



# ARDAGERLER GOSPITALI

№01 Мамыр/Май 2020 Танымал-ғылыми медициналық журналы / Научно-популярный медицинский журнал



**75** ҰЛЫ ЖЕҢІС КҮНІМЕН!  
С ДНЕМ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ!





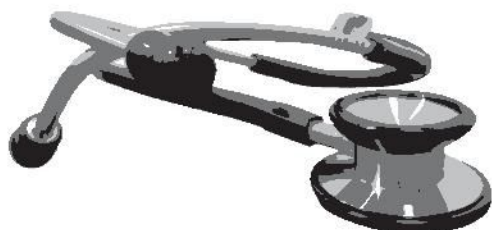
**Миссия госпиталя:**  
**«Сохранение здоровья и улучшение качества жизни!»**

**Видение:**  
**«Современный республиканский клинический реабилитационный госпиталь с пациентоориентированной системой оказания медицинской помощи, основанной на стандартах качества и госпитального менеджмента».**



## МАЗМҰНЫ СОДЕРЖАНИЕ

<b>Құттықтау</b> - Поздравление .....	6-9 стр.
<b>ЕКІНШІ ДҮНИЕЖҮЗІЛІК СОҒЫС ЖЫЛДАРЫНДАҒЫ АҚМОЛА</b> .....	10 стр.
<b>Адъютант Момышулы</b> .....	14 стр.
<b>Олинник:</b> «Надо жить до ста лет! А может и больше...» .....	15 стр.
<b>О ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЕ И ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ</b> .....	18 стр.
<b>Помним и гордимся!</b> .....	20 стр.
<b>Отан үшін, ел үшін!</b> .....	21 стр.
<b>Международные тенденции развития здравоохранения в практике госпиталя ветеранов</b> .....	24 стр.
<b>Коморбидные состояния у пациентов, подвергшихся ионизирующему излучению, и ветеранов войн</b> .....	26 стр.
<b>Гипотиреоз у лиц пожилого и старческого возраста</b> .....	32 стр.
<b>Правильное питание пожилых людей – особенности питания в геронтологии</b> .....	36 стр.
<b>Справка</b> .....	38 стр.
<b>Итоги конкурса рисунков «Победа, Здоровье, Весна»</b>	



### Редакционная коллегия журнала «ARDAGERLER GOSPITALI»

**Саржулова С.М.** доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №3 НАО «Медицинский университет Астана», врач-терапевт высшей категории, врач-кардиолог высшей категории

**Ахмадыр Н.С.** доктор медицинских наук, врач-клинический фармаколог высшей категории, независимый эксперт МЗ РК, заведующая кафедрой Клинической фармакологии НАО «Медицинский университет Астана»

**Кабульдинов З.Е.** доктор исторических наук, профессор, член союза журналистов Казахстана, Директор Института истории и этнологии имени Ч. Валиханова

**Уразалина Д.А.** врач-терапевт-эксперт, магистр делового администрирования (MBA), отличник здравоохранения РК, директор РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК

**Идрисова С.С.** экономист, юрист, магистр делового администрирования (MBA), заместитель директора по стратегическому развитию и экономике РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК

**Кожобеков Г.К.** журналист, писатель, заместитель главного редактора газеты «Astana Akshamy»

**Смагулова С.З.** педагог-психолог, секретарь-делопроизводитель РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК

Шеф-редактор

**Сергей Галымов**

Дизайн, верстка и фотографии

**Куаныш Сарсенов**

Корректор

**Динара Елеукина**

#### Издатель

РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» Министерства здравоохранения РК

#### Адрес редакции

Республика Казахстан, 010000

г. Нур-Султан, ул.А. Мамбетова, д. 28

e-mail : ardagd@mail.ru

Отпечатано в типографии ТОО «КОКШЕТАУСКОЕ

УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ»

ОО «КАЗАХСКОЕ ОБЩЕСТВО СЛЕПЫХ»

«ҚАЗАҚ СОҚЫРЛАР ҚОҒАМЫ» ҚОҒАМДЫҚ БІРЛЕСТІГІНІҢ

«КӨКШЕТАУДАҒЫ ОҚУ-ӨНДІРІСТІК КӘСІПОРНЫ»

ЖШС

АКМОЛИНСКАЯ ОБЛАСТЬ, КОКШЕТАУ Г.А., Г.КОКШЕТАУ,

УЛИЦА КАНАЙ БИ, 37

Тираж: 99



**ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ - ОСНОВА НАШЕГО  
УСПЕШНОГО БУДУЩЕГО!  
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЕЙШИМ  
КОМПОНЕНТОМ СОЦИАЛЬНОГО  
САМОЧУВСТВИЯ НАСЕЛЕНИЯ.**

*Нурсултан НАЗАРБАЕВ, Первый Президент  
Республики Казахстан - Елбасы*



**НАШЕЙ ГЛАВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ  
СОХРАНЕНИЕ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ  
ГРАЖДАН.  
ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА БЫТЬ  
МАКСИМАЛЬНО ПРИБЛИЖЕННОЙ  
К ЛЮДЯМ. КАЧЕСТВЕННЫЕ  
МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ПОЛНОМ  
ОБЪЕМЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ДОСТУПНЫ  
ВСЕМ ГРАЖДАНАМ НЕЗАВИСИМО ОТ  
МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ.**

*Касым-Жомарт ТОКАЕВ, Президент Республики  
Казахстан*



## Құрметті ардагерлер!

Сіздерді Ұлы Отан соғысындағы Жеңістің 75 жылдығымен құттықтаймын!

Сіздер сыйлаған бұл Жеңіс, бізге бейбіт өмір сүруге, жұмыс істеуге, балаларымызбен немерелерімізді өсіруге мүмкіндік берді. Соғыс жылдарында және соғыстан кейінгі уақытта сіздің көрсеткен ерлігіңізбен қайсарлығыңыз кейінгі ұрпақ үшін баға жетпес сабақ болып табылады.

Ардагерлер сіздерге шын жүректен алғысымды білдіремін! Сіздерге денсаулық, рух сергектігін, бақыт және бейбіт аспан тілеймін! Медицина қызметкерлері ағынан сіздің денсаулығыңызды сақтау үшін, Қазақстан Республикасының медициналық мекемелерінде сізге жайлы болуы үшін барлық күш-жігерімізді жұмсайтынымызға сендіремін.

Госпиталь ұжымын танымал ғылыми медициналық журналының бірінші нөмірін шығаруымен құттықтаймын! Бұл ұжым өміріндегі маңызды күн. Ардагерлер госпиталі дамып жатыр, диагностика және емдеу әдістері жетілдірілуде, материалдық-техникалық база жақсаруда.

Одан әрі өркендеу және жаңа жетістіктер тілеймін!

*Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі* Елжан Амантайұлы Біртанов

## Уважаемые ветераны!

Поздравляю Вас с 75-летием Победы в Великой Отечественной войне!

Эта Победа, добытая Вами дала нам возможность мирно жить, работать, растить детей и внуков. Самоотверженность и мужество, проявленные Вами в годы войны и послевоенное время являются бесценным уроком для последующих поколений.

Моя сердечная благодарность и глубокое уважение Вам ветераны! От всей души желаю бодрости духа, здоровья, счастья и мирного неба над головой!

От лица медицинских работников заверяю, что приложим все усилия для поддержания Вашего здоровья, комфортного пребывания в медицинских учреждениях Республики Казахстан.

Коллектив госпиталя поздравляю с выпуском первого номера научно-популярного медицинского журнала! Это несомненно важная дата в жизни коллектива. Госпиталь ветеранов развивается, совершенствуются методы диагностики и лечения, улучшается материально-техническая база.

С пожеланиями дальнейшего процветания и новых достижений!

*Министр здравоохранения Республики Казахстан* Елжан Амантаевич Біртанов



## Құрметті оқырмандар!

Мен сіздерге "ARDAGERLER GOSPITALI" журналының бірінші нөмірін қуанышпен ұсынамын. Бұл қуанышты хабар Ұлы Отан соғысындағы Жеңістің 75 жылдығын мерекелеу қарсаңында болып отыр. Жылдар өтіп, ұрпақтар өзгерді, бірақ Ұлы Жеңіс туралы естелік адамдардың жүрегінде қалады. 75 жыл біздің қымбатты ардагерлеріміздің ерлігі, Отанға деген махаббаты мен батырлығына адалдығы арқасында бейбіт аспан астында өмір сүріп келеміз.

Құрметті ардагерлер! Осы атаулы күні Сіздерге денсаулық пен амандық тілеймін! Біздің госпитальдің даңқты тарихы бар, оның қабырғалары біздің Отанымыздың көптеген батырларын естіп көрді. Біз, госпиталь қызметкерлері сіздің денсаулығыңыздың қорғауында тұрғанымызды және күнделікті еңбегіміз арқылы сізге алғыс пен құрмет білдіруге мүмкіндігіміз болғанын мақтан тұтамыз!

Журнал госпитальдің тарихы мен жұмыс күндерін баяндауға арналған. Оқырмандар назарына госпиталь қызметкерлерінің ғылыми танымал мақалалары ұсынылады. Осы жағдайды пайдалана отырып, ардагерлер ұйымдарына, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне көрсеткен қолдаулары үшін алғысымды білдіремін.

*Егі тілекпен, госпиталь директоры, іскерлік әкімшілік магистрі* Динара Аманболқызы Уразалина

## Уважаемые читатели!

Я рада представить Вам первый номер журнала «ARDAGERLER GOSPITALI». Глубоко символично, что это происходит в канун празднования 75-летия Победы в Великой Отечественной войне. Проходят годы, меняются поколения, но память о Великой Победе остается в сердцах людей. 75 лет мы живем под мирным небом, благодаря мужеству, верности долгу и любви к Родине наших дорогих ветеранов.

Дорогие ветераны! В этот знаменательный день желаю Вам здоровья и благополучия! Наш госпиталь имеет славную историю, его стены слышали и видели многих героев нашей Родины. Мы, сотрудники госпиталя гордимся тем, что стоим на страже Вашего здоровья и имеем возможность своим ежедневным трудом выразить Вам свою благодарность и почтение!

Научно-популярный журнал призван освещать историю и будни госпиталя. Вниманию читателей будут предлагаться научные и популярные статьи сотрудников госпиталя. Полагаю, что журнал будет интересен широкому кругу читателей. Пользуясь случаем выражаю благодарность за оказанную поддержку ветеранским организациям и министерству здравоохранения Республики Казахстан.

*С наилучшими пожеланиями, директор госпиталя, магистр делового администрирования* Динара Аманболовна Уразалина

## Білікті мамандар орталығы

Тойымыз құтты болсын! Осы мекеменің бүкіл қызметкерлерімен басшыларына ел үшін, халық үшін жасап жатқан еңбектері мен ем-шараларына, шын ниетпен үлкен рахмет айта отырып, зор денсаулықпен, ұзақ өмір, шынайы бақыт әр отбасына және осы госпиталге шын ниетпен тілейміз!!..

Бұл ұжымның халық үшін, ел үшін атқарып жатқан еңбектері орасан зор! Білікті мамандар мен өте орынды басшылықтың басшылығының арқасында, келіп емделген: Ұлы Отан және Ауған соғысының ардагерлері, СЯСА-ның зардабын шеккендер, Чернобыль апатының зардабын тартқандар мен ҰОСҚ-теңестірілген азаматтар мен азаматшаларға, әр жылда бір рет ем-шара алады. Бұның өзі қазіргі шарықтап тұрған экономикалық дағдарыс кезінде, екінші бірі көтере алмайтын жағдайда, біз сияқты азаматтар мен азаматшаларға, госпиталь мен өкіметтің үлкен қолдауы деп, ауыз толтырып айтуға болатын іс-шара. Нұр үстіне нұр болсын демекпін. Бұрынғымен салыстырғанда жаңа басшы, Динара Аманболовна келгеннен кейін госпиталь күннен күнге құлшырып сала берді; «Адам көркі шүберек» -деп, халық тегін айтпайтын шығар. Қай сала болмасын оны дұрыс басқарудың өзі мен мұндалап тұрмайма? Қай уақытта болмасын жұмыс орынында, әр дайым өзінің орынбасарларымен госпитальді аралап, жағдайды толық біліп барып қана нақтылы шешім қабылдайтын, білік пен ізеттілікпен, ақыл-парасатымен, адамды өзіне тартумен қабілеттілігін байқататын басшы. Мекеменің басшысы қандай болса, командасыда сондай деген болар едім. Бұл менің асыра мақтағандық емес, шынайы риза болғандықтан, ұжымның еңбегін бағалағандықтан туындаған ақиқаттық тілек пен алғыс!

Госпитальдің басқа емдеу орталықтарынан айырмашылығы; емделушіге аса ілтипатпен, ізеттілікпен қарап, әркімнің көңілін таба біліп, сараптап тексеріп, мұқияттылықпен өздерінің қызметтері мен ем-шараны, әр адамның диагнозына қарай емдеуінде. Ұқыштылықпен терең тексеріп, нақтылы айқындап барып емдом жасауында.

Ұлы Жеңістің 75-жылдығы құтты болсын!!!

Ізгі тілекпен, ниетпен: СЯСА-ның зардабын 20-жыл шеккен, 3-топтағы мерзімсіз мүгедегі, ҰОС-на теңестірілген азаматы және «Семей-ЯП» ҚҚ мен «Астана Мүгедектер Қоғамының» ҚҚ Төрағасы Әбдікәрім Болатбек Исаулы.



## Мейірім берген мекеме

Ауғанстан соғысының ардагерлері үшін Нұр-Сұлтан қаласындағы «Отан соғысы мүгедектеріне арналған Орталық клиникалық госпиталь» РМК жыл сайын денсаулықты қалыпқа келтіретін, созылмалы аурулардан емделетін бірден бір медициналық емдеу-профилакториялық мекемесі болып отыр. Ең бастысы – бұл мекеменің дәрігерлері мен медбикелері ардагерлер категориясына жататын адамдарға ерекше қарайды.

Соғыс көрген азаматтың тек қана физикалық тұрғыдан ғана емес, психологиялық жағынан да жәрдемді қажет ететіні белгілі. Осы орайда госпиталь басшылығы тарапынан дәрігерлер мен медбикелер арасында түсіндіру жұмысы жақсы жолға қойылғаны байқалады. Госпиталь директоры әрі бас дәрігері Динара Аманболқызы Уразалина емдеуге түскен әрбір пациенттің жағдайын алдын ала тексеріп, сөйлесіп, тиісті ем шаралардың жүргізілуін қадағалап отыратыны да көңілге медеу береді.

Мемлекеттік тізбеге сәйкес дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, емделушілерді тамақтандыру мәселесі де жақсы деңгейге қойылған. Мекеме базасында ардагерлердің науқастық тарихтары толығымен сақталған.

Госпиталь ішінде тек қана емдеу жұмыстары өткізілмей, емделушілердің көңіл-күйін көтеруге бағытталған шараларда ұйымдастырылады. Мәселен, бір мезгіл кино көрсету, ардагерлер ұйымдарының өкілдерімен тақырыптық кездесулер, үстел теннисі жарыстарын өткізу дәстүрге айналған. Мекемедегі емдік дене шынықтыру кабинеті емделушілердің бос уақытта спортпен айналысуына мүмкіндік береді. Кітапхана бұрышы да емделушілердің қажетін өтеп отыр.

Біз, өз тарапымыздан «Отан соғысы мүгедектеріне арналған Орталық госпиталь» ұжымына үлкен алғысымызды білдіреміз. Ардагерлерді емдеп, олардың денсаулықтарының жақсы болуы үшін өздерінің мейірімдерін төгіп, азаматтық қамқорлық көрсетіп, кәсіби мамандықтарына адалдық танытып жүрген дәрігерлеріміз бен медбикелерімізге амандық, жақсылық тілейміз.

**Нұр-Сұлтан қаласының «Ауғанстан соғысы мүгедектері мен ардагерлері одағы» қоғамдық бірлестігі.**

# ЕКІНШІ ДҮНИЕЖҮЗІЛІК СОҒЫС ЖЫЛДАРЫНДАҒЫ АҚМОЛА



**КАБЫЛДИНОВ ЗИЯБЕК**, тарих ғылымдарының докторы, профессор, Қазақстан жазушылар одағының мүшесі, Ш.Уәлиханов атындағы тарих және этнология институтының директоры.

Қала соғыс жылдарының алдында. Бізге белгілі болғандай, 1939 жылы облыс орталығы болған, Ақмолада 32 мыңдай тұрғын тұрды. Ақмола қаласының облыс орталығы мәртебесіне ие болуы жаңа мүмкіндіктер мен көріністерге жол ашты. Екінші дүниежүзілік соғыстың алдында қала өнеркәсіп орталығына айнала бастады. Мұнда 41 кәсіпорын, оның ішінде: бір электростанция, пима басатын завод, бетон заводы, промкомбинат, баспахана, ағаш заводы, диірмендер мен т.б. Жалпы жұмысшылар саны 800-ге жуық адамды құрады. Қалада 260 орындық 2 емхана, аналар босанатын үй мен жедел дәрігерлік көмек станциясы жұмыс жасады.

1940 жылы облыстық орыс кеңес-колхоз театры ашылды. Қала билігінің мәліметтеріне, осы уақытта қалада сауатсыздық толығымен жойылған.

Соғыс жылдары қала билігі, әскер жасындағы ер адамдардың толық мәліметін жасап, әскери бөлімдерді құру, біріктіру мен орналастыру мәселесін қолға алды. Жалпы тәртіпшен соғыс үшін және жаудан қорғану мақсатында адамдар резервін дайындады. 1945 жылы барлық үлкен тұрғындар саны (10 мың адам - авт.) Ақмолада әуе ша-

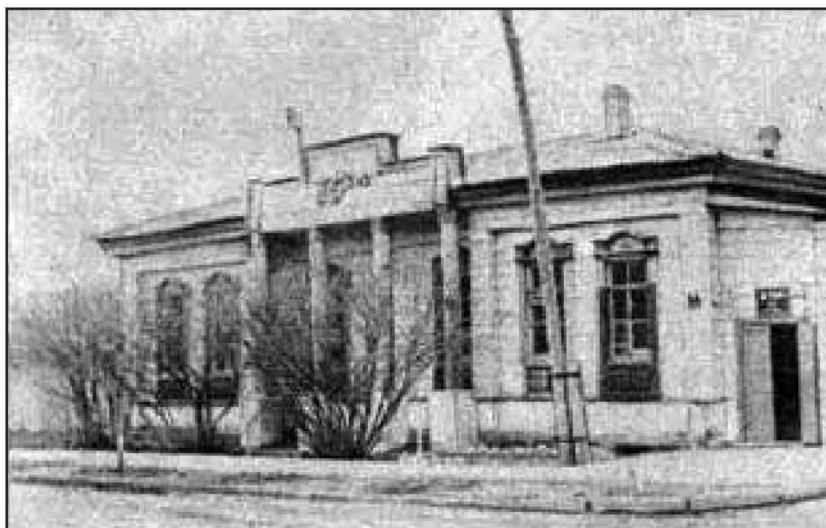
буышына қарсы және химиялық шабуылдарға қарсы қорғаныс жұмыстарына дайындық жұмыстары жүргізілді. ӘШҚҚМ-нің (Әуе шабуылынан қарсы қорғану министрлігі - авт.) штабы құрылды және өзін-өзі қорғаушылар тобы жасақталды. Қаланы азық-түлікпен қамтамасыз ету үшін карточка жүйесі енгізілді.

Соғыс жылдарында қалада ірі заводтар Насос заводы мен «Казсельмаш» пайда болды. Соғыстың аяғында қаладағы жұмысшылар саны 3 мың адамға өсті. Қаладағы тұрғындардың

өсуі: 1945 жылғы 1-ші қаңтардағы мәлімет бойынша мұнда 80,5 мың адам тұрған. Қаладағы тұрғындардың өсуі соғыс жүріп жатқан аудандардан мәжбүрлі түрде көшкен қоныс аударушылардың есебінен болды. Қалада жаппай ағаш отырғызу қозғалысы жүріп, 29 мыңға жуық ағаш отырғызылды.

1943 жылдың басында орыс-қазақ облыстық театр ашылды, бес жылдан кейін облыстық орыс драмтеатр болып өзгертіліп, қазақ тобы Қарағандыдағы қазақ облыстық театрына қосылды. Қалаға – Кеңес Одағының батыр-





лары облыстың тумалары сирек келетін. Бірде көп адаммен және жаппай митинг ұйымдастырылды. 1943 жылы 14 тамызда қалаға 8-ші гвардиялық Панфилов дивизиясының құрамында соғысып, ерлік көрсеткен, Кеңес Одағының батыры, гвардия майоры Мәлік Ғабдуллин келді. Бұл жөнінде жергілікті ақмола газеті «Сталин туы» («Знамя Сталина» - авт.) төмендегідей жазды: «Батыр Мәліктің келген маңызды тіректерінің бірі Ақмола». Салтанатты митингте қалалық партия комитетінің бірінші хатшысы Кушцов, облыстық партия комитетінің хатшысы Цветков, облыстық атқару комитетінен – Бектасов, стахановшы-жұмысшы – Альховский, облыстық комсомол ұйымының хатшысы Тапмағанбетов, пионер Айдаболов және тағы да басқа көптеген адамдар сөз сөйледі. Аталған шараның негізгі мақсаты – негізінен жас ұрпақты, оның ішінде майданға аттанушы қалалықтардың патриоттық рухын көтеру болатын. Қала қазақстандық әскери бөлімдердің құрылуында негізгі рөл атқара білді. Бұнда 310, 387, 29 атқыштар және 106 атты кавалериялық дивизиялары құрылды.

310-шы атқыштар дивизиясының құрылуы және жауынгерлік жолы. 1941 жылы маусымда Ақмолада 310-шы атқыштар дивизиясы жасақталды. Оның құрамы негізінен Ақмола, Қарағанды, Көкшетау, Солтүстік Қазақстан мен Қостанай облыстарынан әскер қатарына

шақырушылардан тұрды. Олар Ленинградтың іргесіндегі Сивьяск батпағы мен биіктерінде ерлікпен шайқасты. Қазіргі таңда осы бөлім шайқасқан жерлерінде 30 жылға жуық Л.Н. Гумилев атындағы Вуразия Ұлттық университетінің «Мемориалды аймақ» студенттік іздеу отряды өзінің тұрақты командирі, «комбриг» профессор М. Құсайыновтың басшылығымен жұмыс жүргізіп келеді.

Дивизияның ақырғы қалыптасуы 18-19 тамызда аяқталды. Оларды Волхов аймағына Ленинградты қорғауға жіберді. 310-шы Новгородск атқыштар дивизиясы Шығыс Померанияда Балтық теңізінің жағалауында соғысты. Қызыл Ту және Ленин ордендерімен марапатталған. Олар жүздеген елді мекендер мен он екі қаланы жаудан босатып алған, солардың ішінде Новгород, Гдыня, Кезлин, Шлохау, Бублиц және т.б. Он мыңға жуық жауынгерлер мен командирлер соғыс барысында жауынгерлік ордендермен және медальдармен марапатталды. 310-шы атқыштар дивизиясын әр жылдары полковниктер: Н. Замировский, М. Орлов, Н. Рогов, В. Полувешкин, Н. Коппенколар басқарды.

387 атқыштар дивизиясының құрылуы мен жауынгерлік жолы. 1941 жылы тамыз айында Ақмола мен Қарағанды облыстарынан әскерге шақырылғандардан жасақталған 387-ші атқыштар дивизиясы құрылды. 1941 жылы 6 қарашада 387-ші дивизия қала

көшелерімен темір жол вокзалына қарай жүріп өтті. 27 желтоқсанда бұл дивизияның бөлімдері Орлов облысының Троицкое селосының жанында фашисттермен ауыр шайқасқа түсті. 1942 жылдың басында 387-ші дивизияны Сталинградқа ауыстырды, Паулос армиясын қоршаудан шығаруға көмекке келген генерал-фельдмаршал Манштейн басқарған «Дон» тобын талқандауға ат салысты. Одан кейін бұл дивизия Қырымда соғысып, Севастопольды босатқан. 1271-ші полк капитаны 2-ші атқыштар батальонының командирі Ф.Д. Дибров Кеңес Одағының Батыры атағымен марапатталады.

29-шы атқыштар дивизиясының құрылуы мен жауынгерлік жолы. 29-шы атқыштар дивизиясы Ақмолада 1941 жылы 15 желтоқсанда құрылды. 1942 жылы сәуір айының басында Ақмола мен Қарағанды темір жол станцияларында 29-шы дивизияның бөлімдері эшелондарға отырып, Тула облысына жіберілді. 1942 жылы шілде айында дивизияны Сталинград бағытына жібереді, ол жерде бірден қала үшін шайқасқа қатысты. Дивизия немістерге қарсы төтеп беріп, әскерлері мен техникасын біраз әлсіретті. Фельдмаршал Паулос әскерлеріне қарсы көшелердегі шайқас барысында 1943 жылы 10 мен 31 қаңтар аралығында 5200-ге жуық адамдарды өлтіріп, 13 мыңға жуық неміс пен румын әскерлері мен офицерлерін, соның ішінде екі генералды тұтқынға алды. Сталинград қорғанысы барысындағы ерліктері үшін 29-шы атқыштар дивизиясы 72-ші гвардиялық дивизиясы болып қайта құрылды.

1943 жылы жазда бұл дивизия Белгород жанындағы Курск доғасы шайқасына қатысты. Олар Харьков, Красноград, Кировоград қалалары үшін ауыр шайқастардан өтті, сондай-ақ, немістерден Румынияны, Трансильванияны, Венгрияны, Австрияны және Чехословакияны босатуға қатысты.

Өлкетанушы және соғыс



ардагері А. Дубицкий өзінің «Город на Ишиме» кітабында бұл туралы былай жазды: «72-ші гвардиялық атқыштар дивизиясының Ұлы Отан соғысы тарихындағы ірі кезең – 1943 жылдың жазындағы Курск доғасы шайқасы. Ол жерде 72-ші дивизияның жауынгерлері мен командирлері табандылық пен ерлікті көрсетті. 5-і мен 10-шы шілде аралығында немістердің шабуылы кезінде Белгород аймағындағы қорғаныс шебінде гитлерліктерден шайқас алаңында 6985 адам өліп, 46 қиратылған танк, 30 әртүрлі калибрдегі қарулары, миномет, пулемет, автомат, винтовка, оқ-дәрілері мен басқада мүліктері жойылды».

106-шы Қазақ кавалериялық дивизияның құрылуы мен жауынгерлік жолы. Ақмола қаласында 106-шы Ақмола қазақ ұлттық кавалериялық дивизиясы құрылды. 1942 жылы мамыр айында ол Харьков маңында түгелдей жойылып кетті. Неміс генералы Клейст былай деп жазған: «шайқас алаңында қаза тапқан адамдар мен жылқылардың өлі

денелерінің тығыз жатқандары соншалықты, жеңіл көлік жүріп өтетін жол болмады».

Дивизия 1941 жылы 10 желтоқсанда қысқартылған штат бойынша құрастырыла бастады. Бұл бөлім Ақмола, Қостанай, Қарағанды, Шығыс Қазақстан, Солтүстік Қазақстан және Павлодар облыстарының тұрғындарынан жасақталды. Жылқылар осы өңірдегі шаруашылықтардан әкелінді.

Дивизияның күйреуіне сауатсыз басшылықтың, әліз ұйымдастырылған барлаудың және қару-жарақтың жетіспеушілігі әсер етті. Мысалы, 1942 жылы 15 мамырдағы бұл дивизияның 6-шы кавалериялық корпусың арнайы комиссиясындағы қабылдау-актысынан алынған мәлімет: «құрамы 4091 адам, 102 винтовкамен, 3100 қылышпен, 50 мм калибрлі 46 минометпен, 18 калибрлі минометпен қаруланған 3180 аттары бар». Қазір шайқас өткен жерде мемориалдық тақта орнатылған. Бұл дивизия 6-шы кавалериялық корпусың құрамында соғысқан. Бәрі дерлік қаза тапты. Тірі қалғандары фашисттерге тұтқынға түсіп, немістердің

«Дулага-205» лагерінде отырды. Аман қалғандары кеңетік лагерлерінде де отырды, өздерінің ерліктері мен қасіреттері туралы айтпауға тырысты. Бұл дивизияның құжаттары қоршау кезінде тез арада жойылып кетті.

Сол кезде ауыр Харьков шайқасында ес-түссіз жоғалып кеткендерді есептемегенде 300 мыңға жуық адам қаза тапты. 250 мыңға жуық адам фашисттерге тұтқынға түсті, ал сол шайқастан 22 мыңға жуық офицерлер мен жауынгерлер аман қалды.

106-шы кавалериялық дивизияның ерлігі мен қасіреті туралы құжаттық материалдар жоқтың қасы, сондай-ақ, Мәскеу облысындағы Подольск архивінде де жоқ. Ол жерде тек құжаттардың барлығы қарсыластардың қолына түскен деген мәліметтер ғана бар...

Ақмолалықтардың жаппай ерліктері туралы. Соғыстың барлық жылдарында майданға кеткен 9783 ақмолалықтардың 7414-і қайтып келмеген. Олар соғыстың әртүрлі майдандарында ерлікпен шайқасқан. Отыз сегіз ақмолалық жауынгерлер Кеңес Одағының Батыры атағына ие болған, жетеуі үш дәрежелі

Даңқ орденімен марапатталған. Т.Ж. Бегелдинов (екі рет), В.К. Булавский, А.М. Герман, И.М. Льяченко және басқалар Кеңес Одағының Батыры атанған. В.С. Бабенко, А.А. Белокуров, В.А. Бовт, А.О. Сембинов және басқалар Даңқ орденінің толық кавалерлері атағын алған.

Батырлық пен ерлік көрсеткен көптеген жауынгерлер мен офицерлер ордендермен және медальдармен марапатталды. Олардың көбі соғыстан қайтып келмеді. Баренцев теңізінің суларында «Щ-401» сүңгуір қайықтың басшысы капитан-лейтенант А.Е. Моисеев екі жорықта жаудың екі кемесін батырды. Сталинград шайқасында мерген М.И. Маменов 253 солдат пен 18 неміс офицерлерін өлтірді.

1942 жылы 18 қазанда «Правда» газетінде әйгілі кеңестік жазушы және публицист Илья Эренбург біздің жерлестеріміздің ерліктеріне тамсанып, былай жазған: «Бір фриц (*гитлерши* – авт.) маған: «Бізге қарсы өте мықты жауынгерлер соғысты – оларды ешқандай оқ тоқтата алмады, олар бізге қарсы жүгіретін. Кейін маған, олар қазақтар екенін айтты. Мен ондай халықтың барын да білмедім» деп айтты».

Ағылшын тілшісі, «Санди таймс» газетінің және Би-Би-Си-дің корреспонденті Александр Верг өзінің «Россия в войне 1941-45» кітабында: «Қызыл Армия қатарындағы табанды жауынгерлердің бірі қазақтар болды; жалпы соғыс барысында қазақтар өздерін жақсы жағынан көрсетті, ал Сталинградта мықты жауынгерлердің арасынан орта азия халықтарының өкілдері – қырғыздар, қазақтар және башқұрттар болды» деп атап көрсетеді.

Қаланың майданға көмегі. Қаланың өнеркәсібі әскери жағдайға орай қайта құрылды. Қалаға көшірілген кәсіпорындар орналаса бастады. Соғыс жылдарында Ақмоланың өнеркәсіп кәсіпорындарының саны 2,5 есеге өсті. Ақмолада кеңестік маңызы бар заводтар ашылды.



Олар, әйгілі «Казсельмаш» пен № 317 завод. 1941 жылы Ақмолаға Мелитопольдан насос заводы көшірілді. 1944 жылы 16-шы қалалық кәсіпорындарында 3000 жуық адам жұмыс жасады.

Ақмола теміржол торабының өткізу қабілеті біршама артты. Бұл жаңа жолдардың салынуы мен паровоз паркінің кеңеюінің есебінен болды. Ақмола он мыңдаған жер аударылған халықтардың қабылдау орнына айналды. Қала басшылары тез арада арнайы қоныс аударылғандардың еңбектік пен шаруашылық-тұрмыстық мәселелерін шешіп, оларға жәрдемақы беріп отырды. Осыған қоса, қала басшылығы КСРО-ның европа бөлігінен көшірілген адамдарды орналастыру мәселесін шешті. Соғыстың бірінші жылдарында Ақмола облысына 68,5 мыңға жуық адам келді, солардың көбісі кейін облыс орталығында тұрақтап қалды. Қалада арнайы қоныс аударыған поляктар көп болды, оларға мектеп пен клуб ашып берді.

Ақмола соғыс өтіп жатқан аудандардан келген, ауыр жарақат алған жауынгерлер мен офицерлердің емделетін жері болды. Ол үшін жаңа ауруханалар, соның ішінде Ұлы Отан соғысының мүгедектеріне арналған емхана салынды. Осылай қалада № 1600 және № 3006 екі эвакогоспитальдар (*эвакуациялық госпитальдар* – авт.) орналасты. Кәсіби дәрігерлер мен мейірбикелердің тез араласуының арқасында

жүздеген, мыңдаған жаралы Қызыл армия жауынгерлерінің өмірін сақтап қалды.

Соғыс жылдары қала тұрғындары бар күштерін майданға көмекке жұмсады. Ол үшін ел қорғаныс қорына қаражат жинады. Мысалы, танк колоннасы мен әуеэскадрильдерін құрастыруға Ақмола тұрғындары 3 млн. 719 мың рубль ақша жинады, ал ақша лотереясы 5 млн. 666 мың рубльге өткізілді. Майданға мыңдаған тонна азық-түлік пен жылы киімдер жіберілді. Майдангерлердің жанұялары қамқорлыққа алынды. Олардың барлығы уақытылы отын мен зейнетақыны алып отырды. Қала тұрғындары соғыс мүгедектері мен соғыста қайтыс болған жауынгерлердің жанұяларына материалды және психологиялық көмек көрсетіп отырды. Еңбек армиясына Ақмола облысы 32 мыңнан астам еңбекке жарамды адамдарды жіберді.

Ақмола тұрғындары майданға 1039 жүк машиналарын, 200-ге жуық шынжыр табанды тракторлар, 7,5 мың жылқы, 1000 арба, 1200-ге жуық ер-тұрман жиыптығын жіберді. Қорғаныс Қоры құрылды, оған қала тұрғындарынан 45 миллион рубль ақшалай және 187 миллион рубль займ ретінде түсті.

Осылайша қала тұрғындары майдан мен тылда жаппай ерліктің үлгілерін көрсетіп, гитлерлік Германияға қарсы ортақ жеңісті жақындатты.

# Адъютант Момышулы

А. Байкенулы воевал плечом к плечу с Бауыржаном Момышулы

БАҒЛАН ТҰРСЫН, пресс-секретарь госпиталя

Айдархан Байкенулы родился в 1925 году в колхозе имени Карла Маркса, в то время Кокчетавской области. В 16 лет добровольно просился на фронт, но ему отказали. В 1943 году обманным путем все же пробрался в ряды призывников. Таким образом, он попал в знаменитую восьмую гвардейскую стрелковую дивизию, командиром которой был Бауыржан Момышулы.

В годы великой Отечественной войны Айдархан Байкенулы был адъютантом Героя Советского Союза Бауыржана Момышулы. На фронт его призвали в 17 лет. Три раза получал тяжелые боевые ранения, был награжден Орденом Славы. Своими воспоминаниями делится ветеран:

- В то время я был адъютантом Бауыржана Момышулы. Мы были молоды. Как-то я заступил в наряд. В тот день дождь лил как из ведра. Я уснул. Внезапно проснулся от того, что командир

дивизии скрутил мне нос. «Почему спишь на посту!», - отругал он. Я подумал, что теперь без носа останусь, никогда не забуду этот день.

Как-то командир отправил Айдархана Байкеновича и его товарищей в разведку. Было очень опасное задание, вспоминает аксакал. Нужно было попасть во вражеский тыл. Задачу выполнили, но в живых из 26 ребят остались только 14. После этого задания юный Айдархан был награжден Орденом Славы 3-ей степени. Бауыржан Момышулы вручил награду лично.

Айдархан Байкен, ветеран ВОВ, адъютант Бауыржана Момышулы:

- «Ты ведь тот самый джигит, который уснул на посту. Молодец! Я уже тогда возлагал на тебя надежды. Ты оправдал их!», - сказал Бауке и похлопал меня по плечу.

Третье ранение отважный солдат получил в Латвии. 5 месяцев он пролежал в госпитале.

Войну закончил командиром инженерно-саперного батальона 8-ой гвардейской дивизии. Награжден Орденами первой и второй степеней Великой Отечественной. Дважды получал Орден Славы 3-ей степени. После войны долгие годы занимал вышестоящие должности, работал в органах внутренних дел. Ветеран Великой Отечественной, полковник полиции в отставке сегодня празднует свой 95-летний юбилей, с одним лишь пожеланием мира и стабильности в родной стране.

- «Желаю единства нашему народу и мира нашей стране. Желаю благополучия и процветания Казахстану, здоровья нашей молодежи. Пусть все они достигнут наших лет, пусть так же любят свою страну. Желаю также единства нашему народу, мира всей стране», - сказал ветеран Великой Отечественной войны, старший лейтенант в отставке Айдархан Байкен.



Встреча министра Е. Биртанова с ветераном А. Байкенулы во время посещения госпиталя.



**О.Линник:**

## «Надо жить до ста лет! А может и больше...»

...Темное зимнее утро, сильный ветер, дующий как будто сразу со всех сторон. Несмотря на буран, можно было разглядеть свет, льющийся наружу из окон большого здания. «Именно оно мне и нужно», – подумал я.

**БАҒЛАН ТҮРСЫН**, пресс-секретарь госпиталя

«Нужное здание» было окружено снегом. Снег вообще был повсюду: на деревьях, на крышах, под ногами, в ботинках, в воздухе, и уже казалось, что стал частицей времени, а не окружающей среды. Зайдя внутрь, сразу можно было почувствовать и тепло, и запах спокойствия и безмятежности, которого так не хватало снаружи.

Меня встретил вахтер, я объяснил, что пришел навестить Олега Ивановича Линника. Она сразу поняла, что я здесь ради интервью.

Проводили в комнату, где меня встретил звон орденов и медалей.

Олег Иванович был в хорошем расположении духа, и мы начали наш разговор.

– Все потихоньку, торопиться куда сейчас? Никуда не тороплюсь. Мне китайские друзья так сказали: «Надо жить до ста лет», вот я хочу до 100 лет протянуть. Ну я, может быть, еще прихвачу побольше (смеется). 92 будет в сентябре, значит 8 лет еще – ерунда, как-нибудь протянем. 15 лет мне было, когда я оказался в госпитале. Видел, как умирали молодые ребята, оставались без ног, без рук. Видел и обещал им, что отомщу. Когда меня с госпи-

таля выписали, 3 мая 1943 года я попал в город Молотов (Пермская область).

Меня милиция забрала, я показал документы, что в госпитале был. Хотели устроить в ремесленное училище. Но я сказал, что дал людям слово, что буду за них мстить, и убежал оттуда. Пришел в военкомат ночью и до утра ждал военкома. Утром мы договорились, что мне пару лет добавят, и я попаду на фронт. Добавили два года, и я попал в город Кунгур, между Молотовым и Свердловском. Попал в 374-й запасной стрелковый полк, 3 ме-



Линник Олег Иванович, в центре, в период службы на флоте.



сца там пробыл вместе с ребятами уральскими. Там я быстро освоил технику, и меня включили в маршевую роту из 300 человек, таких рот там было 3.

После нас отправили под Курск, там мы пробыли 26 дней. В то время там шли бои танковые, там дуга была, вот мы ждали, пока немцы прорвут фронт, и тогда бы мы их встретили. Но фронт не прорвали, немцы отступили на запад, а нас перевели под Орел, где-то в 50 километрах. Там я попал в танковый корпус, в разведвзвод. Но в разведку не ходили, мы были как десантники на танках. Нас на них сажали – и вперед. Мы были под Орлом до 7 ноября.

7 ноября ночью нас подняли по тревоге, и мы пешком выдвинулись в Орел. За 3 дня нас погрузили танки, и потом повезли на запад, в сторону Киева, а Киев уже был освобожден.

Нас повезли через Бабий Яр на запад. Когда мы проезжали, увидели людей, женщин, которые ковырялись в земле. Наш командир тогда сказал, что это люди, которые ищут своих родственников, расстрелянных немцами. После этого мы сразу поплы в бой и начали освобождать Украину. Под Житомиром я получил ранение.

Сестра моя в это время жила в Акмолинске, документы прислала, что я 1928 года рождения. Меня, значит, вызвали в строевое отделение, и полковник сказал: «Дорогой, ты подлечись, мы тебя в тыл отправим, будешь восста-

вливать народное хозяйство». 15 дней еще лечился, и меня в Киев подвезли на машине попутной, оттуда поехал в Краснодар, там жила моя мама... Оказалось, что мать уже год как умерла.

Там я познакомился с капитаном 3-го ранга Александром

Ивановичем Тарасовым, я с его сыном учился вместе, а немцы задушили его жену и сына в газовой камере. Немцы во время оккупации ездили на машинах с газовыми камерами, их называли душегубками. В такую попала семья капитана. Я ему





рассказал, что мать умерла, и я остался один. Он мне говорит: «Я из тебя моряка сделаю». Ну я согласился.

После Краснодара мы попали под Днепр, в город Херсон, через Крымский полуостров. Там Александр Иванович определил меня, как сына, в Херсонскую школу ЮМП, где я проучился 3 месяца. После пришла телеграмма с поручением подготовить 30 кочегаров на флот. Нас туда и отправили, где я пробыл 1,5 года. Мы обеспечивали Дунайскую флотилию всем необходимым.

Потом мы вернулись в Одессу, и на этом для нас война закончилась.

На флоте я заработал воспаление легких, и меня отправили в Одесский морской госпиталь. После этого меня списали как больного. Я получил в Одессе свою медаль «За Победу!».

Затем я приехал в Акмолинск к сестре. Мог вернуться на флот, но когда я приехал сюда, уехать обратно уже просто не мог...

Люди в Казахстане добрые. Был случай, когда я вернулся,

мне нужно было в пригород, а денег – ни копейки. Ко мне подошел парень местный и дал денег, которыми я и оплатил проезд. Молодой казах, который меня не знал, дал мне рубль...

В 1948 году меня призвали в армию на действительную службу, нас 70 человек собрали и отправили на станцию Саяк, где была воинская часть. На тот момент Китай воевал с Японией уже 14 лет. Тогда Сталин организовал помощь Китаю, чтобы освободить Манчжурию. Там мы провели 6 месяцев, помогли местным.

После Манчжурии нас вернули в Самарканд дослуживать, и тут я получил звание сержанта. В 1950 году меня рекомендовали в отдел контрразведки командиром охраны, отсюда и демобилизовался.

В 2015 году нашли списки тех, кто воевал в Манчжурии, и пригласили все 70 человек в Китайскую Народную Республику, где вручили китайский орден. К сожалению, на это мероприятие смогли поехать только два человека. Не знаю, может кто-то не захотел поехать, а многих уже в живых не осталось... В общем, полетели

только вдвоем с полковником. Там нам и вручили ордена.

Когда мы уезжали, нам дали два письма, где пожелали дожить до 100 лет.

Побывав там, я понял, насколько изменился Китай за это время. Мы были в Урумчи в 1949 году – деревня! А сейчас совсем по-другому. В 1949 году там не было электричества, и для освещения использовались карбидные лампы. Китайцы очень дружелюбны, у меня сохранился флажок китайский – «Дружба народов».

Чего бы я хотел пожелать молодежи?

Я бы хотел, чтобы молодые наши забыли о наркотиках, берегли стариков своих, чтобы развивали аулы. Я вижу сейчас, что все уезжают из аула! А зачем? Там ведь столько работы! Вообще, самый тяжелый труд на селе – женский. А мужчины, которые отсюда уезжают, должны помогать своим семьям. Там учителя нужны, врачи. Село нужно поднимать, создавать там условия. Вот что я хочу сказать нынешнему поколению. Хлеб на асфальте не растет!



# О ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЕ И ГОСПИТАЛЕ ДЛЯ ВETERАНОВ

ЖАНДАРБЕК МЭЛИБЕКОВ, автор Государственного герба Республики Казахстан

Автор этих строк родился в самый разгар войны, в 1942 году, на территории Жанакорганского района Кызылординской области в семье железнодорожника Андабаева Малибека. Был свидетелем тяжелых послевоенных лет и поэтому знает цену Победы.

В детстве я остался без матери и практически не видел материнской ласки. А когда надо было готовиться и сдавать выпускные экзамены и поступать дальше в вуз, остался и без отца. В результате долгих мытарств и скитаний я поступил и окончил Ташкентский политехнический институт (в то время назывался СазПИ – Среднеазиатский политехнический институт).

Годы учебы были для меня также очередным жизненным испытанием. Надеяться мне было не на кого. Однажды я остался без питания и целый месяц «кормился» одним чаем. Подрабатывал в бригаде строителей-греков, бывших военноофицеров. В то время студентов-очников обязывали подрабатывать в строительных организациях Ташкента. Бригадиром у нас был бывший полковник Сумилиди – очень добрый и человечный руководитель.

Однажды, окончательно обессилев, я упал со строительных лесов и некоторое время пролежал без сознания. Ребята-греки, узнав мою историю, сжалились надо мной: накормили и дали немного денег на покупку продуктов питания. Позднее жизнь наладилась, я стал хорошо учиться, выигрывал многие конкурсы



молодых архитекторов СССР, подрабатывал также университетским фотографом. Позднее почти 40 лет работал в Узбекистане. По моим эскизным проектам было построено более 100 различных объектов. К примеру, одними из первых мы построили в Самарканде высотное здание, которое способно выдержать 9-балльное землетрясение. Здесь же по моему проекту построены Музыкально-драматический театр и здание посольства РК. Мы подготовили градостроительные концепции таких городов, как Коканд, Фергана, Самарканд, Нукус, Ангрен...

Когда-то дал себе обещание изготвить эскизный проект мавзолея знаменитого верховного казахского бия – Толе, который узбеки называют Карлыгаш-би, и сдержал его.

В начале 2000-х годов переехал в Астану. Здесь спроектировал более 20 крупных объектов. К примеру, принял участие в разработке технико-экономического обоснования Института нейрохирургии, в формировании эскизного проекта мечети «Нур Астана», учебных корпусов Евразийского университета и т. д. Сегодня работаю в ЕНУ им. Л. Н. Гумилева, ру-

ковожу экспериментальной группой студентов, прививая им дух этнической архитектуры, идею верного служения своей стране и народу на основе глубокого познания национальной истории, археологии, мифов, легенд и преданий Великой степи...

В 1992 году мне посчастливилось выиграть конкурс на самый лучший проект герба суверенного Казахстана, тогда документы подали 293 конкурсанта. Мой оказался самым лучшим. Государственный герб точно и верно передает многочисленную традицию нашей государственности, идею толерантности и межнационального согласия, гостеприимства и сострадания, богатейшую духовную и материальную культуру, идею вечности нашей страны.

Каждый элемент герба имеет глубокий смысл и назначение. К примеру, шанырак означает наш общий дом – Республику Казахстан, где переплелись судьбы представителей более 100 народов, объединенные вокруг титульной нации, давшей название нашей республике. Юрта как основной элемент герба также представляет и олицетворяет собой древнейшее жилище наших предков, где обрело приют огромное количество людей в самые трудные и трагические дни

массовых ссылок, политических репрессий и войны.

Как известно, во время войны в Казахстан было эвакуировано почти 3 миллиона человек с европейской части СССР. Они нашли здесь приют и кров. Здесь работали почти 220 заводов и фабрик, также перемещенных отсюда. Все они давали нужную фронту военную продукцию, приближая общую победу...

Отходящие от шанырака ульки как раз и создают образ представителей различных народов, работающих сегодня во благо процветания нашей общей Родины, поддерживающих мир и согласие в стране. А звезда, расположенная на самом верху герба, подчеркивает нашу особую и неповторимую миссию в этом мире.

Я на протяжении почти 10 лет поддерживаю тесную связь с этим уникальным медицинским заведением – госпиталем для ветеранов. Периодически получаю здесь качественное лечение. Мне нравится коллектив врачей и медсестер, которые очень тепло, по-особенному относятся к своим пациентам. Здесь чувствуешь себя как в лучших курортах или санаториях, можно получить лечение пчелами и шиявками, в фитобочках и пантовых ваннах, иглоукалывание и электрофо-

рез... Здесь же можно пройти все виды обследования УЗИ, а также получить хороший курс лечения. Здесь хорошая библиотека и кинозал...

То, что коллектив госпиталя решил издавать свой журнал, считаю очень хорошим шагом. Нужно не только пропагандировать работу госпиталя и делиться опытом, но и показывать каждодневный труд рядовых медсестер и врачей. Они очень хорошо проявили себя в годы войны, спасая жизни раненых фронтовиков и поднимая их на ноги в послевоенное время. И сегодня здесь уже лечат и ветеранов афганской войны, чернобыльцев и тех, кто пострадал на Семипалатинском ядерном полигоне.

Являясь членом Научно-методического совета госпиталя, с каждым годом вижу заметное улучшение работы коллектива, и в дальнейшем желаю им всего самого наилучшего и новых свершений. Со своей стороны готов приложить максимум усилий, чтобы сделать его еще лучше – насколько я знаю, руководством госпиталя планируется строительство новых пристроек...

Накануне дня Победы всех поздравляю с великим праздником! Подвиг наших отцов и братьев никогда не будет забыт!



# Помним и гордимся!

**Я считаю своего деда героем. Как и всех тех, кто воевал и спас нас от коричневой фашистской чумы. Независимо от наград и почестей. Независимо от регалий и званий.**

БЕКЕНОВ Р.С., врач хирург-уролог высшей категории госпиталя

Мой дед Кадан Бекенов был очень хорошим человеком — справедливым, искренним и душевным. Дедушка заменил мне отца. Вспоминая свое детство, я осознаю, что оно было ярким, чудесным, добрым во многом благодаря ему! Светлые мгновения, которые сложно описать и передать словами.

Он прошел всю войну, потерял отца, братьев, друзей и товарищей. Вернувшись с фронта, поднимал с руин народное хозяйство нашей родины. Он прожил хорошо, честную жизнь, вырастил славных детей, внуков и правнуков, и умер от старости в преклонном возрасте.

Когда просматриваю фотографии с семейных праздников, где запечатлены наши радостные дни, полные оптимизма и счастья, понимаю, как сильного его сейчас нам не хватает.

Раньше 9 Мая мы все собирались дома у дедушки с бабушкой. После парада накрывался стол. А мы, радостные, приходили с подарками и букетами цветов, встречая дедушку с песней «День Победы»!

Теперь в этот день мы едем на кладбище, чтобы положить цветы на его могилу...

Он любил смотреть новости вечером по телевизору, и так смешно сердился, когда мама или бабушка включали кинофильм или же галдели в комнате, мешая послушать важные события в мире. Он вел свои записи в дневнике, где синхронизировал важные даты: исторические, политические, экономические и семейные события.

Дед всегда ходил в костюме и шляпе, как галантный кавалер. Немного сторбленной, но очень



живой и быстрой походкой, он любил гулять по улицам. Я очень радовался, когда случайно встречал его в городе, или когда он заходил ко мне на работу после очередного заседания Совета ветеранов в акимате. В руках у него всегда была свежая газета.

Его внимание очень много значило для меня. Он всегда распра-

шивал о правнуках, интересовался моей работой, с удовольствием выслушивал мои рассказы о том, как лечим фронтовиков, как готовимся чествовать ветеранов в праздничные дни, посвященные Дню Победы.

Вечная память тебе, мой дорогой, любимый ата.

Я помню! Я горжусь!

# Отан үшін, ел үшін!

**Өткен ғасырдың оқиғалары, тарихтан, жылдар қосылған сайын, алыстап барады. Соғыс дегеніміз не? 9-шы мамыр мерекесі несімен маңызды? Соғыстың сұрапыл жылдарына тап болған адамдардың балалық шағы, нені басынан өткізді? Біз соғыс пен оның батырларын ешқашан есімізден шығармауымыз керек. Олар қандай болды, бостандық пен тәуелсіздікті қорғаған, фашистік обаны жойған адамдар?**

**ДАРИНА ИСАКОВА**, Нұр-Сұлтан қаласының №1 мектеп-лицейінің 7-ші сынып оқушысы. Ұлы Жеңіс 75 жылдығына анаған «Ерлік - елге мұра, ұрпаққа үлгі» республикалық эссе байқауының жеңімпазы.



Өткен ғасырдың оқиғалары, тарихтан, жылдар қосылған сайын, алыстап барады. Соғыс дегеніміз не..., 9-шы мамыр мерекесі несімен маңызды? Соғыстың сұрапыл жылдарына тап болған адамдардың балалық шағы, нені басынан өткізді? Біз соғыс пен оның батырларын ешқашан есімізден шығармауымыз керек. Олар қандай болды, бостандық пен тәуелсіздікті қорғаған, фашистік обаны жойған адамдар?

Ұлы Отан соғысы туралы естелік, әр адамға ұмытылмас қасиеттерінің бірі. Осы соғыстың оқиғалары өткеніне қаншалықты алыс болса да, біз үшін сол күндер, естеліктер, құжаттар мен өсиет, неғұрлым қымбат болады. Қорқыныш, қайғы, өлім. Соғыстан кейінгі жылдары, майдан даласында, жақындарын жоғалтпаған бірде-бір отбасы қалмаған.

Біздің елімізге қорқыныш сынақтар, кенеттен басымызға түсті. Соғыс, қарттар мен балаларды да аямады. Барлық адамзат күштері жаумен күресуге жіберілді. Қоршалған қалаларда, аштық пен суықтан өлім көптеген адамдардың өмірін алып кетті. «Соғыс», сөзі кез-келген

адамның жүрегінде қорқынышты оятады, өйткені, бұл өте ауыр, қайғылы-қасіретті жағдай. Осы қорқынышты уақыттың, әсерін тигізбеген, бірде-бір отбасы қалмады. Еңбек ете алатын әйелдер мен балалар, зауыттарда, тамақ пен ұйқысыз жұмыс істеуге бар күштерін салды. Жеңіске жету үшін, тылдың қолдауынсыз мүмкін болмас еді. Соғыс кезінде қарапайым жұмысшылар күн сайын ұрандатып: «Бәрі де майдан үшін! Барлығы жеңіс үшін!».

Қазақ халқының Ұлы Отан соғысындағы ерліктері, оның ғасырлар бойын тамырын, қойнауынан алынып отырған, Бауыржан Момышұлы, Талғат Бегелдинов, Нүркен Әбдіров, Төлеген Тоқтаровтың, ержүрек жауынгер Әлия мен Мәншүк қыздарының, өлмес ерліктерімен, Кеңес Одағының Батыры атағына, 500-ден астам қазақстандықтар ие болды.

Мен, Ұлы Жеңіске жеткен сарбаздар мен офицерлердің ерлігі туралы, бірнеше рет естідім. Қарапайым қазақ жігіттері мектептен кейін және жедел әскери курстардан өткеннен кейін, майданға аттанды. Абыроймен соғысып, бүкіл халықтың

қаһарманына айналған — Рақымжан Қошқарбаев.

Рейхстаг үстіндегі жеңісті, қазақ офицері Рақымжан Қошқарбаев орнатқан. Барлық кеңестік ресми ақпарат көздерінде, ресми ереже басым болды, тек Егоров пен Кантария Рейхстагтың үстіне Жеңіс туын тіккен адамдар деп танылды.

Кішіпейіл Рақымжан өзінің батыл ерлігі туралы, рейхстагтың фашистік Германияның жүрегі саналатын, Рейхстагтың қасбетін көтеру туралы айтқанды ұнатпады. Сондықтан, 1958-ші жылдарға дейін оның өз жеріндегі жасаған ерлігі туралы аз білетін...

Рақымжан Қошқарбаев 1924 жылы қазанда Ақмола облысы, Целиноград ауданы, Қырыққұдық ауылында, қазіргі астанамыз Нұр-Сұлтанның жағасында дүниеге келді. Төрт жасында Рақымжан анасынан айырылып қалды, ал 1937 жылы әкесі Қошқарбай «бай ұрпағынан шыққанын жасырған» ретінде қуғын-сүргінге ұшырап, Сталиндік лагеріне жер аударылды. Жанашыр жандардың көмегімен 13 жастағы бала, сол ауданда, Тайтөбе ауылында орналасқан балалар үйіне алынды. Напар тамақтануы, өте



Солдан оңға қарай: Г.Булатов, Р. Қошқарбаев, Ж. Жанаев.  
Дереккөз: <https://e-history.kz/ru/publications/view/5183>

қарапайымдылық күтімі, балалар үйіндегі қатаң тәртіптілігі - осының бәріне қарамастан, Рахымжанды командада өмір сүруге үйретті және оның мінезінің жақсы жақтарын ерте көрсетуге де, маңызды рөлін атқарды. Рахымжан құрдастарының арасында көпбасшылық қасиеттерін көрсете бастайды. Мұғалімдер, оның орыс тілін жақсы меңгергендігін ескеріп, оны сыныптастарының артынан тағайындап, сол тілді меңгеруге көштеген үлесін қосты. Үнемі, ұқыпты киінетін Рахымжан бірден, бірнеше спорт түрімен айналысты. Сондай-ақ, ол мектеп оркестрінде жиі домбыра мен мандолинде ойнайтын.

Тайтобе балалар үйінде 7-сыныпты бітіргеннен кейін, Рахымжан Балқаштың шетіндегі Набережный ауылындағы зауыттық мектепке түседі. Зауыттық мектеп студенттерді жұмысшы мамандықтарымен қатар, дене шынықтыру және әуесқойлық қойылымдарға да тартылатын. Балқашта оқып жүрген кезінде, Рахымжанның төтенше жағдайға байланысты, кез-келген адамға көмекке келуге дайын екендігін көрсететін оқиға болды. Қыстың кезі, балалар қатып қалған көлдің мұзына ақырын коньки теуіп жүрді, сол кезде бір қыз әлсіз мұздың астына түсіп, бата бастады. Рахымжан еш ойланбастан,

суға секіріп, қатты суыққа қарамай, әлгі қызды, мұздан құтқарды.

Он алты жасында Рахымжан фабрика-зауаттық мектебін бітіріп, туған ауылына, орта білім туралы, куәлігімен оралды. Рахымжан Қоспы ауылында сабақ бере бастады. Бірақ оның тәлімгерлік жұмысы ұзақ болмады: өйткені, сол жылы Ұлы Отан соғысы басталды. Соғыс басталған кезде Рахымжан он жетіде. Әскери жасқа толмаған, ол соған қарамастан өтініш жазып майданға жіберуді өтінді. 1942 жылы тамызда, оның 18 жасқа толуына екі ай қалғанда, жігіттің өтініші ақыры орындалды. Қайратты, физикалық тұрғыда дамыған, қайсарлы Қошқарбаев майданға асықты. Алайда, жас жауынгерді, Тамбов атындағы жалпы жаяу әскер мектебіне жіберілді. 1944 жылдың қазан айында Рахымжан колледжді үздік бітіріп, кіші лейтенант атағымен майданға аттанды.

Кіші лейтенант Р.Қошқарбаев генерал-майор С.Н. Переверткиннің басқаруымен 79-шы атқыштар корпусында қызмет етті. Кейінірек осы нақты корпусның байланыстары Берлинге алғашқылардың бірі болып кіріп Рейхстагты алды. Рахымжан 150-ші атқыштар дивизиясында генерал-майор В.М.Шатиловтың басқаруымен пайқасты. Дивизияның командирі

Василий Митрофанович Шатилов Совет Одағының Батыры атағын алған, Рейхстагқа шабуылды басқарғаны үшін құрметті адам, ол Рахымжанды ержүрек офицер ретінде бағалап, соғыстан кейінгі жылдары Қошқарбаевқа Батыр атағын беру туралы барлық өтініштерін қолдады. Р.Қошқарбаев 674-ші атқыштар полкінің 1-ші батальоны құрамында взвод командирі болды.

Америка Құрама Штаттары мен Ұлыбритания армиясының басшылығымен одақтас күштер үшінші рейхтің батыс шекараларына нық қадам басты. Тез орындалған Висла-Одер операциясы Кеңес әскерлерін Берлиннің шығыс жақтарына әкелді. Әр басылған қадам, ең алдымен Берлинге кіруге асығады. Берлиннің кілтін бірінші болып алу, Германияның ғана емес, сонымен бірге, бүкіл Шығыс Еуропаның саяси таңдау мен дамуының ең маңызды шешуші фактордың бірі. 1945 жылғы 16 сәуірде, Екінші дүниежүзілік соғыс тарихындағы, ең қанды кезең басталды. Берлин операциясы кезінде, Рейхстагтың үстіне Жеңіс Туын орнатылуы керек болды. Тағдыр, Рахымжанға түбегейлі таңдау жасау үшін, мұқият қарап тұрғандай. Рахымжанға қоңырау шалған, батальон командирі Давыдов, Рейхстагтың үстіне баннерді көтеру мақсатында жіберілген бірінші топты, басқаруды ұсынды. Өз өзіне әрқашанда сенімділік танытатын, Рахымжан, еш ойланбастан келісті. Рахымжан, қауіпсіздігі үшін, қағазға оралған Кумач туын жасырып, оны сыртынан белбеуімен байлады. Көнигсплацта нағыз тозақ басталды.

Оған іргелес ғимараттарда 5000-ға жуық іріктелген эссесовтар, Рейхстагтың 1000-нан астам қорғаушысы болды. Алдымен Рейхстагқа жеткенде, Қошқарбаев Булатовты иығына көтеріп, Рейхстагқа кіре берістегі екінші қабаттың терезесіне жеңіс туын орнатты. 150-ші атқыштар дивизиясының

журналында: «Лейтенант Қошқарбаев пен барлаушы офицер Булатов пен кпгнің қызыл туын бірінші болып көтеріп, 30.4.45-те сағат 14.25-те Рейхстагтың негізгі орталық кіреберіс батыс жағына қондырды» - деп айтылған.

Рақымжан Қошқарбаев, нағыз азаматқа лайық, тамаша өмір сүрді. Ол қайтыс болғаннан кейін көп ұзамай, еліміз тәуелсіздік алды. Қазақ халқы, ұлттың жаңғыру жолына түсті. Тарихи әділеттілікті қалпына келтіру мақсатында, мемлекет басшысы Нұрсұлтан Әбішұлы Назарбаев, 1999 жылғы 7 мамырдағы өзінің Жарлығымен, Рақымжан Қошқарбаевқа «Халық қаһарманы» атағы берілді. Осы құжаттың уәжді бөлігінде «жеңіс туын көтеру» анықтамасы, батырдың, өшпес ерлігі үшін құрмет көрсеткені, бекітілген. Ұлы Отан соғысының ардагерлерімен кездесулерінің бірінде, мемлекет басшысы: «Біз жеңімпаз әкелердің, балаларымыз, қазақстандықтар, қазіргі және болашақ ұрпағымыз, әрдайым есте сақтап және оларды мақтан тұту керек!».

Қорытындылай келе, соғыс кезінде жиырма миллионнан астам адам қайтыс болды деп айтқым келеді. Тағы бір соғысқа жол беруге болмайды; осындай қиын жеңістің арқасында, қандай бағамен жеткенімізге, есіңізде сақтаңыз! Менің, осындай ауыр кезеңдерді, ұмытып кетуіме, еш құқығым жоқ деп санаймын. Біз тарихты ұмытпауымыз керек! Қаһармандарымыздың ерліктерін, ұмытпауымыз керек! Ұлы Отан соғысы, Кеңес халқының қайсарлығы мен батылдығын дәлелдеді. Біз, бақытты болашаққа жету үшін, миллиондаған адамдар қайтыс болды. Жеңіске деген үлкен үміттері, өмірлерін аямай, Отанымызды фашистерден құтқарды. Біз, Ұлы Отан соғысының ардагерлеріне, бас иеміз және адамзат тарихындағы ең қанды соғыста, өз Отанымыздың бостандығын, абыройы мен тәуелсіздігін қорғаған адамдардың, өлмес естелігін, қасиетті түрде құрметтейміз!



«Воин Родины» газетінің 1945 жылғы 3 мамырдағы жазбасы және «Фронтвик» газетінің 1945 жылғы Р. Қошқарбаев туралы мақаласы.



# Международные тенденции развития здравоохранения в практике госпиталя ветеранов

**Некоммерческая организация по экономике здравоохранения, научным и практическим исследованиям результатов здравоохранения (HEOR) определила топ-10 тенденций на 2020 год, который был обсужден на конгрессе The International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) в Дании в ноябре 2019 года. Топ-10 тенденций будет формировать основные затраты в здравоохранении всего мира в ближайшем будущем.**

**Н.С.АХМАДЬЯР**, доктор медицинских наук, врач клинической фармаколог высшей категории, независимый эксперт МЗ РК, заведующая кафедрой Клиническая фармакология НАО «Медицинский университет Астана»

**Д.А.УРАЗАЛИНА**, врач-терапевт-эксперт, магистр делового администрирования (MBA), отличник здравоохранения РК, директор РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК

**С.С.ИДРИСОВА** экономист, юрист, магистр делового администрирования (MBA), заместитель директора по стратегическому развитию и экономике РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК

На основании опроса, проведенного членами общества ISPOR, топ-10 тенденций выглядит следующим образом:

- 1) фактические данные;
- 2) цены на лекарства;
- 3) новые лечебные терапии;
- 4) общие расходы на здравоохранение;
- 5) универсальное покрытие расходов на здравоохранение – доступ и равенство;
- 6) альтернативные модели оплаты на основе стоимости;
- 7) прозрачность цен;
- 8) цифровые технологии;
- 9) старение населения;
- 10) точная медицина.

ISPOR является организацией, в состав которой входят самые разные заинтересованные стороны в области здравоохранения. Членами общества являются врачи разных специальностей, фармацевты, экономисты, организаторы здравоохранения, эпидемиологи, медицинские сестры, потребители медицинских услуг, научно-исследовательские организации, занимающиеся фармакоэкономическим анализом. ISPOR имеет более 20 000 активных членов в 110 странах

мира для распространения знаний и доведения научных инструментов ISPOR к каждой отдельной больнице. ISPOR тесно работает с правительственными структурами и представителями фармацевтической индустрии ([www.ispor.org](http://www.ispor.org)).

Главной целью ISPOR является решение задач практического здравоохранения с точки зрения фармакоэкономики, что позволяет рационально распределять ограниченные ресурсы, планировать деятельность с наименьшими затратами. Под эгидой общества издан глоссарий фармакоэкономических терминов – ISPOR LEXICON, выходит в свет большое количество руководств по фармакоэкономике, оценке качества жизни пациентов и исходов заболеваний. Бюллетень ISPOR News и журнал Value in Health – официальные периодические издания ISPOR. Ежегодно организация открывает множество образовательных курсов и школ для практических работников здравоохранения и исследователей, один раз в год проводит Международный и Европейский конгрессы по фармакоэкономике.

В очередном ежегодном, 21-м Европейском конгрессе ISPOR (2–6 ноября 2019 года, Копенгаген, Дания) в числе 5 500 делегатов из разных стран мира принимала участие клинический фармаколог РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» (госпиталь ветеранов), заведующая кафедрой «Клиническая фармакология» доктор медицинских наук Н.С. Ахмадьяр.

Госпиталь ветеранов, являясь клинической базой кафедры «Клиническая фармакология» НАО «Медицинский университет Астана», использует образовательную деятельность и пропаганду фармакоэкономических знаний ISPOR в повышении качества образования в области фармакоэкономики и практического использования результатов.

Конгрессы по фармакоэкономике способствуют продвижению экономики здравоохранения и результатов исследований передового опыта для улучшения процесса принятия решений для здоровья во всем мире. Таким образом, лица, принимающие решения в различных геогра-



фических регионах и секторах здравоохранения, в течение 5 дней представляют собой единую команду, где каждый может открыто делиться своим опытом, обсуждать результаты последних исследований в области медико-санитарной помощи.

Вершину списка тенденций на 2020 год занимают вопросы, составляющие влияние реальных или фактических данных. Другие темы, оставшиеся в списке с 2019 года – это цены на лекарства, прозрачность цен на товары медицинского назначения и услуги, универсальное здоровье, здравоохранение для стареющего населения и персонализированная (точная) медицина. В список на 2020 год внесены доступность новых методов лечения (за пределами общих вопросов ценообразования на лекарства); общие расходы на здравоохранение (отделено от общих вопросов «ценообразования»); на основе значений альтернативные модели оплаты за терапию; цифровая технология.

Госпиталь ветеранов имеет специфику, так как средний возраст пациентов в 2019 году составил 66,4 года. Эти данные подпадают под 9-ю тенденцию мирового здравоохранения в 2020 году – старение населения. Глобальная демографическая тенденция старения населения свидетельствует о том, что эта проблема будет иметь долгосрочный характер на оказание медицинской помощи и приведет к значительным расходам в мире и, в частности, в госпитале ветеранов.

Миссией госпиталя ветеранов является сохранение здоровья и улучшение качества жизни. Медицинские работники госпиталя ветеранов решают вышперечисленные проблемы и определяют подходы для улучшения качества медицинской помощи ветеранам и инвалидам Отечественной войны, воинам-«афганцам», чернобыльцам. В 2020 году госпиталь ветеранов стал оказывать медицинскую помощь в восстановительном лечении и реабилитации своих

пациентов и развитии направления исследований в гериатрии.

По данным ВОЗ, к 2020 году доля мирового населения старше 60 лет почти удвоится с 12% до 22%, а количество людей в возрасте 60 лет и старше будет превосходить по численности детей младше 5 лет. Пока этот вопрос старения населения начался в странах с высоким уровнем дохода, но к 2050 году 80% пожилых людей будут жить в странах с низким и средним уровнем дохода.

Журнал The Economist определил 2020 год как начало десятилетия the Youngold/«Молодой старику» – термин, который японцы используют для людей в возрасте между 65 и 75 годами. В статье отмечается, что данное поколение более многочисленное, здоровое и более богатое, чем предыдущее поколение пожилых людей, но требующее решительных изменений в расходах на здравоохранение.

По мере старения населения расходы на здравоохранение возрастают. Япония как мировой лидер в «старении» (определяется как нация, где по крайней мере 21% его граждан в возрасте 65 лет или старше) вынуждена развивать инновационные подходы к решению данной проблемы, так как 28% японцев уже старше 60 лет, и правительство в 2018 году на их лечение потратило 138 миллиардов долларов (или 15% от общих расходов).

Стареющее население влияет на людей, принимающих решения в здравоохранении с целью удовлетворения их потребностей. Например, цифровое здравоохранение считается ключевым драйвером для сдерживания расходов на пожилых пациентов. Казахстан, как и Япония, поощряет цифровые стартапы, которые помогут обеспечить пожилым людям получить доступ к медицинским консультациям, и прилагает больше усилий для использования робототехники, датчиков и передовых информационных и коммуникационных

технологий, услуг по созданию систем мониторинга пациентов для минимизирования человеческого и финансового бремени. В Казахстане по примеру Японии приложены усилия по переносу бумажных записей в цифровые системы для передачи этих данных в инструменты для аналитики искусственным интеллектом для лучшего и экономически эффективного ухода за пожилыми пациентами.

Тенденция старения населения приводит к увеличению расходов на здравоохранение, требует увеличения количества медицинских работников и лиц, осуществляющих уход за пациентами во всем мире. Возлагается большая надежда на потенциал цифрового здравоохранения для решения многих из этих задач, таких как онлайн-заказ и своевременная доставка лекарственных препаратов, мониторинг приема и их рациональное назначение.

Активно вводятся цифровые технологии на базе платформы здравоохранения Республики Казахстан, а также при диагностических исследованиях, инновационных технологиях в лечении, также вводится персонализированный учет лекарственных средств и ИМН. В целях фармакоэкономики и для введения персонализированного учета организован в 2019 году отдел госпитальной фармации (ОГФ), через который централизованно ведется использование, назначение и контроль лекарственных средств пациентам госпиталя ветеранов. Создание ОГФ обеспечило централизацию учета и контроля расходования лекарственных средств, ИМН и их персонализированного учета. Также на сокращение расходов в текущем году оказали влияние пересмотр и сокращение перечня в лекарственном формуляре госпиталя ветеранов.

Госпиталь ветеранов прикладывает все усилия для улучшения качества жизни пациентов, создавая условия оказания им своевременной и качественной медицинской помощи.

## Коморбидные состояния у пациентов, подвергшихся ионизирующему излучению, и ветеранов войн: когортное проспективное и ретроспективное исследование

**САРКУЛОВА С.М.** - доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней №3 НАО «Медицинский университет Астана», кардиолог высшей категории.

**АБАЙ Г.А.** - ассистент кафедры внутренних болезней №3 НАО «Медицинский университет Астана», терапевт высшей категории, врач ординатор соматического отделения госпиталя.

**УРАЗАЛИНА Д.А.** - врач-терапевт-эксперт, организатор здравоохранения, магистр делового администрирования (МВА).

**ШАХМЕТОВ С.С.** - врач анестезиолог-реаниматолог, организатор здравоохранения высшей категории.

**ИДРИСОВА С.С.** - экономист, юрист, магистр делового администрирования (МВА)

Нарастание множественных заболеваний с возрастом, понятие коморбидности широко обсуждаются в литературе, что прежде всего связано с демографической ситуацией во многих странах. Эта проблема затрагивает в большей степени кардиологических больных вследствие высокой распространенности заболеваний сердечно-сосудистой системы и их патофизиологической ассоциацией с поражением различных органов [1,2,3]. В настоящее время актуальность данной проблемы представлена, с одной стороны, увеличением количества коморбидных пациентов, с другой – нарастанием суммарного индекса коморбидности у отдельно взятого пациента. В конечном итоге наличие коморбидных состояний и высокого кардиоваскулярного риска препятствует проведению реабилитации в необходимом объеме, сопровождается полипрагмазией, увеличением продолжительности госпитализаций, частоты осложнений, инвалидности и смертности [2,4,5]. Нарастанию коморбидности с возрастом, отражающему прежде всего инволюционные процессы в организме, посвящено множество исследований и публикаций [2,3,4]. Среди факторов, влияющих на коморбидность, чаще всего кроме возрастных – инволюционных указываются: генетические, социальные, инфекционные, ятрогенные и др. Однако проблема коморбидности у лиц, подвергшихся ионизированному излучению (ИИ), ветеранов афганской войны и участников других локальных военных конфликтов (Венгрия, Чехословакия), до настоящего времени мало изучена. Эта проблема приобретает особую актуальность сейчас, когда участники военных конфликтов, ликвидаторы аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС), военнослужащие армии, находившиеся непосредственно на Семипалатинском ядерном полигоне (СЯП), а также лица, проживавшие в близлежащих территориях во время ядерных испытаний, входят в более старшую возрастную категорию. Следовательно, инволюционные процессы, помимо факторов, связанных с особыми условиями у этой когорты больных, естественным образом находят отражение в системных нарушениях организма. С момента аварии на ЧАЭС прошло 34 года, после афганских событий – 31 год и закрытия Семипалатинского полигона – 29 лет. Большинство клинических работ, посвященных исследованиям состояния здоровья участников этих трагических событий, были опубликованы в краткосрочный период – в первые десятилетия [6,7,8]. Но гораздо меньше

исследований этой проблемы в отдаленный период непосредственно у экспонированных лиц. В настоящее время основная масса работ посвящена изучению последствий ионизирующего излучения у последующих потомков, пострадавших на СЯП и ЧАЭС [9,10].

В Центральном клиническом госпитале ветеранов войн в г. Нур-Султане проходят стационарное лечение и реабилитацию ветераны ВОВ, воины-интернационалисты, ликвидаторы аварии на ЧАЭС, лица, подвергшиеся ионизированному излучению на Семипалатинском ядерном полигоне.

Цель исследования: анализ частоты заболеваемости и особенностей коморбидных состояний пациентов, подвергшихся ионизирующему излучению, ветеранов войн.

Материал и методы. Проведено когортное проспективное и ретроспективное исследование среди пациентов госпиталя, находившихся на стационарном лечении в период 2017–2019 гг. В исследование вошли 675 больных. Все пациенты при поступлении в стационар проходили комплексное обследование: ЭКГ, холтеровское суточное мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование АД (СМАД), ультразвуковое доплеровское исследование (УЗДГ) брахиоцефальных сосудов и артерий нижних конечностей, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, пикфлоуметрия; по показаниям: ФГДС, мультисекторальная КТ, МРТ, ЭЭГ. Инвазивные методы (по показаниям): КАГ, ЭФИ сердца; нагрузочные тесты – ВЭМ и 6-мин. ходьба. Лабораторные методы – биохимические: уровни билирубина, АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, креатинина, СКФ, мочевины, глюкозы, гормонов – ТТГ, свободного Т4; титр антител к тиреоглобулину (АТГ); гликемический профиль, гликированный гемоглобин, липидограмму (ОХС, ХСЛПНП, ХСЛПВП, ТГ), коагулограмму (МНО, ПТИ, АЧТВ) и др. Выполнялась оценка психоэмоционального состояния: частоты, характера и выраженности психоэмоциональных расстройств (тесты – СМОЛ [Зайцев В. П.]). Проведен анализ конвенциональных факторов риска (ФР): курение, прием алкоголя, повышение индекса массы тела (ИМТ), ожирение, нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), гиперхолестеринемия (ГХС), низкая физическая активность (НФА), гиперурикемия. За показатель ожирения принимался уровень ИМТ  $\geq 30,0$  кг/м<sup>2</sup>. Все исследования проводились с согласия пациентов и одобрены местным

этическим комитетом. Критериями исключения были: острый коронарный синдром, злокачественные новообразования, психические заболевания/расстройства. Цифровые данные обрабатывались с помощью методов вариационной статистики в программе «STATISTICA 6» и представлены в виде среднего значения (M), стандартное отклонение (SD), медианы (Me) и распространение по квартилям (25% и 75%). Статистическая значимость различий между группами определялась с помощью t-критерия Стьюдента,  $\chi^2$  Пирсона. За статистически значимый принимали уровень  $p < 0,05$ .

Результаты: анализ всей когорты пациентов, госпитализированных в терапевтическое отделение за исследуемый период, показал, что в структуре заболеваемости преобладали сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия (АГ) – у 375 (55,6%) и ИБС у 223 (33,0%) больных в виде стенокардии II–III ФК, перенесенного инфаркта миокарда, ишемической кардиомиопатии. На втором месте была цереброваскулярная патология – у 461 (68,3%), осложненная инсультом в 11,1% случаев и проявлявшаяся дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) II степени у 73,7%, III степени – у 26,3% больных. Обращает внимание довольно высокая распространенность эндокринной патологии в виде нарушения жирового и углеводного обмена. Ожирение, преимущественно висцеральное, имело место в 467 (69,2%) случаев, из них I степени в 61,8%, II степени – в 7,4%. Сопряженно с этим достаточно часто встречается сахарный диабет: СД 2-го типа наблюдался у 149 (22,1%), СД 1-го типа – у 26 (3,9%) обследуемых, при этом более чем у половины пациентов (56%) имело место нарушение толерантности к глюкозе. Относительно частоты наиболее распространенных конвенциональных факторов риска: курение, ожирение, НТГ, ГХС, низкая физическая активность, гиперурикемия была достаточно высокой. Среди них преобладали ожирение (67,7%), курение (67,7%), НТГ (63,0%), ГХС (28,7%).

Таким образом, анализ частоты заболеваемости в исследуемой когорте показал, что среди лиц, находившихся в особых условиях техногенной, экологической катастрофы, участников боевых действий в отдаленные периоды, структура заболеваемости имеет определенные особенности. Была установлена более высокая частота сердечно-сосудистых заболеваний – АГ и ИБС. Далее спектр заболеваемости у этой когорты пациентов существенно меняется. На первый план выходят цереброваскулярные заболевания в виде ДЭП, нередко осложненной инсультами, отмечается достаточно высокая частота эндокринной патологии: ожирение, сахарный диабет и патология щитовидной железы. Очевидно, что состояние сердечно-сосудистой, нервной системы у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, у лиц, пребывавших на ядерном полигоне, у ветеранов войн, определялось не только абсолютными значениями ионизирующего излучения, ранениями, контузиями, чрезвычайными сверхвысокими стрессовыми ситуациями в зоне военных действий, но и возрастом, конституциональными особенностями, образом жизни, наличием общих факторов риска. Для более детального анализа заболеваемости и клинической характеристики все исследуемые были разделены на три группы. В I группу были включены 152 пациента, получивших ионизирующее излучение (ИИ) во время службы на Семипалатинском полигоне, и лица,

проживавшие в близлежащих районах Семипалатинского полигона во время ядерных испытаний. Все мужчины, средний возраст – 61,8 8,04 года (25% – 56; 75% – 68). Во II группу вошли 246 пациентов – ликвидаторы последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА), все мужчины, средний возраст – 58,3 7,56 года (25% – 52; 75% – 63). III группу исследованных составили 277 пациентов – ветераны афганской войны (ВAB), все мужчины, средний возраст – 53,9 4,91 года (25% – 50; 75% – 56). При сравнительном анализе было установлено, что спектр частоты заболеваемости в исследуемых группах существенно различается. Среди пациентов, подвергшихся радиационному излучению на Семипалатинском полигоне (I группа) и на ЧАЭС (II группа), отмечалась исходно высокая частота АГ на развернутых стадиях – 2–3 степени (в 67,8% и 55,5% случаев), ИБС (у 40,8% и 33,3%). Исследованиями установлена также высокая частота распространенности сахарного диабета 2-го типа (23,7% и 18,3%). С этим фактором сопряжен и высокий уровень частоты ожирения. Ожирением I–II степени страдали 71,1% больных в I группе и 68,7% во II группе. В целом метаболический синдром, включая висцеральное ожирение, гиперхолестеринемию, СД 2-го типа/ НТГ, АГ, у части больных гиперурикемию, имел место в 21,1% в I группе и в 18,3% случаев во II группе. Особое внимание обращает частота патологии щитовидной железы у данной категории пациентов: в 21,7% и 22,3% случаев, причем чаще в виде узлового зоба (66,7%, 56,3%), диффузно-узловой зоб встречался гораздо реже (8,6%, 5,45%), кистозные образования были в 24,7% и 38,3% случаев. Данные наших исследований свидетельствуют о большой частоте поражения периферических сосудов: у 41,4% и 36,6% больных при обследовании был выявлен атеросклероз брахиоцефальных артерий, брюшной аорты, сосудов нижних конечностей, у ряда пациентов (у 5,3% и 4,5%) была клиническая симптоматика синдрома Рейно. В отличие от данной когорты, у пациентов III группы, ветеранов войн, сравнительно реже имели место мультифокальный атеросклероз (25,6%) с поражением брахиоцефальных сосудов, артерий нижних конечностей, а также значительно реже встречалась патология щитовидной железы (14,1%) в виде кистозно-узловых образований преимущественно с эутиреозом. Как указывалось выше, у лиц, подвергшихся ионизирующему излучению, была установлена высокая частота АГ. Наряду с этим наши исследования показали высокую частоту осложнений (19,1%) в виде острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), особенно в группе ликвидаторов аварии на ЧАЭС (23,2%). Особый интерес заслуживает тот факт, что у ряда пациентов инсульты развивались без АГ. Из вышеуказанного следует, что у данной категории больных, подвергшихся ИИ, в клинической картине существенное место занимали признаки цереброваскулярной патологии в виде ДЭП II степени, у части из них – III степени, психо-эмоциональных нарушений с астено-невротическим синдромом: быстрой утомляемостью, слабостью, нарушениями сна. Таким образом, в исследуемой когорте пациентов, подвергшихся ИИ, в структуре заболеваемости преобладала сосудистая патология с клиническими проявлениями АГ, цереброваскулярных заболеваний и поражениями периферических сосудов. Хотя среди пациентов III группы – ветеранов афганской войны, участников локальных

военных конфликтов – наиболее частыми заболеваниями также были сердечно-сосудистые заболевания: АГ (у 55,9%), ИБС (30,7%), превышая уровень популяционных показателей, но в клинической картине больных преобладали признаки цереброваскулярной патологии как следствие ранений и контузий, полученных во время военных действий и проявляющихся признаками ДЭП II–III степени, у части пациентов с выраженной неврологической симптоматикой вплоть до судорожного синдрома (у 7,2%), головокружениями, постоянными головными болями, шумом в голове; психоэмоциональными нарушениями: тревожно-депрессивным и неврастеническим синдромами, в ряде случаев психопатическими, агрессивными проявлениями. С учетом множества полисистемных поражений в исследуемой когорте нами была проанализирована коморбидность при наиболее часто встречающейся сердечно-сосудистой патологии. Исследовано 357 больных с ИБС, стенокардией II–III ФК

и перенесенным инфарктом миокарда (19,9%) в трех сравниваемых группах (Таблица 1).

В I группе пациентов с ИБС, получивших ИИ на Семипалатинском полигоне, наиболее часто встречались АГ (89,9%) и цереброваскулярная патология в виде ДЭП II–III степени (87,2%).

Примечание: ПИИ СП – подвергшиеся ионизирующему излучению на Семипалатинском полигоне; ЛПА ЧАЭС – ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС; ВИ – воины-интернационалисты.

Далее следуют метаболические нарушения: ожирение, преимущественно висцеральное (76,1%) и СД 2-го типа (26,6%), поражение опорно-двигательного аппарата – ОА (36,7%). Обращает внимание высокая частота поражения периферических сосудов – в 46,8% случаев и тиреопатии (24,8%), у четверти из них с повышением титра АТГ. Во II группе – у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, ИБС также наиболее часто ассоциировалась с АГ (93,2%) и

Таблица 1. Структура коморбидности у больных ИБС

Коморбидная патология	ПИИ СП		ЛПА ЧАЭС		ВИ		Всего, n=357		Оценка различий	
	I группа, n=109		II группа, n=117		III группа, n=131		n	%	x <sup>2</sup>	p-value
	n	%	n	%	n	%				
АГ	98	89.9%	109	93.2%	108	82.4%	315	88.2%	0.86	>0.10
ЦВБ	95	87.2%	98	83.8%	131	100%	324	90.6%	2.01	>0.10
ДЭП II стадии	93	85.3%	96	82.1%	103	76.8%	292	81.8%	0.33	>0.10
ДЭП III стадии	2	1.8%	2	1.7%	28	21.4%	32	9.0%	35.42	<0.001
Поражение периф. сосудов	51	46.8%	53	45.3%	35	26.7%	139	38.9%	8.08	<0.05
Ожирение	83	76.1%	83	70.9%	91	69.5%	257	72.0%	0.40	>0.10
СД 2 типа	29	26.6%	30	25.6%	24	18.3%	83	23.2%	2.18	>0.10
ОНМК	14	12.8%	20	17.1%	8	6.1%	42	11.8%	6.47	<0.05
Тиреопатии	27	4.8%	36	30.8%	16	12.2%	79	22.1%	10.11	<0.001
ОА	38	36.7%	33	28.3%	47	35.8%	126	35.3%	1.69	>0.10
Хр. панкреатит	15	13.7%	17	14.5%	11	8.4%	43	12.0%	2.32	>0.10
ХОБЛ	14	12.8%	13	11.1%	9	6.9%	36	10.1%	2.28	>0.10
НАБП	9	8.3%	10	8.5%	9	6.9%	28	7.8%	0.26	>0.10
ХБП	4	3.6%	2	1.7%	9	6.9%	15	4.2%	4.02	>0.10
прочие	23	21.1%	20	17.1%	14	10.7%	57	16.0%	4.17	>0.10

с ЦВБ в виде ДЭП (83,8%), поражениями периферических сосудов (45,3%), а также тиреопатиями (30,8%). Причем у одной трети из них (у 30,5%) выявляли повышенный титр АТГ. Далее по частоте синтропии в этой группе больных с ИБС следуют: ОА (28,2%), СД 2-го типа (25,6%). Анализ клинических наблюдений показал, что в рамках коморбидности у пациентов с ИБС – ветеранов войн (III группа) особое место занимают ЦВБ. В этой когорте они встречались в 100 % случаев – у всех больных была диагностирована ДЭП II–III степени (табл.1). Особенность коморбидности у ветеранов войн заключалась не только в высокой частоте поражения ЦНС как следствие ранений, контузий, но и в выраженности церебро-васкулярного синдрома: ДЭП III степени наблюдалась у 21,4%, нервно-психические

расстройства у 27,5%. АГ в этой группе заняла вторую позицию (82,4%). На третьем месте по частоте – ОА (35,8%), СД 2-го типа наблюдался у 18,3% пациентов. Обращает внимание высокая частота распространенности ожирения во всех трех группах больных: 76,1%, 70,9%, 69,5%. У ветеранов войн с ИБС частота тиреопатии составила 12,2%, поражения периферических сосудов – 23,7%, что достоверно ниже, чем в группах пациентов, подвергшихся радиационному излучению. Нами был проведен анализ степени коморбидности в исследуемых группах (рис.1).

В I группе – у пострадавших на Семипалатинском полигоне, наиболее часто (у 31,7%) коморбидность состояла из 4 заболеваний, далее идет по убывающей: по 5 болезням у 26%, по 6 – у 18,7%, 7 заболеваний и более

имели 12,2% пациентов. У ликвидаторов наиболее часто синтропия состояла из 5 заболеваний (у 33,8%), 27,3% из них имели по 6 патологий и у 20,7% пациентов отмечались 7 и более болезней.

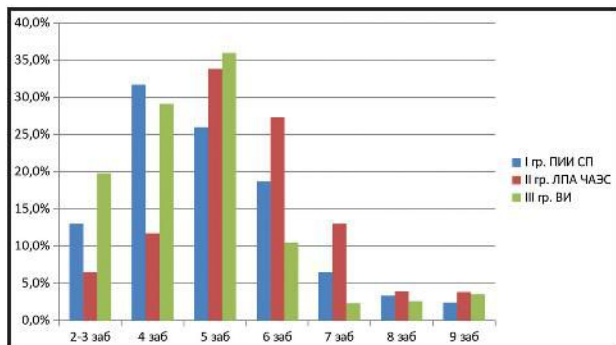


Рис. 1. Частота коморбидности у больных ИБС в группах ПИИ СП, ЛПА ЧАЭС и ВИ.

Примечание: ПИИ СП – подвергшиеся ионизирующему излучению на Семипалатинском полигоне; ЛПА ЧАЭС – ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС; ВИ – воины-интернационалисты.

Среди ветеранов войн также наиболее часто (у 36,0%) коморбидность была представлена 5 заболеваниями, далее у 10,5% – 6 патологиями и в 8,4% случаев у одного пациента наблюдалось 7–9 болезней одновременно. В целом суммарная коморбидность по группам составила: 4,57; 4,61; 4,74.

Обсуждение результатов.

Данные когортного исследования в общей популяции пациентов, наблюдавшихся в госпитале ветеранов, показал, что структура заболеваемости в целом соответствует показателям данной возрастной категории в целом [2, 3, 4]. В то же время наши исследования установили определенные различия. Так, частота распространенности ССЗ: АГ – 55,6%, ИБС – 32,9%, сравнительно выше, чем в общей популяции: АГ – 39–42%, ИБС – 10–20% [2, 9, 11]. На повышенный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, как АГ и ИБС, у лиц, подвергнувшихся радиационной экспозиции, указывают многочисленные клинические работы [11, 12, 13, 14]. Следующая особенность – вторую позицию по частоте распространенности в наших исследованиях занимают церебро-вазкулярные заболевания в виде ДЭП (68,3%), нередко осложненные ОНМК (11,1%) без АГ. Далее последовательность частоты заболеваний в целом соответствует среднепопуляционным. Полученные данные стали основанием для более детального изучения структуры заболеваемости в этой когорте с учетом причинных факторов. Сравнительный анализ показал существенные различия в структуре коморбидности в исследуемых группах. Так, у пациентов с ИБС, подвергшихся радиационному излучению на Семипалатинском ядерном полигоне и ЧАЭС, в отдаленном периоде наиболее часто встречается АГ, как и в общей популяции [2, 9, 11]. Однако далее структура коморбидности существенно отличается. На второй план выходит цереброваскулярная патология в виде ДЭП II–III степени. Кроме того, у данных больных отмечалась сравнительно высокая частота поражения периферических сосудов с мультифокальным атеросклерозом (46,8%; 45,3%) и патология щитовидной железы (24,8%; 30,8%), преимущественно с гипопункцией

и носительством повышенного титра антител к тиреоглобулину. Причем у ликвидаторов аварии на ЧАЭС тиреопатии занимают четвертую позицию. Высокая частота поражения щитовидной железы у лиц, экспонированных низкими дозами радиации, установлена многочисленными исследованиями [5, 6, 15, 16]. Основным механизмом формирования пострадиационного гипотиреоза рассматривается повреждение эндотелия мелких сосудов с последующим развитием фиброза стромы и снижением функции щитовидной железы [15, 16]. Почти у половины исследуемых двух групп (46,8%, 45,3%) ИБС сочеталась с мультифокальным атеросклерозом. Атерогенный эффект экспозиции малыми дозами радиации находит подтверждение во многих исследованиях [17, 18, 19]. Таким образом, общим для пациентов, подвергшихся ионизирующему излучению, и в то же время определяющим особенность коморбидности для этой категории больных, является высокая частота ассоциированности ИБС с АГ, ЦВЗ, поражениями периферических сосудов и щитовидной железы в отличие от общепопуляционных показателей [1, 3, 4, 5]. Так, в широкомасштабном популяционном исследовании коморбидной патологии с сердечно-сосудистыми заболеваниями в США показано, что наиболее часто наблюдались сахарный диабет (около 40%), артрит (40,6–45,6%), анемия (38,7–51,2%) и практически у каждого четвертого пациента отмечалась хроническая болезнь почек, катаракта, ХОБЛ, депрессия [2]. В многочисленных работах [2, 4, 18, 19, 20] общепопуляционный уровень частоты ожирения и сахарного диабета у больных ИБС находится в диапазоне 28–44%. Однако частота ассоциированности ожирения и ИБС в наших наблюдениях значительно выше (76,1%, 70,9%, 69,5%). При этом нарушения жирового обмена с уровнем ожирения I–II степени наиболее часто проявлялись в группах лиц, экспонированных радиацией. Факт нарушения липидного обмена, развития ожирения при воздействии малых доз облучения нашли отражение в исследованиях других авторов [18, 19].

Результаты многочисленных клинических и экспериментальных исследований [17, 20, 21] указывают на генерализованное поражение сосудов микроциркуляторного русла у лиц, подвергнувшихся ионизирующему излучению. Аналогичные патоморфологические изменения в сосудах в виде васкулита, микроваскулярных расстройств обнаружены и другими исследователями, что играет важную роль в атерогенезе [17, 18, 19]. По мнению многих авторов, под воздействием многократных малых доз облучения развивается нестабильность генома – генетический эффект, вызванный свободно-радикальными механизмами с активацией цепных реакций ПОЛ и повышенной выработкой активных форм кислорода, снижением регуляторной функции эндотелиальной синтетазы оксида азота [9, 23]. Результаты наших исследований – системный характер поражения с формированием сложной специфической структуры коморбидности у пациентов в отдаленный период после экспозиции ИИ, а также анализ клинических наблюдений и данных экспериментальных работ [20, 21, 22] – подтверждают гипотезу биологического эффекта малых доз радиации на ткани с медленным клеточным обновлением, считающихся неответственными за непосредственный исход облучения. К ним относятся прежде всего клетки эндотелия – основной структурно-функциональный элемент микроциркуляторного русла [5]. Эндотелиальная

дисфункция вызывает развитие гипертензии и способствует прогрессированию атеросклероза. Японские исследователи опубликовали данные высокой распространенности АГ и дислипидемии у жителей эвакуированных районов после аварии на Фукусиме [9]. В отечественных исследованиях последствий действий Семипалатинского полигона также была установлена высокая распространенность АГ, ИБС, дислипидемии [14, 18]. Причем Grosche В и соавт. [24] указали на превалирование смертности от болезней системы кровообращения среди экспонированных радиацией на Семипалатинском полигоне. Это мнение находит подтверждение и в наших исследованиях, установивших высокую частоту сосудистых поражений у данной когорты в отдаленные периоды после ионизирующего излучения: АГ, ЦВЗ, осложненные инсультом, мультифокальный атеросклероз. В отечественной и зарубежной литературе очень мало клинических данных по изучению цереброваскулярной патологии среди экспонированных радиацией [25, 26], хотя, как показали наши исследования, цереброваскулярные поражения занимают ведущие позиции не только по частоте, но и в клинической характеристике больных. Микроваскулярные эндотелиальные поражения головного мозга были установлены Ungvár Z и соавт. [27]. Большинство исследований посвящены изучению нервно-психического статуса, вегетативным дисфункциям [6, 28, 29, 30]. Вероятно, факт высокой частоты и выраженности ЦВЗ в наших исследованиях обусловлен изучением данного контингента больных в отдаленный период (25–30 лет) после радиационной экспозиции, когда патофизиологические процессы, нарушения регуляторных систем привели к новой клинической ситуации – соматической патологии и их специфической сочетанности. До настоящего времени проблема клинических исследований среди воинов-интернационалистов практически мало изучена как в отечественной, так и в российской литературе. Хотя, по данным наших исследований, этот контингент больных нередко с тяжелой сочетанной патологией заслуживает пристального внимания, углубленного изучения клинического статуса, разработки алгоритмов ведения и подбора методов лечебно-реабилитационных мероприятий. В то же время у этой категории больных так же, как в общей популяции, наблюдается высокая частота конституционально-метаболических факторов риска [2, 20, 24]. В целом патогенетическая связь многих ассоциированных заболеваний в отдаленный период после ИИ еще нуждается в глубоком изучении. Большинство опубликованных работ посвящены исследованиям в краткосрочный период, в том числе сочетаемости различной патологии. Так, по данным Пороковского и соавт. [5], при обследовании ЛПА на ЧАЭС через 10–14 лет у одного ликвидатора регистрировались от 5 до 13 заболеваний (в среднем 8,3), что сравнительно выше наших результатов по частоте синтропии (рис. 1). Однако надо учесть тот факт, что в наше исследование в долгосрочном периоде (через 34 года) вошли ликвидаторы, за исключением тех, кто выбыл по причине смерти, т. е. пациенты изначально с более благоприятным прогнозом. Результаты наших исследований указывают на системный характер сосудистых нарушений в отдаленный период после ИИ, но с преимущественным поражением сосудов головного мозга, в целом ЦНС, в ряде случаев с развитием инсультов без АГ (17,1%). Что касается степени коморбидности по

данным подгруппам, давать прогностическую оценку сложно, так как степень тяжести состояния больных зависит не столько от количества ассоциированных патологий, сколько от характера, выраженности заболевания, наличия осложнений. Этой точки зрения придерживаются и другие исследователи [2, 3, 4]. Нами были рассмотрены различные предлагаемые авторами индексы коморбидности [2, 4], направленные для прогноза летальности, тяжести заболевания и нетрудоспособности, основная цель которых – оценка экономических затрат. Но структура ассоциированности патологий у наших больных имеет специфическую особенность и не входит в рамки предлагаемых индексов. С учетом этого, видимо, назрела необходимость разработки адекватного диагностического стандарта, других маркеров оценки тяжести и прогноза для этой категории пациентов.

#### Заключение

Результаты наших исследований установили, что в когорте пациентов, подвергшихся влиянию причинных специфических факторов – ионизирующему излучению, стрессовым ситуациям военных боевых действий – структура заболеваемости в отдаленный период в целом значительно отличается от общепопуляционных показателей. Хотя на передний план выступают также сердечно-сосудистые заболевания (АГ, ИБС), но далее превалируют ЦВЗ, нередко в тяжелой форме (ДЭП II–III ст.) с частыми осложнениями, как инсульты. Особенностью этой когорты является сравнительно высокая частота поражения периферических сосудов, мультифокальный атеросклероз и патология щитовидной железы. Выявленные существенные различия в структуре коморбидности в подгруппах пациентов с ИБС указывают на причинное влияние профессиональных, техногенных, экологических, стрессовых факторов – под влиянием радиационного излучения в долгосрочном периоде у пациентов формируется коморбидность с преобладанием генерализованных сосудистых поражений (мультифокальный атеросклероз, инсульты, ЦВЗ), что выводит больных с ССЗ этой когорты в категорию высокого и очень высокого кардиоваскулярного риска. Воздействие сверхвысоких стрессовых ситуаций, полученные ранения, контузии у ветеранов войн в структуре коморбидности на первый план, опережая ССЗ, выступают поражения ЦНС: ДЭП II–III степени, нередко инсульты, нервно-психические расстройства. Наряду с этим этой когорте пациентов присущи также общие поведенческие, конституционально-метаболические факторы, суммация которых со специфическими оказывает существенное влияние на формирование их коморбидности. Резюмируя представленные результаты наших исследований и мнение многих авторов, можно констатировать, что понимание сущности влияния профессиональных, экологических факторов, прежде всего связанных с ионизирующим излучением, а также сверхвысоких стрессовых ситуаций в зонах военных действий, с формированием специфической структуры коморбидности, требует рационального подхода в выявлении ранних предикторов нарушений со стороны ССС, ЦНС. Знание особенностей патогномичных клинических симптомов в этой когорте больных могут помочь клиницистам в разработке адекватных способов и путей в проведении лечебно-профилактических мероприятий. Представленные в данной работе предварительные результаты исследования особенностей коморбидного

состояния у пациентов в отдаленный период после ИИ и ветеранов войн служат основанием для дальнейшего более детального изучения проблемы коморбидности у данной когорты. Считаем целесообразным отдельное исследование посвятить углубленному изучению влияния коморбидности на кардиоваскулярный риск ССЗ, прогноз больших.

Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

#### Литература

1. Наумова Л.А.1, Осипова О.Н.2. Коморбидность: механизмы патогенеза, клиническое значение. 1 Медицинский институт БУ ВО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет»; 2БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Современные проблемы науки и образования – 2020. №5 – С. 2-10.

2. Отанов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненко В.Т., и др. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. Т 16 (6) С.5-56.

3. Campbell-Scherer D. Multimorbidity challenge of evidence-based medicine//Evid. Based med. – 2010. – Vol. 15. – P. 165-166.

4. Екушева Е.В. Пожилой пациент с коморбидной патологией в практике кардиолога. «РМЖ» №11 от 25.12.18.

5. Я. В. Поровский, Ф. Ф. Тетенов. Коморбидность во врачебной практике. Сибирское медицинское обозрение – 2015. №4. С. 5-10.

6. Кабдрахманов К. Человеческие последствия испытаний ядерного оружия в Казахстане//Алматы : Олке. 2003. - 336 с.

7. Никифоров А.М. Медицинские последствия аварии на Чернобыльской АЭС// Вестник СПбГМА им. И.И.Мечникова. - 2005-№1. - С. 229-233.

8. Рудницкий В.А., Семке В.Я., Гарганеева Н.П./Непсихотические психические расстройства в сочетании с соматическими заболеваниями у ликвидаторов аварии на ЧАЭС// Российский психиатрический журнал-2010. - №6. - С. 34 – 40.

9. Сусков И.И., Кузьмина Н.С. Проблема индуцированной геномной нестабильности в детском организме в условиях длительного действия малых доз радиации // Радиация биология // Радиэкология. 2003. Т. 43. № 2. С. 150-152.

10. Stepanova I., Berezovskiy V., Kolpakov I., Kondrashova V.H., Lytvynets' O.M. Endothelium dependent vascular reactivity and autonomic homeostasis in children living in radiation-contaminated areas // Lik Sprava. 2013. №2. P.32-38.

11. Raghunathan D., Khilji M.I., Hassan S.A., Yusuf S.W. Radiation-Induced Cardiovascular Disease // Curr. Atheroscler. Rep. 2017. V. 19. № 5. P. 22.

12. Azizova T., Briks K., Bannikova M., Grigoryeva E. Hypertension Incidence Risk in a Cohort of Russian Workers Exposed to Radiation at the Mayak Production Association Over Prolonged Periods // Hypertension. 2019. V. 73. P. 1174-1184.

13. Markabayeva A., Bauer S., Pivina L., Björklund G., Chirumbolo S., Kerimkulova A., Semenova Y., Belikhina T. Increased prevalence of essential hypertension in areas previously exposed to fallout due to nuclear weapons testing at the Semipalatinsk Test Site, Kazakhstan // Environ. Res. 2018. V. 167. P. 129-135.

14. Apsalikov K.N., Gusev B.I., Lipikhina A.V., Muldagaliyev T.Z., Belikhina T.I., Zhakupova S.B. Historical aspects of formation of radiation medicine and ecology in Kazakhstan // Radiat Med Ecol Rehabil. 2016. № 1. P. 5-11.

15. Land C.E., Kwon D., Hoffman F.O., Moroz B., Drozdovitch V., Bouville A., Beck H., Luckynov N., Weinstock R.M., Simon S.L. Accounting for shared and unshared dosimetric uncertainties in the dose response for ultrasound-detected thyroid nodules after exposure to radioactive

fallout // Radiat Res. 2015. V. 183. P. 159-173.

16. Ron E, Brenner A. Non-malignant thyroid diseases after a wide range of radiation exposures // Radiat Res. 2010. T. 174. № 6. С. 877-888.

17. Lowe D., Raj K. Premature aging induced by radiation exhibits pro-atherosclerotic effects mediated by epigenetic activation of CD44 expression // Aging (Albany, NY). 2014. V. 13. P. 900-910.

18. Markabayeva A.M., Kerimkulova, A.S., Pivina, L.M., Ospanova, A.S., Grijbovski, A.M. Lipid profile among the population exposed to radiation from Semipalatinsk nuclear test site, Kazakhstan // Hum. Ecol. (Russian Fed. 2015. V. 9. P. 7-14.

19. Kumagai A., Tanigawa K. Current Status Of The Fukushima Health Management 120 Survey // Radiat. Prot. Dosimetry. 2018. V. 182. № 1. P. 31-39.

20. Телкова И.Л. Особенности проявлений сердечно-сосудистых заболеваний у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции спустя 25 лет. Клинико-аналитический обзор// Кардиоваскулярная терапия и профилактика.- 2012.- Т.11, №3.-С. 62-69.

21. Поровский Я.В., Тетенов Ф.Ф. Факторы воспаления и состояние микроциркуляторного русла у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз ионизирующего излучения// Вестник новых медицинских технологий.-2012.-Т.ХVIII, №2.- С.358-361.

22. Ильичева В.Н. Сравнительная характеристика влияния малых доз ионизирующего излучения на проницаемость микрососудов различных зон коры головного мозга // Вестник новых медицинских технологий. – 2011. Том XXVIII. №2. – С. 251-253.

23. Chaizhunusova N1, Madiyeva M2, Tanaka K3, Hoshi M4, Kawano N4, Noso Y5, Takeichi N5,6, Rakhymbekov T. Cytogenetic abnormalities of the descendants of permanent residents of heavily contaminated East Kazakhstan. Radiat Environ Biophys. 2017 Nov;56(4):337-343. doi: 10.1007/s00411-017-0717-2. Epub 2017 Oct 9.

24. Grosche B., Lackland D.T., Land C.E., Simon S.L., Apsalikov K.N., Pivina L.M., Bauer S., Gusev B.I. Mortality from Cardiovascular Diseases in the Semipalatinsk Historical Cohort, 1960-1999, and its Relationship to Radiation Exposure // Radiat. Res. 2011. V. 176. No 5. P. 660-669.

25. Semenova Y., Pivina L., Belikhina T., Manatova A., Abisheva A., Ainabekova E., Aukenov N. «Mortality due to cerebrovascular accidents in East Kazakhstan over the period of 2013-2017»/ European Journal of Public Health, V. 28, Supplement 4. 2018. P 465.

26. Ivanov V.K., Maksiutov M.A., Chekin S.Iu, Petrov A.V., Tsyb A.F, etc. The radiation risks of cerebrovascular diseases among the liquidators // Radiats Biol Radioecol. 2005. V. 45. № 3. P. 261-270.

27. Ungvari Z., Podlutzky A., Sosnowska D., Tucek Z., Toth P., Deak F., et al. Ionizing radiation promotes the acquisition of a senescence-associated secretory phenotype and impairs angiogenic capacity in cerebrovascular endothelial cells: role of increased DNA damage and decreased DNA repair capacity in microvascular radiosens // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013. V. 68. P. 1443-1457.

28. Pivina L.M., Semenova Yu.M, Rakhymbekov T.K., Dyussupov Ait.A., Belikhina T.I., Manatova A.M. Prevalence of depression in the offspring of people exposed to 116 radiation in East // European Journal of Public Health. 2017. P. 388.

29. Киреева Е.Б., Парцерняк С.А., Карамуллин М.А., Парцерняк А.С. Комплексная коррекция нарушений нейровегетативной регуляции при полиморбидной сердечно-сосудистой патологии у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции в отдаленном периоде // Артериальная гипертензия. 2012. Т. 18. № 4. С. 349-357.

30. Miura I., Wada A., Itagaki S., Yabe H., Niwa S. Relationship between psychological distress and anxiety/ depression following the Great East Japan Earthquake in Fukushima Prefecture // Jpn J Clin Psychiatry. 2012. V. 41. P. 1137- 1142.



## Гипотиреоз у лиц пожилого и старческого возраста

**ШАЙКЕНОВ А.Ж.** - врач эндокринолог первой категории, заведующий соматическим отделением госпиталя.  
**САРКУЛОВА С.М.** - Д.М.Н., профессор кафедры внутренних болезней №3 НАО «Медицинский университет Астана», кардиолог высшей категории.

Увеличение продолжительности жизни в популяции и постарение населения представляют собой глобальный демографический феномен во всем мире. В связи с общей демографической ситуацией во многих странах, проблема здоровья, особенности клинического течения, диагностических и терапевтических подходов при патологии у лиц пожилого и старческого возраста, приобретает особую значимость.

В частности, продолжительность жизни в России в 2015 году была 71,39 года, а к 2030 году по прогнозам увеличится до 75,1 года. В Казахстане, согласно Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы, общая продолжительность жизни в 2018 году была 73,15 года, а к 2025 году увеличится до 74,15 года. Это приводит к преобладающему проценту больных пожилого и

старческого возраста в медицинских учреждениях, лидирующих по числу госпитализаций, амбулаторных приемов и, соответственно затрат государства. Эта категория пациентов отличается, с одной стороны, полиморбидностью патологических состояний со специфическими проявлениями каждого из них, преимущественно хроническим течением имеющихся заболеваний, а с другой, - сложностью диагностики и



подбора лекарственной терапии. Поэтому определение стратегии и тактики ведения, рациональной фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста является актуальной медицинской и экономической проблемой современного здравоохранения в развитых странах.

Для лиц пожилого и старческого возраста характерны различные неспецифические гериатрические синдромы, к примеру, делирий, головокружение, обмороки, падение, потеря веса и другие. В основе этих изменений лежат инволютивные процессы, связанные с возрастом: постепенное уменьшение синтеза белка, секреции и уровня большинства гормонов в крови; повышение чувствительности тканей к эффектам малых доз гормонов и, в то же время, уменьшение реактивности органов мишеней к эффектам больших доз многих гормонов; снижение эффективности механизмов саморегуляции в эндокринной системе, преимущественно за счет ослабления обратных связей в системе регуляции, низкой эффективности и быстрой истощаемости адаптивных реакций, обеспечиваемых эндокринной системой. Эти системные изменения в организме пожилых людей представляют определенный риск развития различной патологии, в том числе предрасположенность к сахарному диабету и дисфункции щитовидной железы.

Нарушения функции щитовидной железы особенно актуальны

для населения некоторых регионов Казахстана. Это связано с ионизирующим облучением жителей территории, прилегающей к бывшему Семипалатинскому ядерному полигону, а также военнослужащих, проходивших срочную службу в этом регионе в период ядерных испытаний и ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС. Эта категория пациентов получает стационарное лечение и медицинскую реабилитационную помощь в условиях РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК.

Патология со стороны щитовидной железы кроме экологических факторов связана также с определенными инволютивными процессами в организме. Тиреотропная активность гипофиза у человека максимальна в возрасте 20-30 лет, а к 60-80 годам жизни она снижается почти вдвое, поэтому одним из самых распространенных заболеваний эндокринной системы у лиц пожилого и старческого возраста является гипотиреоз. Гипотиреоз - это синдром, характеризующийся стойким недостатком тиреоидных гормонов в организме. Гипотиреоз может развиваться вследствие поражения самой щитовидной железы - первичный гипотиреоз или системы, регулирующей ее функцию, - вторичный - гипофизарный гипотиреоз и третичный - гипоталамический гипотиреоз. Помимо возрастных и экологических факторов снижение

функции щитовидной железы может развиваться при приеме определенных лекарственных препаратов: амиодарона, транквилизаторов, нейролептиков, бета-адреноблокаторов, а также пассивного курения и дефицита селена. Поэтому при длительном назначении этих препаратов необходим контроль состояния щитовидной железы, особенно у лиц пожилого возраста, а также предварительно перед их назначением провести исследование функции щитовидной железы.

Следует отметить, что наличие гипотиреоза у пожилых пациентов способствует прогрессированию различных патологических состояний, таких как: атеросклероз, изменения вегетативной нервной системы, деменция, снижение когнитивных способностей. В основе этих нарушений, очевидно, лежат инволютивные процессы пожилого возраста - снижение синтеза белка, ферментативной и гормональной активности, нарушение жирового и углеводного обмена. Таким образом, гипотиреоз и старение это два взаимосвязанных процесса, отягощающих клиническое состояние и прогноз пациентов. В связи с этим особую клиническую значимость приобретает своевременная диагностика и индивидуально подобранная специфическая терапия гипотиреоза у лиц пожилого возраста.

Среди старшего поколения субклинические нарушения функции щитовидной железы

Показатель	Тип гипотиреоза		
	первичный	вторичный	третичный
ТТГ	Выше нормы	Ниже нормы или нормальный	Ниже нормы или нормальный
Т3 свободный	Нормальный или ниже нормы	Нормальный или ниже нормы	Нормальный или ниже нормы
Т4 свободный	Ниже нормы	Ниже нормы	Ниже нормы

преобладают над манифестными формами заболевания, поэтому распространенность субклинического гипотиреоза увеличивается с возрастом и составляет от 3 до 16% у лиц старше 60 лет. В клинической практике проявление гипотиреоза у пожилых нередко рассматриваются врачом как признаки естественного старения, поскольку такие симптомы, как сухость кожи, аллопеция, снижение аппетита, слабость, снижение когнитивных функций и деменция, сходны с проявлениями процесса старения. Физикальное исследование области шеи у по-

жилых людей нередко может быть затруднено из-за шейного кифоза, который часто встречается в пожилом возрасте и изменяет топографию щитовидной железы и трахеи.

Классические симптомы гипотиреоза выявляются только у 30–50% пожилых лиц, остальные же имеют либо стертую симптоматику, либо на первый план выходит какой-либо моносимптом. Нередко в пожилом возрасте встречаются и неклассические клинические формы гипотиреоза: отечная, сердечно-сосудистая, миопатическая, депрессивная,

костно-суставная, анемическая.

Для диагностики гипотиреоза обычно бывает достаточно определить концентрацию ТТГ и свободного Т4. Дифференциальная диагностика различных форм гипотиреоза основывается на лабораторных показателях. Лабораторные изменения, выявляемые при первичном, вторичном и третичном гипотиреозе, представлены в таблице.

Таблица. Критерии диагностики различных форм гипотиреоза.

Заподозрить наличие у пожилого больного синдром гипо-



тиреоза и провести определение уровня ТТГ в сыворотке крови необходимо в том случае, если пациент имел какое-либо заболевание щитовидной железы, ионизирующее облучение в анамнезе или получал лекарственные препараты, влияющие на ее функцию. Кроме того, при наличии запоров, резистентных к обычному лечению, кардиомиопатии, анемии неясного генеза, деменции необходимо исключать гипотиреоз. В связи с особенностями проявления гипотиреоза у пожилых лиц такие больные нередко годами наблюдаются по поводу различных заболеваний у других специалистов: кардиолога, невропатолога, гастроэнтеролога.

Вне зависимости от причин гипотиреоза патогенетическим методом лечения у пациентов пожилого и старческого возраста является заместительная терапия с применением Левотироксина. У пожилых лиц имеются особенности - в отличие от молодых и лиц среднего возраста, которым можно назначать сразу полную заместительную дозу из расчета 1,6 – 1,8 мкг/кг в сутки, пожилым пациентам с сопутствующими заболеваниями лечение рекомендуют начинать с малых доз: 12,5 – 25 мкг Левотироксина. У пациентов при ИБС, артериальной гипертензии, нарушении функции печени и почек необходима особая осторожность. Препараты трийодтиронина (Лиотиронин) является средством выбора при гипотиреоидной коме, но не пригодны для длительной заместительной терапии при гипотиреозе, т. к. для создания стабильного уровня его в крови необходимы частые и дробные приемы. При этом возрастает опасность кардиотоксического влияния, особенно у пожилых больных

**Заключение.** Таким образом, патология щитовидной железы со сниженной функцией – гипотиреоз, значительно чаще встречается у лиц пожилого возраста, клиническая картина при этом нередко носит субклинический характер, иногда с атипичными проявлениями,

что в целом затрудняет своевременную диагностику. Особенности терапии гипотиреоза у пожилых заключаются в осторожном подходе, правильной оценке и выборе надлежащей стратегии. Важен строго индивидуализированный подход при назначении препаратов. Терапия гипотиреоза у пожилых является сложной задачей из-за сопутствующих заболеваний, полипрагмазии, особенностей функционального и психосоциального статуса пациентов. Проведение адекватной заместительной терапии гипоти-

реоза способствует не только улучшению соматического состояния пожилого пациента и сохранению функционального статуса, но и служит профилактикой многочисленных органических нарушений, возникающих на фоне пониженной функции щитовидной железы. Качество жизни пациентов с гипотиреозом, постоянно получающих адекватную заместительную терапию, незначительно отличается от качества жизни у лиц без гипотиреоза, а сам гипотиреоз становится для пациента образом жизни, а не заболеванием.

#### Обзор литературы:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2020-2025 годы.
2. Дудинская Е.Н., Ткачева О.Н. Гипотиреоз в пожилом и старческом возрасте. РМЖ. Медицинское обозрение. 2018; 8 (I):14-18.
3. Hollowell J.G., Staehling N.W. et al. «Serum TSH, T (4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994) National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES – II)» J. Clin. Endocrinol. Metabol. 2002, Vol. 87, p. 489–499.
4. Tunbridge W.M.G., Evereg D.C. et al. «The spectrum of thyroid disease in the community: the Whickham Survey» Clin. Endocrinol. 1977, 7, p. 481–493.
5. Braverman LE, Utiger R.D. «The Thyroid» 2005.
6. Фадеев В.В., Мельниченко Г.А. «Гипотиреоз». Руководство для врачей. ЗАО «РКИ Соверо пресс» 2002.
7. Петунина Н. А. Гипотиреоз: первичный, центральный, периферический. Подходы к диагностике и лечению//Болезни щитовидной железы. 2006, т. 8, № 9.
8. Николаев В. А. Особенности фармакотерапии пожилых//Фармацевтический вестник. 2009.
9. Балаболкин М. И., Клебанова Е. М., Креминская В. М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология. М., 2007. С. 543–546.
10. Хорошинина Л.П. «Руководство для врачей» 2019.
11. Фадеев В.В. «Современные концепции диагностики и лечения гипотиреоза у взрослых» Проблемы эндокринологии 2004, № 2, стр. 1–7.
12. Куликова В.В. «Дисфункции щитовидной железы у пожилых», НГМА, Нижний Новгород 2007, стр. 12–48.
13. «Формулярная система. Руководство по использованию лекарственных средств» под редакцией Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В. Москва, 2007. стр.370–372.
14. Эндокринология по Вильямсу. Эндокринологические проблемы при старении. Избранные главы 22–26.
15. Эндокринология. Большая медицинская энциклопедия.
16. Основы геронтологии и гериатрии. По редакцией А.Б. Погодиной. А.Х.Галимова.
17. Социальная геронтология Лекции. Р.С. Яцемирская.
18. Клиническая геронтология. Под редакцией Т.П. Денисова. Л.И.Малинова.

# Правильное питание пожилых людей – особенности питания в геронтологии

**Процесс старения у человека сопровождается множественными физиологическими и психологическими изменениями, происходящими в организме человека. Однако этот процесс не имеет каких-либо четких возрастных границ.**

**СУЛЕЙМЕНОВА А.К.**, гастроэнтеролог/диетолог госпиталя, член ассоциации гастроэнтерологов и нутрициологов Казахстана

В первую очередь это зависит от качества жизни, в основе которой лежит правильное питание. Этот ключевой момент воздействует на обмен веществ, адаптационные и компенсаторные возможности, профилактику возникновения алиментарных заболеваний и многое другое.

Чтобы замедлить процесс старения и как можно дольше сохранить свою молодость мы даем вам несколько рекомендаций по правильному питанию.

Почему пожилой человек нуждается в правильном питании.

С возрастом в процессе физиологической перестройки организма замедляется обмен веществ, изменяется образ жизни на малоподвижный - появляется все больше требований к качеству питания.

Связано это в первую очередь с такими особенностями пожилого возраста как:

- замедление процессов переваривания и усвоения пищи
- увеличение потребности в поступлении витаминов и минералов;
- замедление перистальтики кишечника и появление запоров уменьшение функций секреторных клеток (желудочный сок, ферменты, соляная кислота);
- ослабление мышечного тонуса желудка, кишечника и т. д.

Процесс старения очень чувствителен к избыточным калориям, которые ведут не только к ожирению, но и к таким предпологаемым патологиям как сахарный диабет, атеросклероз, гипертоническая болезнь, подагра, мочекаменная и желчекаменная болезнь.

В среднем суточная норма энергетической ценности составляет в пожилом возрасте (старше 60 лет)

- женщины – 1900 ккал/сутки



- мужчины – 2200 ккал/сутки

В старческом возрасте эта сумма равняется (старше 75 лет)

- женщины – 1600 ккал/сутки
- мужчины – 1900 ккал/сутки

Если пожилой человек продолжает работать и ведет активный образ жизни в физической плане, то потребность в энергии увеличивается. Контролируется этот момент стабильностью массы тела. Суточная потребность в калориях пожилого человека должна строго соответствовать фактической энергетической затрате за день.

Основные рекомендации по питанию в пожилом возрасте:

1. Обеспечить потребность орга-

низма в таких минеральных веществах как кальций, калий, магний, железо, витамины группы В» и жирорастворимых витаминах - А, Е, Д и К.

2. Адекватный питьевой режим – достаточный прием жидкости необходим для профилактики обезвоживания организма за счет фильтрованной воды, компота, травяного чая (до 2л в день)

3. Снизить количество потребления белка: на 1 кг массы тела -1 г в сутки. Причем из животных белков предпочтение следует отдавать рыбе и кисломолочным продуктам, но не красному мясу, где много пуриновых оснований, которые являются причиной развития подагры в пожилом возрасте.

4. 2-3 раза в неделю можно позволить себе съесть одно яйцо - всмятку или в виде парового омлета с овощами.

5. Обеспечить организм легкусвояемым белком и в качестве профилактики остеопороза, кальций можно получить за счет ежедневного приема маложирного творога и сыра твердых сортов.

6. Вместо свежего молока, которое из-за возраста плохо усваивается организмом следует ввести в рацион кисломолочные продукты средней жирности - кефир, простоквашу, ацидофилин («НЭР», «Наринэ»), обеспечивающие также профилактику запоров и развития дисбиоза.

7. Желательно, чтобы половину белковой доли в рационе составляли растительные белки (фасоль, бобы, чечевица, нут) в протертом виде и в виде супов-пюре.

8. В качестве профилактики атеросклероза необходимо ограничить продукты, содержащие «плохой» холестерин (печень, почки, мозги, икра рыб, жирные сорта «красного» мяса-баранины, говядины, утки и гуся) и наваристые мясные бульоны из них.

9. Среди животных жиров главное место может занять натуральная сметана 9% жирности, которую лучше употреблять не более 2 ч. ложек в день в составе блюд.

10. Ежедневно нужно съедать до 25 г растительного масла, добавляя его в салаты, каши, как источника фосфолипидов, фитостероинов, моно- и полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) семейства Омега-3,6 – это оливковое, льняное, кукурузное и подсолнечное масла. Полезно включать в рацион и животные жиры, как источники ПНЖК – морскую жирную рыбу (скумбрию, сардины, лосось, палтус, сельдь иваси) – до 500 г в неделю в запеченном или консервированном виде, добавляя в овощные блюда.

11. Для нормализации работы поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей и профилактики развития сахарного диабета необходимо ограничить потребление быстрых углеводов до 200 г в сутки (в первую очередь за счет рафинированного сахара и выпечки). Предпочтение нужно отдавать сладким фруктам, ягодам, меду и сухофруктам.

12. Следует включать в рацион зерновые (гречка, овес, перловка), овощи и фрукты (до 400 г в день) которые являясь источниками пищевых

волокон, снижают уровень холестерина и глюкозы в крови, оказывают положительное влияние на процессы свертывания крови, желчевыделения и моторную функцию желудочно-кишечного тракта.

13. Необходимо уменьшать употребление поваренной соли (до 5 г в день) исключив из рациона соленую рыбу, соленые огурцы, квашенную капусту, грибы, злоупотребление которыми способствуют повышению артериального давления, нагрузке на почки и сердце.

14. Для замедления процессов старения важно, чтобы в рационе присутствовали антиоксиданты, источником которых является растительные и ореховые масла, проросшая пшеница, овощи и фрукты, особенно оранжевого и темно-фиолетового и зеленого цвета.

15. Каждый человек имеет свои особенности, а, значит, необходима индивидуализация рациона питания с учетом общего состояния организма, наличия сопутствующих заболеваний, личных привычек, физической активности, возраста и даже национальности.

Лечебное питание при хронических заболеваниях центральной нервной системы.

Общими признаками этих заболеваний являются постепенное начало в среднем или пожилом возрасте, системность поражения и длительное течение с постепенным нарастанием признаков заболевания. В основе заболевания болезни Альцгеймера лежит постепенное разрушение клеток и тканей головного мозга, особенно тех его участков, которые отвечают за мышление и память. Первым человеком, которому был поставлен диагноз болезнь Альцгеймера, была Августа Д. пятидесятилетняя немка, у которой в 1901 году появились такие симптомы,

как забывчивость, дезориентация в пространстве, проблемы с чтением, а также симптомы навязчивой ревности по отношению к мужу.

Когда заболевание начинает прогрессировать, нужно использовать любую возможность для поддержания способности больного к самообслуживанию, уменьшить его внутренний дискомфорт и изоляцию от окружающих, наладить правильное питание. Так, согласно новым исследованиям Медицинского центра при Колумбийском университете, люди придерживающиеся средиземноморской диеты на 40% меньше подвержены болезни Альцгеймера.

Средиземноморский рацион

- включает продукты, богатые клетчаткой – овощами, фруктами, плодами, орехами, бобовыми, цельным зерном, рыбой, вином, оливковым маслом и имеет низкое содержание красного мяса

- имеет большое количество рыбьего жира, богатого незаменимыми жирными кислотами – лосось, семга, икра

- в рационе много овощных и фруктовых натуральных соков, употребление которых до 3-х раз в неделю уменьшает риск возникновения болезни Альцгеймера на 76%

- кофеина на 30% менее подвержены развитию болезни, чем те, кто воздерживается от приема кофе.

- основной антиоксидант зеленого чая способствует выведению из клеток головного мозга таких веществ, провоцирующих болезнь Альцгеймера, как железо и алюминий

- контроль своего веса и уровня глюкозы в крови позволяют снизить риск возникновения старческого слабоумия на 70%

- люди страдающие ожирением, в среднем в 3 раза чаще рискуют получить к концу жизни болезнь Альцгеймера.





ҚР ДСМ - нің «Отан соғысының мүгедектеріне арналған Орталық клиникалық госпиталь» ШЖҚ РМК 1975 жылдан бастап жұмыс істеген, Целиноград облысының партиялық және мемлекеттік қызметкерлеріне қызмет көрсетуге арналған емхана және аурухана базасында және онда жұмыс істейтін қызметкерлердің есебінен 2000 жылы құрылды.

Госпитальдің орналасқан жері: Нұр-Сұлтан қаласы, Ә. Мәмбетов көшесі, 28 үй.

Директор - Уразалина Динара Аманболқызы – іскерлік әкімшілік магистрі, Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі.

Қызметтің негізгі мақсаты: Қазақстан Республикасының барлық аймақтарында тұратын Отан соғысының қатысушылары мен мүгедектеріне және оларға теңестірілген адамдарға; интернационалистік жауынгерлерге; Чернобыль АЭС және Семей ядролық сынақ полигонындағы апат кезінде иондаушы сәулеленуден зардап шеккен адамдарға, жаппай саяси қуғын-сүргіннің ақталған құрбандарына, қаза тапқан жауынгерлердің отбасыларына, Республикалық дәрежедегі дербес зейнеткерлерге білікті, мамандандырылған медициналық көмек көрсету болып табылады.

Қызметтің негізгі бағыттары - стационарлық және стационарды алмастыратын көмек көрсету, консультациялық-диагностикалық қызметтер (емхана), сондай-ақ неврологиялық және кардиологиялық оңалту.

Госпитальда үш бөлімше жұмыс істейді: кардиологиялық, соматикалық, госпитальдық фармация бөлімі, зертхана, оңалту бөлімі, күндізгі стационары бар консультациялық-диагностикалық бөлімше.

Төсек қоры 92 төсек орынды құрайды: 35 соматикалық және 35 кардиологиялық бөлімше, 12 оңалту және 10 күндізгі стационар.

Сондай-ақ, госпиталь «Астана медицина университеті» КЕАҚ № 3 ішкі аурулар кафедрасының және клиникалық фармакология кафедрасының ұйымдастыру-әдістемелік, клиникалық базасы болып табылады.



РГП на ПХВ «Центральный клинический госпиталь для инвалидов Отечественной войны» МЗ РК сформирован в 2000 году на базе и за счет персонала поликлиники и больницы для обслуживания партийных и государственных работников Целиноградской области, функционировавшей с 1975 года.

Местонахождение госпиталя: г. Нур-Султан, ул. Мамбетова, д. 28.

Директор - Уразалина Динара Аманболовна - магистр делового администрирования (MBA), отличник здравоохранения Республики Казахстан.

Основной целью деятельности является оказание квалифицированной, специализированной медицинской помощи участникам и инвалидам Отечественной войны и лицам, приравненным к ним; воинам-интернационалистам из всех регионов Республики Казахстан; лицам, пострадавшим от ионизирующего излучения при аварии на Чернобыльской АЭС и Семипалатинском испытательном ядерном полигоне, реабилитированным жертвам массовых политических репрессий, семьям погибших воинов, персональным пенсионерам республиканского значения.

Основные направления деятельности – оказание стационарной и стационарозамещающей помощи, консультативно-диагностических услуг (поликлиника), а также неврологической и кардиологической реабилитации

В госпитале функционируют три отделения: кардиологическое, соматическое, консультативно-диагностическое отделение с дневным стационаром, отделом госпитальной фармации, лабораторией и отделом реабилитации.

Кочный фонд составляет 92 койки: 35 соматического и 35 кардиологического отделений, 12 реабилитационных и 10 коек дневного стационара.

Также госпиталь является организационно-методической, клинической базой кафедры внутренних болезней №3 и кафедры клинической фармакологии НАО «Медицинский университет Астана».