ведут к изменению систем жизнеобеспечения и социальной стабильности общества [2-5].

Поэтому, особое значение на данном этапе развития событий, приобретает не только грамотная, своевременная и в достаточной степени информативная диагностика COVID-19, но и мониторинг данной эпидемиологической ситуации, а также прогнозирование развития событий как на ближайшую, так и на отдаленную перспективу. Адекватная оценка так называемого «социального иммунного статуса» и степени мутабельности возбудителя, позволит, в свою очередь, создавать необходимые алгоритмы своевременного необходимого и достаточного объема реагирования всех систем в государстве с учетом индивидуальных особенностей в каждом отдельно взятом случае.

За прошедший с начала пандемии период, появилась многочисленные данные [1-7,9], по строению COVID-19, способам проникновения в организм, течении инфекционного процесса и т.д., позволяющие сделать некоторые обобщения.

1) Воздушно-капельный путь передачи не единственный, инфекция передается, практически, без ограничений в пространстве и времени.

2) Установлено строение вирусной биофункциональной единицы и выделены основные неизменяемые идентификанты.

3) Вирусная биофункциональная единица имеет большие размеры, причем данный представитель семейства ретровирусов является обладателем перегруженного белками капсида.

4) Отмечается высокая мутабельность возбудителя.

5) В отличие от заявлений, сделанных в начале пандемии, в настоящее время уже существуют факты, говорящие о том, что летальность не зависит от возраста инфицированных. Так известны случаи выздоровления людей в возрасте 92 и старше-103 лет, которые были показаны по российскому телевидению, а также известны случаи гибели детей, тот же источник.

6) Показаны случаи перезаражения, а также волнообразного распространения вируса.

7) Степень тяжести заболевания, и во многом его исход, зависит от состояния организма пациента на момент перехода процесса инфицирования в статус патологического: сопутствующих хронических заболеваний сердца и сосудов, легких, печени; персистирующих в нем инфекций; а также иммунного статуса.

8) Отягчающими обстоятельствами являются: стресс, переохлаждение или перегрев организма, геопатогенные процессы, дефицит нутриентов, поддерживающих процессы синтеза.

9) Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении SARS-CoV-2 в настоящее время отсутствуют или носят характер разобщенных единичных бессистемных наблюдений.

Метод ПЦР, безусловно эффективный для первичной диагностики заболевания, не способен проиллюстрировать процессы, происходящие в ходе патогенеза - после изоляции из носоглотки, атаке на внутренние органы, персистенции, а также при возникновении и дальнейшем развитии иммунного ответа в каждом отдельно взятом случае.

Все вышеозначенное позволяет говорить о том, что пришло время для привлечения к диагностике, мониторингу и прогнозированию - методов, позволяющих дать наиболее точную картину разворачивающейся патологической ситуации в каждом конкретном случае.

Этими методами, отслеживающими возникновение, длительность, интенсивность, напряженность, адекватность, полноценность иммунного ответа, являются методы иммуноферментного анализа (ИФА).

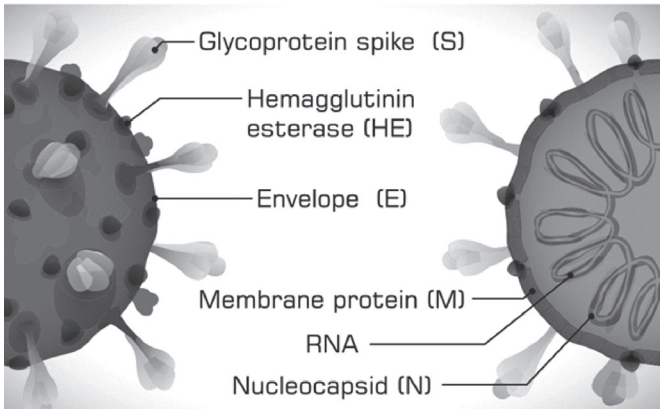
Создание линейки тест-систем, способных определять полный спектр иммуноглобулинов, появляющихся последовательно в ходе развития иммунного ответа, позволит: получить наиболее полную информацию о состоянии инфицированных пациентов и стадии процесса на момент обращения, корректировать терапевтическое воздействие, прогнозировать исход заболевания.

Кроме того, использование в полной мере ИФА для популяционного эпидемиологического обследования, будет способствовать своевременной оценке рисков и предпринимать встречные меры, в том числе экономические, на длительную перспективу.

В связи со сказанным представляются актуальными: разработка, внедрение и использование тест-систем ИФА, в том числе подтверждающих наличие в организме обследуемых антител к COVID-19 как ранних, так и более поздних генераций, - обладающих высоким аффиннитетом к возбудителю.

На сегодняшний день представлена следующая схема строения вирусной биофункциональной единицы.

Белки **SARS-CoV-2**



https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fmosgorzdrav.ru%2Fuploads%2Fimperavi%2Fru-RU%2Fprezent_19032020_bessarab.pdf&psig=AOvVaw16Qrfgj9xcDPpZJ_JO2ipu&ust=1596193300149000&source=images&cd=vfe&ved=0CAMQjB1qFwoTCLi79crp9OoCFQAAAAAdAAAAABAE

Как известно, основными идентификантами являются поверхностные белки зоны «шипов» - Glykoproteinspike (S), Heamgglutininesterase (HE), Membraneprotein (M) - мембранный, трансмембранный белок E, он же CORE (envelope), Nucleocapsid (N) – белок нуклеокапсида.

Для дифференциальной диагностики необходимо использовать антигены шипа - S, E (Core), а также нуклеарный антиген –N. Первые могут нарабатываться, в случае если иммунный ответ развивается по классической схеме,на 5-13 день, а последние - со 2-3 недели, как раз в то время, когда ПЦР может уже не давать результатов.

Как уже неоднократно упоминалось [13,14,15], классическая схема развития иммунного ответа организма предполагает последовательную наработку иммуноглобулинов: M - от 3-7 суток; A – от 7-14 суток; G – от 14-21 суток. Однако,как выясняется, в случае с COVID-19, иммунный ответ у заболевших отличается от классического. Так иммуноглобулины M могут нарабатываться с 5-7 и до 21 суток, иммуноглобулиныA с 5-10 до 21 и более суток, а иммуноглобулины G от 15-21 до 28 и более суток. Также нет единых сроков удержания иммуноглобулинов памяти. Это связано, скорее всего, с индивидуальными особенностями отдельно взятых пациентов, зависящими от их генетической конструкции, сопутствующими заболеваниями, а также особенностями существования.

По имеющимся данным [3,4,5], часть пациентов не имеет антительного ответа, ни при первичном обращении, ни на выписке при выздоровлении.

Также во всех регионах, где проводятся исследования, отмечается, что часть населения не реагирует на возбудитель или переносит инфекционное воспаление в легкой форме. Безусловно такая реакция части населения связана с имеющимся у них иммунным «запасом» антител, способных адекватно реагировать на возбудитель, связывать и элиминировать его, возможно на стадии первичного иммунного ответа, когда еще вирусная масса не достигла критических величин. То есть, возможен иммунитет по белкам, являющимся общим у вирусов SARS-Cov-1 и Mers – с которыми пациенты могли сталкиваться ранее.

В связи с этим возрастает роль определения неспецифических антител A, а также специфичных антител G, обладающих высоким аффинитетом ко всем диагностически- значимым белкам.

С одной стороны, такой расклад увеличивает затратную часть на производство диагностических тест-систем, обучение персонала, а также увеличивает время проведения диагностических манипуляций.

С другой стороны, использование полной линейки предлагаемых ИФА исследований, позволяет провести качественную диагностику, установить период заболевания, причины усиления или ослабления иммунного ответа, выбрать правильную терапевтическую тактику, гибко реагировать на изменения в состоянии пациента, использовать манипуляции, позволяющие усилить иммунный ответ организма пациента.

Немаловажным является тот факт, что подобный анализ позволит оценивать состояние населения, не заболевшего в данный период, проводить дальнейшую диагностику, оценивать риски и прогнозировать ситуацию (в том числе экономическую), как в ближайшее время, так и на отдаленную перспективу.

В свете последних публикаций [1-9], это становится особенно актуальным, так как данная «интервенция» вируса, скорее всего, будет носить характер не «гастрольной», а установится на отдаленную перспективу.

Все выше сказанное позволяет сделать два немаловажных вывода:

1. ИФА является неотъемлемой частью своевременной и качественной диагностики COVID-19, дополняющим метод ПЦР, особено в случаях, когда последний уже не способен дать надлежующую информацию.

2. Перспективным, для получения полной диагностической картины, позволяющей выбрать наиболее оптимальную терапевтическую тактику, а также отдаленное прогнозирование, представляется использование полной линейки ИФА-тестов, определяющих иммунный ответ организма, как на ранних стадиях поражения, так и дальнейший мониторинг ситуации, вплоть до наступления или отсутствия стойкого иммунного ответа.

Список литературы.

1. https://medikom.ua/ru/koronavirus-simptomy-i-profilaktika/#
2. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176982/WHO_MERS_LAB_15.1_rus.pdf;jsessionid=0A6C2E1836AF1163B53A56713DAA80B6?sequence=8
3. https://doi.org/10.18093/0869-0189-2019-29-6-655-672
4. https://medikom.ua/ru/koronavirus-simptomy-i-profilaktika/#
5. yandex.ru>heals/turbo/articles diseases medelement.com>.
6. lookmedbook.ru>...distress-sindrom...echo.msk.ru>blog/echo msk/2579
7. medvestnik.by>ru... distress-sindrom...
8. Березов Т.Т., Коровкин Б.Ф. «Биохимия», уч. 3-е изд. –М.: Медицина,2004,-704 с.
9. Джайнакбаев Н.Т.,Шарипов К.О. «Актуальные вопросы теоретической и практической медицины» -№1-2020- С.17-20.
10. Н.С. Божбанбаева, Б.Ж. Оналбаева, Т.И. Давлятшин, Е.В. Давлятшина, А.А. Сизов, Н.А. Кривенчук, Л.А. Акинфеева, Т.П. Копылова, К.Р. Жиенбаев, И.П. Прокушева, Э.К. Окасова, З.К. Гараева.

Особенности клинического течения внутриутробной цитомегаловирусной и сочетанной с ней инфекции, казахстанская ассоциация репродуктивной медицины / РЕПРОДУКТИВНАЯ МЕДИЦИНА- №2.-2012.-С.12.

11. Новое интерпритации индекса авидности. Давлятшин Т.И., Давлятшина Е.В.,Сизов А,А, Сизов Д.А. Медицинская картотека. 6.-2013.-С.14.
12. Мецлер Д. «Биохимия» под ред. Браунштейна, уч. В з-х томах –М.: Мир, 1980, 1505 с.
13. Николаев А.Я. «Биохимия», уч. 3-е изд. – М, Медицина, 2007, 568 с.
14. Овчинников Ю.А. «Биоорганическая химия», Москва, «Просвещение», 1987 7,819 с.
15. Ярилин А.А. «Основы иммунологии», Москва, «Медицина», 1999г, 608с.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА В ТЕЛЕМЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сабитова А., Тулеуова А., Жунусова С., Сыздыкова А., Сальменова Т., Эртазоева С., Токсанбай К., Юлчиев А., Салем Е., Кенесбай А., Маншарипов Д., Сулейманов М.
КазРосмедуниверситет

Актуальность. COVID-19 – инфекционное заболевание, вызванное последним из открытых вирусов семейства коронавирусов. До вспышки инфекции в Ухане, Китай, в декабре 2019 г. о новом вирусе и вызываемом им заболевании известно не было. Сегодня вспышка COVID-19 переросла в пандемию, охватившую многие страны мира [1,2,3].

Цель. Создание телемедицинского центра для оказания медицинской помощи населению и онлайн консультаций по профилактике, диагностике и лечению распространенных заболеваний в условиях пандемии COVID-19 на базе Казахстанско-Российского медицинского университета. Также улучшение первичной медицинской сортировки.

Материалы и методы. Операторы Call-центра, овладевшие навыками диспетчерской работы, а также прошедших не одну общую конференцию с консультантами по ознакомлению с первичной медицинской сортировкой работают дистанционно, как через мобильные телефоны, так и через персональный компьютер.

Полученные результаты. При обращении пациента, операторы центра проводят оценку здоровья, регистрируют обращение на сайте АПК «Экспресс Здоровье» и, собрав всю необходимую информацию, направляют к нужному для пациента консультанту.

Так же населению предоставляется возможность задать вопросы социального, фармацевтического и лабораторного характера, на которые дадут ответы квалифицированные специалисты.

Деятельность функционирования Call-центра прежде всего направлена на улучшение состояния здоровья населения.

Список литературы.

1.https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019.

Заболевание, вызванное коронавирусом (COVID-19): Часто задаваемые вопросы.

2. https://www.akorda.kz/ru/legal_acts/o-vvedenii-chrezvychainogo-polozheniya-v-respublike-kazahstan.

3. https://www.gov.kz/memleket/entities/dsm/documents/details/35853?lang=ru. О дальнейшем усилении мер по предупреждению заболеваний коронавирусной инфекцией среди населения Республики Казахстан. 13-1-21/836-вн от 22.05.2020.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ОБЗОР ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Бисенов С.К., Сыздыкова А.Б., Губашева Л.
ОО «Ассоциация молодых медиков Алматы»

В начальный период пандемии в марте 2020 года в Республике Казахстан приняты множество нормативно-правовых актов (далее НПА) и внесены изменения во многие акты для своевременного реагирования на ситуацию в стране, для стабилизации положения и недопущению развития короновирусной инфекции. В этом обзоре постараемся пройтись по основным НПА которые были приняты в это время [1,2,3].

НПА, которыми утверждены положения и нормы касательно коронавирусной инфекции. В связи с объявлением Всемирной организацией здравоохранения нового коронавируса COVID-19 пандемией в целях защиты жизни и здоровья граждан ввести в соответствии с законодательством Республики Казахстан на всей территории Республики Казахстан чрезвычайное положение на период с 08 часов 00 минут 16 марта 2020 года на срок до 07 часов 00 минут 15 апреля 2020 года. Введение ЧС на территории Республики Казахстан регламентируются Указом Президента Республики Казахстан от 15 марта 2020 года № 285 «О введении чрезвычайного положения в Республике Казахстан». (Указ №285) В данном Указе постановляется создать Государственную комиссию по обеспечению режима чрезвычайного положения при Президенте Республики Казахстан, ее состав, и указывается меры и временные ограничения вводимые на территории страны.

Для стабилизации экономики страны принимается Указ Президента РК от 16 марта 2020 года № 287 «О дальнейших мерах по стабилизации экономики», в котором определяются: - налоговые ставки, порядок определения налоговой базы, объектов налогообложения, налогового периода и исполнения налоговых обязательств для отдельных налогоплательщиков и установлены категории этих налогоплательщиков (внесены дополнения и изменения в Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 марта 2020 года № 126 о поправочном коэффициенте «0» к отдельным ставкам налогов, *Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 марта 2020 года № 141 «О мерах по реализации Указа Президента Республики Казахстан от 16 марта 2020 года № 287 «О дальнейших мерах по стабилизации экономики» по вопросам налоговой политики»).*

- особый порядок формирования, уточнения и исполнения государственного бюджета.

- специальный порядок осуществления государственных закупок на период кризисных ситуаций. (Регламентируется Постановлением Правительства Республики Казахстан от 20 марта 2020 года № 127 Об определении специального порядка государственных закупок), а также дается право устанавливать предельные тарифы и цены на продовольственные и другие товары, необходимые для бесперебойного жизнеобеспечения населения и экономики Республики Казахстан, в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан (Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 марта 2020 года № 133). (Указ).

Для упрощения процедуры ввоза утвержденного перечня товаров на таможенную территорию стран ЕЭС и утверждения льгот было принято Решение Совета Евразийской экономической комиссии от 16 марта 2020 года № 21 «О внесении изменений в некоторые решения Комиссии Таможенного союза и об утверждении перечня товаров, ввозимых на таможенную территорию Евразийского экономического союза в целях реализации государствами - членами Евразийского экономического союза мер, направленных на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV».

Постановление Правительства Республики Казахстан от 27 марта 2020 года № 141 «О мерах по реализации Указа Президента Республики Казахстан от 16 марта 2020 года № 287 «О дальнейших мерах по стабилизации экономики» по вопросам налоговой политики» определяет: 1) На период до 1 октября 2020 года установить ставку налога на добавленную стоимость в размере 8% при совершении оборотов по реализации и импорте товаров, включенных в перечень социально значимых продовольственных товаров. 2) На период до 31 декабря 2020 года освободить от уплаты акцизов производителей подакцизных товаров на территории Республики Казахстан по бензину (за исключением авиационного), дизельному топливу, реализуемым на экспорт. 3) На 2020 год установить коэффициент «0» к ставкам налога на имущество юридических лиц и индивидуальных предпринимателей по объектам налогообложения, используемым при осуществлении предпринимательской деятельности в сфере туризма, общественного питания и гостиничных услуг. 4) Для налогоплательщиков, отнесенных к категории субъектов микро, малого или среднего предпринимательства в соответствии с Предпринимательским кодексом Республики Казахстан: - предоставить отсрочку срока уплаты по всем налогам и другим обязательным платежам в бюджет, а также социальным платежам до 1 июня 2020 года; - приостановить до 1 июня 2020 года принятие мер в части применения способов обеспечения исполнения не выполненного в срок налогового обязательства и принудительного взыскания налоговой и таможенной задолженности, а также задолженности по социальным платежам, за исключением налогоплательщиков с высокой степенью риска; - продлить до 1 июня 2020 года сроки исполнения уведомления, предусмотренного подпунктом 10) пункта 2 статьи 114 Кодекса Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года «О налогах и других обязательных платежах в бюджет» (Налоговый кодекс), наступающие в период чрезвычайного положения (с 15 марта 2020 года по 15 апреля 2020 года), за исключением налогоплательщиков с высокой степенью риска; - приостановить течение сроков проведения проверок, осуществляемых органами государственных доходов, на период чрезвычайного положения, при этом срок приостановления не включается в срок проверки.

Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 марта 2020 года № 133 «Об утверждении порядка установления предельных цен на продовольственные и другие товары, необходимые для бесперебойного жизнеобеспечения населения и экономики Республики Казахстан»

Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 марта 2020 года № 126 «О мерах по реализации Указа Президента Республики Казахстан от 16 марта 2020 года № 287 «О дальнейших мерах по стабилизации экономики» постановляет на период до 31 декабря 2020 года включительно ввести поправочный коэффициент «0» к ставкам налога на имущество юридических лиц и индивидуальных предпринимателей по крупным торговым объектам, торгово-развлекательным центрам, кинозалам, театрам, выставкам и физкультурно-оздоровительным и спортивным сооружениям; земельного налога по землям сельскохозяйственного назначения производителей сельскохозяйственной продукции; индивидуального подоходного налога индивидуальных предпринимателей, работающих в общеустановленном порядке налогообложения.

Постановление Правления Агентства Республики Казахстан по регулированию и развитию финансового рынка от 22 марта 2020 года № 19 «О приостановлении действия отдельных норм некоторых нормативных правовых актов Республики Казахстан по вопросам регулирования финансового рынка и внесении изменения в постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 27 марта 2017 года № 53 «Об утверждении условий и минимальных требований к порядку предоставления информации поставщиками информации в кредитные бюро, Правил оформления согласия субъектов кредитных историй на предоставление информации о них в кредитные бюро (за исключением кредитного бюро с государственным участием), оформления согласия на выдачу кредитного отчета из кредитного бюро, а также Правил и условий предоставления кредитного отчета»

Постановление Правления Агентства Республики Казахстан по регулированию и развитию финансового рынка от 22 марта 2020 года № 17 «О мерах поддержки населения и субъектов предпринимательства в период чрезвычайного положения» постановляет на период действия чрезвычайного положения банки, организации, осуществляющие отдельные виды банковских операций, организации, осуществляющие микро финансовую деятельность, для определенных лиц не начислять вознаграждения, штрафы и пени.

Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 31 марта 2020 года №42 О продлении сроков представления отдельных видов отчетности в период чрезвычайного положения, введенного Указом Президента Республики Казахстан от 15 марта 2020 года № 285 «О введении чрезвычайного положения в Республике Казахстан», и внесении изменения в постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 31 декабря 2019 года № 267 «О внесении изменений и дополнений в некоторые постановления Правления Национального Банка Республики Казахстан по вопросам ведения бухгалтерского учета», определяет виды отчетов по которым дается отсрочка.

Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 19 марта 2020 года № 39 «Об утверждении Программы льготного кредитования субъектов малого и среднего предпринимательства». Для реализации данной Программы Национальный Банк выделяет 600 млрд.тенге для выдачи кредитов и финансирование в рамках кредитных линий субъектам малого, среднего предпринимательства и индивидуальным предпринимателям на пополнение оборотных средств на срок не более 12 (двенадцати) месяцев, пострадавшим от введения чрезвычайного положения.

Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 19 марта 2020 года № 33 «Об установлении пределов отклонения курса покупки от курса продажи иностранной валюты за тенге по операциям, проводимым через обменные пункты».

Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 19 марта 2020 года № 25 «О внесении изменений в постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 30 марта 2019 года № 40 «Об утверждении Правил осуществления валютных операций в Республике Казахстан»

Постановлениями Главных государственных санитарных врачей вводятся ограничительные меры и режим карантина в г.Шымкент, на территории Акмолинской области, гг.Караганды, Абая, Сарани, Темиртау, Шахтинска, Костанайской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Мангистауской областей.

Постановления выносит Главный государственный санитарный врач Республики Казахстан о мерах по обеспечению безопасности населения Республики Казахстан, об усилении мер по недопущению завоза и распространения коронавирусной инфекции в Республике Казахстан на период пандемии.

Издаются приказы министерств: Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 25 марта 2020 года № 109 «О некоторых вопросах оказания государственных услуг в социально-трудовой сфере и обеспечения продуктово-бытовым набором некоторых категорий населения на период чрезвычайного положения»; Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 29 марта 2020 года № 114 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 26 марта 2020 года № 110 «Об утверждении Правил осуществления социальной выплаты участникам системы обязательного социального страхования на период чрезвычайного положения»; Приказ Министра труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 26 марта 2020 года № 110 «Об утверждении Правил осуществления социальной выплаты участникам системы обязательного социального страхования на период чрезвычайного положения»; Приказ Вице-министра индустрии и инфраструктурного развития Республики Казахстан от 28 марта 2020 года № 160 «О внесении дополнения в приказ Министра по инвестициям и развитию Республики Казахстан от 21 мая 2018 года № 355 «Об утверждении Правил приобретения недропользователями и их подрядчиками товаров, работ и услуг, используемых при проведении операций по добыче твердых полезных ископаемых»; Совместный приказ Министра торговли и интеграции Республики Казахстан от 22 марта 2020 года № 62-НҚ и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 марта 2020 года № 184 «О внесении изменений в совместный приказ Министра торговли и интеграции Республики Казахстан от 17 марта 2020 года № 53-НҚ и Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 марта 2020 года № 169 «Об утверждении Рекомендаций по функционированию объектов торговли на период действия Указа Президента Республики Казахстан от 15 марта 2020 года № 285 «О введении чрезвычайного положения в Республике Казахстан»; Совместный приказ Министра торговли и интеграции Республики Казахстан от 17 марта 2020 года № 53-НҚ и Министра здравоохранения и науки Республики Казахстан от 18 марта 2020 года № 169 «Об утверждении Рекомендаций по функционированию объектов торговли на период действия Указа Президента Республики Казахстан от 15 марта 2020 года № 285 «О введении чрезвычайного положения в Республике Казахстан»; Приказ Министра сельского хозяйства Республики Казахстан от 22 марта 2020 года № 103 «О введении запрета на вывоз отдельных товаров с территории Республики Казахстан в третьи страны»; Приказ Министра образования и науки Республики Казахстан от 14 марта 2020 года № 108 «Об усилении мер по недопущению распространения коронавирусной инфекции COVID-19 в организациях образования, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на период пандемии».

Таким образом, принятые в начальный период пандемии на территории Республики Казахстан НПА определяют порядок действий различных органов на действующую угрозу и не допустить развитие короновирусной инфекции.

Список литературы.

1. Постановление Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 9 апреля 2020 года № 32-ПГВр

О мерах по обеспечению безопасности населения Республики Казахстан в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан «О введении чрезвычайного положения в РК» *(с изменениями и дополнениями от 14.04.2020 г.)* https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=39662644

2. Постановление Правления Национального Банка Республики Казахстан от 19 марта 2020 года № 33

Об установлении пределов отклонения курса покупки от курса продажи иностранной валюты за тенге по операциям, проводимым через обменные пункты *(с изменениями от 05.05.2020 г.) Действие прекращено с 1 июля 2020 года в соответствии с пунктом 5* https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=38063260

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 марта 2020 года № 126

О мерах по реализации Указа Президента Республики Казахстан от 16 марта 2020 года № 287 «О дальнейших мерах по стабилизации экономики»*(с изменениями и дополнениями по состоянию на 06.05.2020 г.)* https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=33794232

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Третьякова С.Н., Турсун А.О., Хабиева Т.Х., Давыденко М.В., Куртюкова М.
НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Аннотация.
Представлен анализ показателей первичной заболеваемости населения Казахстана с 1999 г. по 2018 г. Выявлены различия в уровнях первичной заболеваемости среди подростков и детей по областям. Установлена тенденция роста неэпидемической патологии среди населения. С учетом сегодняшней ситуации необходимо разработать антикризисные программы социального развития, которые смогли бы заложить основу становления экономики социальной сферы и создания полноценной структуры институтов её инфраструктуры.

Ключевые слова: состояние здоровья населения, первичная заболеваемость населения, дети, подростки, взрослое население, Международная номенклатура и классификация болезней и причин смерти.

Охрана и укрепление здоровья населения неразрывно связаны с изучением и оценкой заболеваемости, смертности, ожидаемой продолжительности жизни, закономерности и тенденции которых в конкретных регионах напрямую зависят от комплекса социально-экономических, медицинских, экологических и других факторов.

В то же время, здоровье и здравоохранение являются важнейшими компонентами социально-экономической системы страны, которые влияют на результаты деятельности всех отраслей национальной экономики, определяют демографическую ситуацию, развитие социальной структуры, качество народонаселения.

Заболеваемость – медико-статистический показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории. Является одним из критериев оценки здоровья населения и показывает уровень, частоту распространения всех болезней вместе взятых и каждой в отдельности среди всего населения, а также в возрастных, половых, социальных, профессиональных и других группах населения.

Сравнение сопоставимых показателей наиболее распространенных болезней и групп болезней обнаруживает, что не только возрастные изменения, структурные соотношения различных видов патологии, но и уровни изучаемых болезней достаточно различаются по территории республики.

Выявлен достаточно определенный диапазон значений показателей первичной заболеваемости населения, к которому могут быть отнесены уровни заболеваемости, зарегистрированные в большинстве городских поселений и сельских местностях.

Территориями риска, где уровни первичной заболеваемости превышают республиканские показатели, являются территории: Кызылординская (57311,9 на 100 000 населения), Жамбылская (64372,4 на 100 000 населения), Восточно-Казахстанская (67217,3 на 100 000 населения), Алматинская (67781,8 на 100 000 населения) области, г.Нур-Султан (71627,4 на 100 000 населения), г.Алматы (71990,0 на 100 000 населения), Туркестанская область (72793,6 на 100 000 населения) на основе анализа данных официальной статистики [1].

Заболеваемость всего населения республики, зарегистрированная впервые в жизни, имеет тенденцию к росту с 47972,8 на 100 000 соответствующего населения в 1999 г. до 57175,7 в 2018 г., среди взрослого населения – на 7,6% (с 38282,2 до 41213,4 на 100 000 взрослого населения), среди подростков – на 40,1% (с 56053,1 до 78500,4 на 100 000 подросткового населения), среди детей – на 34,7% (с 68717,7 до 92604,1 на 100 000 детского населения) [2].

Особенно обращает внимание опережающие темпы роста первичной заболеваемости среди детей и подростков по сравнению с населением в целом. На фоне увеличения заболеваемости детей в 1,3 раза в целом по республике в 2018 г. ее уровень в Костанайской области возрос в 2,7 раза, в Северо-Казахстанской - 2,2 раза, в Акмолинской и Павлодарской областях в 2 раза, а в Жамбылской, Алматинской и Восточно-Казахстанской областях – в 1,5 раза. Практически во всех областях, кроме Кызылординской и Туркестанской, за анализируемый период повысился уровень регистрации первичной заболеваемости среди подростков. Значительный рост первичной заболеваемости отмечался в Актюбинской области (в 2,4 раза), в Атырауской области (в 2,3 раза), в Жамбылской и Костанайской областях (в 2 раза), в Акмолинской, Алматинской, Восточно-Казахстанской и Северо-Казахстанской областях (в 1,5 раза и более) как видно в таблице 1.

Пристального внимания заслуживает тот факт, что за рассматриваемый период времени частота врожденных аномалий среди всего населения в целом возросла в 3,1 раза (с 141,8 на 100 000 населения в 1999 г до 438,7 в 2018 г.), среди детей – в 4,1 раза (с 342,1 на 100 000 детского населения до 1406,2 в 2018 г.), а частота регистрации новообразований среди всего населения в целом возросла в 1,8 раза (с 410,0 на 100 000 населения в 1999 г до 747,9 в 2018 г.), среди детей – в 3,5 раза (с 63,1 на 100 000 детского населения до 223,6 в 2018 г.) и среди подростков – в 3,2 раза (с 73,8 до 237,3 на 100 000 подростков). Отмечается рост болезней системы кровообращения (БСК) в 2 раза среди взрослого населения (с 1763,5 на 100 000 взрослого населения в 1999 г до 3874,5 в 2018 г.). Следует отметить, что в нашей республике, как и в других промышленно развитых странах, уровни заболеваемости неэпидемическими болезнями превышают уровни смертности от них, т.е. идет процесс аккумуляции негативных тенденций внутри популяции (Таблицы 2, 3).

Ещё в 1970-х годах промышленно развитые страны объявили об уменьшении смертности от БСК и увеличении заболеваемости от БСК. Эта ситуация объяснялась хорошо поставленной пропагандой профилактики и развитием здравоохранения. Анализ, проведенный на основе системной конструкции (модель) группой ученых России, даёт основание допустить, что сам факт понижения смертности ещё не доказательство меньшей пораженности населения. Этот факт может свидетельствовать о большей приспособленности населения к среде, так как он параллельно сопровождается удлинением сроков лечения и тяжести заболеваний... Просто сам факт реально существующего процесса аккумуляции негативных тенденций внутри популяции становится более очевиден [3].

Таблица 1. *Динамика областных уровней первичной заболеваемости подростков и детей на 100 тыс. соответствующего населения в республике.*

Наименование областей	Подростки			Дети		
	1999 г.	2018 г. (ранг областей)*	Темп прироста 2018 г. к 1999 г.	1999 г.	2018 г. (ранг областей)*	Темп прироста 2018 г. к 1999 г.
Республика Казахстан	56053,1	78500,4	40,1%	68717,7	92604,1	34,7%
Акмолинская	49008,6	79463,0(5)	> 1,6 раза	46073,8	92082,3 (6)	> 2,0 раза
Актюбинская	29115,5	70949,8 (9)	> 2,4 раза	64977,4	61336,0 (12)	-
Алматинская	55021,8	94066,3 (3)	> 1,7 раза	64526,9	109639,3 (5)	> 1,7 раза
Атырауская	20194,3	45649,2 (13)	> 2,3 раза	40454,0	43666,7 (14)	> 1,1 раза
ВКО	76879,2	130971,0 (1)	> 1,7 раза	80397,0	123729,3 (2)	> 1,5 раза
Жамбылская	39514,5	77964,9 (6)	> 2,0 раза	50476,2	89636,2 (7)	> 1,8 раза
ЗКО	47982,6	57775,3 (12)	> 1,2 раза	82550,0	75579,8 (9)	-
Карагандинская	53829,5	68839,2 (10)	> 1,3 раза	64854,8	74117,5 (10)	> 1,14 раза
Кызылординская	76579,1	768302,1 (7)	-	93985,1	77527,0 (8)	-
Костанайская	40695,0	81645,5 (4)	> 2,0 раза	44396,5	119397,7 (3)	>2,7 раза
Мангыстауская	49853,1	63003,6 (11)	> 1,3 раза	98070,6	66228,3 (11)	-
Павлодарская	61212,5	130253,1 (2)	> 1,12 раза	78277,1	155847,8 (1)	> 2,0 раза
СКО	46801,5	75350,0 (8)	> 1,6 раза	51602,0	111483,2 (4)	> 2,2 раза
Туркестанская (ЮКО)	44749,5	40580,4 (14)	-	48254,9	58442,5 (13)	> 1,2 раза

Таблица 2. *Первичная заболеваемость подростков и детей на 100 тыс. соответствующего населения в республике.*

Класс	Название класса болезней	Подростки		Дети	
		1999 г.	2018 г.	1999 г.	2018 г.
I	Инфекционные и паразитарные болезни	1997,8	1228,0	3579,3	2402,0
II	Новообразования	73,8	237,3	63,1	223,6
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1189,6	3431,0	1874,1	3536,4
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1021,7	1794,2	928,6	783,3
V	Психические расстройства и расстройства поведения	797,1	60,0	367,1	87,5
V1	Болезни нервной системы	1959,5	2972,7	1669,7	3461,4
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	3755,4	5388,6	2527,2	3141,2
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	2183,5	1963,9	2359,6	2525,2
IX	Болезни системы кровообращения	986,7	1275,9	412,7	269,4
X	Болезни органов дыхания	21230,9	36853,7	38081,1	56106,2
	Пневмонии	345,2	440,5	769,0	1510,1
XI	Болезни органов пищеварения	4708,9	6904,8	4724,7	7261,4
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	5499,3	4739,0	4806,7	4444,1
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2127,2	2952,7	814,8	1165,7
XIV	Болезни мочеполовой системы	3210,2	3015,6	1506,5	1263,9
XVII	Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	328,5	354,8	342,1	1406,2
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	4623,0	5009,6	3278,6	2656,3
	Все болезни	**56053,1**	**78500,4**	**68717,7**	**92604,1**

Таблица 3. *Первичная заболеваемость всего населения на 100 тыс. человек в Республике Казахстан (1999 г. и 2018 г.).*

Класс	Название класса болезней	1999 г.		2018 г.	
		Показатель	Ранг класса	Показатель	Ранг класса
I	Инфекционные и паразитарные болезни	2439,4	6	1334,9	12
II	Новообразования	410,0	15	747,9	14
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1080,7	12	1781,0	10
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	610,0	13	982,6	13
V	Психические расстройства и расстройства поведения	514,2	14	54,9	16
V1	Болезни нервной системы	1563,7	9	1926,9	9
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	2424,8	7	2460,0	6
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	1647,1	8	1589,3	11
IX	Болезни системы кровообращения	1333,4	11	2755,3	5
X	Болезни органов дыхания	18708,1	1	24321,3	1
	Пневмонии	430,1		708,2	
XI	Болезни органов пищеварения	3422,4	4	4318,9	3
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	3774,7	2	2008,4	8
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	1451,5	10	2117,3	7
XIV	Болезни мочеполовой системы	3411,5	5	4771,9	2
XVII	Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	141,8	16	438,7	15
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	3561,6	3	2974,7	4
	Все болезни	**47972,8**		**57175,7**	

По остальным классам болезней среди всего населения темп прироста был меньше: по болезням крови, кроветворных органов и отдельных нарушений, вовлекающих иммунный механизм, по болезням эндокринной системы, пневмониям рост достиг 1,6-кратной величины, а среди подростков увеличение болезней крови отмечено в 2,8 раза (с 1189,6 до 3431,0 на 100 000 подростков), рост болезней эндокринной системы в 1,7 раза (с 1021,7 до 1794,2 на 100 000 подростков) и болезней органов дыхания с 21230,9 до 36853,7 на 100 000 подростков. Среди детей заметен рост болезней нервной системы в 2,1 раза (с 1669,7 на 100 000 детского населения в 1999 г. до 3461,4 в 2018 г.) и пневмоний в 2 раза (с 769,0 на 100 000 детского населения в 1999 г. до 1510,1 в 2018 г.).

Положительная динамика среди всего населения страны наметилась по снижению психических расстройств и расстройств поведения в 4 раза среди детей и 9 кратная среди всего населения, инфекционных и паразитарных болезней (с 6-го места в 1999 г. переместились на 12-е в 2018 г.), болезней кожи и подкожной клетчатки (с 2-го места в 1999 г. переместились на 8-е в 2018 г.), а травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин занимают 4 место.

Как видно из таблицы 3, среди всего населения ведущими классами болезней являются: болезни органов дыхания (1 ранговое место) с темпом прироста по пневмониям на 64,6% к 2018 г. Болезни мочеполовой системы с пятого места в 1999 г. переместились на 2-е в 2018 г., болезни органов пищеварения – 3-е место. Болезни системы кровообращения с 11-го места переместились на 5 место с 2-кратным приростом к 2018 г.

Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм с 12-го места в 1999 г. переместились на 10-е в 2018 г. и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани с 10-го места в 1999 г. переместились на 7-е в 2018 г.

Необходимо отметить, что больше половины всей общей заболеваемости (63,6%) определяют четыре нозологические группы: болезни органов дыхания, мочеполовой системы, болезни органов пищеварения, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин. Болезни органов дыхания в Казахстане, как и во всех развитых странах мира, за последние 30-40 лет стали одной из главных причин общей заболеваемости населения.

Одновременно с достижениями определенных успехов в охране здоровья населения, в изучении этиологии и патогенеза заболеваний, растет и число факторов риска, т. е. условий, обстоятельств, конкретных причин, более других ответственных за возникновение и развитие болезней. Уже сегодня изучены сотни таких факторов риска. Однако особенно важно выделить среди них те, которые первично обусловливают возникновение заболевания. Знание таких факторов делает борьбу с ними прицельной, профилактику первичной. Исключительность этой задачи усиливается еще и тем, что для ряда наиболее распространенных хронических, неэпидемических заболеваний (сердечно-сосудистых, болезней обмена, эндокринных и других болезней, даже некоторых злокачественных опухолей) установлены единые или похожие факторы риска, а это позволяет построить единую стратегию их профилактики и лечения.

Уровень заболеваемости в минувшем календарном году и её динамика в течение ряда предыдущих лет – важнейшие показатели состояния здоровья населения и эффективности работы учреждений здравоохранения, основа планирования всех лечебно-профилактических мероприятий. Международная номенклатура и классификация болезней и причин смерти позволяет исследовать заболеваемость по единым принципам и получать сопоставимые итоги.

На современном этапе зафиксированный уровень по пневмониям, по эпидемическому паротиту, активному туберкулезу, острым инфекциям верхних дыхательных путей превысил сложившиеся уровни этих заболеваний в предыдущие годы. Факт начавшегося процесса (если отойти от традиционных подходов его объяснения) говорит не об ухудшении санитарно-эпидемиологической ситуации, а о том, что уровень сосредоточения неблагоприятных мутаций в населении настолько высок, что население начинает само регулировать этот процесс через активацию и возрождение ряда эпидемических причин. На поверхности этот процесс проявляется лишь некоторой активацией инфекционных заболеваний при генеральной тенденции к понижению уровней инфекционных и паразитарных болезней.

Еще 23 января 2020 г. председатель комитета по чрезвычайным ситуациям ВОЗ заявлял, что слишком рано называть распространение коронавируса чрезвычайной ситуацией, но уже через неделю, 30 января ВОЗ объявила, что вспышка коронавируса является глобальной чрезвычайной ситуацией в области общественного здравоохранения [4]. Первый коронавирус, вызывающий у человека острую респираторную инфекцию, ученые обнаружили больше полувека назад. С тех пор они открыли еще несколько штаммов, но до сих пор остается неясным, почему некоторые коронавирусы вызывают обычную простуду, а другие отличаются высоким уровнем смертности среди зараженных.

Термин «коронавирус» был придуман лишь в 1968 году. Это название напрямую связано со строением вируса, поскольку под микроскопом его шиповидные отростки напоминают солнечную корону - внешние слои атмосферы Солнца.

Ученые-вирусологи предвидели эпидемию коронавируса, знали, как она будет распространяться и какие страны попадут под ее удар первыми. Другой вопрос, началась ли эпидемия с естественного заражения или кто-то дал толчок, используя оценки ученых в качестве лекала. EADaily изучило библиотеку научных трудов о коронавирусе, опубликованных на сайте Национального центра биотехнологической информации США (NCBI). «За последние десятилетия мы видели несколько эпидемий респираторных инфекций от новых вирусов, которые произошли от животных. Инфекции, включая атипичную пневмонию (коронавирус SARS-CoV), ближневосточный респираторный синдром (коронавирус MERS-CoV) и свиной грипп серьезно угрожали мировому здравоохранению и глобальной экономике. С учетом неправильного использования антибиотиков и массовых международных путешествий распространение устойчивых грамотрицательных бактерий вызывает серьезные опасения. Эти инфекции с эпидемическим и пандемическим потенциалом представляют огромную угрозу общественному здоровью в Азиатско-Тихоокеанском регионе и требуют более эффективной системы предотвращения и контроля»,— говорится в научной работе «Появляющиеся респираторные инфекции угрожают общественному здоровью Азиатско-Тихоокеанского региона» [5].

Выводы.

1. Международная номенклатура и классификация болезней и причин смерти позволяет исследовать заболеваемость по единым принципам и получать сопоставимые итоги.

2. Выявлены высокие темпы прироста первичной заболеваемости населения неэпидемической патологией в сочетании с активацией заболеваемости от некоторых инфекционных болезней при генеральной тенденции к понижению уровня данного класса заболеваний.

3. Проблемы, которые ставит перед социальной сферой качественная динамика потребностей населения, по своей сложности уже давно переросли содержание её локально отраслевых программ (в границах которых и по настоящее время происходит деятельность). Нужна целевая национальная социальная политика развития, чтобы сбалансировать и согласовать финансовый, организационный, экономический курс развития с качественной динамикой потребностей развития населения.

Список литературы.

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 1999 году: Стат. сборник. – Астана, 2000. – С. 24-41.

2. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2018 году: Стат. сборник. – Нур-Султан, 2019. – 324 с.

3. Демография и экология. Синтезная демография, как основа выявления кризисообразующих связей в экономике и социальной сфере и формирование новых принципов политики развития. – Москва, 1994. – 39 с.

4. www.forbes.ru - У этого вируса много секретов»: почему коронавирусы остаются загадкой для ученых?

5. rus.ozodi.org – Коронавирус! Что говорят ученые и что делать?

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ОРВИ И ГРИППОПОДОБНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПО г.АЛМАТЫ

Хабиева Т.Х., Третьякова С.Н.
НУО Казахстанско-Российский медицинский университет
Ещанова М.М.
Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»
г. Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Проведен анализ эпидемиологической ситуации за пять лет по госпитализации острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и гриппоподобным заболеваниям (ГПЗ) среди дозорных организаций г. Алматы. Дан обзор зарубежной и отечественной литературы по отслеживанию эволюцию вирусной инфекции и гриппоподобным заболеваниям с дачей рекомендаций в тех областях, в том числе лабораторной диагностики, вакцин, чувствительности к противовирусным препаратам и оценки риска.

Ключевые слова: эпидемия ситуация, надзор, ОРВИ, ГПЗ, дозорные организации

Введение.

Гриппоподобные заболевания это случаи острых респираторных вирусных заболеваний, которые возникают в течение предшествующих семи календарных дней, характеризующегося лихорадкой ≥38 °С и кашлем.

Тяжелые острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ, ТОРИ)– заболевания, которые возникают в течении предшествующих десяти календарных дней, характеризующиеся высокой температурой в анамнезе или лихорадкой ≥ 38 градусов Цельсия (далее – °С), кашлем и требующего немедленной госпитализации.

Дозорные организации делятся на региональные и центры. Региональные - это административные территории с внедрением системы дозорного эпидемиологического надзора за ГПЗ, ТОРИ и гриппом. Дозорные центры -это медицинские организации, где осуществляется система дозорного эпидемиологического надзора за ГПЗ, ТОРИ и гриппом. Большую и действенную роль играет зональная вирусологическая лаборатория, которая осуществляет как методическую, так и практическую помощь вирусологическим лабораториям, участвующим в системе ДЭН за ГПЗ, ТОРИ и гриппом с целью обеспечения внешнего контроля качества.

Регистрация заболеваний является обязательной и проводится практически в каждой стране, включая индустриально развитые страны Европы и Америки, регламентируется нормативными документами регионального или национального уровня. В США – законами или другими нормативными документами штата[2].

Целью исследования явилось изучение эпидемиологической ситуации по госпитализации ОРВИ и ГПЗ среди дозорных организаций г. Алматы за пять лет.

Основные результаты исследования.

Глобальный надзор за гриппом вирусологической было проведено через Глобальную эпиднадзора за гриппом ВОЗ и системы реагирования (ГСЭГО) в течение более полувека. Ранее известный как Глобальная сеть по надзору за гриппом (ГСНГ), новое название вступило в силу после принятия готовности к пандемии гриппа (PIP) Framework в мае 2011 года. ГСЭГО ВОЗ отслеживает эволюцию вирусов гриппа и дает рекомендации в

Таблица 1. *Задачи эпидемиологического надзора за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями.*

Основные задачи	Использование данных для принятия решения
Определять, когда и где происходит активизация грипп и кто подвержен	повысить настороженность медицинских работников о начале циркуляции вируса гриппа; информировать и направлять национальную политику в области профилактики и лечения (вакцинация, использования противовирусных препаратов и т.д.).
Выявлять изменения в антигенных и генетических характеристиках вирусов гриппа и их чувствительности к противовирусным препаратам	информирование клиницистов об использовании противовирусной терапии для участия в выборе надлежащих вирусов на мировом уровне для включения в состав противогриппозных вакцин.
Анализ и мониторинг относительной тяжести ежегодных эпидемий или вспышек нового вируса	Информация для принятия решений об общегосударственных вмешательствах с учетом затрат и выгоды.
Выявлять необычные события	Быстро выявлять потенциальные события в сфере общественного здравоохранения, которые могут вызвать обеспокоенность на международном уровне, и информирование координаторов страны по ММСП.

тех областях, в том числе лабораторной диагностики, вакцин, чувствительности к противовирусным препаратам и оценки риска. ГСЭГО ВОЗ также служит механизмом глобального предупреждения о возникновении вирусов гриппа с пандемическим потенциалом.

Глобальная система наблюдения и ответа гриппа ВОЗ (GISRS): GISRS основана в 1952 году, сеть в настоящее время насчитывает 143 учреждений в 113 государствах-членах ВОЗ, которые признаны ВОЗ в качестве национальных центров по гриппу, 6 - сотрудничающие ВОЗ центры (США -2 (Атланта, Мемфис), Пекин, Лондон, Мельбурн, Токио), 4 ВОЗ Головные контрольные лаборатории (Австралия, Япония, Великобритания, США), 13 ВОЗ по Н5 лаборатории и специальные группы созданы для адреса конкретные возникающие вопросы.

В Республике Казахстан система дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за гриппом была внедрена в эпидемиологический сезон в 2007-2008 г.г. В настоящее время система ДЭН постоянно совершенствуется. Дозорные центры в 7 областях (Алматинская, Северо-Казахстанская, Западно-Казахстанская, Восточно-Казахстанская, Жамбылская, Мангистауская) и в 2 крупных городах (Нур-Султан, Алматы). По республике по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 30 дозорных поликлиник, 27 стационара, которые обеспечивают сбор клинических, эпидемиологических данных от больных с предположением на острые респираторные вирусные инфекций (ОРВИ) и тяжелые острые респираторные инфекций, соответственно осуществлялся адекватный сбор материалов для лабораторных исследований. Дозорный эпидемиологический надзор за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями в республике Казахстан ведется круглогодично.

С 2011 года согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) система ДЭН расширена внедрением определения случая гриппоподобных заболеваний (ГПЗ).

Дозорным центром по Алматинской области является город Талдыкорган, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 2 дозорных поликлиник, 2 стационара.

Дозорным центром по Северо-Казахстанской области является город Петропавловск, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 4 дозорных поликлиник, 4 стационара.

Дозорным центром по Западно-Казахстанской области является город Уральск, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 2 дозорных поликлиник, 2 стационара.

Дозорным центром по Восточно-Казахстанской области является город Усть-Каменогорск, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 4 дозорных поликлиник, 3 стационара.

Дозорным центром по Жамбылской области является город Тараз, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 4 дозорных поликлиник, 3 стационара.

Дозорным центром по Мангистауской области является город Актау, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 2 дозорных поликлиник, 2 стационара.

Дозорным центром по Южно-Казахстанской области является город Шымкент, в городе по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 4 дозорных поликлиник, 4 стационара.

В городе Нур-Султан по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 4 дозорных поликлиник, 4 стационара.

В городе Алматы по дозорному эпиднадзору за ОРВИ, гриппом и гриппоподобными заболеваниями работает 4 дозорных поликлиник, 4 стационара (таблица 2).

Таблица 2. *Дозорные центры по регионам республики Казахстан.*

Область	Город	ГПЗ	ТОРИ
Алматинская	Талдыкорган	2	2
Северо-Казахстанская	Петропавловск	4	4
Западно-Казахстанская	Уральск	2	2
Восточно-Казахстанская	УстьКаменогорск	4	3
Жамбылская	Тараз	4	3
Мангистауская	Актау	2	2
Южно-Казахстанская	Шымкент	4	3
	Нур-Султан	4	4
	Алматы	4	4
Итого:		**30**	**27**

В Республике Казахстан эпидемиологический сезон начинается с 40 недели по 39 неделю. Подсчет заболеваемости ОРВИ, гриппом и ГПЗ ведется круглогодично. Из каждого дозорного центра информация собирается еженедельно.

В эпидемиологическом сезоне 2014-2015 г.г. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 19854 случаев. Основную долю заболевших ОРВИ составили дети до 14 лет – 78,8% (15658 сл.), в том числе дети до 4 лет – 66,7% (13258 сл.), дети в возрасте 5-14 лет- 12% (2400 сл.). Среди взрослых 15-29 лет- 9,8% (1949 сл.). 30-64 л- 7,8% (1548 сл.), 65 и старше – 3,5% (699 сл).

В эпидемиологическом сезоне 2015-2016 г.г. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 17665 случаев. Основную долю заболевших ОРВИ составили дети до 14 лет – 80,9% (14305 сл.), в том числе дети до 4 лет – 69,8% (12331 сл.), дети в возрасте 5-14 лет- 11,1% (1974 сл.). Среди взрослых 15-29 лет- 9,6% (1711 сл.). 30-64 л- 6,9% (1222 сл.), 65 и старше – 2.4% (427 сл).

В эпидемиологическом сезоне 2016-2017 г.г. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 15861 случаев, среди них дети до 14 лет составил – 77,1% (12238 сл.), в том числе дети до 4 лет – 67,3% (10679 сл.), дети в возрасте 5-14 лет – 9,8% (1559 сл.). Среди взрослых 15-29 лет – 10,4% (1657 сл.), 30-64 л- 8,9% (1425 сл.), 65 и старше – 3,4% (541 сл).

В эпидемиологическом сезоне 2017-2018 г.г. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 17588 случаев, среди них дети до 14 лет составил – 75,9% (13362 сл.), в том числе дети до 4 лет – 61,1% (10749 сл.), дети в возрасте 5-14 лет –

14,8% (2613 сл.). Среди взрослых 15-29 лет – 10,9% (1922 сл.), 30-64 л- 8,8% (1557 сл.), 65 и старше – 4,2% (747 сл).

В эпидемиологическом сезоне 2018-2019 г.г. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 11222 случаев, среди них дети до 14 лет составил – 78,6% (8826 сл.), в том числе дети до 4 лет – 58,4% (6562 сл.), дети в возрасте 5-14 лет – 20,1% (2264 сл.). Среди взрослых 15-29 лет – 9,8% (1105 сл.), 30-64 л- 8,4% (950 сл.), 65 и старше – 3% (341 сл).

В эпидемиологическом сезоне 2015-2019 г.г. по городу Алматы всего госпитализированных пациентов с ОРВИ составляло – 82190 случаев, среди них дети до 14 лет составил – 78,3% (64389 сл.), в том числе дети до 4 лет – 65,1% (53579 сл.), дети в возрасте 5-14 лет – 13,1% (10810 сл.). Среди взрослых 15-29 лет – 10,1% (8344 сл.), 30-64 л- 8,1% (6702 сл.), 65 и старше – 3,3% (2755 сл). (таблица 3).

Таблица 3. *Госпитализированные пациенты с ОРВИ по возрастному составу за 2015-2019гг. эпидемиологические сезоны по г.Алматы..*

ЭПИДЕМИОЛОГ–ИЧЕСКИЙ СЕЗОН	Общее количество госпитализированных пациентов	От 0 до 4 лет	От 5 до 14	От 15 до 29	От 30 до 64	65 и старше
2015	19854	13258	2400	1949	1548	699
2016	17665	12331	1974	1711	1222	427
2017	15861	10679	1559	1657	1425	541
2018	17588	10749	2613	1922	1557	747
2019	11222	6562	2264	1105	950	341
Итого	**82190**	**53579**	**10810**	**8344**	**6702**	**2755**

В эпидемиологическом сезоне 2014-2015 г.г. госпитализировано с диагнозом осложненное ОРВИ, пневмония 946 больных, детей до 4 лет – 35,5% (336 сл.), 5-14 лет – 19,1% (181 сл.). 15-29 лет – 23,3% (221 сл.), 30-64 лет – 17% (161 сл.), 65 и старше – 4,9% (47 сл).

В эпидемиологическом е 2015-2016 г.г. госпитализировано с диагнозом осложненное ОРВИ, пневмония 2680 больных, детей до 4 лет – 55,1% (1478 сл.), 5-14 лет – 17,8% (478 сл.), 15-29 лет – 15,7% (421 сл.), 30-64 лет – 9,6% (258 сл.), 65 и старше – 1,6% (45 сл.).

В эпидемиологическом сезоне 2016-2017 г.г. госпитализировано с диагнозом осложненное ОРВИ, пневмония 3768 больных, детей до 4 лет – 65,5% (2469 сл.), 5-14 лет – 15,6% (590 сл.), 15-29 лет – 10,2% (385 сл.), 30-64 лет – 7,7% (292 сл.), 65 и старше – 0,8% (32 сл.).

В эпидемиологическом сезоне 2017-2018 г.г. госпитализировано с диагнозом осложненное ОРВИ, пневмония 5681 больных, детей до 4 лет – 57,4% (3265 сл.), 5-14 лет – 9,7% (554 сл.), 15-29 лет – 21,5% (1225 сл.), 30-64 лет – 10,1% (579 сл.), 65 и старше – 1,02% (58 сл.).

В эпидемиологическом сезоне 2018-2019 г.г. госпитализировано с диагнозом осложненное ОРВИ, пневмония 3026 больных, детей до 4 лет – 60% (1845 сл.), 5-14 лет – 8,5% (260 сл.). 15-29 лет – 18,6% (563 сл.), 30-64 лет – 10,8% (329 сл.), 65 и старше – 0,9% (29 сл.).

В эпидемиологических сезонах 2015-2019 г.г. госпитализировано с диагнозом осложненного ОРВИ, пневмония 16101 больных, детей до 4 лет – 58,3% (9393 сл.), 5-14 лет – 12,8% (2063 сл.). 15-29 лет – 17,4% (2815 сл.), 30-64 лет – 10% (1619 сл.), 65 и старше – 1,3%(211 сл.) (таблица 4).

Таблица 4. *Госпитализированные пациенты с ТОРИ (осложненное ОРВИ, пневмония) по возрастному составу за 2015-2019 эпидемиологических сезонов.*

Эпидемиологический сезон	Общее количество госпитализированных пациентов с ТОРИ	От 0 до 4 лет	От 5 до 14	От 15 до 29	От 30 до 64	65 и старше
2015	946	336	181	221	161	47
2016	2680	1478	478	421	258	45
2017	3768	2469	590	385	292	32
2018	5681	3265	554	1225	579	58
2019	3026	1845	260	563	329	29
Итого	**16101**	**9393**	**2063**	**2815**	**1619**	**211**

В эпидсезоне 2014-2015 г.г. по дозорным центрам зарегистрировано 240 случаев гриппа и ГПЗ, среди них по возрастным категориям: 1-4 г – 66 сл (27,5%), 5-14 лет – 68 сл (28,3%), 15-29 лет – 49 сл (20,4%), 30-64 лет – 52 сл (21,6%), 65 и старше – 5 сл (2%). Среди них госпитализированных – 35 случаев (14,5%).

В эпидсезоне 2015-2016 г.г. по дозорным центрам зарегистрировано 254 случаев гриппа и ГПЗ, среди них по возрастным категориям: 1-4 г – 65 сл (25,5%), 5-14 лет – 94 сл (37%), 15-29 лет – 44 сл (17,3%), 30-64 лет – 40 сл (15,7%), 65 и старше – 11 сл (4,3%). Среди них госпитализированных – 49 случаев (19,2%).

В эпидсезоне 2016-2017 г.г. по дозорным центрам зарегистрировано 213 случаев гриппа и ГПЗ, среди них по возрастным категориям: 1-4 г – 47 сл (22%), 5-14 лет – 63 сл (29,5%), 15-29 лет – 39 сл (18,3%), 30-64 лет – 53 сл (24,8%), 65 и старше – 11 сл (5,1%). Среди них госпитализированных – 73 случаев (34,2%).

В эпидсезоне 2017-2018 г.г. по дозорным центрам зарегистрировано 187 случаев гриппа и ГПЗ, среди них по возрастным категориям: 1-4 г – 53 сл (28,3%), 5-14 лет – 47 сл (25,1%), 15-29 лет – 34 сл (18,1%), 30-64 лет – 51 сл (27,2%), 65 и старше – 2 сл (1,06%). Среди них госпитализированных – 137 случаев (73,2%).

В эпидсезоне 2018-2019 г.г. по дозорным центрам зарегистрировано 251 случаев гриппа и ГПЗ, среди них по возрастным категориям: 1-4 г – 48 сл (19,1%), 5-14 лет – 75 сл (29,8%), 15-29 лет – 59 сл (23,5%), 30-64 лет – 57 сл (22,7%), 65 и старше – 12 сл (4,7%). Среди них госпитализированных – 157 случаев (62,5%).

В эпидсезонах по дозорным центрам зарегистрировано 1145 случаев гриппа и ГПЗ, среди них по возрастным категориям: 1-4 г – 279 сл (24,3%), 5-14 лет – 347 сл (30,3%), 15-29 лет – 225 сл (19,6%), 30-64 лет – 253 сл (22%), 65 и старше – 41 сл (3,5%), госпитализировано с диагнозом грипп и ГПЗ 451 больных (таблица 5).

Таблица 5. *Сводные данные по заболеваемости и госпитализированных гриппом и ГПЗ по возрастному составу за 2015-2019 эпидемиологические сезоны по г.Алматы.*

Гендерный состав						**Количество госпитализированных в стационары с гриппом и ГПЗ**
Сезон	**с 1 до 4**	**5 до 14**	**15 до 29**	**30 до 64**	**65 и старше**	
2015	66	68	49	52	5	35
2016	65	94	44	40	11	49
2017	47	63	39	53	11	73
2018	53	47	34	51	2	137
2019	48	75	59	57	12	157
Итого	**279**	**347**	**225**	**253**	**41**	**451**

Выводы.

Таким образом, согласно литературному обзору зарубежных и отечественных источников, свидетельствует, что дозорный эпидемиологический надзор является не только эффективным, но и низкозатратным способом для получения информационных данных, полученных в результате эпидемиологического надзора за ГПЗ и ОРВИ. Европейское руководство ВОЗ по эпидемиологический надзору за гриппом среди людей становится все более актуальной задачей по укреплению программ борьбы с сезонным гриппом и организации дозорного эпидемиологического надзора при оценке вирусологических и эпидемиологических основ характеристики респираторных заболеваний.

При проведении анализа заболеваемости и обращении в стационары с ОРВИ по г. Алматы установлено что, наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируется среди детского населения до 14 лет и составляет 78,3% (64389 сл), в том числе среди детей до 4 лет составил 65,1% (53579 сл) и дети в возрасте 5-14 лет – 13,1% (10810 сл). Распространение заболеваемости среди детей обусловлено тем, что у детей до 5 лет до полностью сформирована иммунная система организма и дети очень подвержены к острым вирусным инфекциям. Дети в возрасте 5-14 лет организованные дети, поэтому в организованных коллективах, школах, ввиду скученности детей, наблюдается быстрое распространение инфекции. Более 80% всех случаев заболеваний среди взрослого населения это легкие и среднетяжелые формы болезни, как правило «переносящие на ногах» и являющиеся источниками инфекции для детей. Применение самостоятельно лекарственных средств и недооценка опасности гриппа, объясняет низкую обращаемость населения за медицинской помощью. Вместе с тем, как видно по результатам исследований среди детей заболеваемость ОРВИ в 3-4 раза выше, чем у взрослых. Это связано, прежде всего, с тем, что источниками инфекции для них являются взрослые с легкими и среднетяжелыми формами. Среди обратившихся пациентов 20,4% (7983 случаев) были пациенты с ГПЗ, гриппом.

При проведении анализа обращаемости пациентов в дозорные центры, и установление диагноза грипп и ГПЗ по возрастному составу в эпидемиологических сезонах 2015-2019 г.г. обнаружено что уровень заболеваемость среди детей и взрослых идентичен, и составляет среди детей – 54%, среди взрослых – 46%. Если смотреть по возрастным категориям: 1-4 г – 279 случ. (24,3%), 5-14 лет – 347 случ. (30,3%), 15-29 лет – 225 случ. (19,6%), 30-64 лет – 253 случ. (22%), 65 и старше – 41 случ. (3,5%).

Результаты полученных исследований свидетельствуют, что в настоящее время назрела необходимость разработки новых методических приемов, позволяющих управлять эпидемиологическим процессом при ОРВИ, гриппом и ГПЗ. Наиболее перспективным направлением в этой области является внедрение системы дозорного эпидемиологического надзора за ОРВИ, гриппом и ГПЗ во все медицинские организации города, которая дает возможность оценить эпидемиологическую ситуацию по всему городу. Лабораторный мониторинг за циркулирующими респираторными вирусами обеспечивает оперативное реагирование на эпидемическую ситуацию и снижения экономического ущерба от ежегодных эпидемий гриппа и смертности.

Круглогодичный постоянный подсчет случаев ОРВИ/ГПЗ и систематический отбор образцов от больных на исследования грипп. Определение непосредственного участия госпитальных эпидемиологов дозорных центров к организации дозорного эпидемиологического надзора. Повышение осведомленности медицинских работников дозорных центров алгоритмам организации системы дозорного эпидемиологического надзора за ОРВИ и ГПЗ. Использование разработанных методических рекомендаций по забору клинического материала и его лабораторной диагностики.

Список литературы.

1. Система эпидемиологического надзора за гриппом ЕРБ ВОЗ (EuroFlu.org). Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009 (http://www.euroflu.org/index_ru.php, по со-стоянию на 29 октября 2009 г.).

2. FluNet. Global Influenza Programme [web site]. Geneva, World health Organization, 2003 (http://gamapserver.who.int/GlobalAtlas/home.asp, accessed 14 July 2009).

3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025гг.

4. Купченко, А.Н. Современные принципы диагностики и лечения орви / А.Н. Купченко, Ж.Б. Понежева // Архив внутренней медицины. - 2016. - Том 6. №1. - С. 6-12. https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-1-6-12.

5. Соминина, А.А. Совершенствование системы надзора за гриппом в Российской Федера-ции: основные результаты сигнального надзора за гриппом и другими острыми респи-ра-торными вирусными инфекциями / А.А. Соминина и др. // Эпидемиология и Вакцино-профилактика. - 2017. - 16(1). - С. 7-15. https://doi.org/10.31631/2073-3046-2017-16-1-7-15.

6. Grant, L.R. Impact of the 13-valent pneumococcal conjugate vaccine on pneumococcal carriage among American Indians / L.R. Grant et al. // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2016. - Vol. 35, № 8. - P. 907–914.

7. Su, S. Comparing clinical characteristics between hospitalized adults with laboratory-confirmed influenza A and B virus infection / S. Su et al. // Clin Infect Dis. - 2014. -59. - P. 252–255.

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF HOSPITALIZATION ARVI AND GPP AMONG SENTINEL ORGANIZATIONS IN ALMATY

Khabieva T. H., Tretyakova S. N. Nuo Kazakh-Russian medical University

Eschanova M. M. Kazakhstan medical University «HSE» Almaty, Republic of Kazakhstan

Summary. An analysis of the epidemiological situation for five years on hospitalization of acute respiratory viral infection (ARVI) and flu-like diseases (GPP) among sentinel organizations in Almaty was conducted. A review of foreign and domestic literature on tracking the evolution of viral infection and flu-like diseases is given with recommendations in those areas, including laboratory diagnostics, vaccines, sensitivity to antiviral drugs and risk assessment.

Keywords: epidemic situation, surveillance, SARS, GPP, sentinel organizations

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ ШОЛҒЫНШЫ ҰЙЫМДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ЖРВИ ЖӘНЕ ГӨЗ АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУ БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Хабиева Т. Х., Третьякова С. Н. Қазақстан-Ресей медицина университеті

Ещанова, М. М. ВШОЗ «Қазақстан медицина университеті» Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Түйіндеме. Алматы қаласының шолғыншы ұйымдары арасындағы жіті респираторлық вирустық инфекция (ЖРВИ) және тұмауға ұқсас аурулар (тта) бойынша бес жыл ішіндегі эпидемиологиялық жағдайға талдау жүргізілді. Вирустық инфекцияның эволюциясын және тұмауға ұқсас ауруларды бақылау бойынша шетелдік және отандық әдебиеттерге шолу жасалды, соның ішінде зертханалық диагностика, вакциналар, вирусқа қарсы пре-параттарға сезімталдық және қауіпті бағалау.

Түйін сөздер: індет жағдай, қадағалау, ЖРВИ, ТТА, дозорные ұйымдастыру.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПОЖИЛЫХ

Маншарипова А.Т.[1], Шокарева Г.В.[1], Ешманова А.К. [3], Нуфтиева А.И.[3], Кумар Р.[1], Маншарипов Д.[1], Искалиева С. [1], Сулейманов М. [1], Губашева Л.[2]

[1]КазРосмедуниверситет г. Алматы, РК.

[2]Ассоциация молодых медиков Алматы, РК.

[3] КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, РК.

Введение.

В мире существуют центры дневного пребывания для пожилых, быстрыми темпами развивается сеть специальных центров, предназначенных для оказания социально-бытовой и медицинской помощи пенсионерам-инвалидам, в частности, страдающим терапевтическими заболеваниями, в том числе артериальной гипертонией [1]. Лица, посещающие такие центры, обеспечиваются диетическим питанием, получают физиотерапевтические процедуры, занимаются лечебной гимнастикой, трудотерапией, к их услугам логопед. В настоящее время в городе Алматы проживают 225,7 тыс. людей пожилого возраста. Оказание гериатрической и геронтологической помощи лицам старших возрастных групп осуществляется врачами общей практики и врачами гериатрами на приеме в 16 поликлиниках и дневных стационарах г. Алматы. Основная работа по развитию геронтологической службы города Алматы проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РК от 23.10.2015 №822 «Об утверждении Стандарта организации оказания гериатрической и геронтологической помощи в Республике Казахстан». Амбулаторно-поликлиническая помощь пенсионерам оказывается в территориальных поликлиниках по месту жительства или в специализированных медико-социальных учреждениях. Вместе с тем, оказание консультативной помощи с самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием артериальной гипертонией у пожилых требует более пристального наблюдения.

Целью работы было изучение оказания консультативной социально-профилактической помощи пожилым с артериальной гипертонией.

Материалы и методы исследования.

Были опрошены пациенты, находящиеся под наблюдением в Центре дневного пребывания пожилых с артериальной гипертонией до 3 степени и в центрах активного долголетия 2 районов Алматы. При направлении в центр пожилые сдают лабораторные анализы – общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови, анализы на инфекционные агенты, флюорографическое исследование, которое проводится по месту жительства. Пациент осматривается гериатром и при наличии показаний пациент направляется в Центр дневного пребывания. Пациенты в Центре осматриваются врачами, при необходимости проводится дополнительное клинико-лабораторное исследование, проводится анкетирование по качеству жизни с помощью опросника SF36 [2]. Пациенты получают консультативную медико-социальную помощь в виде школы артериальной гипертонии, специализированную помощь в виде занятии ЛФК, иогой, айкуне, скандинавской ходьбы, трудотерапии, БОС тренинга, диетического питания и кислородного коктейля.

Полученные результаты и обсуждение.

В результате работы нами проанализирована оказанная социально-медицинская помощь в виде школы профилактики артериальной гипертонии 186 пациентам, страдающими артериальной гипертонией 1-2 степени с когнитивными нарушениями, с незначительными признаками хронической сердечной недостаточностью старше 60 лет. Все пациенты были осмотрены гериатром, кардиологом, эндокринологом. При поступлении у пожилых пациентов анализы крови, мочи были в пределах нормы. Биохимические анализы также не превышали нормальных величин за исключением липидного спектра крови, который в 69% случаев показали наличие дислипидемии II-III типа. Все пациенты ежедневно получали медико-социальную помощь в виде консультаций по реабилитации при артериальной гипертонии. Всем пациентам назначается биоуправление с помощью биологической обратной связи [3,4]. В результате курсов биоуправления у 67% пациентов достигается повышение стрессоустойчивости. 3 раза в неделю с пациентами проводили трудотерапию с целью улучшения мелкой моторной функции и снижения уровня стресса. Трудотерапия улучшила качество жизни пациентов на 56%. Пациенты получали дополнительно сеансы реабилитацилонной йоги для пожилых. Анкетирование после получения сеансов йоги показало, что у пациентов в 74% случаев улучшалось качество жизни. Также пациентам проводили курс реабилитационной айкуне по отечественной методике. Анкетирование после получения сеансов айкуне показало, что у пациентов в 84% случаев улучшалось качество жизни. Всем пациентам проводили исследование по определению биологического возраста. Исследование показало, что биологический возраст пациентов практически совпадал с паспортным. Пациенты получали до 15 сеансов ЛФК. Анкетирование после получения сеансов ЛФК показало, что у пациентов в 93% случаев улучшалось качество жизни. Пациенты получали сеансы по тренировке памяти с помощью стандартной компьютерной программы и реабилитации памяти. Анкетирование после получения сеансов тренировки памяти показало, что у пациентов в 59% случаев улучшалось качество жизни. Пациенты получали реабилитацию с помощью скандинавской ходьбы с учетом биологического возраста пожилых при артериальной гипертонии. Анкетирование пациентов показало что после скандинавской ходьбы у пациентов в 74 % случаев улучшалась физическая шкала качества жизни.

Выводы.

Таким образом, консультативные мероприятия по реабилитации артериальной гипертонии и медико-социальные мероприятия при оказании помощи в центре дневного пребывания пожилых.

Список литературы.

1. Пожилые люди на Евразийском пространстве: интересы, проблемы и перспективы - Алматы: Исследовательский институт международного и регионального сотрудничества Казахстанско-Немецкого университета, 2018. – 160 с.

2. Чеснокова Ю.Л., Павлова В.Ю., Чеснокова Л.Д., Барбараш О.Л., Шраер Т.И. Показатели качества жизни у больных с хронической почечной недостаточностью, получающих различные виды терапии (консервативная и гемодиализ). [Электронный ресурс]. – URL: http://www.hd13.ru/article/1129 (дата обращения: 30.04.2012).

3. Суворов Н.Б., Меницкий Д.Н., Лазарев Н.В., Павлов С.Ф. Индивидуально-типологические показатели функционального состояния человека-оператора в качестве сигналов БОС //

Биоуправление - 4. Теория и практика, под ред. М.Б. Штарк. – Новосибирск, «ЦЕРИС». - 2002. С.25-30.

4. Суворов Н.Б., Фролова Н.Л. / Биоуправление: ритмы кардиореспираторной системы и ритмы мозга. Биоуправление - 4. Теория и практика. под ред. М.Б. Штарк. Новосибирск. - 2002.- С.35-44.

Аннотация.

В данной статье рассмотрены медико-профилактические мероприятия в центре дневного пребывания пожилых и центров активного долголетия, оказания им медико-социальной реабилитации артериальной гипертонии. В работе показаны возможности профилактического подхода для пожилых с помощью оказания медицинской, психологической, социальной, физической реабилитации.

Ключевые слова: профилактика, пожилые, школа, артериальная гипертония.

ТҮЙІНДЕМЕ

Бұл мақалада егде жастағы адамдарға арналған күндізгі күтім орталығын құру және артериялық гипертензия және когнитивті бұзылулар сияқты жалпы терапевтік аурулармен медициналық және әлеуметтік оңалтуды қамтамасыз ету қарастырылған. Баяндамада медициналық, психологиялық, әлеуметтік, физикалық сауықтыру арқылы егде жастағы адамдарға алдын-алудың тәсілдері көрсетілген.

Түйінді сөздер: қарттар, артериялық гипертензия, орталық.

SUMMARY

This article describes the creation of a day care center for the elderly and the provision of medical and social rehabilitation with common therapeutic diseases such as arterial hypertension and cognitive disorders. The paper shows the possibilities of a preventive approach for the elderly through the provision of medical, psychological, social, physical rehabilitation.

Key words: elderly, arterial hypertension, center.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

АНАЛИЗ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СРЕДСТВА ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Искакова М.К., Куватбаева У.А., Ускембаева М.Н., Хуршидова Н.И.
Казахстанско-Российский медицинский университет
кафедра терапевтической и детской стоматологии

Лечение заболеваний пародонта представляет актуальную проблему в стоматологии, несмотря на большой арсенал лекарственных и медикаментозных средств. С каждым годом число пациентов с этой патологией возрастает, особенно среди лиц молодого возраста. По обобщенным данным независимых экспертов ВОЗ, основанным на последних результатах эпидемиологичеких исследований, интактный пародонт встречается лишь в 2-10% наблюдений, воспалительные заболевания пародонта выявляются у 90-95% взрослого населения (ВОЗ, 1990; Губин М.И. и др., 2006; Грудянов А.И., Овчинникова В.В., 2007; Иорданишвили А.К., 2010; Dimitrescu A.L.,2010) и приводят к патологическим изменениям в зубочелюстной системе, связанным с потерей зубов, в 5 раз чаще, чем при осложнениях кариеса (Лукиных Л.М. и др., 2005; Хадыева М.Н. и др., 2006; Пузин М.Н. и др., 2008; Левин М.Я. и др., 2010; Gera I., 2004; Lima M.A. et al., 2011; Данилевский Н.Ф. и др.,ermo P.E., 1999). К 25-30 годам более 50% населения имеют разнообразные клинические проявления заболеваний пародонта и нередко агрессивный характер течения процесса, что может привести к изменению реактивности организма больного и к полной потери зубов (Артюшкевич А.С., 2006; Улитовский С.Б., 2006; Бажанов Н.Н., 2008; Грудянов А.И., 2010; Луцкая И.К., 2010). По данным отчёта Европейского бюро ВОЗ, собранном в 35 странах мира, отмечалась высокая распространенность заболеваний тканей пародонта (свыше 75%) среди лиц в возрасте 35-44 лет в семи странах, высокая распространенность (40-73%) в тринадцати странах и умеренная (менее 40%) - в пятнадцати странах [3]. Выявлена высокая распространенность местных раздражающих факторов – зубного налёта, апроксимального кариеса, зубного камня и в большинстве случаев отмечается сочетание многих факторов [1,2,4]. Доказано, что ключевая роль в патогенезе различых заболеваний тканей пародонта принадлежит микрофлоре полости. Поэтому основная цель при лечении состоит в ликвадации очага воспаления в пародонтальных тканях. Важнейшими задачами также являются восстановление структуры и функции пародонта, предупреждение перехода воспаления на глублежащие ткани, местных и общих факторов защиты организма больного [5]. Поскольку полость рта считается сложной экологической системой, в которой внешние факторы взаимодействуют с внутренними факторами, поэтому изучение микрофлоры является важным фактором в прогнозировании течения заболевания и успехе лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность средств гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний тканей пародонта у студентов-медиков.

Задачи исследования:

-определить зависимость заболеваний тканей пародонта от состояния гигиены полости рта;

-провести клиническую апробацию антибактериального ополаскивателя («Listerine expert» защита десен)

-оценить эффективность средств гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний тканей пародонта.

Материалы и методы исследования.

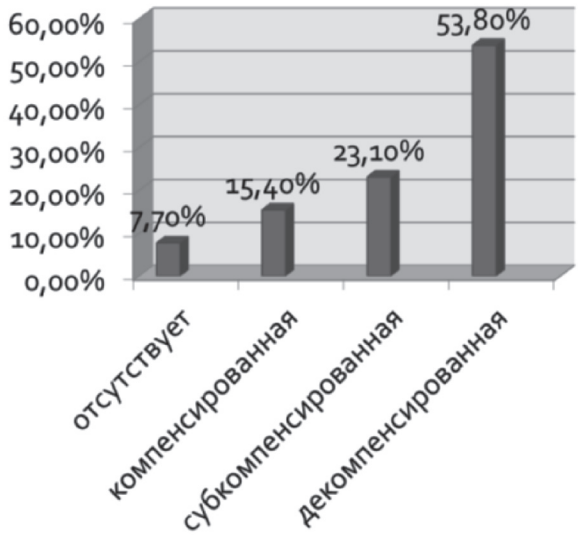
Были проведены клинико-лабораторные методы у 30 студентов-медиков, в возрасте от 18 до 24 лет. Была изучена распространенность кариеса зубов, оценивали состояние гигиены полости рта по Green-Vermillon. Воспалительные заболевания тканей пародонта определяли клинически и по индексу РМА. Для изучения качественного и количественного состава микроорганизмов брали соскобы со слизистой оболочки десны. Была дана оценка состояния гигиены полости рта, её влияние на интенсивность заболеваний пародонта до и после применения средств гигиены полости рта (раствор «Listerine expert» защита десен).

Результаты исследования.

Среди обследованного контингента преобладала декомпенсированная форма кариеса зубов – в 53,8% случаев, что свидетельствуют о низком качестве проведения лечебно-профилактических мероприятий. Были установлены следующие показатели индекса КПУ: компенсированная-15,4%, субкомпенсированная-23,1% и декомпенсированная-53,8% (рисунок 1).

Определение гигиенического состояния полости рта выявило, что 46,2% пациентов имели высокий показатель индекса, который соответствует плохому уровню гигиены полости рта; у 30,8% - показатель имел средние значения и соответствовал удовлетворительному состоянию полости рта и у 23,1% пациентов наблюдался

Рисунок 1. *Показатели интенсивности кариеса зубов.*



хороший уровень гигиены полости рта (рисунок 2). Данные гигиенического индекса полости рта свидетельствуют об отсутствии навыков гигиены полости рта в исследуемой группе. Нами была проведена беседа о правилах ухода за полостью рта, о средствах гигиены полости рта, в частности о методике применения средства гигиены полости рта - растворе «Listerine expert» защита десен.

Изучение индекса РМА и его расчеты установили, что у двух пациентов отсутствовали воспалительные изменения в тканях пародонта (здоровое состояние). Легкая степень тяжести воспалительного процесса в пародонта или 30 баллов была установлена у семи пациентах. Средняя степень тяжести воспалительного процесса в пародонте – от 31-60 баллов наблюдалась у 14 пациентов и тяжелая степень тяжести воспалительного процесса в пародонте

Рисунок 2. *Показатели гигиенического состояния полости рта.*

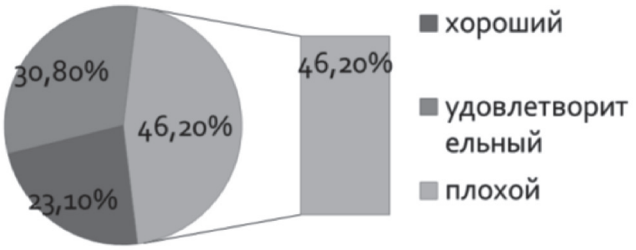
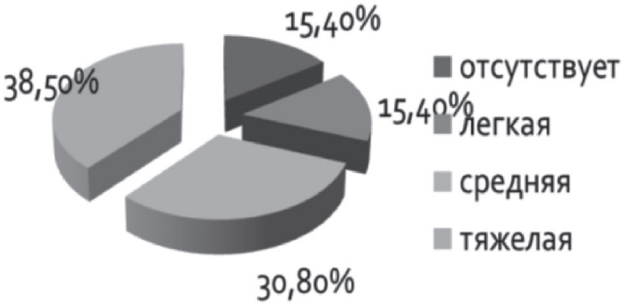


Рисунок 3. *Удельный вес индекса РМА.*



свыше 60% была установлена у 9 пациентах (рисунок 3).

У всех пациентов были взяты соскобы с полости рта с помощью стерильного ватного тампона, пробирки с фиксированным номером пациента были направлены в клинико-диагностическую лабораторию «In vivo». Первичный посев на среды выделения - кровяной агар, среды Рагозы, Сабуро, Эндо, желточно-солевой агар, лактоагар и среда для анаэробных бактерий. Наносили по 0,2 мл. исследуемых микроорганизмов, затем с помощью шпателя равномерно распределяли по поверхности. Чашки инкубировали в термостате при 37°С в течение 24 часов. Антимикробную активность ополаскивателей оценивали по величине зоны задержки роста (рисунок 4).

Ранние результаты оценивали через 72 часа, конечные результаты через 7 суток: определение свойств культур - характер роста колоний. Микроскопическое исследование мазков проводилось с применением цифрового микроскопа Vision.

Результаты микробиологических исследований после лечения: St.epidermidis-1; St.saprophiticus-3; Candida-1. Результаты клинико-лабораторных исследований подтверждают клиническую эффективность средств гигиены полости рта (раствор «Listerine expert» защита десен), который мы рекомендуем в практическое здравоохранение.

Таким образом, нами была выявлено высокая распространенность заболеваний пародонта – 84,6% и кариеса –92,3%. Установлено, что длительная плохая гигиена полости рта может стимулировать развитие гингивита и пародонтита. Практически среди всех обследованных были выявлены местные раздражающие факторы, такие как острые края зубов, аномалии зубов, завышенные пломбы, которые являются пусковым механизмом в развитии патологии тканей пародонта. Просматривается прямая корреляционная зависимость между состоянием гигиены полости рта, наличием апроксимального кариеса, распространенностью и тяжестью течения заболеваний пародонта.

Анализ проведенного нами обследования позволяет сделать следующие выводы: распространенность кариеса и болезней пародонта довольно высокая и составляет 92,3 и 84,6% соответственно, что напрямую зависит от гигиенического состояния полости рта. Выявленная ситуация подчеркивает актуальность и необходимость активного внедрения гигиенических и профилактических программ в организованных коллективах, начиная с детского возраста, и проведении диспансеризации, особенно среди лиц молодого возраста. Для профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта необходимо использовать ополаскиватель с антибактериальным действием. Учитывая высокую мотивацию лиц молодого возраста на здоровье зубов и пародонта, необходимо создать сеть профилактических стоматологических кабинетов для обучения методам гигиенического ухода за полостью рта и проведения профессиональной гигиены полости рта. Профессиональная гигиена полости рта, направленная на устранение основных местных раздражающих факторов, должна занимать решающее место в комплексном лечении воспалительных заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста.

Список литературы.

1. Борисенко А.В., Антоненко М.Ю., Сидельникова Л.Ф. и др.// Практична пародонтология.-Киев.-2011.-С.472.

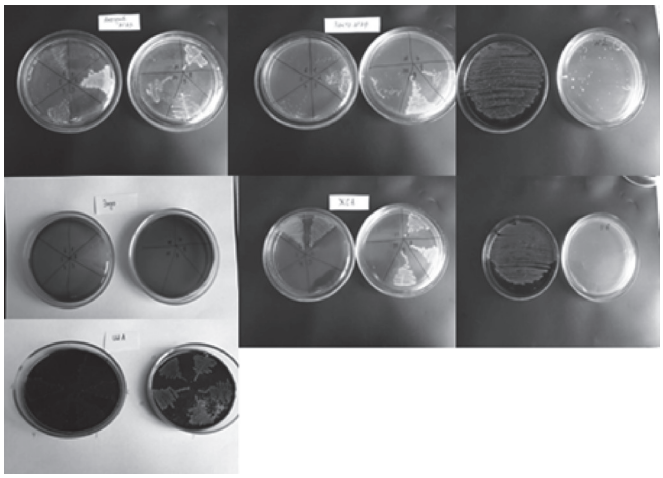
2. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В., Сидельникова Л.Ф. и др. Терапевтическая стоматологи.Т.2.-Киев:Медицина.-2010.-544с.

3. Сидельникова Л.Ф., Ткаченко А.Г. Обоснования и контролируемая индивидуальная гигиена полости рта – важный фактор стабилизации патологического процесса при генерализованном пародонтите//Современная стоматология.-2006.-№2.-С.46-48.

4. Haffajee A.D., Sorransky S.S. Microbial etiological agents of destructive periodontal diseases-Periodontology.- № 5.-2000.P.78-111.

5. Scanapieco Frank A. Воспалительные заболевания пародонта//Cathedra. 2005.-№3 (15).-С.18-20.

Рисунок 3. *Удельный вес индекса РМА.*



Результаты микробиологических исследований до лечения: St.epidermidis-1; Candida-5; St.saprophiticus-4; Kl.Pneumoniae-1 ; Str.viridans-2; Sphingomonos paucimolibis-2; Enterococcus faecolis-1; Enterobacter cloacoe-1. Результаты микробиологических исследований после лечения: St.epidermidis-1; St.saprophiticus-3; Candida-1. Результаты клинико-лабораторных исследований подтверждают клиническую эффективность средств гигиены полости рта (раствор «Listerine expert» защита десен), который мы рекомендуем в практическое здравоохранение.

РОЛЬ БИБЛИОТЕКИ В ОРГАНИЗАЦИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Валиулина М.
Казахстанско-Российский медицинский университет

Использование Интернет для организации системы дистанционного обучения, развитие автоматизированных библиотечно-информационных технологий, дополнительная профессиональная переподготовка библиотечных кадров и пользователей становится сегодня объективной необходимостью и реальностью деятельности вузовских библиотек.

Одной из важных задач библиотеки Казахстанско-Российского медицинского университета (КРМУ) является обеспечение доступа студентов и преподавателей к информации в процессе обучения, содействие повышению профессиональной квалификации пользователей, независимо от их места проживания, общественного положения и сферы деятельности. Дистанционное обучение рассматривается как одна из наиболее перспективных и эффективных средств подготовки специалистов, включает все виды и формы обучения, которые исключают или сводят к минимуму личные контакты преподавателя и обучающегося, преодолевая пространственно-временной барьер путем отделения учения от обучения.

В мировой практике дистанционного обучения применяют различные информационные технологии:

- предоставление учебников и другого печатного материала, пересылку изучаемых материалов по компьютерным телекоммуникациям;
- семинары, дискуссии, проводимые через компьютерные телекоммуникации;
- трансляцию учебных программ по национальному и региональным телевизионным каналам и радиостанциям;
- использование кабельного телевидения и голосовой почты;
- одностороннюю видеотрансляцию с обратной связью по телефону;
- двусторонние видеотелеконференции.

При условии высокого уровня технического и методического обеспечения, этот метод, предполагающий самостоятельную работу обучающегося по присылаемым им программам, печатным, аудио-, видео- и компьютерным методическим материалам, позволяет дистанционно руководить работой обучающегося, сводя до минимума транспортные и иные расходы.

Значение библиотек в эпоху внедрения современных компьютерных технологий все более возрастает. Это обусловлено, прежде всего, их доминирующей функцией как основных держателей документных и электронных массивов, что позволяет библиотекам оставаться незаменимым источником предоставления документов и информации для различных категорий пользователей. Сегодня библиотека нашего университета, осуществляющая доступ к широкому спектру информационных источников, неразрывно связана с современными образовательными технологиями. Реагируя на изменения в обществе, на потребности пользователей, она вводит новые услуги, создают новые информационные продукты, локальные базы данных, организуют новые подразделения. В результате библиотека, как информационный центр, становится посредником между информацией и пользователем, деканатами, кафедрами, структурными подразделениями через предоставление всех имеющихся информационных продуктов [1]. *Для успешного распространения дистанционного обучения основными задачами библиотеки на сегодня являются:*

1. компьютеризация библиотечно-информационных процессов, использование новых электронных технологий доставки документов;
2. организация электронных читальных залов, автоматизированных рабочих мест для читателей с доступом в Интернет;
3. создание собственных баз данных и расширение использования заимствованных информационных ресурсов;
4. развитие традиционных и нетрадиционных форм комплектования фондов;
5. формирование информационной культуры студентов и преподавателей вуза.

Карантин по коронавирусу, объявленный в Казахстане с 16 марта 2020 года ускорил процесс совершенствования библиотечной услуги как обслуживание пользователей в онлайн режиме. Библиотечными специалистами были обновлены данные студентов: электронные адреса, телефонные номера, подключенные к WhatsApp, подготовлен текст объявления о предоставлении библиотечных услуг на сайте университета и в социальных сетях, неоднократно делалась рассылка по корпоративной почте деканам и заведующим кафедрами.

Держатели электронных библиотечных систем и баз данных оперативно среагировали на ситуацию и стали предлагать бесплатный доступ до окончания карантина. Это – IPR MEDIA, BookUp, EBSCO Information Services, Wiley Library Services, ИВИС, BMJ. Например, новый сервис BookUp «Компилятор» - в помощь дистанционному образованию, для пользователей на время карантина была доступна вся литература. Этот сервис оперативной разметки «Компилятор» облегчил дистанционную коммуникацию между преподавателем и студентами, а также был полезен для всех, кто работает с ЭБС BookUp индивидуально.

EBSCO Information Services совместно с Комитетом Науки Министерства образования и науки Республики Казахстан, открыли бесплатный доступ для всех ВУЗов и Институтов Академии Наук РК к 17-ти полнотекстовым научным базам данных.

Среди казахстанских держателей баз данных одними из первых открыли доступ к своим базам данных КазНУ им. Аль-Фараби, Назарбаев университет, РНТБ, РМЭБ. Базы данных, доступ к которым предоставлен по национальной подписке Scopus, Science Direct компании Elsevir и Web of science компании Clarivet analitik периодически проводили обучающие вебинары, информацию о которых библиотека рассылала преподавателям и обучающимся.

Переход большинства стран в режим карантина привел к частичному или полному изменению привычного хода вещей. Невозможность свободно перемещаться по городу, встречаться с друзьями и ходить на работу заставила людей искать альтернативы. Так, теперь деловые и личные встречи проходят онлайн, а одним из самых популярных сервисов для этого стало приложение Zoom. Это платформа для проведения видеоконференций, о которой большинство из нас не знало до начала карантина.

Библиотека КРМУ, используя приложение Zoom провела вебинар «Как оперативно найти нужную информацию во время дистанционного обучения». Во время проведения вебинара библиотечные специалисты рассказывали как, под каким логином и паролем зарегистрироваться в той или иной базе; как и где еще можно найти дополнительную информацию, если недостаточно найденной, к каким базам можно еще обратиться и т.д.

Несмотря на то, что задача оснащения системы дистанционного обучения современными информационно-технологическими средствами остается актуальной, содержательное наполнение учебных курсов и образовательных услуг, которые соответствовали бы системе дистанционного обучения пользователей библиотеки, необходимо ставить на первый план [2].

Это большая задача, которая должна быть решена совместными усилиями преподавателей и библиотеки. Библиотека университета ведет работу по накоплению электронных материалов: составлен текст авторского договора, разрабатывается новая АБИС, электронный каталог вуза обновлен и выставлен на сайте, подготовлено распоряжение руководства вуза об обязательной сдаче изданий и статей преподавателей в фонд библиотеки. Для этого:

1. Создается репозиторий «Труды профессорско-преподавательского состава университета»;

2. На сайте университета в рубрике «Библиотека» представлен электронный каталог, имеющихся в библиотечном фонде изданий;

3. Ежегодно издается информационный бюллетень новых поступлений в электронном виде и рассылается по кафедрам и деканатам и выставляется на сайт;

4. На основе утвержденных рабочих учебных планов (РУП) и силлабусов для каждой дисциплины преподавателями кафедр к началу учебного года составляются Карты методического обеспечения (КМО), где дается полная информация о имеющихся в библиотечном фонде изданий.

5. Обучающиеся первых курсов при регистрации и старших курсов при перерегистрации, предоставляют полную информацию об электронном адресе, о номере телефона, подключенном к WhatsApp, Viber, Telegram или другому мессенджеру для возможности оперативного удовлетворения запросов на ту или иную информацию;

6. В течение учебного года периодически проводятся тренинги проводимые библиотекой с целью ознакомления с имеющимися базами данных, подключенных по Лицензионному договору или предоставленных в тестовом режиме, с начала 2019-2020 учебного года были проведены более 20 тренингов;

7. В библиотеке организованы читальные залы «Зал научной литературы», зал «Электронная библиотека», зал электронных ресурсов, где сосредоточены 40 компьютеров с доступом в Интернет, создается служба электронной доставки документов;

8. Развиваются традиционные и нетрадиционные формы комплектования фондов: закуп различных баз данных, в том числе, медицинские коллекции на казахском, русском и английском языках, ежегодно организуется подписка на профессиональную периодическую печать;

9. Подписаны более 20 договоров с библиотеками партнерами о сотрудничестве, об обмене электронной информацией.

Таким образом, в условиях интенсивного развития дистанционного обучения, повышением роли самостоятельной работы студентов доступ к электронным документам позволяет решить многие проблемы – расширить репертуар научных и учебных изданий, заполнить пробелы традиционного библиотечного фонда, повысить качество и оперативность библиотечного обслуживания.

Список литературы.

1. Шрайберг Я.Л. Проект создания сети российских информационно-библиотечных и аналитических центров за рубежом - новый этап в развитии международного профессионального сотрудничества в библиотечно-информационной сфере / Науч. и техн. б-ки, 1997, N 1, с. 26-38.

2. Арзуханов А.С. Проблемы организации дистанционного обучения пользователей библиотек http://www.gpntb.ru/win/inter-events/crimea97/doc/sem9/s9doc5.html

ДЛЯ ЗАМЕТОК

КОММУНИКАТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ПРОФЕССИИ ВРАЧА

Раимбекова М. А., Турдыбекқызы Толқын
Казахстанско-Российский Медицинский Университет,
кафедра языковых дисциплин

Аннотация: автор эссе, описывая коммуникативные особенности в профессии врача, отмечает, что общение – это процесс сопереживания и взаимного понимания, и процесс взаимовлияния друг на друга. В общении между врачом и пациентом есть и обратная связь — это реакция пациента на поведение врача. Обратная связь призвана помочь врачу понять ее поведение и воспринимать информацию правильно. Врач должен быть психологом и педагогом, он должен уметь ориентироваться в характере людей.

Ключевые слова: коммуникация, врач, пациент, общение, контакт.

Общение — это сложный и многогранный информационный процесс, происходящий в контакте между людьми. Общаясь друг с другом, люди обращаются к языку.

Общение – это процесс сопереживания и взаимного понимания, и процесс взаимовлияния друг на друга.

Основные функции общения: 1) информационно-коммуникативные, т. е. прием и передача информации; 2) организация совместной деятельности.

Общение обычно осуществляется в двух формах: устной и письменной, каждая из которых обладает своей спецификой.

Связь общения и деятельность врача является одной из важных проблем медицины.

Коммуникативные взаимоотношения между врачом и пациентом сказываются на течении лечебного процесса.

Залог успешного лечения — это установление контакта между врачом и пациентом. А это, по моему мнению, зависит от уровня речевой культуры врача и его профессиональной деятельности.

Известно, что достаточно часто встречаются жалобы пациентов на неспособность врачей внимательно выслушивать.

Четко и ясно отвечать больному, точно выявлять проблемы, которые привели пациента к врачу. Иногда это приводит к тому, что главным препятствием на пути достижения здоровья становиться неэффективное общение между врачом и больным.

Поэтому, можно сказать, что одной из актуальных проблем современной медицины является взаимоотношение между врачом и пациентом, так как сложность коммуникации между ними напрямую влияет на качество оказываемой помощи.

В общении между врачом и пациентом есть и обратная связь — это реакция пациента на поведение врача. Обратная связь призвана помочь врачу понять ее поведение и воспринимать информацию правильно.

Цель врача — выработать определенную точку зрения на потенциальные проблемы пациента. Во время диалога «врач и пациент» постоянно меняются коммуникативными ролями «говорящего» и «слушающего».

Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приемами психологии. Например, общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, и т. д.

Во время беседы с пациентом врач, объясняя правила приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры и т.д., должен говорить так, чтобы у больного не могло возникнуть непонимание. Это особенно актуально для молодых врачей, набирающих опыт в профессиональной сфере.

Врач, по-моему, должен быть психологом и педагогом, он должен уметь ориентироваться в характере людей. Это поможет ему изучить особенности мышления пациента, выяснить его моральные и социальные установки. Врач должен уметь сопереживать эмоциональному состоянию больного человека.

С моей точки зрения, культура общения является важной составляющей практически любой профессии. Так и у врачей успешное лечение зависит не только от профессионального мастерства врача, но и от общения с больными, с их родственниками, которая, с одной стороны, выражается в умении держать себя тактично. Для формирования доверительного отношения к врачу особое значение имеет первое впечатление, а также тон и громкость речи. По манере здороваться с больными, можно судить об общей и профессиональной культуре врача.

Каждому врачу необходимо внимательно выслушивать пациента, четко и ясно отвечать больному, выявлять проблемы, которые привели пациента к врачу. Речь самого врача должна быть вежливой, учтивой к дальнейшей беседе. Необходимо уважительно обращаться к пациентам и коллегам на «Вы». Все мы знаем, что речь врача должна быть доступной и понятной каждому пациенту. Значительную роль в речи врача играет интонация, которая соотноситься с текстом, мимикой, жестами и т.д. Тактичность и эмпатия необходимы врачу всякий раз, когда следует совершать над собой усилие, выслушивая пациента, претензии родственников.

Подводя итоги, врач должен помнить, что приветливая добродушная улыбка и открытый взор порой исцеляюще действуют на пациента, еще до того, как доктор произнесет хоть слово. Такому врачу больной с радостью расскажет о своих бедах, будучи уверенным, что этот человек его выслушает и поймет.

Итак, очевидно, что каждому врачу необходимо обладать высокой культурой профессиональной речи, основой которой должен быть литературный язык.

Список литературы.

1. Магауова А.С. Личность студента в воспитательной системе вуза // Вестник Томского государственного университета. 2006
2. Шелудько О.С. Роль психологической подготовки будущего врача-стоматолога// Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2016
3. Абалова А.Ю. Основы психологии: Учебное пособие. – М.: Стимул. 2002.
4. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. – СПб.: ПИТЕР, 2000.
5. Ташлыков В.А. «Психология лечебного процесса". Феникс, 1999.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӘСІПТІҢ КОММУНИКАТИВТІ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Медицина кәсібіндегі коммуникативті ерекшеліктерді сипаттайтын эссе авторы қарым-қатынас эмпатия мен өзара түсіністік пен бір-біріне өзара әсер ету процесі екенін атап өтті. Дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынаста кері байланыс бар - бұл пациенттің дәрігердің әрекетіне реакциясы. Кері байланыс дәрігердің мінез-құлқын түсінуге және ақпаратты дұрыс қабылдауға көмектесуге арналған. Дәрігер психолог және мұғалім болуы керек, ол адамдардың табиғатын бағдарлай білуі керек.

Кілт сөздер: байланыс, дәрігер, пациент, байланыс, байланыс.

ESSAY COMMUNICATIVE FEATURES IN THE MEDICAL PROFESSION

Avtor esse, opisyvaya kommunikativnyye osobennosti v professii vracha, otmechayet, chto obshcheniye – eto protsess soperezhivaniya i vzaimnogo ponimaniya, i protsess vzaimovliyaniya drug na druga. V obshchenii mezhdu vrachom i patsiyentom yest' i obratnaya svyaz' — eto reaktsiya patsiyenta na povedeniye vracha. Obratnaya svyaz' prizvana pomoch' vrachu ponyat' yeye povedeniye i vosprinimat' informatsiyu pravil'no. Vrach dolzhen byt' psikhologom i pedagogom, on dolzhen umet' oriyentirovat'sya v kharaktere lyudey.

Klyuchevyye slova: kommunikatsiya, vrach, patsiyent, obshcheniye, kontakt.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

РЕЧЬ ВРАЧА КАК СПОСОБ ВЫРАЖЕНИЯ ЭМПАТИИ

Раимбекова М. А. Сайбеков А.Б.
Казахстанско-Российский Медицинский Университет
кафедра языковых дисциплин

Резюме. В эссе говорится о взаимоотношениях врача и пациенте. Автор считает, что эффективность во взаимоотношениях между врачом и пациентом зависит от, так называемого слова, «эмпатия», т. е. от способности врача понять личные особенности пациента. «Эмпатия» играет огромную роль при установлении доверительных отношений в коммуникации врач-пациент, которые, чаще всего приводят к положительным результатам.

Ключевые слова: эмпатия, врач, пациент, доктор.

Медицина является той сферой деятельности человека, где бывают отношения в системе «врач-пациент». Больные ждут от врачей сочувствия, заботливости. Поэтому считается, что в медицину должны идти люди, умеющие работать в системе «врач-пациент»

В медицинской практике используется термин «Эмпатия», автором этого термина считается Эдвард Титченер, который перевел немецкое слово «Einfuhlung» как «вчувствоваться в...», это понятие описывает процесс понимания произведений искусства.

Эффективность лечения во многом зависит от того, как сложатся отношения между врачом и пациентом. Возникновения положительных отношений и доверия между врачом и пациентом являются опыт и искусство врача, общая атмосфера медицинского учреждения, поведение медицинского персонала, начиная с регистратуры.

Эмпатия медицинского работника помогает лучше прочувствовать состояние пациента. Он должен всегда предусмотреть различные возможности развития заболевания. Общение с пациентом является одним из главных элементов лечебного процесса. Эмпатия врача, направленная на пациента, обозначается как сострадание, сочувствие. В сочувствии отражается переживание медицинским работником. Оно возникает в ситуации, когда воспринимаемое состояние пациента вызывает потребность помочь ему.

Одной из возможности для развития позитивного отношения есть предоставление больному время для рассказа про свою болезнь, то есть возможности свободного, непрерванного рассказа об его переживании, проблемах, жалобах, заботах и опасениях. Врач должен своей личностью, своим присутствием дать пациенту понять, что ему можно доверять. В практике, однако, очень трудно согласовать требование больного со временем врача.

С эмпатией приходится считаться повсюду, и особенно в практике медицины. Жалующемуся больному пытаются помочь словами, прежде всего, стремясь обнаружить физические отклонения — психическим же симптомам придается гораздо меньшее значение, чем физическим. Для соответствующего применения психологии на практике каждому врачу, каждой сестре необходимо постоянно совершенствовать свои знания по психологии и психиатрии. Однако, интерес к повышению опыта врачей в этом направлении все еще незначителен.

Способность врача понять личные особенности пациента, играет огромную роль при установлении доверительных отношений в коммуникации врач-пациент. Врач, который действительно заинтересован в помощи больному в проблеме, с которой тот обратился, несомненно, вызывает большое доверие, и как следствие формирует более открытое поведение со стороны пациента.

Человек, впервые обратившийся за помощью, начинает говорить о своей проблеме довольно поверхностно и осторожно, указывает только на самые очевидные причины своего беспокойства и хочет скорейшей помощи. Если пациент видит понимание, сочувствие и заинтересованность со стороны врача, то он стремится подробнее описать изменения в состоянии своего здоровья, тем самым помогая доктору собрать много информаций об образе жизни и заболевания, и конечно же поставить точный диагноз. Когда устанавливается контакт между лечащим врачом и пациентом возникает доверие в отношениях, пациент детальнее описывает эффект от назначенного лечения или побочные эффекты, а доктору проще назначить другие лекарство, внести изменения в план обследования и дальнейшего лечения больного. Если пациент видит небезразличное, участливое отношение к своей проблеме со стороны врача, то он будет уверен в своем выздоровлении и обратится к этому врачу вновь. Доверительное отношение пациента к своему лечащему врачу является одним из главных компонентов успешного лечения. Как правило, создание таких отношений не представляет для врача особой сложности, поскольку сами пациенты стремятся к доверительному отношению. При установлении доверий с пациентом врач должен оказывать содействие выражению чувств, идей и ожиданий больного, четко преподносить информацию, взаимно согласовывать с ним цели лечения. Огромное значение имеют также положительные эмоции, сочувствие, поддержка со стороны медсестер, медбратов и даже санитарок.

Итак, эмпатия – это эмоциональный отклик медицинского работника на переживания других людей, проявляющийся как в сопереживании, так и в сочувствии. При сочувствии эмоциональный отклик выражается лишь в участливом отношении к переживающему человеку. Внимание пациентов к поведению врача весьма велико.

Таким образом, недостаточно быть хорошим врачом, но и добиваться того, чтобы пациенты следовали советам врача, то есть показывали более открытое поведение, высокую персональную ответственность и заинтересованность в излечении. Поэтому значение эмпатии в практике врача чрезвычайно велико. Зачастую этот фактор является ключевым при расположении к себе пациента и создании необходимого доверительного общения, что в большинстве случаев позитивно сказывается на качестве лечения.

Список литературы.

1. В.Н. Левина, Статья: Личностные качества врача в сотрудничестве с пациентом, Ижевск • ИГМА • 2016.
2. Алборова Залина Олеговна, Статья: Профессионально важные качества (ПВК) в структуре субъективных свойств врача • 2009.
3. Мелкумян Э.Х. Статья: Личностные качества современного врача • 2011.
4. Мадалиева С.Х., Асимов М.А., Ерназарова С.Т. Статья: Формирование и развитие коммуникативной компетенции врача • 2014.

«ДӘРІГЕРДІҢ СӨЙЛЕУІ ЖАНАШЫРЛЫҚТЫ БІЛДІРУ ТӘСІЛІ РЕТІНДЕ» ТАҚЫРЫБЫНДА

Эссе дәрігер мен пациенттің арасындағы қарым-қатынас туралы әңгімелейді. Автор дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынастың тиімділігі «эмпатия» деп аталатын сөзге, яғни дәрігердің науқастың жеке ерекшеліктерін түсіну қабілетіне байланысты деп санайды. Дәрігер-пациенттік қарым-қатынаста сенімді қарым-қатынасты орнатуда эмпатия үлкен рөл атқарады, бұл көбінесе оң нәтижелерге әкеледі.

Түйінді сөздер: эмпатия, дәрігер, пациент, дәрігер.

ESSAY ON THE TOPIC: «THE DOCTOR'S SPEECH AS A WAY OF EXPRESSING EMPATHY»

The essay talks about the relationship between the doctor and the patient. The author believes that the effectiveness in the relationship between the doctor and the patient depends on the so-called word «empathy», that is, on the doctor's ability to understand the patient's personal characteristics. Empathy plays a huge role in establishing trusting relationships in doctor-patient communication, which often lead to positive results.

Key words: empathy, doctor, patient, doctor.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

КОМПРЕССИЯ ТЕКСТА

Раимбекова М.А.
Казахстанско-Российский Медицинский Университет
кафедра языковых дисциплин г. Алматы

Резюме. В статье дается краткое изложение приемы сжатия первичного теста. Автор на примере таблицы показывает воспроизведение вторичного текста.

Ключевые слова: компрессия, вторичный текст, исключение, обобщение, замена, уточнение.

Введение.

Компрессия (сжатие) - сокращение объёма написанного текста.

Видами компрессии (вторичного) текста являются план, конспект, аннотация, тезисы, реферат, рецензия, резюме-выводы. В написании вторичного текста участвуют сразу два механизма: восприятие прочитанного текста и его воспроизведение.

При воспроизведении не только сжимается (то есть преобразуется) исходный текст, но и создается вторичный текст, который носит субъективный характер, что указывает на множественную вариативность всех вторичных текстов. Иными словами, сколько человек создают вторичный текст - столько и получается в итоге вторичных текстов.

Компрессия осуществляется путем членения текста. Для этого в тексте необходимо выделить смысловые части – абзацы (микротемы - минимальные речевые единицы текста).

В тексте выделяются следующие связи предложений — это: лексические, морфологические, синтаксические.

К лексическим средствам связи относятся синонимы, антонимы, лексический повтор (повторы слов и словосочетаний; ключевых слов, употребление однокоренных слов)

Например, в микротексте: До того как в XIX веке была изобретена технология изготовления искусственных керамических зубов, в качестве материала для зубных протезов использовались зубы солдат, павших на поле сражения **(повторы: зубов, зубы, зубных протезов).**

Морфологические средства связи — это: местоимения третьего лица, частицы, союзы, союзные слова, формы глагола, степени сравнения прилагательных и наречий.

Например, в микротексте: Стоматология является относительно молодой дисциплиной в медицине: как отдельная отрасль она сформировалась только в 20-х г. XX в. (произошла замена существительного Стоматология на местоимение она).

Среди синтаксических средств связи выделяются: синтаксический параллелизм (одинаковый порядок слов); предложения с прямым и обратным порядком слов.

Например, в микротексте: Стоматология является относительно молодой дисциплиной в медицине: как отдельная отрасль она сформировалась только в 20-х г. XX в. Ее название происходит от двух греческих корней «stoma» – рот, отверстие и «logos» – учение и в буквальном переводе означает «наука об органах полости рта». (В двух предложениях прямой порядок слов).

В грамматике выделяются следующие приёмы сжатия текста — это: исключение, обобщение, замена, уточнение.

При исключении наблюдается удаление из текста: вводных слов, синонимов, однородных членов предложения, повторов, однотипных примеров, цитат, уточняющих и поясняющих конструкций, исключение фрагмента предложения, одного или нескольких предложений. Например:

а) исключение одного или нескольких из синонимов: Фармацевт должен быть **гуманным, человеколюбивым, отзывчивым** (синонимы) человеком. - Фармацевт должен быть гуманным человеком.

б) исключение однородных членов предложения: Недобросовестный фармацевт нарушает все принятые нормы и ошеломляет, эпатирует (однородные члены предложения) общество. - Недобросовестный фармацевт нарушает все принятые в обществе нормы.

Обобщение или замена:

К ним относятся:

а) замена однородных членов обобщающим словом; б) замена предложения или его части определительным или отрицательным местоимением с обобщающим значением:

В госпитале **врачи, медсёстры, нянечки, раненые солдаты** радовались Победе. - В госпитале **все** радовались Победе.

в) замена слова с более узким значением, называющим предмет общим понятием:

На прилавке лежали **таблетки, капсулы, брикеты, пилюли, пастилки.** - На прилавке лежали **лекарственные препараты.**

Упрощение:

а) слияние нескольких предложений в одно:

Новая аптека резко отличалась от других. В тех работали по необходимости и по обязанности. Иногда зевали и скучали. Здесь не думали о наградах и отличиях. Здесь горячо любили медицину, работу, увлекались до самозабвения. **- В новой аптеке не скучали и не думали о наградах, горячо любили медицину и свою работу.**

Для компрессии текста следует: разделить текст на абзацы; вычленить существенную информацию; используя уже известные способы сокращения текста, убрать второстепенную информацию; объединить получившийся текст и отредактировать его.

На примере текста «Стоматология как наука» приводится таблица компрессии текста.

Текст «Стоматология как наука»

Стоматология является относительно молодой дисциплиной в медицине: как отдельная отрасль она сформировалась только в 20-х г. XX в. Ее название происходит от двух греческих корней «stoma» – рот, отверстие и «logos» – учение и в буквальном переводе означает «наука об органах полости рта».

В современном понимании стоматология определяется как область клинической медицины, которая занимается изучением болезней зубов, слизистой оболочки полости рта, челюстей, лица и частично шеи, и которая разрабатывает методы их диагностики, лечения и профилактики.

Прообразом современной стоматологии в древности являлись зубоврачевание, не относившееся в те времена к традиционной официальной медицине, и челюстно-лицевая хирургия, считавшаяся отраслью общей хирургии. Представителями зубоврачевания были в основном парикмахеры и ремесленники, а иногда и просто самоучки.

Первая книга по зубоврачеванию в России «Дантистка, или зубное искусство о лечении болезней, с приложением детской гигиены» была написана и издана в 1829 г. штаб-лекарем Петербургской медико-хирургической академии (сегодня – Петербургская военно-медицинская академия) Алексеем Соболевым. Но, несмотря на это, развитие зубоврачевания в России

Таблица 1. *Компрессия текста «Стоматология как наука».*

Исходный текст	Как сократить
(1) Стоматология является относительно молодой дисциплиной в медицине: как отдельная отрасль она сформировалась только в 20-х г. XX в. Ее название происходит от двух греческих корней «stoma» – рот, отверстие и «logos» – учение и в буквальном переводе означает «наука об органах полости рта». (40 слов).	а) **Исключим** словосочетание: является относительно молодой дисциплиной в медицине: как отдельная отрасль она сформировалась от двух греческих корней «stoma» – рот, отверстие и «logos» – учение и в буквальном. Таким образом, осталось: **Стоматология сформировалась в 20-х г. XX в. Ее название означает «наука об органах полости рта».** (15 слов).
(2) В современном понимании стоматология определяется как область клинической медицины, которая занимается изучением болезней зубов, слизистой оболочки полости рта, челюстей, лица и частично шеи, и которая разрабатывает методы их диагностики, лечения и профилактики (32 слова).	а) **Заменим** словосочетание: В современном понимании на словосочетание: Современная стоматология б) **Исключим:** 1. придаточное предложение определяется как область клинической медицины, которая занимается изучением болезней 2. ряд однородных дополнений: зубов, слизистой оболочки, полости рта, челюстей, лица и частично в) заменим словосочетанием: полости рта, лица и шеи. Таким образом, осталось: **Современная стоматология разрабатывает методы лечения полости рта, лица и шеи.** (10 слов).
(3) Прообразом современной стоматологии в древности являлись зубоврачевание, не относившееся в те времена к традиционной официальной медицине, и челюстно-лицевая хирургия, считавшаяся отраслью общей хирургии. Представителями зубоврачевания были в основном парикмахеры и ремесленники, а иногда и просто самоучки. (37 слов).	а) **Исключаем** в первом предложение оставляем только словосочетание в древности. б) Во втором предложении исключаем вводные слова: в основном, иногда и просто. Таким образом, осталось: **В древности представителями зубоврачевания были парикмахеры, ремесленники и самоучки.** (9 слов).
(4) Первая книга по зубоврачеванию в России «Дантистка, или зубное искусство о лечении болезней, с приложением детской гигиены» была написана и издана в 1829 г. штаб-лекарем Петербургской медико-хирургической академии (сегодня – Петербургская военно-медицинская академия) Алексеем Соболевым. Но, несмотря на это, развитие зубоврачевания в России происходило очень медленно; первая зубоврачебная школа была основана только в 1881 г. трудами Н. В. Склифосовского, А. А. Лимберга и Н. Н. Знаменского. Первое общество дантистов России было организовано в 1883 г. (75 слов)	**Исключаем** уточняющие предложения: 1. или зубное искусство о лечении болезней, с приложением детской гигиены; 2. Но, несмотря на это, развитие зубоврачевания в России происходило очень медленно; 3. написана и; 4. Но, несмотря на это, развитие зубоврачевания в России происходило очень медленно. Таким образом, осталось: **Первая книга по зубоврачеванию в России «Дантистика» издана в 1829 г. штаб-лекарем Петербургской медико-хирургической академии Алексеем Соболевым. Первая зубоврачебная школа была основана только в 1881 г. трудами Н. В. Склифосовского, А. А. Лимберга и Н. Н. Знаменского. Первое общество дантистов России было организовано в 1883 г.** (51 слово)
Было: 218 слов	**Осталось: 119 слов**

происходило очень медленно; первая зубоврачебная школа была основана только в 1881 г. трудами Н. В. Склифосовского, А. А. Лимберга и Н. Н. Знаменского. Первое общество дантистов России было организовано в 1883 г.

Таким образом, если исходный текст состоит из 218 слов, то в результате сокращения осталось всего 119.

Текст «Стоматология как наука» в результате компрессии.

Стоматология сформировалась в 20-х г. XX в. Ее название означает «наука об органах полости рта».

Современная стоматология разрабатывает методы лечения полости рта, лица и шеи.

В древности представителями зубоврачевания были парикмахеры, ремесленники и самоучки.

Первая книга по зубоврачеванию в России «Дантистика» издана в1829 г. штаб-лекарем Петербургской медико- хирургической академии Алексеем Соболевым.

Первая зубоврачебная школа была основана только в 1881 г. трудами Н. В. Склифо-совского, А. А. Лимберга и Н. Н. Знаменского.

Первое общество дантистов России было организовано в 1883 г.

Один и тот же приём сжатия можно использовать как в одной микротеме, так и в це-лом тексте.

При сжатии исходного текста необходимо учитывать тип речи, к которому относится исходный текст.

Түйіндеме. Раимбекованың мақаласында «Мәтін компрессиясы» алғашқы тестіні қысу тәсілдері қысқаша баяндалады. Кесте мысалында автор екінші мәтіннің көшірмесін көрсетеді.

Түйінді сөздер: компрессия, екінші мәтін, алып тастау, жалпылау, ауыстыру, нақты-лау.

Resume: of the article Raimbekova M.A «Text Compression» provides a summary of the primary test compression techniques. The author on the example of a table shows the reproduction of secondary text.

Key words: compression, secondary text, exclusion, generalization, replacement, refinement.

Список литературы.

1. Раимбекова М.А. Научный стиль речи. Уч. пособие. А.-2014.
2. Раимбекова М.А., Цой А. А. Профессиональный русский язык. Уч. пособие. А.-2011.
3. Раимбекова М.А. (соавторство) Русский язык в системе подготовки учителя- предметника. Учебная книга. А. 2010.
4. Чумбалова Г.М. Научный стиль речи. А. 2016
5. Смольянникова Н.В., Фалина Е.Ф., Сагун В.А. Анатомии физиология человека. 3 изд., М., 2019.
6. Лейман Д. Биология без тайн. М., 2008.
7. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. М., 2001.

Дополнительные источники.

1. Богданович Г. Ю. Русский язык в аспекте проблем лингвокультурологии: мо-нография. М. 2017.
2. Норман Б.Ю. Русский язык в задачах и ответах. Сб.задач. М.2018.
3. Черняк В.Д. Язык и культура речи: учеб.-практ. Пособие. М.2016.
4. Распопов И.П. Актуальное членение предложения. Изд. «Либроком» 2009.
5. Николаева Т. М. Актуальное членение предложения. – Русский язык. Энцик-лопедия. М., 1997.
6. Материалы из Интернета.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ

Давыденко М.В.[1], Губашева Л.[2], Северова Е.А.[1], Давыденко Г.П.[2], Савенков И.Р.[2], Нуфтиева А.И.[2]
[1] НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»
[2] ОО «Ассоциация молодых медиков Алматы»

Прежде чем мы начнем обсуждение данной темы хотелось бы напомнить, что под термином трудотерапия подразумевается один из методов реабилитационного лечения, направленного на оптимальное вовлечение пациента в повседневную деятельность-работу, учебу, выполнение домашних обязанностей, проявление заботы о ближних и об удовлетворении личных потребностей. Этот метод охватывает такие аспекты ежедневного функционирования, как моторные, когнитивные, поведенческие, а также взаимодействие с окружающей средой.

Руководитель службы трудотерапии (есть и такая) реабилитационного центра Израиля «Левинштейн» отметил, что сегодня в работе специалиста по трудотерапии широко используют новейшие технологии. На сегодняшний день даже работа с планшетом или смартфоном может служить в качестве средства постановки и достижения целей, познавательных и функциональных и применяются для практической отработки тех или иных навыков. Планшетные компьютеры активно используются для достижения различных целей когнитивного обучения. Они являются отличным функциональным инструментом - пациенты заново учатся работать с ними: загружать аппликации, просматривать Интернет.

С другой стороны, трудотерапия - это профессия, которая носит лечебный, реабилитационный и образовательный характер, одна из медицинских профессий, черпающих знания из наук о труде, о поведении, из медицинских и социальных наук.

Цель трудотерапевта - дать человеку инструменты и навыки, которые позволят ему справляться с требованиями жизни. Поэтому, трудотерапевты считают своей главной задачей помочь человеку заниматься занятиями, которые имеют для него смысл и могут быть его целью, и которые позволят ему вернуться в общество и быть продуктивным человеком, как в собственном доме, так и в социуме.

Конечной целью любого вмешательства трудотерапевтов: повысить самостоятельность и участие в повседневной деятельности, развить навыки адаптации, предотвратить бездеятельность и сохранить здоровье. В работе трудотерапевтов с душевнобольными людьми, в рамках стационара и в общественных учреждениях, учитываются все виды занятий и деятельности, в которых участвуют пациенты.

В последние годы наблюдается изменение в представлениях о психиатрической госпитализации. Продолжительность госпитализации сократилась, и реабилитация проводиться в рамках общественных учреждений по месту жительства. Если в прошлом процесс реабилитации при помощи трудотерапии начинался в стационаре, то сегодня краткосрочность госпитализации диктует другие формы работы и отношение трудотерапевтов.

Терапия сосредоточена на установлении первоначального терапевтического контакта, оценке и диагностике способностей и функционирования, а затем постепенное продвижения к существенным занятиям, в соответствии со способностями пациента и его выбором.

Терапевтическое вмешательство проводится индивидуально и/или в группах.

Цель занятий и мероприятий дать пациентам возможность приобрести опыт успеха и почувствовать свои возможности и способности, восстановить и сохранить утраченные способности и работать над навыками повседневной деятельности. Вместе с тем, учитываются и обдумываются реалии общества, занятости и досуга, к которым возвращается пациент.

Команда трудотерапевтов является часть многопрофильного персонала, работающего в каждом из отделений, принимает участие в совещаниях сотрудников и составлении планов лечения. Работа в многопрофильной команде позволяет ежедневно и регулярно делиться информацией о прогрессе пациента или о каком-либо изменении его состояния.

Команда трудотерапевтов состоит из самих трудотерапевтов, инструкторов по трудотерапии и двигательных терапевтов. Трудотерапевты имеют высшее образование, диплом и лицензию трудотерапевта, инструкторы имеют опыт в различных областях, таких как искусство, ремесла, педагогика, инструктаж и т.д. Другие терапевты имеют высшее профессиональное образование в сфере их профессиональной деятельности.

Диагностика, оценка и составление плана лечения проводятся трудотерапевтом, тогда как занятия с пациентами проводятся инструкторами под руководством и контролем трудотерапевта.

В каждом отделении работает трудотерапевт и инструктор, за исключением гериатрического отделения и отделения длительной госпитализации, в которых занятия проводятся инструкторами.

Трудотерапевтическое вмешательство начинается уже в острой стадии заболевания, даже если пациент находится в закрытом стационаре. Первичная оценка относительно соответствия и способности пациентов принимать участие в занятиях проводится совместно с персоналом отделения. На этом этапе предлагается краткосрочная деятельность, работы с различными материалами, без задействования инструментов или материалов, которые могут представлять опасность для пациента. Это первая встреча с трудотерапией, при которой устанавливается первоначальный контакт.

Занятия трудотерапией позволяют пациентам пережить положительный опыт работы в приятной и поддерживающей обстановке, позволяющей также установить социальные контакты. Все это происходит в процессе творчества и разнообразной деятельности, способствующей самовыражению.

Такого рода деятельность способствует началу процесса внутренней организации, продолжением которого является оценка и диагностика в трудотерапевтических отделениях и учреждениях открытого типа.

Если пациент госпитализирован в открытом отделении, трудотерапевт проводит структурированное ознакомитель-

ное интервью и первоначальную диагностику. План лечения составляется в соответствии с результатами диагностики, профессиональным впечатлением терапевта, потребностями и способностями пациента.

Среди групповых занятий, которые проводятся трудотерапевтами отделения, следует отметить группу поддержки, в занятиях которой используются терапевтические карты, группу эмоционального выражения при помощи различных средств и группу кулинарного искусства.

По мере улучшения психического состояния пациента, когда наблюдается существенное изменение его функциональных, когнитивных и поведенческих навыков и способностей, он начинает участвовать в семинарах.

Мастер-классы и кружки: Существует ряд семинаров, предлагающих разнообразные занятия в сфере различных ремесел, работа с деревом и различные виды творческого мастерства, такие как создание украшений, керамических изделий и витражей. Пациент вводится в один из семинаров, в соответствии с его выбором и планом лечения, в котором он работает под руководством команды инструкторов, в соответствии с указаниями трудотерапевта отделения, к которому он относится.

За работу на семинарах пациентам полагается денежное вознаграждение, в зависимости от типа работы, кол-ва часов, а также бонус в размере до 20% от зарплаты за час, который выдается в случае отличных успехов в работе.

Пациенты, демонстрирующие высокий уровень способности и мотивации, интегрируются в хозяйственные группы, работающие в сфере обслуживания и услуг, предоставляемых в Центре, таких как: прачечная, столовая, склад и кафетерий. За такую работу пациентам также полагается денежное вознаграждение.

Обучение студентов на степень бакалавра по трудотерапии проходит в Хайфском университете, Тель-Авивском университете, Еврейском университете в Иерусалиме и академическом колледже в Кирьят-Оно. Обучение включает в себя четыре клинических практики в соответствии со стандартами Всемирной федерации трудовой терапии (WFOT). Продолжительность каждой из практик увеличивается в зависимости от года обучения, последний курс подготовки самый длительный и углубленный. В первый год обучения практика состоит из нескольких дней наблюдения, на втором году практика составляет 8 недель, на третьем году – 9 недель, а на четвертом – 13 недель. Студенты, проходящие практическую подготовку, обязаны присутствовать в учреждении по 30 часов в неделю. Цель различных периодов подготовки - позволить студентам ознакомиться с широким кругом учреждений, групп, людей и методов терапии. В Центре психического здоровья Маале-Кармель есть команда трудотерапевтов, которые имеют квалификацию преподавателя, и принимают студентов из Хайфского, Еврейского и Тель-Авивского университетов.

В течение периодов практической подготовки студенты участвуют во всех видах профессиональной деятельности, в которых участвуют сотрудники, таких как: совещания сотрудников, семинары, а также они имеют доступ к профессиональной библиотеке и картам пациентов по месту практического обучения, с разрешения преподавателя и под его контролем. Студенты обязаны вести себя согласно этическому кодексу трудотерапевтов, общему профессиональному этическому кодексу и принятым в заведении правилам.

Студенты получают индивидуальный инструктаж и периодическую оценку в рамках формального процесса, связующего между процессом профессиональной подготовки и университетом. В рамках своих обязанностей студенты обязаны представить письменную работу по каждому из периодов практического обучения. При прохождении последнего курса практической подготовки, помимо письменной работы, студент должен выполнить проект, который является одним из требований данного этапа образования. Проект выполняется по согласованию с инструктором в соответствии с потребностями учреждения и пациентов, и остается в трудотерапевтическом отделении/учреждении в качестве пожертвования. От студентов четвертого года обучения ожидается более высокий уровень применения теоретических знаний в терапевтической деятельности. Продолжительность практики позволяет расширить и углубить опыт клинической практики.

В заключение – студенты вносят важный и значительный вклад в повседневную работу с пациентами, и эта практика является для них обучающим опытом, который вносит свой вклад в их формирование как профессионалов в будущем.

В городе Алматы с 2018 года «Ассоциация молодых медиков Алматы» совместно при поддержке Управления социального благосостояния г. Алматы организовала работу Центра дневного пребывания лиц пожилого возраста. В центре были организованы занятия трудом, проходившие три раза в неделю в течение 60 минут (15 занятий). В качестве испытуемых было привлечено 36 пациентов в возрасте от 60-85 лет с артериальной гипертонией до 2 степени, риском до 2 с когнитивными нарушениями. [1]

Пациенты принимали стандартное амбулаторное лечение. До трудотерапии и после трудотерапии нами применялась анкета по качеству жизни. [2]

На сегодняшний день организована и проводится онлайн работа центров. К работе подключены более 100 пожилых людей. Специалистами центра проводятся занятия по ЛФК, скандинавской ходьбе, трудотерапии, IT-технологиям и обучение компьютеру.

Среди услугополучателей налажены коммуникативные навыки. Многие общаются, еще будучи услугополучателями центра до введения карантина.

Занятия трудотерапией выставляются в чат в виде мастер-классов. Налажена обратная связь. По всем вопросам сотрудники отвечают каждому обратившемуся. Ведется ежедневный мониторинг состояния услугополучателей.

Хотелось бы, чтобы опыт трудотерапевтов Израиля нашел применение и в нашей стране. Ведь забота о пожилых членах общества — это наш долг!!!

Список литературы.

1. Б.Ж. Аубакиров, М.В. Давыденко, А.К. Ешманова, Г.М. Ералиева, Д.В. Загулова, Е.А. Северова, А.И. Нуфтиева, Р. Кумар, Д. Маншарипов, С. Жунусова, А.Е. Тулеужанова Влияник трудотерапии на качество жизни пожилых с артериальной гипертонией и когнитивными нарушениями //Вестник КазНМУ.-№3.- 2019.- Алматы.-С. 442-443

2. SF-36. Анкета оценки качества жизни / http://cardioplaneta.ru/program/337-sf-36-health-status-survey.html

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Анаятова З.К., Анаятова Р.К., Маншарипова А.Т., Утеулиева А.В., Лекеров Е.М.,, Шужеев Б.С.
Ассоциация молодых медиков Алматы
КазРосмедуниверситет, Алматы

Актуальность. Здоровье народа - это неотъемлемая составляющая успеха Казахстана в достижении своих стратегических целей.

«Уменьшить общую смертность на 30%, снизить заболеваемость от сердечно-сосудистых заболеваний и при этом увеличить продолжительность жизни до 73 лет, это и есть важнейщая цель» - сказано в Послании Ел Басы Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу Кахахстана.

Влияние технологий медицинской реабилитации при патологии сердечно-сосудистой системы проявляется в улучшении качества жизни пациентов в первую очередь за счет увеличении количества и расширения функционирующих капилляров. Известно, что при артериальной гипертонии массаж головы, шеи, области надплечья приводит к снижению у больных систолического и диастолического давления. Под воздействием массажа на капиллярное кровообращение меняется функциональное состояние всей сосудистой системы [1-2].

Целью работы было исследование влияния осцилляции при реабилитации на качество жизни больных артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Было обследовано 21 человек, сопоставимых по полу и возрасту (средний возраст 58,7 ± 12,3 лет). Из них, 8 мужчин и 13 женщин в возрасте от 52 до 70 лет, проходивших амбулаторное лечение и состоящих на диспансерном учете по поводу АГ и ИБС.

Клиническое и инструментальное обследование охватывает всех 21 больных: в исходном состоянии, затем в динамике лечения (в среднем на 12-14 день) амбулаторных условиях наблюдения. Полученные результаты клинико-функционального обследования были использованы для оценки результатов состояния обследованных больных.

Пациенты были с диагнозом АГ 1-2 степени в сочетании с ИБС, стенокардией напряжения (СН) I-IIФК. ХСН 0-I стадии, ФК I-II, получавших традиционное лечение и методы реабилитации с помощью осцилляционного анатомо-ортопедического массажного матраса.

Всем больным проводился тест «Ангиоскан 01» (РФ) на определение эластичности сосудов с использованием стандартной программы (таблица 1).

Всем пациентам на фоне стандартного медикаментозного лечения дополнительно по показаниям применяли реабилитационную технологию в течение 14 дней в виде осцилляции массажного анатомо-ортопедического матраса ORBIT OST (Германия), работающего в терапевтической реабилитационной программе MP 4 с интенсивностью 20-60ГЦ [3-4].

Таблица 1. *Объем и характер исследований.*

Признаки	Число пациентов
Опрос по кардиологической анкете	21
ЧСС	21
САД/ДАД	21
ЭКГ в 12 станд. отвед.	21
ЭХОКГ	21
Тест «Ангиоскан»	21

Таблица 2. *Клинические признаки в динамике при комплексном лечении у больных с сочетанной патологией.*

Клинические признаки	Количество больных 21		
	До реабилитации	После 2 дней реабилитации	После 14 дней реабилитации
Ангинозные боли	9	8	3
Сердцебиение	4	3	2
Одышка	20	17	16
Снижение памяти	21	17	14
Общая слабость	21	16	14
Раздражительность	21	15	13

Таблица 3. *Показатели структурно-функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных при сочетанной патологии.*

Параметры	Референтные показатели	Пациенты	
		до лечения	После 14 дней лечения
Частота пульса ударов в минуту	60±80	81,2±4,6	72,3±2,3
Систолическое АД мм.рт.ст.	110-120	169,7±10,1	146,6±7,5 (P<0,05)
Диастолическое АД мм.рт.ст.	70±80	95,2±7,9	75,4±3,6
Жесткость сосудов (%)	0,6 -19,4	25,2±2,6	17,2±4,1
Тип пульсовой волны	С	А, В	В, С
Возраст сосудистой системы	33-40	61,3±7,9	50,4±5,3
Индекс стресса у.е.	50-150	560,2±14,3	241,6±13,9 (P<0,05)
Насыщение кислородом (%)	96-99	82,4±6,3	96,2±7,4

В терапевтическую реабилитационную программу входило - разогрев мышц (волновой массаж w1) - 8 мин., программа витализации (волновой массаж w5) - 8 мин., активизация лимфатической системы (волновой массаж w2) – 16 мин. Показатели исследовались до комплексной терапии, после 1 дня и после 14 дней. От всех пациентов было получено информированное согласие. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом.

Полученные результаты и обсуждение. После проведенного лечебного комплекса с реабилитацией у пациентов уменьшилась одышка, общая слабость, быстрая утомляемость и раздражительность (таблица 2). Длительность приступов стенокардии при стандартном лечении с реабилитацией у больных с АГ и ИБС «до 5 минут» до лечения была у 9 пациентов, после проведенного курса лечения составила 3.

Для оценки функционального состояния исследовались систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД). Обнаружено, что у пациентов после курса терапии с реабилитацией имелось достоверное снижение САД и нет статистически достоверной разницы в показателях ДАД. Отмечается также уменьшения жесткости сосудов, снижение стресса и увеличение насыщения кислородом организма (таблица 3).

Выводы. Таким образом, в комплексной реабилитации больных АГ и ИБС применение осцилляции анатомо-ортопедическом массажном матрасе приводит к снижению систолического давления, уровня стресса организма и улучшению качество жизни пациентов.

Список литературы.

1. Расный В.И., Щербаков Д.В. Медико-социальная характеристика пациентов с болезнями системы кровообращения на этапах реабилитации // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 4.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/viewid=25065 (дата обращения: 30.09.2019).

2. Шестаков В. Н., Карпухин А. В., Зобенко И. А., Мисюра О.Ф. Санаторная кардиологическая реабилитация. Издательство: Черная речка.-2012.- 194 с.

3 https://angioscan.ru/ru/measured-parameters

4 http://www.orbit-energetix.kz/ru/pages/3166.html

МЕДИЦИНАЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯ ТЕХНОЛОГИЯСЫН КАРДИОВАСКУЛЯРЛЫҚ ПАТОЛОГИЯМЕН БІРГЕ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫНА ҚОЛДАНУДЫҢ ТИІМДІЛІГІ

Анатомиялық ортопедиялық төсеніштің жоғары жиілікті тербелістерін қолдану систолалық қысымның төмендеуіне, дене күйзелісінің азайуына және пациенттердің өмір сапасын жақсартуға әкеледі.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

КРМУ

1992

КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ОСНОВАН В 1992 ГОДУ