



ЖУРНАЛ
КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ACTUAL PROBLEMS OF THEORETICAL AND CLINICAL MEDICINE



ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ
МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

2 (28), 2020



ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ КЛИНИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

№2 (28), 2020

Журнал туралы

«Теориялық және клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» журналы 2012 жылдан бастап жарық көріп келеді.

Журнал Қазақстан Республикасы Ақпарат және қоғамдық даму министрлігінің Ақпарат комитетінде тіркелген. Тіркеу туралы куәлік №12178 – Ж 29.12.2011 ж.

«Теориялық және клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» журналы-клиникалық медицина мен қоғамдық денсаулыққа байланысты бастапқы зерттеулердің нәтижелерін, әдеби шолуларды, практикадан алынған жағдайларды жариялайтын рецензияланған пәнаралық ғылыми-практикалық журнал. Қолжазбалардың авторлары және басылымның негізгі оқырмандық аудиториясы - денсаулық сақтау саласының мамандары, дәрігер практик, FO, F3I ғылыми қызметкерлері және Қазақстан, ТМД және алыс шетел ЖОО оқытушылары, медицина және қоғамдық денсаулық саласындағы докторанттар мен магистранттар.

Негізгі тақырыптық бағыты - білім беру, денсаулық сақтауды ұйымдастыру, медицина ғылымы мен практикасы бойынша «Теориялық және клиникалық медицинаның өзекті мәселелері» журналында материалдар жариялау.

Бас редактор

Джайнакбаев Нурлан Темирбекович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Редакциялық кеңес

Алчинбаев Мирзакарим Каримович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Баймаханов Болатбек Бимендеевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Баттакова Жамиля Еркиновна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Редакциялық алқа

Дерябин Павел Николаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Дуйсенов Нурлан Булатович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Есентаева Сурия Ертугыровна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Ботабекова Турсунгуль Копжасаровна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Ешимбетова Саида Закировна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Ведждет Оз
м.ғ.д., профессор
Түркия

Жангабылов Абай Кенжебаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Локшин Вячеслав Нотанович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Иманбаева Жайсан Абильсеитовна
м.ғ.к.
Қазақстан, Алматы

Маринкин Игорь Олегович
м.ғ.д., профессор
Ресей, Новосибирск

Искакова Марьям Козыбаевна
м.ғ.к.
Қазақстан, Алматы

Муминов Талгат Аширович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Лигай Зоя Николаевна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Нигматуллаева Мухлиса
Өзбекстан, Ташкент

Мадьяров Валентин Манарбекович
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Николенко Владимир Николаевич
м.ғ.д., профессор
Ресей, Мәскеу

Маншарипова Алмагуль Тулеуовна
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Попков Владимир Михайлович
м.ғ.д., профессор
Ресей, Саратов

Оракбай Ляззат Жадигеровна
м.ғ.д., доцент
Қазақстан, Алматы

Тухватшин Рустам Романович
м.ғ.д., профессор
Қырғыстан, Бішкек

Рахимов Кайролла Дюсенбаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Шарипов Камалидин Орынбаевич
б. ғ.д.
Қазақстан, Алматы

Тегисбаев Есболган Тегизбаевич
м.ғ.д., профессор
Қазақстан, Алматы

Заңды мекен - жайы

050004, Қазақстан, Алматы қ., Төреқұлова к., 71

Байланысу телефоны: +7 (727)-250-67-81

e-mail: nauka@medkrmu.kz

Веб-сайт: <https://med-info.kz/>

Құрылтайшы: «Қазақстан-Ресей медициналық университеті»

Тіркелу туралы куәлігі: №12178 – Ж, 29.12.2011 ж.

Таралымы: 1 рет 3 ай сайын



АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

№2 (28), 2020

О Журнале

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» издается с 2012 г. Его учредителем выступает «Казakhstanско-Российский медицинский университет».

Журнал зарегистрирован в Комитете информации Министерства информации и общественного развития Республики Казахстан. Свидетельство о регистрации №12178 – Ж от 29.12.2011 г.

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» - рецензируемый междисциплинарный научно - практический журнал, который публикует результаты оригинальных исследований, литературные обзоры, случаи из практики, связанные с клинической медициной и общественным здоровьем. Авторами рукописей и основной читательской аудиторией издания являются специалисты здравоохранения, практикующие врачи, научные работники НЦ, НИИ и преподаватели вузов из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья, докторанты и магистранты в области медицины и общественного здоровья.

Основная тематическая направленность - публикация материалов в журнале «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» по образованию, организации здравоохранения, медицинской науке и практике.

Главный редактор

Джайнакбаев Нурлан Темирбекович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Редакционный совет

Алчинбаев Мирзакарим Каримович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Баймаханов Болатбек Бимендеевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Баттакова Жамиля Еркиновна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Редакционная коллегия

Дерябин Павел Николаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Дуйсенов Нурлан Булатович
д.м.н. профессор
Казахстан, Алматы

Есентаева Сурия Ертугыровна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Ботабекова Турсунгуль Копжасаровна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Ешимбетова Саида Закировна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Ведждет Оз
д.м.н., профессор
Турция

Жангабылов Абай Кенжебаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Локшин Вячеслав Нотанович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Иманбаева Жайсан Абильсеитовна
к.м.н.
Казахстан, Алматы

Маринкин Игорь Олегович
д.м.н., профессор
Россия, Новосибирск

Искакова Марьям Козыбаевна
к.м.н.
Казахстан, Алматы

Муминов Талгат Аширович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Лигай Зоя Николаевна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Нигматуллаева Мухлиса
Узбекистан, Ташкент

Мадьяров Валентин Манарбекович
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Николенко Владимир Николаевич
д.м.н., профессор
Россия, Москва

Маншарипова Алмагуль Тулеуовна
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Попков Владимир Михайлович
д.м.н., профессор
Россия, Саратов

Оракбай Ляззат Жадигеровна
д.м.н., доцент
Казахстан, Алматы

Тухватшин Рустам Романович
д.м.н., профессор
Кыргызстан, Бишкек

Рахимов Кайролла Дюсенбаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Шарипов Камалидин Орынбаевич
д.б.н.
Казахстан, Алматы

Тегисбаев Есболган Тегизбаевич
д.м.н., профессор
Казахстан, Алматы

Юридический адрес

050004, Казахстан, г. Алматы, ул. Торекулова, 71

Контактный телефон: +7 (727)-250-67-81

e-mail: nauka@medkrmu.kz

Веб-сайт: <https://med-info.kz/>

Учредитель: НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Свидетельство о регистрации: №12178 – Ж от 29.12.2011 г.

Периодичность: 1 раз в 3 месяца



THE JOURNAL
KAZAKH-RUSSIAN MEDICAL
UNIVERSITY

ACTUAL PROBLEMS OF THEORETICAL AND CLINICAL MEDICINE

№2 (28), 2020

About The Magazine

The Journal «Actual problems of Theoretical and Clinical Medicine» has been published since 2012. Its founder is the Kazakh-Russian Medical University.

The journal is registered with the Information Committee of the Ministry of Information and Public Development of the Republic of Kazakhstan. Certificate of registration № 12178 - ZH dated 29.12.2011.

The journal «Actual problems of Theoretical and Clinical Medicine» is a peer-reviewed interdisciplinary scientific and practical journal that publishes the results of original research, literary reviews, cases from practice related to clinical medicine and public health. The authors of the manuscripts and the main readership of the publication are healthcare professionals, practitioners, researchers of scientific research centers, research institutes and university teachers from Kazakhstan, CIS countries and far abroad, doctoral students and undergraduates in the field of medicine and public health.

The main thematic focus is the publication of materials in the journal «Actual problems of Theoretical and Clinical Medicine» on education, healthcare organization, medical science and practice.

Chief editor

Jainakbayev Nurlan Temirbekovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Editorial board

Alchinbayev Mirzakarim Karimovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Baymakhanov Bolatbek Bimendeevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Battakova, Zhamilya Erkinovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Editorial staff

Deryabin Pavel Nikolaevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Duisenov Nurlan Bulatovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Yessentayeva Surya Ertugyrova
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Botabekova Tursungul Kobzhasarovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Yeshimbetova Saida Zakirovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Vecdet Oz
Doctor of medical science, Professor
Turkey

Zhangabulov Abay Kenzhebeyevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Lokshin Vyacheslav Natanovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Imanbaeva Zhaisan Abilseitovna
Candidate of Medical Sciences
Kazakhstan, Almaty

Marinkin Igor Olegovich
Doctor of medical science, Professor
Russia, Novosibirsk

Iskakova Maryam Kozybayevna
Candidate of Medical Sciences
Kazakhstan, Almaty

Muminov Talgat Ashirovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Ligai Zoya Nikolaevna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Nigmatullaeva Mukhlisa
Uzbekistan, Tashkent

Madiarov Valentin Manarbekovich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Nikolenko Vladimir Nikolaevich
MD, Professor
Russia, Moscow

Mansharipova Almagul Tuleuovna
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Popkov Vladimir Mikhailovich
Doctor of medical science, Professor
Russia, Saratov

Orakbay Lyazzat Zhadigerovna
Doctor of medical science, Ass. Professor
Kazakhstan, Almaty

Tukhvatshin Rustam Romanovich
Doctor of medical science, Professor
Kyrgyzstan, Bishkek

Rakhimov Kairolla Dyusenbaevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Sharipov Kamalidin Orynbaevich
Doctor of Biological Sciences
Kazakhstan, Almaty

Tegisbayev Esbolgan Tegizbayevich
Doctor of medical science, Professor
Kazakhstan, Almaty

Legal address

050004, Kazakhstan, Almaty, Torekulova str., 71
Contact phone number: +7 (727)-250-67-81
e-mail: nauka@medkrmu.kz
Website: <https://med-info.kz/>
Founder: NEI «Kazakh-Russian Medical University»
Certificate of registration: №.12178 - Zh dated 29.12.2011.
Frequency: 1 time in 3 months



СОДЕРЖАНИЕ

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Психическое здоровье и пандемия COVID - 19
Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетов 10

Пандемия COVID - 19 и психическое здоровье детей
и подростков
В.К. Абдуллаева 13

Изучение международного опыта по вопросам
дестигматизации психически больных
Н.Б. Есимов, Ұ-Қ.М. Бейсенбай 18

Речь врача как способ выражение эмпатии
М.А. Раимбекова, А.Б. Сайбеков 24

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Влияние одиночества на уровень невротизации в период
самоизоляции в Республике Дагестан
Н.Р. Моллаева, А.С. Дамадаева 26

Интеграция врача общей практики со службой психического
здоровья в период пандемии COVID-19
С.З. Ешимбетова, К.Т. Сарсембаев 29

Влияние загрязнения воздушной среды
на состояние здоровья детей г. Алматы
(материалы и методы исследования)
Н.Т. Джайнакбаев, Б. Жандоскызы 32

Социально-профилактическая помощь при артериальной
гипертонии пожилых
*А.Т. Маншарипова, Г.В. Шокарева, А.К. Ешманова,
А.И. Нуфтиева, А. Сыздыкова, Т. Сальменова, Р. Кумар,
Д. Маншарипов, Л. Губашева* 35

Тенденции изменения первичной заболеваемости
в Республике Казахстан
*С.Н. Третьякова, А.О. Турсун, Т.Х. Хабиева,
М.В. Давыденко, М. Куртыкова* 37

Эпидемиологическая ситуация по госпитализации ОРВИ
и ГПЗ среди дозорных организаций г. Алматы
Т.Х. Хабиева, С.Н. Третьякова, М.М. Ешанова 42

Организация телемедицинского консультативного центра
по распространенным заболеваниям при пандемии COVID - 19
*Н.Т. Джайнакбаев, А.П. Ли, А.Т. Маншарипова,
М.Н. Джайнакбаев, Ж.А. Иманбаева, З.Н. Лигай,
Н.К. Оспанбекова, И.Н. Ибрагимова, А.В. Вдовцев,
Х.Ш. Кашикова, Н.Б. Дюсенов* 47

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Клинический случай актуализации суицидального поведения
в самоизоляции при COVID - 19
А.Ю. Толстикова 50

CONTENT

REVIEWS

Mental health and pandemic COVID - 19
N.T. Jainakbayev, S.Z. Yeshimbetova 10

COVID - 19 pandemic and mental health of children
and adolescents
V.K. Abdullaeva 13

Study of international experience on the destigmatization
of mental illness
N.B. Yessimov, U-K.M. Beisenbay 18

The doctor's speech as a way of expressing empathy
M.A. Raimbekova, A.B. Saybekov 24

ORIGINAL ARTICLES

Influence of loneliness on the level of neuroticism during the
period of self - isolation in the Republic of Dagestan
N.R. Mollayeva, A.S. Damadaeva 26

Integration of a general practice doctor with mental health
service during the COVID - 19 pandemic
S.Z. Yeshimbetova, K.T. Sarsembaev 29

Influence of air pollution on the health
of children in Almaty
(research materials and methods)
N.T. Jainakbayev, B. Zhandoskyzy 32

Social and preventive care for arterial hypertension
in the elderly
*A.T. Mansharipova, G.V. Shokareva, A.K. Eshmanova,
A.I. Nuftieva, A. Syzdykova, T. Salmenova, R. Kumar,
D. Masharipov, L. Gubasheva* 35

Trends in primary morbidity
in the Republic of Kazakhstan
*S.N. Tretyakova, A.O. Tursun, T.H. Khabieva,
M.V. Davydenko, M. Kurtyukova* 37

Epidemiological situation of hospitalization ARVI
and GPP among sentinel organizations in Almaty
T.H. Khabieva, S.N. Tretyakova, M.M. Eschanova 42

Organization of a telemedical advisory center for common
diseases in the COVID - 19 pandemic
*N.T. Jainakbayev, A.P. Li, A.T. Mansharipova,
M.N. Jainakbayev, Zh.A. Imanbayeva, Z.N. Ligai,
N.K. Ospanbekova, I.N. Ibragimova, A.V. Vdovtsev,
H.Sh. Kashikova, N.B. Dyusenov* 47

CLINICAL CASE

A clinical case of actualization of suicidal behavior in self-
isolation in COVID - 19
A.Y. Tolstikova 50

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19

Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

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 настоящее время страна проживает в режиме карантина, напряжение в обществе сохраняется. С учетом того, что у трети людей в очагах заражения COVID-19 отмечено негативное воздействие 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 (АРА), 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 (внутренние, 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., Vocey 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 осведомленности 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 свидетельствуют 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 (анти-вирусной) 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 S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J. 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](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30460-8).
5. London R.T. 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 R.M., 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., Soggi 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 C.S., Ho R.C. 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](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30079-1) 71.
11. Goldberg J.F. 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 M.P. 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 A.S., Perlis M.L., Basner M., Chakravorty S., Khader W., Fernandez F., Grandner M.A. 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 al., 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, 2020 DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0).
19. Jeste D.V., Lee E.E., 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 M.J. “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., Pinzón-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., Ösby 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](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>.

ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ИНДЕТ COVID - 19

Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

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.

MENTAL HEALTH AND PANDEMIC COVID-19

N.T. Jainakbayev, S.Z. Yeshimbetova

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

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.

УДК:616.98.578-036.22-053.2

МРНТИ: 76.29.52.

ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

В.К. Абдуллаева

«Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт», Узбекистан, г. Ташкент

Аннотация

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.

Введение. 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, кото-

рая 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 состоянием 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 сигнализиру-

ющими 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); расширять 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 придавать значения участвующим 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 спор 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 ситуации 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 чреватые в дальнейшем для этих детей заметным увеличением социальной дистанции с окружающими, ограничением эмоциональных реакций, снижением интереса к значимой ранее деятельности; боязнь даже кратковременного разлучения с близким взрослым [21].

В обзоре о влиянии карантина, S.Brooks и др. указали, что симптомы посттравматического стрессового рас-

стройства (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 COVID-19 // 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 G.H., Christ A.E. Current approaches to helping

- children cope with a parent's terminal illness. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 197–212.
5. Brooks' S.K., Webster R.K., 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 A.G., 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 C.S., 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 R.E., 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 A.W., Valdez C.R., 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 N.E., Exley S., Latzman R.D. Youth Anxiety About Political News. *Child Psychiatry & Human Development*. 2020.
11. Horesh D., Brown A.D. 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.ncep.org/en/COVID19>.
13. Team ICC-R. Estimating the number of infections and the impact of nonpharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fello-wship/s/Imperial-College-COVID-19-Europe-estimates-and-NPI-impact-30-03-2020.pdf>; 2020.
14. UNESCO. COVID-19 Educational Disruption and Response. <https://en.unesco.org/covid19/education-response>. 2020.
15. Viner R.M., Russell S.J., 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 J.M., Berthold O., Clemens V., Kölch 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/newsround/52106625>. 2020.
18. Gifford-Smith M.E., Brownell C.A. Childhood peer relationships: social acceptance, friendships, and peer networks. *J. Sch Psychol*. 2003; 41(4): 235–84.
19. Oberle E., Schonert-Reichl K.A., Thomson K.C. 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 A.G., 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 S.K., Webster R.K., Smith L.E., 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 H.H., Sudfeld C., McCoy D.C., Fink G., Fawzi W.W., 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. et al. Is quarantine related to immediate negative psychological consequences during the 2009 H1N1 epidemic? *Gen Hosp Psychiatry* 2011.
26. Hartman C.A., Rommelse N., van der Klugt C.L., 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 K.A., McLaughlin K.A., Green P.A. 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 and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016; 50: 1–10.
30. Hartman C.A., Rommelse N., van der Klugt C.L., 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 ПАНДЕМИЯСЫ ЖӘНЕ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ
ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ****В.К. Абдуллаева**

«Ташкент педиатриялық медициналық институты», Өзбекстан, Ташкент қ.

Түйінді

Әлемдегі COVID-19 пандемиясының жағдайы, өзін-өзі оқшаулау режимі, ересектердің күйзелісі мен мазасыздығы әсіресе балалар мен жасөспірімдерге әсер етеді. Covid-19 жаппай таралуына тап болған басқа елдердің тәжірибесін ескере отырып, балалардың жасына байланысты пандемия мен өзін-өзі оқшаулау жағдайының ықтимал қауіптерін болжау және теріс әсер туралы мәліметтерге шолу жасалды. Covid-19 індеті балалар өмір сүретін контексті өзгертті. Мектептерді жабу және қозғалысты шектеу сияқты карантиндік шаралар балаларды күнделікті және әлеуметтік қолдау жүйесін өзгертті, сонымен қатар ата-аналар үшін жаңа стресс факторларын тудырды. Әлеуметтік байланыстар отбасының ең жақын мүшелерімен қатаң шектелді, бұл балалар мен жасөспірімдердің психикалық денсаулығына теріс әсер етеді. Коронавирустық Пандемия білім беру процесінің барлық деңгейлерінде цифрлық трансформацияны бастады, білім беру процесінің барлық қатысушылары – студенттер мен мұғалімдер арасында қарым-қатынас пен қарым-қатынастың мүлдем жаңа жүйесін құруға мүмкіндік туды. Тәуекел тобына ерекше назар аударылады-тұрақты бақылау мен емдеуді қажет ететін созылмалы психикалық аурулары бар балалар мен жасөспірімдер. Балалар мен жасөспірімдерге уақтылы психологиялық және психиатриялық көмек көрсету пандемияның психикалық денсаулығына әсерінің алдын алу үшін қажет. Телепсихиатрия арқылы психиатриялық көмек көрсетудің инновациялық тәсілдерін енгізу телемедицинаны балалар мен жасөспірімдер психиатриясында тиімді пайдалануға ықпал етуі мүмкін.

Кілт сөздер: балалар мен жасөспірімдердің психикалық денсаулығы, COVID-19.

**COVID - 19 PANDEMIC AND MENTAL HEALTH OF CHILDREN
AND ADOLESCENTS****V.K. Abdullaeva**

«Tashkent Pediatric Medical Institute», Uzbekistan, Tashkent

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.

Key words: mental health of children and adolescents, COVID-19.

ИЗУЧЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА ПО ВОПРОСАМ ДЕСТИГМАТИЗАЦИИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

²Н.Б. Есимов, ¹Ұ.Қ.М. Бейсенбай

¹«КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы

²Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Казахстан, г. Алматы

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.

Введение. 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, занимающая второе место после дорожно - транспортных происшествий в возрастной группе 15 - 35 лет [2].

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 сложившейся 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 стиг-

мы, 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 attitudes 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 attitudes 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 attitudes 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 на 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 attitudes 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 нуж-

даются 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, осуществляющих 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 Румынскую 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 пси-

хического 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 Vertrauensperson - PVP Rat), поддерживающий пациентов, который избирается из состава персонала психиатрической боль-

ницы. 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:

1) повышать общественную информированность о психическом здоровье и психических болезнях и содействовать укреплению психического здоровья и эмоционального благополучия;

2) устранять проявления стигматизации и дискриминации, с которыми все еще продолжают сталкиваться люди с проблемами психического здоровья;

3) предупреждать самоубийства и помогать людям преодолевать последствия самоубийств;

4) 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 социальных 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 (ИМНРА), в которой принимают участие 28 стран и которая поддерживается Европейской комиссией, представляет собой европейскую платформу, позволяющую поддерживать работу по определению стратегических приоритетов и распространению осно-

ванных 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 основой 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 ИМНРА также составляется онлайн-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-Романья, 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 Чибанда 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 Чибанда 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 Чибанде 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 Чибанде 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 дестигматизации, 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 M.H., Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young J.G., 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/>.

ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАРДЫ ДЕСТИГМАТИЗАЦИЯЛАУ МӘСЕЛЕСЕРІ БОЙЫНША ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕНІ ЗЕРДЕЛЕУ

²Н.Б. Есімов, ¹Ұ-Қ.М. Бейсенбай

¹«С.Д. Асфендиярова атындағы ҚазҰМУ», Қазақстан, Алматы қ.

²Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

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.

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

STUDY OF INTERNATIONAL EXPERIENCE ON THE DESTIGMATIZATION OF MENTAL ILLNESS

²N.B. Yessimov, ¹U-K.M. Beisenbay¹«KazNMU named S.D. Asfendiyarov», Kazakhstan, Almaty²Republican scientific and practical center for mental health, Kazakhstan, Almaty**Summary**

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.

Key words: *psychiatric stigma, self-stigmatization, mental disorders, motivation for treatment.*

УДК: 37.025.3+ 614.252.1

МРНТИ: 76.01.79.

РЕЧЬ ВРАЧА КАК СПОСОБ ВЫРАЖЕНИЕ ЭМПАТИИ**М.А. Раимбекова, А.Б. Сайбеков**

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В статье говорится о взаимоотношениях врача и пациента. 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, медицина, речь.*

Введение. 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, непрерывного 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 отклонение - 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 информации 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 лекарства, 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 доверия 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.

ЖАНАШЫРЛЫҚТЫ БІЛДІРУ ТӘСІЛІ РЕТІНДЕ ДӘРІГЕРДІҢ СӨЙЛЕУІ

М.А. Раимбекова, А.Б. Сайбеков

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕББМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Мақалада 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.

Кілт сөздер: эмпатия, дәрігер, пациент, медицина, сөйлесу.

THE DOCTOR'S SPEECH AS A WAY OF EXPRESSING EMPATHY

M.A. Raimbekova, A.B. Saybekov

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

The article 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, medicine, speech.

ВЛИЯНИЕ ОДИНОЧЕСТВА НА УРОВЕНЬ НЕВРОТИЗАЦИИ В ПЕРИОД САМОИЗОЛЯЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ДАГЕСТАН

¹Н.Р. Моллаева, ²А.С. Дамадаева

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Дагестан, г. Махачкала

² ГБОУ ДПО «Дагестанский институт развития образования» РФ, Дагестан, г. Россия

Аннотация

В статье исследована проблема влияния одиночества на нервно-психическое состояние старших подростков в период самоизоляции. Определена актуальность исследования, заключающаяся 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 объединиться 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 влиять 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 всеоб-

щей 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 переживания 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 чувству 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 психосоматику 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 личностного 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.

ДАҒЫСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ӨЗІН-ӨЗІ ОҚШАУЛАУ КЕЗЕҢІНДЕ
ЖАЛҒЫЗДЫҚТЫҢ НЕВРОТИЗАЦИЯ ДЕНГЕЙІНЕ ӘСЕРІ

¹ Н.Р. Моллаева, ² А.С. Дамадаева

¹ РФ ДСМ «Дағыстан мемлекеттік медицина университеті» Федералдық мемлекеттік бюджеттік жоғары білім беру мекемесі, Дағыстан, Махачкала қ.

² РФ ГБОУ ДПО «Дағыстан білім беруді дамыту институты» Дағыстан, Ресей қ.

Түйінді

Мақаласында зерттелмеген проблема әсерін жалғыздық арналған жүйке-психикалық жай-күйі жоғары-жасөспірімдер самоизоляциясы. Пандемияның дамуы кезеңінде айқын невротизацияның дамуын және сонымен бірге әлеуметтік қатынастардағы тұлғаның өзгеруін қамтитын зерттеудің өзектілігі анықталды. Мәжбүрлі өзін-өзі оқшаулау кезеңінде невротизацияның жоғары деңгейіне әкелетін негізгі факторлар мен психологиялық механизмдер қарастырылады.

Эмпирикалық зерттеу барысында еріксіз оқшаулау нәтижесінде жасөспірімдердің невротизациясының жоғары деңгейіне жалғыздық сезімінің тікелей әсерін көрсететін нәтижелер алынды. Зерттеу нәтижелері бойынша жалғыздық құбылысына талдау жасалды және жоғары невротизацияның алдын алу және түзету бойынша ұсыныстар берілді, оның ішінде алдын-алу және психологиялық көмек, ал қиын жағдайларда психотерапия әдістері.

Кілт сөздер: жалғыздық, мазасыздық, депрессия, психикалық денсаулық, невротизация, әлеуметтік жұмыс стратегиясы.

INFLUENCE OF LONELINESS ON THE LEVEL OF NEUROTICISM DURING
THE PERIOD OF SELF-ISOLATION IN THE REPUBLIC OF DAGESTAN

¹ N.R. Mollayeva, ² A.S. Damadaeva

¹ FSBEU HE «Dagestan state medical University», Makhachkala, Russian

² «Dagestan Institute of education development», Dagestan, Russian

Summary

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.

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

УДК: 616.89 – 083

МРНТИ: 76.29.52.

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

С.З. Ешимбетова, К.Т. Сарсембаев

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет, Казахстан, г. Алматы

Аннотация

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 столкнуться 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.

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 психи-

ческого 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 шизофренией, 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 расстрой-

ствами [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](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30090-02020).
3. Garriga M., Agasi I., Fedida E., Pinzón-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., Магзугутов 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.

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

С.З. Ешимбетова, К.Т. Сарсембаев

«Қазақстан – Ресей медициналық университеті» МЕЕБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

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.

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

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

S.Z. Yeshimbetova, K.T. Sarsembaev

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

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.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ АУА ЛАСТАНУЫНЫҢ БАЛАЛАР ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫНА ӘСЕРІ (ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӘДІСТЕРІ)

Н.Т. Джайнакбаев, Б. Жандоскызы

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBBM, Қазақстан, Алматы қ.

Аннотация

Бұл мақалада ластанған мекендеу ортасының ұлт денсаулығының жай-күйіне кері әсерін анықтау мақсатымен жүргізілген зерттеу туралы мәлімет берілген.

Кілт сөздер: атмосфералық ауа, қоршаған ортаның ластануы, зиянды химиялық заттар, шуды өлшеу.

Кіріспе. Халықтың экологиялық және санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылығы азаматтардың денсаулығын қорғау мен қолайлы қоршаған ортаға конституциялық құқықтарын іске асырудың негізгі шарттарының бірі. Оны қамтамасыз ету жөніндегі доктринаны іске асырудың маңызды аспектісі ластанған мекендеу ортасының ұлт денсаулығының жай-күйіне кері әсерін анықтау болып табылады.

Өркениеттің қазіргі даму ерекшеліктерінің бірі урбанизация болып табылады. Қазіргі қаланың шектеулі аумағында өнеркәсіптің, автокөліктің, ғимараттар мен адамдардың көп санының шоғырлануы адам мекендейтін табиғи ортасынан өзінің сапасы жағынан айтарлықтай ерекшеленетін урбанизацияланған тұрғын ортаны құруға себепші болады.

Өнеркәсіптік қалалар халқының денсаулығы қоршаған ортаның жағымсыз факторлары кешенінің әсерімен байланысты [1; 3]. Қоршаған орта ластануының балалар мен ересек халықтың денсаулық жағдайына кері әсері дәлелденді [4; 6].

Авторлардың мәліметтері бойынша қазіргі кезеңде ауаны ластаушылардың ең көп таралған топтары: атмосфералық газдар (азот тотықтары, күкірт, көміртегі, мысалы көмірқышқыл газы), көмірсутектер, фенолдар, ауыр металдардың аэрозолдары және басқа да органикалық және минералды қосылыстар [1; 7; 8].

Зерттеудің мақсаты. Ауа ортасының ластануын және балалардың ірі мегаполисте сырқаттануын зерттеу (Алматы қаласы мысалында).

Жобаның мақсаты мен негізгі міндеттеріне сәйкес жалпы және қаланың әкімшілік аудандары бойынша Алматы қаласы балалар халқының өмір сүру ортасы мен денсаулығының жай-күйіне зерттеулер жүргізілді.

Талдау үшін негізгі материалдар пайдаланылды.

1. Алматы қаласында тұратын балалар денсаулығының интегративті сипаттамаларының медициналық-демографиялық және эпидемиологиялық көрсеткіштері:

- 2014-2018 жылдар аралығында өткен ретроспективада аурулардың негізгі кластары (АХЖ-Х) бойынша жүгінуі бойынша халықтың алғашқы және жалпы аурушандығы.

- «медициналық ұйымға қызмет көрсету ауданында тұратын науқастарда тіркелген аурулар

және диспансерлік бақылауда тұрған науқастар контингенттері туралы есеп» № 12 есепберуінісі.

2. Алматы қаласының ластануы бойынша көрсеткіштер:

Алматы қаласының атмосфералық ауасының 10 жылдағы ретроспективадағы ластануы бойынша көрсеткіштер (2012-2018 жж.) көздер:

- жылдық есеп беру н.18.

- «Алматы қаласында қоршаған ортаны қорғау» жылдық статистикалық жинақтар 2011-2015 жж. және 2016-2018 жж.

- Қазақстан Республикасының 2012-2018 жж. Қоршаған ортасының жай-күйі туралы ақпараттық бюллетендер.

- Қазгидромет РМК мониторинг деректері.

- елді мекендердің атмосфералық ауасын зертханалық-аспаптық зерттеу деректері және шуды өлшеу «НПО ТАУ» ЖШС жүргізілді.

- «AirVisual» бағдарламасының деректері бойынша Алматы қаласындағы ауа сапасы индексінің көрсеткіші.

- The World Air Quality Index бағдарламасының деректері бойынша Алматы қаласының ауасындағы РМ 2,5 бөлшектерінің құрамы 2020 жылдың 20 қаңтарынан 2020 жылдың 20 сәуіріне дейін.

Атмосфералық ауаның іріктелген сынамаларының жалпы саны - 152, шуды өлшеу-39 құрады. Зерттеулер Алматы қаласының Алатау, Өуезов, Алмалы, Бостандық, Жетісу, Медеу және Түрксіб аудандарында жүргізілді.

1-кесте «НПО ТАУ» ЖШС базасында өндірістік практикадан өту кезеңінде біз жүргізген іріктеу нүктелерін ескере отырып, сынамалардың жалпы саны мен зерттеулердің жалпы саны ұсынылған.

Іріктелген үлгілер санитарлық-гигиеналық зертханамен келесі әдістермен зерттелді: физика-химиялық, электрохимиялық, фотоэлектродиметриялық, газ хроматографиясы, атомдық - адсорбциялық спектрометрия, вольтамперометриялық, өлшеуіш. Атмосфералық ауа - РД 52.04.186 - 89 «Атмосфераның ластануын бақылау жөніндегі нұсқаулық», сәйкестігіне – «Қалалық және ауылдық елді мекендердегі атмосфералық ауаға гигиеналық нормативтер» 28.02.15 ж. № 168 [9; 10].

Атмосфералық ауадағы зиянды химиялық заттарды анықтау (РД 52.04.186-89 «Атмосфераның ла-

1-кесте. Атмосфералық ауа бойынша зерттеулер саны.

Аудан	Іріктеу нүктесі	Зерттеулер саны
Алмалы ауданы	Толе би 218 уг. Розыбакиева көшесі / Шашлычная №1	8
	Глендиев 84 қ. Толе би көшесі / АЖС ГазПромНефть	8
	Ауезов 1 қ. Гоголя көшесі / өндірістік аймақ, қоймалар, т / ж тығырық	8
	Гоголя 74 қ. Абылай хан көшесінің жолы	8
Жетісу ауданы	Тобаякова 45 (Семипалатинская) көшесі жеке сектор / Сейфуллиннің басқа жағы	8
	Булкашева 9а көшесі, АЖС «Казмунайгаз»	8
	Жансугурова 176 «а» көшесі - төмен Рыскулова даңғылы СТО (Рысқұлов даңғылынан көпірден төмен)	8
	Сейфуллина 367 көшесі, Иркутская дүкені «Южная столица» (трасса)	8
Түрксіб ауданы	Капальского 12 көшесі - Майлина АЖС «Газпром» (АЖС аумағында)	8
	Бухтаринская 2 г көшесі, кафе (жол бойында)	8
	микрорайон Алтай үй 75 (тұрғын үй кварталының ішінде)	8
	Атамұра бапаханасы Қалдаяқова - Мақатаева	8
Медеу ауданы	Райымбек - Жангельдин АЖС	8
	АҚ «Алатау - Жарық» Манас 24 көшесі	8
Бостандық ауданы	ЖШС «Метпром» Отырар 17 көшесі	8
Алатау ауданы	Рысқұлов - Петров, ЖШС «Массагет Плюс»	8
	ЖШС «Белкамит» Райымбек 348/8 - Докучаева көшесі	8
Ауэзов ауданы	Райымбека 432 – Емцова (АЖС)	8
Барлығы		152

стануын бақылау жөніндегі нұсқаулық)). «Аспиратор сифонды АМ-0059» аспабымен және ГАНК - 4 газталдағышымен жүргізілді. Сағат 9.00-ден 23.00-ге дейін төрт рет тәуліктік сынама алынды.

Атмосфералық ауадағы зиянды химиялық заттардың концентрациясын өлшеу мынадай параметрлерде жүргізілді: атмосфералық қысым 686-690 мм.рт.салыстырмалы ылғалдылық 29% - дан 30% - ға дейін, температура 29-дан 36 С-ға дейін.

Іріктеу әдістемесі: аспиратордың көмегімен сүзгілерге алынады, содан кейін атомдық-адсорбциялық спектрометрия әдісімен ауыр металдарға сүзгілерді минералдау жүргізіледі. Арнайы кварц стаканшасына сүзгі өлшегіш пипетканың көмегімен қосылады 15см³ азот қышқылы енгізіледі және 80 - 120 С аспайтын температурада 10-15 мин бойы «Темос-Экспресс» сынама дайындау кешенінде қыздырылады. Стаканды алып, бөлме температурасына дейін салқындатамыз. Салқындағаннан кейін өлшегіш пипетканың көмегімен 0,1 см³ сутегі тотығы енгізіледі және 80-120⁰С аспайтын температурада 10-15 мин бойы «Темос - Экспресс» сынама дайындау кешеніне қызады. Стақан бөлме температурасына дейін суытып, 0,1 моль азот қышқылының ерітіндісімен 10см³ дейін минералды затты жеткіземіз.

Көміртегі оксидін, азот диоксиді мен оксидтерін, күкірт диоксиді, озон, мұнай көмірсутектері, формальдегид, тетрахлометан және гидрохлорид аспаптарды пайдалана отырып экспресс-әдістермен анықталды: ГАНК-4 Газоанализаторы, «Анкат - 7631» Газоанализаторы, «Каскад 312.3» Газоанализаторы, «Колион 1-В» Газоанализаторы.

Жалпы алғанда, көміртегі тотығы мен шаң көрсеткіштері бойынша атмосфералық ШЖК-дан 144 сынама (100%) жоғары 144 зерттеу жүргізілді.

Шудың шекті рұқсат етілген деңгейін өлшеу автомагистральдарда, өнеркәсіптік кәсіпорындардың жанында, тұрғын үйлердің ауласында жүргізілді. Шудың эквивалентті деңгейін өлшеу нәтижелері есептік әдіспен анықталған және ҚР ҰЭМ 24.02.2015 ж. №125 «Тұрғын және басқа да үй-жайларды, қоғамдық ғимараттарды күтіп-ұстауға және пайдалануға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» бұйрығына сәйкес 55 дБА-ның нормативтік мәндерімен салыстырылған. 2.04-03-2005 «шудан қорғау». Өлшеу «Шу өлшегіш интегралдаушы-ВИБРОМЕТР ШИ-01В» аспабымен жүргізілді, ол А, С жиіліктік сипаттамалары бар дыбыс деңгейлерін, ЛИН жиіліктік сипаттамасы бар дыбыстық және инфрадыбыстық диапазондардың дыбыстық қысымының жал-

пы деңгейін өлшеуге арналған. Аспап жыл сайын тексеру сынағынан өтеді - 07.10.2014 жылғы ВА 12-05-5560 аспапты тексеру туралы сертификат беріледі.

Қаланың зерттелетін ауданында ГОСТ 23337-78 «Шу сәйкес тұрғын ғимараттардан 2 метр шудың деңгейін өлшеу. Қоныстану аумағында және тұрғын үй және қоғамдық ғимараттардың үй-жайларында шуды өлшеу әдістері».

Қорытынды: Өркениеттің қазіргі даму ерекшеліктерінің бірі урбанизация болып табылады. Қазіргі қаланың шектеулі аумағында өнеркәсіптің, автокөліктің, ғимараттар мен адамдардың көп санының шоғырлануы адам мекендейтін табиғи ортасынан өзінің сапасы жағынан елеулі ерекшеленетін урбанизацияланған тұрғын ортаны құруға себепші болады. [11; 12].

Стационарлы көздерден зиянды шығарындыларға қосымша атмосфераның жерге жақын қабатының ластануына автокөліктің елеулі үлесін ескеру қажет. Автомобильдердің пайдаланылған газдарында 200 аса улы заттар - көміртегі, азот, күкірт, альдегид, кетондар, спирттер, эфирлер, көмірсутектер, ауыр металдар табылды. Жазғы уақытта ауа уыттылығы азот диоксидінің, озонның, альдегидтердің және органикалық асқын тотықтардың концентрациясының күрт артуымен фотохимиялық реакциялардың салдарынан өседі [13; 14]. Автомобильдердің пайдаланылған газдарынан басқа осы ластану деңгейіне жол жабынының, шиналардың, тежегіш қалыптарының тозуы, автомобиль майлары мен технологиялық сұйықтықтардың ағып кетуі салдарынан химиялық және ұсақ дисперсті шаңды және аэрозольды ластағыштар енгізіледі [15].

Әдебиеттер тізімі:

1. Киселев А.В. Обоснование системы оценки риска здоровью в гигиеническом мониторинге промышленного города: автореф. докт. мед. наук. - СПб., 2000. - 43 с.
2. Новиков С.М., Шашина Т.А., Абалкина И.Л., Скворцова Н.С. Риск воздействия химического загрязнения окружающей среды на здоровье населения: От оценки к практическим действиям. - М., 2003. - 81 с.
3. Белоног А.Б., Онищенко Г.Г., Слажнева Т.И., Корчевский А.А. Научные основы управления гигиеническими факторами общественного здоровья. - Алматы, 2003. - 288 с.
4. Слажнева Т.И., Корчевский А.А., Яковлева Н.А., Шаймерденов Б.М., Леонтьев Н.Н., Франковская Н.М. Системный подход к управлению медико-экологической ситуацией в промышленном городе. - Алматы, 2001. - 371 с.

5. Боев В.М. Методология комплексной оценки антропогенных и социально-экономических факторов в формировании риска для здоровья населения // Гигиена и санитария. - 2009. - №4. - С. 4-8.

6. Боев В.М., Колесников Б.Л., Екимов А.К. Оценка демографических и социально-экономических показателей в системе социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. - 2008. - №3. - С. 92 - 94.

7. Фокин С.Г. Научно-методические основы управления риском здоровью населения в условиях мегаполиса: автореф. докт. мед. наук. - СПб., 2011. - 58 с.

8. Иванова С.В. Влияние химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух городов, на репродуктивное здоровье (обзор) // Гигиена и санитария. - 2004. - № 2. - С. 10-14.

9. Экологическое состояние водных ресурсов Республики Казахстан [Текст] / К. Д. Абубакирова, Т. А. Базарбаева, У. Асен // Эл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университетінің хабаршысы=Вестник Казахского Национального университета им. аль-Фараби. - 2015. - №1. - С. 31-36. - (серия экологическая).

10. Гулин А.В., Хлякина О.В., Захряпина Л.В. Региональные особенности эндокринных нарушений у женщин фертильного возраста в условиях различного уровня антропогенной нагрузки территории проживания // Успехи современного естествознания. - 2010. - №3. - С.37-39.

11. Современные проблемы и решения в системе управления опасными отходами. Авторы: Касимов А.М., Семенов В.Т., Щербань Н.Г., Мясоедов В.В. - Харьков: ХНАГХ, 2008. - 510 с.

12. Алибаева Б.Н., Омарова А.С., Демченко Г.А., Цицурин В.И., Курасова Л.А., Есдаулет Б.К., Адамбекова М.Р. Состояние здоровья населения мегаполиса в зависимости от экологии г. Алматы // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2013. - №11. - С.155 - 159.

13. Васильева Л.К., Горский А.Н. Электротехнические аспекты влияния низкочастотных электромагнитных полей на человека // Вестник МАНЭБ. - 2000. - №4 (28). - С. 31 - 35.

14. Посохин В.В. Мониторинг здоровья населения в зонах влияния электромагнитных полей СВЧ - диапазона: автореф. канд. мед. наук. - СПб., 1995. - 26 с.

15. Даутов Ф.Ф., Хакимова Р.К. Влияние загрязненный атмосферного воздуха на аллергическую заболеваемость детей в крупном промышленном городе // Гигиена и санитария. - 2007. - №2. - С. 10 - 12.

ВЛИЯНИЕ ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ г. АЛМАТЫ (МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ)

Н.Т. Джайнакбаев, Б. Жандосқызы

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

В данной статье представлена информация о проведенных исследованиях с целью выявления негативного влияния загрязненной среды обитания на состояние здоровья нации.

Ключевые слова: атмосферный воздух, загрязнение окружающей среды, вредные химические вещества, измерение шума.

INFLUENCE OF AIR POLLUTION ON THE HEALTH
OF CHILDREN IN ALMATY (RESEARCH MATERIALS AND METHODS)

N.T. Jainakbayev, B. Zhandoskyzy

NEI «Kazakh - Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

This article provides information about the research conducted to identify the negative impact of polluted environment on the health of the nation.

Key words: Atmospheric air, environmental pollution, harmful chemicals, noise measurement.

УДК: 616.12-008.331.1

МРНТИ: 76.29.30.

СОЦИАЛЬНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИИ ПОЖИЛЫХ

¹А.Т. Маншарипова, ¹Г.В. Шокарева, ³А.К. Ешманова, ³А.И. Нуфтиева,

¹А. Сыздыкова, ¹Т. Сальменова, ¹Р. Кумар, ¹Д. Маншарипов, ²Л. Губашева

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

²Ассоциация молодых медиков, Казахстан, г. Алматы

³«КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы

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.

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.

Материал и методы. 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 клиничко-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 занятия ЛФК, йогой, 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 гипертензии. Всем пациентам назначается биоуправление с помощью биологической обратной связи [3; 4]. В результате курсов биоуправления у 67% пациентов достигается повышение стрессоустойчивости. Три 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 реабилитационной 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 гипертензии. 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 гипертензии 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 Казахстана - 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.

ҚАРТТАРДЫҢ АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТОНИЯСЫ КЕЗІНДЕ ӘЛЕУМЕТТІК-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ КӨМЕК

¹А.Т. Маншарипова, ¹Г.В. Шокарева, ³А.К. Ешманова, ³А.И. Нуфтиева,
¹А. Сыздыкова, ¹Т. Сальменова, ¹Р. Кумар, ¹Д. Маншарипов, ²Л. Губашева

¹«Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

²Жас дәрігерлер қауымдастығы, Қазақстан, Алматы қ.

³«С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ», Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

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.

Кілт сөздер: қарттар, артериялық гипертензия, орталық.

SOCIAL AND PREVENTIVE CARE FOR ARTERIAL HYPERTENSION IN THE ELDERLY

¹A.T. Mansharipova, ¹G.V. Shokareva, ³A.K. Eshmanova, ³A.I. Nuftieva,
¹A. Syzdykova, ¹T. Salmenova, ¹R. Kumar, ¹D. Masharipov, ²L. Gubasheva

¹NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

²Association of young doctors, Kazakhstan, Almaty

³«KazNMU named S.D. Asfendiyarov», Kazakhstan, Almaty

Summary

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.*

УДК: 614.2: 613.6:[622.324+66.013] (574.1)

МРНТИ: 76.75.02.

ТЕНДЕНЦИИ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

С.Н. Третьякова, А.О. Турсун, Т.Х. Хабиева, М.В. Давыденко, М. Куртюкова

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

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.*

Введение. 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 ро-

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
VI	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	Врожденные 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

сту 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 Актобинской 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 на 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].

По остальным классам болезней среди всего населения темп прироста был меньше: по болезням крови,

кровотворных 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, кровотворных 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 обуславливают 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.

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
VI	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	Врожденные 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	

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?

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ АЛҒАШҚЫ СЫРҚАТТАНУДЫҢ ӨЗГЕРУ ҮРДІСІ

С.Н. Третьякова, А.О. Турсун, Т.Х. Хабиева, М.В. Давыденко, М. Куртюкова
«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Қазақстан халқының Алғашқы сырқаттанушылық көрсеткіштеріне 1999 жылдан 2018 жылға дейін талдау ұсынылды. Халық арасында эпидемиялық емес патологияның өсу үрдісі анықталды. Бүгінгі жағдайды ескере отырып, әлеуметтік сала экономикасының қалыптасуына және оның инфрақұрылымы институттарының толыққанды құрылымын құруға негіз болатын әлеуметтік дамудың дағдарысқа қарсы бағдарламаларын әзірлеу қажет.

Кілт сөздер: халықтың денсаулық жағдайы, халықтың алғашқы ауруы, балалар, жасөспірімдер, ересектер, аурулар мен өлім себептерінің халықаралық номенклатурасы және жіктелуі.

TRENDS IN PRIMARY MORBIDITY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

S.N. Tretyakova, A.O. Tursun, T.H. Khabieva, M.V. Davydenko, M. Kurtyukova
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

The analysis of indicators of primary morbidity of the population of Kazakhstan from 1999 to 2018 is presented. Differences in the levels of primary morbidity among adolescents and children by region were revealed. The trend of growth of non-epidemic pathology among the population has been established. Taking into account the current situation, it is necessary to develop anti-crisis social development programs that could lay the foundation for the formation of the social economy and the creation of a full-fledged structure of its infrastructure institutions.

Key words: health status of the population, primary morbidity of the population, children, adolescents, adult population, International nomenclature and classification of diseases and causes of death.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОРВИ И ГПЗ СРЕДИ ДОЗОРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ г. АЛМАТЫ

¹Т.Х. Хабиева, ¹С.Н. Третьякова, ²М.М. Ешанова

¹НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

²Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

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 эволюции 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 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 гг. 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 эпидназору 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 инфекции (ОРВИ) и тяжелые острые респираторные инфекции, 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 являет-

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

Основные задачи	Использование данных для принятия решения
Определять, когда и где происходит активизация гриппа 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

ся 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).

В Республике Казахстане 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 гг. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 19854

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

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

Эпидемиологический 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

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	от 5 до 14	от 15 до 29	от 30 до 64	65 и старше
2015	946	36	81	21	61	7
2016	2680	478	78	21	58	5
2017	3768	469	90	85	92	2
2018	5681	265	54	225	79	8
2019	3026	845	60	63	29	9
Итого	16101	393	063	815	619	11

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

сезон	Гендерный состав					Количество госпитализированных в стационары с гриппом и ГПЗ
	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

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 гг. 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 гг. 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 гг. госпитализированные пациенты с ОРВИ составляло 17588 слу-

чаев, 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 гг. 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 гг. 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).

В эпидемиологическом сезоне 2014-2015 гг. госпитализировано с диагнозом осложненное ОРВИ, пневмо-

ния 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 гг. 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 гг. 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 гг. 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 гг. 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 гг. 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).

В эпидсезоне 2014-2015 гг. 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 гг. 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 гг. 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 гг. 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 гг. 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 ГПЗ451 больных (таблица 5).

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 «переносимые 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 гг. обнаружено что уровень заболеваемости среди детей и взрослых идентичен, и составляет среди детей – 54 %, среди взрослых – 46%. Если смотреть 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%).

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 мони-

торинг 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 состоянию на 29 октября 2009 г.).
2. FluNet. Global Influenza Programme [web site]. Geneva, World Health Organization, 2003 ([\[gamapserver.who.int/GlobalAtlas/home.asp\]\(http://gamapserver.who.int/GlobalAtlas/home.asp\), accessed 14 July 2009\).](http://</div><div data-bbox=)

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

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 Федерации: основные результаты сигнального надзора за гриппом и другими острыми респираторными вирусными инфекциями / А.А. Соминина и др. // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. - 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.

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

¹Т.Х. Хабиева, ¹С.Н. Третьякова, ²М.М. Ешанова

¹«Қазақстан-Ресей медицина университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

²«ҚДСЖМ» Қазақстан медицина университеті, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Алматы қаласының шолғыншы ұйымдары арасындағы жіті респираторлық вирустық инфекция (ЖРВИ) және тұмауға ұқсас аурулар (ТҰА) 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 препараттарға сезімталдық және қауіпті бағалау.

Кілт сөздер: *індет жағдай, қадағалау, ЖРВИ, ТҰА, шолғыншы ұйым.*

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

¹T.H. Khabieva, ¹S.N. Tretyakova, ²M.M. Eschanova

¹NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

²Kazakhstan medical University «HSE» Almaty, Kazakhstan, Almaty

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.

Key words: *epidemic situation, surveillance, SARS, GPP, sentinel organizations.*

УДК: 615.859+578.834

МРНТИ: 76.29.50.

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

Н.Т. Джайнакбаев, А.П. Ли, А.Т. Маншарипова, М.Н. Джайнакбаев,
Ж.А. Иманбаева, З.Н. Лигай, Н.К. Оспанбекова, И.Н. Ибрагимова, А.В. Вдовцев,
Х.Ш. Кашикова, Н.Б. Дюсенов

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

Для улучшения общественного здоровья против пандемии COVID – 19 был организован центр телемедицины. В условиях напряженной эпидемической ситуации в Республике Казахстан и в Алматы, Казахстанско-Российский медицинский университет в срочном порядке организует и создает колл центр телемедицинских консультаций для пациентов с хроническими заболеваниями и больных COVID - 19. Целью которого является предоставление онлайн медицинской помощи населению по профилактике, диагностике, лечению и реабилитации распространенных заболеваний в пандемических условиях, обучение биобезопасности и биозащите населения. КРМУ профилируется на оказание онлайн 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 т.е. видеомониторинг бессимптомных и легких формы пациентов COVID-19, видеомониторинг членов семьи выше указанных пациентов, имеющих отрицательный ПЦР анализ на COVID-19., особенно пожилых и имеющих хронические заболевания независимо от возраста, видеомониторинг пациентов, перенесших COVID-19 пневмонию и выписанных на амбулаторный этап, также диспансеризация в видеонаблюдением за пациентами, имеющими хронические заболевания (сахарный диабет, ожирение, артериальная гипертензия, ХОБЛ, болезни почек итд) и высокий риск развития пневмонии выявление первых симптомов пневмонии и направление их на госпитализацию.

Ключевые слова: телемедицина, Колл-центр, COVID-19, консультационный центр, обучение биобезопасности и биозащите населения, видео мониторинг, пациент.

Введение. 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]. 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.

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 по-

мощь [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 вышеуказанных 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 итд) и высокий риск развития пневмонии выявление первых симптомов пневмонии и направление их на госпитализацию.

В условиях напряженной эпидемической ситуации в Республике Казахстан и в Алматы, данные центры не всегда могут консультировать всех нуждающихся пациентов вследствие загруженности сетевых линий и участвовавших 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 онлайн 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, заведующими кафедрами).

Так, организована 1 линия специалистов – медицинские диспетчера, которые принимают одновременно 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 одновременно 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 условиях 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-medicinskoj-pomoshchi-snizilo-nagruzku-na-koechnyy-fond-almaty-k-nadyrov-276585>

**COVID – 19 ПЕНДЕМИЯСЫНДАҒЫ ҚАУІПТІ АУРУЛАРҒА АРНАЛҒАН
ТЕЛЕМЕДИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҚТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ**

**Н.Т. Джайнакбаев, А.П. Ли, А.Т. Маншарипова, М.Н. Джайнакбаев,
Ж.А. Иманбаева, З.Н. Лигай, Н.К. Оспанбекова, И.Н. Ибрагимова, А.В. Вдовцев,
Х.Ш. Кашикова, Н.Б. Дюсенов**

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

Қоғамдық денсаулықты жақсарту үшін covid-19 пандемиясына қарсы телемедицина орталығы ұйымдастырылды. Қазақстан Республикасында және Алматыда эпидемиялық жағдайдың шиеленіскен жағдайында Қазақстан - Ресей медицина университеті шұғыл түрде созылмалы аурулары бар және covid-19 бар науқастар үшін телемедициналық консультациялар Орталығын ұйымдастырып, қол құрады. Оның мақсаты-пандемия жағдайында таралған аурулардың алдын алу, диагностикалау, емдеу және оналту бойынша Халыққа онлайн медициналық көмек көрсету, халықты биоқауіпсіздікке және биоқорғауға үйрету. ҚРМУ терапиялық, инфекциялық, гинекологиялық, неврологиялық, жүрек-тамыр, эндокриндік, пульмонологиялық сипаттағы жалпы ауруларға онлайн-медициналық көмек көрсетуге, кәсіпорындардың биологиялық қауіпсіздігін ұйымдастыруға, халықтың әлеуметтік қорғалмаған топтарына еріктілік және әлеуметтік-медициналық көмек көрсетуге бағытталған. E.covid-19 пациенттерінің симптомсыз және жеңіл түрлерінің бейне мониторингісі, covid-19 теріс ПТР талдауы бар көрсетілген пациенттерден жоғары отбасы мүшелерінің бейне мониторингісі., әсіресе егде жастағы және жасына қарамастан созылмалы аурулары бар адамдарға, covid-19 пневмониясын бастан өткерген және амбулаториялық кезеңге шығарылған пациенттерге бейнемониторинг, сондай-ақ созылмалы аурулары (қант диабеті, семіздік, артериялық гипертензия, ӨСОА) бар пациенттерге бейнебақылау жүргізу, бүйрек аурулары және т.б.) және пневмонияның даму қаупі жоғары пневмонияның алғашқы белгілерін анықтау және оларды ауруханаға жатқызу.

Кілт сөздер: телемедицина, Колл-орталық, COVID-19, консультациялық орталық, биоқауіпсіздік және халықты биоқорғау бойынша оқыту, видео мониторинг, науқас.

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

**N.T. Jainakbayev, A.P. Li, A.T. Mansharipova, M.N. Jainakbayev,
Zh.A. Imanbayeva, Z.N. Ligai, N.K. Ospanbekova, I.N. Ibragimova,
A.V. Vdovtsev, H.Sh. Kashikova, N.B. Dyusenov**
NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

A telemedicine center was organized to improve public health against the COVID–19 pandemic. In the conditions of a tense epidemic situation in the Republic of Kazakhstan and in Almaty, the Kazakh-Russian Medical University urgently organizes and creates a call center for telemedicine consultations for patients with chronic diseases and COVID - 19 patients. The purpose of which is to provide online medical care to the population for the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of common diseases in pandemic conditions, training in biosafety and biosecurity of the population. KRMU is profiled to provide online medical care for common diseases of therapeutic, infectious, gynecological, neurological, cardiovascular, endocrine, pulmonological nature, assisting in the organization of biosafety of enterprises, volunteer and socio-medical assistance to socially unprotected groups of the population. E.video monitoring of asymptomatic and mild forms of COVID-19 patients, video monitoring of family members of the above-mentioned patients who have a negative PCR test for COVID-19., especially the elderly and those with chronic diseases regardless of age, video monitoring of patients who have had COVID-19 pneumonia and discharged to the outpatient stage, as well as medical examination in video surveillance of patients with chronic diseases (diabetes mellitus, obesity, hypertension, COPD, kidney disease, etc.) and a high risk of developing pneumonia identifying the first symptoms of pneumonia and referring them to hospitalization.

Key words: telemedicine, Call - center, COVID - 19, consulting center, biosafety and biosecurity training of the population.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АКТУАЛИЗАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В САМОИЗОЛЯЦИИ ПРИ COVID - 19

А.Ю. Толстикова

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Аннотация

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. Преобладающей 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 завершённые 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 вы-

является 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 возбужденного 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, отражающую 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 поугубить». 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 преде-

лах 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 необдуманно 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 распространности психических расстройств в Республике Ка-

захстан (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 комплексного 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 2005 г. (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.

COVID - 19 КЕЗІНДЕ ӨЗІН-ӨЗІ ОҚШАУЛАУДА СУИЦИДТІК МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫ ӨЗЕКТЕНДІРУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

А.Ю. Толстикова

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МЕМБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Түйінді

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

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

A CLINICAL CASE OF ACTUALIZATION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN SELF-ISOLATION IN COVID – 19

A.Y. Tolstikova

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

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.

Key words: depression, suicidal behavior, COVID - 19.



МАЗМҰНЫ

ӘДЕБИ ШОЛУЛАР

Психикалық денсаулық және індет COVID - 19
Н.Т. Джайнакбаев, С.З. Ешимбетова 10

Covid-19 пандемиясы және балалар мен жасөспірімдердің
психикалық денсаулығы
В.К. Абдуллаева 13

Психикалық ауруларды дестигматизациялау мәселелері
бойынша халықаралық тәжірибені зерделеу
Н.Б. Есімов, Ұ-Қ.М. Бейсенбай 18

Жанашырлықты білдіру тәсілі ретінде дәрігердің сөйлеуі
М.А. Раимбекова, А.Б. Сайбеков 24

БІРТУМА ЗЕРТТЕУЛЕР

Дағыстан Республикасында өзін-өзі оқшаулау кезеңінде
жалғыздықтың невротизация деңгейіне әсері
Н.Р. Моллаева, А.С. Дамадаева 26

Жалпы тәжірибелік дәрігерінің covid-19 пендемиясы
кезіндегі психикалық денсаулық қызметінің интеграциясы
С.З. Ешимбетова, К.Т. Сарсембаев 29

Алматы қаласының ауа ластануының балалар денсаулық
жағдайына әсері
(зерттеу материалдары мен әдістері)
Н.Т. Джайнакбаев, Б. Жандосқызы 32

Қарттардың артериялық гипертониясы кезінде әлеуметтік-
профилактикалық көмек
А.Т. Маншарипова, Г.В. Шокарева, А.К. Ешманова,
А.И. Нуфтиева, А. Сыздыкова, Т. Сальменова, Р. Кумар,
Д. Маншарипов, Л. Губашева 35

Қазақстан Республикасындағы алғашқы
сырқаттанудың өзгеру үрдісі
С.Н. Третьякова, А.О. Турсун, Т.Х. Хабиева,
М.В. Давыденко, М. Куртюкова 37

Алматы қаласының шолғыншы ұйымдар арасындағы жрви
және гөз ауруханаға жатқызу бойынша эпидемиологиялық жағдай
Т.Х. Хабиева, С.Н. Третьякова, М.М. Ешанова 42

Covid-19 пендемиясындағы қауіпті ауруларға арналған
телемедициналық орталықты ұйымдастыру
Н.Т. Джайнакбаев, А.П. Ли, А.Т. Маншарипова,
М.Н. Джайнакбаев, Ж.А. Иманбаева, З.Н. Лигай,
Н.К. Оспанбекова, И.Н. Ибрагимова, А.В. Вдовцев,
Х.Ш. Кашикова, Н.Б. Дюсенов 47

КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Covid - 19 кезінде өзін-өзі оқшаулауда суйцидтік мінез-
құлықты өзектендірудің клиникалық жағдайы
А.Ю. Толстикова 50

CONTENT

REVIEWS

Mental health and pandemic COVID - 19
N.T. Jainakbayev, S.Z. Yeshimbetova 10

COVID - 19 pandemic and mental health of children
and adolescents
V.K. Abdullaeva 13

Study of international experience on the destigmatization
of mental illness
N.B. Yessimov, U-K.M. Beisenbay 18

The doctor's speech as a way of expressing empathy
M.A. Raimbekova, A.B. Saybekov 24

ORIGINAL ARTICLES

Influence of loneliness on the level of neuroticism during the
period of self - isolation in the Republic of Dagestan
N.R. Mollayeva, A.S. Damadaeva 26

Integration of a general practice doctor with mental health
service during the COVID - 19 pandemic
S.Z. Yeshimbetova, K.T. Sarsembaev 29

Influence of air pollution on the health
of children in Almaty
(research materials and methods)
N.T. Jainakbayev, B. Zhandoskyzy 32

Social and preventive care for arterial hypertension
in the elderly
A.T. Mansharipova, G.V. Shokareva, A.K. Eshmanova,
A.I. Nuftieva, A. Syzdykova, T. Salmenova, R. Kumar,
D. Masharipov, L. Gubasheva 35

Trends in primary morbidity
in the Republic of Kazakhstan
S.N. Tretyakova, A.O. Tursun, T.H. Khabieva,
M.V. Davydenko, M. Kurtyukova 37

Epidemiological situation of hospitalization ARVI
and GPP among sentinel organizations in Almaty
T.H. Khabieva, S.N. Tretyakova, M.M. Eschanova 42

Organization of a telemedical advisory center for common
diseases in the COVID - 19 pandemic
N.T. Jainakbayev, A.P. Li, A.T. Mansharipova,
M.N. Jainakbayev, Zh.A. Imanbayeva, Z.N. Ligai,
N.K. Ospanbekova, I.N. Ibragimova, A.V. Vdovtsev,
H.Sh. Kashikova, N.B. Dyusenov 47

CLINICAL CASE

A clinical case of actualization of suicidal behavior in self-
isolation in COVID – 19
A.Y. Tolstikova 50

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР

Абдуллаева В.К., м.ғ.д., Ташкент Педиатриялық Медициналық Институты, Өзбекстан, Ташкент қ., (<https://orcid.org/0000-0003-1763-2461>), SPIN: 9046-6948, Author-ID: 966518.

Бейсенбай Ұ-Қ.М., «С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ», Қазақстан, Алматы қ.

Вдовцев А.В., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ «Қоғамдық денсаулық сақтау» мамандығы бойынша 1-ші оқу жылының магистранты, Қазақстан, Алматы қ. (<https://orcid.org/0000-0001-9604-0902>)

Губашева Л., Жас дәрігерлер қауымдастығы, Қазақстан, Алматы қ.

Джайнакбаев Н.Т., м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ., (<https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>)

Джайнакбаев М.Н., м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ. (<https://orcid.org/0000-0002-3740-9550>)

Дамадаева А.С., «Дағыстан білім беруді дамыту институты» Дағыстан, Ресей қ.

Давыденко М.В., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ., (<https://orcid.org/0000-0002-5104-7533>)

Дюсенов Н.Б., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Ешимбетова С.З., м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ., (<https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>)

Есимов Н.Б., Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы, Қазақстан, Алматы қ.

Ешанова М.М., «ҚДСЖМ» Қазақстан медицина университеті, Қазақстан, Алматы қ.

Ешманова А.К., С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Қазақстан, Алматы қ.

Жандосқызы Б., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Иманбаева Ж.А., м.ғ.к., доцент, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ. (<https://orcid.org/0000-0003-4764-8149>)

Ибрагимова И.Н., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Кумар Р., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Куртюкова М., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Кашикова Х.Ш., м.ғ.д., профессор, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ., (<http://orcid.org/000-0001-6523-1684>)

Ли А.П., магистрант, «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Лигай З.Н., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Моллаева Н.Р., РФ ДСМ «Дағыстан мемлекеттік медицина университеті» Федералдық мемлекеттік бюджеттік жоғары білім беру мекемесі, Дағыстан, Махачкала қ.

Маншарипова А.Т., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Маншарипов Д., Жас дәрігерлер қауымдастығы, Қазақстан, Алматы қ.

Нуфтиева А.И., «С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ», Қазақстан, Алматы қ.

Оспанбекова Н.К., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Раимбекова М.А., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Сайбеков А.Б., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Сарсембаев К.Т., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МEBБМ, Қазақстан, Алматы қ.

Сальменова Т., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Сыздыкова А., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Третьякова С.Н., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Толстикова А.Ю., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Турсун А.О., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Хабиева Т.Х., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

Шокарева Г.В., «Қазақстан-Ресей медициналық университеті», Қазақстан, Алматы қ.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаева В.К., д.м.н., Ташкентский педиатрический медицинский институт, Узбекистан, г. Ташкент, (<https://orcid.org/0000-0003-1763-2461>), SPIN: 9046-6948, Author ID: 966518.

Бейсенбай Ү-Қ.М., «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы

Вдовцев А.В., магистрант 1-го года обучения по специальности «Общественное здравоохранение» «НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы (<https://orcid.org/0000-0001-9604-0902>)

Губашева Л., Ассоциация молодых медиков, Казахстан, г. Алматы

Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы, (<https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>)

Джайнакбаев М.Н., д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы, (<https://orcid.org/0000-0002-3740-9550>)

Дамадаева А.С., ГБОУ ДПО «Дагестанский институт развития образования» РФ, Дагестан, г. Россия

Давыденко М.В., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы, (<https://orcid.org/0000-0002-5104-7533>)

Дюсенов Н.Б., «НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы

Ешимбетова С.З., д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы, (<https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>)

Есимов Н.Б., Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы, Қазақстан, Алматы қ.

Ешанова М.М., Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», Казахстан, г. Алматы

Ешманова А.К., КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, Казахстан, г. Алматы

Жандоскызы Б., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Иманбаева Ж.А., к.м.н., доцент, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Ибрагимова И.Н., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Кумар Р., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Куртюкова М., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Кашикова Х.Ш., д.м.н., профессор, «НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», Казахстан, г. Алматы, (<http://orcid.org/000-0001-6523-1684>)

Ли А.П., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Лигай З.Н., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Моллаева Н.Р., Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Дагестан, г. Махачкала

Маншарипова А.Т., д.м.н., профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы, (<https://orcid.org/0000-0002-5318-0995>), SPIN-код: 2020-3231, Author ID: 616630

Маншарипов Д., Ассоциация молодых медиков, Казахстан, г. Алматы

Нуфтиева А.И., «КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова», Казахстан, г. Алматы

Оспанбекова Н.К., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Раимбекова М.А., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Сайбеков А.Б., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Сарсембаев К.Т., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Сальменова Т., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Сыздыкова А., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Третьякова С.Н., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Толстикова А.Ю., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Турсун А.О., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Хабиева Т.Х., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

Шокарева Г.В., НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» Казахстан, г. Алматы

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Abdullaeva V.K., MD, Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan, Tashkent, (<https://orcid.org/0000-0003-1763-2461>), SPIN: 9046-6948, Author-ID: 966518.

Beisenbay U-K.M., «KazNMU named S.D. Asfendiyarov», Kazakhstan, Almaty

Damadaeva A.S., «Dagestan Institute of education development», Dagestan, Russian

Davydenko M.V., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, (<https://orcid.org/0000-0002-5104-7533>)

Dyusenov N.B., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

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

Eshmanova A.K., KazNMU named S.D. Asfendiyarov, Kazakhstan, Almaty

Gubasheva L., Association of young doctors of Almaty, Kazakhstan, Almaty

Imanbayeva Zh.A., candidate of medicine, Ass. Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Ibragimova I.N., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Jainakbayev N.T., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, (<https://orcid.org/0000-0002-0579-8109>)

Jainakbayev M.N., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, (<https://orcid.org/0000-0002-3740-9550>)

Kumar R., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Khabieva T.H., NEI «Kazakh - Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Kurtyukova M., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Kashikova H.Sh., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Li A.P., master student, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Ligai Z.N., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Mollayeva N.R., FSBEO HE «Dagestan state medical University», Makhachkala, Russian

Mansharipova A.T., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, (<https://orcid.org/0000-0002-5318-0995>), SPIN-код: 2020-3231, Author ID: 616630

Mansharipov D., Association of young doctors of Almaty, Kazakhstan, Almaty

Nuftieva A.I., «KazNMU named S.D. Asfendiyarov», Kazakhstan, Almaty

Ospanbekova N.K., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Raimbekova M.A., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Saybekov A.B., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Salmenova T., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Shokareva G.V., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Szydykova A., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Tretyakova S.N., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Tursun A.O., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Tolstikova A.Y., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Vdovtsev A.V., master student, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, (<https://orcid.org/0000-0001-9604-0902>)

Yeshimbetova S.Z., MD, Professor, NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty, (<https://orcid.org/0000-0002-3477-2565>)

Yessimov N.B., Republican scientific and practical center for mental health, Kazakhstan, Almaty

Zhandoskyzy B., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ ТРЕБОВАНИЯ К РУКОПИСЯМ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫМ В ЖУРНАЛ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» - рецензируемый междисциплинарный научно-практический журнал, который публикует результаты оригинальных исследований, литературные обзоры, случаи из практики, связанные с клинической медициной и общественным здоровьем. Авторами статей и основной читательской аудиторией издания являются специалисты здравоохранения, практикующие врачи, научные работники НЦ, НИИ и педагогические работники ОВПО из Казахстана, стран СНГ и дальнего зарубежья, докторанты и магистранты в области медицины и общественного здоровья.

Основная тематическая направленность - публикация материалов в журнале «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» по образованию, организации здравоохранения, медицинской науке и практике. Полнотекстовые версии выпусков журнала доступны на сайте: <https://med-info.kz/>.

Журнал «Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины» издается с 2011 года и был зарегистрирован в Комитете информации Министерства информации и общественного развития Республики Казахстан (свидетельство о регистрации №12178-ж от 29.12.2011 г.)

Журнал состоит из **разделов**:

Литературные обзоры

- Оценочные
- Исследовательские
- Инструментальные
- Систематические

Оригинальные статьи

- Экспериментальная и теоретическая медицина
- Клиническая медицина
- Общественное здравоохранение
- Медицинское образование

Клинические случаи

Периодичность издания - **1 раз в квартал**.

ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛОВ

1. В редакцию направляются полностью оформленные статьи в электронном варианте.

2. Файл называть по фамилии первого автора (Иванов.doc или Иванов1.doc, Иванов2.doc).

3. Направление в редакцию работ, опубликованных в других изданиях или посланных в другие редакции, не допускается.

4. Статьи, оформленные авторами не в соответствии с настоящими требованиями, возвращаются без рассмотрения.

5. Редакция вправе сокращать статьи и при необходимости вносить в них поправки.

6. Все статьи рецензируются.

Электронный вариант рукописи готовится в программе Ms Word

Представляемый материал должен являться оригинальным

и неопубликованным ранее в других печатных изданиях. Статья может представляться на казахском, русском и английском языках. Текст статей будет проверен программой проверки уникальности текста (антиплагиат). Оригинальность текста статьи должна быть не менее - 70%.

Статья в формате: А4 — 212×297 мм, все поля - 2,5 см, межстрочный - 1,5 интервал, шрифта — 12 пт (Times New Roman), отступ 10 мм, формат набора – Ms Word.

***Авторы должны хранить копии всего представленного материала.**

Титульная часть:

1. УДК (Универсальная десятичная классификация). Этот код обязателен для всей издательской продукции и поиска информации по точным и естественным наукам. Справочник по УДК можете см.здесь: <https://teacode.com/online/udc/>.

2. Межгосударственный рубрикатор научно-технической информации (далее – МРНТИ) - предназначен для единой тематической систематизации научно-технической информации (далее – НТИ). Межгосударственный рубрикатор НТИ является основой системы рубрикаторов, создаваемых и используемых в органах НТИ. Межгосударственный рубрикатор НТИ представляет собой иерархическую классификационную систему с универсальным тематическим охватом. Справочник по МРНТИ можете см. здесь: <https://gmti.ru/>.

3. Название статьи, которое должно быть кратким (не более 10 слов), но информативным – на 3-х языках.

4. Инициалы и фамилия каждого автора и на 3-х языках.

5. Место работы, страна, город. Полное название всех организаций, страны и города к которым относятся авторы и на 3-х языках.

Авторство:

Все лица, обозначенные как «авторы», должны соответствовать критериям этого понятия. Участие каждого «автора» в работе должно быть достаточным для того, чтобы принять на себя ответственность перед общественностью за ее содержание. Право быть автором должно основываться только на значительном вкладе в: а) концепцию или план исследований, или анализ, интерпретацию данных; б) написание варианта, первичную подготовку статьи или критический ее разбор с целью внесения важного интеллектуального содержания; в) на одобрении окончательного варианта, который сдается в печать. За любую часть статьи, критически важную для ее главных выводов, должен нести ответственность, по крайней мере, один из авторов.

Аннотация и ключевые слова:

Аннотация объемом - 300 слов и ключевые слова (не более 5-10 слов), должны быть представлены на английском, русском и казахском языках. В аннотации после названия и авторов статьи должны быть кратко изложены цели исследования, основные процедуры (отбор объектов исследования, методы) и основные выводы. Выделите новые и важные аспекты исследования или наблюдения.

Текст:

Текст статьи, содержащий результаты оригинального исследования (наблюдений или экспериментов), обычно, но не обязательно, делится на разделы:

- Введение (с указанием цели исследования);
- Материалы и методы;
- Результаты;
- Обсуждение и заключение;
- Выводы.

Сокращения слов, терминов расшифровываются при первом упоминании в тексте.

Цифровой материал - представляется, как правило, в виде таблиц, располагающихся в вертикальном направлении листа. Они должны иметь порядковый номер, название, заголовки граф должны точно соответствовать их содержанию. Иллюстрации (фотографии, рисунки, чертежи и т. д.) - должны иметь порядковый номер, наименование, содержать объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений, сведения об увеличении, методе окраски или импрегнации материала (в обязательном порядке предоставляется электронный вариант). Данные рисунков не должны повторять данные таблиц. Качество иллюстраций должно обеспечивать их четкое воспроизведение, фотографии должны быть контрастными, черно-белыми или цветными. На каждой иллюстрации ставится порядковый номер, фамилия автора и пометка «верх». Фотографии авторам

не возвращаются. Электронный вариант фотографий и рисунков должен быть выполнен в формате.jpg (показатель качества не ниже 8), .tif (без сжатия, 300 dpi), диаграммы и графики - в формате .doc или .xls. (программа Excel). В диаграммах и графиках должны быть четко подписаны оси и значения данных. Наличие таблицы данных, по которым строится график или диаграмма, обязательно. Черно-белые полутоновые изображения должны быть сохранены как grayscale. Носители: CD-диски, USB-flash. Дополнительно предоставляется возможность опубликования иллюстраций к статье в виде цветных вкладок.

Библиографические данные:

Список литературы должен представлять собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.0.5–2008. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках цифрами в соответствии со списком литературы, в котором цитируемые работы перечисляются: отечественные, зарубежные. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

Нумеруйте ссылки в порядке упоминания в тексте. Обозначайте все ссылки цифрами в квадратных скобках [1; 2]. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи.**Образец**Описание русскоязычного варианта статьи из журнала:

1. Krasovskiy G.N., Yegorova N.A., Bykov I.I. Methodology of harmonizing hygienic standards for water substances, and its application to improving sanitary water legislation. Vestnik RAMN. 2006; 4: 32—6 (in Russian).

Описание статьи из электронного журнала:

2. Белозеров Ю.М., Довгань М. И., Османов И. М. и др. Трофотропное влияние карнитена у подростков с пролапсом митрального клапана и повышенной утомляемостью. 2011. Available at: http://ecat.knmu.edu.ua/cgi-bin/irbis64r_12/cgiirbis_64.exe

Описание русскоязычной книги (монографии, сборника):

3. Pokrovskiy V.M., Korot'ko G. F., eds. Human physiology. 3rd ed. Moscow: Meditsina; 2013. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса:

4. APA Style (2011). Available at: <http://www.apastyle.org/apa-style-help.aspx> (accessed 5 February 2011).

Описание диссертации:

5. Semenov V. I. Mathematical Modeling of the Plasma in the Compact Torus: diss. Moscow; 2003. (in Russian).

Описание ГОСТа:

6. State Standard 8.586.5—2005. Method of measurement. Measurement of flow rate and volume of liquids and gases by means of orifice devices. Moscow: Standartinform Publ.; 2007. (in Russian).

Описание патента:

7. Palkin M. V. The Way to Orient on the Roll of Aircraft with Optical Homing Head. Patent 2280590, RF; 2006. (in Russian).

***Автор несет ответственность за правильность библиографических данных**

**ДИЗАЙН, ВЕРСТКА,
ДОПЕЧАТНАЯ ПОДГОТОВКА, ПЕЧАТЬ
ТОО «ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «SEVEN MASS MEDIA»**

050012, Республика Казахстан
г. Алматы, ул. Кабанбай батыра, 121
тел.: +7 727 293 05 19
info@sciencemedicine.kz



КАЗАХСТАНСКО-РОССИЙСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ОСНОВАН В 1992 ГОДУ