



тоқсан сайын шығатын
Ақ Желең
кәсіби медициналық, тәжірибелік және әдеби журнал

№ 1/03/2015

Шабысқа толғы

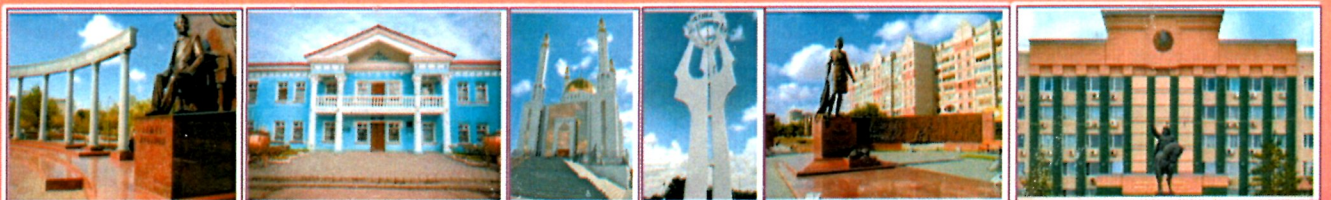


жыл

1935 - 2015

лет успеха

years of Leadership



тоқсан сайын шығатын
Ақ Желең
кәсіби медициналық, тәжірибелік және әдеби журнал

Меншік иесі-«Ақтөбе медициналық колледжі» МКҚК

Собственник-ГККП «Актюбинский медицинский колледж»



ҚР Инвестициялар және даму министрлігі
Байланыс, ақпараттандыру және ақпарат
комитетіне 26.12.2014ж. тіркеліп, журналға
№ 15040-Ж куәлігі берілген

Свидетельство о постановке на учет
№ 15040-Ж от 26.12.2014г. выдано Министерством
по инвестициям и развитию Республики Казахстан,
Комитетом связи, информатизации и информации

Бас редактор: м.ғ.д., доцент М.Х. КУЗБАКОВ
Бас редактордың орынбасары: І.Е. ТАЖГУЛОВА

Главный редактор: к.м.н., доцент М.Х. КУЗБАКОВ
Заместитель главного редактора: И.Е. ТАЖГУЛОВА

Редакциялық ұжым:

Н.І. ЕСЕНҒАЗЫ
Г.Ш. САҒНАЕВА
А.С. НАУРУЗБАЕВА
Г.А. КУЛЬДЕЕВА

Редакционная коллегия:

Н.И. ЕСЕНҒАЗЫ
Г.Ш. САҒНАЕВА
А.С. НАУРУЗБАЕВА
Г.А. КУЛЬДЕЕВА

Редакциялық кеңес:

Е.В. ГОРШЕНИНА - (Ресей)
С.Қ. МҰРАТБЕКОВА - м.ғ.д., профессор (Көкшетау)
С.В. ПЫЛАЕВ - (Ресей)
Қ.Қ. САБЫР - м.ғ.д., профессор (Ақтөбе)
Ж.Б. САМУРАТОВА - (Ақтөбе)
С.Т. СЕЙДУМАНОВ - м.ғ.д., профессор (Алматы)
Н.М. ШУМБАЛОВ - (Батыс Қазақстан облысы)

Редакционный совет:

Е.В. ГОРШЕНИНА - (Россия)
С.К. МУРАТБЕКОВА - д.м.н., профессор (Кокшетау)
С.В. ПЫЛАЕВ - (Россия)
К.К. САБЫР - д.м.н., профессор (Актобе)
Ж.Б. САМУРАТОВА - (Актобе)
С.Т. СЕЙДУМАНОВ - д.м.н., профессор (Алматы)
Н.М. ШУМБАЛОВ - (Западно Казахстанская область)

Корректорлар:

М.С. АБИТОВА
Р.Б. ЖАЗЫКОВА
Г.К. ИСПАНОВА

Корректоры:

М.С. АБИТОВА
Р.Б. ЖАЗЫКОВА
Г.К. ИСПАНОВА

Бетті көркемдеп, қаттаған: А.Б. МУСИНА

Дизайн и верстка: А.Б. МУСИНА

Редакцияның және баспахананың мекен-жайы.
463022, Ақтөбе қ., Шернияз к., 18
Телефон: 8 7132 - 90 - 67 - 32
E-mail: info@akzhelen.kz

Почтовый адрес редакции и типографии.
463022, г. Актюбе, ул. Шернияза, 18
Телефон: 8 7132 - 90 - 67 - 32
E-mail: info@akzhelen.kz

Шыққан күні: 26 наурыз 2015 жыл
Таралымы: 500 дана
Тапсырыс: № 0000001

Дата выпуска: 26 марта 2015 год
Тираж: 500 экз.
Заказ: № 0000001

1.	2015 ЖЫЛЫ АҚТӨБЕ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ДАМУЫ.	11
	РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ 2015.	11
	THE DEVELOPMENT OF HEALTH SERVICE OF AKTOBE REGION.	11
2.	А.М. Латыпова, Н.Н. Бисенова МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ КӘСІБИ ДАМУЫ	12
	А.М. Латыпова, Н.Н. Бисенова ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ.	12
	A. M. Latypova, N. N. Bisenova PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF MEDICAL SPECIALISTS.	12
3.	І. Алмас ТАБЫСҚА ТОЛЫ 80 ЖЫЛ.	15
	И. Алмас 80 ЛЕТ УСПЕХА.	15
	I. Almas 80 YEARS FULL OF SUCCESS.	15
4.	Қ.Ж. Сапарғалиева ЖИТС ҚЫЗМЕТІНЕ 25 ЖЫЛ	17
	К.Ж. Сапарғалиева СЛУЖБЕ СПИД - 25 ЛЕТ.	17
	K.Zh. Sapargalieva 25 YEARS TO THE AIDS SERVICE	17
5.	А.С. Наурузбаева ОРТА БУЫН МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ АҚТӨБЕЛІК АССОЦИАЦИЯСЫ	21
	А.С. Наурузбаева АКТЮБИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	21
	A.S.Naurizbaeva AKTOBE ASSOCIATION OF MIDDLE MEDICAL SPECIALISTS	21
6.	Б.К. Ержанова ЖҮРЕК - ӨКПЕ РЕАНИМАЦИЯСЫНЫҢ КЕЗЕҢДЕРІ	23
	Б.К. Ержанова ЭТАПЫ СЕРДЕЧНО - ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ	23
	B. K. Yerzhanova STAGES OF CARDIOPULMONARY RESUSCITATION	23
7.	Ш.Т. Бубнова АЛҒАШҚЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ САНИТАРЛЫҚ КӨМЕКТЕГІ ОРТА БУЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕР ЖҰМЫСЫН ҰЙЫМДАСТЫРУ	25
	Ш.Т. Бубнова ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПМСП.	25
	Sh. T. Bubnova THE ORGANIZATIONAL WORK OF NURSES	25
8.	Г.Ш. Нукушева ТЕМІРЖОЛ АУРУХАНАСЫ	28
	Г.Ш. Нукушева ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНАЯ БОЛЬНИЦА	28
	G.Sh. Nukusheva AKTOBE RAILWAY HOSPITAL	28
9.	В.И. Куш БАЛАЛАРДАҒЫ БРОНХИТІҢ ТҮРЛЕРІ	31
	В.И. Куш БРОНХИТЫ У ДЕТЕЙ	31
	V.I. Kusch CHILDREN'S BRONCHITIS.	31

10.	Ж.Ж. Киякбаева ЕМДЕУ АЛДЫН АЛУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕГІ МЕЙІРБИКЕЛЕР ҮШІН ҚАУІП ФАКТОРЫ	33
	Ж.Ж. Киякбаева ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛПУ	33
	Zh.Zh. Kiyakbaeva RISK FACTORS FOR NURSES IN HOSPITALS	33
11.	Г.С. Жумашева ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУ	38
	Г.С. Жумашева ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА	38
	G.S. Zhumasheva PREVENTION OF TUBERCULOSIS	38
12.	Л.И. Сукашева МЕДБИКЕНІҢ ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ РӨЛІ	40
	Л.И. Сукашева РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	40
	L.I. Sukasheva THE ROLE OF THE NURSE IN THE PROVISION OF PALLIATIVE CARE	40
13.	Л.С. Жунусова ОҚЫТУДЫҢ СИМУЛЯЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ	43
	Л.С. Жунусова СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ	43
	L.S. Zhunusova SIMULATION TECHNOLOGIES IN TEACHING	43
14.	А.А. Куздыбаева АҚТӨБЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖІНДЕ МҮМКІНШІЛІГІ ШЕКТЕУЛІ СТУДЕНТТЕРДІ ИНКЛЮЗИВТІ ОҚЫТУ	44
	А.А. Куздыбаева ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В АКТЮБИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ	44
	A.A. Kuzdybaeva EDUCATION OF VISUALLY IMPAIRED MASSEURS	44
15.	А.С. Кубдашева ДЕНСАУЛЫҚТЫ НЫҒАЙТУ - ӨМІРДІ ҰЗАРТУ	56
	А.С. Кубдашева ПОДДЕРЖИМ ЗДОРОВЬЕ - ПРОДЛИМ СТАРОСТЬ	56
	A.S. Kubdasheva SUPPORT HEALTH - EXTEND OLD AGE	56
16.	Н. Әбуова ЕҢ БАСТЫ БАЙЛЫҚ - АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫ	60
	Н. Абуова САМОЕ ГЛАВНОЕ БОГАТСТВО - ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА	60
	N. Abyova THE MAIN WEALTH IS THE HUMAN HEALTH	60
17.	М.Ж. Аманғалиева АУДАНДЫҚ АУРУХАНАДАҒЫ МЕДБИКЕЛЕР ЖҰМЫСЫН ҮЙЛЕСТІРУ	62
	М.Ж. Аманғалиева КООРДИНАЦИЯ РАБОТЫ МЕДСЕСТЕР В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ	62
	M.Zh. Amangalieva ORGANIZATION OF NURSES' WORK IN DISTRICT HOSPITALS	62
18.	Д. Бердешова ҰЛТ САУЛЫҒЫ - ЕЛ БАЙЛЫҒЫ	64
	Д. Бердешова ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ - БОГАТСТВО ГОСУДАРСТВА	64
	D. Berdeshova HEALTH OF NATION IS WEALTH OF THE COUNTRY	64

СТРАТЕГИЧЕСКИЙ ПЛАН УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2014 – 2018 ГОДЫ

Раздел 1. Миссия и видение

Миссия: Улучшение здоровья граждан Актюбинской области путем эффективной реализации государственной политики, осуществления межотраслевой координации и государственного регулирования предоставления услуг в области здравоохранения.

Видение: Эффективная и доступная система здравоохранения, отвечающая потребностям населения.

Раздел 2. Анализ текущей ситуации и тенденции развития здравоохранения области.

1. Стратегическое направление: Укрепление здоровья граждан и снижение уровня смертности.

1.1) Основные параметры развития здравоохранения области

За период реализации 1 этапа Государственных программ «Саламатты Казахстан» и развития территории Республики Казахстан на 2011-2015 годы (далее – Госпрограмма и ПРТ) в медико-демографической ситуации и показателях, характеризующих здоровье населения, отмечена следующая положительная динамика:

- повышение уровня рождаемости населения с 22,15 (в 2010г.) до 23,05(в 2012г.) на 1 000 населения;
- стабилизация показателя общей смертности – 7,55 (2010г. – 7,76) на 1 000 населения;
- увеличение коэффициента естественного прироста населения до 15,5 (2010г. –14,39) на 1 000 населения.

Численность населения в области увеличилась по сравнению с 2010 годом (777,5 тыс. человек), на конец 2012 года составила 795,8 тыс. человек.

Ожидаемая продолжительность жизни, по предварительным данным, в 2012 году возросла и составила 70,29 лет (2010г. – 69,28 лет). По этому показателю Актюбинская область находится на 5-м месте среди 16 регионов.

За прошедший трехлетний период наблюдается снижение некоторых показателей распространенности и смертности населения от социально значимых заболеваний.

1.2) Анализ основных проблем

Основным программным документом областного управления здравоохранения стала новая Государственная Программа развития здравоохранения на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан», утвержденный Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года № 1113.

Основными задачами этой Программы являются:

- усиление межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан;
- усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально- значимых заболеваний и травм;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия;
- развитие и совершенствование Единой национальной системы здравоохранения;
- совершенствование медицинского, фармацевтического образования, развитие и внедрение инновационных технологий в медицине;
- повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой.

Приоритетами Государственной программы и Стратегического плана являются - совершенствование профилактики заболеваний, в особенности сердечно-сосудистых, онкологических, сахарного диабета, туберкулеза, травматических повреждений, обладающих наиболее высоким потенциалом воздействия на показатели общественного здоровья, снижение материнской и детской смертности, формирование здорового образа жизни.



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

А.М. Латыпова, Н.Н. Бисенова

Департамент комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан по Актыобинской области

В настоящее время приоритетной задачей здравоохранения страны является повышение качества медицинской помощи.

В республике создается стройная система непрерывного профессионального развития (НПР). Система учета зачетных единиц (ЗЕ) является накопительной, позволяющей оценить уровень и интенсивность участия специалиста в процессе непрерывного профессионального развития за отчетный пятилетний период. Она включает начисление и учет зачетных единиц по результатам участия специалиста в различных образовательных мероприятиях НПР. Зачетные единицы учитываются при подтверждении сертификата специалиста для получения квалификационной категории по специальности.

Первичным этапом на пути вступления в самостоятельную профессиональную практику является получение на профессиональную деятельность – сертификат специалиста. Наличие соответствующей квалификационной категории определяет профессиональный уровень специалистов. В 2014 году по Актыобинской области категорийность специалистов со средним медицинским образованием составила: высшая категория – 922 (56,8%), первая – 410 (25,3%), вторая - 291 (17,9%). Получение сертификата специалиста с присвоением и без присвоения квалификационной категории регламентировано приказом Министра здравоохранения от 6 ноября 2009 года № 661 «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения»

Для получения квалификационных категорий специалистами в течение 5 лет должны быть накоплены основные и дополнительные ЗЕ в количестве, соответствующих второй, первой и высшей категориям, согласно таблице 1.

Таблица 1

Квалификационные требования, предъявляемые к претендентам со средним медицинским образованием при присвоении категорий

	Стаж работы	% Тестирования	Участие в мероприятиях, способствующих непрерывному профессиональному развитию			
			Общее количество необходимых ЗЕ	Основные ЗЕ		Дополнительные ЗЕ
				в часах	в ЗЕ	в ЗЕ
Высшая	10	80	254	216	216	38
Первая	6	70	240	216	216	24
Вторая	3	60	108	108	108	-

Основные ЗЕ составляют пройденные часы повышения квалификации. При этом, подлежат учету все виды работ слушателя, определенные рабочими учебными программами, аудиторная и самостоятельная работа слушателя. Для слушателей циклов повышения квалификации 1 час равен 1 ЗЕ; 54 часа – 54 ЗЕ, включающим 36 академических часов лекций, практических занятий, семинаров и других форм организации учебного процесса и 18 часов самостоятельной работы слушателя, способствующей профессиональному развитию.

Дополнительные ЗЕ (теоретические, научные, практические) составляют мероприятия по научно-информационному обмену, научные публикации, участие в семинарах, мастер-классах и другие мероприятия.

Перевод часов повышения квалификации в основные ЗЕ осуществляется организациями образования, реализующими учебные программы дополнительного профессионального образования и отражается в документе об образовании. Перевод мероприятий в дополнительные ЗЕ осуществляется в научных организациях и организациях образования в области здравоохранения, организовавших их проведение

Графики проведения квалификационных экзаменов (прием заявлений, тестирования, собеседования) для специалистов со средним медицинским образованием ежегодно утверждаются территориальными департаментами ККМФД (таблица 2). Проведение квалификационных экзаменов проводится в течение

ТАБЫСҚА ТОЛЫ 80 ЖЫЛ

Ақтөбе аймағындағы медициналық білім беру, осы өңір үшін кадр дайындау ісінің барлығы да 1935 жылы ашылған медбикелер даярлайтын екі жылдық мектептен басталды. Сондықтан да бүгінгі күні сексен жылдық тарихи тойын мерекелеп отырған Ақтөбе медицина колледжін тұтас Батыс Қазақстан аймағы медициналық кадр дайындау мектебінің «іргетасы, негізі» деп атауға әбден болады. 1935 жылдың 4 тамызында Ақтөбеде Халықтық денсаулық сақтау комиссариатының №279 бұйрығымен ашылған медбикелер мектебінде алғашында жергілікті дәрігерлер дәріс оқыды, ал, жалпы білім беретін пәндерден сабақ беруге мектеп мұғалімдері мен Ақтөбе педагогикалық институтының жоғарғы курс студенттері тартылды. Өз жұмысын қазіргі Асау Барақ (бұрынғы Горький) көшесіндегі №3 жетіжылдық мектепте бастаған оқу орынына М.Нұғманов жетекшілік етті.



Бұл мектеп 1941 жылы Ұлы Отан соғысына байланысты майданнан жаралы жауынгерлерді қабылдау мақсатында Ленин (10) (қазіргі Әйтеке би) көшесіндегі аурухананың ғимаратына көшірілді. Жаңа қоныстағы 15 бөлменің бесеуінде науқастар орналастырылса, қалған 10 бөлме оқу кабинеттері мен жатақханаға лайықталды.

Соғыс жылдарының талабына орай медициналық мектепте санитар, медбикелер жеделдетілген, қысқартылған курстарда дайындалды. Сол кездері 170 медбике осы курсты аяқтап шыққан. 1938-49 жылдар аралығында оқу орынына Д.Аманов, Г.Батура, Л.Худашева және В.Власова сияқты мамандар жетекшілік етті. Олар өз кезеңдерінің мүмкіндіктеріне сай мектептің жұмысын жандандырды. Медициналық мектепте балаларды емдеу үшін арнайы медбикелер дайындау ісі 1950 жылдан басталды. Өңірде медициналық кадрге деген тапшылық күннен күнге айқын сезілді. Осылайша қазақ үкіметінің ұсынысымен 1954 жылы Кеңес Одағы Министрлер Кеңесінің №919 жарғысының негізінде медбике даярлайтын мектеп медициналық училище болып қайта

құрылды.

Бір жылдан соң училищеде фельдшерлік және акушерлік бөлімдер ашылды. Мұндағы оқу мерзімі 8 класс көлемінде 3 жыл, 10 класс көлемінде 2 жыл болып бекітілді.

Өткен ғасырдың алпысыншы жылдарынан бастап училищенің мәдени, спорттық, рухани жұмыстарының жеңістері белгілі бола бастады. Бұл кездері арнайы орта білімі жоқ тыңдаушылар үшін кешкі бөлім ашылған еді. 1973-77 жылдар аралығында училищеге Ш.Нұралина басшылық етті. Осы тұста оқу орнына лайықталған жаңа оқу ғимаратының құрылысы басталды.

1974 жылы сәуірде училище К.Либкнехт көшесі, №20 нөмірдегі жаңа ғимаратқа көшірілді. Бес қабатты ғимараттың 1-3 қабатында оқу корпусы орналастырылса, 4-5 қабаттар жатақхана ретінде жабдықталды.

1978-1990 жылдары училищеде тіс технигі және фельдшерлік-зертханалық бөлімдер ашылды.

Өткен ғасырдың 1977-1999 жылдары колледжге А. Миронова жетекшілік жасады. Жиырма жыл оқу орнын басқарған кезде Алла Валентиновна оның оқытушылық құрамының сапалық өсуіне, білім беру сапасын арттыруға көп көңіл бөлді.

Ал, 1994 жылы Денсаулық сақтау Министрлігінің бұйрығымен училище колледж мәртебесіне ауыстырылды.

Бүгінгі күні сексен жылдық тарихы бар Ақтөбе медициналық колледжінің материалдық-техникалық базасы да заман талабына әбден лайықты жабдықталған. Оқу орнының жалпы көлемі – 5961 шаршы метр болса, оның 4662 шаршы метрі – оқу бөлмелеріне арналған. Колледждегі оқу жоспарына сәйкес 68 оқу бөлмесі жалпы білім беретін пәндер, кәсіби білім беретін және арнайы пәндер кабинеті ретінде жабдықталған. 14 - оқу аудиториясы, 2 лингафондық және мультимедиялық кабинет, 130 орындық мәжіліс және салтанат залы, кітапхана мен 40 орындық оқу залы бар.

Студенттер үшін жаңа жиһаз және қажетті тұрмыстық жабдықтармен қамтылған, күрделі жөндеуден өткізіліп, заманауи білім беруге сай құрастырылып, 2013 жылы пайдалануға берілген екінші оқу ғимаратында 150 орындық жатақхана және білім жетілдіру бөлімі, оқу бөлмелері орналасқан.

Инновациялық білім беру талабына сәйкес 5 симуляциялық кабинет жабдықталып, медициналық оқыту манекендері және мүляждар түгелдей сатылып алынды. Жаңа технологиялық жетістіктер білім беру мен тәрбие ісінде тиімді қолданыста.

Осы мақсатта оқытушылар мен студенттердің сапалы жұмыс атқаруы үшін 2 компьютерлік класс,



СЛУЖБЕ СПИД - 25 ЛЕТ

*К.Ж. Сапарғалиева
главная медсестра СПИД центра г.Актобе*

Приказом Министерства здравоохранения Казахской ССР №343 от 12 мая 1989г. «Об организации службы профилактики СПИД в Казахской ССР» при Министерстве КазССР создан Комитет по борьбе со СПИД. На него возложена координация работ органов и учреждений здравоохранения по проблеме СПИД в стране.

Служба по профилактике СПИДа в Актюбинской области была организована 10 января 1990 года. Первоначально организация, которая нацелена на борьбу с болезнью 21 века, не имела даже собственного здания. На протяжении нескольких лет специалисты службы ютились в арендованном помещении «Казхимэлектромонтажа». И только с 1996 года по решению областного управления здравоохранения было выделено здание по адресу: ул. Джамбула д. 4.

Одними из первых сотрудников центра, которые по сей день вкладывают свой труд в развитие службы, были заместитель главного врача - Туребаева Айбарша Махмутовна, заведующая лечебно-профилактическим отделом - Шолжанова Умит Ибрагимовна, лаборант – Рабаева Гулсिम Игликовна и я, старшая медсестра - Сапарғалиева Куралай Жауынбаевна.

Первым главным врачом центра был Шегреев Алибек Кусепович, который руководил организацией с 1990 г. до 2000 года. С 2000 г. по 2004 гг руководителем была Логвинова Раиса Степановна, затем проблемами ВИЧ-инфицированных занимался Агзамов Нурлан Агзамович. С 2005 года службой руководил Тлеумуратов Жасулан Сагинаевич.

Сегодня вот уже на протяжении пяти лет службой руководит Садыкова Гульнара Макатовна.

Структура центра СПИД состоит из следующих отделов:

- административно-хозяйственный отдел;
- организационно-методический отдел;
- отдел эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией;
- отдел профилактической работы;
- отдел лечебно-профилактической работы и диспансеризаций;
- диагностическая лаборатория;
- отдел информатики и компьютерного надзора за ВИЧ-инфекцией.

Основные задачи центра:

- осуществление эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в области;
- организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на диагностику, предупреждение и снижение темпов распространения ВИЧ-инфекции;
- обеспечение ВИЧ-инфицированных и больных СПИД квалифицированной, специализированной медицинской помощью.

Деятельность эпидемиологического отдела направлена на организацию эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Актюбинской области для планирования и принятия адекватных мер противодействия эпидемии.

В области внедрена система электронного слежения за ВИЧ-инфекцией, куда заносятся вся информация о случаях заражения. Проводится дозорный эпиднадзор за распространенностью ВИЧ среди уязвимых групп населения и поведенческими особенностями, способствующих распространению эпидемии. В текущем году внедрена новая методика проведения дозорного эпиднадзора среди наркопотребителей - выборка, построенная самими респондентами, что позволяет обеспечить более глубокое проникновение в целевую группу. Внедрение усовершенствованной методики обеспечивает получение достоверных данных для эффективного планирования, реализации и мониторинга профилактических вмешательств, проводимых с целью снижения темпов распространения эпидемии ВИЧ-инфекции в области.

Работа профилактического отдела заключается в профилактике ВИЧ-инфекции посредством организации мероприятий для различных целевых групп населения. Цель – привлечь внимание людей к проблеме распространения ВИЧ/СПИД и сформировать ответственное отношение к собственному здоровью, помочь сделать выбор в пользу поведения, который защитит от риска заражения ВИЧ. Говоря о защите заражения ВИЧ-инфекцией, мы касаемся таких личных сторон жизни человека, как образ жизни, употребление наркотиков, сексуальное поведение, сексуальная ориентация, взаимоотношение с



Activities epidemiological department aims to organize epidemiological surveillance of HIV infection in the Aktobe region for planning and decision-adequate response to the epidemic.

Preventive work department is to prevent HIV infection by organizing events for various target groups. The goal is to attract people's attention to the problem of HIV / AIDS and to form a responsible attitude to their own health, help to make a choice in favor of behaviors that will protect against the risk of HIV infection.

Diagnostic Laboratory is a specialized laboratory that performs full-scale production of laboratory tests for the diagnosis of HIV infection, markers of hepatitis "B" and "C", the clinical and biochemical, immunological studies and is equipped with modern laboratory equipment, allowing to carry out credible investigations with the required accuracy.

Department of medical prevention and clinical examination deals with medical observation and treatment of HIV-infected patients.

The first case of HIV infection was registered in 1989. Carrier of infection was the two year old child, who was infected with the dangerous disease during treatment in Rostov-on-Don. A peak of the disease accounts for 2001. Then it was revealed at once 35 HIV-infected patients (see. Table №1).

The epidemiological situation of HIV infection in our area is now stable. For 2014 revealed 19 cases of HIV infection (in the same period of 2013 - 24). In terms of HIV prevalence in the country Aktobe region in 13th place. In the area on 01.01.2015g. identified 252 cases of HIV infection among the citizens of Kazakhstan.

Conclusion: Prevention is the basis of all measures taken in response to the HIV / AIDS epidemic. There is a direct connection between the amount of resources devoted to preventive interventions, and the level of infection. To the success of HIV prevention programs need to use all the known effective approaches are not limited by one or more individual measures. In the field of HIV there are no easy solutions or "quick measures."

Outstanding surgeon NI Pirogov said: "The future belongs to preventive medicine!"

АКТЮБИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

*А.С. Наурузбаева
председатель ОО «Актюбинская ассоциация
средних медицинских работников»*

Актюбинская ассоциация средних медицинских работников была организована 8 мая 2003 года с целью содействия возрождению престижности и социальной значимости профессии медсестры на основе высокого профессионализма, гуманизма и милосердия, участия в развитии медицинской науки и практики, в целях сохранения здоровья населения, организации и осуществления благотворительных акций, интеграции в мировое профессиональное сообщество медицинских работников среднего звена.

Возглавил общественное объединение Сергазин Кайрат Аманович - заместитель директора Актюбинского медицинского колледжа, который проработал до 2007 года. За это время была проведена определенная работа по регистрации в министерстве юстиции РК, разработан устав, проведены благотворительные акции, был выигран проект «Туберкулезу скажем- НЕТ!»

С 2007 года по февраль 2015 года ассоциацию возглавляла отличник здравоохранения РК, главная медсестра Областной детской клинической больницы - Степовая Надежда Леонтьевна, благодаря которой удалось создать сообщество лидеров сестринского дела, готовых развивать сестринскую профессию и защищать интересы всех медицинских сестер Актюбинской области.

На сегодняшний день ассоциация состоит из 18,5% от общего количества специалистов со средним медицинским образованием. Членов общественного объединения представляют медицинские сестры, акушерки, фельдшера, лаборанты городских и областных ЛПО.

Прием в члены Объединения осуществляется индивидуально и производится Правлением на основании заявления.

Ассоциация сотрудничает с Областным управлением здравоохранения, Областным профсоюзом работников здравоохранения, Актюбинским медицинским колледжем, Областным Советом сестер, Комитетом по качеству оказания медицинских услуг, Западно Казахстанским университетом им.М.Оспанова.

Постоянно проводятся научно-практические конференции, семинары, профессиональные конкурсы, на которых происходит активный обмен информацией по актуальным вопросам сестринского дела. На



ЭТАПЫ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ

Б.К. Ержанова

*старшая медсестра отделения реанимации
и интенсивной терапии, Актюбинская
железнодорожная больница*

В отделение реанимации и интенсивной терапии подлежат госпитализации больные с острыми расстройствами гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, травматический шок, гиповолемический шок, кардиогенный шок и др), острыми расстройствами дыхания, другими расстройствами функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов и др), острыми нарушениями обменных процессов, больные после оперативных вмешательств, повлекших за собой нарушение функции систем жизнеобеспечения или при реальной угрозе их развития, тяжелыми отравлениями.

Реаниматологическая помощь также включает осуществление комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию систем жизнеобеспечения, возникших вследствие заболевания, травмы, оперативного вмешательства и других причин у пациентов, поступающих из отделений медицинской организации или доставленных скорой медицинской помощью.

Реанимация - это комплекс мероприятий, направленных на оживление организма. Задачей реанимационного отделения является восстановление и поддержание сердечной деятельности, дыхания и обмена веществ больного. Реанимация наиболее эффективна в случаях внезапной остановки сердца при сохранившихся компенсаторных возможностях организма. Если же остановка сердца произошла на фоне тяжелого, неизлечимого заболевания, когда полностью истощены компенсаторные возможности организма, реанимация неэффективна.

Различают 3 вида терминальных состояний: преагональное состояние, агония, клиническая смерть.

Преагональное состояние. Больной заторможен, отмечается выраженная одышка, кожные покровы бледные, цианотичные, артериальное давление низкое (60-70 мм.рт.ст.) или не определяется совсем, слабый частый пульс.

Агония. Глубокая стадия процесса умирания, которая характеризуется отсутствием сознания (пульс нитьевидный или исчезает совсем, артериальное давление не определяется). Дыхание поверхностное, учащено, судорожное или значительно урежено.

Клиническая смерть. Наступает сразу после остановки дыхания и кровообращения. Это своеобразное переходное состояние от жизни к смерти, длящееся 3-5 мин. Основные обменные процессы резко снижены и в отсутствие кислорода осуществляется за счет анаэробного гликолиза. Через 3-5 мин наступают необратимые явления, прежде всего в центральной нервной системе, и наступает истинная, или биологическая смерть.

Сердечно-легочная реанимация состоит из четырех этапов:

I - восстановление проходимости дыхательных путей. Причиной нарушения проходимости дыхательных путей могут быть слизь, мокрота, рвотные массы, кровь, инородные тела. Кроме того состояние клинической смерти сопровождается мышечной релаксацией: в результате расслабления мышц нижней челюсти последняя западает, тянет корень языка, который закрывает вход в трахею.

Больного необходимо уложить на спину на твердую поверхность, повернуть голову набок, скрещенными I и II пальцами правой руки раскрыть рот и очистить полость рта салфеткой. Затем голову повернуть прямо и максимально запрокинуть назад. При этом одна рука размещается под шейей, другая располагается на лбу и фиксирует голову в запрокинутом виде. При отгибании головы назад нижняя челюсть отесняется вверх вместе с корнем языка, что восстанавливает проходимость дыхательных путей.

II - этап – искусственная вентиляция легких. Искусственную вентиляцию легких проводят лицевой маской с мешком Амбу. Маску накладывают на лицо больного, закрывая рот и нос. Узкую носовую часть фиксируют большим пальцем, нижнюю часть приподнимают вверх тремя пальцами (III, IV, V), II-палец фиксирует нижнюю часть маски. Ритмичным сжатием мешка свободной рукой производят вдох, пассивный выдох осуществляется через особый клапан в атмосферу. К мешку можно подвести кислород. Также ИВЛ можно проводить с помощью воздуховода. Трубку вводят в ротовую полость изогнутым концом вверх, скользя по нижнему краю верхней челюсти. На уровне корня языка осуществляют поворот ее на 180°. Манжетка трубки плотно закрывает рот больного. Критериями правильного проведения искусственного дыхания служит экскурсия грудной клетки во время искусственного вдоха и пассивного выдоха.

III - этап непрямого массажа сердца - искусственное кровообращение. Сжатие сердца позволяет искусственно создать сердечный выброс и поддержать циркуляцию крови в организме. При этом восстанавливается кровообращение жизненно важных органов: мозга, сердца, легких, печени, почек. Непрямой массаж сердца необходимо проводить, уложив больного на твердую поверхность. Ладони



ОРГАНИЗАЦИОННАЯ РАБОТА СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПМСП

Ш.Т. Бубнова

главная медсестра ГКП №4, Актобе

Городская поликлиника №4 оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению, численность которого составляет которая составляет 74 433 человек. Из них взрослого населения - 56 733; детского населения - 17 700. Поликлиника находится по адресу ул. Бр.Жубановых д. 2936.

В поликлинике разрабатывается план повышения квалификации средних медицинских работников путем проведения сестринских конференций. Также медицинские сестры направляются на курсы повышения квалификации и специализации для освоения ими смежных специальностей. Внедряется в практику делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам с доведением соотношения врачей и среднего медицинского персонала до оптимального уровня.



Медицинские сестры поликлиники:

- осуществляют профилактические мероприятия по предупреждению и снижению заболеваемости, выявляют социально значимые болезни и факторы риска, организуют и ведут занятия в школах здоровья;
- организуют проведение диагностики и лечения заболеваний и состояний, в том числе восстановительного лечения больных в амбулаторных условиях и стационаре на дому;
- проводят доврачебные осмотры, в том числе профилактические, с записью в медицинской карте амбулаторного больного;
- оказывают неотложную доврачебную медицинскую помощь больным при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- в соответствии с назначением врача выполняют медицинские манипуляции и производят забор материала для бактериологических исследований;
- оформляют документы для направления больных на консультации к врачам-специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- проводят мероприятия по профилактике инфекционных заболеваний и организуют противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику;
- проводят пропаганду здорового образа жизни.

В этом году поликлиника завершает последний этап Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан “Саламатты Қазақстан” на 2011-2015 годы. Целью программы является улучшение здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Для достижения данной цели проводятся скрининговые обследования населения по следующим заболеваниям:

- болезни системы кровообращения;
- сахарный диабет;
- глаукома;
- рак молочной железы;
- рак шейки матки;
- колоректальный рак;
- рак предстательной железы;
- рак пищевода и желудка;
- рак печени.

Основными задачами поликлиники являются:

- оказание гарантированной бесплатной медицинской помощи прикрепленному населению в поликлинике и на дому;



There are six schools health in the clinic:

- School of diabetes;
- School of arterial hypertension and heart disease;
- School of preparation for childbirth;
- School of the young mother;
- School of a healthy child;
- School of family planning;
- School of behavioral factors.

The seven lessons of behavioral factors :

- Physical activity is the basis for health;
- Healthy eating;
- Prevention of excessive alcohol consumption;
- Prevention of smoking;
- Personal hygiene;
- Prevention of stress;
- Communication skills.

The clinic employs 235 nurses, 75 nurses assigned the highest qualification category. Many have extensive experience in medicine such as Dmitrienko M.V., Burambayeva G. Z., Musirova K. T., Gabdrahmanova G. F. and others.

ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНАЯ БОЛЬНИЦА г.АКТОБЕ

Г.Ш. Нукушева

*главная медсестра Актюбинской
железнодорожной больницы*

Железнодорожная больница г. Актобе - одно из старейших лечебных учреждений Актюбинской области, организовано в 1935 году на ст. Актобе для обеспечения медицинской помощью железнодорожников и членов их семей, проживающих на территории Актюбинского отделения дороги, включая узловые станции и отдалённые разъезды.

Больница является клинической базой Западно - Казахстанского Государственного Медицинского Университета имени М. Оспанова. На базе больницы, где в течение многих лет работают кафедры общей хирургии и факультетской терапии, проводятся консультации профессорско-преподавательского состава университета.

Специалисты железнодорожной больницы, совместно с сотрудниками клинических кафедр ЗКГМУ им.М.Оспанова, постоянно работают над внедрением в практику новейших методов диагностики и лечения больных. Одним из первых лечебных учреждений города, в 1995 году больница приобрела и внедрила в работу лапароскопические методы лечения при желчекаменной болезни, аппендиците, гинекологических заболеваниях, новообразованиях печени и органов малого таза. В настоящее время сделано более 1100 лапароскопических операций.

В 1999 году модернизировано оснащение клинко-диагностической лаборатории, кабинетов функциональной диагностики, УЗИ-кабинетов. Внедрение в практику Холтеровского мониторирования при сложных нарушениях ритма сердечной деятельности, доплерографии сердца и сосудов, эндовидеодиагностики заболеваний внутренних органов, позволило значительно повысить качество лечебно-диагностического процесса.

На базе Железнодорожной больницы в 2002 г. организован и продолжает функционировать Областной аллергоцентр, не имеющий аналогов в Республике.

Более 20 лет больницу возглавляет опытный организатор здравоохранения, кандидат медицинских наук, врач-хирург высшей категории Ергалиев К.Е. Под его руководством больница пережила сложный период реформирования здравоохранения и сохранила свой высокий рейтинг среди ЛПУ области, заслужила высокий авторитет у коллег.

БРОНХИТЫ У ДЕТЕЙ

В.И. Куц

Актюбинская железнодорожная больница

Бронхит - воспаление бронхов с преимущественным поражением их слизистой. Различают острый и хронический бронхиты. У детей, как правило, развивается острый бронхит. Чаще всего - это одно из проявлений респираторных инфекций (ОРЗ, грипп, аденовирусная инфекция и др.), иногда — перед началом кори и коклюша.

Острый бронхит - возникает прежде всего у детей с аденоидами и хроническим тонзиллитом - воспалением миндалин; встречается чаще весной и осенью. Появляется насморк, затем кашель. Температура тела незначительно повышена или нормальная. Через 1-2 дня начинает выделяться мокрота. Дети младшего возраста обычно мокроту не откашливают, а заглатывают. Кашель особенно беспокоит ребенка ночью.

Лечение. Уложить ребенка в постель, поить чаем с малиной и липовыми цветками. При температуре тела выше 37,9°С назначают жаропонижающие, при подозрении на инфекционные осложнения по показаниям - антибиотики, сульфаниламиды.

Для разжижения мокроты применяют теплое щелочное питье (горячее молоко с маслом и небольшим количеством пищевой соды), в т.ч. щелочные минеральные воды (Боржоми, Джермук), ингаляции с раствором соды, отваром картофеля. Ставят банки, горчичники, делают горячие обертывания на ночь: небольшое количество растительного масла подогревают до температуры приблизительно 40-45°С, пропитывают им марлю, которую обертывают вокруг туловища, стараясь оставить свободным участок левее грудины в районе расположения соска — в этом месте находится сердце, поверх марли накладывают компрессную бумагу или целлофан, затем вату; сверху закрепляют бинтом, надевают шерстяную рубашку. Обычно при правильной постановке компресса тепло сохраняется всю ночь. Банки, горчичники и обертывания применяют только в случае, если температура тела нормальная. При повышении ее эти процедуры исключают, т.к. они способствуют дальнейшему подъему температуры с соответствующим ухудшением состояния.

Прогноз благоприятен, однако у детей, страдающих рахитом, экссудативно-катаральным диатезом заболевание может протекать длительнее, вследствие нарушения проходимости бронхов, с последующим развитием пневмонии ателектаза (спадения) легких.

Хронический бронхит у детей встречается реже, возникает на фоне заболеваний носоглотки, сердечно-сосудистой системы (застойные явления в легких), муковисцидозе (наследственное заболевание, при котором повышается секреция желез, в частности, бронхиальных). Способствуют возникновению заболевания также экссудативно-катаральный диатез, врожденные иммунодефицитные состояния, нарушение функции бронхов, некоторые пороки развития легких.

Хронический бронхит может протекать без нарушения проходимости бронхов. В таком случае отмечается кашель, сухие и влажные хрипы.

Лечение направлено на повышение сопротивляемости организма. С этой целью выявляют и saniруют очаги хронической инфекции (кариес зубов, аденоиды, тонзиллит, отит и др.). В рацион ребенка должно быть включено больше овощей и фруктов, при иммунодефицитных состояниях повышают иммунитет с помощью пентоксила, дибазола, декариса, витаминотерапии. При обострении по назначению врача применяют антибиотики, сульфаниламиды, супрастин, димедрол. Назначают УВЧ-терапию, другие физиотерапевтические процедуры.

При хроническом бронхите с нарушением проходимости бронхов появляется выраженная одышка, слышная на расстоянии.



ФАКТОРЫ РИСКА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ЛПУ

Ж.Ж. Киякбаева

главная медсестра «БСМП», Актобе

Одной из важнейших задач при создании безопасной больничной среды является определение, выявление и устранение различных факторов риска для медицинского персонала в ЛПУ. В деятельности медицинской сестры можно выделить четыре группы профессиональных факторов, которые неблагоприятно действуют на состояние ее здоровья:

1. физические факторы риска;
2. химические факторы риска;
3. биологические факторы риска;
4. психологические факторы риска.

Физические факторы риска в ЛПУ для медицинской сестры:

- физическое взаимодействие с пациентом;
- воздействие высоких и низких температур;
- действие различных видов излучений;
- нарушения правил эксплуатации электрооборудования.

Физическое взаимодействие с пациентом. В данном случае подразумеваются все мероприятия, связанные с транспортировкой и перемещением пациентов. Они являются основной причиной травм, более в спине, развития остеохондроза у медицинских сестер.

Выделяют следующие правила поднимания и перемещения тяжестей:

- одежда должна быть свободной;
- обувь должна плотно облегают ногу, подошва - минимально скользить по полу. Предпочтительна обувь из кожи или плотной хлопчатобумажной ткани с широким каблуком высотой не более 4 - 5 см;
- нельзя поднимать тяжести и работать, наклоняя туловище вперед. Нагрузка (давление на межпозвоночные диски) с увеличением угла наклона возрастает в 10 - 20 раз. Это значит, что при поднятии или перенесении предмета массой 10 кг при наклоне туловища вперед человек подвергается нагрузке 100 - 200 кг;
- при поднимании тяжелого груза его располагают как можно ближе к груди и только на согнутых и максимально прижатых к груди руках. Чем дальше человек отстраняет предмет от себя, тем большая нагрузка ложится на позвоночник;
- нагрузку на руки распределяют равномерно, спину всегда держат прямо;
- если нужно поднять предмет из низкого положения, например с пола, присаживаются рядом с предметом, сохраняя прямое положение спины, берут его в руки и прижимают к туловищу, а затем встают, сохраняя прямую спину;
- если нужно помочь больному, лежащему в кровати, например передвинуть его или помочь принять сидячее положение, допустимо не склоняться над ним и не тянуться к нему к дальнему краю кровати, а встать на край кровати на одно колено и, крепко упираясь па него, помочь больному;
- ноги ставят на ширине плеч, стопы - параллельно друг другу;
- если поднятый груз необходимо сместить в сторону, поворачиваются не только верхней частью тела (плечами и руками, сохраняя ноги в прежнем положении), а всем корпусом;
- следует всегда искать возможность облегчить нагрузку: пользоваться помощью пациента (его возможность подтянуться, оттолкнуться, опереться и т.п.) и окружающих;
- необходимо использовать специальные приспособления для облегчения работы: опоры, транспортные доски, поворотные круги, подъемники для больных и т.п.

Воздействие высоких и низких температур. Избежать неблагоприятного воздействия высоких и низких температур (ожогов и переохлаждений) в связи с выполнением манипуляций позволит реализация любого сестринского вмешательства строго по алгоритму действий.

Действие излучений. Высокие дозы радиоактивного облучения смертельны. Небольшие дозы приводят к заболеваниям крови, возникновению опухолей (прежде всего костей и молочных желез), нарушению репродуктивной функции, развитию катаракты. Источниками излучения в ЛПУ являются рентгеновские аппараты, сканеры и приборы сцинтиграфии,



ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Г. С. Жумашева

участковая медсестра ГП№1, Актобе

Туберкулез - это инфекционное заболевание, характеризующееся развитием специфических изменений в различных органах и тканях, в первую очередь в легких. Передается воздушно-капельным при разговоре, кашле и чихании больного. Основным источником инфекции является больной туберкулезом легких.



Классические симптомы туберкулеза легких: длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, появляющимся наиболее поздних стадиях, лихорадка, слабость, ночная потливость и значительное похудение.

Заражение туберкулезом может быть вызвано микробактериями туберкулеза, выделяемыми с мокротой, гноем, мочой, калом больного. В отдельных случаях заражение может произойти от больного туберкулезом животных, в первую очередь крупного рогатого скота. Различают открытую и закрытую формы туберкулеза. При открытой форме в мокроте или в других естественных выделениях больного обнаруживаются микобактерии туберкулеза. Если больной не

соблюдает гигиенических мер предосторожности, он может стать заразным для окружающих. При закрытой форме туберкулеза микобактерии в мокроте доступными методами не обнаруживаются, больной такой формой эпидемиологически не опасен или малоопасен для окружающих.

Основные причины туберкулеза, которые приводят к заболеванию следующие:

- неблагоприятные экологические и социальные условия жизни;
- неправильное и неполноценное питание;
- стрессы, переживания;
- наркомания, курения, алкоголизм;
- наличие сопутствующих заболеваний: болезни легких, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, диабет.

Люди, у которых риск заболеть туберкулезом очень высокий:

- лица, употребляющие алкоголь, табак, наркотики;
- лица, которые лечатся препаратами снижающими иммунитет;
- лица, недавно перенесшие туберкулез;
- лица, болеющие ВИЧ-инфекцией;
- лица, болеющие сахарным диабетом;
- лица, которые плохо питаются.

Профилактика туберкулеза: специфическая и неспецифическая.

Цель специфической профилактики - вакцинация и ревакцинация. Вакцинация делается здоровым новорожденным на 2-3 день. Ревакцинацию через 6 - 7 лет.

Профилактика туберкулеза путем прививок приводит к уменьшению показателя инфицированности, резкому снижению частоты развития туберкулезного менингита и смертности. Неспецифическая профилактика - это массовое ежегодное флюорографическое обследование людей старше 14 лет. Запрещены эти исследования беременным женщинам. Ежегодное обследование помогает своевременно выявить больных туберкулезом людей.

Профилактика туберкулеза имеет социальную направленность, которая заключается в проведении масштабах государства мероприятий экономического и санитарного характера. Это улучшение жилищно - бытовых условий жизни населения, оптимизация условий труда, предупреждающих профессиональные заболеваний легких.

МЕДБИКЕНІҢ ПАЛЛИАТИВТІ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ РӨЛІ

Л.И. Сукашева

жедел жәрдем ауруханасы инсульт және оңалту орталығының аға медбикесі, Ақтөбе

Паллиатив сөзі «pallium» латын сөзінен шыққан, «қабық», «қорғау», «түзетуді» білдіреді, ал науқасқа қолдануда - азап шегуден қорғау.

Паллиативтік көмектің негізгі принциптері: «Паллиативтік көмек, бұл - кәсіпқойлар тобы орындайтын науқастың және оның отбасының зардап шегуін азайту, жақсы өмір сүру сапасына қол жеткізу мақсатында, жазылмайтын науқастарды белсенді тегіс қамти алатын көмек».

Паллиативтік көмектің (медицинаның) қазіргі заманғы тұжырымдамасы науқастың өмір сүру сапасын жақсарту болып табылады.

Паллиативтік көмектің міндеттері

1. Ауруларды және аурудың басқа да симптомдарын жеңілдету.
2. Пациенттерге мынадай қолдау жүйесін ұсыну:
 - медициналық (емдеу, консультация беру);
 - психологиялық (психотерапияның, релаксацияның әртүрлі нұсқалары, психологтың көмегі, арт-терапия, еңбек терапиясы);
 - Мысалға: Психологиялық оңалтуды жүргізу кезінде және қатынас процесінде науқастың өмір сүрген әр күніне қуануға үйретеді. Пациентке өткенді жаңаша ойлауға және өзінде қалған өмірді бағалай бастауына көмектеседі.
 - әлеуметтік (әлеуметтік мәселелерді шешу, қатынас шеңберін кеңейту, достармен, туыстармен байланысты жіберіп алмау, кәсіптік еңбек қызметіне қайтып келуіне көмектесу, қоғамдық өмірге қатысу мүмкіндігін қолдау, айналасындағыларға пайда әкелу);
 - рухани (психологтың және діни қызметкердің көмегі, діни ілтипаттарға құрмет).
3. Туыстары мен жақындарының қолдауы (психологиялық және әлеуметтік). Отбасы мүшелері паллиативтік көмек командасының қатысушысы болады. Олар қолданылатын шешімдерді талқылауға қатыса алады, өздері үйренуден соң науқастарға көмек көрсетеді; пациенттің проблемасын команданың барлық қатысушыларына жеткізеді және ақырында, олардың өздері психологиялық қолдауды қажет етеді.
4. Үй жағдайларында медициналық күтімнің негізгі амалдарына туыстарын және жақындарын үйрету.

Паллиативтік көмек командасы, бұл - науқасқа көмек берудің және оған және оның отбасы үшін қамқорлық атмосферасын, тілектестік пен қолдау құрудың жалпы міндеттерімен біріктірілген әр түрлі мамандықтардағы адамдар тобы. Команданың әрбір мүшесі өзінің мамандану саласында көмек көрсетеді, бірақ сол уақытта ол паллиативтік көмектің принциптері мен парыздары негізінде пациентпен және оның жақындарымен дұрыс қарым-қатынас жасай білуге тиіс.

Пациент пен оның отбасы паллиативтік көмек командасында орталық орынды иеленеді. Олар, команданың барлық мүшелері сияқты, барлық шешімдерді қабылдауға қатысуға құқылы. Пациент өзінің негізгі проблемасын айқындайды. Диагносты, емдеу жоспары мен бағдарламалы әрекеттерді пациентпен және оның туыстарымен талқылау керек. Симптомдар мен проблемаларға, оның ішінде пациенттің өмір сүру сапасын нашарлататын психологиялықтарға ерекше назар қойылады.

Команда мен отбасының қарым-қатынасы адал, ашық және достықта болуға тиіс. Команда персоналы науқастың ашуын, қайғысын және басқа да сезімдерін басқару үшін, дұрыс қатынас жасау дағдыларын игеруге тиіс. Қарым-қатынас қашықтықты болдырмауға тиіс. Пациент пен оның отбасы мүшелері өзінің шағымдарын, сезімдерін, ниетін еркін айта біле алатындығына және кінәлаушылықтан қорықпай күтім жасау процесінде қатыса алатындығына сенімді болуға тиіс.

Команда мүшелерінің барлығы азап шегуді айтатын дененің (вербальдық емес ымдары мен айтылуларын) тілін оқи білуі керек. Пациент және оның жақындары қайғыға ортақтасатын әңгімені қолдай білуді құрметпен бағалайды. Көңіл аудармау, ресми дауыс, пациент пен туыстарын жабырқату олардың зардап шегуін ұлғайтады.

Командадағы медбикенің рөлі барынша жауапты болады, өйткені ол науқаспен және оның отбасымен ең жақын байланыста болады және жұмыстың ең үлкен көлемін орындайды, команданың барлық мүшелерінің іс-әрекетін үйлестіруші және пациентке күтім жасау мәселесі бойынша шешім



SIMULATION TECHNOLOGIES IN TEACHING



*L.S. Zhunusova
the head of the «Curative
Affairs» department*

Preparations of highly qualified specialists require the using of new technologies in education. Traditionally, practical training for clinical disciplines skills worked out in the offices of the pre-clinical practice and patients in health care settings. The teacher could not possible to monitor the implementation of practical manipulation, because it is not always possible to find thematic patients for each student, and fully carry out curation and develop appropriate practical skills on the topic. Also, there is a practical impossibility of illustrations of whole variety of clinical situations, as well as the ethical and legal restrictions in communication students with patients.

Therefore, the key challenge of modern medical education is to create conditions for the development of the student's wide range of competencies and skills firmly fixed without the risk of harm to the patient.

Nowadays, appearance of opportunities in the organization of simulation teaching gives opportunities to improve the quality of students mastering the practical manipulation, on time, when requirements for professional competencies of graduates are sharply increasing.

Simulation technologies in teaching help to form clinical thinking of students. The use of simulators such as phantoms, models, simulators, robots are allowed recreating of various clinical scenarios, they help to students to make properly and quickly decisions, and enable to make it over and over again perfecting practical skills of manipulation.

One of the simulation classrooms in our college is organized as a hospital emergency room, where, at first a nurse sees the patient, fills the passport of the medical history, conducting anthropometry, measures the temperature, remove electrocardiogram, etc. In the treatment room, students work out the skills of the various injections. For this purpose, there are specialized dummies: for intravenous, intramuscular injections.



Also, in the Regional Hospital opened regional simulation centres, which is based on our college. They are equipped with a robotic mannequin simulator, in which students work out the first aid skills, can create a variety of clinical scenarios, make diagnose, assess the correctness of assistance to carry out and nursing.

The most important advantages of simulation technologies are learning without harm to the patient and objective assessment of the level of training of each specialist.

Using a wide arsenal of simulators that simulate close to natural conditions of the possibility for action, computer modelling of various clinical situations in the dynamics of their development opens up new horizons for practical training, professional development and evaluation of its level of students.

References:

Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, « Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review.», *MedTeach*. 2005;

Medical Simulation: http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_simulation



Svistunov A.A., "Prospects of development of a simulation training system for professional medical education", article 2011;

Simulation technologies: <http://cyberleninka.ru/article/n/simulyatsionnye-tehnologii-v-meditsinskom-obrazovanii-i-klinicheskoy-praktike>

Murray DJ, Boulet JR, Kras JF, «A simulation-based acute skills performance assessment for anesthesiatraining. *AnesthAnalg*. 2005;

РЕЗЮМЕ СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ

Л.С. Жунусова

Актюбинский медицинский колледж

Симуляционные технологии в обучении помогают формировать клиническое мышление у студентов. Использование тренажеров, роботов – симуляторов позволяет воссоздать различные клинические сценарии, учит студентов правильно и быстро принимать решения, позволяет многократно и точно отрабатывать соответствующие практические навыки и манипуляции.

ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В АКТЮБИНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

А.А. Куздыбаева

Актюбинский медицинский колледж

Впервые в Актюбинской области у слепых и слабовидящих людей появилась возможность получить профессию массажиста.

В этом учебном году Актюбинский медицинский колледж набрал группу желающих с ограниченными возможностями, инвалидов по зрению для обучения по специальности 0302000 т «Сестринское дело», квалификации 0302022 «Массажист». Ограничений по возрасту не было. С 1 сентября 2014 года обучаются 7 инвалидов по зрению на бюджетной основе. Срок обучения - 1 год 10 месяцев.

После окончания колледжа инвалиды по зрению станут дипломированными массажистами и смогут работать в массажных кабинетах, лечебно-профилактических учреждениях, и даже заниматься частной практикой.

Незрячие массажисты во все времена считались лучшими. Причиной возможно был перенос огромного объема чувствительности, которую на себя забирает зрение (около 90 процентов), на осязание и обоняние. У слепых и слабовидящих людей руки максимально чувствительны, они «видят» пальцами и чувствуют сердцем, пропуская боль пациентов через себя, поэтому они тоньше чувствуют боль пациента, у них прекрасно развита тактильная память. Люди, которые страдают сами, лучше понимают страдания других, они очень старательны в своей профессии, ведь выбор у инвалидов не так



ПОДДЕРЖИМ ЗДОРОВЬЕ – ПРОДЛИМ СТАРОСТЬ

А.С. Кубдашева

*рентген - лаборант, поликлиника «Ветеран»,
Актобе*

ГЕРОНТОЛОГИЯ - наука о старости, о старении, о стариках, а следовательно, о продолжительности жизни, о здоровье и о болезнях, об образе жизни, который обеспечивает долголетие. Геронтология - наука о жизни, об одном из ее этапов, о том, как сделать его счастливым. О том, когда начинается старость и когда нужно начинать к ней готовиться. И мальчишка, который «крутит солнце» на турнике, и мужчина, совершающий утреннюю пробежку, готовятся к старости.

Один из основателей медицинской науки Ибн-Сина (980-1027 гг.) учил:

«Кто стар, тому болезнь повсюду мнится:

Теряет быстро силы поясница

Едой нельзя его утяжелять.

Умеренность во всем, душе – покой,-

Полезен старикам режим такой...

На склоне лет разумнее всего

Поддерживать умело естество...

Запомни: что полезно молодым,

То в старости быть может роковым»

Рост продолжительности жизни и вместе с ним численности пожилого возраста после второй мировой войны во всех развитых странах заставили обратить внимание общества на положение престарелых, их нужды и проблемы социальной защищенности. Решение практических, а затем и теоретических вопросов положения стариков вызвало появление новой отрасли геронтологического знания – социальной геронтологии. Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. Ставя конкретные задачи на ближайшие десятилетия, Лидер нации указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения, и в повседневной жизни населения». На основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения РК были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.



В настоящее время в Казахстане лица пожилого возраста составляют свыше 7.7% от количества всего населения. По прогнозам экспертов ООН, в ближайшие годы в Казахстане ожидается увеличение числа лиц пожилого возраста на 11%. В этой связи для улучшения оказания им медицинской помощи необходимо создание в республике системы геронтологической помощи т.е. совершенствование

ЕҢ БАСТЫ БАЙЛЫҚ-АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫ



*Н. Әбуова
Шалқар аудандық
аурухананың бас медбикесі,
Ақтөбе облысы*

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының қорытынды кезеңі басталды. Осы уақыт аралығында мемлекеттік бағдарлама бойынша атқырылған жұмыстар жөнінде есеп беретін күн де алыс емес. Осы журнал арқылы әріптестермен ой бөлісу мақсатында Шалқар ауданында «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарлама шеңберінде атқарылған жұмыстар жайлы айтқым келді.

Әрбір адамның денсаулығы оның толыққанды тіршілік етуін ғана емес, сонымен қатар оның мүмкіндіктерінің әлеуетін анықтайтын факторға айналып отыр. Халық денсаулығының деңгейі өз кезегінде елдің әлеуметтік – экономикалық, мәдени дамуына тікелей байланысты екені белгілі.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы денсаулық сақтау саласының стратегиялық басым бағыттары және іске асыру тетіктерін айқындап берді. Бағдарламада бекітілген міндеттерді орындау арқылы медициналық қызмет көрсетудің шығынын азайтуға, саланың профилактикалық бағыттылығын қамтамасыз етуге, медициналық көмектің қолжетімділігін тұрақтандыруға, қызметтің сапасын арттыруға мүмкіндік береді. Біздің аудандағы тұрғындардың саны – 46316, оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар 12565, жасөспірімдер – 2352, босануға қабілетті жастағы әйелдер саны – 11082. Осыншама халыққа 80 орындық аудандық орталық ауруханасы, оның жанында 53 керуеттік күндізгі стационар, 7 дәрігерлік амбулатория, 3 фельдшірлік-акушерлік пункт, 20 медициналық пункт медициналық көмек көрсетеді.

Бағдарламада атап көрсетілгендей, аудандық денсаулық сақтау мекемелерінің материалдық – техникалық базасын нығайту жөніндегі жұмыстар қарқынды жүргізілуде. Орталық аурухана мен емхана типтік жобаға сәйкес болса, елді – мекендердегі бірқатар дәрігерлік амбулаториялар мен фельдшер – акушерлік пункттердің ғимараттары жаңадан салынды, бірқатары күрделі жөндеуден өтті. Мемлекет көлеміндегі «100 аурухана, 100 бала – бақша» атты бағдарламаның негізінде 2013 жылы Қауылжыр дәрігерлік амбулаториясының, 2014 жылы Шілікті елді мекенінде Тоғыз дәрігерлік амбулаториясының жаңа ғимараттары пайдалануға берілді. Аудандық денсаулық сақтау мекемелерінің медициналық құрал – жабдықтармен қамтамасыз етілу пайызы жылдан – жылға өсуде. Диагностикалық тексерулерді сапалы жүргізу мақсатында ауруханада 2 – рентген-диагностикалық кешені, маммографиялық аппарат, стационарлы және жылжымалы флюороаппарат, 4 ультрадыбысты зерттеу аппараттары, фиброгастроуденоскоп, эндовидеохирургиялық аппараттары, гематологиялық және биохимиялық анализаторлар және т.б. диагностикалық қондырғылары ел – халықтың игілігіне толық қуатымен пайдаланылуда. Қашықтан мамандандырылған медициналық көмектің қолжетімділігін арттыру мақсатында орталық аурухана базасында 2009 жылдан кеңес алу, тәжірибе алмасу т.б. кәсіби байланыс тұрақты болып тұр. Телемедицина санитарлық авиация желісі бойынша шақыртуларды азайтты және экономикалық жағынан тиімді екенін дәлелдеп отыр. Қазіргі уақытта инновациялық технолгияның соңғы жетістіктерінің бірі гемодиализ аппараты іске қосылуда. Қазақстан Республикасы Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Нұрлы жол – болашаққа бастар жол» атты Жолдауының басым бағыттары «Денсаулық сақтау саласындағы басты басымдылық алғашқы санитарлық көмекті дамыту» десек, 2011 – 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасына сәйкес бастапқы медициналық – санитарлық көмек (БСМК) қызметін реформалау жөнінде аудандық орталық ауруханасы облыс көлемінде алғашқылардың бірі болып жалпы дәрігерлік практика (ЖТД) қағидаты бойынша табысты еңбек етуде. Бағдарлама аясында Шалқар аудандық орталығында 19 отбасылық денсаулық орталығы, селолық елді мекендер бойынша – 7 осындай орталықтар жасақталды. Сонымен қатар, аурудың алдын алу және профилактикалық – психоәлеуметтік бөлім ашылып, оның құрамына дәрігерге дейінгі қабылдау кабинеті, сынақ кабинеті, дені сау балалар кабинеті, салауатты өмір салтын

АУДАНДЫҚ АУРУХАНАДАҒЫ МЕДБИКЕЛЕР ЖҰМЫСЫН ҮЙЛЕСТІРУ

М.Ж. Аманғалиева

Байғанин аудандық ауруханасының бас медбикесі,

Ақтөбе облысы

Аудандық аурухана - денсаулық сақтау саласының ірі және маңызды жүйесі деп есептеймін. Оның ішінде бас медбикенің жауапкершілігі өте көп. Аудандық аурухананың бас медбикесі «2020 жылға дейінгі медициналық мейірбикелерге арналған мемлекеттік бағдарламаның» жүзеге асуына бірден бір үлес қосатын тұлға. Сондықтан да өз тәжірибемді ортаға сала отырып, өзге әріптестерімнің де жұмыстарымен танысып, ой бөліскім келеді. Себебі, біздер облыс орталығы Ақтөбе қаласынан шалғай орналасқан аудандардың біріміз. Осы баспасөз арқылы кәсіби әріптестікке шақырамын.

Біздің аудандағы халық саны – 22917 оның ішінде 14 жасқа дейінгі бала – 6703-ті құрайды. Алдын-ала арнайы есепке алынып отырған туу жасындағы әйелдер – 5227. Байғанин ауданындағы жасөспірімдер саны – 1479 болса, 1 жасқа дейінгі сәбилер – 485. Бұған қоса – түрлі жастағы 14735 ересектер мен 7381 әйел бар. Міне, осы тұрғындарға барлығы – 150 медбике қызмет етеді. Егер, санаты бойынша медбикелерді саралап айтсам, жоғары дәрежелі 14 медбике, 1- дәрежелі 3 медбике, 2-дәрежелі 2 кәсіби медбике еңбек етіп жүр. Байғанин аудандық ауруханасы типтік жобамен тұрғызылған, 200 тұрғынды қабылдауға арналған. Стационарлық ем жүргізуге арналған 48 төсектік орын бар. Медициналық алғашқы көмек көрсету құрал-жабдығымен қамтамасыз етілген жылжымалы санитарлық көлігі жұмысты едәуір жеңілдетті. Дем алдыру қондырғысы орнатылған (кислородный концентратор), заманауи қажеттіліктен туындаған реанимация бөлмесі ашылды, бұл жерге аса күйсіз науқастар түсетіндіктен жан сақтау ісіне қажетті медициналық құрал- жабдықтармен толық қамтамасыз етілген. Алдын-ала тексеріп, диагностика жасау үшін зертхана жұмысында биохимиялық, клиникалық анализатор-монитор сияқты заманауи аппараттардың үздіксіз жұмыс жасағаны еңбек өнімділігін арттырып отырғаны сөзсіз. Зертханашы медбикелердің есебі, жұмыс құжаттары электрондық үкімет бағдарламасы бойынша автоматтандырылған түрде амбулаторлық – көмек порталы арқылы жүзеге асырылады. Медбикелердің жұмыс орындары компьютермен толық қамтылып, портал арқылы (АПП) медбикелер дәрігерлердің қызметін бөліп атқару жүйесіне сай қайта құрылды. Барлық учаскелік медбикелер (делигирование) қызметті бөліп атқару жұмысын сапалы түрде орындап отыр. №1577 қаулы бойынша медбикелер жұмысына ай сайын 1рет ішкі аудит жүргізу оң жолға қойылды.

Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 жарлығымен бекітілген 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы ойдағыдай іске асырылуына ауданның медбикелері де атсалысып келеді. Салауатты өмір салтын насихаттау және аурудың алдын-алу мақсатында «Денсаулық мектебі» бойынша төмендегідей сабақтар ұйымдастырылды:

1. Гипертония мектебі
2. Астма мектебі
3. Жасөспірімдер мектебі
4. Диабет мектебі
5. Жас аналар мектебі
6. Темекі шегушіліктің алдын алу мектебі
7. Егде жастағылар мектебі

Дүниежүзілік денсаулық күніне орай тұрғындар көп жиналатын орындарда (базар, сауда үйі т.с.с) жұртышылықтың қанқысымын өлшеп, оны тұрақтандырудың маңызы мен мәні туралы түсінік жұмыстары атқарылды. Жоғары қан қысымы байқалған тұрғындарға сол жерден аудандық емханаға жолдама берілді. Мұндай үгіт-насихат және нақты тәжірибелік көмек акциясы көлік жүргізушілер арасында да ұйымшылдықпен өтті. Тақырыпқа негізделген үнпарақ таратылды, көптеген емдеу орындарында ашық есік күні ұйымдастырылды. Арнайы тапсырыспен дайындалған аурудың алдын алу жайындағы бейне түсірілім көрсетілді. Жасөспірімдер арасында «темекі шегудің алдын-алу» мақсатында спорттық ойын түрінде акция ұйымдастырылды. Бұл іс шараға аудан мектептеріндегі жасөспірімдердің 99 пайызы қатысты. Акцияның қызықты да тақырыпқа сәйкес ұйымдастырылуы, оның қатысушылардың барлығын түгел қамтығандығы осы іс шараның ең ұтымды тұсы болып саналады.

Ақ Желең



ҰЛТ САУЛЫҒЫ - ЕЛ БАЙЛЫҒЫ

Д.Бердешова

*Ойыл аудандық ауруханасының бас медбикесі,
Ақтөбе облысы*

«Саламатты Қазақстан» бағдарламасын іске асыру мақсатында салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелеріне орай, әрбір кабинет мамандары ақпараттық – ағарту жұмыстарын уақытылы орындап, халыққа салауатты өмір салтын насихаттау шеңберінде өз үлестерін қосып келеді. Аурудың алдын алу және оны болдырмау мақсатында онкүндікке сәйкес жоспар құрылып, аурулардың алдын алу, болдырмау мақсатында үнемі әңгіме – кеңес – 218 / қатысқан адам саны – 6540/, дәріс – 105 / қатысқан адам саны – 1250/, семинар – тренинг – 38 / қамтылғандар – 760/, акциялар – 9 жүргізіліп /қамтылған адам саны – 585/, газетке мақалалар берілді. Сонымен қатар, ақпараттық – оқу материалдары: парақшалар мен санбюллетеньдер таратылады. Қазіргі таңда ана мен бала өлімінің көрсеткіші төмендегінің өзі осы санитарлық ағарту жұмыстарының күшейтілгендігіне де байланысты екені белгілі. Аудан бойынша туу көрсеткіші-21,84 (2013ж – 21,06) облыста – 24,08 (2013ж-23,71) өлім көрсеткіші –4,84 (2013ж – 4,56) облыста – 6,79 (2013ж-7,11) табиғи өсу көрсеткіші - 17,0 (2013ж –16,50) облыста – 17,29 (2013ж-16,6) 1 жасқа дейінгі балалар өлім көрсеткіші (тірі туылған 1000 балаға шаққанда) -7,92 (2013ж – 8,22), облыста – 9,46 (2013ж-11,66). Аудан бойынша туылған балалар саны - 354 (2013ж-372).

2014 жылда Ойыл ауданы бойынша қайтыс болып тіркелген сәбилер саны - 1 (2013 ж - 3 бала). «Белсенді ұзақ өмір – жүз жасты тойлауға кепіл!» атты ұранымен «Денсаулық фестивалі - 2014» кең ауқымды акциясына орай аудан көлемінде жоспар құрылып, бекітілді. Бұл аталған айлық аясында барлық білім беру мекемелерінде спорттық сайыстар өткізіліп, оқушылар арасында «денсаулық аптасы» жарияланған болатын. «Денсаулық апасына» мектеп оқушылары белсене қатысып, семинар – тренингтер, дәрістер, акциялар өткізілді және «Өзінді туберкулезден қорға!» атты тақырыпта сауалнама жүргізілді.

Сонымен қатар, дене белсенділігін насихаттау мақсатында медицина қызметкерлерінің арасында «Денсаулығым керемет, жаттығуға көп рахмет» атты дене жаттығулары жасатылды. Денсаулық саласының қызметкері ретінде мені Жолдауда айтылған міндеттер ішінде әлеуметтік салаға қатысты мәселелер қызықтырады.

Бұл Жолдауда азаматтарымыздың денсаулығын қорғау бағытында көп тапсырмалар берілді. Ұлт Көшбасшысы Нұрсұлтан Назарбаев 2050 жылға дейін медициналық қызмет көрсету сапасын арттыруға, қызмет түрлерінің бірыңғай стандарттарын енгізуге, емдеу мекемелерінің материалдық-техникалық жабдықталуына баса назар аударды. Негізгі басымдықтарды да атап көрсетіп берді. Денсаулық саласының қызметкерлері алдағы уақытта өз жұмыстарын аталмыш Стратегия қағидаларына негіздей отырып, жүзеге асыратыны анық. Жолдау біз үшін жолбасшы болады. Сонымен бірге «100 аурухана 100 мектеп» бағдарламасы бойынша соңғы үш жылда Қараой, Ақсай, Амангелді елдімекендерінде жаңа медициналық пункттер ашылып, Қайыңды елдімекенінде дәрігерлік амбулатория ашылды. Емдеу ісі бойынша соңғы жылдары аурудың алдын алу, ісік ауруларының ерте сатысында анықтау мақсатында сауықтыру шаралары басты назарда. Сол мақсатта, жоспарлы оперативті емдеу жұмыстары жандандырылуда. Сондай-ақ, 2014 жылдың қорытындысы бойынша, Ақтөбе облысы әкімінің II дәрежелі дипломымен халық денсаулығын қорғау ісіндегі үздік жетістіктері мен денсаулық сақтау саласының дамуына қосқан үлесі үшін, 2014 жылы медицина ұйымдары арасында өткізілген облыстық конкурстың «Үздік емхана» номинациясы берілді. Елбасының халыққа жолдауында халық денсаулығын жақсарту салауатты өмір салтын сақтау негізінде деп айтқан болатын. Соған сәйкес, темекіге қарсы күрес, дұрыс тамақтану, алкогольдік ішімдікке қарсы күрес, спортпен шұғылдану мақсатында көптеген санитарлық ағарту жұмыстары жүргізіліп тұрады. Атап айтсақ, көптеген спорттық шаралар мектеп оқушылары арасында және де мекеме қызметкерлері арасында волейболдан, футболдан, жүгіру, үстел теннисінен, тоғызқұмалақ және т.б. спорт түрлерінен жарыстар өткізілді. Және де жастар арасында темекі мен маскүнемдікке қарсы сауалнама жүргізіліп, оларға дәрігер нарколог әңгіме кеңес жүргізді және салауатты өмір салтын қалыптастыру мамандары санитарлық ағарту жұмыстарын халық арасында таратып, оның ішінде санбюллетень – 300, парақшалар – 420, буклеттер-310 және т.б. үгіт насихат жұмыстары жүргізілді. Емдеу мекемесінде заманауи инновациялық технологиялармен әзірге жабдықталынған жоқ, болашаққа зор үміт артсақ, бәріне де қол жеткізеріміз анық. «Дипломмен ауылға» акциясы жақсы нәтиже беріп келеді. Шалғай жатқан аудандар мен ауылдық округтерге медициналық

АВТОРЛАР НАЗАРЫНА!

«Ақжелең» журналы орта буын медицина қызметкерлеріне арналған басылым. Журнал Елбасы Н.Ә.Назарбаевтың Жолдауларында айтылған нақты тапсырмаларды, «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы және денсаулық сақтау саласындағы реформаларды жүзеге асырудағы орта буын өкілдерінің қосып жүрген сүбелі үлесі, сіңірген еңбектері мен жауапкершілікті істері жайында жариялауды мақсат етеді. Сонымен бірге зертханалық ізденіс, іс-тәжірибе, зерттеу жұмыстары, білім беру мен емдеу ісіндегі инновациялық технология қолданыс тақырыбы да басты назарда болады.

Еңбегі еленген, қоғамдық өмірде белсенді, салауатты өмір салтын ұстанған, еңбегі де тұрмысы да өнегелі әріптестер жайында мақалалар жариялайды.

Авторларға қойылатын жалпы талаптар:

Мақалада автордың тегі, аты, әкесінің аты, мекеменің ресми атауы көрсетілуі тиіс. Сонымен бірге автордың электронды адресін, байланыс телефонын немесе пошта адресін көрсеткені дұрыс, бұл редакция ұжымының кері байланысқа шығуы үшін қажет.

Авторлар өз мақаласының бұрын-соңды басқа ешбір басылымдарда жарық көрмегенін жазбаша растауы керек. Көрсетілген талаптарға сай рәсімделмеген қолжазбалар қаралмайды.

Басылымға ұсынылған барлық мақалалар міндетті түрде іріктеу мен сұрыптаудан өтеді. Редакцияның мақалаларды қысқартуға және редакциялауға құқығы бар. Құпталмаған мақалалар авторларға қайтарылмайды.

Журналдың редакциялық ұжымы тарапынан жоғары бағаланған қолжазбалар, ғылыми ізденістегі студенттердің мақалалары тегін жарияланады.

Журналда мынадай айдарлар бар:

- ◆ Денсаулық сақтау саласының өзекті мәселелері;
- ◆ Зертханалық іс;
- ◆ Білім берудің жаңа технологиясы;
- ◆ Экология мәселелері;
- ◆ Медицина тарихы;
- ◆ Тәжірибелік дәрігер беті;
- ◆ Форум (республикалық, халықаралық съезд, симпозиум, конференция, ғылыми қоғамдар отырысы, шет елдік іс сапар туралы ақпарат);

МАҚАЛАНЫ РӘСІМДЕУ

Журналға қазақ, орыс және ағылшын тілінде жазылған мақалалар қабылданады.

- ◆ Мәтін Word мәтіндік шрифтімен, А4 форматында сөйлемдер арасындағы интервал, Times New Roman немесе Times New Roman KZ шрифтінің негізінде кегль 14pt болып терілуге тиісті. Ал, мәтін жазылған беттің жан-жағындағы жиектер төменде көрсетілген тәртіппен көр: жоғарғы және төменгі – 20 мм, сол жақ – 30 мм, оң жақ – 10 мм болып қатаң сақтала жазылғаны дұрыс. Сөз тасымалы болмауы керек.
- ◆ Авторлардың инициалдары мен фамилиялары жазбаша бояуы жартылай қоюлатылған әріптермен көрсетіледі. Олардың еңбек ететін мекеменің толық ресми атауы; ел, қала, ғылыми дәрежесі көрсетіледі.
- ◆ Мақала тақырыбы жазба әріптермен теріліп, ақпараттық бағытта болғаны жөн, жалпы бектілген қысқартулар ғана қолданылады; ағылшын тіліне аударғанда меншікті атаулары бар басқа тілге аударылмайтын жекелеген атаулар, құралдар т.б. транслитерацияға тыйым салынады.
- ◆ Содан соң жұмыстың негізгі мазмұнын беретін түсініктеме мен негізгі сөздер жазылуы керек.

Түпнұсқа мақала авторының назарына:

«Кіріспеде» сұрақтың немесе мақалада көтерілген мәселелердің әлеуметтік маңыздылығы және зерттеу себептері баяндалады.

«Материалдар мен әдістер» бөлімінде нәтижеге жету жолдары қысқа нақты сипатталады. Егер эксперименталды зерттеулер бөліміне мақала жазылатын болса, онды бұл еңбектерде «Эксперименталды жануарларды қолдану жұмыстарын өткізу ережелері» қатаң сақталуы тиісті. Ал секциялық және клиникалық материалды дайындау барысында этикалық және заңдық нормаларын естен шығармаған жөн. Деректер, мәліметтер толық және негізделген болуы шарт. Барлық қолданылған құралдар мен реактивтер туралы айтылғанда, оларды өндірген фирма, ел, мемлекет болық көрсетілуі керек.

«Зерттеу нәтижелері» деп аталатын бөлімде нақты зерттеу нәтижелері қысқа және тиянақты жазылады.

«Мәліметтерді талқылауда» нақты қорытындылардың мазмұны қайталанбайды, басқа авторлардың мәліметтері нақты мысалға алынып, олардың сараптау нәтижелері ұсынылады. Талқылау соңында алынған мәліметтердің талқылау қорытындысы тұжырымдалады.

«Әдебиеттер тізімі» бөлек парақта жазылады. Тізім жасау тәртібі Библиография ГОСТ7.1-2003 «Библиографиялық жазу. Библиографиялық сипаттау. Рәсімдеудің жалпы талаптары және ережелеріне» сәйкес болуы талап етіледі.

Барлық тақырыптар бойынша мақалаларға тек соңғы 10-15 жылда жарық көрген әдебиеттер енгізіледі.

«Түйін». Мақала соңында жазылған мақаланың тілінен басқа екі тілде (ағылшын, қазақ немесе орыс тілдерінде түйін (мәнжазба) ұсынылады. Түйін мақаланың тақырыбын ашатындай түсінікті, нақты болуы тиіс.

Авторлардың аты-жөні, ағылшын тіліндегі нұсқасы латын әріптерімен (транслитерация) жазылады; Негізгі сөздер; әдістер, нақты нәтижелер және зерттеу қорытындысы деп аталатын бөлімдердің көлемі - 0,5 беттен аспауы тиіс.

Басқа типтегі мақалалар (шолу, кеңес, ақпараттық хабарламалар) басқаша рәсімделеді.

Иллюстрациялар

Түпнұсқа мақалалардағы иллюстрациялардың көлемі журналдың бір бетінен аспауы керек (5 суреттен көп емес). Суреттер түрлі-түсті болғаны талап етіледі. Фотографиялар тік бұрышты, контрасты, компьютерде жасалған және журналдың терілу барысында Word, Excel, InDesign бағдарламаларында өзгертуге «көнетіндей» болуы керек. Әр кестенің (сурет, диаграмма, график) жеке реттік нөмірі және тақырыбы жазылуы керек.

Сурет пен кестенің нөміріне сілтеме жақша ішінде көрсетіледі. Кесте нөмірі мен тақырыбы кестенің жоғары сол жағына, ал, басқа иллюстрацияның, схемалардың, диаграммалардың нөмірі және тақырыбы төменде немесе ортасында орналасады. Кестелер немесе басқа суреттік материалдар қайталанбағаны жөн.

Бір бетте бірнеше фотографияны монтаждауға болады. Егер екі иллюстрация қолданылса олардың тек біреуіне ғана түсінікте жазылады. әр иллюстрацияның сыртқы бетінде оның нөмірі, автордың фамилиясы, мақаланың атауы көрсетіледі. Сандық аппаратта жасалған суреттер 300 dpi-ден кем емес png, jpg форматында болуы керек. Бұл жағдайда түпнұсқа және олардың электрондық нұсқасы да ұсынылуы керек. Суреттерге жазбалар бөлек бетте екі данамен берілуі керек. Электронды микросуреттерде масштабты бөліктер салынуы қажет, микросуреттердегі жазбаларда объективтің, окулярдің үлкейтілуін, белгілерге түсініктемелерді, бояу тәсілдері немесе дәріні өңдеуді көрсету керек. Жекелеген сөздерді, терминдерді (жалпы қабылданғаннан басқа) қысқартуға болмайды. Мақала атауы және түйіні қысқартуға жатпайды, яғни барлық жерде толық жазылады.

Мақаланың бір бетін өңдеу құны – 700 теңге (ҚР Ұлттық Банкінің курсы бойынша 4€)

Журналдың бағасы - келісімді.

Төлем реквизиттері:

Ақтөбе медициналық колледжі» МКҚК

«Ақтөбе облысының денсаулық сақтау басқармасы» ММ

БИН 990240007266

БИК КСJBKZKX

ИИК KZ49856000000115608

«Центр Кредит» Банкі АҚ Ақтөбе

Кбе 16

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

Журнал «Ақжелен» предназначен для медицинских работников среднего звена. Издание ставит перед собой огромные и масштабные цели такие как, например, отражение на своих страницах основные направления ежегодных Посланий Президента Н.А.Назарбаева, об ответственности и вкладе средних медицинских работников в выполнении государственной программы «Саламатты Қазақстан» и других реформ в системе здравоохранения. В журнале публикуются материалы по следующим тематикам: лабораторные исследования, практический опыт, исследования, внедрение инновационных технологий в образование и лечение. А также в публицистическом разделе журнала будут размещаться материалы о личностях, чья активная жизненная позиция, здоровый образ жизни, участие в общественной жизни коллектива, добросовестный труд и образцовый быт заслуживают внимания и подражания.

Общие требования, предъявляемые к авторам:

Обязательно следует указать фамилию, имя, отчество автора, официальное название учреждения. Указать электронный адрес, контактный телефон или почтовый адрес для обратной связи. Авторы должны письменно подтвердить, что представленная работа не была ранее опубликована в других изданиях. Все статьи, представляемые к публикации, рецензируются в обязательном порядке. Редакция оставляет за собой право сокращения и редактирования статей. Рукописи, оформленные не в соответствии с данными требованиями, не рассматриваются. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются.

Научные работы студентов, материалы, получившие высокую оценку рецензентов и редакционной коллегии, публикуются бесплатно.

Предусматривается публикация материалов по следующим тематикам:

- ◆ Актуальные вопросы системы здравоохранения;
- ◆ Лабораторное дело;
- ◆ Новые образовательные технологии;
- ◆ Проблемы экологии;
- ◆ История медицины;
- ◆ Страница практического врача;
- ◆ Форум (информация о республиканских международных съездах, симпозиумах, конференциях, заседаниях научных обществ, заграничных командировках).

ОФОРМЛЕНИЕ СТАТЬИ

Принимаются статьи, написанные на казахском, русском и английском языках.

◆ Текст набирается в текстовом редакторе Word, формата А4 через одинарный интервал между строками, шрифт – Times New Roman или Times New Roman KZ, кегль -14pt, поля: верхнее и нижнее –20 мм, левое –30 мм, правое –10 мм. Не допускать переноса слов.

◆ Затем указываются инициалы и фамилии авторов – прописными полужирными буквами, указывается полное официальное название учреждения, в котором выполнена работа автора, страна, город, ученая степень.

◆ Заглавие статьи набирается прописными буквами; должно быть информативным; используются только общепринятые сокращения; при переводе на английский язык запрещена транслитерация, кроме непереводаемых названий собственных имен, приборов и др. объектов, имеющих собственные названия.

◆ В следующем пункте должны быть представлены аннотация и ключевые слова на языке оригинала, содержащие основной смысл представляемой работы.

◆ «Введение», в котором на основании данных литературы, излагается современное состояние вопроса или проблемы и обосновывается актуальность исследований.

◆ «Материалы и методы» с кратким, но исчерпывающим описанием всех процедур получения результатов;

◆ В экспериментальных исследованиях необходимо ссылаться на соблюдение «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных», указывать способы обезболивания и выведения животных из эксперимента. При использовании секционного или клинического материала следует предоставить сведения об источниках его получения, с учетом существующих этических и юридических норм. Для всех использованных приборов и реактивов необходимо указать фирму-производитель, страну.

◆ «Результаты исследования», в которых приводится сжатое и обоснованное изложение конкретных

результатов исследования, без их обсуждения.

♦ «Обсуждение полученных данных» не должно быть повторением изложения конкретных результатов, но представлять итоги их анализа с привлечением данных других авторов; в конце обсуждения целесообразно суммировать основные положения или сформулировать выводы.

♦ «Список литературы» должен быть напечатан на отдельном листе. Библиография оформляется в соответствии с ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила оформления». Библиография к статьям по всем тематикам используется только за последние 10-15 лет и входит в общий объем страниц.

♦ «Резюме». В конце статьи представляется резюме (реферат) на английском и казахском языках. Реферат должен быть содержательным отражать название статьи; Фамилии авторов в английской версии пишутся в латинице (транслитерация); ключевые слова; цель, методы, конкретные результаты и выводы исследования (объем до 0,5 страницы). Сведения, содержащиеся в заглавии статьи, не должны повторяться в тексте авторского резюме.

♦ Статьи другого типа (обзоры, лекции, клинические случаи и т.п.) могут оформляться иначе.

Иллюстрации

Объем иллюстраций в оригинальных статьях не должен превышать одной страницы журнала (не более 5 иллюстраций). Иллюстрации публикуются в цветном варианте. Фотографии должны быть прямоугольными, контрастными, выполненными на компьютере и позволять дальнейшее редактирование в программах Word, Excel, Graph. Каждая таблица (рисунок, диаграмма, график) должны иметь свой порядковый номер и заглавие. Ссылки на номера иллюстраций и таблиц в тексте делаются сквозными в круглых скобках. Номер и заглавие таблицы располагается над таблицей слева: номер и заглавие иллюстраций, схем, диаграмм - внизу и по центру.

Таблицы или другой иллюстративный материал не должны дублировать друг друга. Допускается монтаж нескольких фотографий на одной странице. Иллюстрации присылаются в двух экземплярах; обозначения даются только на одном из них. На обороте каждой иллюстрации мягким карандашом обозначается ее номер, фамилия автора, название статьи, верх и низ фотографии. Фотографии, полученные с использованием цифровых аппаратов, должны быть в формате tif, jpg с разрешением не менее 300 dpi. В этом случае, помимо оригиналов, необходимо представить и электронный вариант. Подписи к иллюстрациям даются на отдельном листе в двух экземплярах.

На электронных микрофотографиях следует помещать масштабный отрезок, в подписях к микрофотографиям – указывать увеличения объектива, окуляра, давать расшифровку обозначений, способ окраски или обработки препаратов. Таблицы должны иметь заголовки; цифры, приведенные в таблицах, не должны повторяться в тексте. В тексте статьи место, где должен быть помещен рисунок или таблица, отмечается на полях квадратом с номером рисунка (таблицы). Измерения приводятся по системе СИ и шкале Цельсия. Сокращения отдельных слов, терминов (кроме общепринятых) не допускаются. Все вводимые сокращения расшифровываются полностью при первом указании в тексте статьи с последующим указанием сокращения в скобках. Не следует использовать аббревиатуры в названии статьи и в резюме.

Стоимость обработки статьи - 700 тенге (4€ по курсу Национального Банка РК) за 1 страницу.

Стоимость журнала - договорная.

Платежные реквизиты: Реквизиты

ГККП «Актюбинский медицинский колледж»

ГУ «Управление здравоохранения Актюбинской области»

БИН 990240007266

БИК КСЖВКЗКХ

ИИК KZ498560000000115608

АО Банк «Центр Кредит» Актобе

Кбе 16

АҚ ХАЛАТТЫ ҚЫЗ

Ақ жүректі, ақ қызсың, ақша маңдай,
Ақ халатың ақтықты ақтағандай.
Ақ қаламмен өзіңді суреттеймін,
Ақ денеңнен, аяулым, дақ табалмай.

Ақ дидарлы арусың, ақ халатты,
Ақ жүрегің, еріксіз жалт қаратты.
Ақ көңілмен, жалт еттің, көріп қалып,
Ақ сезіммен, тұндырдым ақ парақты.

Ақ ниетті, аймысың аспандағы?!
Ақ пейіштің сенсің бе баспалдағы?!
Ақ арманын аңсаған үміт үзбей,
Ақ батшаның, арналсын дастандары.

Ақ құстардың, естіліп айбынды әні,
Ақ пейілмен жарасты айдың мәні.
Ақ сөзімен, мерейіне шомылдырып,
Ақ жауынсың, жазатын қайғымды әлі.

Ақ мінезді ардақтым, дара туған,
Ақ қауырсын түспесін қанатыңнан.
Ақ сөмкемен жүретін арқаланып,
Ақ қызым-ау, айналдым халатыңнан!

*Нұркен Жанай,
М. Оспанов атындағы БҚММУ-нің студенті,
жыр мүшәйраларының жеңімпазы*