

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ
ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ
МАГИСТРАТУРА

МАГИСТІРЛІК ЖОБА

Әскерге шақырылатын жас өспірімдердің денсаулық күйі

Орындаушы: _____ Қыдыралиев Ж." ____ " _____ 2019 ж.
/қолы/ /А.Т.Ж./

Ғылыми жетекші: PhD _____ Садыкова К.Ж." ____ " _____ 2019 ж.
/лауазымы/ /қолы/ /А.Т.Ж./

Түркістан 2019

МАЗМҰНЫ

КІРІСПЕ

Жұмыстың өзектілігі.....	3-5
Әдеби шолу	
1. Жалпы және медициналық кең ауқымды салыстырмалы репрезентативті эмпирикалық зерттеулердің алғы шарттық қайнарлары.....	6-9
2. Әскерге шақырылатын жас өспірімдер арасындағы сырқаттылық: бірлік түрлері, таралымы және % көрсеткіштері	
2.1. Бірлік түрлері, таралымы және % көрсеткіштері.....	9-12
2.2. Ас қорыту ағзаларының аурулары.....	12-15
2.3. Жүйке және сезім мүшелері аурулары	
2.3.1 Көз және оның қосалқы мүшелерінің аурулары.....	15-18
2.3.2. Орталық жүйке жүйесінің аурулары.....	18-20
2.3.3. Құлақ және оның қосалқы бөліктері аурулары.....	20-22
2.4. Жүрек-қан тамырлары жүйесінің аурулары.....	22-25
2.5. Инфекциялық аурулар.....	25-27
2.6. Сүйек-бұлшық ет және тін қосылыстары аурулары.....	27-31
2.7. Психикалық ауытқулар.....	31-34
3. Топтық бірліктері (класс) жоқ сырқат түрлері	
3.1 Шығындық және кекештену (тұтықпа).....	34-35
3.2. Тері және тері асты талшықтарының аурулары.....	35
3.3. Тыныс алу ағзаларының аурулары.....	35-38
3.4. Несеп- жыныс жүйелерінің аурулары.....	38-42
3.5. Эндокринді жүйе, тамақтанудың және зат алмасуының бұзылуы аурулары.....	42-49
Қорытынды	50
Әдебиеттер тізімі.....	51-52

КІРІСПЕ

Жұмыстың өзектілігі

Жас азаматтарды мерзімді әскери қызметке шақыру Қазақстан Республикасы Президенттің жарлығы және Қазақстан Республикасы Үкіметінің қаулысы негізінде жылына 2 рет жүргізіледі. Жергілікті әскерге шақыру учаскілері жанынан арнайы құрылатын медициналық комиссия мүшелері әскерге шақырылатындардың денсаулығын тексеріп, олардың әскери қызметке жарамдылығын, не жарамсыздығын анықтап, куәландырады [10].

Осы медициналық комиссиялардың соңғы 10 жыл бойғы жинақталып, қорытылған есептемелерінде Түркістан облысы бойынша әскерге шақырылатындардан әскери қызметке жарамсыз деп танылғандарының ішінде көз және оның қосалқы мүшелерінің, несеп-жыныс жүйелерінің, арқа омыртқаның майысуы, сүйек-бұлшық ет, тері асты талшықтарының аурулары, жүрек кемістігі, тыныс алу, ас қорыту ағзаларының аурулары, семіздік, жарақаттанулар, психикалық және наркологиялық аурулар, туберкулез көптеу көріністенген. Түйе табандылар да біршама болған.

Дей тұрғанмен, өкінішке қарай, жас өспірімдердің денсаулығы мәселесіне ата-аналардың да, жергілікті денсаулық сақтау мекемелері дәрігерлерінің де соншалықты көңіл аударма бермейтіндігі сырт көзге ап-айқын байқалады. Іс-әрекеттің бәрі аурудың алдын алуға емес, керісінше ауру асқынып кеткеннен кейінгі стационарлық-диспансерлік ем қолдануға бағытталады. Ал, жасөспірімдердің арасында өздері өздерін күтіп, денсаулықтарын қорғау керектігі туралы насихаттық жұмыстар мүлдем жүргізілмейді десе де болады.

Сондықтан өсіп-жетіліп келе жатқан жас ұрпақты жастайынан медициналық бақылауға алып, жыл сайын дені-бастарының саулығын кешенді негізде тексеріп, белгілі бір қорытынды түйіндеп отырудың ешқандайда артықтығы жоқ.

Бұл пікірдің дұрыстығы Түркістан облысының Сырдария өзенінің екі бетін ала орналасқан аудандар жас өспірімдердің денсаулық күйін бағалау мақсатында арнайы ұйымдастырылып, жүргізілген медициналық эмпирикалық зерттеулер барысында дәлелдене түсті.

Зерттеу объектісінің кішірейтілген жиынтық үлесі (выборочная совокупность) ретінде әскер қатарына шақырылуға жақын резервте тұрған 1000 жас өспірімнің денсаулық күйі олардың өз келісімдерімен жан-жақты каралып, тексерілді. Мұндай әдіс, әдетте, зерттеу объектісі саны жағынан ондаған мың, немесе одан да көп болған жағдайда қолданылады. Себебі, зерттеуге бөлінген азғантай уақытта ондаған, жүздеген мың адамнан тұратын жиынтықты толық тексеріп шығу мүмкін емес. Сондықтан, олардың ішінен 1-2 мыңдай ғана адам кездейсоқтық таңдау әдісімен таңдап алынады. Бұл таңдалған топ (жиынтық) негізгі жиынтықтың басты ерекшеліктерінің кішірейтілген үлгісі (микроүлгісі) ретінде қарастырылады. Осы кішірейтілген топтағылардың бойынан, немесе іс-әрекеттерінен көрінген құбылыстар, т.б. жалпы топқа (макротопқа) тән сипаттарды білдіреді. Сол себепті, таңдалған топтың зерттеу қорытындылары негізінде ұсынылған шешімдерді, жаңа ұсыныстарды жалпы топтың (негізгі жиынтықтың) мәселелерін шешуде қолдануға әрі репрезентативтік түйіндеулер жасауда пайдалануға әбден болады.

Зерттеу аясында:

1. Жас өспірімдердің денсаулығына оларды қоғамдық өмірге бейімдеп, әлеуметтендіруші факторлардың (отбасылық, тәлім-тәрбиелік, машықтандырушылық, әлеуметтік-психологиялық, медициналық-профилактикалық, дене шынықтырушылық, емдеп-сауықтырушылық, т.с.с.) ықпалының қаншалықты екендігі екшеленіп, сараланады.

2. Жас өспірімдердің денсаулық күйіне тұқым қуалаушылық ауру түрлерінің және өмірлену орталарындағы денсаулыққа зиянды экологиялық-гигиеналық ахуалдың, адамдардың шаруашылық жүргізу әрекеттерінің

салдарынан туындаған ластану әсерінің барлығы қарастырылып, таразыланды.

Жұмыстың мақсаты: Әскерге шақырылатын жас өспірімдердің денсаулық күйін зерттеу

Жұмыстың міндеттері:

1. Әскери жастағы жас өспірімдерде негізгі аурулардың таралуын зерттеу

2. Әскери жастағы жас өспірімдерде нозология бойынша аурулардың жиілігін зерттеу

НЕГІЗГІ БӨЛІМ

Әдеби шолу

1. Жалпы және медициналық кең ауқымды салыстырмалы репрезентативті эмпирикалық зерттеулердің алғы шарттық қайнарлары

Зерттеуде негізінен медициналық-статистикалық және гигиеналық әдістер кеңінен пайдаланылды.

Дей тұрғанмен медицина адамның денсаулығын сақтау, яғни оның ауруының алдын алу, емдеу және өмірін ұзарту туралы барлық білім мен тәжірибе жинақталып, жүйеленген ғылым саласы.

Сондықтан медицина ауруларды емдеудің өзіндік амалдарымен қатар, адамды және оның денсаулығына тікелей әсер ететін өмірлік ортасын зерттейтін барлық ғылымдардың зерттеу тәсілдерін өз іс-тәжірибесінде кеңінен пайдаланады.

Оның растамасына қазіргі медицина ғылымында экологияландырылған ғылыми жаңа бағыттардың, мысалы, медициналық экология, әлеуметтік экология, геохимиялық экология, радиоэкология, денсаулық экологиясы, аурулар экологиясы, экологиялық-гигиеналық зерттеулер, медициналық география, географиялық патология әдістері кеңінен қолданылатындығын мысалдауға болады. Сонымен қатар бүгінгі медицинада жаратылыстану, биология, социология, экономика, география т.б. әртүрлі ғылым салаларының әдістері мен техникалық зерттеу құралдары да кең әрі жүйелі түрде пайдаланылады. Оған себеп адамның денсаулығына оны қоршаған ортадағы барлық факторлық құбылыстар әсер етеді. Осыны ескергендіктен болар, бірқатар дәрігер ғалымдар халықтың денсаулығының жарамдылығының 50%-дайы әрбір жанның өмір сүру салты мен тұрмыс жағдайына, 20% қоршаған орта ауасының тазалығына, 20% тұқым қуалаушылықты ауырмауға, ал қалған, бар-жоғы 10% ғана денсаулық сақтау саласы қызметінің жемістілігіне тәуелді деп есептейді.

Демек, эпидемиологиялық әдістерді кеңінен пайдалана отырып, белгілі бір ауру түрінің шығуына, жұғуына және таралуына септескен жағдайларды анықтап бағымдау, немесе белгілі бір аймақтағы тұрғындардың денсаулығы жөніндегі деректерді жинақтап талдау, немесе емдеу амалдарын жетілдіретүсу үшін диагноз қою мен болжам жасау ауру түрінің алдын алу бағдарламасын тиімді жоспарлауға және оны пәрменді түрде жүзеге асыруға қолайлы жағдайлар тудырады.

Осы методологиялық қағиданы басшылыққа ала отырып, біз жас өспірімдердің аурушандығының алдын алуда, сақтандыруда және емдеуде не істелуі және қалай істелуі керектігін анықтау үшін медициналық эмпирикалық зерттеу жобасын түзіп, зерттеу жұмыстарын қолға алдық.

Себебі ғылымда эмпирикалық зерттеулер ғылыми таным мен практиканың сұраныстарын қанағаттандыра алатын жаңаның (білімнің, заттың, өнердің, техника мен технологияның, емдеу амалының, т.б) туындауына әсерлі ықпалын тигізетін кең ауқымды салыстырмалы репрезентативті зерттеулер санатына жатқызылады. Ал, репрезентативтілік дегеніміз зерттеу объектісінің анықталған ең негізгі сипаттамалық қасиеттері мен белгілерін көрсете алуға қабілеттілік.

Ал, мұндай талаптылық өз кезегінде аурулардың медициналық профилактикалық алдын алу, сақтандыру және емдеу амалдары мен практикалық іс-әрекет үлгілері ішінен зерттеу тақырыбымызға тікелей қатысы бар ең тиімді әдістерді таңдап алып пайдалануға итермелейді. Мыналар: 1. Нозологиялық; 2. Ретроспективті; 3. Аналитикалық эпидемиологиялық; 4. Гигиеналық, гигиеналық-санитарлық; 5. Экологиялық-гигиеналық; 6. Сырқаттылықтың сандық көрсеткіштерінің жиынтық есептемелері; 7. Инфекциялық (жұқпалы) ауруларды анықтау; 8. Клиникалық эпидемиологиялық; 9. Медициналық статистикалық; 10. Серологиялық; 11. Медициналық бақылау 12. Күнделікті санитарлық қадағалау; 13. Сауықтыру, денсаулықты жақсарту, қалпына келтіру және дене шынықтырулық; 14. Потогенді; 15. Патологиялық; 16.

Профилактикалық; 17. Санитарлық ағарту; 18. Санитарлық эпидемиологиялық қадағалау; 19. Санитарлық-эпидемиологиялық сараптама; 20. Терапиялық; 21. Эпидемиологиялық ретроспективті(кері) талдау, т.с.с. медициналық әдістер.

Кешенді зерттеу барысында, алдымен жас өспірімдердің антропометриялық (соматометриялық және физиометриялық) көрсеткіштерінің медициналық тұрғыда негізделетіндей шамада екендігіне, яғни дене бітімдерінің мығым, дене күштерінің шынықты, нерв жүйелері мен психикалық-физиологиялық қалыптары жас ерекшеліктеріне сәйкес өсіп жетіліп келе жатқандығына айрықша назар аударылды. Сонымен қатар жас өспірімдердің дені-бастарының саулығы, не аурулығы мұқият қаралды. Тамақтану жағдайлары, өмірлену өңірлеріндегі экологиялық ахуал, яғни қоршаған орта қолайлығының ластанудан өзгерістерге ұшырағандығын анықтаулар, ластанудың адам ағзаларына зиянды мөлшерлік деңгейлері, ауру тудыру қасиеттері, ластағыш заттардың, радиациялық мөлшердің, тұрмыстық химияның және егіс өнімділігін арттыру үшін пайдаланылатын пестицидтердің (гербицидтер, фунгицидтер, т.б.), дәрі-дәрмектердің, әртүрлі төсемелердің, құрылыс материалдарының, өндіріс қалдықтарының, тұрмыстық тасталған қоқыстардың, т.с.с. ауру қоздырушылық, мысалы тыныс алу жолдарын зақымдау, ісік тудыру, иммунологиялық, инфекциялық қасиеттері зерттеліп алдын алу, сақтандыру және емдеп-сауықтыру амалдары қарастырылды. Ауыз су тазалығы айрықша назарға алынып, судың ластығы адам ағзасына қаншалықты зиян келтіретіндігі есептелді. Сырдария және оған ағып барып қосылатын өзендердің суын тұшытып, тұтыну амалдары нұсқаланды.

Соматометриялық – дене бойшандығы, дене салмағы, дем алу, дем шығару және қалыпты жағдайдағы кеуде клейкасы шеңбері, жасушалардың қызметтенуі, физиометриялық – өкпенің тіршілік сыймдылығы (ӨТС), стоматолог врачтың ауыз қуысы ауруларын бақылауы мен емдеуі туралы мәліметтер жинақталып, таразыланды. Медициналық – статистикалық

әдістер пайдаланыла отырып, әр 1000 балаға шаққандағы жас өспірімдер аурушандығының % көрсеткіштері есептеліп шығарылды.

Жалпы жас өспірімдердің денсаулығын медициналық тұрғыда кешенді репрезентативті эмпирикалық зерттеу мәліметтері жергілікті әскерге шақыру учаскілері жанынан құрылған медициналық комиссиялардың есептік құжаттарындағы көрсеткіштермен салыстырыла отырылып талданып, сараланды.

Сонымен қатар тек әскер қатарына шақырылатын жас өспірімді ғана емес, жалпы ел тұрғындарының денсаулығын сақтауға бағдарланған жобалардың алдыңғы қатарында тұрғылықты шағын елді мекендерде профилактикалық медицина пунктері ашылып, тұрақты жұмыстануы қажеттілігі негізделді. Алыс шет аймақ тұрғындарына медициналық жәрдем көрсетудің жаңа нысандарын, мысалы «Смарт медицина», «Қашықтықтан емдеу» және «Электрондық медицина» қызметтерін іске қосудың тиімділігі нұсқаланды. Медициналық қызметтің бұл жаңа түрлерінің біздікі сияқты аумағы үлкен кең байтақ елде ерекше сұранысқа ие болары анық.

2.Әскерге шақырылатын жас өспірімдер арасындағы сырқаттылық: бірлік түрлері, таралымы және % көрсеткіштері

2.1.Бірлік түрлері, таралымы және % көрсеткіштері

Статистикалық мәліметтер бойынша 2018 жылғы 1 маусымда Қазақстанда халық саны 18253,3 мың адам (оның 48,4% ер, 51,6% әйел жыныстылар) болған. Осыншама халықтың 5 миллионнан астамын 0-18 жас аралығындағылар (оның 2,5 млн. қыз, 2,6 млн. ер балалар) құраса, соның 682,7 мыңы 15-17 жас аралығындағыларға тиісілі. Осы 15-17 жас аралығындағылар жасөспірімдердің 140,3 мыңы (ұл-қызы бірге) Түркістан (бұрынғы Оңтүстік Қазақстан) облысы түлектері (8.136).

Міне, осы Түркістан облысы жасөспірімдерінің ішінен әскер қатарына шақырылуға жақын резервте тұрған 15-17 жас аралығындағы еркек жыныстылардың денсаулық күйін бағалау мақсатында жүргізілген

медициналық кешенді эмпирикалық зерттеулер барысында науқастық симптомдар олардың біршамасының бойынан байқалды.

Байқалған дерттенулердің басым бөлігі науқастың жеңіл түрлеріне жатқызылғанымен, жіктік бірліктерге топтастыруға болатын ауру түрлері де біршама көрінгенді.

Жалпы зерттеуге тартылған жасөспірімдердің төрттен бірінің бойларынан байқалған дерт түрлерін олардың % көрсеткіштері бойынша қатарластыра (ренгтеп) кестеге қондырғанда, төмендегіше көрінгенді (қараңыз, кесте 1).

Кесте 1 -Өңір жасөспірімдерінің арасында 2018 жылы көріністенген ауру түрлерінің жалпы сандық және % көрсеткіштері.

№	Сырқаттылық аталымдары	таралымы	%
1	Ас қорыту ағзаларының аурулары	91,0±2	36,3
2	Жүйке және сезім мүшелері аурулары	44,3±1	17,6
3	Жүрек-қан тамырлары жүйесінің аурулары	26,0±1	10,4
4	Инфекциялық (жұқпалы) аурулар	21,0±1	8,4
5	Сүйек-бұлшық ет және тін қосылыстары аурулары	19,0±3	7,6
6	Психикалық ауытқулар	12,0±2	4,8
7	Шыжыңдық (ұйықтап жатып зәр шығарып қою және кекештену (тұнтықпа)	9,9±1	4,0
8	Тері және тері асты талшықтарының аурулары	7,1±0	2,8
9	Тыныс алу ағзаларының аурулары	9,6±0	3,8
10	Несеп-жыныс жүйелерінің аурулары	4,5±0	1,8
11	Эндокринді жүйе, тамақтанудың және зат алмасуының бұзылуы аурулары	3,0±0	1,2
Барлығы		250±1	100,0

Жоғарыдағы көрсеткіштерді осыдан он жыл бұрынғы зерттеу мәліметтерімен салыстыра талдағанымзда жасөспірімдер сырқаттылығының кәдімгідей-ақ төмендегендігі байқалды (қараңыз кесте 2).

Кесте 2 - Өңір жас өспірімдері арасында 2008-ші және 2018-ші жылы көріністенген сырқаттылықтың салыстырмалы сандық көрсеткіштері

№	Сырқаттылық аталымдары	2008	2018
		таралымы	таралымы
1	Ас қорыту ағзаларының аурулары	184,5±5	91,0±2
2	Жүйке және сезім мүшелерінің аурулары	101,2±2	44,3±1
3	Жүрек қан тамырлары жүйесінің аурулары	38,4±1	26,0±1
4	Инфекциялық (жұқпалы) аурулар	29,0±3	21,0±1
5	Сүйек-бұлшық ет және тін қосылыстары аурулары	27,0±5	19,0±3
6	Психикалық ауытқылар	6,0±0	12,0±2
7	Шыжындық/ ұйқтап жатып зәр шығарып қою/ және кекештену (тұтықпа)	10,5±0	9,9±1
8	Тері және тері асты талшықтарының аурулары	17,0±2	7,1±0
9	Тыныс алу ағзаларының аурулары	9,6±0	9,6±0
10	Несеп-жыныс жүйелерінің аурулары	7,1±0	4,5±0
11	Эндокринді жүйе, тамақтанудың және зат алмасуының бұзылуы аурулары	1,5±3	3,0±0
	Барлығы	413,3±2	250,4±1

2008 жылғы мәліметтер: Нускабаева Г.О., Данабекова Г. Экологическая ситуация Туркестанского региона и ее влияние на здоровье юношей приписного возраста// Развитие здравоохранения в Туркестанском регионе. Материалы республиканской конференции, 1 марта 2008 г. г.Туркестан, 2008- С.137-140, алынды.

2.2. Ас қорыту ағзаларының аурулары.

Ас қорыту ағзаларының аурулары медициналық кешенді эмпирикалық зерттеуге тартылған жасөспірімдердің $91,0 \pm 2,8$ -нен байқалды. Сырқаттық белгілер жұтқыншақ (өңеш), ауыз қуысы, май безі, жақ сүйегі (тіс жігі (кариес) және тісті қоршаған тіндер қабынуы (парадонт) – $54,0 \pm 2,0\%$ және ас айналымы, асқазан (қарын), он екі елі ішек – $29,3 \pm 2\%$ байқалды. Сырқаттық құрылымында мұндай ауру түрлері тиісінше – $80,3\%$ және $15,5\%$ деңгейлерде құрылымдарды (қараңыз, кесте 3).

Кесте 3 - Ас қорыту ағзаларының аурулары таралымы және % көрсеткіштері.

№	Сырқат аталымдары	Таралымы	%
1	Ауыз қуысы, май безі және жақ сүйегі аурулары	$54,0 \pm 2$	59,3
2	Ас айналымы, асқазан (қарын), он екі елі ішек аурулары	$29,3 \pm 1$	32,2
3	Ас қорыту ағзалары ауруларының басқа түрлері	$8,0 \pm 1$	8,8
	Барлығы	$91,0 \pm 2$	100,0

Ас қорыту ағзаларын сырқаттандыратын қоздырғыш құрылымдар қоршаған ортада жетіп артылады. Олар асқазанға тамақпен бірге жұтқыншақ (өңеш) арқылы өтіп оның шырышты қабатындағы өте күрделі, бір-бірімен тығыз байланысты қорғаныс жүйелерін зақымдандырады. Зақымдаған ағзалар қорғаныштық күшін бірте-бірте жойып, өзі иелік ететін аумақты

ауруға шалдықтырады. Өйткені асқазанның шырышты қабағына тамақпен ілесіп барып түсетін әртүрлі улы өністер, микробтар, антигендер ас қорыту ағзаларының қорғаныс механизмдерін бірітіндеп әлсіретеді. Содан барып асқазанның екі құрылымнан құралған қорғаныс (иммунологиялық және бейиммунологиялық) жүйесі өзінің қорғаныс күшін жойып алады да сырқаттыққа ұрындырады.

Асқазан ағзаларының иммунологиялық механизмдеріне эпителий арасындағы лимфоциттер мен плазмалық жасушалар, лимфофолликулалар және секрет құрамындағы JgA жатады. Ал жалпы асқазан саулығына (иммунитетке) жауапты асқазан жүйесінің толыққанды әрі тұрақты қызметенуі болып табылады.

Бейиммунологиялық механизмдерге қозғалыстық қарсылық және арнайы емес төзімділік факторлары кіреді. Механикалық қорғау жүйесінің ішінде, әсіресе, мукоцеллюлярлы бөгеттің (глюкокаликстың) маңызы зор. Өйткені оның бірінші қабаты шырышты заттардан, ал екінші қабаты қышқыл глюкоза-лингликандардан түзілген сүзгі тәрізді құрылымдардан тұрады, ол сүзгі ірі молекулалардың шырышты қабыққа өтуіне кедергі жасайды.

Қорғаныстың ерекше түріне асқазан эпителиінің жиі (3-5 күнде) жаңарып тұруы да (регенерациясы) жатады.

Арнайы емес төзімділік факторларының лизоцим, интерферон, комплемент, фагоцитоз, ас қорыту лейкоцитозы кіреді.

Осы күрделі жүйенің бұзылуы ас қорыту ағзаларының ауруларын туғызады.

Тамақ пен жұтқыншақтың қабынулары мұздай су ішуден көтеріледі. Суық тигенде, тоңғанда асқына түседі. Бадамша бездің қабынуы баспа (ангина) немесе тонзиллит, ал жұтқыншақтың қабынуын фарингит деп атайды. Жасөспірімдерде баспаның жедел және созылмалы түрлері көріністенеді. Сонымен қатар баспаның қызамықта, дифтерияда, қанның және қан жасау жүйесінің сырқаттарын да (инфекциялық мононуклеозда, агранулоцитозда, жедел лейкоздарда) да туындайтындығы білінді.

Созылмалы баспа (тонзиллит) жедел баспаның жиі-жиі қайталануынан дамып, өрістейді. Өрістей келе іріңді баспаға айналады.

Өңештің қабынуы эзофагит деп аталады. Бұл ауру түрі жасөспірімдерде тамақтану барысында әртүрлі химиялық (қышқылдар, сілтілер, этанол), физикалық (ыстық тамақ, шәй), механикалық (сүйектер тырнап кеткенде) және бактериялық себептерден туындайды. Өңеш ауруларының түрлері көп, олардың мән-мағыналары мен емдеу жолдарын термелеу арнайы зерттеуді қажетсінеді. Сондықтан біз өңеш ауруларының жасөспірімдерде жиі байқалатындарын ғана атамалап, оларды емдеу-сауықтыру амалдарын қысқа ғана талдап өтуді жөн көріп отырмыз.

Өңештің қатерлі ісігі (қылтамақ) Қазақстанда соның ішінде, әсіресе Түркістан облысында кеңінен тараған ауру түрі. Егер бұл ауру балаларда байқалса өкінішті жағдайға ұрындырады. Қылтамақтың даму себептеріне арақты салына ішу, шылым шегу, тамақты, шайды ыссы күйінде ішу, насыбай ату, ысталған балықты жеу және басқа факторларды кіргізуге болады. Қылтамақтың дамуына тікелей себепші факторлардың ішінде созылмалы эзофагитті, өңеш лейкоплакиясын, полиптерді, тыртықтарды атап өтуге болады. Бұл ауру негізінен өңештің орта және төменгі бөліктері арасында кездеседі. Сыртқы көрінісіне қарап скиррозды, ми тәрізді және бүртікті түрлерін ажыратады. Скиррозды карцинома өңеш қабырғасына біртегіс таралып оның белгілі бір бөлігін шеңбер тәрізді қысып, тарылтып, қояды, консистенциясы қатты болады. Ойықты карцинома өңештің ішіне қарай өсіп, өзінің жұмсақтығына байланысты тез некрозданады, оның арасында ойықтар (жаралар) пайда болады. Бүртікті карцинома өңеш қабырғасынан оның қуысына қарай өседі. Микроскоппен тексергенде өңеш карциномасы негізінен жалпақ жасушалары түлейтін немесе түлемейтін карциномалар қатарына жатады. Аденокарцинома өте сирек кездеседі.

Ісік көптеген ағзаларға лимфа жолдарымен таралады. Ал қылтамақ үшін айналасындағы ағзаларға өсіп таралудың орны ерекше. Ол кеңірдекке, бронхтарға, плевраға, өкпеге, қалқанша безге, көкірек аралығына, көк етке,

қолқаға өсіп кіріп, көптеген асқынуларға соқтырады. Өңеш пен кеңірдек арасындағы жыланкөз, тамақтың тыныс жолдарына түсуіне, аспирациялық пневмонияның, өкпе абсцесі мен гангрена­сының, плевра эмпиемасының дамуына, медиастинитке алып келеді. Ал басқа жағдайларда ісікке байланысты өңештен ас өтпей қалып науқас қахексиядан өледі. Сондықтан өңешті күтіп ұстау, қомақайланып тамақты, шәйді ыстық ішуден, темекіге үйірліктен аулақ жүруге жас өспірімдерді иландырып отыру, профилактикалық медицинаның, дәрігерлік кеңестің тікелей міндеті болуы шарт.

Жас өспірімдерде асқазан ауруларынан жиі кездесетіндері: гастрит және жара ауруы.

Гастрит дегеніміз асқазанның қабынуы. Ол жедел немесе созылмалы түрде өтеді. Жас өспірімдердің гастритпен ауруы көбіне олардың газды суларды шектен тыс көп ішулерінен туындайды. Сондай-ақ, дұрыс тамақтанбаудан да әртүрлі инфекциялар (*Helicobacter pylori*, стрептоктар, стафилококктар, сальмонеллалар) ілесе ішке енуден де, тамақты ыссы немесе өте салқын жеуден де, қышқылдар, сілтілер, кейбір дәрі-дәрмектерден де асқазанның қабынуы туындайды. Ал, асқазан қабынуының ішкі себептеріне әртүрлі инфекциялар туындататын, мысалы іш сүзегі, дизентерия, туберкулез, дифтерия және т.б. жатқызуға болады.

Асқазан жарасы Түркістан облысы тұрғындары көп ауыратын сырқаттардың бірінен саналады. Қыз балаларға қарағанда бұл аурумен ер балалар жиі ауырады. Ал, асқазан жарасы созылмалық түрге ұласса асқазанда тесіп жібереді. Сондықтан, бұл аурудың алдын алу, сақтандыру және емдеп сауықтыру шаралары үнемі назарда ұстануы тиіс.

2.3. Жүйке және сезім мүшелері аурулары

2.3.1 Көз және оның қосалқы мүшелерінің аурулары

Қазіргі уақытша аурулардың бірлік жіктемесі мен түр топтамалық нозологиясында себебі, даму механизмі, клиникалық-морфологиялық көріністері анықталған 20 мыңдай жеке ауру түрі бар деп есептеледі. Әрі

бүгінге таңда медициналық білімнің жетістіктеріне орай жеке аурулардың атауы, класы тез өзгеріп, тізім жаңадан пайда болған ауру атауларымен толығып отырады. Осындай аурулардың топтық бірлігінің біріне ретінде көз және оның қосалқы мүшелерінің ауруларын жатқызуға болады.

Себебі бүгінгі жас өспірімдерде қимыл-қозғалыс жоқтың қасы. Күні-түні олардың қолдарында смартфон, құлақтарында наушник, одан қалса интернеттен шықпайды. Осыдан барып балалар, әсіресе, қалалық балалар арасында ауратындар көп. Мысалы, жүйке, жүрек-қан тамыры, бауыр, зәр шығару, зат алмасуының бұзылуы, семіздік, тыныс алу ағзалары, сезім мүшелері, соның ішінде, ең алдымен көз және оның қосалқы мүшелерінің аурулары дегендей.

Мысалы, Түркістан облысы Сырдария өзенінің екі бетін ала орналасқан аудандардың 15-17 жас аралығындағы еркек кіндікті жас өспірімдерден медициналық кешенді эмпирикалық зерттеуге тартылғандарының ішінен жүйке және сезім мүшелері ауыратындар жалпы санында $-44,3 \pm 1$ құраса, оның $4,0 \pm 0$ жүйкесі, $9,3 \pm 1$ құлағы, ал қалған $31,0 \pm 0$ көзі және оның қосалқы мүшелері ауыратындар болып шықты (қараңыз, кесте 4).

Кесте 4 - Көз және оның қосалқы мүшелерінің аурулары

<u>№</u>	Сырқат аталымдары	таралым ы	%
1	Көздің аккомадациялық (әртүрлі қашықтықта анық көруі) және рефракциялық оптикалық жүйесінің диоптриямен (рефракция күші) өлшенетін сәулені сындыру күші бұзылуы	8,3	27
2	Көздің түсті ажыратуының (дихромазия – түстің әртүрлі көрінуі мен трихромазия – кірпіктің көз алмасына қарай қисық өсуі) ауытқуы	2,5	8
3	Қысаң қабықтың тұрақты қабыну жағдайында болуы	13,2	42
4	Көз алмасын қозғайтын нервтің тұрақты сал ауруына ұшырауы	4,0	13

5	Көз өткірлігінің төмендігі	3,0	10
	Барлығы	31,0±0	100

Жоғарыдағы кесте көрсеткіштерінен байқалып тұрғандай, жас өспірімдердің көзінің көруінің нашарлауы оның сәуле сындыру күшінің ақауларынан, қысаң қабықтың қабуынан, көру нерв жүйесінің ауруынан, қылилықтан, ақ түсуден, т.с.с. пайда болады, немесе іштен туа бітетін аурулар санатына жатқызылады.

Өңірде экологиялық ахуалдың нашарлауына байланысты іштен туа бітетін көз кемістігі – су қараңғылық (глаукома) және көз жарақаттары бірлі-жарым болсада кездесіп қалып жүр.

Жергілікті өскелең ұрпақтың көзі аурулары пайда болуының өз себептері бар. Мысалы, ойнап жүріп жарақаттандыру, кездейсоқ өсімдік сабағына ұрыну, немесе лақтырылған өткір заттың дәл көзге барып ілінуі, т.б.

Сонымен қатар өңірде желдің шаңдатып жиі тұруы ойын баласы жас өспірімдердің көзіне тозаң, шөп-шалам түсіреді, көзді қызартып қабындырады. Сондай-ақ өңірде негізінен ауыл шаруашылығы өнімдері өндірілуі жерді тыңайтуыды талап етіп отырады. Содан егістік аймақтарға көп мөлшерде химиялық тыңайтқыш заттар—пестицидтер, өсімдіктерді зиянкестерден қорғау үшін-химиялық улы зат—инсектицидтер, арам шөптерді жоятын-гербицидтер, өнімдерді қорғау үшін қарсы қолданылатын-фунгицидтер, т.с.с. себіледі. Олардан қалған қалдықтар жинастырылмай шашылған күйлері төбе-төбе болып үйілген күйі қалады. Ал, оны жел ұшырып, ірі аумақтарға таратып жатады.

Уран өндірісі қалдықтары туралы да осыны айтуға тура келеді. Қоршаған ортаны ластанудан (химиялық тыңайтқыш қалдықтар, аумақтың техногендік және табиғи радиоактивті былғануынан қорғайтын әрі қауіпсіздікті қамтамасыз ететін мониторингтік жүйе жоқтығынан осының бәрі адамдардың, соның ішінде ең алдымен өскелең ұрпақтың денсаулығына

(оның ішінде көз аурулары да бар) теріс әсер етеді, бұйығып ұйықтап жатқан ауруларды қоздырып, жандандыра түседі. Осындай физикалық-химиялық жағымсыз әсерлерден, көз аурулары – жас өспірімдік миопия (сығырайма), катаракта, глаукома, қабақ іріңі, көру нерв жүйесінің ауруы, көз ісігі, ақ түсу, қысаң қабықтың қабынуы, көзден жас ағу, қылилық, т.с.с. пайда болады. Сондай-ақ қимыл-қозғалыстың аздығы, күні-түні смартфонды қолдан түсірмеу, интернетке үйірлік, т.б. көздің көру қабілетін төмендетіп, көп нұқсан келтіреді.

Мынадай ауру түрлері де (қызылша, жарақаттану, қабыну, көзге шыққан жара, мысалы теріскеен, т.с.с.) көздің ауруына септеседі. Көздің қысаң қабығында ақ дақ тудырады. Ал, ол бүгіттеніп бітсе, немесе қарашыққа түссе, бала көрмей қалуы мүмкін. Іш аурулары да, жұқпалы аурулар да көз ауруларының пайда болуына септеседі. Сондықтан жас өспірімдерді бала жастан саламатты өмір салтын ұстанып, денешынықтыру жаттығуларын үнемі жасап жүруге баулу ата-аналардың да, үлкендердің де, дәрігерлердің де, мектептік мұғалімдердің де борыштық міндеттері болып саналады.

2.3.2. Орталық жүйке жүйесінің аурулары

Адамның орталық жүйке жүйесі оның барлық органдарының қызметтенулерін үйлестіре басқарып, реттеп отырады. Өз қызметін орталық жүйке жүйесі жұлын жүйкелері (31 жұп) мен ми жүйкелері (12 жұп) арқылы атқарады.

Бұл жүйкелер омыртқааралық және вегетативтік жүйке түйіндерімен бірге шеткі жүйке жүйесін құрады. Әр түрлі рецепторлардан тітіркену процесінде пайда болатын жүйке импульстары орталыққа тепкіш (афференттік) жүйке талшықтары арқылы Орталық жүйке жүйесіне келеді. Бұл жерде импульс мәліметтері өңделіп, Орталық жүйке жүйесінің орындаушы бөлімдері – орталықтан тепкіш (эфференттік) жүйке талшықтары арқылы “бұйрықты” тиісті орнына жеткізеді. Нәтижесінде Орталық жүйке жүйесінің ең негізгі қызметі – рефлекстің жүзеге асуын қамтамасыз етеді. Орталық жүйке жүйесінің қалыптасуы – Орталық жүйке жүйесінің өз

ішіндегі, сондай-ақ, оны организмнің барлық органдары және тіндерімен байланыстыратын өткізгіш жолдардың пайда болуына әкеледі. Орталық жүйке жүйесінде сомалық (анималдық) және вегетативтік жүйке жүйелерінің орталықтары орналасқан. Сомалық жүйке жүйесі сыртқы тітіркендіргіштерді қабылдайды және қаңқа бұлшық еттерінің қызметін басқарады, ол организмнің қимыл-қозғалысын, сыртқы ортада бір жерден екінші жерге жылжуын қамтамасыз етеді. Орталық ми қыртысында орналасқан- айқын шектелген шекарасы жоқ, ядро және шашыраған бөліктерден тұрады. Ми қыртысынан шыққан импульстер ми сабауы мен жұлынның қозғалтқыш ядролар арқылы бұлшық еттерді қозғалысқа келтіреді. Вегетативтік жүйке жүйесі ішкі органдардың қызметін, зат алмасуды, өсіп-өну процестерін реттейді. Вегетативтік жүйке жүйесінің парасимпатикалық бөлігінің орта ми көпірінде, ортаңғы және сопақша мида, жұлынның сегізкөздік бунағында; симпатикалық бөлігінің орталық жұлынның VIII мойындық, I-XII кеуделік, I-II белдік бунағында орналасқан. Аталған екі бөліктің де қызметін біріктіріп басқаратын жоғарғы вегетативтік орталық – мидың сұр затының құрамында болады. Адам мен жануарлардың ми сыңарларының қыртысы және қыртыс асты (базальді) ядролары Орталық жүйке жүйесінің жоғары дәрежелі жүйке қызметін іске асыратын орталығы болып табылады. Адамның мінез-құлқы, оның санасы мен ақыл-ойының ең күрделі көріністері осы ми қыртысындағы шартты рефлексдер арқылы іске асады.

Демек, орталық жүйке жүйесінің кез-келген талшығының дерттенуі, ми қан тамырларының аурулары (церебро-выскулярлық аурулар), дисциркуляторлық энцефалопатия, ми инфаркты, миға қан құйылу, артериялық гипертония, ми қан тамырларының атеросклерозы, даму ақаулары тума аневризма, әртүрлі мальформациялар, жүректің ишемиялық аурулары, оның жедел және созылмалы түрлері, ревматизмдік аурулар, васкулиттер, дегенеративтік аурулар, демиелиндеуші аурулар, инфекциялық аурулар, әсіресе бастың жарақаттануы орны толмас зардаптарға апарып ұрындырады. Осы жоғарыда аталған орталық жүйке жүйесі аурулар

топтамалық бірліктерінен жас өспірімдерде жиі кездесетіні бастың жарақаттануы мен инфекциялық, паразитарлық, вирустық аурулар.

Айталық зерттеуге тартылған жас өспірімдер арасында орталық нерв жүйесі қабынуы аурулары нозологиялық топтамада $4,0 \pm 0$ бірлікті құрды. Соның ішінде басқалай жүйке жүйесі қабынуы ауруларына қарағанда, жас өспірімдердің бас жарақаттануы біршама жоғары көрінді. Бірақ, бұл көрсеткішті осыдан он жыл бұрын жүргізілген зерттеу мәліметтері мен салыстырғанда көп төмендеу бар (қараңыз, кесте 5).

Кесте 5 - Орталық жүйке жүйелері ауруларының 2008 және 2018 жылдардағы салыстырмалы кестесі

№	Сырқат аталымдары	2008 ж.	2018 ж.
		таралымы	таралымы
1	Бас жарақаттанулары	$7,0 \pm 0$	$3,0 \pm 0$
2	Инфекциялық сырқатты орталық жүйке жүйесі аурулары	$2,0 \pm 0$	$1,0 \pm 0$
	Барлығы	$9,0 \pm 0$	$4,0 \pm 0$

Кестедегі көрсеткіштерден байқалып тұрғандай, орталық жүйке жүйесі аурулары 2008 жылғы мәліметтермен салыстырғанда 2018 жылы $5,0 \pm 0$ қысқырған. Дей тұрғанмен жас өспірімдер арасында жарақат алудан, соның ішінде, басты жарақаттандырудан сақтандыруға бағытталған үгіт-насихат шараларын жиі өткізіп отырудың ешқандайда артықтығы жоқ.

2.3.3. Құлақ және оның қосалқы бөліктері аурулары

Құлақ, жұтқыншақ және мұрын аурулары соңғы жылдары жас өспірімділік сырқаттылықта өз алдына жеке-жеке нозологиялық бірліктер ретінде топтастырылып, зерттеледі. Бұған адамның тыныс-тіршілігі жағдайын айқындайтын табиғи, антропогендік және әлеуметтік ортаның ластануынан бұл аурулардың көбейе түсуі себепші болып отыр.

Айталық, медициналық кешенді эмпирикалық зерттеуге тартылған жас өспірімдердің сырқаттылық белгісі барларының ішінде бұл аурумен ауыратындар $9,3 \pm 1$ таралымда көріністенді (қараңыз, кесте 6).

Кесте 6 - Құлақ және оның қосалқы бөліктерінің аурулары

№	Сырқат аталымдары	таралымы	%
1	Құлықтың есіту қабілетінің төмендігі	1,5	17
2	Отиттен кейінгі тұрақты қалдықты құбылыс (тыртықты өзгеріс, екі жақты немесе бір жақты құрғақ құлақтың ішіндегі гуіл)	1,9	20
3	Өткір жарақаттанудан, немесе құлаққа операция жасаудан кейінгі құлақтың әлі толық жазылмаған қалпы	1,1	12
4	Созылмалы іріңді мезотимианит (ортаңғы құлақтың созылмалы іріңді қабынуы)	1,0	11
5	Мұрынның қосалқы қуыстарының жарақаттануы	1,3	14
6	Екі құлақтың керендігі, немесе толық мылқаулық	$0,0 \pm 0$	0
7	Созылмалы іріңді эптитимпанит	0,7	7
8	Созылмалы аллергиялық зардапты тонзиллит	1,8	19
	Барлығы	$9,3 \pm 1$	100

Жоғарыдағы кестедегі көрсеткіштерден анық байқалатындай, құлақтың аурулары көбіне көп құлақтың сыртқы, ортаңғы және ішкі бөліктерінде көріністенеді. Әрі кестедегі көрсеткіштерге қарағанда құлақ аурулары жедел және созылмалы болып келеді. Жиі кездесетін сыртқы құлақ ауруларына отит, перихондрит, отогематома, құлық, т.б. жатады. Әсіресе, жас өспірімдерде жиі кездесетін түрі- сыртқы есту жолына бөгде дененің түсуі. Бұл кезде баланың құлағы қышып, есту қабілеті төмендейді. Осының салдарынан есту жолы терісі қабынып, сұйық зат бөлінеді.

Емдеу үшін бөгде денені жою мақсатында спиртті тамшы тамызады, стерильді жылы ерітіндімен есту жолын тазалайды. Ауру асқынып кетсе хирургиялық операция жасалады. Ішкі құлақ ауруларынан есту жүйесінің невриті мен отосклероз жиі кездеседі. Есту жүйесінің невриті түрлі жұқпалы аурулардың (тұмау, қызылша, қызамық т.б.) асқынуынан және құлаққа түрлі инфекциялардың түсуінен болады. Белгісі : құлақ үнемі шуылдап тұрады, адамның естуі төмендеп, тіпті сөйлеудің өзі қиындайды. Науқасты емдеу үшін мидың қан айналысын жақсартатын препараттар, В,С тобының витаминдерін ішкізеді, кейде лазерлі және төмен жиілікті магниттік терапия қолданылады. Отосклероз (грек. otos – құлақ, sclerosis - катаю) – екі құлақтың да есіту қабілетінің төмендеуі. Әдетте дыбыс толқыны дабыл жарғағынан және есіту сүйекшелерінен өтіп, есіту жүйкелерін тітіркендіреді. Ауру кезінде ортаңғы құлақты ішкі құлақпен жалғастыратын үзеңгі, төше және балғашық сүйекшелері қозғалтқыштық қабілетінен айырылады. Соның нәтижесінде дыбыс есіту жүйкелеріне жетпейді. Аурудың белгісі бірден байқалмайды, адамның естуі бірте-бірте төмендейді. Дәрі-дәрмекпен емдеу көп нәтиже бермейтіндіктен, көбіне есіттіргіш аппараттарды пайдалану, не хирургиялық операция жасау қажет болады.

Демек, өскелең ұрпақтың нерв жүйесі мен көзді аурудан сақтауы сияқты құлақты да, жұтқыншақты да, мұрынды да күтіп ұстағандығы жөн.

2.4. Жүрек-қан тамырлары жүйесінің аурулары

Жүрек-қан тамырлары аурулары сырқаттылықтың жіктемелік бірлігі мен нозологиялық түр топтамасында $26,0 \pm 1$ шамасында көрінестенді. Пайызға шыққанда 10,4 % көрсеткішті құрады. Бұл ауру түрлері әртүрлі аурулардың асқынуынан, немесе жүрек және қан тамыры жүйесі қызметі бұзылуы мен зақымдануынан пайда болатын сырқаттану түрлері. Өте жиі кездесетін түрлері ревматизм, гипертония, жүрек ақауы, жүрек демекпесі, жүрек және қан тамыр невроты, т.б. жас өспірімдерде жиі кездесетіні жүрек ақауы ауруы. Бұл ауру жүрекшелердің арасындағы қан өтетін саңылау тарылып, жүрек қызметінің бұзылуынан туындайды. Жүрек қарыншалары

ауруларын туа және жүре пайда болатын түрлері бар. Туа пайда болған жүрек ақауы көбіне ұрықтың дамуы кезінде, жүректің қалыпты жетілмеуінен болады. Жүре пайда болатын жүрек ақауы, негізінен, баспа, т.б. аурулардың асқынуынан болады. Бұл жағдайда жүректің ішкі қабаты қабынып, қақпақшалар беріштеніп, кішірейіп, жүрекше арасындағы саңылауды толық жаба алмайды. Сондықтан қарынша жиырылғанда қан жүрекшеге қайта құйылып, оны кернеп әлсіретеді. Қан айналасы бұзылып, жүрек қызметі нашарлайды, бала алғашқы кезде ауруын сезбейді. Ауру асқынған кезде науқас енгізеді, жүрегі қағып, шаншып, қан айнылысы төмендейді, қол-аяғы ісінеді.

Жүрек және қан тамыр неврозы- жүрек және қантамыр жүйесі қызметінің бұзылуы мен зақымдануы. Бұлар үш топқа бөлінеді. Бірінші тобы – жалпы невроз (неврастения, истерия, т.б.). Бұл кезде жүректің соғуы бұзылады. Клиникалық белгісі баланың беті қызарады, сұрланады, басы ауырады. Екінші тобы – гипертония, гипотония аурулары. Бұл аурулар мидың жүрек пен қан тамырының жұмысын реттейтін жүйке орталығы қызметінің бұзылуынан, сондай –ақ, ми қыртысының ауруға шалдығуынан пайда болады. Үшінші тобына вегетативтік жүйке жүйесін зақымдап, кейін ми қыртысында таралатын жүйке аурулары жатады. Ауру көбіне адамның жеке органдарында дамып, кейін жұлын және симпатикалық жүйке жүйесінің басты бөлімдеріне таралады. Бұған Меньер, Рейно аурулары, Вольфра – Паркинсон-Уайт синдромы, бас сақинасы, стенокардия, жүрек аритмиясы, жүрек тосқауылдары, т.б. жатады. Бұлардан басқа да жүрек аурулары бар. Мысалы, жүрек демекпесі, т.б.

Жүрек – қантамырлар жүйесінің аурулары әр түрлі жағдайларға байланысты өрбиді. Мысалы:

1. Бұлшықеттерге ауыр күш түсіретін жұмыстар – жүрек бұлшықеттеріне зақым келтіріп, жиырылу әрекетін төмендетеді. Жүрек бұлшықетін қанмен жабдықтайтын қантамырлары қанқатпа бітеліп, оттегі мен коректік заттарды тасуға кедергі жасайды.

2. Өте қауіпті жұқпалы ауруды қоздырушылардың бөлетін уы қанмен жүрекке жетіп, жүрек бұлшықеттерін зақымдайды.

3. Қалқанша без гормонның не аз, не көп бөлінуі ырғақты жиырылуды бұзады.

4. Жүрек қақпақшалары бактериялармен зақымданғанда жабылмай, жүрек жиырылғанда қанның кері ағуына әсер етеді. Жүрек-қан тамырлары аурулары жүйке жүйесіне де байланысты.

Жас өспірімдерде көп кездесетіні мұрыннан қан кету. Себебі күні бойы сыртта жүретіндіктен (ойын, жұмыс, т.б.) жас өспірімдердің басына күн өтіп, мұрны қанайды. Мұндайда баланың басын сәл көтеріп жатқызады, немесе отырғызады. Сөйтіп көз бен мұрын ұшы аралығына суық шүберек басады. Немесе сүйектің асқын тотығын (перекись водорода) дымқылдап танауға тығады. Басты тым шалқайтуға болмайды, қан тамаққа кетіп, қақалып қалуы мүмкін. Ең абзалы дәрігерге көрсету керек.

Жүрек –қан тамыры жүйесінің ауруына әсер ететін жағымсыз нәрселер көп-ақ. Мысалы, кейбір жас өспірімдердің темекі шегуге үйірлігі. Никотинде (темекіде) у болғандықтан, ең алдымен жүректің жиырылуын жиілетіп, қан тамырларын тарылтады. Жүректің бұлшық еттері тез шаршайды. Темекі тартатындардың басы ауырып, ұмытшақ болады. Темекі мүшелерді қанмен жабдықтауды әлсіретеді.

Жас өспірімдердің ішімдікке (алкоголь) әуестігін зияны темекіден де күшті. Арақтың уы қанға тез сіңіп, ағзаға тез таралады. Жүрек пен қан тамырлар жұмысын бұзады. Қан тамырлар қабырғасының серпінділігі азайып, осал болады. Бала ентігеді, жүрек қабы майланып, жүрек жұмысына кедергі жасайды.

Жүрек – қан тамырлар ауруларының алдын алу үшін ең қажеттісі – көбірек қозғалу. Қозғалыстың негізі – бұлшық еттердің жиырылуы. Дене еңбегімен шұғылданғанда бұлшық еттер қанмен қаматамасыз етіледі. Қан бұлшық еттерді оттегімен және көректі заттармен байытады. Дұрыс қалыптасқан ағза ауруларға көп шалдықпайды.

Шынығу – шынықтырудың да мәні зор. Шыныққан адамның жүрегі қандай жұмыс істесе де көпке дейін шаршамайды. Денесі де ширақ, көңілі көтеріңкі болады. Жүректің бұлшық еттері қалыңдап, ырғақты жиырылады. Шынықпаған адам, тез шаршайтын болады. Осыны ескерген жөн.

1.5 Инфекциялық (жұқпалы аурулар)

Инфекциялық (жұқпалы) аурулар Түркістан өңірінде ең көп тараған ауру. Оған себеп тоғыз жолдың тарабында дегендей. Жібек жолы магистралының нақ ортасында орналасқан өңір, әсіресе бау-бақша өнімдері пісіп, жан-жаққа тасымалдана бастағанда жұқпалы аурулардың ошағына айнала кетеді.

Әсіресе, басқа жақтан, осы жерде кездеспейтін, бірақ Орта Азия елдерінен келетін, немесе Ресей мен Еуропа елдеріне қарай ағылатын мигранттармен, немесе бау-бақша өнімдерін тасымалдаушылармен ілесе келіп таратылатын инфекция, бұрыннан да өткір хәл-ахуалды одан сайын асқындыра түседі. Аумақтық санитарлық қорғау органдары қандай инфекцияның қандай адаммен, немесе қай жүкпен ілесіп келгендігін нақ басып айта алмай сан-саққа ой жүгірттіреді. Осындай да жергілікті жерлерде жұмыстанатын қауырт эпидемиологиялық талдау жасайтын, эпидемиологиялық диагноз қоятын, алдын алу, эпидемияға қарсы іс-шаралар ұйымдастыратын, эпидемиологиялық ретроспективті (кері) талдау қылатын, эпидемиологиялық тексеру жүргізетін, қоздырғыштың эпидемиологиялық – экологиялық ошағын анықтайтын, т.с.с. зерттейтін ғылыми- дәрігерлік пункт керек-ақ.

Өңірде өмірленетін жекелеген жас өспірімдердің бойына жұққан спецификалық инфекциялық аурудың шығу, таралу және оған қарсы не істелуі керектігін және эпидемияға қарсы қандай шаралар атқарылуы тиістілігін анықтау мақсатында жүргізілген эмпирикалық кешенді зерттеу нәтижесі мынаны көрсетті.

Жалпы зерттеуге тартылған жас өспірімдердің 21,0±1-сы, яғни 8,4% әртүрлі жұқпалы ауруларды бойларына жұқтырып алған. Аурудың жұғуына

ауруды қоздырушы зардапты вирустардың, микроплазмалардың, хламидийлердің, спирохеталардың организмдерге еңуі әсер еткен.

Организмге енісімен инфекциялық қоздырғыштар кейбір жас өспірімдерде ішек, екінші біреулерінде жоғары тыныс алу жолдары, үшіншілерінде қан немесе трансмиссивті, төртіншілерінде сыртқы қабықтың аурулары деген сияқты бірнеше жұқпалы аурулардың туындап, таралуына әсер етеді.

Осыған қарай жас өспірімдердің бойларына жұғуы мүмкін делінетін инфекциялық ауруларды төмендегіше жіктеуге болады:

Биологиялық принцип бойынша:

1) антропоноздарға (тек адамда кездесетін инфекциялар, мыс: шын шешек, бөртпелі сүзек, іш сүзегі және т.б.);

2) антропозооноздарға (адамда да, жануарларда да кездесетін инфекциялар: оба, бруцеллез, токсоплазмоз және т.б.);

3) биоценоздарға (жәндіктердің шағыуы нәтижесінде таралатын инфекциялар: малерия, лейшманиоз және т.б.) бөлінеді.

Этиологиясы бойынша: 1) вирустық; 2) бактериялық; 3) риккетсиоздық; 4) саңырауқұлақтар қоздыратын; 5) протозойлы; 6) паразитты инфекцияларды ажыратады.

Жұғу механизмдері бойынша: 1) ішек (ауыз қуысы арқылы жұғатын, «лас» қол аурулары); 2) тыныс жолдары (ауа-тамшы жолымен); 3) қанмен трансмиссивті (яғни қан сорушы жәндіктер арқылы берілетін); 4) сыртқы жабынды, шел және бұлшық ет жарақаттанғанда; 5) әртүрлі механизмдер арқылы берілетін инфекцияларға (мысалы: оба, тері, өкпе, ішек арқылы денеге енеді) бөлінеді.

Инфекциялық аурулардың ерекше түріне, бала жолдасы арқылы (трансплаценталық) берілетін инфекцияларды жатқызуға болады. Оларға туа пайда болған мерез, туберкулез, листериоз, токсоплазмоз, кейбір вирустық инфекциялар (вирустық гепатит, герпес, цитомегалия) және басқалар кіреді. Осы инфекция ұрық дамуының бірінші айларында болса *ұрық өледі* немесе

әртүрлі кемістіктер пайда болады. Жүктіліктің екінші жартысында баланың өлі туылуы, мерзімінен ерте туылуы немесе нәрестеде осы инфекция белгірінің пайда болуы байқалады.

Әрбір кезеңнің өту мерзімі аурудың түріне, организмнің жағдайына байланысты болады. Жалпы жұқпалы ауруларға шалдыққан балаларға ортақ белгі:селсоқтанып мазасы кетеді, дене қызуы көтеріледі,басы ауырады,ұйқысы қашады. бауыр мен талақтың ісінуі мүмкін. Осындай ерекше белгілеріне қарай іш сүзегін тырысқақтан, безгекті бөрте сүзектен,т.с.с. ажыратуға болады.

Жұқпалы аурулардың белгісі білінісімен-ақ санитарлық-эпидемиологиялық стансаларға хабарлануы тиіс. Науқас бала ауруханаға алынып, аурудың түріне қарай емделеді. Жұқпалы аурулар клиникалық медицинаның арнайы бірлесе зерттейтін саласы болғандықтан – бактериология, вирусология, иммунология, эпидемиология, паразитологиямен тығыз байланыста қарастырылады.

2.6. Сүйек-бұлшық ет және тін қосылыстары аурулары

Сүйек-бұлшық ет және тін қосылыстары аурулары жас өспірімдердің сырқаттанушылығында жеке бірлік ретінде көріністеніп, $19,0 \pm 3$, яғни барлық аурушаңдық ішінде 7,6% құрады. Соның ішінде арқа омыртқалардың майысқан жерлері жалпақ табандылыққа (табан аяқ, түйе табан) қарағанда 57,6 % жоғары көрсеткіштерді көрсетті (қараңыз, кесте 7).

Кесте 7 - Сүйек-бұлшық ет және тін қосылыстары ауруларының көрсеткіштері

№	Сырқат аталымдары	Таралым	%
1.	Арқа омыртқаның майысқан жерлері	$12,0 \pm 3$	57,6
2.	Жалпақ табан (табан аяқ, түйе табан)	$7,0 \pm 0$	42,4
	Барлығы	$19,0 \pm 3$	100,0

Артқы омыртқаның майысқан жері S-әріпі тәріздес болып бүйірленіп (сколиоз), немесе дөңестене бүктеліп (кифосколиоз) қисайады. Мұндай көріністер, яғни артқы омыртқа майысуы жас өспірімдердің 57,6% білінді. Ал жалпақ табандылық сүйек-бұлшық ет-тін қосылыстары зақымданған жас өспірімдердің 42,4% білінсе, соның ішінде I-II және III-IV деңгейлік түйе табандық $33,0 \pm 0$ % кездесті. 2008 жылғы көрсеткіштермен салыстырғанда 2018 жылғы тексеруде бұл ауру түрімен зақымданғандар 2 есе қысқарған (2008 жылғы көрсеткіш $21,0 \pm 0$ болған болса, 2018 жылғы көрсеткіш $7,0 \pm 0$ көрсетті).

Жалпы буын қабынуының сүйекке зақым келтіретін түрі сорбуын деп аталады. Егер баланың ішкі құрылыстары белгілі бір мерзімде қатты ырғағынен айырылып, бұзылса, буындары міндетті түрде ауыратын болады. Оны болдырмау әр баланың өз қолында. Бала жүріп-тұруды, күнделікті қозғалыс тәртібін сақтай отырып, өзін-өзі уқалап сылауды, моншаға түсіп, ыстық буға отыруды әдетке айналдырса, денесіндегі айналыс заңын қадағалап отырса аурудың алдын-ала алады. Ал, ол мұны істемесе буындардың қабынуы ревматизмге айналып кетуі мүмкін. Себебі буынының ұсақ немесе орташа қабынуы, яғни ревматоидты сорбуын жалғастырушы жасушаны зақымдайды. Бұл буындардың қалыпты жұмысын бұзып, қисайтады. Сіңірлер мен бұлшық етті зақымдайды. Ревматизмнің өзі үлкен буындардың жұмыс ырғағын бұзады. Бұл сабақтас аурулардың барлығы бірін-бірі асқындыру арқылы баланың ауруға қарсыласу қабілетін әлсіретеді.

Буын ауруының туындауына натрийдің бейтараптануы себепші болады.

Натрийдің жетіспеуінен буынның қозғалу қабілеті кемиді. Осындайда натрийді толықтыру үшін ешкінің сүтін, не сүттің сарсуын, не бұзау сүйектерінің сорпасын, не қырыққабат шырынын, не сельдерей тамырын ішкізу керек. Ауырған буынды балмен сылап, қырыққабаттың үшінші жапырағын жұмсартып, бал жағып орап тастайды. 3-4 сағат өткен соң алып тастайды да жуып сүртеді. 10 күн бойы күніне үш реттен жасап, кейін күнараға ауысады.

Сарымсақтың үлкен біреуін сығып, 100 г лимон шырынына қосады. Лимон мен усарымсақ қалдығын қайнап тұрған 1 л суға салып, жылылай жауып қояды. Осының 50 грамын жатарда ішеді. Мұндай дәріні ішу төрт мезгілге бөлінеді. Алғашында 10 күн ішіп, 20 күн демалады. Осылайша демалысқа әр жолы 10 күннен қосып отырады. Төрт рет емдеу мерзімі өткен соң 2 жылдан кейін қайталауға болады.

Дәріханалардағы өт сұйықтығынан 250 г, Камфора спиртінен 160г, 3-444 ащы бұрыш ұнтағын қосып, жабық ыдыста 7 күн тұндырады. Осыдан әр екі сағат сайын 2-3 рет компресс жасап орнын сүртіп тастайды.

Бұлшық ет жүйесі адамда, барлық омыртқалы жануарларда және омыртқасыздардың көпшілігінде қозғалыс қызметін атқарады. Дене қаңқасын жауып тұратын бұлшық еттер көлденең салалы талшықтардан тұрады. Бұлшықеттер өзінің пішіні, көлемі, тұрған орны мен атқаратын қызметіне қарай бірнеше топқа бөлінеді. Бұлшық ет жүйесіне арқа, кеуде, іш, мойын, бас, қол, иық, білек, аяқ бұлшық еттері кіреді.

Мысалы, белдің шаршы бұлшық еті, мықын-бел бұлшық еті, төс-бұғана-сүйір бұлшық еттері омыртқа жотасының екі жағына иілуіне мүмкіндік береді. Құрсақ бұлшық еттері, қабырға аралық бұлшық еттер, көк ет т.б. көкірек клеткасын әр түрлі қозғалысқа келтіреді. Асықты жілік пен шыбық сүйегінің бұлшық еттері, балтырдың үш басты бұлшық еті және саусақтарды июші, жазушы, саусақ аралығын ашушы және біріктіруші бұлшық еттер аяқтың басын әр түрлі қозғалыстарға келтіреді. Бұлшық еттер жұмыс істегенде организмдегі зат алмасу процесі одан сайын үдей түсіп, тамырлар арқылы келетін қан ағыны көбейеді. Бұлшық ет қызметінің күшеюінен оның қоректенуі жақсарып салмағы артады (мұны бұлшық еттің жұмыстық гипертрофиясы деп атайды). Дене мүшелерінің барлық қозғалысы өзара байланысты. Ол шартты және шартсыз рефлексстер арқылы реттеліп отырады.

- Бұлшықет көптеген ұзынша жасуша бұлшықет талшықтарынан тұрады. Омыртқалыларда бұлшықеттің үш гистологиялық типі кездеседі:

- Қаңқа бұлшықеті көлденең жолақты немесе ерікті

- Біріңғай салалы
- Жүрек бұлшықеттері (миокард)

Бұлшықеттің топтамалары:

1. Бас пен мойын бұлшық еттері
2. Тұлға бұлшық еттері: трапеция пішінді; ромб тәрізді
3. Көкірек бұлшық еттері: көкіректің үлкен бұлшық еттері, сыртқы қабырға аралық бұлшық еттер, ішкі қабырға аралық бұлшық еттер көкет;
4. Құрсақ бұлшық еттер
5. Қол бұлшық еттер
6. Аяқ бұлшық еттер

Бұлшық ет жиырылуына қажетті жағдай: Ca^{++} жиырылғыш аппаратпен әрекеттесуі. Мұндай қасиет тек жіңішке жіпшелерде орналасқан тропониннің молекуласында болды. Келесі зерттеулер көрсеткендей Ca^{++} болмаса актин filamentтерінің әрекеттесуіне кедергі жасайды. Олар актин орамасындағы көлденең көпіршелер жалғанатын үлескілерді оқшаулайды. Ca^{++} байланыстыру арқылы тропонин молекулалары пішінін өзгертеді. Нәтижесінде тропомиозин молекулалары жылжып актинмен байланысатын көлденең көпіршелерді ашады. Егер Ca^{++} концентрациясы төмендесе, иондар тропонин молекуласынан ажырап, бастапқы конформациясына келеді. Бұлшық ет ұлпасындағы эндоплазмалық ретикулум саркоплазмалық ретикулум деп аталады. Бұлшық еттің жиырылуын ацетилхолин нейромедиаторын бөле қозғалтқыш нейрондар басқарады. Ацетилхолин синапстық саңылау арқылы сіңіріліп, бұлшық ет жасушаларының плазмалық мембранасында орналасқан ацетилхолин рецепторымен әрекеттеседі. Бұл трансмембраналық иондар каналының ашылып, жасуша мембранасының деполяризациялануына әкеледі. Әрекет потенциалы жүйке-бұлшықет қосылыстарынан бұлшықет жасушаларын қоздырып, барлық бағыттарға таралады. Синхронды типтегі бұлшықеттерде саркоплазмалық ретикулум жақсы дамыған, өйткені олардың жұмысын реттеу үшін жүйке импульстарының көп мөлшері қажет, ал әр импульс кальций иондарының

саркоплазмалық ретикулумнан босап шығуымен байланысты. Тропомиозин мен тропониннің ролі. Актин филаменттері F-актинмен көмекші тропомиозин мен тропонин ферменттерінен тұрады. Тропомиозин молекулалары F-актинді орап жататын екі созылған тізбек түзеді. Тропомиозин жиырылу механизмінің «қосылып» «өшуіне» қатысады. Тропомиозин мен C 2+ қайтымсыз қосатын глобуляры нәруыз тропонин байланыстырады. Бұлшық ет тыныштықта болғанда тропомиозин миозинді бекіту үшін миофламент актинді «өшіре» үлескісін тоқтатады.

2.7. Психикалық ауытқулар

Психикалық ауытқулар $12,0 \pm 2$ таралымды құрады. Пайыздық көрсеткіші 4,8% болды. Өсудің орташа темпі жылына 0,3%. Негізгі сырқаттану топтамасында мыналар көріністенді: ес кемістігі, бас жарақатына байланысты ақылдан ауытқушылық, инфекциялық ауруларға байланысты ми қабатының бұзылуы.

Бұл өте төменгі көрсеткіштер. Өйткені 1991-1997 жылдар аралығында $38,0 \pm 1$ таралымды көрсеткен. Мұндай жоғары көрсеткіштік таралым экономикалық дағдарыстан туындаған жоқшылықтың әсері ретінде түсіндіріледі (Қараңыз, кесте 8).

Кесте 8 - 1991-1997 жыдар аралығындағы жас өспірімдерде көріністенген психикалық ауытқулар көрсеткіштері

№	Сырқат түрлері	1991-1997жж. таралымы	%
1	Ес кемістігі	$20,4 \pm 4$	52,6
2	Бас жарақатына байланысты ақылдан ауытқушылық	$5,0 \pm 1$	12,0
3	Инфекциялық ауруларға байланысты ми қабаттарының бұзылуы	$4,4 \pm 3$	14,6
4	Невроз	$3,0 \pm 0$	7,7

5	Эпилепсия	2,6 ± 0	6,4
6	Психонормия	2,0 ± 0	4,7
7	Шизофрения	1,0 ± 0	2,0
Барлығы		38,0 ± 1	100,0

Психоневроз (психо... және грек.....-жүйке жас өспірімнің ойлауындағы, сезіміндегі, мінез-құлқындағы қилы-қилы ауытқушылықты сипаттайтын психиатрия мен диагностикалық психоталдаудың басты ұғымы. Психоневроздың нышанына ұғынылмаған деңгейдегі еріксіз қимыл - әрекетте сірескен психикалық шиеленіс себеп болады.

Психоневроз үрей мен күдікті қоздырып, баланың жүріс-тұрысындағы қимыл аумағын және ортаға бейімдеу мүмкіндігін тарылтып, оның мінезіне жағымсыз қасиеттер жұқтырады. Сондықтан психоневроз аурулары психологиялық ауытқушылықтың ең көп таралған түрі ретінде аталады. Оған себеп қазіргі таңда қоршаған ортаның экологиялық жағымсыз күйіне байланысты психикалық ахуалдың нашарлауы болып табылады.

Невроздық симптомдардың клиникасы өте алуан түрлі, соған орай, невроздың сипатымен ғана емес, сондай-ақ оның даму сатысымен де сипатталады. Невроздар невроздық реакциялар: 1) неврастения; 2) истерия; 3) жабысқақ күйлердің неврозы болып бөлінеді. Невроздық күйлердің аралас көріністерінің де болуы мүмкін. Мұндай жағдайларда белгілі бір невроздың диагнозы клиникалық жағынан басым жетекші синдромға қойылады. Неврастения адамға психикалық жарақаттық факторлар ықпал еткенде, бірақ үлкен күшпен емес, ұзаққа созылатын жағдайда, кейде бірнеше жыл бойына әсер еткенде болады. Үнемі психикалық зорлануды тудыратын мұндай жарақатты күй, мысалы, жанұядағы жиі болатын қолайсыздықтарға байланысты, сол сияқты жұмыстағы шиеленіскен қарым-қатынастан, жеке өмірдің сәтсіздігінен пайда болуы мүмкін.

Психопатиялар (грек. *psyche*-жан, *pathos*-зардап шегу, ауыру) – мінез-құлық патологиясы; мұндайда субъектіде оның әлеуметтік ортаға бейімделуіне кедергі келтіретін қасиеттерінің іс жүзінде қайтымсыз айқындығы байқалады. Психопатиялардың пайда болу салдары: 1) ауыру (миға зақым келуі, инфекциялар, интоксикациялар, психожарақаттар және т.б.); 2) тұқым қуалаушылық, ұрыққа зиянды әсер, туу кезінде жарақат алу және т.б. факторлардан болған жүйке жүйесінің туа біткен кемістігі. Конституциялық немесе ақиқат деп аталатын мұндай патологиялар эмоциялық-еріктік саланың кінәраттары түрінде бала кезден-ақ көрінеді. Бұл орайда зият біршама сақталған болуы мүмкін. Ересек жаста психопатиялардың біліну дәрежесі тәрбиеленген жағдайына және қоршаған ортаның ықпалына байланысты. Психопатологиялардың көріністері алуан түрлі. Таза типтердің аз, аралас нысандардың басымдығына қарамастан, психопатиялардың мынадай классикалық типтері сараланады:

1) циклоидтер, мұның негізгі нышаны – циклының ауытқулары бірнеше сағаттан бірнеше айға дейін болатын көңіл-күйдің үнемі алмасып тұруы;

2) шизоидтер – бұларға қарым-қатынастан тартыну, тұйықтық, бүкпешілдік, ренжігіштік, эмпатияның болмауы, жүріс-тұрыстың қолайсыздығы тән;

3) эпилептоидтер, бұлардың негізгі нышандары шектен тыс шамданғыштық, мұңданып, әлденеден қорқып, ашуланып, шыдамсызданып жүрушілік, қыңырлық, жәбірленгіштік, қаталдық, ұрысқақтық;

4) астениктер, бұларға әсершілдік, психикалық қозғыштық, тез арықтау, шамданғыштық, жасқаншақтық тән;

5) психастениктер – үнемі алаңдап, өзіне сенімді болмай, қашан да ойға батып жүреді, патологиялық күмәншылдыққа бейім;

6) параноялық психопаттар – аса құнды идеялар ойлап шығаруға бейім, бірбеткей, өзімшіл болып келеді, күмәнданушылығы болмайды, өзіне нық сенімді болады және өзін тым жоғары бағалайды;

7) есірік психопаттар – қайткен күнде де айналасындағылардың назарын өзіне аударуға тырысушылығымен сипатталады, бұл орайда оның нақты оқиғаларды бағалауы өзіне қолайлы тұрғыда бұрмаланған болады, қарым-қатынаста театрдағыдай мәнерленушілікке бейім;

8) орнықсыз психопаттар – негізгі нышандары: көңілшектік, келелі мүдделерінің болмауы, айналасындағылардың ықпалына тез берілушілік;

9) органикалық психопаттар – ақыл-ойының туа біткен шектеулілігімен ерекшеленеді, жақсы оқуы мүмкін, бірақ нәтижесіз, білімді қолдану не бастама көрсету қажет болған кезде «өзін қоғамда ұстай біледі», бірақ пайымдаулары жұрт ығыр болған түрде болып келеді. Психопатиялар мен қалыпты мінез бітімі ұқсас, бірақ патологиялық (психопаттық) көрінісі жоқ кісілердің табиғаты үйлес келеді. Аурудың немесе психикалық жарақаттардың ықпалымен психопаттарда ұзаққа созылған невроздық күйлер, сондай-ақ депрессиялар пайда болуы мүмкін. Психопатиялардың профилактикасында лайықты тәрбиенің, психотерапевтік және психофармокологиялық емдеудің маңызы мәні бар.

3. Топтық бірліктері (класс) жоқ сырқат түрлері

3.1 Шығындық және кекештену (тұтықпа)

Жас өспірімдік сырқаттылықта ұйықтап жатып зер шығарып қою (шыжың) және сөйлегенде кекештену (тұтықпа) топтық бірлігі жоқ жекеленген нозологиялық түр ретінде қарастырылады.

Бұл патологиялық кемістіктер зерттеуге тартылған балалар санында $9,9 \pm 1$ таралымды құрап, 4 % көрсеткіште көрінді. Ал, 2008 жылғы зерттеуде бұл көрсеткіштер $17,0 \pm 2$ таралымда көрінестенген. Соған қарағанда бұл ауру түрлерінің Түркістан облысы жас өспірімдердің арасында кәдімгідей- ақ азайып келе жатқандығы байқалады (қараныз, кесте 9).

Кесте 9 - Жас өспірімдер шыжыңдығы мен кекештенуінің (тұтықпа) 2008-ші және 2018 жылғы көрсеткіштерінің салыстырмалы кестесі.

№	Сырқаттылық аталымдары	2008 жыл таралымы	%	2018 жыл таралымы	%
1	Шыжыңдық	9,0±2	53,0	5,3	53,0
2	Кекештік (тұтықпа)	8,0±1	47,0	4,9	47,0
	Барлығы	17,0±	100,0	9,9±1	100,0

3.2. Тері және тері асты талшықтарының аурулары

Тері және тері асты талшықтарының аурулары жалпы сырқаттылықта 7,1±0 таралымды құрап, 2,8% көрсеткіште көрінді. Соның ішінде тері және тері асты талшықтарының инфекциялық және қабынушылық аурулары 6,1±0 таралымда көріністенсе, тері және тері асты талшықтары ауруларының басқа түрлері 1,0±0 таралым болды. Пайыздықта алдыңғысы 88,0% құраса, кейінгісі 12,0 % көріністенді. Жалпы тері және тері асты талшықтарының аурулары терінің созылмалы ауруы (экзема), диффузды нейродермит (нейродермит диффузный), балық қабыршағы тәріздес тері ауруы (ихтиоз), қабыршақты теміреткі (псориаз), т.с.с. болып көріністенеді. Экологиялық ластыққа қарай тері және тері асты талшықтары ауруының өсімділігі байқалады.

3.3. Тыныс алу ағзаларының аурулары

Өкпе арқылы бір тәулік ішінде 10000 литрден көбірек ауа өтеді. Ауа құрамындағы шаң- тозаңдар, микроорганизмдер, аллергиялар тыныс жолдарының шырышты қабығына, кейде альвеолаларға қонып кейін сыртқа шығарылып отырылады. Осылайша тыныс жолдарының тазартылып отыруы жергілікті қорғау механизмдерінің қызметімен тікелей байланысты. Олар: 1)

арнайы емес және 2) арнайы қорғау механизмдері деп екі үлкен топқа бөлінеді.

Арнайы емес қорғау механизмдеріне: 1) кеңірдек – бронх жолдарының механикалық тазарылуы; 2) мукоцилиарлық; 3) гуморалдық; 4) жасушалық факторлар кіреді.

Механикалық факторларға жөтелу, түшкіру механизмдері жатады.

Мукоцилиарлық клиренс дегенде тыныс жолдарындағы кірпікшелі эпителидің және бронх, кеңірдек бездердің бөліп шығаратын шырышты заттарының тыныс жолдарына түскен денелерді шығарудағы бірлескен қимылын түсінеміз. Кірпікшелі эпителий қызметі кірпікшелер дискинезиясы синдромында (Зиверт-Картагенер сырқатында), аллергиялар, темекі түтіні әсерінде бұзылғанда, бронх бездерінің секреті өте қоюланып қалғанда (мысалы, муковисцидозда) осы заттар шығарылмай өкпеде қалып кетеді, осыған байланысты альвеолаларда әртүрлі инфекциялар дамиды.

Гуморалдық факторларға лизоцим, лактоферин, интерферон, эндогенді пирогендер және т.б. кіріп олар көпшіінді-ядролы лейкоциттер мен макрофагтарда синтезделді, бактерияларға және вирустарға қарсы әрекет жасайды.

Жасушалық механизмдерге альвеола макрофагтары және нейтрофильдер жатады. Олар негізінен фагоцитоз қызметін атқарып, альвеолаға өтіп кеткен өте майда заттарды обып жоқ қылады.

Арнайы (иммундық) қорғау механизмдеріне өкпенің өзіндегі, жергілікті, иммундық жүйе кіреді. Бронхтың шырышты қабығындағы, өкпе лимфа түйіндеріндегі лимфоидты тін JgA түзілуіне тікелей қатынасады. Әуелі JgA мономер түзіліп ол гликопротеидті тізбектің жәрдемімен димерге айналады. JgA-ның осы түрі эпителий жасушаларының цитоплазмасында секреторлы компонент қосып алып секреторлы JgA-ға айналады. JgA микробтар мен вирустарға қарсы әрекет жасап, олардың шырышты қабыққа енуіне кедергі болады, өзіне жергілікті және бөгде антигендерді қосып алып, аутоантиденелер түзілуінің алдын алады.

Жергілікті иммундық жүйенің жасушалы звеносына Т-лимфоциттер кіреді, олар вирустардан, микобактериялардан қорғау қызметін атқарады. Сонымен қатар Т-лимфоциттер өзінен лимфокиндер бөліп шығарып, осы жердегі макрофагтар, нейтрофилдер, эозинофилдер қызметін реттейді. В-лимфоциттерінің плазмалы жасушаларға айналу үдерісін белсендіреді.

Альвеола макрофагтары өкпенің респираторлық бөлігінің негізгі қорғау механизмі болып, олар фагоцитоз қызметімен бір қатарда өзінен 50-ден артық биологиялық белсенді заттар бөліп шығарады. Альвеола макрофагтарында қайта өңделіп шыққан бөгде антигендер лимфоциттерге «тапсырылады». Осылайша альвеола макрофагтары иммундық реакцияларға қатынасады.

Өкпенің жергілікті қорғау механизмдерінің біріне сурфактант жүйесі жатады. Сурфактант липидті- белокты – полисахаридті кешен болып, альвеоланың ішкі қабатын астарлап жатады. Ол альвеоциттердің екінші түрі бөліп шығаратын биологиялық белсенді зат. *Сурфактант* липидті- белокты- полисахаридті кешен болып, альвеоланың ішкі қабатын астарлап жатады. Ол альвеоциттердің екінші түрі болып шығаратын биологиялық белсенді зат. Сурфактант альвеола көлемін тұрақтандырып, олардың тыныс шығарғанда қабысып қалуына жол бермейді. Сурфактант белсенділігінің төмендеуі өкпе ателектазының дамуына соқтырады.

Осылайша тыныс алу жүйесінде өте күрделі жергілікті қорғау механизмдері бар. Тыныс алу ағзалары ауруларының дамуы осы механизмдер бұзылғанда ғана басталады, оның әрі қарай өрістеуі организмнің жалпы иммунологиялық факторларымен анықталады.

Бронхтар мен өкпе сырқаттарын әртүрлі вирустар, бактериялар, микоплазмалар, саңырауқұлақтар және т.б. инфекциялар қоздыра алады. Қазіргі кезеңде бронхтардың және өкпе патологиясының, әсіресе, созылмалы сырқаттардың дамуында қоршаған ортаның ластануының, жұмыс орындағы зиянды факторлардың, әртүрлі аллергиялардың әсері ерекше екендігі анықталып отыр.

Осыдан болар Түркістан облысы ірі өндірістік және ауыл шаруашылығы өнімдерін өндіретін өңір болғандықтан аймақтағы денсаулыққа кері әсер етуші улы заттардың ең аз мөлшердегі концентрациясының өзі-ақ тыныс алу ағзаларының ауруға бой алдыра бастағандығын сездіре бастайды.

Айталық, өңір жас өспірімдері арасында тыныс алу ағзалары ауыратындар $9,6 \pm 0$ таралымды құрап, $1,1\%$ көрсеткіште тұрақтады. Дей тұрғанмен аурудың өсу қарқыны барлығы байқалады. Өсімнің орташа қарқыны шамалап бағдарлағанда жыл сайын $0,4\%$ құрайды (қараныз, кесте 10)

Кесте 10 - Тыныс алу ағзаларының ауруларының өңір жас өспірімдері арасындағы таралымы және % көрсеткіштері

№	Сырқаттың аталымдары	таралымы	%
1	Демікпе	$6,0 \pm 0$	58,0
2	Созылмалы бронхит	$2,6 \pm 0$	22,2
3	Бронхтың қалта тәрізді кеңеюі (бронхоэктаз) және өкпенің аралық тіндеріндегі өзгерістері (пневмонит)	$1,0 \pm 0$	12,4
	Барлығы	$9,6 \pm 0$	100,0

3.4. Несеп- жыныс жүйелерінің аурулары

Несеп-жыныс жүйелерінің, аурулары көбіне көп бүйректің дұрыс жұмыс істемеіуне байланысты туындайды. Ал, бүйрек аурулары адамда ең жиі кездесетін аурулар қатарында аталады.

Медицинаның бүйрек ауруларын зерттейтін саласын *нефрология* деп атайды. Бүйректердің организм үшін маңызы өте зор. Олар: біріншіден, азот зат алмасуның ең соңғы өнімдерін бөліп шығарушы негізгі ағзалар болып есептеледі, екіншіден, ішкі орта тұрақтылығын, әсіресе қышқылды-сілтілі тепе-теңдікті реттеуге тікелей қатынасады; үшіншіден бүйрек шумақтарында

(юксто-гломерулалы аппараттарында) қан қысымын реттейтін ренин бөліп шығарылады.

Бүйректер патологиясын түсіну үшін, олардың қалыпты құрылысына байланысты кейбір анатомиялық және гистологиялық мәліметтерді еске түсіру қажет. Бүйректердің массасы 260-280 г. (әйелдерде 25 грамға кем), оның негізгі құрылымдық бірлігі *нефрон* болып саналады, олардың саны әр бүйректе 1 миллионға жетеді. Нефрон бүйрек шумақшаларынан басталады. Осы жердегі капиллярлардан тәулігіне 1500 л қан өтіп, 150 л алғашқы несеп пайда болады. Ол бүйрек өзекшелрінде қайта сорылып, 1,5 л соңғы несеп түзіледі.

Қан мен несеп арасында, электронды микроскоппен жақсы көрінетін, шумақша сүзгісі (фильтр) орналасқан. Ол үш қабаттан тұрады: 1) ішкі-эндотелий қабаты; 2) ортада-негізгі мембрана; 3) оның сыртында- эпителий қабаты.

Капиллярлар эндотелиінің көлденеңі 50-100 нм тесіктері (фенестрлері) болады, олар әрдайым ашық. Ал эпителий қабатының жасушаларын подоцит немесе эпицит деп атайды. Электронды микроскопта олардың «ұзын өсінділерден» -трабекулалардан және олардан тарайтын «қысқа өсінділерден» -педикулалардан түзілгенін көреміз. Подоциттер бүйрек капиллярларын жан-жақтан орап алып өзінің «аяқшалары» арқылы оның үстінен көтеріліп тұрады. Бүйрек шумағының негізгі мембранасы күрделі құрылысқа ие. Ол эндотелий және эпителий мембраналарының қосылуынан пайда болады. Бұл мембрана негізінен белоктар мен глюкозамингликандардан түзілген. Осы жердің болмашы зақымдауының өзі несеп бөлініп шығуын шұғыл өзгертеді. Демек, алғашқы несептің мөлшері, әсіресе оның құрамы, негізгі мембрананың қызметімен анықталады.

Кейбір жерлерде осы екі мембрана бір-бірінен алшақтап арасында мезангиум деп аталатын кеңістік пайда болады. Осы жерде аралық зат және мезангий жасушалары орналасқан, оларды *үшінші жасуша* деп те атайды. Бұл жасушалар фагоцитоз қызметін атқарып, шөгіп қалған иммунды

кешендерді ыдыратады. Олардың IV типтегі коллаген талшықтарын (ламинил) амилоидты синтездеуге де қатынасатыны анықталған. Сонымен қатар, мезангий жасушаларында ангиотензин II, атриопептид және вазопрессинмен әсерлесетін рецептор болады. Мезангий жасушаларының қысқаруы нәтижесінде капиллярлар тарылып, фильтрация көлемі азаяды.

Дей тұрғанмен, бүгінгі таңда бүйрек патологиясында бүйректің барлық құрылымдық компоненттері қатысатындығы белгілі. Сондықтан бүйрек ауруларын үш үлкен топқа бөліп қарайды: 1) бүйрек шумақтарының аурулары (гломерулалық аурулар); 2) тубулоинтерстициалдық нефриттер; 3) бүйрек қантамырларының аурулары (біріншілік нефросклероздар).

Гломерулалық аурулар негізінен бүйрек шумақтарының патологиясы.

Тубулоинтерстициалдық нефриттерде қабыну үдерісі аралық тінде дамып, оған бүйрек өзекшелерінің немесе бүйрек түбегі мен тосағаншаларының патологиясы қосылады.

Біріншілік нефросклероздар бүйрек артерияларының гиалинозы, склерозы, фибриноидтық некрозы, тромбозы нәтижесінде дамиды. Бүйрек артериясының атеросклерозға немесе фибромускулярлық дисплазиясына байланысты тарылып қалуын да бүйрек қан тамырларының патологиясына жатқызады.

Дегенмен де, бүйректің барлық құрылымдық компоненттері бір-бірімен тығыз байланысты. Осы құрылымдарда дамыған морфологиялық өзгерістер бір-біріне тікелей әсер етеді. Сондықтан, созылмалы гломерулонефрит бүйректің себебі белгілі, себебі белгісіз барлық патологияларының нәтижесі болып саналады.

Этиологиясы бойынша бүйрек ауруларын: туа пайда болған (даму ақаулары, гендік патология) және жүре пайда болған деп екі топқа бөледі (туа пайда болған бүйрек ауруларын эмбриопатияларда қараңыз). Жүре пайда болған бүйрек ауруларының себептеріне: әртүрлі инфекциялар, аутоиммундық үдерістер, химиялық, физикалық, токсиндік әсерлер, кейбір ағзалар аурулары жатады. Сонымен қатар бүйрек аурулары көптеген

эндокриндік, аутоиммундық, метаболизмдік сырқаттарда екіншілік патология ретінде де дамуы мүмкін.

Несеп-жыныс жүйелері ауруларының жыл сайынғы өсімі 0,2%. Әсіресе бүйрек түбегі мен оның аралық тінінің қосыла қабынуы (хронический пиелонефрит) қарқынды. Созылмалы пиелонефриттің ауру деңгейі бүйрек қабынуынан (гломерулонефриттен) және бүйректің төмен түсуінен (нефроптоздан) 0,3% жоғары.

Ал, бүйректас болса бүйректің ішінде, оның табақшаларында, түбекшесінде, немесе несеп ағарда көріністенеді.

Тастардың химиялық құрамы, оның көлемі, сыртқы көрінісі түрліше. Химиялық құрамы бойынша олар бейорганикалық және органикалық болып бөлінеді. Бейорганикалық тастарға: кальций оксалаттары, кальций фосфаттары, ураттар, магний фосфаты, ал органикалық тастарға: цистинді, ксантинді тастар кіреді.

Этиологиясы мен патогенезі. Тастардың пайда болуы белгілі бір зат алмасуының бұзылғандығының көрінісі болып есептелінеді. Дегенмен осы тас түзуші себептерді екі топқа бөліп қарау керек. Бірінші, жалпы себептерге белгілі бір минералдар алмасуының бұзылуы, А витаминнің жетіспеуі, Д витаминнің мөлшерден тыс көбейіп кетуі, кермек су ішу, ауаның ыссы және құрғақ болуы және т.б. кіреді. Ал жергілікті себептерге: несеп жолдарының қабынуы, несеп ағардың туа пайда болған кемістіктері, несеп шығарылуының қиындауы, несептің қышқылдығының немесе сілтілігінің артып кетуі және басқаларды кіргізуге болады. Тастардың алғашқы түзілуін екі теория түсіндіріп береді. Қалыпты жағдайда несеп құрамында еріген кристалоидты және ерімеген коллоидты бөлшектер бар. Коллоид заттар осы жердегі кристалдарды бір-біріне жабысуына мүмкіндік бермей еріген халде сақтайды.

Физикалық – химиялық теория бойынша осы тепе-теңдік бұзылғанда ғана кристалдар шөгіп тасқа айналады. Қазіргі уақытта матрица теориясы кеңінен қолданыс табуда. Бұл теория бойынша тастың пайда болуы

органикалық негіздің (ядроның) түзілуінен басталады. Ядро қызметін қан ұйындылары, ыдыраған тіндер, бактериялар атқаруы мүмкін. Осы органикалық қалыпқа кейін тұздар шөгіп қалуына байланысты тастар түзіледі. Тас пайда болуы үшін, қанда немесе несепте тұздардың концентрациясы артып кетуі керек. Бұл патология гиперпаратиреозда, саркоидозда, подагра ауруында, аш ішек патологиясында кездеседі. Бірақ көп жағдайларда тастардың пайда болу себептерін толық анықтамайды. Тек органикалық тастардың (цистиндік, ксантиндік тастар) бүйректерден осы белоктардың шығарылуының гендік дефектіне байланысты екендігі белгілі, сондықтан олар балаларда болады.

Патологиялық анатомиясы. Бүйректе жиналған тастар бірнеше килограмға жетуі мүмкін, бұл кезде бүйректер таспен толған қалтаға айналады. Бүйректе пайда болған тастар несеп жолдарын жарақаттап сол жерге қан құйылып, эпителиі түсіп қабынады (пиелит, пиелонефрит). Егер тас несепарды тығындап тастаса бүйректе гидронефроз дамиды. Несептің несеп жолдарында іркіліп қалуы осы жерде іріңді инфекцияның дамуына жағдай тудырады. Соның нәтижесінде іріңді пиелонефрит, жекеленген абсцесс, пиелонефроз, іріңді пери-және паранефрит дамиды. Сондықтан жас өспірімдерге күтініп, жүріс-тұрыстарын дұрыстап, тамақтану режимін сақтап жүрген оң болады.

3.5. Эндокринді жүйе, тамақтанудың және зат алмасуының бұзылуы аурулары

Эндокринді жүйе - ОНЖ-де, ағзаларда, тіндерде орналасқан ішкі секреция бездері мен арнайы құрылымдар жүйесі. Бала организмі қызметін реттейтін негізгі жүйенің бірі. Реттеуші қызмет гормондардың қатысуымен атқарылады. Жүйенің орталық бөлігі – гипоталамустағы секреторлық ядролар мен эпифиз, шеткі бөлігі – гипофизге тәуелді қалқанша без, бүйрек үсті безі, аталық, аналық бездер және гипофизге тәуелсіз бездер: бүйрек үсті бездерінің милық заты, қалқанша безі жанындағы бездер, ұйқы безінің а, в жасушылары, айрықша без (тимус) деп аталады.

Тамақтану – қоректену, организмге қоректік заттардың енуі және сіңуі. Адам өміріне, денсаулығына қауіп тудыратын қоректік заттардың организмге енуі зат алмасуын зияндандырып, ауру тудырады. Сондықтан оның алдын алып, тамақты жеместен бұрын оның бұзылмағандығын аңлаған жөн. Және де белгілі бір қоректік витаминнің тапшылығына байланысты желінетін тағамға қоректік сол витаминдерді, минералдарды және басқа да биологиялық қоректік заттарды қосып, тапшылықты жойып отыру керек.

Зат алмасу (метаболизм)- ағзалардың дамуын, тіршілік әрекетін және өздігінен көбеюін, олардың қоршаған ортамен байланысын әрі сыртқы жағдай өзгерістеріне бейімделуін қамтамасыз ететін, ағзадағы барлық химиялық өзгерістердің және заттар мен энергияның барлық түрінің өзгерістернің жиынтығы. Зат алмасуы негізін тірі материалдың үздіксіз жаңаруына және оны қажетті энергиямен қамтамасыз етуге бағытталған өзара байланысты анаболизм және катаболизм үдерістері құрайды.

Осы жоғрыда аттары аталған организмдік құбылыстардың өзара байланысты қызметтенулерінің бұзылуы әртүрлі, соның ішінде ең алдымен семіздікке итермелер ауру түріне апарып соқтырады. Медициналық кешенді эмпирикалық зерттеуге тартылған жас өспірімдерде бұл аурудың таралымы $3,0 \pm 0$ деңгейде көрініп, 1,2 % болды. Онда да тек семіздіктің I-II деңгейлері ғана көріністенді.

Тарауды қорытындылай тұжырымдағанда жоғарыда аталымдалған, сондай-ақ басқалай да ауру көрсеткіштері Түркістан облысының Сырдария өзенінің екі бетін ала орналасқан аудандар жас өспірімдері арасында бұрынғы жылдармен салыстырғанда айтарлықтай төмендеген. Егер аурулардың төмендеуінің орташа көрсеткіші жылына 0,5 % көрсеткеннің өзінде осы уақытқа дейінгі төмендеуі 12,7 % асып жығылады.

Оның дәлеліне елдегі денсаулық сақтау ісін реформалаумен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасының ел халқының денсаулығының жай-күйін талдаған бөлімінен төмендегі мәліметтерді мысалдауға болады.

Қазақстан Республикасы халқының жалпы науқастанушылық көрсеткіші серпінді өсті және 2003 жылы халықтың 100 мың адамына шаққанда 1999 жылғы 47972,8-ге қарағанда 56413,9-ды құрады.

Науқастану құрылымында халықтың 100 мың адамына шаққанда бірінші орынды-тыныс алу ағзаларының аурулары (22160,6), екінші орынды-жарақаттар мен уланулар (4003,7), үшінші орынды- несеп-жыныс жүйелерінің аурулары (3948,6), төртінші орынды – тері және тері асты клеткаларының аурулары (3847,0), одан соң ас қорыту ағзаларының аурулары (3688,7), көз және онымен байланысты аурулар (2748,2) жұқпалы және паразиттік аурулар (2482,1) алды. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың арасында 2003 жылы бірінші орынды наркологиялық аурулар алды (халықтың 100 мың адамына шаққанда 424,4), ол бұл тізбеде өзге де аурулардың көрсеткішінен 4 есе және одан да асып түсті.

Балалар денсаулығының жай-күйі алаңдатушылық тұғызды. Балаларды жаппай алдын ала тексеру жүргізу екі баланың бірінің ауру екендігін көрсетті және ол сауықтыру терапиясына барабар алдын алу жұмыстарын, бірінші кезекте амбулаториялық-емханалық деңгейде ұйымдастыруды талап етті. ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес 15 жастағы балалар ауруының көбісін амбулаториялық жағдайда емдеу тиімді болды,соған қарамастан Қазақстанда осы жастағы балалардың 60 %-дан астамы стационарда емделді. Ауруханаға балаларды жатқызу себептерінің бірі- дәрілік заттарға амбулаториялық деңгейде қолжетімділіктің төмендігі септесті. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың жоғары көрсеткіштері сақталды. Психикалық және наркологиялық аурулар, қант диабеті, өңеш-өкпе аурулары,жүрек-қан тамыры патологиясы, туберкулез,жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, қатерлі ісіктер елеулі проблема болып қала берді. Өкінішке қарай, денсаулық сақтау аурулардың алдын алуға емес, емдеу сипатындағы шараларға көбірек бағдарланды. Халықтың өзі денсаулығын сақтауға жеткілікті дәрежеде бағдарланбады. Бұны, асқынған ісік ауруларының өсуі, сондай-ақ халықтың жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болуының

жоғары көрсеткіші айғақтады. ДДҰ деректері бойынша туберкулез ауруының көрсеткіші бойынша Қазақстан ТМД елдерінің арасында жетекші орынды иемденді: 1999 жылы 100 мың халыққа шыққанда бұл ауру -141,0 болса, 2003 жылы -160,4 құрады.

Ал осы жоғарыда көрсетілген жылдар аралығындағы жас өспірімдерді жаппай алдын-ала тексеру жұмыстарының ең соңғы қорытынды есебі тексеруден өткен әрбәр екі баланың бірінің ауру екендігін көрсетіп берді. Айталық қорытынды есептегі статистикалық мәліметтерді санамалағанымызда жас өспірімдер аурушандығының көрсеткіштері тексеруден өткен әрбір 1000 балаға шаққанда облыстарда, Астана мен Алматы қалаларында төмендегіше болып көрінді (қараңыз, кесте 11).

Кесте 11 - ҚР облыстары бойынша жас өспірімдер аурушандығы (әр 1000 балаға шаққанда /2003 ж./)

Облысы (қала)	%
Ақмола	177,6
Ақтөбе	424,8
Алматы	90,4
Атырау	183,2
Батыс Қазақстан	465,2
Жамбыл	305,1
Қарағанды	565,0
Қостанай	469,9
Қызылорда	933,6

Маңғыстау	327,5
Оңтүстік Қазақстан	212,6
Павлодар	542,4
Солтүстік Қазақстан	650,2
Астана	311,2
Алматы	644,2

*Ескерту: *ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің 2003 жылғы көрсеткен деректері бойынша жинақталды.*

Жалпы 2003 жылғы статистикалық мәліметтерде жас өспірімдер арасындағы ауыршаңдық құрылымында бірінші орында тыныс алу ағзаларының аурулары, екінші орында-тер асты талшықтарының аурулары алса, үшінші орында-ас қорыту ағзаларының аурулары, одан әрі жарақаттанулар мен уланулар, көз және оның қосалқы мүшелерінің аурулары, несеп-тамыс жүйелерінің аурулары, сүйек – бұлшық ет жүйесі аурулары және т.б. көріністенді [16].

Бұл мәліметтер, -деп жазды сол жылдары жариялаған мақалаларында жергілікті бір топ дәрігерлер, - Оңтүстік Қазақстан облысының Арыс және Түркістан қалалары, Отырар, Созақ және Шардара аудандарының әскери комиссариаттарындағы дәрігерлік тексеру комиссияларын әскерге шақырылған жас өспірімдердің денсаулық күйі туралы қорытынды есептеріндегі көрсеткіштерімен де қуаттала түседі.

Мысалы, жоғарыда аталған аймақтарда вирусты гепатит ауруына шалдыққандар саны 2003 жылы 2002 жылмен салыстырғанда 30 адамға көбейіп, барлығы 3414 адамды құрады, бірақ бұл көрсеткіштің ең жаман жағы, яғни жалпы осы аурумен ауырғандар санының 2633-нің жағдайы,

немесе жалпы осы ауруға шалдыққандардың 77,1 % жасы 18-ге дейінгі жас өспірім жеткіншектер болды.

Тұтастай алғанда еліміздегі жас тұрғындардың бұрынғы жылдардағы денсаулық күйінің қанағаттанғысыз болуына денсаулық сақтау жүйесінің аурулардың алдын алудағы белсенділігінің әлсіздігі, профилактикалық, диагностикалық және емдеу оңалту іс-шараларының жүрдім-бардым жүргізілуі, жас өспірімдердің өз денсаулықтарына жауапкершіліксіз көзқарастары, сондай-ақ, нарықтық қоғамға өту кезеңіндегі әлеуметтік-экономикалық ауыртпалықтардан туындаған кедейшілік пен жоқшылық, ең бастысы, тиісті мемлекеттік өкілетті қызмет орындарының денсаулықты насихаттау, жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың алдын-алу, ана мен баланың денсаулығын нығайту, ұтымды тамақтану принциптерін енгізу, дене белсенділігін күшейту, нашақорлықтың, жарақаттану мен бақытсыз жағдайлардың, АҚТҚ /ЖҚТБ-ның, ЖЖБЖ-ның/ алдын алу, темекі тартуға және алкогольге салынуға қарсы күрес сияқты және басқалай да қоғамдық денсаулықты сақтау бағдарламаларының іс жүзінде жүргізілулері себепші болған.

Осындай оқылықтардың салдарынан 18 жасқа толған, мерзімді әскери қызметке шақырылуға міндетті ер азаматтардың ішінен денсаулықтарының жарамсыздығына байланысты міндеттерінен босатылғандардың көбейіп кеткендігін сол жылдары әскери комиссариаттарда алдын ала жүргізілген медициналық тексеру қорытындылары да растап бере алады. Айталық, жоғарда аттары аталған Түркістан облысының (бұрынғы Оңтүстік Қазақстан облысының) Сырдария өзенінің екі бетін аса орналасқан 5 ауданында 2001 жылы мерзімді әскери қызметке шақырылғандардың ішінен медициналық тексеру қорытындылары бойынша 21,5 пайызы жарамсыз деп танылса, бұл көрсеткіш 2002 жылы 27,6 пайыз, 2003 жылы 228,7 пайыз, 2004 жылы 30,1 пайыз болған [17.92-96].

Әрине, бұлар осыдан 13-17 жыл бұрынғы көрсеткіштер. Ал бүгінгі таңда Қазақстандық жас өспірімдердің денсаулық күйі бұрынғы жылдармен

салыстыра екшелегенде айтарлықтай жақсарғандығы байқалады. Бұған 2018 жылы Түркістан облысы Сырдария өзенінің екі бетін ала орналасқан аудандардың жас өспірімдері арасында біз жүргізген медициналық кешенді эмпирикалық зерттеудің нәтижесінде жинақталып, сараланған мәліметтік көрсеткіштер дәлел бола алады. Дей тұрғанмен, әскер қатарына шақырылуға жақын резервте тұрған 15-17 жас аралығындағы жас өспірімдердің денсаулық күйі бұдан да жақсара түссін десек, олардың аман-сау өсіп – жетілуіне мүдделі мемлекеттік және қоғамдық ұйымдардың негізгі қызметі еліміздің қарулы күштерін денсаулығы мен дене бітімі мығым жас азаматтармен толығы үшін барлық жағдайлар туындауына жұмылдырылуы тиіс.

Десек те бұл шаруаның мемлекеттік сұраныс деңгейінде жүзеге асырылуына кері ықпал етіп отырған объективті және субъективті жағдаяттар да баршылық, олардың барлығын тізбелеп, түстен жатпай-ақ негізгілеріне тоқталар болсақ, олар мыналар:

- жергілікті дәрігер –ғалымдардың зерттеулеріне мемлекеттік грант берілмеуі олардың белгілі бір өңір жас өспірімдерінің денсаулық күйін бағалауға бағдарланған кешенді медициналық эмпирикалық зерттеулерді тиімді әрі жыл сайын жүргізуге қол байлау болуда.

Сонымен қатар:

- жас өспірімдердің аурушандығының алдын алу, сақтандыру және емдеп-сауықтыру жұмыстарының жүрдім-бардым жүргізілуі;

- жергілікті дәрігерлік мекемелердің материалдық – техникалық базасының осы заманғы озық емдеу қондырғылармен жабдықталмауы, бұлардың ауылдық жерлерде мүлдем болмауы, жас өспірімдер денсаулығын жиі-жиі тексеріп, үнемі бақылауда ұстап отыратын арнайы жабдықталған медициналық кабинеттердің жоқтығы, барларының білікті маман-терапевтармен жасақталмауы;

- қалалық, немесе аудандық әскери комиссариаттардағы шақыру пункттерінде жүргізілетін әскери-дәрігерлік сұрыптау комиссиялары мүшелерінің өте білгір маман дәрігерлермен жасақталмауы;

- жас өспірімдердің басым көпшілігінің өздерінің денсаулық жағдайларына мән бере қоймай, аурудың алдын алудан, емдеуден, оңалтудан, сауықтырудан қашқақтауы;

- ауылдық жерлерде медициналық-профилактикалық пункттердің болмауы, т.с.с.

ҚОРЫТЫНДЫ

Күні ертең әскер қатарына шақырылатын, ал бүгінгі таңда әлі де болса жас, жеткіншек ұрпақтың саулығы ел дәрігерлерінің алдына зор жауапкершілік жүктейді. Сондықтан болар, ел дәрігерлері жас, жеткіншек ұрпақтың ауру-сырқаусыз сау-саламатта өсіп-жетілулері үшін айтарлықтай қамқорлық жасап келеді.

Дей тұрғанмен жас өспірімдерді жаппай тексерудің соңғысы кейбір аймақтарда тексеруден өткен әрбір үш баланың біреуі аурушаң болып келетіндігін көрсетті. Мысалы, Қазақстанның оңтүстік өңірлері жас өспірімдері арасында тыныс алу, несіп-жыныс жүйелері, сүйек-бұлшық ет, жүрек жарықшағы, тері асты тамырлары, көз және оның қосалқы мүшелері, тамақтану мен зат алмасуының бұзылуы, семіздік, артқы омыртқаның майысуы, туберкулез, жұқпалы аурулар, жарақаттанулар, психикалық және наркологиялық аурулар сияқты сырқат түрлері көптеу көріністенді.

Мұндай көріністер кейбір жергілікті денсаулық сақтау мекемелері тарапынан жеткіншектердің дені-бастарының сау-саламатта өсіп-жетілулеріне жүрдім-бардым қараушылықтың бар екендігін байқатады.

Мұндай дәрігерлік мекемелерде жас өспірімдердің арасында тұрақты жүргізілуге тиісті аурудың алдын алуға бағдарланған профилактикалық медициналық шаралар көбіне көп ұмыт қалдырылады. Немесе кейінге шегеріле береді. Осыдан барап барлық әрекеттер жас өспірімдердің ауруының алдын алуға емес, керсінше, олардың бойындағы асқынып кеткен сырқаттарын «қымбатқа түсетін стационарлық-диспансерлік қалыппен» емдеуге жұмылдырылады.

Мұның растамалығы ДДҰ деректерінде мысалға келтірілген мына дәлелдемемен де нығыздала түседі.

Қазақстанда медициналық-профилактикалық шаралардың ойдағыдай жүргізілмеуіне, және де салауатты өмір салтының насихатталуының төмендігіне қарай, жас өспірімдердің арасында арақ-шарапқа, темекіге және есірткіге әуестік байқалады. Сондай-ақ қазақстандық жас өспірімдердің

денсаулығына зәрлі экологиялық жағдай, біршама жерінің ресейлік әскери күштердің сынақ алаңына айналуы да теріс әсерін тигізіп келеді [1]. Осыған қарамастан, жас, әсіресе, әскер қатарына шақырылуға жақын резервте тұрған еркек жынысты жас өспірімдердің денсаулық күйі бағаланған еңбектер отандық медицина ғылымында жоқтың қасы. Осының өзі-ақ осы зерттеу авторының алдына зор жауапкершілік жүктеп, артылар жүгі ауыр болса да зерттелуі қажетті проблеманың есігін ашып беріп отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. - Всемирная организация здравоохранения, 2018.
2. «Қазақстан-2050»: Стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты. Қазақстан Республикасының Президенті - Елбасы Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына жолдауы. -Алматы:ЮРИСТ, 2013-44 б.
3. Акселерация развития и состояния здоровья детей и подростков. – Москва, 2017,-217 с.
4. Педагогикалық және жас ерекшеліктері психологиясы. Алматы: "Рауан" баспасы. 2018-288 б.
5. Әбділлаев Ә.К. Дене мәдениетінің ілімі және әдістемесі.-Түркістан "Тұран" баспанасы,2017-263 б.
6. Аманжолов К., Тасболатов А., Майхиев Д., Аманжолова Б. Алғашқы әскери дайындық. -Алматы:"Мектеп" баспасы, 2017-368 б.
7. 2018 жылғы Қазақстан Республикасы халқының денсаулығы және денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі. Стат. жинақ. –Астана, 2019-356 б. Қазақша, орысша.
8. Түзелбаев Н.К., Нұсқабаева Г.О. Жас өспірімдік шақтың әлеуметтік – психологиялық сипаттамасы /А.Ясауи университетінің хабаршысы. 2006-№1.-74-78-беттер.
10. Әскери міндет және әскери қызмет туралы. Қазақстан Республикасының заңы - Алматы:ЮРИСТ, 2017-27 б.
11. Ерманова С.А., Амангельдиева Ж.Б., Сулейменова Т.С., Тойымбетова М.А. Кентау қаласының 7-14 жастағы балаларын бойының ұзындығын,салмағын және кеуде шеңберін статистикалық талдау нәтижелері. // А.Ясауи университетінің хабаршысы, 2010-№1-2.-439-441-беттер.
12. Шарманов Т.Ш. Ойлар. Пікірлер. /Мысалы. Суждения/ - Алматы: "Credos Trade", 2010-440 б.

13. Следственный бюллетень МВД РК-2018-№5.-С.18,52.

14. Справочник статистических показателей в системе здравоохранения Республики Казахстан. Алматы: Казахинформцентр, 2018-С.219.

15. Алауханов Е., Қарамырза Ж. Жас адамдардың құқық бұзуға бейім мінез-құлқы және оның алдын алу мәселелері. Монография-Алматы: ҚазАқпарат,2018-254- бет.

16. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы. – Егемен Қазақстан, 2004,22 қыркүйек.

17. Нұсқабаева Г.О., Сахова Б.О., Бабаева К.С., Смаилова Ф.К., Кадырова Ш.А. Әскерге шақырылатын жас өспірімдердің денсаулықтарын бағалау және оның проблемаларының өзекті сұрақтары // Актуальные вопросы медицины (сборник материалов). –Кентау, 2005-92-96 беттер».