



SOUTH KAZAKHSTAN
**MEDICAL
ACADEMY**



«ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ»

ХАБАРШЫСЫ

«ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ»

ВЕСТНИК

OF THE SOUTH-KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

VESTNIK

№3 (87), 2019. III ТОМ

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

REPUBLICAN
SCIENTIFIC JOURNAL

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 3 (87), 2019, ТОМ ІІІ

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован Министерством информации и коммуникаций Республики Казакстан
Регистрационное свидетельство №17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN(ЮНЕСКО, г.Париж,Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в международной базе данных Information Service, for Physics, Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казакстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19
www.ukgfa.kz, ukgma.kz
E-Mail: medacadem@rambler.ru,
raihan_ukgfa@mail.ru

Тираж 40 экз. Журнал отпечатан в типографии ОФ «Серпилис», г. Шымкент.

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, асс.профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А., член Союза журналистов СССР и Казакстана

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия, США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва, Россия)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республика Польша)



Международная научно-практическая конференция «Современные аспекты медицины и фармации: образование, наука и практика», посвященная 40-летию со дня образования Южно-Казакстанской медицинской академии
11-12 октября 2019 года, город Шымкент, Республика Казакстан

Оңтүстік Қазакстан медицина академиясының 40 жылдық мерейтойына арналған "Медицина мен фармацияның заманауи аспектілері: білім, ғылым және тәжірибе" атты халықаралық ғылыми-практикалық конференциясы
11-12 қазан 2019 жыл, Шымкент қаласы, Қазакстан Республикасы

International scientific and technical conference "Modern aspects of medicine and pharmacy: education, science and practice" dedicated to the 40th anniversary of the formation of South Kazakhstan medical academy
11-12 October 2019, Shymkent city, Republic of Kazakhstan

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
Подсекция: «МОДЕРНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»**

МРНТИ 76.01.79
ӨОЖ 61:614.253.52

Сейдахметова А.А., Абдулла Т.Д., Қауызбай Ж.Ә., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д.
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., Қазақстан

МЕЙІРГЕР ІСІ МАМАНДАРЫН ДАЙЫНДАУДА ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРДІ ЖЕТІЛДІРУ

Түйін

Мақалада мейіргер ісі мамандарының кәсіптік білімін кеңейтуге бағытталған мейіргер ісіндегі академиялық бакалаврларды даярлау сұрақтары қарастырылған. Мейіргер ісіндегі академиялық бакалаврлардың негізгі кәсіптік құзыреттіліктерін қалыптасу деңгейін бағалау, жоғары білімді мейірбикелердің кәсіптік дайындық деңгейін және олардың тәжірибелік қызметі статусын анықтауға көмектеседі. Жалпы кәсіптік және элективті пәндер бойынша білім беру процесін ұйымдастыру кезінде оқытушылар студенттерге пациенттермен және ұжыммен, сондай-ақ кіші медициналық персоналмен және пациенттердің туыстарымен тұлғааралық қарым-қатынас негіздерін қалыптастыру тұрғысынан әлеуметтік-жеке құзыреттілікті дамытуға көңіл бөлуі қажет.

Кілт сөздер: мейіргер ісі, оқу үрдісі, негізгі құзыреттіліктер, денсаулық сақтау жүйесі, студенттерге сауалнама жүргізу.

Мейіргер ісі- денсаулықты нығайту, ауруды болдырмау, психоәлеуметтік көмек және физикалық және психикалық ауруы бар адамдарға қамқорлық пен мүгедектігі бар барлық жастағы топтарды қамтитын денсаулық сақтау жүйесінің ажырамас бөлігі болып табылады. Қазіргі уақытта мейірбике ісі адам денсаулығының әлеуеті зор және халықтың қол жетімді медициналық көмекке деген қажеттіліктерін қанағаттандыру үшін нақты әлеуеті бар медицина қызметкерлерінің ең үлкен үлесі болып табылады.

Мейіргерлік білім беруде мейіргер ісі бойынша бакалавриат бағдарламасының клиникалық практикумы көпір болып табылады. Академиялық білімдерден клиникалық практикумға көшу стресс, мәселелер, рөлдер мен шынайылықты түзету кезеңі ретінде кеңінен танылады, клиникалық практикум Тайвандағы Мейіргер ісі бойынша бакалавриат бағдарламасы бойынша мейіргерлерге арналған оқу бағдарламаларының 50% - дан астамын құрайды [1].

Клиникалық практикумды зерттеу мейіргерлер үшін дамудың маңызды процесі болып табылады. Клиникалық тәжірибе кәсіби қарым-қатынасты дамытуда маңызды рөл атқарады және студенттерге клиникалық құзыреттілікке қол жеткізуге көмектеседі. Сонымен қатар, мейіргер-студенттер пациенттерді күту, кәсіби қарым-қатынас және мәселелерді шешу мүмкіндіктері, психомоторлық дағдылар мен сыни ойлау дағдыларын алады. Олар сондай-ақ олардың әлеуметтенуін және кәсіби рөлге деген сенімін жақсартады [4].

Мейіргер ісі мамандығына студенттердің қызығушылығын ынталандыру және оларды оқуды аяқтағаннан кейінгі мансап ретінде мейіргерлік істі таңдауға ынталандыру үшін мейіргерлердің жетіспеу мәселесін шешу үшін өте маңызды.

Мейіргер ісі мамандығына қатысты клиникалық практикумда студенттер-мейіргерлердің тәжірибесін және қабылдауын зерттеу болып табылады. Бұл зерттеудің нәтижелері студенттердің қанағаттанушылығын арттыру, сондай-ақ академияны бітіргеннен кейін оларды мейіргер ісі жұмысына қатысуға ынталандыру үшін ғана емес, сонымен қатар медициналық ұйымдардың басшыларына жаңа құрылған мейіргерлерді қабылдау және оқыту бойынша олардың күш-жігерімен ақпарат береді деп күтілуде [2].

Білім беру үдерісіне инновациялық ақпараттық технологияларды кеңінен енгізу қажеттілігі, бір жағынан, қоғамды толық технологияландыруға және ақпараттың жылдам жинақталуына, екінші жағынан, материалдарды жеткізу сапасын жақсартуға және оны игерудің тиімділігін бағалауға мүмкіндік беретін мультимедиялық оқу құралдарының мүмкіндіктерін кеңейту қажет. Студенттер оқу материалдарының 70-80%-ын өз бетімен меңгеруі қажет. Сондықтан да, бұл зерттеудің мақсаты академиялық және практикадағы мейіргерлердің басшылары арасында инновацияның табысқа жету үшін сыни құзыреттілік-терді бағалау, осы құзыреттіліктегі елеулі олқылықтар мен инновацияларға байланысты құзыреттілікті дамыту үшін пайдалы болатын оқыту әдістерін бағалау болып табылады [3].

Құрама Штаттардағы Денсаулық сақтау секторында бұрынғысынша жоғары шығындар мен ауыспалы қолжетімділік, сапасы біркелкі емес және дамыған елдердің (Достастық қоры, 2014 жыл) арасында медициналық қызмет көрсету нәтижелері зардап шегеді. Бұл теріс сандарды айналып өтудің екі жолы - бұл инновация қарқынын арттыру және денсаулық сақтау әкімшілері мен басшыларына арналған оқу жоспарларына инновациялық білім беруді енгізу [6].

Мейіргер ісінің жаңашыл болуы - өз пациенттеріне қызмет көрсетуде жиі ауыр жағдайларда және алыс жерлерде не істеу керектігін үйрену (Kirchgeßner & Keeling, 2015). Мейіргер ісі жетекшілері іс жүзінде және ғылыми топтар науқастарды кәсіби күтуді қалыптастыруға үлкен жауапкершілік алатынын және күтімнің алдыңғы жиегіндегі өзгерістерге әсер ететінін ескере отырып, көшбасшылар арасындағы инновациялық құзыреттер шығындарды төмендету және қол жеткізу мен сапаны жақсарту үшін қажет [7].

Зерттеушілер мейіргерлік істегі инновацияларға байланысты мінез-құлықтарды, сипаттамаларды, құндылықтарды, аффективті күйлерді және когнитивті стильдерді анықтау үшін айтарлықтай күш салса да (Malloch and Melnyk, 2013, O'Brien et al., 2011) және инновациялар кәсіпкерлік табысқа әкелді (Roggenkamp & White, 1998), инновацияны қолдайтын нақты құзыреттер бұзылмайды. Мұндай құзыреттерді анықтау ғалымдардың іскерлік дағдыларын инновациялық дағдылардан ажырата алмайтындығымен одан әрі күрделене түседі. Яғни, академиялық әдебиет, сондай-ақ инновация саласындағы білім беру бағдарламалары, әдетте, сату, өндіріс, қызметкерлерді қадағалау, логистиканы үйлестіру, қаржыландыруды ұйымдастыру және нәтижелерді өлшеу сияқты жалпы бизнес-функцияларға құзыреттілік қажеттілігін атап көрсетеді. Мұндай дағдылар кез келген бизнестің күнделікті қызметі үшін өмірлік маңызы бар болса да, олар Денсаулық сақтау секторының контекстінде инновацияларға қойылатын бірегей талаптарды ескермейді. Мейіргер ісі басшылары үшін инновациялардың нақты расталған құзыреттерін сипаттауға және оларды зерттеу мен іске асыру тәсілдеріне басшылық ету үшін жеткілікті дәлелдер жоқ [8].

Бұл зерттеудің мақсаты мейіргер ісі басшыларының көзқарастарын қарастыратын құзыреттілікті бағалау, инновациялар үшін ең маңызды, осы құзыреттіліктегі олардың өздігінен жүретін кемшіліктері және инновация туралы көбірек ақпарат алу үшін пайдалы болатын оқыту әдістері.

Бакалавриат бағдарламасында жоғарғы мейіргер тәрбиесінің ерекшелігі науқаспен және манипуляция әдістерімен жұмыс істеуді үйрететін клиникалық пәндердің болуы. Білім алушы білім туралы ақпаратты ғана біліп қана қоймай, алған білімін, құзыреттіліктерін іс жүзінде жүзеге асыруды үйреніп, оларды кәсіби құзыреттілікке айналдыруы керек.

Білім беру, менеджмент, әлеуметтік психология, педагогика, басқару және ұйымдастырушылық даму саласында құзыреттілікті анықтау, қалыптастыру және дамыту мәселелеріне көп көңіл бөлінеді. Бұл бір жағынан, құзыреттілік тәсілінің жоғары танымалдылығын көрсетеді, екінші жағынан, құзыреттілік тұжырымдамасын анықтау, нақты құзыреттілікті қалыптастыру сияқты мәселелердің пайда болуы. Егер құзыреттілік ұғымын түсіндіруде көптеген тәсілдер бар болса, онда ең алдымен бірлескен ұйымның құзыреттілігін анықтау басты мәселесі болып табылады [9].

Құзыреттілік тәсілі - қазіргі заманғы қоғамның талаптарына сәйкес болашақ мамандарды жеке тұлға ретінде оқыту сапасына дейін үздіксіз білім берудің бүкіл жүйесін жаңғыртуды қамтамасыз ететін әдіснама. Құзыреттілік көзқарасы – тұлғаның, кәсіби қызмет субъектісінің және процестің үздіксіз білімінің ажырамас бөлігі ретінде біліктілікті, білімділікті зерттеуге бағытталған пәнаралық бағыт. Оны қалыптастыру жеке, әлеуметтік, технологиялық салаларға. Негізінен, кәсіптік құзыреттіктердің негізгі түрлері студенттік жаста қалыптасады, өйткені бұл жаста адамның жеке бас әлеуетті мүмкіндіктері, интеллекттік жетілдірілу, құндылық бағдарлар жүйесі өзгереді, кәсіби дағдылары дамиды.

Білім беруде ақпараттық технологияларды қолданудың келесі салалары: әңгімелесу, интерактивтік, телекоммуникациялық, мультимедиялық білім беру ресурстары қолданылады. Ұзақ уақыт аралығында (10-15 жыл) технологиялар мен олардың элементтері белгілі бір дәрежеде білім беру үдерісінде қолдануға ие болды. Шет елдік білім беру жүйесінде кеңінен таралған бұл тұжырымдама, Қазақстан Республикасында соңғы онжылдықта еуропалық қоғамдастыққа біріктірілген, ол отандық білім беруде жалпы және кәсіби білім беру стратегиясын ғана емес, сонымен қатар тәсілдерді, әдістерді, оқыту құралдарын таңдау үшін негіз болып табылады.

"Мейіргер ісі" студенттердің коммуникативтік құзыреттілігін қалыптастыру және дамыту процесі қарым-қатынастың әртүрлі деңгейлерінде тапсырмаларды шешуді көздейді. Педагогикалық, басқарушылық, экономикалық, инженерлік және медициналық қызметте кәсіби мәдениеттің маңызды бөлігі коммуникативтік құзыреттілік болып табылады.

Мейіргерлердің коммуникативтік құзыреттілігі белгілі бір психологиялық білімдердің болуын ғана емес, сонымен қатар кейбір арнайы дағдылардың қалыптасуын да болжайды: байланыс орнату, тыңдау, коммуникацияның "оқу" бейвербалды тілі, әңгіме құру, сұрақтар қалыптастыру. Сондай-ақ, мейіргерлердің өз эмоцияларын білуі, сенімділік сақтау қабілеті, жалпы өз реакциялары мен мінез-құлқын бақылау маңызды. Адекватты коммуникация науқасты дұрыс түсінуді және оның мінез-құлқына сәйкес әрекет етуді көздейді. Пациенттің жағдайына қарамастан, ол ашуланып немесе қайғы-қасірет, мазасыздық, дабыл немесе үмітсіздік сезеді ме, мейіргер кәсіби міндеттерді шешуге қол жеткізе отырып, онымен өзара іс-қимыл жасай білуі тиіс.

Жоғары білім берудегі құзыреттілік тәсілі-кәсіби міндетті сапалы шешуге және жоғары оқу орындарының білім беру жүйесіндегі болатын қабілетті мамандар мен сұранысты қамтамасыз ететін жұмыс берушілердің арасындағы қарама-қайшылықты болдырмауға арналған. Ол қазіргі уақыттағы мемлекеттік білім беру стандарттарының алдында тұрған білім беру компоненттерінің мазмұнының басымдылығын және қазіргі таңдағы білім беру мазмұнына жаңаша көзқараспен қарау, оқу үдерісінің

тәжірибелік, қызметтік компоненттерін қайтадан құрастыру және олардың пайдасын арттыруға мүмкіндік береді [5].

Зерттеудің мақсаты: Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының «Мейіргер ісі» мамандығы студенттерінің кәсіби құзыреттіліктерін қалыптастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, 5В110100 - «Мейіргер ісі» мамандығы бакалавриатының білім беру бағдарламасы бойынша білім алушы студенттердің құзыреттіліктерін қалыптастыру мақсатында 2 курс - 13, 3 курс-18 және 4 курс - 30 студенттерімен сауалнамалар ұсынылды: студенттердің кәсіби біліктілігін қалыптастыру бойынша зерттеу сұрақтары, студенттердің кәсіби құзыреттілігінің көрсеткіштерін анықтау және бағалауды зерттеу сауалнамасы, кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың мотивациялық критерийі, кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың жедел-тиімді критерийі, тәжірибелік дағдылар деңгейін өзіндік бағалау, кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру бойынша бағалау критерийі.

Зерттеу нәтижелері және талқылау. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастыруды зерттеу. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастыру ерекшелігін зерттеуді талдау кезінде студенттердің көпшілігі «құзыреттілік» және «кәсіби құзыреттілік» ұғымдарының мәнін дұрыс түсінетіндігін көрсетті.

Кәсіби қызметке қажетті деп санайтын академиялық құзыреттіліктің ең маңызды көрсеткіштері: теориялық және практикалық мәселелерді шешу үшін негізгі ғылыми және теориялық білімдерді қолдану мүмкіндігі; өмір бойы біліктіліктерін жетілдіруге қабілетті болуы; өз бетімен жұмыс істей білу қабілеті; ең маңыздысы - техникалық құралдарды, ақпаратты басқаруды және компьютермен жұмыс жасауды үйрену дағдыларын меңгеру; зерттеу дағдыларына ие болу.

Кәсіби қызмет үшін қажетті деп есептейтін әлеуметтік жеке құзыреттіліктің маңызды көрсеткіштері: ұжымда жұмыс істеу мүмкіндігі; тұлғааралық қарым-қатынас қабілеті; сыни тұрғыдан және өзін-өзі тану қабілетінен азаматтық қасиеттеріне ие болу.

Қажетті құзыреттерді иеленуге кедергі келтіретін негізгі факторлар: төменгі курс студенттерінің пассивтілігі; жоғарғы курс студенттері оқу бағдарламаларын жетілдіруді қарастырады.

Нәтижелер 2018-2019 оқу жылында 2 курс арасында 88% - 13 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын; 3курс 78% - 18 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын; 4 курс арасында 66% - 30 студентте тәжірибелік дағдыларының жоғарлағанын, құзыреттіліктерінің артқанын көрсетті.

Кәсіби құзыреттілік көрсеткіштерін анықтау және бағалауды зерттеу.

1. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың мотивациялық критерийі. Кәсіби құзыреттілікті алу үшін мотивациялық критерийді оқығанда: мейіргерлердің 70%-дан астамы – мейіргер ісі мамандығын таңдауы бойынша науқастарға көмек көрсету және жақын адамдарының денсаулығына қамқорлық көрсету ең маңызды фактор екенін атап өтті; шамамен 10% -ы денсаулық сақтау органдарында жұмыс істеуі маңызды екенін, жеке мамандық емес, диплом ғана маңызды екенін атап өтті; мейіргерлердің 60% -дан астамы мамандыққа қызығушылығын және беделін, кәсіби құзыреттілікті алудың мотивациялық критерий ретінде атап өтті.

2. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың ақпараттық-танымдық критерийі. Кәсіби құзыреттілікті алу үшін ақпараттық-танымдық критерийді зерттеу нәтижесі: студенттердің 45% -ы жоғары оқу орнында алған білімдерінің сапасын жоғары деп санаса; 53% -ы жеткілікті екендігін анықтауға мүмкіндік берді.

3. Кәсіби құзыреттілікті қалыптастырудың жедел-тиімді критерийі. Тәжірибелік дағдылар деңгейін өзіндік бағалау. Мейіргер ісі мамандығы студенттерінің кәсіби құзыреттілікке ие тәжірибелік іс-әрекеттері мен науқасты дербес түрде тексере білу қабілетінің болуы: 90% -дан астамы қабілетті екенін; ал 65% -ы мұны толығымен жасай аламын деп санайды.

Студенттер болашақ мейіргер ретінде кәсіби құзыреттілігін дамыту мақсатында білім алады: 20%-ы қажет деп санаса; ал бітірушілердің 24%-ы - науқасқа күтім жасау және назар аудару қажет деп есептейді.

Студенттердің пікірі бойынша, жұмыс берушілер түлектерден талап етеді: шамамен 90% білім, тәжірибелік дағдылардың болуы; 60% науқастармен қарым-қатынас жасау мүмкіндігінің болуы; жауаптардың 60% ең маңыздысы компьютерді пайдалана білу мүмкіндігі; 40% ағылшын тілін білу; 10% ұжыммен қарым-қатынас жасай білу қабілетінің болуы.

Қорытынды. Сауалнама сұрақтарына студенттердің жауаптарын талдау болашақ мамандардың кәсіби құзыреттілігін қалыптастыру аспектісінде, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясының оқу үдерісін оңтайландырудың негізгі бағыттарын айқындауға мүмкіндік берді: студенттердің ұсыныстарын ескере отырып, енгізілген элективті клиникалық пәндер: науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім, мейірбике ісіндегі зерттеу негіздері, мамандандырылған мейірбикелік көмек, бастапқы медико-санитарлық көмек, үй жағдайындағы мейіргерлік күтім осы пәндерді оқып үйрену санын арттыру мақсатында кафедра меңгерушісіне ұсыныс тастауымыз қажет. Оқытушылар жалпы кәсіби және кәсіби пәндер бойынша оқу процесін ұйымдастырған кезде студенттердің әлеуметтік және жеке құзыреттіліктерін дамыту үшін науқастармен және ұжыммен, науқастың туыстарымен жеке қарым-қатынас жасауды негізге алуы қажет.

Әдебиеттер

1. Кеннеди Д. Написание и применение результатов обучения: практическое руководство. Университет Крок (Ирландия). – 2007. - с. 3-5.
2. Вербицкий А.А. Проблемные точки реализации компетентного подхода //Вестник МГГУ им. М.А.Шолохова. Сер. «Педагогика и психология». 2012. №2. с. 52–60.
3. Пучкова Е.Б. Возможности метода аттитюда в измерении профессиональных компетенций студентов // Актуальные проблемы современной науки. 2013. №2. с. 123–126.
4. А.В Пьяных. Оптимизация подготовки медицинских кадров в системе высшего профессионального образования по направлению «Сестринское дело»: дисс.канд. мед. наук – М., 2015. – 42 с.
5. Р.М. Харден, Дж. Кросби. Руководство АММЕ № 20: Хороший преподаватель – больше чем лектор. 12 ролей преподавателя (пер. с англ. под ред. проф. И.Г. Никитина). Медицинское образование и профессиональное развитие №4 (10) 2012.
6. Cummings,G., Lee,H., MacGregor,T., Davey,M., Wong, C., Paul, L., & Stafford, E. (2008). Factors contributing to nursing leadership: A systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 240–248.
7. Lovering, S., 2012. The crescent of care: a nursing model to guide the care of Arab Muslim patients. *Diversity & Equality in Health and Care* 9, pp. 171–178.
8. Mthembu, T.G., Roman, N.V., Wegner, L., 2015. A cross-sectional descriptive study of occupational therapy students' perceptions and attitudes towards spirituality and spir-itual care in occupational therapy education. *J. Relig. Health*.
9. Melhem, G.A.B., Zeilani, R.S., Zaqqout, O.A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M.Q., Al-Rahim, M.A., 2016. Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in Jordan. *Indian J. Palliat. Care* 22 (1), 42–49.

Резюме

Сейдахметова А.А., Абдулла Т.Д., Қауызбай Ж.Ә., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д.
АО «Южно-Казахстанская Медицинская Академия», г. Шымкент, Казахстан

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЕТЕНТНОГО ПОДХОДА В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

В статье рассмотрены вопросы подготовки академических бакалавров сестринского дела, направленных на расширение профессиональных знаний специалистов сестринского дела. Оценка уровня сформированности основных профессиональных компетенций академических бакалавров сестринского дела, определение уровня профессиональной подготовки медицинских сестер с высшим образованием и статуса их практической деятельности. При организации образовательного процесса по общепрофессиональным и элективным дисциплинам преподаватели должны уделять внимание развитию социально-личностных компетенций студентам с точки зрения формирования основ межличностного общения с пациентами и коллективом, а также с младшим медицинским персоналом и родственниками пациентов.

Ключевые слова: сестринское дело, учебный процесс, основные компетенции, система здравоохранения, анкетирование студентов.

Summary

Seidakhmetova AA, Abdulla T.D., Kauyzbay Z.A., Sultanova Z.S., Serikova B.D.
South Kazakhstan Medical Academy

IMPROVEMENT OF THE COMPETENCE APPROACH IN TRAINING BACHELORS OF NURSING

The article deals with the issues of training of academic bachelors of nursing, aimed at expanding the professional knowledge of nursing professionals. Assessment of the level of formation of the main professional competencies of academic bachelors of nursing, determining the level of professional training of nurses with higher education and the status of their practical activities. When organizing the educational process in General professional and elective disciplines, teachers should pay attention to the development of social and personal competencies of students in terms of the formation of the foundations of interpersonal communication with patients and staff, as well as with Junior medical staff and relatives of patients.

Keywords: nursing, educational process, basic competence, health care system, questioning of students.

МРНТИ 76.01.79

УДК 614.253.52

Сейдахметова А.А.¹, Дуйсембаева У. Е.², Султанова Ж.С.¹, Серикова Б.Д.¹, Тайгашева Н.М.¹
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Жамбылский высший медицинский колледж, г. Тараз, Казахстан

ФУНКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАЗНЫХ УРОВНЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ

Резюме. В данной статье рассматривается роль сестринского персонала как весьма существенного кадрового резерва в оказании медицинской помощи. В организационной структуре медицинских организаций наблюдается подчинение медсестры врачу, не знающему концепции сестринского ухода (главная медсестра подчиняется главному врачу, старшие медсестры подчиняются врачам - заведующим отделениям). Организация системы сестринской службы, а также правовой статус главных и старших медицинских сестер таковы, что имея множество обязанностей, они не имеют права самостоятельно принимать решения. В сестринском деле доминируют устаревшие формы организации, и распоряжения сестринских служб могут быть отменены их начальниками. Важным становится соответствие между обязанностями и полномочиями руководителей сестринских служб.

Ключевые слова: уровни образования, медицинские сестры, должностные инструкции, соответствие образования, модернизация образования.

Современные социально-экономические требования в повышении качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, необходимы для преодоления низких темпов развития сестринского дела в сравнении с уровнем и темпами развития медицинской науки, ликвидации дисбаланса в кадровой политике здравоохранения и важностью повышения качества и уровня подготовки специалистов с высшим медицинским, в том числе сестринским, образованием.

Ориентация экономики страны на развитие рынка и рыночных отношений существенно изменила роль руководящих кадров учреждений здравоохранения, обуславливая рост их самостоятельности в решении вопросов функционирования и развития управляемых объектов. Значительно повысилась степень их ответственности за достижение поставленных целей в условиях действия рыночной системы конкуренции за высокое качество лечения и получение необходимых объемов финансирования [1].

Еще большие требования предъявляются в настоящее время к руководителям сестринских служб учреждений здравоохранения. Именно от их подготовки, профессиональной компетентности зависит рациональное использование имеющихся в учреждении материальных ресурсов, организация качественной сестринской помощи, внедрение в практику новых организационных форм сестринской деятельности, развитие профилактического направления в работе с населением, осуществляемой сестринским персоналом [2].

В исторически сложившейся модели оказания медицинской помощи, рассматривающей деятельность медицинской сестры как вспомогательную для врача, назначение руководителей сестринских служб осуществлялось из числа наиболее опытных медицинских сестер, много лет проработавших в данном учреждении. Процесс управления сестринским персоналом строился с учетом имеющегося опыта, установившихся в коллективе взаимоотношений.

Подготовка медицинских сестер-менеджеров в системе высшего профессионального образования явилась одним из этапов реформирования сестринского образования, направленного на обеспечение учреждений здравоохранения высокопрофессиональными управленческими сестринскими кадрами. Опыт работы указанных специалистов показал их способность обеспечивать высокий уровень качества медицинской помощи, оказываемой населению [3].

Комплексный план развития сестринского дела в Казахстане до 2020 г. установил новые требования к модернизации и развитию сестринского дела. Для Казахстана развитие системы сестринского дела означает его развитие на всех уровнях образования, контроль качества образования на уровне международных стандартов, внедрение в практику института специалистов сестринского дела с разными должностными позициями соответственно уровню образования.

Наряду с реформированием сестринского образования, предполагается внедрение новых механизмов функционирования медицинских организаций с равноправными врачебными и сестринскими организационными структурами, введение регистра специалистов сестринского дела и сестринской документации, внедрение инновационных сестринских технологий, развитие современных сестринских доказательных практик, фундаментальной и прикладной сестринской науки, перераспределение и четкое разграничение функциональных обязанностей между врачами и медсестрами разных уровней [4, 5, 6].

Цель исследования. Установить соответствие должностных инструкций специалистов с высшим и средним сестринским образованием, обосновать необходимость ее оптимизации.

Материалы и методы. Исследование должностных инструкций медицинских сестер проводилось на базе ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница» УЗ ЮКО. Временные границы проведенного исследования – январь – март 2018 г. В исследовании принимали участие 20 медицинских сестер с разным уровнем образования, 20 врачей. При анализе данных применялись теоретические, эмпирические методы и

статистические. С помощью теоретических методов, таких как анализ литературных данных, анализ нормативно-правовых документов, анализ инструкций сформировалась цель исследования и основные задачи для определения соответствия должностных инструкций специалистов с высшим и средним сестринским образованием. Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе использовался один из эмпирических методов-анкетирование. Анкеты самостоятельно заполнялись респондентами. В анкетировании принимали участие 20 медицинских сестер. Средний возраст медицинских сестер 33,5 лет ±. В анкете содержался перечень вопросов, адаптированных к условиям работы больницы. Анкета состояла из таких блоков как: общий (паспортная часть, общий медицинский стаж, стаж работы, уровень образования, квалификация), блок вопросов по специфике работы, степени нагрузки медицинской сестры, распределении рабочего времени, блок вопросов, связанных с оформлением документации и правилами ухода за пациентами.

На втором этапе был произведен опрос врачей. Для каждой категории участников были разработаны свои вопросы, касающиеся качественных показателей работы среднего медицинского персонала и работы больницы. Они оценивали профессиональные качества работы среднего медицинского персонала. В нем были выделены основные моменты работы медицинских сестер: грамотное ведение медицинской документации; умение быстро и четко действовать в экстренных ситуациях; затраты времени на основные и второстепенные задачи; владение всеми манипуляциями, необходимыми в работе; профессиональная компетентность; коммуникативная компетентность. Для оценки личностных качеств было предложено оценить культуру речи, внешний вид и стиль поведения. Все качества оценивали по пятибалльной системе. После выставления оценок, все полученные баллы были суммированы, затем количество баллов разделено на количество полученных оценок, найдено тем самым среднее арифметическое значение.

Третий этап. Наблюдение – включал в себя целенаправленное и планомерное восприятие выполнения обязанностей медсестер, результаты которого фиксировались наблюдателями. Для сравнения должностных обязанностей медицинских сестер разного уровня образования использовалась должностная инструкция персонала. Данный этап исследования был направлен для оценки организационной структуры больницы. Экспертом по оценке являлась главная медицинская сестра больницы.

Результаты и обсуждение. Мы проанализировали данные, полученные из анкет медицинских сестер; распределили все вопросы по блокам, тем самым структурируя информацию из них. По результатам анкетирования медицинских сестер было выяснено, что из 20 опрошенных медицинских сестер 3 (15%) имеют высшее сестринское образование; 8 (40%) имеют высшую категорию, 8 (40%) - медицинских сестер с 1-й категорией, 3 (15%) со 2 й категорией, рисунок 1.

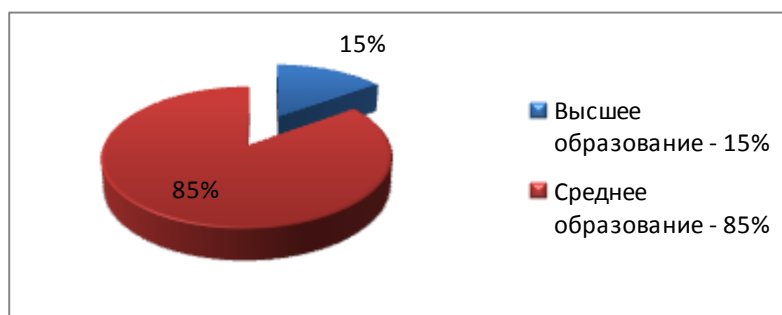


Рисунок 1 – Разделение медицинских сестер по образованию

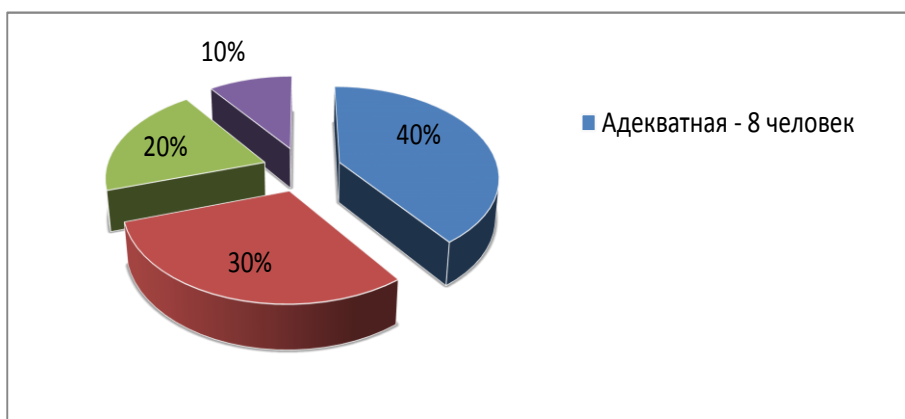


Рисунок 2 – Нагрузки и распределение рабочего времени медицинских сестер

Из блока вопросов, касающихся нагрузки и распределения рабочего времени было выявлено, что 8 (40%) считают нагрузку на рабочем месте - адекватной. Остальные 12 (60%) медицинских сестер считают, что нагрузка на рабочем месте – чрезмерная и связано это, по их мнению, с недостатком кадров – 6 (30%), неправильным распределением рабочего времени – 4 (20%), выполнением несвойственных должностных обязанностей – 2 (10%). Результаты представлены на рисунке 2.

На вопросы, связанные с оформлением медицинской документации 20 (100%) ответили, что оформляется и ведется ежедневно. В последнем вопросе анкеты медицинским сестрам было предложено указать, является ли степень бакалавра, степень магистра или другая степень важной в области ухода за пациентом. 13 (65%) опрошенных респондентов считают, что качественные показатели работы непосредственно связаны с образованием медицинской сестры нового формата.

В результате анкетирования было выявлено что, по мнению медицинских сестер у большинства из них нагрузка на рабочем месте чрезмерная.

Подведение итогов второго этапа исследования, было осуществлено по следующей схеме:

1. Подсчет среднего значения баллов по каждому вопросу всех анкет.
2. Подсчет среднего обобщенного балла по всем анкетам.

Средний медицинский персонал в личном и профессиональном плане были высоко оценены врачами больницы. Максимальное количество баллов получилось при оценке профессиональных качеств среднего медицинского персонала. Средний балл составил – 5,0. Личные качества практически у всех сотрудников были оценены на - 4,5 балла. Средний обобщенный балл второго этапа опроса по профессиональным и личностным качествам составил - 4,8. По итогам этого этапа исследования профессиональные качества среднего медицинского персонала были оценены на самые высокие баллы.

Заключительный этап исследования проводился после предварительного изучения объекта исследования. Мы применили непосредственный вид наблюдения.

В квалификационных требованиях для главной медицинской сестры указано высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» без предъявления требований к стажу работы или техническое и профессиональное (среднее специальное, среднее профессиональное) медицинское образование и первая/высшая квалификационная категория; для старшей медицинской сестры отделения - профессиональное (среднее специальное) медицинское образование по специальности «Сестринское дело» (или «Лечебное дело») или высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело» и сертификат специалиста со средним уровнем квалификации.

При изучении должностных инструкций медицинских сестер было выявлено, что главная медицинская сестра подчиняется непосредственно заместителю главного врача, старшие медсестры подчиняются врачам – заведующим отделениями. Палатная медицинская сестра только по назначению врача осуществляет определение частоты пульса, дыхания, измеряет суточный диурез и т.д., что свидетельствует о недооценке роли сестринского персонала в лечебном процессе. Медицинские сестры с высшим образованием, не обладают полномочиями принятия клинических решений по сестринскому уходу. Выявленные проблемы не позволяют в полной мере использовать потенциал как сестринской, так и врачебной профессии.

Выводы. Исследование показало, что организационная структура больницы требует пересмотр должностных инструкций медицинских сестер разных уровней образования. Для этого необходимо внедрить систему менеджмента сестринского дела в соответствии с международными стандартами.

Литература

1. Алексеева В.М. Научное обоснование системы экономической подготовки медицинских кадров в условиях реформирования здравоохранения: Дис. докт. мед. наук: 14.00.33 М., 2000. - 386 с
2. Алешкина О.Ю., Тупикин Д.В. Современные подходы к системе профессиональной подготовки менеджеров здравоохранения руководителей сестринского персонала с высшим медицинским образованием// Главная медицинская сестра, 2008.-№ 6.-С.157-160.
3. Вагина Е.В., Кадникова Е.А. Проблемы управления кадровым ресурсом в системе сестринской службы // Ремедиум 2007 - № 5. - С. 44.
4. Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года.
5. Хейфец А.С. Обзор и анализ инновации в реформирование сестринского дела в лечебно–профилактических учреждениях России // Главн. Мед. Сестра 2002,2003. №10-12, 1,3.
6. Матвейчик Т.В. Волченков В.Ф. Самодиагностика и профилактика синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости // Учебно–практическое пособие, изд. Бель – МАПО 2002.-23с.

Түйін

Сейдахметова А.А., Дуйсембаева У. Е., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д., Тайгашева Н.М.
"Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы" АҚ, Шымкент қ., Жамбыл жоғары медициналық колледжі,
Тараз қ., Қазақстан

ӘР ТҮРЛІ ДЕҢГЕЙДЕГІ МЕЙІРГЕРЛЕРДІҢ ЛАУАЗЫМДЫҚ НҮСҚАУЛЫҚТАРЫ

Бұл мақалада медициналық көмек көрсетуде айтарлықтай кадрлық резерв құрайтын мейіргерлердің тұлғалық рөлі қарастырылады. Медициналық ұйымдардың ұйымдық құрылымында мейіргердің мейіргерлік күтім тұжырымдамасын білмейтін дәрігерге бағынуы байқалады (бас мейіргер бас дәрігерге бағынады, аға мейіргер – бөлімше дәрігерлеріне бағынады). Мейіргерлік қызмет жүйесін ұйымдастыру, сондай-ақ бас және аға мейіргерлердің құқықтық мәртебесі көптеген міндеттерді атқара отырып, олардың өз бетінше шешім қабылдауға құқығы жоқ. Мейіргерлік істе ұйымның ескірген нысандары басым, және мейіргерлік қызметтердің өкімдерін олардың бастықтары алып тастауы мүмкін. Мейіргерлік қызмет басшыларының міндеттері мен өкілеттіктері арасындағы сәйкестік маңызды болып табылады.

Кілт сөздер: білім беру деңгейлері, мейіргерлер, лауазымдық нұсқаулық, сәйкестік, білім беру, білім беруді жаңарту.

Summary

Seidakhmetova A. A., Duysembaeva U. E., Sultanova Zh.S, Serikova B.D., Taygasheva N.M.
"South Kazakhstan medical academy", Shymkent, Kazakhstan

THE JOB DESCRIPTION OF NURSES OF DIFFERENT LEVELS OF EDUCATION

This article discusses the role of nursing staff as a very significant personnel reserve in the provision of medical care. In the organizational structure of medical organizations there is a subordination of a nurse to a doctor who does not know the concept of nursing care (the chief nurse reports to the chief doctor, senior nurses report to doctors - heads of departments). The organization of the nursing service system, as well as the legal status of the chief and senior nurses are such that having many responsibilities, they do not have the right to make decisions on their own. Nursing is dominated by outdated forms of organization, and the orders of nursing services may be revoked by their superiors. The correspondence between the duties and powers of the heads of nursing services becomes important.

Keywords: levels of education, nurses, job descriptions, compliance of education, modernization

МРНТИ: 76.01.79

ЭОЖ: 616-089.168.1:614.253.52

Қауызбай Ж.Ә., Пашимова И.П., Сейдахметова А.А., Калменов Н.Ж. Идрисов К. С.

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Сайрам орталық аудандық ауруханасы,
Қазақстан

НАУҚАСТАРҒА АРНАЙЫ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Түйін

Бұл мақалада қарастырылып отырғын негізгі мәселелердің бірі тек Қазақстанда ғана емес әлемдік проблема ретінде қарастырылып отырған жүрек жетіспеушілігі бар науқастардың отадан кейінгі өмір сапасын жақсарту. LVAD аппараты жүрекке хирургиялық жолмен имплантацияланатындықтан шығындылығы өте жоғары және отадан кейін ерекше күтімді қажет етеді. Операция қаншалықты жоғары деңгейде өткізілседе, операциядан кейінгі науқастың күтімі өз деңгейінде көрсетілмесе науқастың ұзақ өмір сүре алатындығына ешқандай кепілдік жоқ. Және отадан кейінгі асқынулар көптеп кездеседі. Біздің негізгі мақсатымыз сол асқынулардың алдын алу мен оға өз нәтижесін беру үшін жоғарғы деңгейде мейіргерлік күтімді ұйымдастыру және оны жүзеге асыру. LVAD аппараты қойылған науқастардың отадан кейінгі мейіргерлік күтім сапасын жақсартып, денсаулықтарын нығайту үшін, ең үздік халықаралық тәжірибе негізінде мейіргерлік көмекті дамытып, медициналық даярлаудың жоғарғы деңгейлі жүйесін құруға ат салысу. Мейіргерлік күтімді науқастың пікірін есепке ала отырып нәтижелі әріптестік орнату және шешім қабылдау, жұмыстарды келісу концепциясына сүйене отырып жүргізуге негіздеу.

Кілт сөздер: жүрек жетіспеушілігі, оға, LVAD аппараты, асқынулар, мейіргерлік күтім.

Қазіргі таңда соңғы статистикалық мәліметтер бойынша жүрек-қан тамыр жүйесінің аурулары бірінші орында. Соның ішінде жүрек жетіспеушілігі жүрек ауруларының ішінде ең көп кездесетін және экономикасы дамыған елдер арасында халық өлім-жітімі бойынша алдыңғы қатарда тұрған аурулардың бірі екендігі анықталды. Медицинада осы аурумен сырқаттанатын науқастар санының жыл сайын көбеюі және олардың ерекше ем мен күтімді қажет етуі жаңа технологияларды қолдануды талап етуде [1]. Соның негізінде елімізде соңғы жылдары кеңінен қолданылып жатқан жаңа аппараттардың бірі LVAD. Бұл аппарат жүрекке жалғанатын және хирургиялық жолмен импланттелетін механикалық насос. Қазақстан Республикасында тұңғыш рет 2011 жылы «Ұлттық ғылыми кордиохирургия» орталығында шығындылығы жоғары, жаңа технологиялық операция-сол жақ қарыншаны жасанды сүйемелдеу аппараты имплантацияланды. Бұл технологияның не Ресейде, не Орталық Азияда өткізілмегендігін атап өткен жөн. Операция 2011 жылдың 7 қарашасында Астана қаласының 42-жасар тұрғыны М. жасалды. Ауру салдарынан жүрек өз мүмкіндігінің төрттен бір бөлігі мөлшерінде ғана жұмыс істеген, ол минутына 2 литр

қан айдай алған. Шұғыл шара қолданылмаған жағдайда, Науқас М. бірнеше айдан артық өмір сүре алмас еді. Бүгін LVAD имплантациясының көмегімен оның жүрегі минутына 5 литр қанға дейін айдай алады. Бұл норма болып табылады. Имплантацияны ғылыми кардиохирургия орталығының жетекшісі, еңбегі сіңген әйгілі кардиохирург және оның шетелдік әріптесі Чех Республикасының профессоры Прага қаласынан келген әріптесі өткізді [2]. Бүгінгі таңда әлемде барлығы 7000 астам LVAD аппараты имплантацияланды. Бұл аппарат адам өмірінің сапасын айтарлықтай жақсартып өмірін ұзартуға оң септігін тигізеді. LVAD аппараты - ол қарапайым батареяға көлеміндегі сорғы, оның екі түтігі болады, біреуі қолқаға, ал екіншісі сол жақ қарыншаға қосылып тұрады. LVAD сол жақ қарынша функциясын атқарып тұрады. Сол жақ қарынша ағзаның басқа органдары мен тіндерін қанмен қамтамасыз етіп тұратын ең үлкен және ең қуатты камера болып табылады [3].

LVAD-тың табиғи жүректен айырмашылығы ол қанды үнемі айдап тұрады және бұл жағдайда жүректің соғу ырғағы болмайды. Сондықтан М. сияқты көптеген науқастардың пульсі жоқ. Осы себеппен LVAD имплантацияланған науқастар білезік түріндегі арнайы белгілер тағып жүреді. Онда науқас есінен танып қалған жағдайда оған жедел жәрдем көрсетуші адам науқас қайтыс болды деген қорытынды жасамауы үшін тиісті ақпарат берілген. Болашақта осы технология арқылы Қазақстанда көптеген адамдардың өмірін аман алып қалу мүмкін болады деп күтілуде [4].

Аппарат жүрекке хирургиялық жолмен енгізілетіндіктен LVAD отасы жүргізілгеннен кейін ағзаның қайта қалпына келіп емделуі біртіндеп орындалатын процесс саналады. Науқас ағзасы белсенді әрекетке көшуі үшін ерекше күтім мен бақылауды қажет етеді. Сондықтан мұндай заманауи аппарат қойылған науқастарға күтім жасау заманауи мейіргерлік тәжірибені, көрсетілетін медициналық көмектің сапасын арттыруды, науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім принциптерін дамытуды талап етеді. Науқасқа бағытталған мейіргерлік күтім науқастың пікірін есепке ала отырып нәтижелі әріптестік орнату және шешім қабылдау, жұмыстарды келісу концепциясына сүйене отырып жүргізуге негізделген. Бұл технология әлемдік денсаулық сақтау жүйесіне қарқынды түрде енгізілуде және науқастардың қанағаттануына, мәселелердің нақты айқындалуына, коммуникативті дағдылардың қалыптасуы нәтижесінде науқаспен толық байланыс орнатуға мүмкіндік береді. Елімізде LVAD аппараты қойылған науқастардың отадан кейінгі мейіргерлік күтім сапасын жақсартып, денсаулықтарын нығайту үшін, ең үздік халықаралық тәжірибе негізінде мейіргерлік көмекті дамытып, медициналық даярлаудың жоғарғы деңгейлі жүйесін құру қажет [5].

Статистикалық мәліметтер бойынша 08.11.2011-07.09.2018 жылдар аралығында Қазақстанда LVAD аппараты имплантацияланды: барлығы-267, НМ II-99, НМ III-109, НВ-59, трансплант-25+3, тромбоз-15, қайтыс болғандар-105, өмір сүріп жатқандар-117, 2018 жылы 24 аппарат имплантацияланды. Имплантация жасаған науқастардың арасында ең үлкен жас-76, ең кішісі-9 жас. Отадан кейін ең аз өмір сүрген науқас-2 күн, ең ұзақ өмір сүргені-5 жыл, 11 ай, 7 күн [6].

23.07.2014-07.09.2018 жылдар аралығында Қазақстанда НМ III имплантацияланды: барлығы-109, НМ II-99, трансплант-9, Pump stop-26, қайтыс болғандар-36, өмір сүріп жатқандар-15 [7].

08.11.2011-13.09.2017 жылдар аралығында Қазақстанда НМ II имплантацияланды: барлығы-99, НМ II-99, трансплант-13, Pump stop-10, қайтыс болғандар-56, өмір сүріп жатқандар-18. Бұдан шығатын нәтиже Қазақстанда LVAD аппараты имплантацияланған науқастар саны аз, бірақ бұған мұқтаж науқастар саны өте көп. Операция шығындылығы жоғары болғандықтан барлығына бірдей қолжетімді емес. Сондықтан осы мәселені шешуге байланысты мемлекет тарапынан квота түрлері қарастырылуда [8].

Зерттеудің мақсаты. Облыстық клиникалық аурухананың «Созылмалы жүрек жетіспеушілігі» бөлімшесінде LVAD отасы жүргізілгеннен кейін ем қабылдап жатқан науқастарға отадан кейін болуы мүмкін асқынулардың алдын алу мақсатында арнайы мейіргерлік күтімді ұйымдастыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зерттеу Шымкент қаласы, Облыстық клиникалық аурухананың «Созылмалы жүрек жетіспеушілігі» бөлімшесінде жүргізілді. Бөлімше 40 төсек орынмен қамтылған. Науқастардың 85% - 50 жастан жоғары, 15% - 50 жастан төмен науқастар. Науқастардың шағымы барысында олардың көпшілігі мазасыз, ашуланшақ, ұйқысыздық, жалпы әлсіздік, бас ауруы, бас айналуы, тәбеттің болмауы, т.б.

Ең алдымен LVAD отасы жасалған науқастармен жұмыс жасайтын мейірбике өз ісінің маманы, білімді және аппаратпен толық танысқан, қандайда бір асқынулар болған кезде науқасқа тез арада көмек көрсете алатындай деңгейде болуы қажет. Бұл мейірбикелерге қойылатын талаптар. Бөлімшеде жұмыс істейтін мейірбикелердің барлығы бұл ақпараттармен толық таныс.

Күтімді ұйымдастырудан алдын, болуы мүмкін асқынуларды анықтап алдық. Олар: қан кету, тромбоэмболиялық асқынулар, кабель шығу орнының инфекциялары, жүрек фибрилляциясы, анемия, психикалық бұзылулар, салмақ түсіретін кабельдің зақымдануы, артериялық қысымның жоғарлауы. Жоғарыда аталған асқынулардың алдын алып, болдырмау мақсатында осы критерийлерге сүйене отырып ерекше күтімді ұйымдастырдық.

Нәтижелері мен талқылау. 1) Қан кету. Егер, отадан кейін науқас қандайда бір физикалық жүктеме түсетіндей дәрежеде қимыл-қозғалыс жасаса немесе белгілі бір іспен айналысса, мұндай жағдайда операция жасалынған жараның орны ашылып сыртқа немесе ішке қан кету жағдайы орын алады. Тіпті аппарат қойылған науқастар ауыр жүктерді көтеруден және ауыр физикалық жаттығуларды жасаудан бас тарту қажет. Мұндай жағдайда науқас ағзасына артық салмақ түсіп қансырауы әбден мүмкін. Сондықтан біз

науқастарға жасауға болатын арнайы физикалық жаттығу түрлерін жасап көрсеттік және оларға үйреттік. 2) Тромбоземболиялық асқынулар. Операциядан кейін ұзақ төсектік режимде жатқанда, созылмалы жүрек қан тамыр жетіспеушілігінде, атеросклероз кезеңінде пайда болуы мүмкін. Сондықтан, осы жағдайларды болдырмау мақсатында біріншіден төсектік қалыпта жатқан науқастың қалпын үнемі ауыстыруын қадағалау, төсектік немесе қатаң төсектік тәртіптегі науқастарға орнынан тұрмай физикалық жаттығулармен айналысуды үйреттік. Екіншіден дұрыс тамақтану режиміне көшу. Арнайы №10 диеталық столды тағайындап, осы тәртіп негізінде тамақтануды қадағаладық.

3) Кабель шығу орнына инфекция түсу. Мұндай жағдай көбіне науқастарда шомылу барысында орын алуы мүмкін. Сондықтан біз науқастарға шомылғанда дұрыс ережені сақтауды түсіндірдік. Жетекші сызықтың денеден шығатын тұсына су тимеуін қадағалаңыз және сол жетекші сызықтың денеден шығатын тұсындағы дәкені алмастырған сәтте ғана жуыңыз. Бақылаушы жабдық пен батареяларды жетекші сызықты тартпайтындай бірақ судан қауіпсіз қашықтықта ұстаңыз. Құралдарды сүлгіге мұқият орналастыру олардың ваннадан не раковинадан сусып, құламауын қамтамасыз ететін болады. Ваннада не суға түсу кабинасында арнайы кресло не орындыққа отырыңыз немесе жылы су құйылған бассейнді, жұмсақ мата, сорғышты пайдаланыңыз. Әйтпесе ваннадағы кілемше не еденді суламас үшін раковина алдында тұрып, дымқыл сүлгімен сүргініңіз. Шашыңызды жуу үшін ваннадағы су бүркігішті пайдаланыңыз. Суға түсіп болғаннан кейін, абайсыз тайғанап кетпес үшін аяғыңыздың асты құрғақ екендігіне көз жеткізіңіз. Жетекші сызықтың денеден шығар тұсына ұнтақтарды себуге болмайды.

4) Жүрек фибрилляциясы. LVAD құрылғысын пайдаланатын науқастардың көбіне қанның ұйып қалу мүмкіндігін азайтып, насос жұмысына кері әсер көлемін төмендету үшін Coumadin (варфарин) дәрісін қабылдауға кеңес беріледі. Егер сіз Coumadin дәрісін қабылдайтын болсаңыз, өзіңіз пайдаланатын тағам өнімдері мен диеталық қоспалардағы К дәруменінің шектеулі көлемінің болуын қатаң бақылауда ұстаңыз, өйткені аталмыш дәрумен Coumadin дәрісінің жұмысына кері әсер етіп, оның тиімділік көлемін төмендетеді. Өз ағзаңыздағы К дәруменінің көлемін шектеулі деңгейде ұстау үшін төмендегі кеңестерге назар аударыңыз: К дәрумені бар тағамдар көлемін күніне ½ кесеге дейін азайту. Мұнда пісірілген капуста, шпинат, шалқан, мангольд, және қыша секілді қылып өнімдер жатады. К дәруменінің орташа көлемі бар өнімдерді пайдалануды күніне 1 кесеге дейін 3 мезгілдік уақытқа шақтап пайдалану. Мұнда шикі шпинат, шалқанның жапырағы, салат жапырақтары, брокколи, эндивий, латук және брюссель капустасы жатады (үлесі ½ кесе). Полидәрумендер, шөп қосындылары және К дәруменінің қосындылары бар өнімдерден абай болыңыз. Аталмыш қоспалардың қандай да бір түрін пайдаланбас бұрын дәрігермен ақылдасуын түсіндірдік.

5) Анемия. Жүрекке жасалған отадан кейін көп науқастар анемияға ұшырауы мүмкін – бұл жағдайда ағзаңыздың темірдің қажетті көлеміне қанықпауы салдарынан қан көрсеткіштері күрт төмендеуі байқалады. Анемия кезінде науқас өзін шаршаңқы және мүлдем қуатсыз сезінеді. Ер және әйел адамдар қалыпты жағдайда (екіқабат емес, бала емізбейтін және етеккір циклынан тыс) күніне 10 мг дейін темір көлемін қабылдауы тиіс. Темірдің көп көлемі келесі тағам түрлерінде кездеседі: Байыттылған және кенейтілген дән дақылдары. Дақылдардан жасалған таңғы ас түрлерінің бірқатары ересектердің күнделікті темір қажеттілігін толыққанды қамтамасыз етуге мүмкіндік береді (жалпы 100% мюсли және жүзім жаңғақтарын қоса есептегенде). Ет, балық және құс өнімдері, бұршақ және соя бұршағы, шпинат және жапырақты капуста, кептірілген қара өрік, сары өрік және мейіз. Темірдің ағзаға оңай енуіне септігін тигізетін апельсин, грейпфрут, тәтті бұрыш, құлпынай секілді С дәруменінің жоғары көлемі бар өнімдерді міндетті түрде пайдалануын атап өттік.

6) Психикалық бұзылулар. Кез-келген отадан алдын науқастардың көпшілігінде психологиялық тұрғыдан қорқыныш, үрей болады. Тіпті көптеген науқастарда психикалық бұзылулар орын алып отадан бас тартып жататын кездеріде кездеседі. Ал, ота жүрекпен байланысты болғанда қорқыныш екі еселенетіні анық. Сондықтан мұндай жағдайда науқасқа психологиялық тұрғыдан көмек көрсетіп арнайы седативті терапияны күтімге енгіздік.

7) Артериялық қысымның жоғарлауы. Артериялық қан қысымы жүрек-қан тамыр жүйесі қызметінің негізгі көрсеткіштерінің бірі. Егер адамның дені сау болса, қалыпты артериялық қысыммен қан тамырларында қанның дұрыс айналымы орын алады. Артериялық қысымның физиологиялық нормадан ауытқуы адамға біраз қиындықтар тудырады. Мұндай сырқат дұрыс өмір сүруге кедергі келтіреді және науқастың іс-қимыл әрекеттерін шектейді. Артериялық қысымның жоғарлауы жоғарыда аталған белгілердің салдарынан пайда болады. Сондықтан қысымды жоғарлатпай, бірқалыпта сақтау үшін біз атап өткен ережелердің барлығын қатаң түрде сақтап, күнделікті өмірде қолдануларын талап еттік және күтімді осы критерийлер негізінде аяқтадық.

Қорытынды. Біздің аурухана мейірбикелерімен бірге ұйымдастырған күтімнің арқасында науқастардың отадан кейінгі өмір сапасы жақсарды. Дұрыс тамақтану және диеталық столды күнделікті режимге айналдыру арқасында артық салмағы бар науқастардың 25%-ы артық салмақтан арылды. Отадан кейін суға түсуге үрейленіп жүрген науқастар, біз үйреткен ережелер бойынша душ, ванна қабылдап 95% қатысушылардың өзін-өзі сезінуі жақсарды. Физикалық активтіліктен қатаң төсектік тәртіпте жатқан науқастардың жатқан ағзасы біршама белсенді әрекетке көшті, ал төсектік тәртіптегі науқастардың ағзасы күш жинап, қалпына келе бастады. Ал 90% науқастар медицина қызметкерлері мен жақындарының қолдауы арқасында және мейірбикелердің аппарат жайлы толық мәлімет беріп науқастарға жиі түсіндіру

жұмыстарын жүргізуі нәтижесінде отадан кейін ұзақ өмір сүре алмаймын немесе аппарат кез-келген уақытта тоқтап қалуы мүмкін деген сияқты сан түрлі қорқыныштарынан кішкене болсада арылды. Анемиясы бар науқастарға рационға темір препараты бар тағамдарды енгізудің арқасында біршама нәтижеге қол жеткіздік.

Әдебиеттер

1. Жангирова А.Д. «Ұлттық ғылыми кардиохирургия» орталығы, Астана қаласы. «Heart Magazine Kazakhstan №1», «LVAD аппараты орнатылған науқастар» 23-25бет. 2014 ж.
2. Сақтағанова А.А. «Мейірбике ісі».-2016 жыл. Мейірбикелік істегі қарым-қатынас 9-10бет.
3. Асимов М.А., Нұрмағамбетова С.А., Игнатъев Ю.В. Коммуникативтік дағдылар. Оқулық. Алматы, 2009, - 134 б
4. Кулимова Л.Т. Коммуникация негіздері. Оқу әдістемелік құрал. Қарағанды, 2012, - 66-67, - 74 б.
5. Thompson K. Dhesi P. Nguyen D. Czer L. Moriguchi J, Schwarz E. Evaluation of the HeartMate II™ left ventricular assist device in obese heart failure patients: effects on weight loss. Ann Transplant. 16.04.2011: 63-67.
6. Raymond AL, Kfoury AG, Bishop CJ, Davis ES, Goebel KM, Stoker S, Selzman CH. Clayton SE, Smith H. Cowley CG, Alharethi R. Budge D, Reid BB. Obesity and left ventricular assist device driveline exit site infection. ASAIO J. 2010;56:57-60
7. Dang NC. Topkara VK, Mercado M. Kay J. Kruger KH. Aboodi MS. O/. MC.Naka Y. Right heart failure after left ventricular assist device implantation in patients with chronic congestive heart failure. J Heart Lung Transplant. 2006;25:1-6.
8. Kavarana M, Pessin-Minsley M. Urtecho J. Catanese K, Flannery M, Oz M. Naka Y. Right ventricular dysfunction and organ failure in left ventricular assist device recipients: a continuing problem. Ann Thorac Surg. 2006;73:745-750.
9. Morgan J. John R. Lee B. Oz M, Naka Y. Is severe right ventricular failure in left ventricular assist device recipients a risk factor for unsuccessful bridging to transplant and post-transplant mortality. Ann Thorac Surg. 2004;77:859-863.

Резюме

Қауызбай Ж.Ә., Пашимова И.П., Сейдахметова А.А., Калменов Н.Ж. Идрисов К. С.
АО «Южно-Казakhstanская Медицинская Академия» г. Шымкент, Сайрамская центральная районная больница, Казахстан

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ, ПОЛУЧАЮЩИМИ ЛЕЧЕНИЕ

Одной из основных проблем, рассматриваемых в данной статье, является улучшение качества послеоперационной жизни больных с сердечной недостаточностью, который рассматривается не только в Казахстане, но и как мировая проблема. Из-за того, что аппарат LVAD имплантирован хирургическим путем на сердце имеет очень высокую производительность и требует особого ухода после операции. Не существует никаких гарантий того, что пациент может прожить долгое время, когда операция проводится на высоком уровне, если уход за послеоперационным пациентом не на должном уровне. И послеоперационные осложнения имеют большое количество. Наша основная цель-организация и осуществление сестринского ухода на высоком уровне, чтобы предотвратить эти осложнения и дать свои результаты в операции. Для улучшения качества послеоперационного сестринского ухода и укрепления здоровья больных с поставленным аппаратом LVAD, развития сестринской помощи на основе лучшего международного опыта, содействия в создании системы высокого уровня медицинской подготовки. Обоснование проведения сестринского ухода на основе концепции согласования работ, принятия решений и установления эффективного партнерства с учетом мнения больного.

Ключевые слова: сердечная недостаточность, операция, аппарат LVAD, осложнения, сестринский уход.

Summary

Kauyzbay.Zh.A., Pashimova I.P., Seidakhmetova A.A., Kalmenov N.Z., Idrisov K.S.
The Department of "Ambulance and nursing", JSC "South-Kazakhstan Medical Academy" Shymkent, Kazakhstan
SPECIAL NURSING CARE OF PATIENTS RECEIVING TREATMENT

One of the main problems considered in this article is to improve the quality of postoperative life of patients with heart failure, which is considered not only in Kazakhstan, but also as a global problem. Due to the fact that the LVAD device is surgically implanted on the heart has a very high performance and requires special care after surgery. There is no guarantee that the patient can live a long time when the operation is carried out at a high level, if the care of the postoperative patient is not at the proper level. And postoperative complications have a large number. Our main goal is to organize and implement nursing care at a high level to prevent these complications and to give the results of the operation. To improve the quality of postoperative nursing care and strengthen the health of patients with LVAD, development of nursing care based on the best international experience, assistance in the creation of a system of high level of medical training. Justification of nursing care on the basis of the concept of coordination of work, decision-making and establishment of effective partnership taking into account the opinion of the patient.

Keywords: heart failure, surgery, LVAD, complications, nursing care.

МРНТИ 15.41.21
ЭОЖ 616.891.7

Сүйінбай А.Ә., Сейдахметова А.А., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д., Әден Г.
«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан
ДАҒДАРЫС ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ТҰРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ - ЗОМБЫЛЫҚТЫҢ ТҮРЛЕРІ

Түйін

Мақалада ғаламдық мәселе болып табылатын әйелдерге қатысты зорлық – зомбылық, отбасылық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежелері мен құрылымы, балалар мен жасөспірімдер зомбылығы, балалар құқықтарын қорғау қарастырылады. Тұрмыстық зорлық-зомбылық бойынша Қазақстан Республикасы, Ресей, Швейцария елдерінің мәліметтері көрсетілген. Сонымен бірге, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың түрлері мен сипаты, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың дағдарыс орталығындағы мәселелері, дағдарыс орталықтарындағы көрсетілетін қызмет түрлері, сонымен қатар, қазіргі Қазақстан Республикасындағы тұрмыстық зорлық-зомбылықтың алдын-алу мен зорлық-зомбылықтың жасалу факторлары және әлеуметтік қызметтер зерттеледі.

Кілт сөздер: әйелдер құқығы, физикалық зорлық-зомбылық, психологиялық зорлық-зомбылық, экономикалық зорлық-зомбылық, шиеленістер.

Өзектілігі: Тіпті ең жақын адамдарымызға да айта бермейтін тақырыптар болады. Солардың бірі - тұрмыстық зорлық-зомбылық. Бұл - жүз мыңдаған әйелде кездесетін өзекті мәселелердің бірі. Отбасындағы зорлық-зомбылық – бұл бір адамның билікті сақтау және басқа адамға бақылау жасауымен сипатталатын мінез-құлқ жүйесі. Отбасылық зорлық-зомбылық циклді түрде дамиды: отбасылық зорлық-зомбылықтың негізгі ерекшеліктерінің бірі - бұл зорлық-зомбылықтың көптеген түрлерінің (физикалық, жыныстық, психологиялық және экономикалық) болуы.

Сарапшылар тұрмыстық зорлық-зомбылықтың латенттілігі, жабықтылығы сияқты ерекшеліктері барын айтады, өйткені, әйелдер өз мәселелерін айналасындағы адамдар дұрыс түсінбей қалуы мүмкін деген оймен айтуға қорқады. Бұл тұрмыстық зорлық-зомбылықтың шешілуін қиындата түседі. Кейде әйелдерге бұл жағдайдан шығар жол жоқ және болмайтындай көрінеді. Бірақ оның шешімі әрқашан бар және қоғамдық жұмыс қызметкерлері тығырықтан шығуға көмектеседі [1].

Ресейлік қылмыстық статистика адам өлімінің 80% үй жағдайында жасалатындығын көрсетеді. Швейцариялық сарапшылар отбасылық зорлық – зомбылықтың муниципиялық және федеральды шығыны жыл сайын шамамен 400 млн швейцариялық франкты құрайды деп санайды. Отбасылық зорлық - зомбылықтың негативті салдары 87,2% психикалық ауытқушылық және 71,4% денсаулыққа физикалық зиян келтіру, 37,5% мінездің нашарлауы, 34,8% репродуктивті функциялардың бұзылуына алып келеді [2].

Қазақстан Республикасының статистикалық мәліметтері бойынша, тұрмыстық зорлық-зомбылықтың салдарынан жыл сайын республикада 500-ге жуық әйел адам көз жұмады екен. Дағдарыс орталығы одағының зерттеулері бойынша, Қазақстанда әрбір үшінші әйел соққыға жығылады, ал әрбір бесінші әйел зорлаудың құрбаны болады екен. Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың алдын алу жөніндегі заңдар келесі міндеттерді көздейді: шұғыл түрде тұрмыстық зорлық-зомбылықтың жолын кесу; жәбірленушіге қауіпсіздік жағдайларын жасау; жәбірленушіге көмек түрлерін көрсету (ақпараттық, құқықтық, психологиялық және т.б.) және құқық бұзушыға қатысты тұрмыстық зорлық-зомбылықтың жеке профилактикалық шараларын қолдану. Тұрмыстық зорлық-зомбылық - күш көрсету, психологиялық, сексуалдық және (немесе) экономикалық зорлық-зомбылық түрінде болуы мүмкін. Күш көрсету зорлық-зомбылығы – дене күшін қолданып, денені ауыртып, денсаулыққа қасақана зиян келтіру.

Психологиялық зорлық-зомбылық – адамның психикасына қасақана әсер ету, оны қорқыту, қорлау, бопсалау немесе құқық бұзушылықтарды немесе өмірге немесе денсаулыққа қауіп төндіретін, сондай-ақ психикалық, дене және жеке басы дамуының бұзылуына әкелетін әрекеттерді жасауға мәжбүрлеу (еріксіз көндіру) арқылы ар-намысы мен абыройын кемсіту. Балаларға, әсіресе кішкентай балаларға зорлық-зомбылықтың үй, отбасы ішінде көрсетілуі көзге түсе қоймағандықтан, көп жағдайда мойындалмайды. Балаларға қауіп-қатер сыртта жүргенде бөгде адамдар тарапынан төнеді деген жалған пікір қалыптастыру үрдісі байқалуда. Жағдайдың шатақ болуы мәселенің күрделілігіне байланысты, сондай-ақ балалар жайлы пікірдің индивидуум және отбасының басқа мүшелері сияқты қорғалу құқығы бар құқық субъектісі болудан гөрі, ата-анасының меншігі ретінде қалыптасудың салдары. Балаларға қатыгездік көрсету және адамзаттық абыройына нұқсан келтіру, оларды ата-аналарының және өзге қамқоршыларының жазалауын қоғамдық пікірдің қолдауы.

Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың алдын-алу мәселесінде ең маңыздысы құқық бұзушыны жазалау емес, отбасын қолдау және сақтау. Жазалау шараларынан гөрі алдын алу шараларын қарастыру, құпиялылық, өмірлік қиын жағдайда жүрген әрбір адаммен жеке жұмыс жүргізу сияқты принциптер басшылыққа алынады. Сондықтан, тиісті мемлекеттік органдардағы зорлық-зомбылықтың алдын алумен айналысатын қызметкерлер отбасы және адам психологиясын жақсы білетін, тәжірибесі мол азаматтар болуы қажет. Бұл ретте құқық қорғаушылардың алдында күрделі міндеттер пайда болады. Оларды ойдағыдай шешу үшін Ішкі істер министрлігіне сапалы нұсқамалар жазып, біліктілігін арттыру және қайта

дайындау, психологиялық курстарды ұйымдастыру қажет болады. Бірақ, қазірдің өзінде полиция органдарында мамандандырылған, яғни әйелдерге, балаларға қарсы жасалған қылмыстармен айналысатын құрылымдар бар. Жасөспірімдер мен отбасына қатысты істерді қарайтын арнайы мамандандырылған соттар құрылған [3].

Отбасындағы зорлық-зомбылық – адамның жеке өміріне араласудың ең қауіпті түрі, өйткені адам өмірінің негізгі құндылығы болып табылатын денсаулығына қауіп төндіреді. Қылмыстың мұндай түрі жалпы алғанда, мемлекет пен қоғамға түзелмес зиян келтіреді, отбасындағы келіспеушіліктер мен түсініспеушіліктер отбасы ішлік шиеленістерге алып келеді, отбасылық шиеленістерді зорлық-зомбылық арқылы шешеді. Соңғы уақытта, отбасылық-тұрмыстық қылмыстардың ішінде агрессивті отбасылық қылмыстар көбейген. Әсіресе, отбасындағы зорлық-зомбылық өзін-өзі қызықтыру мақсатында (мұрагерлік мәселелері және т.б.) орын алса, қылмыскерлер одан да қатаң болады. Қазіргі уақытта, заңға сәйкес, көмелетке толмағандарға заңдық өкілдіктерсіз ойын-сауық мекемелеріне келуге тыйым салынады және 21 жасқа толмаған жасөспірімдерге алкоголь өнімдерін сатуға тыйым салынады. Мемлекеттік органдармен қатар, түрлі үкіметтік емес ұйымдар отбасын зорлық-зомбылықтан, әсіресе Қазақстанда қорғауға қатысады, 24 үкіметтік емес ұйымдар әйелдерді және балаларды зорлық-зомбылықтан қорғайды. Сонымен бірге, отбасындағы зорлық-зомбылықтан қорғау үшін 2 ерлердің дағдарыстық орталықтары бар. Нақтырақ айтсақ, тіпті ер адамдар да бұл қылмыс түрінен зардап шегеді.

2001 жылы Ақтөбе қаласында әйелдердің кәсіби деңгейіне қарамастан қазіргі заманға сай қоғамдық және өмірлік бағыт-бағдар беруді мақсат еткен ұйым құрылды. 1998 жылы Алматы қаласында Әділет департаментіне коммерциялық емес қоғамдық ұйым - «Құрбылар» дағдарыс орталығы тіркелген, өмірлік қиын жағдайда жүрген әйелдерге көмектесетін Қазақстандағы ашылған ең алғашқы дағдарыс орталығы болды.

Мұндай орталықтардың бағыты – зорлық-зомбылық көрген әйелдер мен балаларды психологиялық қалпына келтіру мен әлеуметтік бейімдеу, зорлық-зомбылықсыз қоғам қалыптастыру, қоғам ойын зәбір көрсетуші мен зардап шегушіге әрекеттестіру болды [4].

Дағдарыс орталықтарының негізгі мақсаты – адам құқығы мен бостандығын негізге ала отырып, әйелдер құқығының қорғалуын қамтамасыз ету; зорлық – зомбылық құрбанына әлеуметтік, психологиялық және құқықтық қолдау көрсету;

Негізгі қызметтік бағыттары – тұрмыстық зорлық-зомбылықтан зардап шегушіге көмек көрсету, адам саудасына қарсы әрекет ету, адам және балалар құқығын қорғау, отасына қолдау көрсету, еңбек мигранттарының құқығын қорғау.

Дағдарыс орталығына келушілерді зорлық – зомбылық дәрежесіне байланысты бірнеше топқа бөлінеді: психо-физикалық зорлық-зомбылыққа ұшыраған әйелдер мен жасөспірімдер, аяғы ауыр жасөспірімдер мен жасөспірім аналар, көмелет жасқа толмаған балалары бар ажырасу жағдайындағы әйелдер, өміріне және денсаулығына қауіп төніп тұрған әйелдер мен жасөспірімдер [5].

Дағдарыс орталығына келгенде әйелдер мына қызмет түрлерін алады: әлеуметтік – экономикалық қызмет (Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес отбасыларға әлеуметтік көмек көрсетуді жүзеге асыру, сонымен бірге, мамандық таңдау, жұмысқа орналасу, біліктілігін арттыру, уақытша және тұрақты жұмысқа орналасуын жүзеге асыру), әлеуметтік – құқықтық қызмет (арнайы құқықтық кеңес беру, зейнетақыны және басқа да құжаттарды рәсімдеу немесе қайта қалпына келтіру), әлеуметтік – психологиялық қызмет (шұғыл психологиялық көмек, өзара қолдау көрсететін топтарға және қарым-қатынас клубтарына қатысуына көңіл бөлу, уайымын сейілту мақсатында психологиялық тренингтер өткізуді қамтамасыз ету), әлеуметтік – педагогикалық қызмет (экскурсия, көрме, театр, концерттер және басқа да мәдени іс-шараларға қатысуын қамтамасыз ету, т.б.), әлеуметтік – медициналық қызмет (Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес әлеуметтік – медициналық қызмет алуын қамтамасыз ету). Дағдарыс орталығындағы қызметкерлердің кәсіби біліктілігінің арқасында жылына 23 000-нан астам тұрмыстық зорлық-зомбылық көрген әйелдер өмірлік қиын жағдайлардан шығатын жол таба білді. Жыл сайын дағдарыс орталықтарында әйелдерге қатысты тұрмыстық зорлық-зомбылықты ескертетін және алдын-алатын әлеуметтік маңызды жобалар жасалынады. Қазақстанның әлеуметтік қызмет көрсету және халықты әлеуметтік қорғау жүйесінде өмірлік қиын жағдайда жүрген әйелдермен әлеуметтік жұмыс жасау маңызды компонент болып табылады, оның негізін – ғылыми, қолданбалы, тәжірибелік және ұйымдастырушылық аспектілер құрайды [6].

Отбасылық жанжал мен зорлық-зомбылық жағдайларының айырмашылығын білген маңызды: жанжал жергілікті оқшауланған сипатта болса, зорлық – зомбылық жүйелі негізде және белгілі бір оқиғалардан тұрады [7].

Қақтығыстың негізі белгілі бір мәселені шешуге бағытталады. Ал, отбасындағы зорлық-зомбылық – отбасын билеу мен зардап шеккен тарапты бақылау мақсатында орын алады. Жәбір көрсетуші адам зорлық – зомбылықтың нақты себептерін түсіндіре алмайды [8].

Зерттеу мақсаты: Дағдарыс орталығында әлеуметтік көмек алатын әйелдердегі тұрмыстық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежесі мен құрылымын зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу Шымкент қаласы, «Көмек» дағдарыс орталығында жүргізілді. Дағдарыс орталығында осы уақытқа дейін стационарлы түрде әлеуметтік көмек алған әйелдер мен

балаларының саны - 95. Әр әйелде орташа алғанда – 4 - 7 балаға дейін бар. Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың ауырлық дәрежесін бағалау үшін арнайы «бағалау парағы» құрастырылды. Ол зорлық-зомбылықтың физикалық, психологиялық және экономикалық дәрежесін анықтауға мүмкіндік береді.

Бағалау парағы 3 негізгі бөлімнен тұрады. 1- бөлімі – физикалық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде денсаулыққа зиян келтіру, күш көрсетіп ұрып – соғу, сыйламау, айналасындағы заттарға зиян келтіру және басқа да зорлық – зомбылық әрекеттерді сұрастыру арқылы әйелдерді бағаладық. 2-бөлімі – психологиялық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде әйелдің психикасына әсер ететін жағдайлар: қатігездік, мазақ етушілік, адамды кемсіту, балағаттау, бопсалау, зардап шегушінің адами құндылығын төмендету, теріс эмоция туғызатын басқа да іс- әрекеттерімен бағаладық. 3- бөлімі – экономикалық зорлық – зомбылық. Бұл бөлімде жеке басты қуәландыратын құжаттарынан айыру, өмір сүруге қажетті қаражаттан, тұрғын үйден, киім мен тамақтан айыру және басқа да зорлық – зомбылық әрекеттерді сұрастыру арқылы әйелдерді бағаладық.

«Бағалау парағында» максималды балл – 16 балл. 1 немесе 0 деген баға арқылы бағаланады. 10 баллдан жоғары болса – зорлық – зомбылықтың ауыр дәрежесі болып есептелінеді.

Нәтижелері және талқылау. «Бағалау парағы» сараптамасы – 56 әйелге жүргізілді. Осы сараптама бойынша 30 әйел зорлық – зомбылықтың физикалық дәрежесімен, 15 әйел – психологиялық дәрежесімен және 11 әйел экономикалық дәрежеде зардап шеккені анықталды. Яғни, физикалық зорлық – зомбылық – 63%, психологиялық зорлық – зомбылық – 25%, ал экономикалық зорлық – зомбылық дәрежесі – 12% - ды құрады. Соның ішінде, физикалық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 10 әйелден 6 әйел (59%) - ауыр дәрежеде (олардың отбасына қайта оралуға ойы жоқ), 4 әйел (41%) - орташа ауырлық дәрежеде деп бағаланды. Ал, психологиялық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 4 әйелден 3 әйел (75%) - ауыр дәрежеде, 1 әйел (25%) - орташа дәрежеде екендігі анықталды. Экономикалық зорлық – зомбылықтан зардап шеккен 2 әйелдің ауырлық дәрежесі (100%) орташа деп бағаланды.

Қорытынды. Қорыта келе, 63% - физикалық факторлардың нәтижесінде, 25% - психологиялық факторлардың нәтижесінде, 12% - экономикалық факторларға байланысты тұрмыстық зорлық- зомбылықтан зардап шеккен әйелдер отбасына қайта оралуға ниеті жоқ. Тұрмыстық зорлық- зомбылықтан зардап шеккен әйелдер ішінде физиологиялық факторлардың әсері жоғары деп есептелді.

Әдебиеттер

1. Бойченко Л. Женская преступность, вопросы преодоления домашнего насилия, преступления против женщин в Республике Коми // Права женщин в России. Законодательство и практика.-№4-2008–С.28–35.
2. Борбат А.В., Ильяшенка А.Н., Пономарев П.Г. Насильственная преступность в семье: меры предупреждения // Российский следователь. 2012г, № 2 – стр. 89
3. Сарсенбаев Т.А., Тұрмыстық зорлық - зомбылықпен күрес. Алматы, 2013 ж., - 195 б.
4. Сборник статистических данных о преступности и результатах деятельности правоохранительных органов и судов в Республике Казахстан за 12 месяцев 2013 г. – Астана, 2014.
5. Данилова О.Л. Психология восприятия насилия: культурный и гендерный аспекты- СПб., 2015.- 391с.
6. Серикбаев Т.А. Здоровье ребенка и его охрана в уголовном праве: автореф.– Алматы, 2009ж.
7. Алимбекова Г.Т. Проблема насилия в отношении женщин: социологический анализ.-Алматы, 2008.–264 с.
8. Елена Архипова Насилие в семье. / Елена Архипова. - Москва: Гостехиздат, 2016г. - 910 стр
9. Савкина И.: Мужественное и женственное в автобиографических записках Н.Дуровой//сб.статей–М., 2012

Резюме

Сүйінбай А.Ә., Сейдахметова А.А., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д., Аден Г.

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

ВИДЫ И ХАРАКТЕР БЫТОВОГО НАСИЛИЯ В КРИЗИСНОМ ЦЕНТРЕ

В статье рассматриваются насилие в отношении женщин, степень тяжести и структура семейного насилия, насилие детей и подростков, защита прав детей. Данные по бытовому насилию представлены в Республике Казахстан, Российской Федерации, Швейцарии. В нем также рассматриваются типы и характер насилия в семье, проблемы домашнего насилия в кризисном центре, услуги, предоставляемые в кризисных центрах, а также предупреждение насилия в семье в Республике Казахстан и факторы насилия и социальных услуг.

Ключевые слова: права женщин, физическое насилие, психологическое насилие, экономическое насилие, конфликты.

Summary

Suinbai A.A., Seidakhmetova A.A., Sultanova Z.S., Serikova B.D., Aden G.

South Kazakhstan Medical Academy

THE TYPES AND NATURE OF DOMESTIC VIOLENCE CRISIS CENTER

The article deals with violence against women, the severity and structure of family violence, violence of children and adolescents, protection of children's rights. Data on domestic violence are presented in the Republic of Kazakhstan, the Russian Federation and Switzerland. It also examines the types and nature of domestic violence, the problems of domestic violence in the crisis centre, the services provided in crisis centres, as well as the prevention of domestic violence in the Republic of Kazakhstan and the factors of violence and social services.

Key words: women's rights, physical violence, psychological violence, economic violence, conflicts.

МРНТИ 76.29.30
 ЭОЖ 618.173-084

Эдилова Р.М., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Серикова Б.Д., Тайгашева Н.М.
 «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қаласы, Қазақстан

ПОСТМЕНОПАУЗАДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Түйін

Әйелдердің жасы постменопауза кезеңіне жеткен соң артериялық гипертензия мәселесі өзекті болып табылады. Артериялық гипертензия жүрек-қантамыр ауруларына әкеліп соғып, өлім-жітімді көбейтеді. Сол себептен артериялық гипертензиясы бар постменопаузадағы әйелдерге «Денсаулық мектебі» бағдарламасының ұйымдастыру маңызды болып табылады. Бағдарлама осы кезеңдегі әйелдердің өмір сапасын жақсартып, артериялық гипертензияның өту ағымын жеңілдетеді.

Кілт сөздер: артериялық гипертензия, постменопауза, екіншілік профилактика, психоэмоционалдық бұзылулар, климактериялық синдром.

Мақсаты: №1 Шымкент қалалық клиникалық ауруханасында артериялық гипертензиясы бар постменопаузадағы әйелдерге «Денсаулық мектебі» бағдарламасының тиімділігін бағалау.

Өзектілігі: Әйелдерде еркектерге қарағанда қан қысымы әдетте төмен болады. Алайда, постменопаузадан кейін, әйелдерде артериялық гипертензияның таралуы еркектерге қарағанда жоғарылайды. Сонымен қатар, ерлерге қарағанда әйелдердің басым көпшілігі терапевтік режимдерді ұстанатынына және олардың қан қысымы ерлерге қарағанда жиі өлшенетініне қарамастан, әйелдерде жүрек-қантамыр аурулары өлім-жітімінің басты себебі болып табылады [1]. Әйелдердің жасы ұлғайған сайын артериялық гипертензия мәселесі өзекті болып келеді. Постменопаузаның басталған уақытын көбіне жүрек қантамыр ауруларының көбею кәтерімен байланыстырады [2]. Осылайша, эстроген мен прогестерон деңгейінің күрт төмендеуімен сипатталатын менопаузаның пайда болуы артериялық гипертензияның дамуына ықпал етеді [3].

Гипертензияны қадағалаудың шектеулілігінің негізгі себептерінің бірі науқастың өз ауруының бар екендігінен жеткіліксіз хабардар болуы, гипертензияның алдын алу шараларын білмеуі, сондай-ақ науқастардың дәрігер айтқан ұсыныстарын төмен деңгейде сақтауы. Бұған қоса, постменопауза кезеңінде семіздік, диеталық өзгерістер, қимылсыз өмір салты сияқты факторлар глюкозалық төзімділікке, инсулин сезімталдығының төмендеуіне және метоболизм алмасуларының бұзылуына алып келеді. Бұл, өз кезегінде, артериялық гипертензияның өту ағымын нашарлатады [4, 5, 6].

Адамның денсаулығы өзінің өмір салтымен анықталады және адам өз денсаулығына өзі қамқорлық жасамаса оған ешқандайда жоғары инновациялық технология көмектеспейді [7]. Жоғарыда айтылғандай, науқастардың бұл категориясында метаболикалық бұзылыстар анықталған-дықтан, медикаментозды емес терапия мәселесі маңызды орынға ие болуы керек. Артық салмағы бар әйелдерге төмен калориялы диетаны тағайындау салмақ жоғалуына, қан қысымының төмендеуіне әкеледі және инсулинге төзімділік, қант диабеті, гиперлипидемия, сол жақ қарыншалы миокард гипертрофиясы сияқты қауіпті аурулардың алдын алады [8]. Алдын алу бағдарламаларының нәтижелілігінің маңызды факторына постменопауза кезеңіндегі және сол кезеңге жақындаған әйелдердің өз денсаулығына деген қарым-қатынасы және денсаулығына теріс әсер ететін факторлар жөнінде хабардар болуы жатады [9]. Сол себептен «Денсаулық мектебі» бағдарламасын постменопауза кезеңіндегі әйелдер арасында ұйымдастыру маңызды болып табылады.

Материал және әдістер: №1 Шымкент қалалық клиникалық ауруханасында терапия бөлімінде стационарда ем қабылдап жатқан 40 артериялық гипертензиясы бар постменопаузадағы әйелдер арасында «Денсаулық мектебі» құрылды. «Денсаулық мектебінде» сабаққа келмеген 40 әйел салыстырмалы топты құрады. Салыстырмалы топтағы әйелдердің хал-жағдайы туралы ақпараттар қашықтан хабарласу арқылы алынып отырды. «Денсаулық мектебі» тобындағы науқастар медикаментозды және медикаментозды емес емдеудің барлық ережелеріне, сондай-ақ денсаулық жағдайын өздігінен бақылауға қатысты міндеттерін орындауға келісті. Екі топтың қатысушыларының орта клиникалық сипаттамасын анықтадық. (1 кесте)

1 кесте - Әйелдердің клиникалық сипаттамасы

Клиникалық сипаттама	Бақыламалы топ	Салыстырмалы топ
Әйелдер саны	40	40
Орта жасы	54,95±1,5	56,8±1,7
Дене салмағының индексі	27,3±2,5	29,4±1,3
Систолалық АҚ	161±21	162±24

Диастолалық АҚ	92±10	93±12
----------------	-------	-------

Денсаулық мектебінің басты мақсаты - тәуекел факторларын, әсіресе темекі шегуді тоқтатуды жоюға көмектесу; науқастар мен олардың отбасыларына өмір сапасын жақсарту үшін әлеуметтік және отбасылық қолдау мүмкіндігі туралы хабарлау; қан қысымын өлшеуде практикалық дағдыларды үйрету; гипертония асқынуларының дамуына жол бермеу.

Әйелдердің денсаулығын қадағалауда артериялық гипертензия жөнінде толық хабардар болу маңызды болып табылғандықтан, қатысушылар арасында ақпарат алу көздері жөнінде сауалнама алынды (1 диаграмма).

1 диаграмма – Сауалнама көрсеткіштері



Топ мүшелерінен ең алғашқы және соңғы күні САН сауалнамасы алынды. САН сауалнамасын – 1973 жылы И.С. Сеченов атындағы Мәскеу медициналық институтының мүшелері В. Доскин, Н. Лаврентьева, В.Ш. Шарай және М.Мирошников әзірлеген. Әдіснаманы әзірлегенде, авторлар функционалды психо-эмоционалды жағдайдың үш негізгі компоненті - әл-ауқат, белсенділік және көңіл-күйді полярлы бағалаумен сипаттайтын, оның арасында аралық мәндердің үздіксіз дәйектілігі бар екендігін көрсетті.

Денсаулық мектебіне қатысатын интерактивті оқытылу группасында 5 тақырып бойынша 10 сабақ жүргізіліп, пациенттерге ақпараттық материалдар берілді. Жоспарға салауатты өмір салтын қалыптастырудың негізгі компоненттері кіреді. Екі топтағы әйелдерден олардың өмір сапасын бақылау мақсатында алғашқы күні және 3 айдан кейін Дүниежүзілік денсаулық ұйымының өмір сапасын бағалаудың қысқаша сауалнамасы (WHOQOL-BREF) алынды (2 кесте). WHOQOL-BREF қысқаша сауалнамасы келесі кең ауқымды элементтерден тұрады: физикалық денсаулық, психологиялық денсаулық, әлеуметтік қатынастар және қоршаған орта. WHOQOL-BREF сауалнамасы түпнұсқаның қысқартылған нұсқасы болып табылады. Респонденттерге өз сезімдеріне қатысты жалпы және жеке 26 сұраққа жауап беруі ұсынылады. Сәйкесінше сауалнаманың талаптарына сәйкес, респонденттер бағаланады.

2 кесте - Өмір сапасының көрсеткіштері

Өмір сапасын бақылайтын шкала	Бақыланатын топ (n=40)		Салыстырмалы топ (n=40)	
	Бастапқы	3 айдан кейін	Бастапқы	3 айдан кейін
Физикалық жұмыс (PF)	53,6 ± 4,1	69,7 ± 4,5*	58,2 ± 4,5	60,4 ± 3,5*
Рөлдік физикалық жұмыс (RP)	45,6 ± 5,5	61,7 ± 5,6*	45,0 ± 4,9	50,6 ± 4,1*
Ауырсыну (BP)	42,3 ± 4,6	47,1 ± 4,4	38,2 ± 5,4	40,3 ± 5,4
Жалпы денсаулық (GH)	36,9 ± 4,0	52,2 ± 4,2*	40,0 ± 4,2	45,2 ± 4,1
Өмір сүруге бейімділік (VT)	42,1 ± 5,0	55,7 ± 4,6*	43,7 ± 4,5	47,7 ± 4,5
Әлеуметтік жұмыс (SF)	62,5 ± 4,5	80,4 ± 4,6*	61,5 ± 4,5	68,0 ± 4,8
Эмоционалды жұмыс (RE)	52,2 ± 5,6	85,6 ± 5,7*	55,4 ± 5,6	60,5 ± 5,4
Психологиялық денсаулық (MH)	43,6 ± 4,9	60,0 ± 5,0*	50,3 ± 4,7	51,0 ± 4,8
Хал-жағдай динамикасы (CH)	38,3 ± 3,8	42,9 ± 4,0	41,2 ± 4,1	43,5 ± 4,0

Нәтижелері: Медициналық-әлеуметтік портреттің негізгі сипаттамалары: аурудың ұзақтығы - 9,8 ± 0,3 жыл; орта арнайы білімі бар (52%), артериялық гипертензиясы бар екенін білетіндер (95 ± 2,1) және үйлесімді аурулар (83 ± 1,2), артериялық гипертензияның ұзақтығы 5 жыл (35 ± 1,8) (4,3 ± 1,2 жас). Терапияны тұрақты қабылдамай, тек денсаулық жағдайы нашарлағанда препарат қабылдайтындар (емделу жиілігін бұзу) (37 ± 2,5), емдеуді жүргізуге және емдеуге, дәрігерге қаралатындар (20 ± 3,1), өздігінен емделумен айналысатындар (60 ± 4,2). Көптеген адамдар (92 ± 2,3) дәрі қабылдауды ұмытып немесе дәрі қабылдау режимін сақтамайтындар (49 ± 3,2) өзін жақсы сезінгенде дәрі қабылдамайтындар (25 ± 4) болып табылады. Екі топ қатысушыларының САН сауалнамасы бойынша көрсеткіштері 3 кестеде көрсетілген.

3 кесте - САН тестінің динамикасы

Бақылау шкаласы	Негізгі топ		Салыстырмалы топ	
	Бастапқы	3 ай	Бастапқы	3 ай
Хал-жайы	37,9±2,5	46,4±2,7*	38,2±2,8	42,0±2,8
Активтілігі	40,5±1,7	48,7±1,4*	40,5±1,5	42,5±1,6
Көңіл күйі	42,7±2,3	54,2±2,6*	41,2±2,8	43,5±2,7

Қорытынды: Салыстырмалы топтағы қатысушылардың өмір сапасы «Денсаулық мектебінің» бақылаушыларымен салыстырғанда өзгермеді. Өйткені 12 (30%) әйелде қан қысымының диапазоны 150/100 мм құрайды. Салыстырмалы топтағы қатысушылар арасында гипертониялық криздердің жиілігі, сондай-ақ медициналық көмекке сұранысы өзгеріссіз қалды. Бақыланатын қатысушылардың тобында 24 (60%) әйелде тамақтану мәзіріндегі өзгерістерге байланысты дене салмағының жоғалуы байқалды, бұл өмір сүру сапасын жоғарылатуды және басқа ауруларды алдын-алуды білдіреді. Бірінші топтағы 20 (50%) әйелде күнделікті систолалық және диастолалық қан қысымы 10/5 мм-ге дейін төмендеді. Осы топтағы әйелдер денсаулығына қарамастан күнделікті қан қысымын өлшеу маңыздылығын түсінді. Артериялық гипертензиямен ауыратын постменопаузадағы әйелдердің «Денсаулық мектебі» білім беру бағдарламасына белсене қатысуы жеке тұлғаның психологиялық көзқарасына байланысты.

«Денсаулық мектебін» бітіргеннен кейін әйелдерден оқытудың сапасы туралы сауалнаманы жасырын түрде толтыруға шақырдық. Сауалнама нәтижелері пациенттердің оқыту сапасын жақсы бағалайтынын көрсетті. Мұндай бағдарлама топтағы әйелдер арасында алғаш рет өткізіліп отқандықтан, оларда салыстыру мүмкіндігі болмады. Алайда, барлық науқастар осы сабақтардан алған білім дәрежесін «жақсы» және «өте жақсы» деп бағалады. Барлық пациенттер сондай-ақ бағдарлама кезінде алған білімдерін болашақта ұмытпай орындауға ниет білдірді.

Әдебиеттер

1. Chae C.U., Derby C.A. The menopausal transition and cardiovascular risk. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38(3):p.477-88.
2. Soules MR, et al. Резюме: Этапы Семинара по репродуктивному старению (STRAW). *Fertil Steril.* 2001; 76 (5): p.874-8.
3. Burger HG, et al. Overview of hormonal changes in the menopausal transition: focus on the results of the project of the Melbourne project "Life in average life." *Update Hum Reprod.* 2007; 13 (6): p.559-65.
4. Williams T.P., Vranizan K.M., Austin M.A. et al. Association of age, adiposity, alcohol intake, menstrual status and estrogen therapy with high-density lipoprotein subclasses.// *Atherosclerosis and thrombosis - 1993 - Vol.13 (Suppl.II)-p.1654-1661.*
5. Lindquist O. Intraindividual changes in blood pressure, serum lipids and body 131weight in relation to menstrual status: results from prospective population study of women in Goteborg, Sweden.// *Prev. Med - 1982 - 11 - p. 162-172.*
6. Александрова А.А., Кухаренко С.С., Белянова О.А. и др. Распределение жира в организме: с чем связаны прогностические свойства в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости.// *Кардиология-1996-т.36- №3 -с.56-63.*
7. Paramsothy P., et al. The duration of the menopausal transition is longer in women with an early age: a multi-ethnic study of the health of women throughout the nation. *Menopause.* 2017; 24 (2): 142-149.
8. Барт Б.Я., Бороненков Г.М., Беневак В.Ф. *Российский кардиологический журнал* » N 5 2001; с.31-34.
9. Lidfeldt J., Nyberg P., Nerbrand C, et al. Biological factors are more important than socio-demographic and psychosocial conditions in relation to hypertension in middle-aged women. *The Women's Health in the Lund Area (WHILA) study.* *Blood Press.* 2002;11(5):p.270-8.

Резюме

Әдилова Р.М., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Серикова Б.Д., Тайгашева Н.М.

Южно-Казахстанская медицинская академия

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Когда женщина достигает постменопаузального периода, увеличивается риск артериальной гипертензии. Артериальная гипертензия приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям и увеличивает смертность. Поэтому организация программы «Школа здоровья» очень важна для женщин с артериальной гипертензией в постменопаузальном периоде. Программа помогает улучшить качество жизни у женщин на данном этапе и упрощает течение артериальной гипертензии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, постменопауза, вторичная профилактика, психоэмоциональные расстройства, климактерический синдром.

Summary

Edilova R.M., Seidakhmetova AA, Kauyzbay Z.A., Serikova B.D., Taigasheva N.M.

South Kazakhstan Medical Academy

PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN POSTMENOPAUSAL WOMEN

When a woman reaches the postmenopausal period, the risk of arterial hypertension increases. Hypertension leads to cardiovascular diseases and increases mortality. Therefore, the organization of the School of Health program is very

important for women with arterial hypertension in the postmenopausal period. The program helps to improve the quality of life in women at this stage and simplifies the course of arterial hypertension.

Key words: arterial hypertension, postmenopause, secondary prophylaxis, psycho-emotional disorders, menopausal syndrome.

МРНТИ 76.35.35
УДК.616-082-039.75

Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Калменов Н.Ж., Әден Г., Қылышбеков Қ.Д.
АО«Южно-Казахстанская Медицинская Академия», город Шымкент, Казахстан

АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ИХ СЕМЬЯМ

Резюме. В статье рассмотрены актуальные и сложные проблемы современного общества – онкологии, а именно – социально-медицинской работы с онкологическими больными и их семьями. Мы акцентировали внимание на паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным и их семьям, организация которой занимает особое место в социально-медицинской работе с такими больными. Паллиативная помощь представляет собой активную помощь больным с длительно текущими заболеваниями в то время, когда заболевание не поддается лечению и когда управление болью и другими симптомами является важнейшей социальной, психологической и духовной проблемой, оказание помощи больным до самой смерти. Особое внимание уделяется в статье хосписам, организация работы которых, является наиболее эффективной формой разрешения проблем оказания паллиативной помощи инкурабельным больным, а также вопросам необходимости введения в штат паллиативной медицины социального работника, что позволит качественно улучшить жизнь инкурабельных больных и их семей. Было проведено исследование, а именно анкетирование родственников пациентов по вопросам общего ухода за тяжелобольными.

Ключевые слова. паллиативная помощь, инкурабельные больные, реабилитационные мероприятия, качество жизни, уход на дому.

Актуальность. Паллиативная медицинская помощь способствует повышению качества жизни пациентов, а также их семей, сталкивающихся с проблемами, которые сопутствуют опасным для жизни физическим, психосоциальным или духовным заболеваниям. Паллиативная медицинская помощь является подходом, который улучшает качество жизни пациентов и их семей, которые сталкиваются с проблемами, сопутствующими опасным для жизни заболеваниям. Она предотвращает и облегчает страдания в результате раннего диагностирования, правильной оценки и лечения боли и решения других проблем, будь то физических, психосоциальных или духовных [1].

Паллиативная помощь складывается из двух больших компонентов – это облегчение страданий больного на протяжении всего периода болезни и медицинская помощь в последние месяцы, дни и часы [2].

В настоящее время паллиативная помощь-важнейшее направление медицинской и социальной деятельности. На сегодняшний день создаются оптимальные условия для оказания паллиативной медицинской помощи. Во многих странах, несмотря на то, что большая часть бюджета сферы здравоохранения в последние годы жизни расходуется для оказания медицинской помощи людям, они не всегда могут получать соответствующую помощь по своим потребностям. Возникают трудности, связанные с уходом за ними, медицинским обслуживанием, дефицитом или дорогостоящим множеством препаратов, недостатком среднего младшего медицинского персонала, нехваткой транспорта для оказания помощи на дому. Не только страдания самих пациентов, но и их родственников. Улучшение качества жизни пациентов на последней стадии усиленного хронического заболевания является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, а решение оказания помощи имеет важное значение в паллиативной медицине [3].

Во всем мире паллиативная помощь рассматривается как одно из прав человека – право на достойный уход и заботу в конце жизни для всех пациентов с серьезными заболеваниями. Медицинское обслуживание в любой стране должно включать в себя такой важный аспект как паллиативная помощь, и Казахстан, конечно же, не исключение [4].

В Казахстане в настоящее время на онкологическом учете состоит более 140 тысяч пациентов, не снижается количество больных с церебральным параличом, тяжелыми формами инсульта, заболеваниями сердечно – сосудистой, дыхательной и нервной системой. Большинство из этих пациентов нуждаются в паллиативной помощи и постоянном уходе [5,6].

Основными направлениями реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 - 2019 годы является интеграция всех служб здравоохранения вокруг нужд пациента на основе модернизации и приоритетного развития паллиативной помощи. В рамках интегрированной модели оказания медицинской помощи, на основе тесного взаимодействия с

паллиативной помощи и службой социальной защиты будут развиваться услуги длительного медико – социального ухода, паллиативной помощи и домашнего ухода за больными различных категорий. Для улучшения качества жизни инкурабельных больных Республики Казахстан необходимо, во-первых, развивать паллиативную помощь на основе лучшего международного опыта, во-вторых, обеспечить доступность опиоидных анальгетиков, в-третьих, создать систему высокого уровня медицинской и немедицинской подготовки [7].

На сегодняшний момент в Республике Казахстан умирают на дому свыше 80% онкологических больных. К сожалению, печальная реальность современного здравоохранения состоит в том, что больные с четвертой стадией онкологического процесса «неперспективны» в плане радикальных методов лечения. В настоящее время в Республике Казахстан функционируют 12 хосписов, еще около 3 находятся в стадии формирования. Нужно отметить, что медсестры незнакомы в полной мере со спецификой паллиативного ухода, а также с основами психологической поддержки неизлечимых больных. Поскольку за небольшой срок существования в РК хосписов стали очевидными преимущества паллиативной помощи для группы неизлечимых больных и необходимость дальнейшего развития хосписного движения, то совершенно очевидна роль в этом специалистов по социальной работе. Именно специалисты по социальной работе в сотрудничестве с врачами, психологами, способны успешно решать стоящие перед ними задачи: оказывать помощь и достигать эффективного взаимопонимания с учетом психологических и духовных потребностей тяжелобольных и умирающих пациентов, а также психологических проблем семьи и других лиц, играющих важную роль в жизни больного. Личность социального работника в аспекте профессиональной деятельности рассматривается как один из серьезных факторов достижения успеха в решении вопросов организации, управления и внедрения спектра социальных услуг «обреченным» больным и их ближайшему окружению в системе паллиативной медицины и ухода. Умирающий больной нуждается в особо тщательном, особо внимательном, особо чутком уходе. Он нуждается в помощи не меньше, а больше, чем другие больные. Помощь имеет очень большое значение для достойного завершения жизни человека. Уход за умирающим человеком требует очень много физических и душевных сил, много времени. Надо понимать, что уход за умирающим, его сопровождение по всем этапам умирания - трудное испытание для всех, кто участвует в таком уходе [8].

Важнейшую роль играет организация восстановления больного не только в рамках учреждения лечебного профиля, в амбулаторных условиях, но и по месту жительства - оказание помощи семьям, в которых живут больные с терминальной стадией болезни. В таких семьях возникает множество сложных проблем, в том числе медицинских, экономических, проблем ухода, психологических проблем, связанных с тяжелым заболеванием и с трудностями в установлении контакта с ними, проблемы приобретения специального оборудования, социальные проблемы, связанные с формированием специального уклада жизни семьи [9].

В настоящее время помощь больному в конце жизни выделена как самостоятельное направление паллиативной помощи, а в ряде стран и медицины вообще. Ведущим компонентом в этом направлении является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи. Поэтому часто говорят, что хоспис – это не лечебное учреждение, это - философия. Иными словами паллиативная помощь – это избавление больного и умирающего от страдания. Страдание складывается из многих компонентов: боль; другие тяжелые физические симптомы; невозможность двигаться; ограничение жизнедеятельности; невозможность себя обслуживать; ощущение собственной беспомощности и обузы для окружающих, чувство вины; страх и беспомощность в связи с ожиданием приближающейся смерти ; чувство горечи из-за незавершенных дел и невыполненных обязательств[10].

В Казахстане паллиативная помощь начала развиваться в 90-х годах. Первый в Казахстане «Городской центр паллиативной помощи Управления здравоохранения» был создан в 1999 году в городе Алматы. Согласно рекомендациям международных организаций в области здравоохранения, в одном городе должен быть как минимум один хоспис на 10-25 коек с отдельными направлениями работы по уходу за пациентами на дому. Все хосписы и программы ухода на дому должны иметь мультидисциплинарные команды, состоящие из врачей, медицинских сестер, социальных работников, психологов и других специалистов[11].

Цель исследования: Обучить семьи пациентов организации паллиативной помощи и предложить рекомендации по общему уходу.

Материалы и методы. Исследование проводилось в городе Шымкент, в отделении паллиативной помощи и сестринского ухода Областного центра гипербарической оксигенации имени Т. О. Орынбаева. В исследование были включены 60 пациентов и их родственники. Большинство пациентов - это люди старше 50 лет.

Была организована программа обучения близких тяжелобольных. Программа включала в себя обучение манипуляциям по профилактике пролежней, замене пеленок и осуществление гигиены больного. А также углубилось в некоторые темы, то есть лечение боли, понятие безопасности и положение пациентов и его родственников как объекта ухода.

Мы углубились в выявление основных потребностей пациентов. В ходе исследования было выявлено, что большинство пациентов беспокойные, их беспокоит бессонница, общая слабость, головная

боль, головокружение, отсутствие аппетита, усталость, пассивное состояние. С больными нужно быть осторожным, с ними сначала надо познакомиться, выслушать жалобы и надо знать их потребности.

С целью оценки качества ухода в отделении паллиативной помощи и сестринского ухода проводилось анкетирование пациентов. Анкета состоит из 20 вопросов и включает в себя данные о пациенте (пол, возраст, семейное положение и т.д.), блок вопросов об объеме оказанной сестринской помощи, мнение о работе медицинских сестер в данном отделении, о качестве питания и условиях пребывания в отделении, предложения по улучшению качества ухода. В опросе приняли участие 30 пациентов. Среди опрошенных – 44% мужчины, 56% - женщины.

Также проводилось анкетирование родственников пациентов. Анкетирование проводилось по вопросам общего ухода за тяжелобольными. Выявили процентное соотношение пациентов, знающих о правилах общего ухода за больными, о правилах кормления и оценке функционального состояния, а также об организации досуга пациента.

Результаты. При анкетировании было выявлено что: практически 70% семей знают о правилах общего ухода за больными (умывание больного, уход за глазами, ротовой полостью, носом, бритье, уход за волосами, ногами, наружными половыми органами и промежностью), о правилах кормления и оценке функционального состояния больных, 60% знают о профилактике пролежней и опрелостей, уходе за кожей, смене нательного и постельного белья, и 40 % семей знают о необходимости и правилах проведения реабилитационных мероприятий (лечебной физкультуры, массажа и др.)

В результате данного исследования 30 членов семей прошли обучение по организации паллиативной помощи. Они смогли обучиться практическим навыкам организации паллиативной помощи на дому, прошли подготовку по оказанию паллиативной помощи в отделении.

Выводы.

Таким образом, мы смогли обучить 70% семей, 30% всё ещё имеют трудности при оказании ухода за тяжелобольными. У всех 60-и пациентов улучшилось качество жизни, духовное состояние, физический и психический покой, восстановлена благоприятная психологическая атмосфера в семье. Это исследование позволило помочь родственникам, которые сталкиваются с множеством незнакомых и пугающих обязанностей, с новыми эмоциональными потребностями пациента, вызванными перенесенной болезнью.

Люди с тяжелыми заболеваниями зачастую требуют сложного медицинского ухода. Необходимо стараться обеспечить подопечных всем необходимым, а также обучить их близких людей особенностям ухода, чтобы обеспечить максимальный комфорт каждого пациента.

Литература

1. Бондарь Г.В. Паллиативная медицинская помощь. Пособие для студентов, врачей.-Донецк, 2006.-113с.
2. Ferris F., Heather M , Balfour B., Bowen K,A Model to Guide Patient and Family Care : Based on National Accepted Principles and Norms of Practice. Journal of Pain and Symptom Management 2008 , 24:106-123.
3. Мошой Д.А. Букварь по паллиативной медицине. 2012.-120с.
4. Игликова А.А., Мусабаев Б.С. Паллиативті көмек: ем қонбайтын науқастардың өмірін жақсарту/Журнал Медицина.-2015-№2(152)№-с.2-4.
5. Шарова О.Н. Об улучшении качества оказания медико-социальной помощи больным с онкопатологией /Томск,2008.315-316с.
6. Хисматуллина З.Н. Паллиативная помощь инкурабельным больным в рамках социально-медицинской работы в онкологии // Современные проблемы науки и образования. 2008.№ 4 С.41-
7. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2016 – 2019 жылдарға арналған « Денсаулық » мемлекеттік бағдарламасын бекіту және «Мемлекеттік бағдарламалар тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 19 наурыздағы № 957 Жарлығына толықтыру енгізу туралы » Қазақстан Республикасының Президенті Жарлығы. ҚР Әділет министрлігі .
8. Турарбекова Т.Г. Паллиативная помощь инкурабельным больным с хронической болью.//Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының Хабаршысы 4(73)-2015ж. С. -49.
9. Стойчева М.Г. Паллиативный уход: современный взгляд на новое общественное здравоохранение. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья;6(78)-2011;С -44- 48.
10. Кайдарова Д.Р., Кунирова Г.Ж. Паллиативная помощь в Казахстане: этапы развития и текущие вызовы.7(89)-2012;С- 45-47.
11. Игликова А., Мұсабаев Б.С. Паллиативті көмек: ем қонбайтын науқастардың өмірін жақсарту. Журн. Медицина. -2015ж. - №2 (152). С. -2-4.

Түйін

Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Калменов Н.Ж., Әден Г., Қылышбеков Қ.Д.

Шымкент қаласы, Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

НАУҚАСТАР МЕН ОЛАРДЫҢ ОТБАСЫЛАРЫНА ПАЛЛИАТИВТІК КӨМЕК КӨРСЕТУ БОЙЫНША ПРОБЛЕМАЛАРДЫ ШЕШУДІҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТІЛЕРІ

Мақалада қазіргі қоғамның өзекті және күрделі мәселелері қарастырылған – онкология, атап айтқанда – онкологиялық аурулармен және олардың отбасыларымен әлеуметтік-медициналық жұмыс. Біз инкурабельді онкологиялық науқастарға және осындай науқастармен әлеуметтік-медициналық жұмыста ерекше орын алатын олардың отбасыларына паллиативтік көмекке назар аудардық. Паллиативтік көмек ауру емдеуге келмейтін және ауырсынуды және басқа да симптомдарды басқару маңызды әлеуметтік, психологиялық және рухани мәселе болып табылатын кезде ұзақ уақыт ағымдағы аурулары бар клиенттерге белсенді көмек, қайтыс болғанға дейін клиенттерге көмек көрсету болып табылады. Жұмыстың ұйымдастырылуы инкурабельді науқастарға паллиативтік көмек көрсету проблемаларын шешудің неғұрлым тиімді нысаны болып табылатын хоспис мақаласына, сондай-ақ әлеуметтік қызметкердің паллиативтік медицинасын штатқа енгізу қажеттілігі мәселелеріне ерекше назар аударылады, бұл инкурабельді науқастар мен олардың отбасыларының өмірін сапалы жақсартуға мүмкіндік береді. Ауыр науқасқа жалпы күтім жасау мәселелері бойынша пациенттердің туыстарына сауалнама жүргізілді.

Кілт сөздер: паллиативтік көмек, инкурабельді науқастар, оңалту іс-шаралары, өмір сапасы, үй жағдайындағы күтім.

Summary

Seidakhmetova A.A., Kauzbay Z.A., Kalmenov N.Z., Aden G., Kylyshbekov K.D.
Shymkent city, South Kazakhstan Medical Academy

THE MAIN ASPECTS OF THE PROBLEMS OF PALLIATIVE CARE TO PATIENTS AND THEIR FAMILIES

The article deals with actual and complex problems of modern society – Oncology, namely – social and medical work with cancer patients and their families. We focused on palliative care for incurable cancer patients and their families, the organization of which occupies a special place in social and medical work with such patients. Palliative care is active care for clients with long-term current diseases at a time when disease is untreatable and when managing pain and other symptoms is a critical social, psychological and spiritual issue, assisting clients until death. Particular attention is paid to the article hospices, the organization of which is the most effective form of solving problems of palliative care for incurable patients as well as the need to introduce a staff of palliative medicine social worker that will qualitatively improve the lives of incurable patients and their families. A study was conducted, namely a survey for relatives of patients on the General care of the seriously ill.

Key words: palliative care, incurable patients, rehabilitation measures, quality of life, home care.

**Секция «ГУМАНИТАРНЫЕ ЗНАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКОВ: ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
КОЛЛАБОРАЦИИ»**

FTAMP: 03.01.11

Абдурахманов Н.А., Сүйербасева Ж.Е.

Аймақтық әлеуметтік-инновациялық университеті, Шымкент, Қазақстан
**ЖАСТАРДЫҢ ДҮНИЕТАНЫМЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ҚҰРАЛДАРЫ МЕН
ЖОЛДАРЫ ТУРАЛЫ**

Мақалада жастардың дүниетанымын қалыптастырудың құралдары мен жолдары туралы кейбір мәселелер қарастырылған. Ғылыми дүниетанымды қалыптастыруға сан түрлі факторлар ықпал жасайды. Олардың құрамында адам өмірінің материалдық жағдайлары, өмір сүріп отырған микро және макро ортасы, көпшілік хабарларды тарату құралдары, оқыту мен тәрбиелеу кіреді. Ғылымда бұл факторлардың бірдей күшпен және тиімді әсер етпейтіні белгілі. Сондықтан болашақ мұғалімдер дүниетанымды бағдарлы қалыптастыратын факторларды басқаруды үйренуі керек.

Кілт сөздер: жастар, мектеп оқушылары, дүниетаным, жаратылыстану ғылымы, тарих, дүниетаным негіздері.

Дүниетанымның психологиялық құрылымы танымдық, эмоционалдық және еріктік сияқты құрамаларды қамтиды. Білім жеке көзқарас сенімге айналу үшін оны тек ойластырып қана қоймай, терең сезіну, қоғамдық өмір және іс-әрекетпен салыстыруы керек.

Дүниетанымды қалыптастыру өткініші процесс емес. Ол адам өмірін түгел қамтиды. Оқушының жалпы дамуында бұл процесс тұрақты және үздіксіз өзгерістерге ұшырайды. Оқушылардың ғылыми дүниетанымын қалыптастыру оларды осы заманғы ғылыми біліммен қаруландыруға сүйенеді. Бұған мектепте оқытылатын барлық пәндердің қатынасы бар.[1]

Мектепте оқытылатын жаратылыстану, математика ғылымдары табиғаттың құбылыстары мен процестері және заңдылықтары туралы белгілі ұғым жүйесін жасайды. Ботаника, жалпы биология курстарын оқу, мектептің оқу-тәжірибе учаскелерінде, оқушылардың өндірістік бригадаларында шәкірттер жұмыс істей жүріп, өсімдіктердің даму процесін адам баласының толық меңгере алатындығына көзі жетеді.

Физика, химия заңдарын білу және сол пәндер бойынша тәжірибе жасау оқушылардың дүниенің пайда болуы мен дамуы туралы түсінігін, дүниетанымдылық көзқарасын және сенімін нығайтады. Физика, астрономия сабақтарында адам ойының табиғаттың сырын бірте-бірте ашуы, тануы және заңдарын пайдалануы туралы оқушылар түсінік алады. Бұл жөнінде ғарышкерлердің космосқа ұшуы, оның кеңістігін зерттеу пән мұғалімдерін бай материалдармен қамтамасыз етеді.

Оқушылардың дүниетанымын қалыптастыруда гуманитарлық ғылымдардың алатын орны ерекше. Тарих, әдебиет сабақтарында қоғамның дамуы туралы шәкірттердің диалектикалық-материалистік көзқарастары қалыптасады, олар адам өмірінің мәніне, мұраттарының, мінез-құлқының бағыттылығын, іс-әрекетінің мақсатын анықтауға түсінеді.

Тарих курсы қоғамның даму заңдарын түсінуге мүмкіндік жасайды. Әдебиет адамдар арасындағы қарым-қатынасқа жаңа өмірге, еңбекке жастардың дұрыс көзқарасын тәрбиелейді. Әдебиет сабақтарында оқушылар өмір шындығымен, Отандық және дүниежүзілік мәдениеттің барлық прогресшіл дәстүрлерімен, идеялық байлығымен танысады. Сонымен мектепте оқыту оқушылардың дүниетанымын қалыптастырудың маңызды құралдарының бірі. Олай болса оқыту процесінде бірқатар психологиялық және педагогикалық шарттар жүзеге асырылуы керек. [2]

Мұғалімнің ғылыми дүниетаным негіздерін қалыптастыру іс-әрекеті кезеңдерінің нақты жоспарлауын қамтамасыз ету. Бірінші кезеңде мектеп оқушыларының дүниетанымын қалыптастыру ісінің жүйесінде әрбір пәнінің орнын анықтау, пән аралық байланысты айқындау, негізгі философиялық, саяси-әлеуметтік және адамгершілік идеяларды бөліп алу маңызды. Екінші кезеңде мұғалім оқушыларды айқындалған идеяларды мағыналы ойлауға жетелейді, оларды пәндерді оқудың уақыты бойында логикалық және зеректік сипатына қарай күрделенетін ретпен тізбектей орналастырып, бірнеше басқышқа бөледі. Үшінші кезеңі дүниетаным қортындыларын топтауды міндет етеді. Төртінші кезеңде оқытылатын материалдан шығатын дүниетаным қортындыларын тақырыптарға сәйкес бөлу және оларды сабақ жоспарында, оқушылардың өзіндік жұмысы үшін берілетін тапсырмаларды белгілеу жүзеге асады. Бесінші кезеңде оқушылардың оқуын, ғылыми дүниетану негіздерін қалыптастыруды басқаруға көмектесетін оқушылар танымдық іс-әрекеттерінің тәсілдерін, оқытудың әдістері мен формаларын анықтайды.

Табиғат пен қоғамдық өмірдің танылуға тиісті құбылыстарына оқушылардың жеке қатынасын қалыптастыру. Дүниетаным идеяларын меңгеруге оқушының белсенді және орынды қатынасы оның ақиқат екендігіне сенімін қалыптастырады.

Алған білімді меңгеру, қолдану және үздіксіз бекітудің бірлігі. Білім тек саналы ойлау жұмысының нәтижесінде алынып, тәжірибеде тексеріліп, іс-әрекеттің жетекші идеясына айналса ғана дүниетаным сипатын алады.

Оқушының адамгершілік қатынас тәжірибесін жүйелі жинауы. Адамгершілікті көзқарастарды қалыптастыру, тереңдету мен бекіту, оқушыны қоршаған орта, оны қоғамның – саяси белсенділікке, өз бетіндік іс-әрекетке және жауапкерлікке итермелейтіндей жағдайда қоюды талап етеді.

Мұғалім – ғылыми дүниетаным иесі және оны жүзеге асырушы. Жалпы, оқушының дүниетану-дағы жәрдемшісі мұғалім. Ол рухани жан дүниесі бай идеялық, психологиялық және әдістемелік даярлығы бар, ой-өрісі кең және берік көзқарасты адам болы керек. [3]

Әр түрлі сыныптың және мектептен тыс тәрбие жұмыстары оқушылардың ғылыми дүниетанымды дамытудың қажетті құралы. Мұндай тәрбие жұмыстары арқылы мектеп оқушыларының қоғамдық өмірге ынтасын тәрбиелейді, саяси және мәдени ой-өрісін кеңейтеді, олардың еңбекке, мамандықты таңдап алуға көзқарасын қалыптастырады. Осы бағытта жүргізілетін түрлі оқу пәндері, жас натуралистер мен жас техниктер станцияларының, көркемөнер үйірмелерінің тәрбиелік мәні аса зор. Үйірмелер мен клубтар оқушыларды қоғамдық іс-әрекетіне еліктіреді, үйретеді, олардың арасында ғылыми көзқарасты насихаттайды, қоғамға қарсы теріс пікірлер мен қылықтарды қолдаушыларға ықпал жасайды. [4]

Мектепте, үйелмен және өндірісте оқушылардың қоғамдық пайдалы еңбегінің, олардың қоғамда өз роліне бақытты өмір сүруіне түсінуінің, өзінің алатын орнын білуінің маңызын атап кеткен жөн. Өйткені еңбек процесінде оқушылар әр түрлі ұжымдармен, жеке адамдармен қарым-қатынас жасау арқылы білім және практикалық дағдыны игереді, қоғамдық қатынастар тәжірибесін иемденеді. Осының нәтижесінде оқушылардың адамгершілік көзқарасы, сенімі мен сезімі дамиды. [5]

Көп жылдар бойына әдебиет беттерінде атеистік тәрбие сөз етіліп келеді. Адамның дүниетанымды қалыптастыруда қажетті құралдардың бірі болды. Атеизм туралы ұғым тарихта діни оқулықтармен, олардың әр түрлі заманда үстемдік ету сипатымен байланысты болды. Атеизм ғылыми негізге сүйене отырып, құдайды бекерге шығарады. Міне, осы тұрғыдан қазіргі қайта құру кезеңінде атеистік тәрбиені әр түрлі көзқарастар тұрғысынан қарастырады.

Ғылыми-атеистік тәрбиенің негізгі мақсаты дүниенің материалды біртұтас екендігі жөнінде оқушылар көзқарастарының жүйесін қалыптастыру. Ең маңыздысы оқушылар жас шамасының мүмкіндігіне сай дүниеде мәңгі қозғалыстар және диалектикалық дамиды материалдан басқа ешнәрсенің жоқ екендігін түсінуінде.

Міндет – оқушыларды жаратылыстан тыс күшке сенуді жоққа шығаратын ғылыми атеизммен қаруландыру.

Атеист болу дегеннің өзі тек құдайға сенбеу емес, дүниеге дұрыс, ғылыми көзқарастың болуы. Оқушы атеизм адамның тұлғалық мәнінің бір қыры екендігін түсінуі.

Дүниені диалектикалық, материалистік, атеистік тұрғыдан қараудың элементтері ең алдымен оқу процесінде қаланады. Қандай пән болмасын, оның оқу материалы дұрыс қойылса ғана мазмұны балаға тәрбие берудің объективтік алғы шарты бола алады. Оқушыларға атеистік тәрбие беру құралдарының ішінде ұйымдастыру жолдары алуан түрлі сыныптан тыс жұмыстар ерекше орын алады (сұхбаттасу, кино, теледидарлық материалдар көру және талқылау, діни сенімдерге байланысты кештер, жиындар, пікірталастар өткізу, саяхаттар, түрлі үйірмелер т.б.). Бірқатар балаларды діни салттар әуестендіру мүмкін. [6]

Ғылыми атеистік тәрбиеде үйелмен, оқушының күнделікті тұрмыстық ортасы маңызды роль ойнайды. Оқушы үйелмені, оның тұрмыстық ортасын, атеистік тәрбиеде мұғалім өзіне көмекші етіп алғаны жөн. Бұл жер де мектеп мұғалімі дінге сенуші ата-ананың немесе басқа үйелмен мүшелерінің сөзімен аяқасты етпеуі керек.

Қоғам дамуының жаңа сатысында тәрбиеге ықпал жасайтын факторларға біржақты, тиым салу тұрғысынан қарауға болмайды.

Кейбіреулер қайта құру, жаңарту кезеңінде болып жатқан жағдайды пайдаланып, діни тәрбиені кең өріс алуын барынша қолдайды. Осы тұрғыдан мешіт және шіркеу қызметкерлерінің адамгершілік тәрбие тақырыптарына діни кітаптардың, әсіресе құранның, таураттың үзінділерін пайдаланып, лекциялар оқуына, әңгімелер өткізуіне оқу орындарының есіктері ашыла бастады.

Мешіттер жанынан түрлі діни мектептер ашылып отыр. Мұндай мектепті бітірген жастар келешекте кім болады, қоғамда қандай роль атқарады? Бұл да шешім табуға тиісті мәселе.

Бірсыпыра ғалымдардың пікірлері бойынша тауратты, басқа да діни әдеби және тарихи кітаптарды пайдаланып, дүние жүзілік мәдениетпен және өнермен жастарды таныстыру қажет. Мысалы, Мәскеудің мемлекеттік университетінің журналистика факультетінде студенттер антик және орта ғасыр әдебиеттері бойынша семинар сабақтарында діни тауратты пайдаланады, демек, грек, Римнің қоғамдық құрылысы, мәдениеті және өнерімен танысады. Бұл жерде сөз діни тәрбиесі туралы емес, студенттерді тарихи - әдебиет көне ескерткіштерімен таныстыру. өйткені бұларсыз дүние жүзілік мәдениет даму процесінің пайда болуын түсіну қиын. [7]

Бірақ шіркеумен және мешітпен жақындасуды тіпті дінмен келіскендіктің белгісі деп қарастыруға болмайды. Олармен араласпау, қарым-қатынас жасамау, оларға қарсы тұру діни қызметкерлері мен қоғам арасында болмауы тиіс. Теологтар өздерінің діни тарихының халықтар мәдениеті туралы білім тапшылығын болдырмауда белгілі көмек көрсетеді.

Бәрімізге белгілі барлық классикалық кесіндеме таураттық (библия) сюжетке негізделген, классикалық музыка көп дауысты шіркеу әнін бойына сіңірген, бұрынғы философиялық оқу осы қайнар бұлақпен қоректенеді.

Сонымен, біздер дүние жүзінің әдебиеті мен тарихи мәдениетіне түсінбей, ешуақытта жастардың жалпы мәдениет деңгейін жоғары көтеру мүмкін емес.

Қазіргі кезеңде жастардың дін деген не, оған олардың көзқарасы, өмірге қатынасы қалай, міне, осы мәселелерге терең ойланып, шыдамдылықпен қарау тиіс. Осыған орай, оқыту және тәрбие барысындағы басты міндеттер -бұл дүниетанымдылықты дамыту, атеистік білімнің бірыңғай жүйесін қамтамасыз ету еліміздің әлеуметтік-экономикалық дамуын және ғылыми үдеуді есепке алып, жастардың ғылыми-атеистік тәрбиесінің деңгейін көтеру, толық сенімі мол белсенді атеистерді тәрбиелеу.

Дүниетанымын ғылыми-материалистік тұрғыдан түсіндіруді жақтай отырып, дінге сенушілердің сезіміне нұсқан келтіруге болмайды. Олардың халық арасында әр түрлі жаңа салттар мен әдіс-ғұрыптарды кеңінен тарату жөніндегі болымды істеріне көмектесіп, бағыт беріп отырған жөн. Демек, осы бағытта мешіт, шіркеу қызметкерлері жалпы адамдық құндылық және мейірімділік қозғалысына үлес қосуға тиіс.

Әдебиеттер

1. Әбдалаева Ш. Халық қолөнері. Алматы. Рауан. 1992.
2. Әбдуәлиева Ш «Қазақтың қолөнері» – әдістемелік құрал
3. Әбдуәлиева Ш «Халық қолөнері» Алматы. Рауан. 1992
4. Байжігітов Б «Бейнелеу өнерінің теориялық мәселелері» Ақтөбе. «А-полиграфия» ЖШС 2003 ж
5. Болатбаев Қ, Ибрагимов Ү «Бейнелеу өнері» Алматы «Ата-мұра» 2001 ж
6. Бапанов И.В. Бисер «Народное творчество», 2001ж.
7. Бағдарлама «Қолөнер» (8-11 тереңдетілген сыныптар үшін) Шымкент 2002

Резюме

Абдурахманов Н.А., Сүйербасова Ж.Е.

РСИУ

О СРЕДСТВАХ И ПУТЯХ ФОРМИРОВАНИЯ МИРОВОЗЗРЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

В статье рассматриваются вопросы о средствах и путях формирования мировоззрения молодежи в современном мире. Отличие мировоззрения школьников от других слоев населения в понимании как религиозных ценностей, так и материальных направлений.

Summary

Abdurakhmanov N. A. Suerbaev J. E.

RSIU

ABOUT MEANS AND WAYS OF FORMATION OF

The article deals with the means and ways of forming the worldview of young people in the modern world. The difference between the outlook of students from other segments of the population in the understanding of both religious values and material directions.

ҒТАМР: 03.01.07

Дуйсебаев М.Т., Тулкиев К.Ж.

Аймақтық әлеуметтік-инновациялық университеті, Шымкент, Қазақстан

БАТЫС ЕЛДЕРІНДЕГІ НЕКЕ ҚАТЫНАСТАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ТАРИХЫ

Мақалада Батыс елдеріндегі орта ғасырларда неке әлеуметтік қатынастардың шығу тарихы туралы теориялық мәліметтер берілген. Неке институтына және жалпы еркек пен әйелдің арасындағы қатынастарға деген көзқарастар орта ғасырларда эволюцияға ұшыраған болатын. Шіркеу қызметкерлері кез-келген некеге адамзат атаулының ата-анасы боп есептелетін Адам ата мен Хауа ананың жасаған күнәсі деген сын көзбен қарады. 451 жылдан бастап шіркеу қызметкерлерінің некеге тұруына тыйым салына бастады. Қиылған некелер айыпталып, некеге тұрудан бас тартқан адамдар ғана «нағыз христиандар» деп танылды.

Кілт сөздер: неке тарихы, неке институты, Батыс қоғамы, орта ғасыр, шіркеу заңдары, еркек және әйел қарым-қатынасы, патриархалдық сипат.

Неке туралы түсініктердің тарихи дамуы әлемнің әр жерінде әр түрлі көрініс тапты. Неке туралы діни көзқарастардың орнына кейде этикалық көзқарастар да қабылданды. Бұл жағдайда неке құпия ретінде де емес, шарт ретінде де емес, ерекше бір институт түрі ретінде қарастырылды. Некеге мұндай анықтама

берген И.Кант болатын. Мұны «Метафизика нравов» еңбегінен да көруге болады [1]. Оның ойынша келісім-шарт тұжырымдамасы некеге қатысты қолданылмауы керек, өйткені келісім-шарт некені тудыра алмайды. Келісім - шарттан тек белгілі бір мақсатты түсінуге болады. Ал неке адамның бүкіл өмірін қамтитын және белгілі бір мақсатқа жетумен емес, ерлі-зайыптылардың өлімімен ғана тоқтатылатын бір құбылыс.

Бұл теорияның жетіспеушілігі, неке туралы этикалық көзқарастарды құқық саласына аудару болды. Құқық, міндетті түрде сол кезеңнің этикалық көзқарастарына сәйкес құрылуы тиіс еді. Бірақ құқық түгелдей тек этикалық нормалардан тұра алмайды.

Плуралистік қоғамда, оның барлық мүшелерінің неке туралы бірдей көзқарастарды ұстануы мүмкін емес. Сондықтан да, құқық жүріс-тұрыс ережелеріне негізделе отырып, тек құқықтық реттеуге жататын әрі құқықтық реттелуге мұқтаж неке қатынастарының бөлігін қамтыды.

Некенің құқықтық мазмұнына қатысты бірнеше теориялар бар. Олар: некені келісім ретінде, құпия ретінде, ерекше бір институт ретінде түсіну.

Некені келісім ретінде түсіну теориясы Ежелгі Римде қалыптасты. Классикалық кезеңнің Рим құқығында, некеге тұрудың барлық негізгі нысандары қарапайым азаматтық шарттық белгіге ие болды. Өйткені Римде, құқықтық реттеу пәні ретінде тек ерекше неке қатынастары танылды [2]. Кейіннен канондық нормаларға сәйкес, неке институты оның рухани жағына байланысты құпия сипатқа ие болады.

Некенің түрлі қатынастар тобын бөліп қарастыруға болады: рухани, физикалық және материалдық. Әрине, революцияға дейінгі және қазіргі таңдағы ғалымдардың көбі некенің рухани және физикалық элементтері құқықпен реттелмейді деген көзқараспен келіседі.

Бірақ некелік одақты құрайтын қатынастарды осылайша бөлу теориясы бірден қабылданған жоқ.

Орта ғасырлардағы отбасы құқығы өте үлкен тарихи маңызға ие. Отбасы құқығы католик шіркеуінің істерімен қалай дамығандығына тоқталайық.

Неке институтына және жалпы еркек пен әйелдің арасындағы қатынастарға деген көзқарастар орта ғасырларда эволюцияға ұшыраған болатын. Католик шіркеуі некені өте кеш таныды. Орта ғасырлардың басында папа Ұлы Грегорий (530-604) мен Әулие Иеронимнің (347-430) шығармалары-на негізделген некеге деген көзқарас кең өріс алды [3].

Шіркеу қызметкерлері кез-келген некеге адамзат атаулының ата-анасы боп есептелетін Адам ата мен Хауа ананың жасаған күнәсі деген сын көзбен қарады. 451 жылдан бастап шіркеу қызметкерлерінің некеге тұруына тыйым салына бастады. Қиылған некелер айыпталып, некеге тұрудан бас тартқан адамдар ғана «нағыз христиан» деп танылды.

Қазіргі таңда бұл көзқарас мүлдем жойылып кетті десек қателескен боламыз. Барлығына белгілі болғандай католик шіркеуінде, тек некеге тұрмаған адамдар ғана қызмет ете алды. Алайда әулие Иеронимнің кезінде-ақ некеге қатысты Қасиетті жазбада Гиппонск епископы Августинге (Блаженный Августин) тиесілі (354-430) басқа да анықтамалар болған. Августиннің айтуы бойынша заңды некедегі жыныстық қатынас өлі күнәдан кешірімді күнәға айналады. Августиннің бұл тұжырымдамасы ІХ ғ. басында ресми түрде мақұлданды. Сол кезден бастап қана шіркеулік неке халық арасында кең тарала бастады. Бұған дейін неке қатынастарында екі дәстүр сақталып келді: соңғы антикалық және ежелгі грециялық дәуіріндегі дәстүр. Бұл екі дәстүр бойынша неке одағының бірнеше түрін бір уақытта қолдануға тыйым салынған жоқ. Орта ғасырлардағы неке қазіргі таңдағы неке түсінігінен мүлдем ұзақ болды. Ол кезде неке деп ұзаққа созылған некелік жыныстық одақ танылды.

XI ғ. бастап некеге бір құпия ретінде қарала бастап, мұндай көзқарастың салдары некесіз қатынастарға және некені бұзуға тыйым салуға әкеп соқтырды. Триденттік собор некені құпия деп танымайтын және некені бұзуға жол беретін кез-келген адамға анафема белгіледі. Ерлі-зайыптылардың әлеуметтік жағдайлары бір-біріне сәйкес келмеген жағдайда шіркеу ондай некені заңсыз деп таныды. Жақын туыстар арасында неке қиюға жол берілген жоқ. Бірақ ерлі-зайыптылардың ешқайсысы қалаған кезінде басқа бір ауылға кете алмады. Канондық құқық әйелдердің құқықтық жағдайын нашарлатты. Неке жасы қыздар үшін 12, ұлдар үшін 14 жас деп белгіленді. Сол кездерде Гай секілді Рим заңгерлері табиғи заңға сүйене отырып, әйелдердің ерлі-зайыптылардың мүлкіне билік ету құқығынан аластату әділетсіз деп санап, жыныстар теңдігін уағыздады.

Француз заңгері Тирако 1513 жылғы «Неке туралы заңдар» атты еңбегінде былай деп жазған: «әйел - ең төменгі жаратылыс, оның қызметі тек бас ию. Оны табиғат солай жаратқан. Ер адамдар 36 жасында, әйелдер 18 жасында некеге тұруға тиіс».

Орта ғасырлардағы Батыс Европа елдерінің отбасы құқығына келетін болсақ, орта ғасыр — әлемнің көптеген бөлігінде мемлекеттік құқықтық процестердің өткен кезі. Батыс Европада бұл процесс төрт кезеңді қамтиды: ерте феодалдық монархия, ленно вассалдық монархия, сословиелік өкілдік монархия, абсолюттік монархия. Әрине бұл кезеңдерді барлық мемлекеттер бір уақытта басынан кешірген жоқ. Бұл олардың ұлттық тарихының ерекшеліктерімен анықталды. Батыс Европа елдерінде құқықтық жүйе дами бастады. Феодалдық бытыраңқылық дәуіріндегі бұл процестің маңызды белгісі — бүкіл мемлекетте заңды күшке ие бірыңғай заңның болмауы еді [4]. Англияның феодалдық құқығы бөлек дами бастады. Көп ұзамай батыс еуропалық құқықтың англосаксондық және континенталдық құқық деп бөліну процесі басталды. Моногамды некенің христиандық тұжырымдамасы Европа елдерінде тек XII-XIII ғасырларда

таныла бастады. Неке кию процедурасына шіркеулік ризашылық, яғни шіркеудің рұқсаты қосылды. Алайда «неке», «әйел» деген түсініктер әлі де ашыла қойған жоқ [5].

Неке-отбасы қатынастарының өте маңызды бір қосымша көрінісі, XII-XIII ғасырларда пайда болған әйелдің ғибадатын (куртуазный культ Дамы) айту қажет. Оның шетелде пайда болуы XI-XII ғасырлармен байланыстырылады. Францияда негізі қаланып, кейіннен Еуропаның басқа елдерінде де дами бастады.

Европада XII-XIII ғ.ғ. әйел ғибадатының кеңінен таралуы, әйел затына деген көзқарастың өзгеруіне әкеп соқтырды. Ол ғасырларда еркек пен әйелдің арасындағы қатынастарды өзгерту қажеттілігін барлығы түсіне қойған жоқ. Бұл ең алдымен құндылықтар жүйесін түгелдей бағалауға дейін баратын интеллектуалды элитаға қатысты еді. Ондай гуманистік интеллегенция алдымен Италияда пайда болып, кейіннен Францияда және XIV-XV ғасырларда Батыс Еуропа елдерінде пайда болды. Оның қызметі үлкен масштабты болмағанымен сол топтың көзқарастары әйгілі француз жазушысы Кристина Пизанскаяның «Книга о граде женском» атты кітабында орын тапты. Кристина Пизанскаяның айтуы бойынша әйелді де Құдай жаратты және өзінің қабілеті жағынан еркектен ешқандай да қалыспайды [6].

Кристина сәтсіз некелердің болуының себебін әйелдің болмысынан емес, нақты адами қателіктерден іздейді. Ал қателік жасау еркекке де әйелге де тән қасиет. Отбасының бақытты немесе бақытсыз болуын ерлі-зайыптылардың екеуіне де байланысты екенін айтады. Әрине, Кристина әлемнің христиандық моделіне тән еркектің үстемділігіне қатысты дәстүрлі көзқарасын жоққа шығара алмайды. Дегенмен де интеллектуалдық және моральдік тұрғыдан алғанда еркекке тән қасиеттердің әйел затының бойынан табылатындығы туралы Кристинаның көзқарасы ортағасырлық дәстүрлерді қайта қараудағы маңызды кадам болып табылады.

Отбасы қатынастары сипатының әр түрлі болуына қарамстан, әр мемлекетте және әр уақытта еркектің және әкенің үстемдігі қағидасы негізінде құрылған.

Францияның солтүстік бөлігінде ерлі-зайыптылардың, ата-аналар мен балалардың арасындағы қарым-қатынастар еркінрек болды. Мүліктік қатынастар отбасының басшысы ретінде еркек иелік етіп билік ететін мүліктің жалпылығына негізделіп құрылды. Францияның оңтүстігінде мүліктік жалпылық болған жоқ. Еркек неке бұзылғанға дейін әйелдің жасауын иеленіп, өлгеннен кейін әйелдің иелігіне өтті. Францияның оңтүстігінде рим құқығының әсерінен өсиет бойынша мұра қалдыру кең өріс алды. Солтүстікте мұра қалдыру еркіндігі шектелді. Мұра қалдырушы заң бойынша мұрагерлерді жоққа шығара алған жоқ. Феодалдық иеліктер тек еркектерге өтіп отырды. Ал әйелдер әскери қызметтерге қабілетсіз деп танылып, мұраның ешқандай түріне иелене алмады. Осындай отбасы неке қатынастары католик шіркеуінің дін оқуының негізіндегі канондық құқықпен реттелді.

Францияда неке және отбасы қатынастары канондық құқықпен реттелді. XVI-XVII ғасырларда патша билігі отбасы неке қатынастарына мемлекеттік ықпалды нығайту мақсатында неке киюға жататын шіркеулік нормалардан шегінді. Некенің өзі баяғыдай шіркеулік кітаптарда тіркелгенімен, кейіннен тек діни құпия ретінде ғана емес азаматтық жағдайдағы акт ретінде де қарастырыла бастады. Некеге тұру кезінде ата-ананың келісімі қажет етілмейтін канондық құқық қайта қарауға жатқызылды. Бұдан былай, ата-ананың еркінен тыс некеге тұрушылар, мұраға құқыққа ие болмайтын болды. Сонымен қатар, ХУІғ. бастап ата-аналар «кюре әрекеті», яғни ата-ананың келісімінсіз некеге тұру әрекеті бойынша Париж Парламентіне шағым жасауға құқық алды [7].

Канондық құқық бойынша некенің бұзуға болмайтындығымен байланысты Парламент ондай некені заңсыз деп тани алмады, бірақ заңсыз негізде қиылғандығын жариялаған. Дегенмен де мұндай неке заңды салдар тудырмайтын еді.

Германияда Франциядағы секілді құқық өзінің шұбарлаңқылығымен ерекшеленді. Қала халқы ертеде пайда болған және дамыған қалалық құқықпен реттелді. Сол кезеңнің неміс құқығында дәстүр басым болды.

Жалпы құқық нормалары жазылған жоқ, тек ауызша беріліп отырды. Германияда неке отбасы қатынастары канондық құқық негізінде пайда болды. Некенің жалғыз нысаны шіркеулік неке болды. Шіркеу некенің жарамдылығына байланысты күрделі бір жүйе жасап шығарды. Белгілі бір неке жасына жетуден басқа, туыскандық дәрежеге және болашақ ерлі-зайыптылардың арасындағы қарым-қатынастарға көңіл аудару қажет болды. Басқа бір тұлғамен некелескеннен кейінгі немесе шоқындырылмаған тұлғамен қиылған неке жарамсыз болып табылды.

Шіркеу некені бұзуға қарсы болды, алайда кейбір жағдайларда (бір-бірінің көзіне шөп салу) ерлі-зайыптылардың бөлек тұруларына рұқсат етілді. Мұндай жағдайда мүлік бөлінуге жататын болды, әйелдің үлесі мүліктің тең жартысын немесе үштен бірін құрады.

Христиан шіркеуінің ықпалы нәтижесінде VII-IX ғасырларда немістердің неке отбасы қатынастарында елеулі өзгерістер пайда болады. 789 жылы Ұлы Карлдың мақұлдаған 744 жылдың капитулярйі христиандық канондарға сәйкес киелі деп жарияланған некенің бұзылуға жатпайтындығын бекітті. [8].

Шетелде қайталанатын некелерге тыйым салатын некенің шіркеулік рәсімделуін міндеттейтін алғашқы заңнамалық актілер пайда бола бастады.

Неке қалыңдықты сатып алу нысанында жасалды. Некеге тұру мақсатында қалыңдықты алып қашқандарға айып салынды. Некеге тұруға кедергі болатын жағдайлар анықталды. Олар: заңды некенің болуы, тұлғаны заңнан тыс деп жариялау, жақын туыстық қатынас, адамның еріксіздігі.

XIIғ. Англияда II Генрих заңына сәйкес бала көтерген кез-келген әйел, ол туралы билік басындағыларға хабарлауға тиіс болды. Ал оны жасамаған жағдайда баланың өлімі анасының өліміне әкеп соқтырды. Мұнда да отбасы қатынастары шіркеумен реттелді. Туыскандар арасында некеге жол берілмеді және некесіз бала тууға тыйым салынды. Шіркеу осындай жолмен туылған балаларды заңдастыруға тырысқанымен де барондар тарапынан қолдау таппады. Отбасы қатынастары еркектің билігі қағидасына негізделді. Францияның солтүстік бөлігінде мүліктік қатынастар мен балаларға қамқоршылық жасау құқығы еркекке берілді. [9].

Германияда отбасы патриархалды сипатқа ие болды, Англияда да солай, бірақ Англияда әйел-дер феодалдың әйеліне қарағанда еркінірек болды. Осылайша, әйел бірте-бірте өз бетінше шарт жасау, саудамен айналысу және мүлікке иелену құқығына ие бола бастады. Күніміздегі неке-отбасы қатынастары міне осылай дамыды.

Әдебиеттер

1. Галанза П. Н. Кеченьян С. Ф. История государства и права. Учебник. Под ред. Черниловского З. М. - М: 1999 - 535с.
2. Лунц Л.А. Курс международного частного права. 1-й том. - М.: Юрид. литература, 1973.
3. Ангерс. Э. История Европейского права (Перевод со шведского) 'Ин-т Европы - М: Наука, 1996-395стр.
4. Звеков В.П. Международное частное право. Курс лекций. - М.: Издательская группа НОРМА-ИНФРА Т М, 1999. - С.145.
5. Антольская М.В. «Семейное право»: Учебник - М: Әділет, 1998.
6. Прокурнова С.С. Семейное право. Москва, 2000 г.
7. Ануфриев Л.П. Международное частное право: В 3-х т. Том 1. Общая часть: Учебник. - М.: Издательство БЕК, 2002. - С. 1-6, С. 57-102.
8. Галенская Л.Н. Международное частное право.-М, 1983.
9. Абдуррохман ибн Мухаммад «Авзи Аль Джузирийю». Китаб-уль-фикхи алаал мазахиб-иль-арба ати (араб.яз.)(книга о законодательстве по 4-м мазхабам) Бейрут, 1996.

Резюме

Дүйсебаев М.Т., Түлкиев К.Ж.

РСИУ

ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРАЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СТРАНАХ ЗАПАДА

В статье рассматривается история возникновения и развития института брака в Западных странах в средние века. Влияние христианской церковной религии на развитие семейно-брачных отношений между мужчинами и женщинами. Их ценности и значение для дальнейшего развития средневекового европейского общества.

Summary

Duisebaev M. T., K. J. Tulkiev K.J.

RSIU

HISTORY OF MARRIAGE IN THE WEST

The article deals with the history of the emergence and development of the institution of marriage in Western countries in the middle ages. The influence of the Christian Church religion on the development of family and marriage relations between men and women. Their values and significance for the further development of medieval European society.

ҒТАМР: 03.01.06.

Утегенов Б.Д., Еркінбекова А.С.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

XX ҒАСЫРДЫҢ 20 – 30 ЖЫЛДАРЫ ҚАЗАҚ ИНТЕЛЛЕГЕНЦИЯСЫНЫҢ АҒАРТУ ЖӘНЕ ҰЛТ МҮДДЕСІН ҚОРҒАУДАҒЫ ҚЫЗМЕТТЕРІ ТУРАЛЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Мақалада 1920-1930 жылдары қазақ интеллегенциясының ағарту саласындағы қызметтері, қазақ зиялыларының ұлт мәселесін шешу жолындағы күресі жазылған. Тарихи деректердің негізінде қазақ кеңес интеллегенциясының қалыптасуы мен олардың маңызды қызметтері сияқты мәселелер қарастырылған. Еліміз егемендік алғалы кеңестік жүйенің әміршіл-әкімшіл саясатының нәтижесінде қуғынға ұшыраған қазақ интеллегенциясының тағдыры мен олардың қызметтері жаңаша көзқарас негізінде көрсетілген.

Кілт сөздер: ұлттық интеллегенция, зиялы қауым, көсемдер, отарлау саясаты, Кеңес өкіметі, ұлт мәселесі, тіл, ағарту ісі, әкімшіл-әміршіл жүйе.

XX ғасырдың 20-30жылдары күшейген әміршіл-әкімшіл жүйенің әр кезеңінде ұлттық интеллигенция ұлт мүддесін көздеу мақсатында үнемі жаңа әдістерге көшіп отырды. Қашанда ұлттық деп оянған зиялы қауым өкілдері халықтың сауатын ашуға, оқу – дарытуға барынша ат салысып, басшылық етті. Дәл осы кезде пісіп жетілген интеллигенция қатары жаңа жағдайға байланысты күрес тактикасын өзгертіп, енді күрес арнасы рухани салаға ауысуы қажет деп білді. Сол себептен де интеллигенция көсемдері өз өкілдерін мемлекеттік басқару жүйесіне енгізу және сол арқылы халыққа идеялық ықпал жасау құралдары ретінде оқу ағарту, мерзімді баспасөз, ғылыми орталықтар, әр түрлі салалардағы баспа орындарын кеңінен пайдаланудың ауқымды шараларын ойластырып, оларды белгілі бір дәрежеде жүзеге асырды.

Патшалық Ресейдің отарлау саясатының негізінде қазақ жері бөлшектеніп, рулық жүйесі ыдырап, күш арқылы дінге шоқындыру, тілі, ұлттық әдетінен арылтуына әкеп соқтырды. Орыс тілін білгендерін болыс қою, аралас типтегі мектеп түрлерін ашу, орыс жазуына араластыру әрекеті қолға алынған еді. Патшалық билікті құлатқан кеңес өкіметі де орыстандыру саясатын міз бақпай әрі қарай жалғастырды. Кеңес өкіметі орнауымен бір мезгілде мәдениетті қайта құру шаралары жүзеге асырыла бастады. Елде ағарту ісін дамытуға баса назар аударылды. Қазақтың ұлт зиялылары шығармашылық тұрғыда табысты еңбек етіп, мәдени құрылыс барысын жеделдетуге зор үлестерін қосты. Қазақ тіліндегі оқулықтар жазылды. Мұндай оқулықтардың авторлары қазақ зиялыларының өкілдері - А. Байтұрсынов, Ж. Аймауытов, С. Сейфуллин болды. Алгебрадан қазақ тіліндегі бірінші мектеп оқулығын Қаныш Сәтбаев, географиядан - Әлихан Бөкейханов, Қазақстан тарихынан профессор Санжар Асфендияров құрастырды.

Қазақ интеллигенциясының өкілдері кеңес билігі тұсында қазақ тілінің сақталып қалуына барынша назар аударды. 1923 жылы С.Қожанов Түркістан ЦК КП бюросының жиналысында баяндама жасап, оның негізінде алғашқы үш жылда ана тілінде және орта, жоғарғы оқу орындарында орыс тілі тек ана тілінде оқуға мүмкіндік болмаған жағдайда оқылатындығы туралы қаулының қабылдануына мүмкіндік алды. 1923 жылы жарық көрген «О просветительской работе среди киргиз – казахов» атты мақаласына өз пікірін білдірген С.Қожанов алдымен халық ағарту ісінде ана тілінде бастауыш ұлттық мектептерді қалыптастыру қажет екендігін атап өтті [1].

20- 30 жылдары ұлттық – тіл құрылысында қазақ жазбасының реформасы басты орында болды. Билік араб графикасынан латынға ауысуды сауатсыздықтың жойылуы, баспа техникасының дамуы мен арзандауы, жазба машиналарының ана тілдерінде және «шығыстың еңбекші халқының Батыспен байланысын» жақсартуға мүмкіндік туғызады деген анықтамалармен түсіндірді. «Алфавиттік революциялар» алғашқыда латын, кейін кириллицаға ауысу ұлттық сананың базалық компоненттерінің трансформациясына алып келді. Кеңестік жүйенің тоталитарлық режиміне халықтың тілі мен дінінде басты мәселелердің бірі болып көзге ілінген еді.

Интеллигенция арасындағы айтыстың ішінен А.Байтұрсыновтың латын графигіне қарсылығы айқын көрінді. А. Байтұрсынов өз қарсылығын қазақ мәдениеті мен ұлттық рухы тілмен бірге жоғалатындығын негізге алып, араб тілі игеруге қиындық туғызғанына қарамастан, әрі қарай оның дамуына қолдау көрсету қажеттігін алға тартты.

1912 жылы А. Байтұрсынов араб графикасын және қазақ тілінің орфографиясын негіздеді (усовершенствовал). 1924 жылы қазақ тілінің дыбысталуын араб тілінің графикасына салу арқылы «байтұрсыновтық орфография» қалыптасты. Кеңес кезінде ғалым әртүрлі жиналыстар мен кездесу-лерде араб графикасының сақталуы барысында өз ойларын білдіріп, үнемі сол позицияны жақтап жүрді.

Ана тілінің қорғаушысы және реформаторы А. Байтұрсынов өз халқының этнонимі туралы мәселеніде қатар көтеріп жүрді. 1925 жылғы Кеңестердің Y съезінде А. Байтұрсынов тарихи, мәдени негізге сүйеніп қазақ халқына өз дұрыс тарихи есімін қайтару туралы сөз сөйлеген еді. Бұған дейін қазақтарды қырғыз атап жүрген болатын. Съездің делегаттары бір ауыздан бұл мәселені мақұлдап, «Қырғыз АКСР-ін» «Қазақ АКСР» деп атауға шешім қабылдады. Кейін Қазақ АКСР ОАК Президиу-мы, яғни 1936 жылы 9 ақпанда қазақ еліне нақты есім орнатты: «қазаки» орнына «Қазақстан» - «қазақтар» [2].

А. Байтұрсыновтың жақтастарының бірі, белгілі ғалым Х. Досмұхамедов өзінің «Қазақ-қырғыз тіліндегі сингармонизм заңы» атты еңбегінде сингармонизм – түркі сөзінің негізі, оның түрік тілдерін отаршылдықтан құтқаруға мүмкіндігі бар деп көрсетеді. Сонымен қатар латын графикасына ауысуға басты қарсыластардың бірі М. Дулатов болды.

Латын графикасына ауысу мәселесі қазақ интеллигенциясы арасын екі арнаға бөлді. А. Байтұрсынов араб графикасының маңыздылығы мен қажеттілігі туралы өз позициясын «Еңбекші қазақ» газетінде баяндамалар, мақалалар түрінде жазудан талмады. 1927 жылы А. Байтұрсынов «... Қысқасы, жаңарған араб әрпі баспа дүниесі, жазу машинасы, оқыту жұмысы жағынан орыс әрпінен де, басқа Еуропа жұрттарының әріптерінен де анағұрлым артық болмақ» [3]. Бұл айтылған сөздерден XX ғасырдағы қазақ интеллигенциясы үшін елінің ертеңгі болашағына бей - жай қарамағандығын байқауға болады.

Латын тіліне ауысуға байланысты көптеген айтыстардың орын алғанына қарамастан Қазақ АКСР ОАК IV сессиясы 1928 жылы латын тіліне ауысуды заңдастырды. Осы заңға сәйкес қала интеллигенциясы, жұмысшылар мен шаруалардан латын тілін жазбада қолдануға белсенділік таныту-ларында мәселе алға қойылды. Партия органының осы мәселеде ұстанған бағытын YI Өлкелік партия конференциясында Голощекин төмендегідей түсіндірді: «Латын әрпін енгізуге көзқараста Өлкелік комитет аса сақ болды.

Біздерден партиялық қаулыны талап етті; біздің бас тартқан себебіміз, бұл іс қазақ коммунистерінің, зиялыларының Қазақстанның қоғамдық күштерінің өздерінің жұмыстары, осы негізде олардың өздері жұмыс жасаулары керек, міне, сонда біз де партиялық шешімді береміз.

Біздің міндетіміз – осыған итермелеу, осыған көмектесу, бірақ бұл жөніндегі мәселе нашар болып тұр. Олар өздерінің тартыстарында мәселенің бұл көзқарас артық па немесе қажет пе дегенге келіп тірелмей-тінін түсіне алмайды. Олар, бұл мәселеде 3 процент сауаттылардың 97 процент сауатсыздарды тежеп отырғандарын түсіне алмайды. Осы сауатсыздарды латын әрпімен әлдеқайда жеңіл жазуға үйретуге болады, ал араб жазуын білетін 3 процентке келер болсақ, олар бұқараның мәдени дамуын тежеп отыр. Біздің қазақ коммунистерінің міндеті – мұнда неғұрлым табандырақ болу және реформа жүргізуге қол жеткізу. Өзір ешбір партиялық қаулы болуға тиіс емес» [4]. Сондай-ақ, 1930 жылдың 6-8 ақпан айындағы Халық Ағарту Комиссариаты Коллегиясының жиылысында алфавит мәселесі қаралып, төмендегідей қаулы қабылдады: «окончательно изгнать арабский из всех отраслей государственной, общественной жизни, всем отделам и органам Наркомпроса развить усиленный темп работы, чтобы все стороны учебно – воспитательной, политико – просветительской, научной, библиотечной, издательской и канцелярской работы были переведены на новый алфавит на все 100 % к 10-летию Казахстана». Тарихтың өзі көрсетіп отырғанындай, араб жазуы жалпы адамзат тарихын артқа сүйремей, керісінше қаншама ілім – ғылымды өз соңынан жүргізді. Яғни, жоғарыда Голощекин жолдастың және Халық Ағарту Комиссариаты Коллегиясының жиылысында қабылданған қаулылар араб тілі немесе графикасы халықтың сауатсыздығын тежейді деген мәселе дұрыс болып шықпады. Қазіргі таңда араб дүниесі қазақтарға тыйым салған осы әріппен – ақ дүниежүзілік өркениеттің жетістіктеріне қол жеткізіп отыр.

Қарастырып отырған кезеңде қазақ интеллигенциясы ғылым, білімге баса назар аударып, халықтың сауаттылығын көтеруге тырысып бақты. 1923 жылы алғаш рет «Сана» атты ғылыми комиссияның журналы жарық көреді. Оның жұмысына Қазақстанның белгілі ғалымдары, саяси және қоғам қайраткерлері А.Диваев, О.Жандосов, С.Қожанов, Т.Рысқұлов, С.Асфендияров, М.Әуезов, М.Тынышпаев, Х.Досмұхамедов, Ж.Досмұхамедов, М.Жұмабаев және т.б. үлкен қызмет атқарды.

Қазақ зиялылары өздерінің қызметтерімен қатар үнемі ұлт мәселесін көтеруден талмады. Солардың бірі А.Байтұрсынов, Ж.Аймауытов, С.Сейфуллин бастаушы мектептерде қазақ тілі мен тарихын оқытуды талап етіп, бұл зиялылар қазақ тілінде жарық көрген кітаптардың авторы болды.

Ұлт мәселесі қай уақытта болсын күрделі шиеленіскен мәселелердің бірі. Кеңес өкіметі орнағаннан сонда бұл мәселелер әлі де болса шешімін таппай келді. Тарихтан белгілі жаңа билік орнасымен әртүрлі қаулы қаралар, үндеулердің орын алуы жүріп жатты. Алайда ескіден қалыптасқан жүйе өзгере қоймады. Осы тұста қазақ зиялылары ұлт мәселесінде оқу ағарту, тіл, сауаттылық мәселелеріне көп көңіл бөлді. Республиканың тіпті Одақ көлеміндегі съездер мен конференцияларда осы мәселелер көлемінде пікірлер айтып, айтыстарға түсіп, өздерінің идеясын қорғау үшін жан аямай күрестерін жүргізді.

С.Қожанов «Оқытушыларды ескеру керек» деген мақаласында бұрын түпкілікті қарастырған мәселелерін қайта қарап, оның ішінде мұғалімдердің қадірін түсінуге шақырды. Ол үшін мұғалімдердің айлық ақысын өсіру керектігін, беделін көтеретін шараларды іздеу керектігін айтады.

«Оқу жұмыстары жүртшылықтың туы, жұртшылыққа құрал болуға тиіс», «Орнықты шын жұртшылық ағарту арқылы ғана табылады». «Қазақ – кыргыздың ұлт мектебін жасауға кірісіндер», «Даярлау бөлімдері керек» деген мақалалары оның ағартушылық көзқарасының әр қырының көрінісін сипаттайды. Өзі төраға ретінде қол қойған Түркістан орталық атқару комитетінің жарнамасында С.Қожанов былай дейді: «Кейінгі жас өспірімдердің білім алып, көгеруі – жалпы әлеумет борышы. Жалпы еңбекшіл әлеумет болып, жастарды тәрбиелеп, ғылыммен азықтандыру жолына жәрдемген кіріссеніңдер!... Халық ағарту айының көздеген мақсаты: ашылған мектептерді қаражат жағынан жәрдем беріп, мұңсыздандыру болады.

Дикандар, жұмыскерлер, оқығандар қосылар! Бәріңіз де жергілікті хукімет адамдарына халық ағарту айында қосылып күш көрсетіп, халық ағарту жолына жәрдем етіп, жергілікті халыққа көсемдік етіңіздер!» деген сөздерінен оның халық ағарту ісінің жанашыры екендігін байқауымызға болады.

Белгілі қазақ интеллигенциясының бірі А.Бірімжановтың есімімен өлкеде құқықтық білім берудің басталуына байланысты. Бұл кезде Қазақстанда маманданған кадрлар тапшы болды. Өлкеде білім беру курстарына дайындық 1923 жылдың наурыз айында басталып кеткен болатын. А.Бірімжановтың басшылығымен және С.Қадырбаев, Г.Бахаева мүшесімен арнайы комиссия құрылды. Комиссияның міндетіне курстың бағдарламасын, тыңдаушылардың саны мен шығын сметасы енді. Әдеттегідей курсты ұйымдастырушылар проблемаларға кезікті. Ол алдымен аталмыш курсты оқытатын маман кадрлардың және оқу құрал мен өткізу орталықтарының жетіспеушілігі еді. Бұған қарамастан сабақ 1923 жылы мамыр айында басталып та кетті. Сонымен қатар құқық курстарына тыңдаушыларға бірнеше талаптар қойылды [5]. Солардың бірі, ана тілі мен қатар орыс тілінде өз ойын еркін айтып, қағаз бетіне түсіре алатындай деңгейде болу тәртізді шарттар қойылды.

С.Сейфуллин республиканың ХКК төрағасы қызметін атқарып жүрген кезінде Қазақстанның білімі мен мәдениетінің дамуына көп еңбек сіңірді. Соның бірі, ағарту ісінің әрі қарай дамуында 1924 жылы 12-18 маусым айларында Орынборда өткен республиканың халық ағарту жұмысшыларының Бірінші съезіне сәйкес қаулы қабылдады. Белгілі ғалым –лингвист А.Байтұрсынов съезде қазақ алфавитінен өзге,

мектепке арналған оқулықтар туралы мәселе көтерсе, О.Жандосов Қазақстанның жоғары оқу орындары мен орта деңгейлі білім ошақтарына бұрынғы Алаш қозғалысының қайраткерлерін жұмысқа шақыру туралы ұсыныс тастады [6].

Ғылыми ұйымдар, ғылыми – зерттеу жұмыстарына және ағарту ісінде ҚССР Академиялық орталығы мен қазақ өлкесін зерттейтін тарихи-этнографиялық қоғам үлкен роль атқарды. 1922 жылы 6 желтоқсан айында С.Сейфуллин ХКК төрағасы қызметіне тұрғаннан соң «Положение о научных обществах и научно-вспомогательных учреждениях при них» атты құжатқа қол қойды.

Отаршыл коммунистер Сәкен Сейфуллин сияқты шыққан тегі кедей әрі жан-жақты қабілетті ұлттық кадрларды Коммунистік партияның даңғыл жолынан ауытқушылар деп айыптап республика басшылығынан тайдыруды мақсат тұтты. Тіпті Сәкен Сейфуллин Қазақ АКСР-і Халық Комиссарлар Кеңесінің төрағалығынан кетсе де бірталай адамдар “сейфуллиншілер” деп қуғынға ұшыратылды. Сәкеннің өз басына тән ерекше мінездері немесе оның шығармаларында қателік деп табылған міндер “сейфуллиншілдер” жігінің мүшесі делінген адамдарға жөн - жосықсыз жапсырыла берді. Мысалы, 1922 жылы Сәкен Сейфуллин жазған Азия-Еуропа өлеңін негізге алып, “сейфуллиншілдер” Азияны Еуропаға қарсы қояды, Сәкен Сейфуллиннің Ахмет Байтұрсынұвтың 50-жылдық мерейтойына (1923 жылы) арнап жазған мақаласын мензеп “сейфуллиншілдер” алашордашылармен ымыраласуға дейін барды деген айыптар тағылды. Нәзір Төреқұлұлы, Ғаббас Тоғжанов, Хамза Жүсіпбеков, Ілияс Қабылов, Асқар Лекеров, Жақан Сыздықов, Ғ. Жәнібекұлы т.б. қаламгерлер “сейфуллиншілдер” жігі туралы дау-дамай өршітті. 1932 жылдың 26-29 ақпанында болып өткен КазАПП-тың бірінші съезі қазақ қаламгерлерінің сан немесе сапалық жағынан өсіп-өркендеуіне айтарлықтай әсерін тигізе алмады. Мұстафа Қайыпназаровтың баяндамасында және съездің шешімінде Мәскеуде атылып кеткен Жүсіпбек Аймауытов, қамауда отырған Мұхтар Әуезов пен Қошқе Кемеңгеров, Смағұл Сәдуақасов пен Әмина Мәметова сынды жазушылар идеологиялық дұшпан ретінде табаланды. БК(б)П Қазақ өлкекомы басшыларының бірі М.Кахиани съезде сөйлеген сөзінде барлық қазақ жазушыларының ішінен жалғыз Сәкен Сейфуллинді таңдап алып, оны саяси тұрғыдан тұқырту әрекетін жасады. Ол Сәкен Сейфуллиннің ең жақсы шығармасы – “Көкшетау” поэмасы ескілікті жырлауға арналған, ежелгі қазақ ауылының тұрмысын мақтайды, “ескі дәуренге қайта оралындар деп үгіт таратады” деп сөкті. Ф.И.Голощекиннің пікірін қайталап, Қажымұқан балуанның жас ұрпаққа үлгі етілуі автор ойының таяздығын, мүсәпірлігін көрсетеді деп, Сәкен Сейфуллиннің “солшылдық мінезіне қарсы аяусыз қатал күрес ашу керек” деп шақырды. Мұндай жөнсіз айыптаулар қаламгерлер қатарының өсуіне кедергі болды, коммунистік басшылықтың әдебиетшілерге саяси қысымының күшейе түскенін көрсетті. Сондай-ақ, Алаш идеологиясының мирасқоры, жас талант С. Сәдуақасов 1925 – 1926 жж. Республиканың «Еңбекші қазақ» атты газетінде редактор, кейіннен Қазақ АКСР-нің оқу-ағарту комиссары қызметін атқарып, қазақ өлкесінің халық ағартуында өзіндік үлес қосуымен ерекшеленді. Республикадағы ғылыми жұмыстарды жүзеге асыруда С.Сейфуллинмен қатар қазақ интеллигенциясының өзге де өкілдері ат салысты. [7].

Қазақ кеңестік зиялылары халық ағартуда бар күш-жігерін жұмсағанымен, Қазақстанның сол кездегі білім беру жүйесі тоталитарлық қоғам жағдайында дамып, әлеуметтік-саяси ықпалдан шыға алмады. Қазақстанның білім беру жүйесінің қалыптасуы “жаңа адамдарды” тәрбиелейтін маркстік тұжырымдамамен байланысты, жаңа социалистік қоғамға қажетті кеңестік қоғамның қалыптасуы жағдайында жүрді.

Әдебиеттер

1. М.Қойгелдиев Ұлттық саяси элита. Қызметі мен тағдыры (XVIII – XX – ғғ.). Зерттеулер. – Алматы: «Жалын баспасы», 2004. – 400 б. бб.
2. Бейсембиев К. Победа марксистко–ленинской идеологии в Казахстане.– Алматы:Казахстан-1970-384 с.
3. Устинов В.М. Служение народу. – Алма-Ата: «Казахстан» 1984. - 231 с.
4. Брайнин С., Шафиро Ш. К вопросу о роли казахской национальной интеллигенции в 1917 году // Большевик Казахстана. – 1933. - №4(28) – С. 75-77.
5. Устинов В.М. Зампред совнаркома Российской Федерации. – Алма-Ата: Казахстан, 1988. – 152 б.
6. Елеуов Т. Установление и упрочнение Советской власти в Казахстане. – Алматы: Издательство Академии наук Казахской ССР, 1961. – 528 б. (328)
7. Кенжин А. К исторической оценке деятельности «Алаш-Орды» - «Степная правда». - 1922, 14 ноября (№247).

Резюме

Утегенов Б.Д., Еркинбекова А.С.

ЮКМА, Шымкент

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАЗАХСКОЙ ИНТЕЛЛИГЕНЦИИ В ПРОСВЕЩЕНИИ И ЗАЩИТЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕРЕСА В 20-30-Е ГОДЫ XX ВЕКА

В данной научной статье рассматриваются и приводятся некоторые материалы о деятельности казахской интеллигенции в национальном вопросе и о положении просвещения в Казахстане в 20-30-е годы XX века.

Summary

Utegenov B.D., Erkinbekova A.S.

SKMA Shymkent

SOME QUESTIONS ABOUT THE ACTIVITIES OF THE KAZAKH INTELLIGENTSIA IN EDUCATING AND PROTECTING NATIONAL INTEREST IN THE 20-30S OF THE TWENTIETH CENTURY

This scientific article discusses and provides some materials on the activities of the Kazakh intelligentsia in the national question and on the situation of education in Kazakhstan in the 20-30s of the XX century.

ҒТАМР: 03.01.20.

А.А.Беккулова, Ә.Бейсенбекқызы

С.Ерубаяев атындағы №24 мектеп-лицей, Шымкент, Қазақстан

XX ҒАСЫРДЫҢ 70 ЖЫЛДАРЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАНЫҢ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ МАТЕРИАЛДЫҚ-ТЕХНИКАЛЫҚ БАЗАСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

XX ғ. екінші жартысында республиканың жоғарғы оқу орындарының материалдық-техникалық базасын жақсарту бағыттарында көлемді жұмыс жүзеге асырылды. Жаңадан оқу ғимараттары, жатақханалар, мәдени-тұрмыстық, медициналық қызмет көрсететін үйлер салынды. Бұлардың барлығы еліміз жоғары мектептерінде дайындалатын мамандар сапасын арттыруға қызымет еткендігін жоққа шығаруға болмайды.

Ең басты шаралардың бірі ретінде оқытушы-профессорлар мен ғалымдар пәтерін салу қарқыны да төмендеген жоқ. Әрине, Кеңестік жүйеге тән болған құрлыс жұмыстарын жүргізу барысындағы жайбасарлық, осыдан келіп шығатын құрлыс алаңдарының дер кезінде берілмей қалуы, яғни пәтер алу кезегінің ұлғайуы жайларының уақыт өте келе тоқыраушылық сипат алғандығы да жасырын нәрсе емес. Жоғары мектептердің оқу-техникалық жабдықтар мен құралдарға қажеттілігін өтеу ісіне де айтарлықтай мән берілді. Мәселен, 1976 жылы Гурьев педагогикалық институтының, Абай атындағы қазақ педагогикалық институтының, Петропавл педагогикалық институтының оқу корпустары, екі жатақхана, жүзу бассейні пайдалануға берілді. Келесі жылы Өскемен педагогикалық институтының оқу корпусы, Шымкент педагогикалық институтының студенттер асханасы, Орал педагогикалық институты үшін тұрғын үй, Ақтөбе, Жамбыл, Қызылорда педагогикалық институттары үшін 1650 орындық жатақхана пайдалануға берілді. Сондай-ақ, Арқалық және Қостанай педагогикалық инсти-туттарының құрлысындағы күрделі қаржы толықтай игерілді [1]. 1976-80 жылдары ғана 16 педагогикалық институт үшін оқу корпустары мен жатақханалар салынған екен. Ал, 1977 жылы пайдалануға берілген 94 пәтерлі тұрғын үй Орал педагогикалық институтында ғылыми-педагогикалық кадрларды тиянақты тұрақтандыруға әсер еткені ақиқат. 1983 жылғы қуанышты оқиғалардың қатарында 60-пәтерлі тұрғын үйге Абай атындағы ҚазПИ оқытушыларының жайғасуы бар. [2].

Осы жылдары іргесі жаңадан қаланған Қарағанды мемлекеттік университетінің оқу материалдық базасын жақсартуда біраз табыстарға қол жетті. Мұндағы бірнеше лабораториялармен қатар музей, спорт-денсаулық лагері (Қарқаралы тауларында) санаторий-профилакторий іске қосылды. Университет кешенін салу қолға алынды. Алғашқы ғимаратқа тарих, филология, заң, экономика факультеттері көшіп те келді. [3].

Қол жеткен жақсы шаралардың бірі ретінде бүгінгі мақтанышымызға айналып отырған Әл-Фараби атындағы қазақ мемлекеттік университетінің ерекше кешенінің салына бастағандығын айту-мызға болады. Алматының ең көркем жерінде 20-дан астам оқу ғимараттары, жатақханалар, тамақтану комбинаттары, кинотеатр, тағы басқа үйлер бой көтерді. Қазақ мемлекеттік университетінің бірегей кешенін салу 1971 жылдан басталып, кейінгі жылдары ол қарқынды жүргізілді. Нәтижесінде, егер 1976 жылы университеттегі оқу, лабораториялық, ғылыми-зерттеу және шаруашылыққа негізделген барлық ғимараттардың пайдалы алаң көлемі 16 мың 53 шаршы метрді құраса, ал 1980 жылы ол 67 мың 794 шаршы метрге жетті. Дәл осы кездегі студенттік жатақханалардағы пайдалы алаң көлемі 30 мың 660 шаршы метрден 44 мың 340 шаршы метрге көбейді.

Университет ғимаратына жақын жерден университеттің профессор-оқытушылар құрамы мен қызметшілері үшін 400 пәтерлі 6 жайлы тұрғын үйлер берілді. Оқу-материалдық базасының нығайуы жаңадан лабораториялар, есептегіш орталықтар, кафе-дралар ашуға мүмкіндік туғызды. Қазақстан жоғарғы оқу орындарының материалдық-техникалық базасындағы өзгерістерді төмендегі кестеден байқауға болады.

Қарастырылып отырған жылдары республикалық партия және мемлекеттік органдар жоғары мектептегі хал-ахуалды үнемі назарда ұстап, ондағы жағдайды жақсарту бағытындағы іс-шараларды көрсетіп, көптеген қаулы-қарарлар қабылдады. Әрине, пәрмені күшті бұл шешімдердің орындалуы экономикалық жағынан негізделмегендіктен олардың тиімдігі де нашар болып жатты. Мәселен, 1975 жылы республикалық жоғары білім беру министрлігінің оқу базасы 324,8 мың² пайдалы алаң көлемінде болды. Яғни, әр студентке 6,5 м² – тан келді, ал бұл кем дегенде 10м² болуы тиіс еді. [4]. Студенттерді жатақханамен қамтамасыз ету және асханамен, буфетпен қызмет көрсету де төмен дәрежеде болды. Осындай жайсыз жағдайлардың қалыптасуына себеп еліміздегі оқу орындарының сұранысын өтеу жөніндегі шаралар қабылданып, бесжылдық жоспарлар дайындалып жатқан тұстың өзінде жоғары мектептің талаптары жеткіліксіз есеппен жоспарланды. Атап көрсетсек, 1976-1980 жылдары Республикалық жоғары білім беру, денсаулық сақтау және ауылшаруашылығы Министрліктері

студенттердің жатақханаға деген сұранысын қанағаттандыру үшін 524,7 м² студенттер жатақханасын пайдалануға беруі тиіс болды, бесжылдыққа қабылданған жоспарда ол 470,7 м² болып бекітілді, ал енді оның орындалуы 353,9 м² болып шықты. Сондай-ақ, студенттер асханасына 17,9 мың орын жетіспеді, бесжылдыққа арналған жоспар бойынша ол 10,1 мың орын болып бекітілді де, ал шындығында пайдалануға берілгені 8,43 мың орын болды. [5]. Міне, өзіміз байқап отырғандай студенттердің тұрған жай - тұрмыс жағдайын жақсарту жөніндегі шаралардың үнемі орындалмай қалатын себебі, бұл әуелден халық шаруашылығының бесжылдық жоспарларында қажетті көрсеткішке бәрібір жетпейтіндей болып бекітіліп кететін еді. Сондықтан, қанша қаулы-қарар қабылданса да студенттерге болуы тиіс жағдайды жасау мүмкін емес нәрсе болып қалды. Мұның барлығы өнідірістік емес сала болғандықтан жоғары оқу орындарының бюджеттен бөлінген азын-аулақ қаржымен қанағат тұтуға мәжбүр болғандығын, яғни олардың “қалдықтық” принцип негізінде қаржыландырылғандығымен түсіндіріледі.

Әрине, 70-80-ші жылдары межесінде жоғары оқу орындарының өмірінде айтарлықтай қуанышты жағдайлар да болып жатты. Көптеген институттар мен Қазақ және Қарағанды мемлекеттік университеттері жаңа оқу корпустарына орналасып, студенттер сәулетті жатақханаларға қоныстанып жатты. Оқу-сауықтыру орталықтары іске қосылып, жаңа асханалар мен буфеттер пайдалануға берілді. Мұның қатарында ҚазМУ кешенінің алғашқы жүйесі, Алматы энергетика институтының, Қарағанды университетінің құрылыс кешендері, Гурьев, Жезқазған, Көкшетау т.б. пединституттарының оқу корпустары болды. Осының нәтижесінде 80-ші жылдардың ортасына таман әрбір студенттің оқу алаңымен қамтамасыз етілуі жоғары білім беру министрлігінде 8 м²-қа, ағарту министрлігінде 5,03м²-қа тең келді. [6].

Қазақстан жоғары оқу орындарындағы материалдық-техникалық жабдықталуды саралай келе олардың оқу-лабораториялық аудандармен қамтамасыз етілуіндегі айырмашылықтар мен кемшіліктерді анық байқай аламыз. Әрі бұл жағдай бізге бірнеше ой- түйін жасауға мүмкіндік береді. Біріншіден, тоқырау жылдары деп аталатын кезеңде әлеуметтік-мәдени саланы сарқынды қаржылан-дыру терең тамыр жібергені байқалады. Өйткені, өнер мен медициналық оқу орындары материалдық өндіріс салаларымен тікелей байланысты болмағандықтан бюджеттен берілген азын-аулақ қаржымен қанағаттануға мәжбүр болды. Ал, политехникалық институттар республиканың бюджет есебінен де, шаруашылық салаларына қатысты министрліктер есебінен де қаражат алу мүмкіндіктеріне ие еді. Қазақстанда екі ғана университет болған-дықтан олар айрықша қамқорлықпен басқарылды. Алматыда да, Қарағандыда да университеттер қалашықтары салынып жатты.

Екіншіден, оқу-лабораториялық базасының әлсіздігі сапалы маман даярлауға, оқытушы-профессорлардың құрамының пәрменді еңбек етуіне зиянын тигізгені сөзсіз. Осы орайда, көптеген зерттеушілер жаңа техника мен технологияға негізделген оқу-лабораториялық жабдықтардың бол-майынша болашақта ғылым мен техниканың тұтқасын ұстайтын мамандардың тәрбиеленіп, қалып-таспайтындығын дұрыс атап көрсетеді.

Үшіншіден, “сарқытты” қаржыландырылу арқылы жоғары мектептердің материалдық-техникалық базасын нығайтуға өзі азғантай көлемде бөлінген күрделі қаржының өзі әрдайым толық игерілмеген күйде қала берді (62-63 % мөлшерінде игерілетін).

Жоғары оқу орындарындағы материалдық-техникалық жабдықтаудағы жетіспеушілікті, мұндағы олқылықтардың жағымсыз салдарларын студенттер қауымы да сезіне алды. Олардың көпшілігі өздерінің лабораториялық жағдайда оқып жатқан, әсіресе, оқу процесінде дайындап жатқан ғылыми жобаларының шынайы өндіріс жағдайында мүлдем ескіріп қалғандығын өндіріс орындарына барған кездегі практикалар кезінде аңғарып отырды. Бұл өкінішке орай, студенттердің сабаққа ынтасын түсіріп, қызығушылығына кері әсерін тигізді. [7].

Жоғары оқу орындарының материалдық базасындағы олқылықтар 1986 жылы болып өткен Қазақстан Компартиясының ХҮІ съезінде де қатаң сынға алынды. Бұл қайта құру науқанының қыза бастаған кезінде шақырылған съезд еді. Мұнда ұзақ жылдардан кейін алғаш рет кемшіліктер ашық талқыланды. Мәселен, педагогикалық институттар болашақ мұғалімдерді тозығы жеткен жабдықтарды пайдалану арқылы даярлайтыны, электроника есептегіш машиналардың жетіспейтіндігі бетке басылды. Әрбір студентке оқу ауданы 6,5 м² келетіндігі, норма бойынша ол 14,5 м² екендігі айтылды. Бірнеше педагогикалық институттарда студенттердің жартысынан көбі жатақханалармен қамтамасыз етілмеді. Мыңнан астам оқытушылар пәтерсіз жүрсе, олардың жартысы студенттік жатақханада тұрып жатты. [8].

Сонымен, қорытып айтар болсақ, Қазақстан жоғары мектебінің материалдық-техникалық базасында жағымды ілгерілеулер де шешімін таппаған проблемалар да қатар өмір сүріп, ғылыми-педагогикалық мамандардың кәсіби қызметіне өз таңбасын түсіріп жатты.

Алайда, осындай үздіксіз өсудің астарында жатқан мынадай бір жайларды атап өткіміз келеді. Осы қарастырылып отырған жылдары білім мен ғылымға қажетті құрал-жабдықтар мен құрлыс объектілеріндегі материалдардың да бағасы бір орында тұрған жоқ еді. Яғни, бір жағынан қаржының өсіп отырғандығы қуантса, екінші жағынан мұның құнының инфляция дәрежесіне тәуелді болғандығын байқауға болады. Сондықтан бір қарағанда көбейіп жатқан қаржы көлемінің шын мәніндегі қайтарым тиімділігі төмен болып шықты.

Әдебиеттер

1. Советская интеллигенция. Словарь-справочник. М.1987.77-б.
2. Образование и культура Республики Казахстан. Стат. сб. А.1994.117-б. Мечтова И.И. Социально-экономические проблемы перестройки высшего образования. А., 1990. 196-б.
3. Бурин Т.Г. Қазақстанның ғылыми - педагогикалық интеллигенциясы тарихының проблемалары (1970-1990ж.ж.). Тарих ғыл. канд. дисс.авторефераты. Алматы. 2000
4. Жаманбаев К.Ж. Высшая школа в Казахстане. Алма-Ата.,1972
5. Кушербаев К.Е., Ахметов А.К., Абылкасымова А.Е., Рахимбек Х.М., Стратегия развития высшего образования в Республики Казахстан. Алматы: Білім. 1998.232-б.
6. Мечтова И.И. Социально-экономические проблемы перестройки высшего образования. А, Казахс-тан, 1990.-187с. (182-183)
7. Народное хозяйство Казахстана. 1987. № 12 с.50
8. Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам.- М., 1988 т.16., ч.1. с.250

Резюме

А.А.Беккулова, А.Бейсенбекқызы

№24 Школа-лицей имени С.Ерубаева, Шымкент, Казахстан

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ БАЗА ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ 70-Х ГОДОВ XX ВЕКА

В данной статье рассматривается и анализируется материально-техническая база высших учебных заведений в Казахстане в 70-е годы XX века. Изучаются приоритетные направления материально-технической части в образовательном процессе в ВУЗах.

Summary

A.A. Bekkulova, Ә. Beisenbek қызы

№24 School-Lyceum named after S.Erubayev, Shymkent, Kazakhstan

MATERIAL AND TECHNICAL BASE OF THE HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF THE 70S OF THE XX CENTURYIn this article a material and technical base is examined and analysed higher educational establishments in Kazakhstan in 70th of XX of century. Priority directions of material and technical part are studied in an educational process in Institutions of higher learning.

ҒТАМР: 03.01.06.

О.А. Төребаев, А.А. Бахтибаев

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

БЕҒАЗЫ-ДӘНДІБАЙ МӘДЕНИЕТІ КЕЗЕҢІНІҢ ӨНЕРІ МЕН ИДЕОЛОГИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Мақалада Беғазы-Дәндібай мәдениеті кезеңінің өнері мен идеологиясының ерекшеліктері көрсетілген. Қазақстанның қола дәуірі тайпаларының мәдениетіне қатысты деректерді талдай отырып, аталмыш кезең тайпаларының дүниетанымдық аспектілеріне ғылыми тұжырым жасалған. Ғылыми мақалада Қазақстан археологиясына, соның ішінде қола дәуірінің Беғазы-Дәндібай мәдениетінің тайпаларының дүниетанымдарының және өнерінің ерекшеліктеріне қысқаша талдау жасалынды. Сонымен қатар, аталмыш мәселені зерттеген ғалымдардың ғылыми ой-пікірлері келтірілген.

Кілт сөздер: Дәндібай-Беғазы, Орталық Қазақстан, археологиялық қазба жұмыстар, өнер ескерткіштері, археологиялық мәдениет, дәстүр, молалар, дүниетаным.

Дәндібай-Беғазы заманындағы (біздің заманымыздан бұрынғы X—VIII ғасырлар) тайпалар мәдениетінің дамуы тетелес үш дәуірге-өтпелі, кемелді және соңғы дәуірлерге бөлінеді. Атасу заманынан Дәндібай-Беғазы заманына дейінгі өтпелі дәуір Атасу өзенінен Ертіске дейінгі байтақ далада таралған көптеген ескерткіштермен сипатталады. Олардың қатарына Ақсу-Аюлы II, Ортау II, Байбала II, Бесоба, Бұғылы III комплекстері жатады. Бұл ескерткіштерге тән сипат — бір жағынан, андроновтық дәстүрлердің сақталуы, екінші жағынан, мәдениеттің жаңа элементтерінің: тұрпаты ерекше бейіттік тамдардың, жатаған, домалақ ыдыстардың пайда болуы. Жерлеу ғұрпы да Андронов мәдениетіне тән емес. Әдеттегі бүктетілген қаңқалармен қатар аяқтарын созып, шалқасынан жатқызылған қаңқалар да кездеседі. Мұндай жерлеу ғұрпы кейінгі, ерте темір дәуірінде Қазақстан территориясында тұрған малшы тайпаларда кенінен тараған. [1]

Соңғы қола дәуірінің өтпелі кезеңін, яғни әуелгі Беғазы дәуірін Ақсу-Аюлы II (Қарағанды қаласының оңтүстігіне таман) жерлеу комплексі бәрінен де гөрі толық сипаттайды. Бұл комплекс біріншісі ұқсас төбешік обалардан құралған, обалардың етегі қабырғасынан қазылып орнатылған ірі гранит тақталармен айнала белдеуленген. Бұлар патриархаттық-семьялық қауымдардың рулық бейіттері емес,

патриархаттық-рулық, қоғамның неғұрлым көрнекті мүшелерінің қабірлері. Мол ішкі құрылыстары бар мұндай бейіттер тұрпатының пайда болуы соңғы андрон дәуірінде (біздің заманымыздан бұрынғы ХШ—ХІ ғасырлар) мүлік теңсіздігінің шығуы нәтижесінде Орталық Қазақстан тайпаларында бола бастаған өзгерістерді көрсетеді.

Ақсу-Аюлы II комплексіндегі ең үлкен обаның биіктігі 2 метр, диаметрі 30 метр. Үйіндінің астынан бір-біріне жалғасқан төрт тас құрылыс-үш қоршау және үлкен-үлкен төрт тақта тастан жасалған шомбал тас жәшік шықты. Бірінші, сыртқы қоршау, қабырғасынан қазылып орнатылған ірі гранит тақталардан құралыпты. Екінші қоршау әдейі іріктелген тік бұрышты тақталардан көлденең қалау техникасы арқылы салынған. Қалау сол кездегі жердің бетінен басталыпты. Дуалдардың төменгі жағы тіп-тік, ал жоғарғы жағы аздап ішке қарай иілген. Бұл- соңғы қола дәуіріндегі құрылыс техникасына тән әдіс, мұнда артылта қалау арқылы жалған күмбез жасау шешімінің бастамасы көрінеді. Үшінші кіші қоршау екіншісіне жалғастырылған. Ол тік бұрышты түрде салыныпты, бірақ бұрыштары иілген. Екінші қоршау сияқты, бұл қоршау да эллипсоид бітімдес. Оның батыс және шығыс дуалдарының маңдайшасына қосымша бір-бір үлкен тақта орнатылған. Құрылыс төбесінің негізгі салмағы осы тақталарға түсірілген.

Сонымен, ішкі қоршау бейне бір екі дуалмен және айналма галереямен қоршалған үй сияқты. Бейіт тамның ортасында, аумағы 4 шаршы метрдей, тереңдігі 1,5 метрдей қазылған шұңқырдан шомбал тас жәшік шықты. Оның үстіне екі үлкен тақта тас жабылыпты. Бір кезде тігінен орнатылған және там төбесінің орталық тірегі болған нақ осындай ірі тақталар жәшіктің қасында да жатыр.

Бүкіл құрылыс алаңын тығыздалып тапталған және қалыңдығы жарты метрдей балшық, құм, қиыршық түйір тас араласқан қабат басып жатыр. Бұл қабат дуал тіректеріне дейін жеткізіліпті. Мұның өзі дуалдар мен басқа тіректердің орнықтылығын қамтамасыз етіп, бүкіл құрылыстың астын нықтаған. Қиыршық, түйір тас, саз балшық қабірдің астына да құйылған. Өтпелі дәуірдегі бірқатар басқа бейіттік тамдардың құрылымы да осындай немесе осыған жақын [2].

Соңғы қола дәуірі тайпаларының шаруашылықтағы прогресі және бәрінен бұрын, жайлаулы, кейін көшпелі мал шаруашылығына көшуге байланысты мал санының ұдайы көбеюі жерлеу ғұрпынан да аңғарылады, бұл ғұрып бойынша өлікпен қоса ол жейді деп ет салынатын болған. Қабірлерде үй жануарларының сүйектері көп. Құрбанға шалынатын малдар үшін тіпті арнаулы тас жәшіктер қойылатын болған.

Дәндібай-Беғазы мәдениетінің кемелді дәуіріне жататындар-Беғазы, Айбас-Дарасы, Аққойтас, Дәндібай, Ортау III, Саңғыру I, III зираттары, Ұлытау, Шортанды бұлақ, Қарқаралы I—III қоныстары және басқалары. Бұл қорымдар мен қоныстар тұрғын үйлері мен ғұрыптық-табыну үйлерінің архитектуралық-құрылыстық формаларының дәйектілігімен, шар тәрізді керамиканың жаңа түрлерінің әр алуандығымен сипатталады. Әсіресе, Беғазы тауының сілемдерінде орналасқан Беғазы тақта тас-қоршаулары айта қаларлық.

Беғазыдағы ескерткіштер тобында бір тектес алты қоршау бар, көлемі жағынан бұлардың екеуі көзге түседі. Беғазы құры-ыстарының негізі — кіретін дәлізі, айналма галереясы мен тіреуіш тас бағандары бар аралас тұрпатты құрылысарлық ескерткіштердің іргелері 0,8—1,2 метрдей тереңдіктен жерге көмілген. Беғазы монументтері бір камералы немесе екі камералы құрылыстардан тұрады; бұлар шаршы бітімдес, ал шаршының төрт жағы әлемнің төрт жағына қарай бағдарланған. Ішкі шаршының дуалдары жерге қазылып орнатылған, тігінен қойылған жалпақ гранит тақталармен қапталған немесе қырлы тастардан белдеулей қаланған. Соңғы жағдайда қалау құрамы өте тығыз лаймен бекітілген. Құрылыстың көмілген бөлігінің жиегінен жоғары, жер бетінде, биіктігі бір метрдей дуал бар. Ол сыртынан тігінен қатарластырып жерге қазып орнатылған, бір-біріне тығыз қиюластырылған үлкен-үлкен гранит тақталармен қапталыпты [3].

Беғазы ескерткіштерін салу үшін сұр түсті граниттің өте үлкен кесектері іріктеліп алыныпты. Мұндай гранит құрылыстарға жақын жерден шыққан. Құрылыстың кейбір тік бұрышты тақталарының салмағы үш тоннадай. Дуалдар берік, әрі орнықты болуы үшін бұл тақталардың биіктігінің үштен бірі жерге көмілген, соның өзінде олардың жазық жерден биіктігі 2-2,5 метрдей.

Ұзын, жақсылап қырланған, төрт бұрышты тас бағандар тік тіреулер мен қосымша тіреулер етіп орнатылған. Тігінен қойылған қаптама тақталардың түйіскен жерлері, ішкі және сыртқы қоршаулардың бұрыштарының жалғасқан жерлері солармен нығайтылған. Оның үстіне, дуалдармен бірге олар бейіттік құрылыстың ауыр тас төбесін тіреп тұр. Үлкен қоршаулардағы мұндай бағандардың саны 14-ке жетеді. Құрылымы мен орнатылу мақсаты жағынан олар қола дәуіріндегі тұрғын үйлердің ағаш тірек бағандарына ұқсайды. [4]

Беғазы комплексіндегі ең ірі құрылыстардың бірі — шаршы түріндегі тақта тас қоршау, оның сыртқы орамасы 9,6X9,6 м, ішкі орамасы 6X6 м. Қоршаудың ішкі дуалдары қапталып, 0,7 метрдей қазылып орнатылған. Дуалдың жалпы биіктігі 2,1 м, ал жер бетіндегі биіктігі 1,3 м. Екінші, сырттағы дуалдың да биіктігі сондай—1,3 м. Қаптамамен екі арадағы қуыс тастың сынықтарымен толтырылған, лай құйылып, әбден тығыздатылған. Осы екі метрдей дуалдың муқият тегістелген үстіңгі беті қыш ыдыстарды және басқа заттарды қоятын сөре болған. Сынықтардың тым көптігіне қарағанда, сөреде ондаған жұқа керамикалық ыдыс тұрса керек. Құрылыстың сыртқы дуалдарын қаптаған абажадай гранит тақталар сөрелі жауып тұрған. Солардың және ішкі қоршаудың төбесі есебінен үйдің бүкіл айналасы бойынша

айналма галерея жасалған. Құрылыстың барлық дуалдарын бітімі төрт қырлы қатар-қатар тірек бағандар ұстап тұр. Ішкі үйдің төбесі бірнеше қатар тақта тастардан құралған. Төбені жабу үшін қолданылған тақта тастар мөлшері жағынан ішкі үйдің тіректерінің аралығына сай келеді, ал ішкі үй тас бағандар арқылы үш метрлік екі бөлікке бөлініпті. Ішкі үйдің ұзындығын екіге бөлу алты метрлік ұзындықты қысқарту, оны үш метрлік тақта таспен жабуға болатын ету қажеттігіне байланысты. Мұндай төбенің бір шеті мықты дуалға, екінші шеті құрылыстың ұзына бойына қатар-қатар орнатылған ішкі бағандарға тіреледі. Мавзолейдің шығыс жағындағы кіреберіс ірі, биік, «қошқар» тақта тастармен қапталған, бұл — мәжусилік бейіт тамның маңыздылығын білдіретін болған. Кіре берісте ұзындығы 9 м, көлденеңі 4 м дәліз салыныпты. Ол белдеулей қалау әдісі бойынша қырлы тастан қаланған. Табыттан алыстаған сайын дәліз дуалының қалыңдығы мен биіктігі кеми береді.

Беғазыдағы бай «мавзолейлердің» көңіл қоярлық ерекшеліктерінің бірі-діни-ғұрыптық заттар-ды қою үшін және құрбан шалу үшін арнайы істелген алтарьлық орын. Бірінші қоршауда бұл — құрылыстың, астына ор қазғанда қалдырылған жер стол немесе сөре. Ішкі үйдің батыс қабырғасына жалғастырылған керте столдың үстіне үш тас баған орнатылған. Олардың айналасындағы стол бетіне май мен органикалық қалдықтар сіңген. Мұнда толып жатқан қой сүйектері түрінде құрбан шалудың және ас берудің іздері сақталыпты. Құрбан шалу столына көптеген қыш ыдыстар қойылатын болған. Әр түрлі керек-жарақтар да, сәндік заттар мен қару-жарақ та осында тұрған.

Қола дәуірінде Қазақстан аумағы Андронов мәдени-тарихи қауымдастығына кірген болатын. Осы Андронов қауымдастығы қалдырған мәдениет көне дәуір мұрасын зерттеушілерінің назарын аударды. [5]

XIX ғасырдың II жартысында Оңтүстік Сібірден Оралға дейінгі үлкен аймақтың қола дәуірі ескерткіштерін А.Н. Зырянов, Р.Г. Игнатев, және бұлардан кейінірек Ф.Д. Нефедов, А. Гейкель, Н.Г. Минко, В.Я. Толмачев, С.А. Теплоухов, А. Тугаринов және М.П. Грязновтар зерттеді.

1923 жылы С.А. Теплоухов “Андронов мәдениеті” деген терминді енгізгеннен кейін ғана ғалымдар Қазақстан жерінде зерттеле бастаған қола дәуірі ескерткіштерін осы мәдениетке теле бастады. Алғашында С.А. Теплоухов Андрон мәдениетін хронологиялық уақыты жағынан неолиттік Афанасьев және Қарасұқ мәдениеттері ортасындағы мәдениет деп оның уақытын б.з.д. II мыңжылдықтың бірінші жартысы мен I мыңжылдықтың бас деп мерзімдеді.

Қазақстанда қола дәуірінің, яғни андронов мәдениетінің зерттелуі 1926-1928 жылдары Батыс Қазақстандағы М.П. Грязнов пен Оңтүстік Оралдағы Б.Н. Граков ізденістерінен бастау алады. 1930 жылы жарыққа шыққан мақаласында М.П. Грязнов қола бұйымдар мәдениетінің хронологиясының Минусин қазаншұңқырымен салыстыра отырып жіктеп шықты. Ғалымның ойынша, ерте қола дәуірінде Минусин далалары Андронов мәдениетінің қиыр солтүстігі болды, аталмыш мәдениетке Қазақстанның барлық далалы аймақтары, Сібірдің батысы мен шығысы кірді. Ол қола дәуірі мәдениетін ерте, орта және кейінгі деп үш сатылы кезеңдеме ісінің негізін қалады.

1933 жылы М.П. Грязнов Орталық Қазақстан жерінде Қарағанды қаласынан 60 шақырым батысқа қарай Шерубай-Нұра өзенінің оң жағасында Дәндібай қорымын ашып зерттеген болатын. Бұл зерттеу нәтижесінде де Орталық Қазақстан жерінде Қарасұқ мәдениетінің үлгілері кездеседі деді және сол пікірді ұстанушы ғалымдар тобының болжамдарына түрткі болды. Оның ойынша, Дәндібай секілді ескерткіштер қарасұқ мәдениетінің жергілікті нұсқалары; орталыққазақстандық қарасұқ уақытында өмір сүрген тайпалар мәдениеті алдыңғы андронов мәдениетінің негізінде, көршілес тайпа топтарымен тығыз мәдени қатынастар жасаудың әсерінен қалыптасқан деді.

Жаңа қазба мәліметтері толық жинақталмай, жиырма жылға жуық уақыт Андрон мен Қарасұқ мәдениеттері бір мәдениет деп деп қарастырылып келді.

Ұлы Отан соғысы жылдарынан кейінгі жылдары Қазақстан Ғылым Академиясы Орталық Қазақстан Археологиялық экспедициясының зерттеулері басталуымен бірге Орталық Қазақстан аумағында өзіндік тың мәдениеттері бар жаңа мәліметтер ашылды. 1947 жылы Қызыларай таулы алқаптарында Беғазы қорымы қазбалары басталды. Беғазы қорымынан нағыз жаңалықтарды мавзолейлер, яғни, кесенелер деген атау алған тас мазарлардың қазбалары берді [6].

Беғазы қорымы Қарағанды облысы Қоңырат ауданы жерінде алғаш ашылып қазылғаны және көпшілік зерттеушілер ол жөнінде таныс емес екендігі жөнінде Ә.Х. Марғұлан мен Л.Р. Қызласовтар өздерінің 1950 жылы жарық көрген “Беғазы қорымының тақта тасты қоршаулары” атты мақаласында баяндады. Онда Беғазы қорымы ескерткіштері ерекше құрылыстар екенін айта отырып бұл Орталық Қазақстан жеріндегі кездесетін жалғыз ескерткіштер емес еді. Ол 1932 жылғы М.П. Грязнов қазбалары бойынша ашылған Шерубай-Нұра өзені бойындағы Дәндібай ескерткіші мен Нұра өзені бойындағы Алап-ауыл ескерткіштеріне ұқсас екенін және одан табылған қыш бұйымдарды Қарасұқ мәдениетінің ыдыстарынан бастау алады деген тұжырымдар ұзақ уақыт ойландырып келгендігін жазады. Сондай-ақ Беғазы қорымының тақта тасты қоршаулары Моңғолия мен Байкалдың ерте скиф кезеңінің жалпақ тасты қорғандарына ұқсайтынын және алдағы зерттеулерде бұл болжамдар көне дәуірлердің этникалық байланыстарын айқындауға мүмкіндік туғызады деді. [7]

Қазақстан жеріндегі қола дәуірі ескерткіштері өзіне дейінгі тұрғылықты тайпалардың заңды жалғасы бола отырып, кейінгі дәуірлерде де ұрпақ жалғасындағы үрдістер үзілмейтіндігімен бірге, Қарасұқ мәдениетінің ешқандай негізі жоқ екендігін айтты.

Әдебиеттер

1. Нифонтова Л.К. Андроновское погребение в Абаевском районе Семипалатинской области // Известия АН КазССР. Серия археол. 1949. Вып.2 2. Маргулан А. Бегазы-Дандыбаевская культура Центрального Казахстана. – А., 1978.- 88-92с.
2. Ткачев А., Лосенко Ю. Домостроительство андроновских племен Верхнего Прииртышья// Историчес-кие чтения памяти М.Грязнова. – Омск, 1997.- 231-236с.
3. Тугаринов А.Я. Андроновские могилы. //Сибирская живая старина 1926. №1. С. 153-158
4. Маргулан А.Х., Кызласов Л.Р. Плиточные ограды могильника Бегазы. КСИИМК. АН СССР. 1950. Вып. XXXII. С. 126-136
5. Бейсенов А.З. Шығыс Сарыарқа. Қарқаралы өңірінің өткені мен бүгіні. – Алматы: 2004. – 186 б.
6. Марғұлан Ә.Х. Шығармалары. Т. 3,4. – Алматы: Дайк-пресс, 2003.-132б.

Резюме

О.А. Торебаев, А.А. Бахтибаев

ЮКМА, Шымкент

ОСОБЕННОСТИ ИСКУССТВА И ИДЕОЛОГИИ ПЕРИОДА БЕГАЗЫ-ДАНДЫБАЕВСКОЙ КУЛЬТУРЫ.

В данной статье рассматриваются и анализируются особенности искусства и идеологии племен, проживавших в период Бегазы-Дандыбаевской культуры на территории Казахстана.

Summary

O.A. Torebaev, A.A. Bakhtibayev

SKMA Shymkent

FEATURES OF ART AND IDEOLOGY OF THE BEGAZY-DANDYBAEV CULTURE PERIOD

This article discusses and analyzes the features of art and ideology of the tribes living in the Begazy-Dandybaev culture in Kazakhstan.

FTAMP: 03.01.11

Абдраманова Ш.Р., Нигматтуллина Ш.Ш.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

СЫР БОЙЫНДАҒЫ ОРТАҒАСЫРЛЫҚ ҚАЛАЛАРДЫҢ АРХЕОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕЛУІ ЖӨНІНДЕГІ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Мақалада Сыр бойындағы ортағасырлық қалалардың археологиялық зерттеулері туралы салыстырмалы әдіс бойынша мәліметтер мен деректер көрсетілген. Атап айтқанда, Ұлы Жібек жолы бойында орналасқан қалалардың саяси картасы арқылы геосаяси және геэкономикалық маңыздылықтарына өзіндік көзқарас таныту, отандық және шетелдік зерттеушілердің пікірлері мен көзқарас желілеріне талдау жасай отырып, ортақ қорытындыға қол жеткізілген.

Кілт сөздер: Ұлы Жібек жолы, керуен жолдары, археологиялық зерттеулер, ортағасырлық қалалар, Сыр бойы, зерделеу жұмыстары.

Қазір Жібек жолының тарихын зерттеу, оны жаңғырту, осы жол бойындағы елдердің саяси, экономикалық, мәдени байланыстарын ұлғайту қайта қолға алынып отыр. 1987 жылы ЮНЕСКО-ның бас конференциясының XXIV сессиясы «Ұлы Жібек жолын зерттеудің халықаралық жобасын» қабылдады. Оған Грекия, Португалия, Египет, Италия, Қытай, Индонезия, Монғолия, Оман, ШриЛанка, бұрынғы Кеңестер Одағы қатысты. «Адамды қоршаған орта, жер мен теңіз қорлары», «Мәдениет және болашақ» атты бағдарламалар бекітілді. Осы бағдарламаларды іске асыруға қатысты. 1991 жылы Қазақстанда «Жібек жолы» атты Ұлттық комитет құрылды. Ұлы Жібек жолы көне дәуірде де, қазір де Еуразия халқы үшін мәдени байланыс, саяси рухани мәселелерді шешуде маңызы үлкен. [1]

Ұлы Жібек жолының солтүстік немесе Шаш-Түрік (бұдан былай Түрік жолы) жолының негізгі бағыттары мен олардан шығатын тармақтары бірқатар қазақстандық зерттеушілердің еңбектерінде қарастырылған. Түрік жолының Қазақстан арқылы өткен бөлігі мен Оңтүстік Қазақстанның ортағасырлық керуен жолдары Е.И.Агеева мен Г.И.Пацевичтің мақаласында К.М.Байпаков пен А.Нұржановтың еңбегінде, Ә.Х.Марғұланның мақаласында Сырдарияның орта ағысындағы қалалардан шығып Қаратау арқылы Орталық Қазақстанға өткен Қарқаралы, Уванас, Жетіқоңыр жолдарының бағыттары берілген ал,

Қаратау мен Шу-Талас өңірлерінің керуен жолдары М.Елеуовтің еңбегінде көрсетілген. Л.Б.Ерзаковичтің мақаласында Оңтүстік Қазақстанның XIII-XV ғғ. кезіндегі керуен жолдары қарастырылған [2] .

Сол жағалық Сырдария жолы. Тараз, Испиджаб, Бинкент (Шаш), Шанашкент арқылы өткен Нуджикатқа келгенде Сырдарияның сол жағасына өткен Ұлы Жібек жолынан бөлініп шығып, Сырдарияның сол жағасынан жағалап жүрген сол жағалық Сырдария керуен жолы ортағасырлық Үтіртөбе, Асықата, Ақтөбе1, Шардара, Көксүтөбе, Сейіттөбе, Ақтөбе (ұзынатылық), Сүткент, Байыркүм қалалары мен елді мекендері арқылы өтіп Оқсыз қаласына жеткен. Осы қалада оны Отырардан шығып өткелден (Оқсыздың жанындағы) Сырдарияның сол жағасына өтіп Жызаққа онан әрі Самарқанға қарай жүрген керуен жолы кесіп өткен. Бұл жол жергілікті халыққа «Боран жолы» деген атпен белгілі. Оқсыздан солтүстік-батысқа қарай жүрген сол жағалық керуен жолы ортағасырлық Артықата, Бұзық, Көктөбе, Қандыоз қалалары мен елді мекендерінен өтіп ортағасырлық Раздыата қаласына жеткенде оны Түркістан, Саураннан шығып Үшқайық өткелі арқылы Сырдарияның сол жағасына өтіп Жызаққа қарай жүрген керуен жолы кесіп өткен. Сырдариядан қайықпен өтетін Үшқайық өткелі ежелгі заманнан бастап осы күндерге дейін жұмыс істеп келе жатқан өткел. Раздыатадан шыққан сол жағалық жол ортағасырлық Қаратөбе, Абызтөбе, Келінтөбе, Мейрамтөбе арқылы жүрген. Мейрамтөбеде керуен жолы екіге бөлінген: батысқа бұрылған жол ортағасырлық Құмьян қаласы арқылы Жызаққа бет алған, ал солтүстік-батысқа қарай жүрген негізгі жол ортағасырлық Аққорған, Өзкент арқылы Балапантөбеге жеткенде негізгі сол жағалық жол батысқа, солтүстік – батысқа бұрылған, ал, шығысқа, солтүстікке, солтүстік-батысқа қарай жүрген жолдар Байкенже өткелінде Сырдарияның оң жағасына өткен. Шығысқа қарай жүрген жол ортағасырлық Ордакент қаласынан өтіп, Раң асуы арқылы Қаратаудан асқан. Солтүстікке жүрген жол Жайылма шатқалы арқылы Ақсүмбеге, ал солтүстік-батысқа қарай жүрген жол Көккесене кесенесіне жеткенде оң жағалық Сырдария керуен жолына қосылған. [3]

Ортағасырлық Балапантөбеден батыс бағытында жүрген жол Сырдарияның сол жағасымен, Қызылқұмды жиектеп барып ортағасырлық Асанас қаласына шыққан. Асанас қаласынан жол үшке бөлінген. Солтүстік-шығысқа қарай жүрген Сарысу жолы Жетікөл, Қайырсуат шатқалдары арқылы жүріп Сырдарияның оң жағасына өткен, онан әрі ортағасырлық Сұлутөбе елді мекеніне жеткенде оң жағалық Сырдария жолын, ал Көпрабат елді мекеніне жеткенде Ұлы жолды кесіп өтіп, Дариялы тақырдың шығыс жағымен өткен жол Телікөлге барғанда Сарысу өзеніне шыққан. [4]

Асанастан солтүстік – батысқа қарай жүрген сол жағалық керуен жолы Қуандарияны жағалап отырып Қышқылаға, онан Күлкеасарға, Қосасарға, Кішіасарға өткен. Кішіасардан оңтүстік – батысқа қарай жүрген жол ортағасырлық Жент қаласына өткен, ал солтүстік – батысқа қарай жүрген сол жағалық керуен жол Сырлыасар, Қараасар, Құмасарға жеткенде батысқа бұрылып ортағасырлық Қараасар, Үңгірліасар арқылы өткен. Онан әрі Моншақтыасар, Аққала, Шахасар қалалары мен елді мекендері арқылы жүріп Сортөбе қаласына жеткен. Сортөбе қаласынан солтүстік – шығысқа қарай жүрген бір жол қазіргі Жосалы ауылының жанындағы өткелде Сырдарияның оң жағасына өтіп, Бетпақдала арқылы Қарсақбай бағытында жүрген, ал, Сортөбеден солтүстік - батысқа жүрген сол жағалық керуен жолы Сортөбе төрткүлі арқылы өтіп ортағасырлық Жанкент қаласына шыққан. Жанкенттен шыққан жол ортағасырлық Кіші Күйік қала арқылы жүріп Үлкен және Кіші Аралдарды бөліп жатқан Берг бұғазына шыққан. Бұғаздан өткен жол Дәуіт тауының оңтүстік жағымен жүріп Қаратүп жарты аралы арқылы Арал теңізінің оңтүстік – батыс жағасына шыққан. Онан әрі Тұшыбас түбегінде қамтыған. [5]

Тек тәуелсіздігіміздің арқасында байырғы тарихымызды терең тануға даңғыл жол ашылды. Тәуелсіздік алғалы бері қолға алынған және «Мәдени мұра» бағдарламасы аясында атқарылған жұмыстардың негізінде ғылыми айналымға жаңа тарихи және археологиялық деректер қосылды. Осы бағдарламалардың арқасында Ұлы Жібек Жолы бойындағы қалаларды зерттеу мен зерделеу жұмыстары жандана түсті.

«Мәдени мұра» бағдарламасы аясында қазақ жерінде қалыптасқан өркениеттің куәсі болған тарихи-мәдени ескерткіштерді зерттеуге мемлекет тарапынан жүздеген миллион теңге бөлініп, атадан қалған мұраны зерттеудің жаңа кезеңі қалыптасты. Осы бағдарламаның аясында «Археология, тарихи-мәдени ескерткіштер» секциясы бойынша 35 тарихи-мәдени ескерткіштер қайта жаңғыртылып, жөндеу, қалпына келтіру жұмыстары іске асырылды.

Соңғы зерттеулерде ортағасырлық қалаларының өмірі, табиғи-географиялық, саяси-әскери, мәдени, ішкі және халықаралық жағдайлар тұрғысынан сарапталып, дамуының басты тарихи кезеңдері зерделеніп, оларға деген жаңа тарихи көзқарас қалыптасты. Қазақстан мен Орта Азиядағы ірілі-ұсақты көптеген тарихи оқиғалар, алмасқан саяси билеушілікке, мемлекеттік құрылымдармен әлеуметтік күштердің ықпалына, еңбек бөлінісі, сауда, қоғамдық-саяси және мәдени араласуы арқасында, экономикалық қатынастарға ыңғайлану жағдайында өмір сүрді. Оған елдің тарихи-географиялық жағдайының қолайлығы, суы мол жайылымдарында мал шаруашылығы жақсы өркендеп, қалыптасқан су жүйелері, отырықшы жер шарушылығы және т.б. кешенді кәсіптер мен дәстүрлі үрдістері ықпал жасады.

Сырдария өзенінің орта ағысындағы қалалар мен елді мекендердің зерттелу тарихын, үш кезеңге бөліп қарастырылды. Сырдария өзенінің орта ағысының (Жаңақорған және Шнелі аудандары бойынша) қалаларының зерттелуі ортағасырлық Сығанақ қаласымен байланысты. Ұлы Жібек Жолы бойындағы қалаларды оның ішінде Сырдария өзені бойындағы қалаларды зерттеу 1867 жылы П.И. Лерхтың

экспедициясынан басталады. Түркістан үйірмелерінің хаттамасындағы зерттеуші ғалымдардың мәліметтері қамтылды. Сонымен қатар, Оңтүстік Қазақстан археологиялық экспедициясы, Хорезм экспедициясы, Отырар археологиялық экспедициясы, ҚазМУ-дің археологиялық экспедициясының археологиялық тобы, Ясауи атындағы ХҚТУ-дің Тұран археологиялық экспедицияларының зерттеу жүргізген еңбектерінің материалдары пайдаланылды. Ортағасырлық қалаларға байланысты жазба деректер мен аңыздар жинақталып, зерделеніп жазылды. [6]

Ортағасырлық қалалар мен елді мекендердің Сырдарияның сол және оң жағалауындағы деп бөліп көрсетілді, олардың тарихи-топографиялық құрылымы, географиялық координаттары және орналасқан жерлері анықталды. Және өңірдегі ортағасырлық сәулет ескерткіштерінің сипаттамалына тоқталып, оларға қатысты аңыз-деректер қамтылды.

Ортағасырлық керуен жолдары туралы мәліметтер Ә.Х. Марғұлан, В.А. Каллаур, И.И. Агеева мен Г.И. Пацевич, Л.Б.Ерзаович, К.М.Байпаков, М.Елеуовтердің еңбектерінде керуен жолдарының бағыттары, олардың тармақтары туралы мәліметтер егжей-тегжейлі қарастырылған. Зерттеу жұмысы аталған авторлардың мәліметтері негізінде жазылды. Сырдария өзенінің бойындағы ортағасырлық керуен жолдарының бағыттары мен тармақтар нақты көрсетілді.

Бірақ, зерттеу барысында, Сырдария өзенінің орта ағысының ортағасырлық бірнеше ескерткіштердің бұзылып жатқаны анықталды. Ол туралы М.Елеуовтің еңбектерінде нақты көрсетілген. [7].

Сондықтан «Мәдени мұра» бағдарламасы бойынша жүргізілген археологиялық зерттеулер ең алдымен еліміздегі тарихи-мәдени мұра ескерткіштерін есепке алу, олардың облыстық жинақтарын, археологиялық картасын жасауға, қорғауға бағытталса, ал қазба жұмыстарын бірінші кезекте бұзылып жатқан не бұзылу қаупі төніп тұрған ескерткіштерде жүргізген дұрыс болар еді. Себебі, Сырдарияның орта ағысындағы ортағасырлық Разды ата елді мекені үлкен-кіші өзендер шайып, бұзылып жатыр. Шиелі ауданындағы Телікөл каналын қазу кезінде ортағасырлық Бестамның сыртқы қамалы, оның сыртындағы құрылыстар толық бұзылған, қаланың цитаделі 35 жылдан бері ыза суы тұр. Ортағасырлық Күйеутам елді мекені егістік алқабының астында қалып, толық бұзылып кеткен.

Әдебиеттер

1. Диваев Ә. Көккесене атауының маңызы туралы (тарихи-археологиялық жазба) // Тарту. – Алматы: Ана тілі, 1992. – 208-211 бб.
2. Караффа Корбут Узгентская легенда // ПТКЛА, 1897. С. 3-4
3. Свод памятников истории и культуры Республики Казахстан. Кызылординская область. – Алматы: Аруна, 2007. – 376 с.
4. Фазаллах ибн Рузбихан Исфакани. Михман наме - йи Бухара (Записки бухарского гостя). – М.: Наука, 1976. – 195 с.
5. Қинаятұлы З. Сығанақ алғашқы қазақ мемлекеті – Ақ Орданың астанасы // Отан тарихы. – №3. – 2008. – 90 - 95 бб.
6. Махмұт Қашқари. Түрік сөздігі. Үш томдық. – Алматы: Хант баспасы, 1997. – Т.1. – 600 б.
7. Елеуов М. Жаңақорған және Шиелі аудандарының археологиялық ескерткіштерінің зерттелу тарихы. //Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университетінің (ҚазҰУ) хабаршысы. Тарих сериясы. – 2005. – №3. – 93-97б.

Резюме

Абдраманова Ш.Р., Нигматуллина Ш.Ш.

ЮКМА, Шымкент

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОБ АРХЕОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ СРЕДНЕВЕКОВЫХ ГОРОДОВ ДОЛИНЫ СЫРДАРИИ

В данной статье рассматриваются и анализируются археологические исследования средневековых городов долины реки Сырдарии. Их государственное и общественно-духовное значение для всего среднеазиатского и мусульманского общества в контексте археологических исследований.

Summary

Abdramanova Sh.R., Nigmatullina Sh.Sh.

SKMA Shymkent

SOME QUESTIONS ABOUT ARCHAEOLOGICAL RESEARCH OF THE MEDIEVAL CITIES OF THE SYR DARYA VALLEY

This article discusses and analyzes archaeological research of the medieval cities of the Syrdaria River valley. Their state and socio-spiritual significance for the entire Central Asian and Muslim society in the context of archaeological research.

ҒТАМР: 03.01.07

Дарашова З.Б., Абдурахманов Н.А.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

МЕКТЕПТЕГІ ӨЛКЕТАНУ МҰРАЖАЙЛАРЫНЫҢ ТӘРБИЕЛІК БАҒЫТТАРЫ

Мақалада мектептегі өлкетану мұражайларының тәрбиелік бағыттары жайлы жазылған. Қазақстандағы өлкетану музей ісінің қалыптасу және даму тарихы қазіргі заман талабына сай тарихи сабақтастықпен шынайылық тұрғысынан жан-жақты талданып, көрсетілген. Қазақстан жерінде өлке-тану музейлердің пайда болуының алғышарттары мен қалыптасу барысы, музейлердің дамуына үлес қосқан жекелеген тұлғалардың рөлі мен ғылыми мекемелер қызметі жан-жақты зерттеліп жазылған.

Кілт сөздер: Өлкетану мұражайы, мұғалім, ескерткіштер, жихангез саяхатшылар, ғылыми қор, экспозиция, көрме.

Өлкетану мұражайы дегеніміз-жинақтары нақты әкімшілік –аумақтық аймақтың тарихы мен табиғатын құжаттайтын кешендік бейімдегі музейлер. Тарихи өлкетану ғылымының мақсаты –белгілі бір ауданды, аймақты, елді мекенді зерттеу объектісі ретінде сол елді мекеннің тарихының әлеуметтік –экологиялық, саяси, мәдени дамуын табиғатын алуға болады.

Республикамызда өлкетану жұмысының бірден–бір орталығы - мектеп. Сондықтан тарихи өлкетану жұмысының басты міндеті оқу мен тәрбиені өмірмен байланыстыру. Ең алдымен өлкетану жұмысы оқушыларға отан сүйгіштік, адамгершілік, эстетикалық, ұлтжандылық тәрбие беру құралы.

Тарихи өлкетану пәні арқылы үлкен қоғамдық міндеттерді шешуге болады. Жергілікті тарихи мәдени ескерткіштерді, ата-баба мұраларын салт-дәстүрлерін оқып үйренген баланың бойында ұлтжандылық сезім қалыптасып, ұлттық сана жандана түседі. Тарихи өлкетану жұмысы ұйымдастыру формасы жағынан–мемлекеттік, қоғамдық, мектептік болып бөлінеді. Мектептегі өлкетану геогра-фиялық, тарихи, әдеби, экономикалық т.б. деп саналады.Тарихи-өлкетану-мектептегі жұмыстың бір саласы бола келе, археологиялық, этнографиялық, архитектуралық, өлкетану т.б. ғылыми салалары-мен тығыз байланыста бола алады. [1]

Мектептегі өлкетануда негізгі жұмысты мұғалім атқарады. Мұғалім оқу жоспарына сәйкес, тәрбие жұмысының мақсатына қарай зерттеу объектісімен өлкетанудың негізгі әдістерін белгілеп, оған басшылық етеді. Мектептегі тарихи-өлкетану жұмыстары оқу барысында және оқудан тыс кезде жүргізіледі. Мазмұнымен формасына қарай бұл екі жұмыс түрінің ерекшеліктерімен қатар ұқсастықтары да бар.

Оқу барысында барлық оқушылар өлкетанушылық жұмысына тартылатын болса, өз еркімен келетін оқушылар көбейе түседі. Әр түрлі әдістерді пайдалану арқылы оқушыларды қызықтара білу керек. Сабақтан тыс кезде үйірме, кештер экскурсия, экспедиция, туристік саяхат сияқты өлкетанушылық жұмысты ұйымдастырудың әр түрлі формалары көптеп қолданады.

Жергілікті жердің тарихына байланысты материалдарды көптеп жинау, зерттеу арқылы ел экономикасының жалпы тарихи даму заңдылықтарын мысалмен, жергілікті жердің даму ерекшеліктерімен байланыстыра түсіндіру мүмкіншілігі туады. [2]

Тарихи өлкетану оқытудың мақсат: жас өлкетанушыларға зерттеу жұмысының әдістерін үйрету, өлкетанушылық жұмыстарын жүргізуге баулу.

Тарихи өлкетанудың дерек көздерінің үш тобы бар: заттық, жазбаша және аузша. Тарихи өлкетану жұмысының ізденістік, зерттеулік сипаты болуы міндетті. Мектептегі тарихи-өлкетану жұмысына кіріспес бұрын мұғалым нені білу керек:

1. Нені іздейміз, яғни тарихи мәдени (архитектуралық, археологиялық, этнографиялық, ауыз әдебиеті, қол өнер т.б.) ескерткіштер дегеніміз не? Деген сұраққа толық жауап беру керек.

2. Қалай іздейміз? Тарихи мәдени ескерткіштерді зерттеудің жолдары, әдістері қандай? Қалай табу керек? Неізгі белгілері қандай?

3. Археологиялық, этнографиялық материалдан басқа көптеген өнер туындылары, қол өнер бұйымдары кездесуі мүмкін. Оларды да терең талдай білу қажет. Оқушылар мұғалімнің басшылығымен бұл ескерткіштерді тауып, толық сипаттама беріп, мәдениет тарихының қай саласынан орын алатынын анық білу қажет.

4. Тарихи –мәдени ескерткіштерді қалай сипаттау керек? Тарихи ескерткіштер тозады, ескіреді, осын экспедиция мамандары келгенге дейін жан-жақты түсіндіре білетін болуы керек. [3]

Қазақстан аумағында сан алуан ескерткіштер бар. Олар мәдени құндылықтар. Ескерткіштер қазақ халқының құнды мұрасымен асыл қазынасы.

Мәдени ескерткіштерді қорғау, сақтап қалу әр адамның қасиетті борышы. Сонымен қатар ескерткіштер жастардың бойындағы ұлт жандылық сезімді, біздің өткеніміз бен болашағымызды танып білуге тәрбиелейді, қазіргі және болашақ ұрпақтардың алдындағы жауапкершілікті арттыра түседі.

Отабыс тәрбиесінен басталатын Отанын, елін, жерін сүйу, ардақтау арқылы т.б. қасиеттер әр бір жеткіншекпен азаматта өз жерінің, ауылының аудан облысының тарихын оның табиғатын байлық ресурстары мен шарушалық ерекшеліктерін, географиясын, жануарлар әлемін жетік білуден бастау алатын

сөзсіз. Осы тұрғыда шарушылық пен ғылымға айтарлықтай үлес қосатын өлкетану жұмысының маңызы айрықша [4].

Өлкетану ісі мемлекеттік шаруашылықты жоспарлы түрде игеруіне бағыт бағдар бола алады. Мысалы: әрбір өлкенің жергілікті шикізат көздері, сумен қанымдау қайнарларының жай күйі мен жол тораптары және азық-түлік ресурстары қатарлы ерекшеліктерін жан-жақты зерттеп алмайынша жаңа өнер кәсіптің тиімді істеп кетуі мүмкін емес. Қандай да болмасын кез-келген кәсіп орын, ферма, шаруашылық ұжымдары (бұрынғы колхоз, совхоз) алқаптарды және оның топырақ қыртыстары мен климат ерекшеліктерін, су жылу ресурстарын орман, тоғайын атап айтқанда флорасын, фаунасын, географиясын табиғат ресурстарын зерттеп алмай іске кіріспейтіні белгілі.

Осындай мысалдардан –ақ қолданбалы ғылымның дамуы белгілі дәрежеде жоғарыда аталған зерттеулерде тығыз байланысты болып келеді. Сондықтанда өлкетану ісі мамандар мен ғалымдардың ісі ғана емес. Бұқара қалықта айналыса алатын жан –жақты білім саласы болып табылады.

Патшалық Ресейдің отаршылдық саясат қазақтарды қаншама сауатсыз, қараңғы ретінде танытсада Ш. Уәлиханов, Абай Құнанбаева, Ыбырай Алтынсарин, Мәшхур-Жүсіп Көкеев сынды ғалым, ағартушылармен қазақ мәдениеті әлемге әйгілі болды. [5] Қазақ даласында сондай –ақ академик В.В. Радлов қазақ фольклоры мен этнографиясы жөнінде аса мол мұралар жинағы Г.Н. Потанин, Т.Г. Шевченко, геолог В.А. Обручев және Абайдың досы Е.П. Михаэлс, Орта Азия және Қазақстанды аралаған жихангез саяхатшылар – П.П. Семенов-Тянь-Шаньский, Н.М. Пржевальский, мың халық әндері мен күйлерін талмай жинап нотаға түсірген А. Затаевич, қазақ халқының этнографиясымен тарихын тұрмысын айшықты бейнелеген Н.Г. Хлудов сияқты т.б. талантты орыс ғалымдары да көп еңбектеніп мол мұра қалдырды. Олардың тамаша тарихи еңбектерінің өзі кейін баға жетпес мұраларға айналды.

Осындай жекеленген ғалымдармен қатар қазан төңкерісіне дейін Қазақстанда ғылыми қоғамдармен түрлі комиссиялар жемісті жұмыс жасады. Атап айтқанда, олардың қатарында еңбек еткен Семей статистикалық комитетінің негізінде құрылған Орыс географиялық қоғамының Семей бөлімшесінің 1886 жылдың мүшесі болған ұлы ақын Абайда болған.

Географиялық қоғам Қазақстанның фольклоры, этнографиясы, тарихи мен географиясын зерттеу ісіне мол қызмет атқарады. Кейін «Қазақстанды зерттеу орталығы» болып өзгертілген Орыс географиялық қоғамының Семей бөлімшесі еліміздің мәдениетмен экономикасының мәселелерін зерттеу ісіне үлкен үлес қосты. Құрамында көптеген өлкетанушылары мен ғалымдары бар бірнеше экспедициялар ұйымдас-тырылып, нәтижесінде Қазақстанның экономикасы мен мәдениетті мәселелерін қамтыған 40 томдық ғылыми еңбек басып шығарды. Жақсы ұйымдастырылған өлкетану жұмыстары ғылымның дамуы мен Отандық мәдениетке көп пайдасын тигізіп келген. Өлкетанушылардың бірі табиғатты зерттеп, пайдалы қазба, емдік, техникалық және жемдік, өсімдік жақсы жайылым, су ресурстарын тауып жатса бірі түрлі саяси әлеуметтік оқиғалараға қатысты материалдар жинақтау жұмыстарымен айналысты. [6]

Археологиялық және тарихи –ескерткіштерді тіркеу, этнографиялық экспонаттар жинау, халық фольклорын жазып алу сияқты сан саналы, жан-жақты жұмыстар тындырды. Кеңес дәуірінде өлкетанушылық ісін басқару мен ұйымдастыру Қазақстан Министірлер Кеңесінің шешімімен Қазақ ғылым академиясына жергілікті музей мектеп және әр түрлі ауылшаруашылық пунктері мен ғылыми мекемелердегі өлкетанушылар арқылы жүргізілді.

1949 жылдың желтоқсан айында Алматы қаласында Республикалық музей қызметкерлерінің семинары мен Қазақстан Орталық музейінің ғылыми кеңесінің ғылыми сессиясы өтті. Семинар жұмысына облыстық, аудандық өлкетану және тарихи, мемориалдық музейлердің директоры, Қазақстан мемлекеттік Орталық музейінің қызметкерлері, Қазақ ғылым академиясының және Жоғарғы Оқу Орындарының қызметкерлері қатысты. Семинарда музейлерді қайта құру ісіне арналған 14 баяндама тыңдалып, талқыланды және музей жұмысының мынандай мәселерінің қайта құру керектігі айтылды: 1.Қорларды игеру мен ғылыми сипаттама жазу. 2.Музей профиліне сай белгілі ғылыми мәселелерді айқындау. 3.Экспозицияларды қазіргі заман Оталабына сай қайта жасау және жетілдіру жұмыстары. 4. Жинақтаушылық және экспозициялық жұмыстар жолымен өлкенің мәдениеті, тұрмысы мен экономикасын зерттеу; 5. Консультациялық-анықтамалық, әдістемелік және баспа қызметімен шұғылдану т. б..

Қазіргі кезде өлкетану жұмысының негізінен Қазақстан Республикасының мәдениет министрлігінде түрлі дәрежелердегі ұлттық, мемлекеттік облыстық, аудандық және ауылдық музейлерде ойластырылған. Сондай-ақ :ҰҒА –ның түрлі институттарының жекеленген музейлері (археология музейі, биология музейі, геология музейі және басқа жекеленген салалардың музейлері) Қазақстан экономикасы, ғылымы мен мәдениетін әр қырыннан танытуда. Жоғарыда айтылғандай өлкетану музейлерінің жұмыстарын кешенді ұйымдастыру шаралары әр кезінде атқарылып келеді.

Қазір Қазақстанда тарихи, өлкетану бағыттарындағы музейлер басым. Оларға мемлекет тарапынан көп көңіл бөлінуде. Себебі: онда ғылыми жинақтау, ғылыми қор, экспозиция, көрме, үгіт насихат бағыттыр жұмыс істеп, жас ұрпақты тәрбиелеу жұмыстарында маңызды рөл атқаруда. Музей қоғамдық институт ретінде атқаратын әлеуметтік функцияларын қоғамдық –экономикалық жағдайға сай жүргізеді .

Әдебиеттер

1. Мустапаев Д.Ө. Қазақстандағы музей ісінің тарихы. –Түркістан, 2011. – 200 б;

2. Райымхан К. Н., Қатран Д. Музей ісінің теориясы мен практикасы – Алматы, 2002. –89 б.
3. Қазақстан Республикасы Мемлекеттік орталық музейі. - Алматы, 2009. – 175 б.
4. Ахметова С.Ш. Историческое краеведение в Казахстане. Алматы, 1982 - 168 б.
5. Атырау облыстық әкімдігінің мәдениет басқармасы. Алматы, 2010 – 98 б.
6. Ибраева А.Ф. Алғашқы музейлердің коллекциялық қорының қалыптасуы // Қарағанды университетінің Хабаршысы. – Қарағанды, 2007. – № 4 (48). – 14-19 бб.

Резюме

Дарашова З.Б., Абдурахманов Н.А.

ЮКМА, Шымкент

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КРАЕВЕДЧЕСКИХ МУЗЕЕВ В ШКОЛЕ

В данной статье рассматриваются основные воспитательные направления краеведческих музеев в школе. Их значение в процессе преподавания истории и географии для учащихся. Современное положение краеведческих музеев, их духовное развитие для молодежи.

Summary

Darashova Z.B., Abdurakhmanov N.A.

EDUCATIONAL DIRECTIONS OF LOCAL HISTORY MUSEUMS AT SCHOOL

This article discusses the main educational areas of local history museums in the school. Their importance in the process of teaching history and geography to students. The current situation of local history museums, their spiritual development for young people.

МРНТИ: 03.01.20.

Nigmatullina Shynar Shaymerdenovna

South Kazakhstan Medical academy Shymkent, Kazakhstan, china_nig@mail.ru

THE 550TH ANNIVERSARY OF THE KAZAKH KHANATE IS THE BASIS OF THE KAZAKH STATEHOOD

Summary

Each state in its history seeks to gain independence and the ability to go its own development path.

The well-thought-out policy and nature of Elbasy has led the economy of Kazakhstan to the status of one of the fastest growing economies in the world also in Central Asia. Thanks to the personal contribution of the First President and strong popular support, the Kazakhstan Development Model has become widespread in the world community. This model is the gradual and confident development of the state at a deeply thought-out course.

We have built good relations with all countries of the world and have maintained peace in multinational Kazakhstan. The chairmanship of the OSCE, the holding of the Asian Winter Games, the implementation of the industrial and innovative program, the construction of Astana, the economic recovery, the successful holding of the international exhibition EXPO - 2017, the country's unquestioned authority in the international arena - all these important achievements were realized under the leadership of the First President of Kazakhstan and related to his by name.

Keywords: independent, united nations, central Asia, world, Eurasian.

Independent Kazakhstan as Part of the International Relations System

With the collapse of the Soviet Union and the emergence of new sovereign states the international system underwent profound changes. Independent Kazakhstan faced a task of creating favorable conditions for independent existence, maintaining stability, finding an optimal place of the Republic in the international community to achieve the international authority and respect for the country and people from other states and peoples of the world. In order to implement the above mission, Kazakhstan external policy is based on the doctrine of building good-neighborly relations with neighboring countries along the perimeter of the state border as a super-priority and as a constant of our behavior in long-term perspective. The Head of State Nursultan Nazarbayev emphasizes the importance of friendship and cooperation of Kazakhstan with its neighbors in Central Asia — Uzbekistan, Kyrgyzstan, Tajikistan and Turkmenistan. In security system of Kazakhstan an important role is given to the Collective Security Treaty (CST), which was signed in Tashkent on May 15, 1992.

At the anniversary summit of the Collective Security Treaty in Moscow in May 2002, Kazakhstan supported the idea of the Russian President Vladimir Putin on the transformation of the CST in the Collective Agreement Security Organization (CSTO). In October 1992 at the 47th UN General Assembly, the President of the Republic of Kazakhstan N.A. Nazarbayev was the first to introduce the idea of convening a Conference on Interaction and Confidence- Building Measures in Asia (CICA). Armenia signed the Agreement of Accession to the Union on October 10, 2014, and Kyrgyzstan - on December 23, 2014. Eurasian economic union is an international organization of the regional economic integration, which has an international character. The main

body of the Union is the Supreme Eurasian Economic Council (SEEC), which includes the Heads of the Member States. SEEC Meetings are held at least once a year. The structure of EAEC also include the Intergovernmental Council of the Heads of the Governments, Eurasian Economic Commission and the Court of the Union. 3. Strategic partnerships with the world countries The basis for the Kazakh-Germ an cooperation was founded in September 1992 during the first visit of the President Nursultan Nazarbayev to Germany and the signing of the Joint Declaration on main relations and a number of treaties and agreements in various fields. A feature of the German policy towards Kazakhstan is regional approach. It was the first large-scale event that Kazakhstan ever held in Europe. This gesture symbolized the great interest of the UK in continuation of economic cooperation with Kazakhstan, in the first place, in the development of the Caspian oil resources, and it was a big emphasis of the highest authority of Nursultan Nazarbayev in the world political circles. In the course of the next official visit to the UK on November 4, 2015 the Kazakh President Nursultan Nazarbayev held a meeting with the Prime Minister David Cameron, which resulted in the signing of the Treaty between the Republic of Kazakhstan and the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland on Legal Assistance. In June 1995, Nursultan Nazarbayev personally met with the President France's Jacques Chirac during his brief stop in Paris, and in November of 2008 the same year the President of Kazakhstan arrived to France with an official visit. In June 2008, Nursultan Nazarbayev met with the new president of France, Nicolas Sarkozy, and the Kazakh-French relations have reached a new stage of development. In 2009, President France Sarkozy had an official visit to Astana during which a number of bilateral agreements was signed. It appears that the main event in bilateral relations during the recent years was the President of Kazakhstan Nursultan Nazarbayev's visit to the US in 2006. A positive aspect of cooperation was the fact that the United States virtually recognized the leadership of Kazakhstan (the reform and economic sphere) in Central Asia and, to a certain extent - in CIS.

During this visit, which bore a purely political character, a joint declaration adopted. Since 1996, a new direction of economic cooperation between Kazakhstan and China has been oil. In 1997, Kazakhstan and China signed an agreement to build the pipeline West Kazakhstan - Xinjiang, China, which was completed in 2006. Under the threat of worsening of the situation due to terrorism and extremism in 2000-02, Kazakhstan and China continued actively contact on a bilaterally and multilateral level - in the frame work of the SCO and the CICA. And earlier the Chairman of China was on an official visit to Astana, who became the first head o f a foreign state visiting Kazakhstan after the country held presidential elections. A big share of the agreements had commercial character. Separate agreements confirmed in the framework of the visit, addressed the issues related to EXPO-2017 in Astana. This political tradition was continued in the second half o f the 1990s and in the 2000s. It is based on the essential foundation of economic and cultural cooperation.

Diplomatic relations between the Republic of Kazakhstan and the Republic of India were established at the end of February 1992 during the official visit of the President Nursultan Nazarbayev. During the visit, several documents were signed, which ushered in cooperation between the two countries in political, trade-economic, financial, scientific and cultural fields Iran occupies a special place in the foreign policy of Kazakhstan. This visit did not pursue any specific objectives in politics, economy and culture, but demonstrated an interest on the part of the Arab the collapse of the Soviet Union. It demonstrated the recognition of the success of Kazakhstan years of independence, and significantly enhanced its international authority.

Kazakhstan's interests as a major Eurasian state are versatile in nature and are not determined by an unambiguously geo -referenced. The value of multi-vector and balance - the two pillars of the foreign policy of Kazakhstan is increased in particularly under these conditions of the need of protection of its national interests. Multi-vectorness became a conscious doctrine of the Republic in the field international relationship. Years of independent development of Kazakhstan have shown that such approach to foreign policy is well-founded. At present time, the Republic Kazakhstan is recognized by numerous countries on all continents of our planet. This historic day of acceptance of Kazakhstan to the United Nations gave me such moments of extraordinary excitement and joy.

Standing on the highest podium of the world at the moment in the most authoritative international organization, and later seeing the national flag of our country raising over the Headquarters of the United Nations, I have experienced the highest sense of pride for their country, their people which can not be described by any words ...»In June o f the same year a permanent Representative office of Kazakhstan to the United Nations was oped by the Presidential Decree. On February 16, 1993 UN representative office was opened in Kazakhstan. Norimasa Shimomura (Japan) has been UN Resident Coordinator in Kazakhstan since December 2015. On October 5, 1992, the President Nursultan Nazarbayev gave his first historical speech at the UN. One of the significant new achievements, as already noted, is the recognition of Kazakhstan as a non-perm anent member of the UN Security Council on the 2017- 2018.

During its membership in the UN, our country has put forward a number of key initiatives that were executed or are at the implementation stage. Thus, Kazakhstan proposed the establishment of the Meeting on Cooperation and Confidence-Building Measures in Asia (CICA the UN Special program for Economies of Central Asia (SPECA), rehabilitation of the area of ecological disaster of the Aral Sea and Semipalatinsk, running of the Partnership Program «Green Bridge», to declare August 29 as an International Day against Nuclear Tests, as 2010 and 2013-2022 years - the International Year and the International Decade of Rapprochement of Cultures.

Kazakhstan enjoys great prestige in the world as a country, voluntarily renounced the world's fourth nuclear arsenal in the world.

On December 2, 2009, the General Assembly of the United Nations adopted by consensus the put forward by our country Resolution «On the International Day against Nuclear Action», which marked the 29 of August - the date of closing of Semipalatinsk test site-as historic for the entire planet. This event showed the desire of Kazakhstan, in the spirit of the Helsinki Act of 1975, to address current international issues, to free participate in the European processes, to exchange experiences. For the first time, the country, located mainly in Asia, performed the function of the chairmanship in the European organization. Kazakhstan has occupied a decent place in the world community, has significantly strengthened and reinforced its position in the international arena due to its historical, geographical, economic, social and intellectual potential. Thus, over the past 25 years of independence, young Kazakhstan's foreign policy has come a long way in which it is growing up together with the whole country, with the people. And it was a rapid maturation, during which every year was equal to a decade.

Literature

1. The Era of Independence. Almaty 2017
 2. History of Kazakhstan. Course Lectures KS Carrot. Almaty, 2012.
 3. The history of the unconstrained Kazakhstan - Almaty: "The Kazakh Encyclopedia", 2013
 4. Kovalskaya , C. I. Historiography of Kazakhstan: - Almaty: Everest, 2014
- Altaev A.SH. EU: history and modernity. Publishing House "Women's University" - 2015

Түйін

Нигматуллина Шынар Шаймерденовна

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы

ҚАЗАҚ ХАНДЫҒЫНЫҢ 550 ЖЫЛДЫҒЫ - ҚАЗАҚ МЕМЛЕКЕТТІЛІГІНІҢ НЕГІЗІ

Әрбір мемлекет өз тарихында тәуелсіздік алуға және өзінің даму жолына түсуге ұмтылады. Елбасының ойластырылған саясаты мен табиғаты Қазақстан экономикасын әлемдегі, сондай-ақ Орталық Азиядағы қарқынды дамып келе жатқан экономикалардың бірі мәртебесіне көтерді. Тұңғыш Президенттің жеке қосқан үлесінің және үлкен қолдаудың арқасында Қазақстанның Даму үлгісі әлемдік қауымдастықта кең таралды. Бұл модель мемлекеттің терең ойластырылған бағытта біртіндеп және сенімді дамуы болып табылады. Біз әлемнің барлық елдерімен жақсы қарым-қатынас орнаттық және көпұлтты Қазақстанда бейбітшілікті сақтадық. ЕҚЫҰ-ға төрағалық ету, Азиялық қысқы ойындарды өткізу, индустриалды-инновациялық бағдарламаны жүзеге асыру, Астананың құрылысы, экономиканы қалпына келтіру, ЭКСПО - 2017 халықаралық көрмесін сәтті өткізу, елдің халықаралық аренада сөзсіз беделге ие болуы - осынау маңызды жетістіктер Қазақстанның Тұңғыш Президентінің басшылығымен және оның байланысты аты бойынша.

Кілт сөздер: тәуелсіздік, біріккен ұлттар, орталық Азия, әлем, Еуразиялық.

Резюме

Нигматуллина Шынар Шаймерденовна

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан

550-ЛЕТИЕ КАЗАХСКОГО ХАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОЙ КАЗАХСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ

Каждое государство в своей истории стремится к обретению независимости и возможности пройти собственный путь развития. Продуманная политика и характер Елбасы привели экономику Казахстана к статусу одной из самых быстроразвивающихся экономик мира также в Центральной Азии. Благодаря личному вкладу Первого Президента и мощной народной поддержке, в мировом сообществе получила широкое распространение «Казахстанская модель развития». Эта модель заключается в постепенном и уверенном развитии государства по глубоко продуманному курсу. Мы выстроили добрые отношения со всеми государствами мира и сохранили мир в многонациональном Казахстане. Председательство в ОБСЕ, проведение Зимних Азиатских игр, реализация индустриально-инновационной программы, возведение Астаны, подъем экономики, успешное проведение международной выставки EXPO – 2017, беспрекословный авторитет страны на международной арене – все эти важные свершения реализовались под управлением Первого Президента Казахстана и связаны с его именем.

Ключевые слова: независимые, объединенные нации, центральная Азия, мир, Евразия.

**Секция «ИННОВАЦИОННАЯ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА
(ХИРУРГИЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ,
ОНКОЛОГИЯ И ДР.)»**

УДК 616.36-089.884

МРНТИ 76.29.39

Ж.Б.Байбекова, Л.Т. Исаева

Городская клиническая больница № 1, г.Шымкент, Республика Казахстан

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

Актуальность: В настоящее время трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения при терминальных стадиях хронических диффузных заболеваний печени. В мировой практике комплексное ультразвуковое исследование, включающее в себя серошкальное сканирование (В-режим), цветное и спектральное доплеровские исследования, рассматривается как один из ведущих методов инструментальной диагностики и мониторингования при трансплантации печени.

Цель работы: Определеение ультразвуковых критериев оценки состояния трансплантата печени, полученного от живого родственного донора в различные сроки послеоперационного периода.

Материалы и методы: Материалом для данной работы стали результаты комплексного УЗИ 12 пациентов после родственной трансплантации печени. Сроки наблюдения составили от 1 мес до 2 лет. Средний возраст реципиентов составил 20 ± 13 лет (от 30 лет до 61 года). Среди них было 5 мужчин и 7 женщин.

Комплексное УЗИ проводили с использованием основных стандартных режимов сканирования: [цветовое доплеровское картирование](#) скоростей и энергии кровотока, спектральное доплеровское исследование. Первое УЗИ выполнялось после окончания операции в условиях реанимационного отделения. В течение 1-й недели после операции УЗИ проводились ежедневно. При благоприятном течении посттрансплантационного периода, в течение 2-й недели УЗИ проводились через день, а затем 1 раз в неделю вплоть до выписки из стационара. После выписки из стационара УЗ-контроль производился 1 раз в 3-4 мес, а при наличии показаний - чаще.

Результаты и их обсуждение: Диффузное повышение эхогенности трансплантата печени было выявлено только в позднем посттрансплантационном периоде у 1 пациента.

Регионарные изменения эхогенности паренхимы трансплантата печени в раннем посттрансплантационном периоде (30 дней) были отмечены у 4 реципиентов и заключались в снижении эхогенности в области VI и VII сегментов печени. В позднем посттрансплантационном периоде регионарные изменения эхогенности паренхимы трансплантата печени также были выявлены у 1 пациентов, однако в данном случае имело место повышение эхогенности в области VI и VII сегментов трансплантата. Участок неоднородной структуры в подпеченочном пространств в виде гематомы выявлено в раннем посттрансплантационном периоде у 1 пациента.

Состояние сосудистых анастомозов оценивали на основании следующих критериев их нормальной функции: *артериальный анастомоз*: отчетливая визуализация при цветовом доплеровском исследовании печеночной артерии до, в области и после анастомоза, включая мелкие (субсегментарные) ветви; отсутствие выраженных изгибов, локальных сужений или расширений; оценка скорости кровотока и индекса резистентности. *Портальный анастомоз*: отчетливая визуализация при цветовом доплеровском исследовании [воротной вены](#) до, в области и после анастомоза, включая мелкие (субсегментарные) ветви; отсутствие выраженных изгибов, локальных сужений или расширений; диаметр воротной вены $> 1,0$ см; оценка скорости кровотока и проходимости вены. У 7 реципиентов кровотоки в печеночной артерии визуализировались в виде доплеровских волн с низким сопротивлением и непрерывным диастолическим потоком. При исследовании воротной вены у ворот печени у всех реципиентов доплеровские волны характеризовались наличием постоянного потока с изменениями скорости, связанными с дыханием.

Выводы: Комплексное УЗИ, включающее в себя серошкальное сканирование, цветное и спектральное доплеровские исследования, является основным инструментальным методом, позволяющим своевременно и достоверно оценивать состояние трансплантата печени в различные сроки посттрансплантационного периода (размеры, экоструктуру, состояние сосудистых анастомозов и внутрипеченочных желчных протоков).

МРНТИ 76.29.49

УДК 616.006.6.089.819

Ижанов М.Т.¹, Жантеев М.Е.², Арыбжанов Д.Т.¹, Мырзахметов Р.Т.²

Городской онкологический центр г.Шымкент. Казахстан.

Южно-Казахстанская медицинская академия г.Шымкент. Казахстан

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДТИП ОПУХОЛИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Актуальность – Рак молочной железы остается одним из приоритетных форм злокачественного образования в Казахстане, стабильно занимая 1 место в структуре злокачественных опухолей у женщин в течение последних 15 лет

Цель исследования – изучить особенности прогрессирования заболевания при различных биологических подтипах рака молочной железы.

Материалы и методы – Нами было проанализировано течение болезни у 62 пациенток (медиана возраста 52 года) с РМЖ, получавших радикальное лечение (операция + х/терапия + л/терапия). По данным гистологического исследования преобладали умеренно дифференцированные раки (G2) – 79,3%, высокодифференцированные раки (G1) – 13,8%, низкодифференцированные раки (G3) – 6,9%. Опухоли ER+ составили 74,1% случаев, PR+ – 71,5%. Гиперэкспрессия HER2 выявлена в 9,7% случаев. Индекс пролиферативной активности KI-67 больше 20% обнаружили у 57,9%, меньше 20% у 42,1% больных. На основании данных о рецепторном статусе мы выделили 5 подтипов опухолей. Преобладал люминальный «А» подтип 36%, люминальный «В» 25,2%, а так же люминальный «В» подтип с гиперэкспрессией HER-2 9,6%, трижды негативный рак 22,9%, не люминальный HER-2+ подтип 6,3%.

Нами проанализированы особенности прогрессирования при различных биологических подтипах РМЖ.

Результаты: Медина времени до прогрессирования болезни была максимальна при люминальном А подтипе (48 мес) и минимальна при люминальном ER-PR-HER-2+ раке (всего 15 мес), идентична при трижды негативном раке и люминальном В подтипе (36-38 мес). Доля рецидивов болезни (локальных, регионарных и отдаленных) была максимальна при ER-PR-HER-2 раке (41,7%), при трижды негативном раке составила 19,4% и при HER-2+ люминальном раке – 12%, рецидивы болезни при люминальных А и В (HER-2) подтипах отмечены всего в 5,3 и 4,3% случаев соответственно. Причем отдаленные метастазы болезни преобладали при HER-2+ раке (люминальном 12% и нелюминальном – 8,3%) и трижды негативном подтипе (9%) и были отмечены существенно реже (не более 3%) при HER-2 люминальных подтипах.

Закключение: Результаты нашего городского онкологического центра подтверждают данные мировой литературы о прогностической роли биологического подтипа опухоли не только для риска рецидива болезни, но и для характера ее метастазирования. Трижды негативный рак склонен к гематогенной диссеминации, а высокая доля рецидивов болезни при HER-2+ РМЖ реализуется в кратчайшие сроки после проведенного радикального лечения. В то же время наиболее благоприятным является Люминальный А подтип опухоли, при котором отмечены минимальный срок отдаленных метастазов и максимальный срок до их появления.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2009. – т. 20. – № 3 (прил.1). – С. 45-77.
2. Ahn BY, Kim HH, Moon WK, Pisano ED, Kim HS, Cha ES, et al. Pregnancy- and lactation-associated breast cancer: mammographic and sonographic findings. // J Ultrasound Med. – 2003. – Vol.22. – P.491–510.
3. Berry D.L., Theriault R.L., Holmes F.A. et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. // J. Clin. Oncol. – 1999. – Vol.17. – P. 855-861.
4. Colleoni M, Rotmensz N, Robertson C, Orlando L, Viale G, Renne G, Luini A, Veronesi P, Intra M, Orecchia R, et al. Very young women (<35 years) with operable breast cancer: features of disease at presentation. Ann Oncol 13(2):273–279.

МРНТИ 76.13.25
УДК 616-006.6.81-03

Ижанов М.Т.¹, Арыбжанов Д.Т.¹, Жантеев М.Е.²
Городской онкологический центр г.Шымкент. Казахстан.
Южно-Казахстанская медицина академия г.Шымкент. Казахстан

ЗНАЧЕНИЕ ТРЕПАНОБИПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак молочной железы в нашей стране и за рубежом имеет четкую тенденцию к неуклонному росту, занимая одно из доминирующих мест среди злокачественных новообразований. В среднем по республике Казахстан ежегодно впервые берется на диспансерный учет около 3000-3500 женщин.

На сегодняшний день несмотря на появление современных методов диагностики, исследования, морфологическая верификация является одним из основных методов дифференциальной диагностики злокачественных опухолей молочной железы.

Цель исследования: Изучить роль трепанобиопсии в диагностике верификации опухолей молочной железы.

За период с 2016 по 2018 года нами было обследовано 620 больных, которым было произведена трепанобиопсия. Цитологическая верификация злокачественного образования молочной железы была определена у 536 больных (86,4%) случаев. Однако, при проведении трепанобиопсии этим же больным верификация диагноза подтвердилась у 606 больных (97,7%). У 3 больных (2,4%) больных при помощи трепанобиопсии определить верификацию опухоли не удалось, так как опухоли были маленьких размеров. Таким образом, можно считать, что морфологическая верификация при помощи трепанобиопсии позволило ближе к 100% случаев добиться морфологической верификации злокачественного процесса в молочной железе.

Выводы: Исходя из вышеизложенного можно сказать, что при подозрении на рак в молочной железе проведение только одного цитологического исследования недостаточно. Необходимо производить дополнительно трепанобиопсию образования, которая позволяет получить более информативные образцы материала, кроме того, трепанобиопсия позволяет избежать всевозможных диагностических ошибок на этапе обследования, правильно подобрать вид лечения, делать прогноз, а так же провести ИГХ исследования опухоли.

Литература

1. Kal H.B. Struikmans H. Breast cancer and pregnancy//Breast, Feb 2008.-Vol. 17(1).-P. 7.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al.. Global cancer statistics, 2002. //CA Cancer J Clin Vol. 55, Issue 2-2005 — P. 74-108
3. Пугырский Л.А. Рак молочной железы: учеб. пособие / Л.А. Пугырский. – Минск: Высшая школа, 1998. – 82 с.

МРНТИ 76.29.54
УДК 616.284.7-089.874

Таубаев Е.Р., Курманкулов И.С.
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент. Қазақстан

ЖЕДЕЛ ІРІНДІ МАСТОИДИТТІҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ (2017-2018 жж)

Мастоидит – самай сүйегінің емізік тәрізді өсіндісінің сүйектіні мен шырышты қабаттарының қабынуы. Ол көбінесе жедел іріңді отиттің аясында, сирегірек созылмалы іріңді ортаңғы отиттің өршуінде дамиды. Мастоидиттің қоздырғышы жедел және созылмалы ортаңғы отитін тудыратын микроорганизмдер болып табылады.

Мастоидиттің дамуына келесі жағдайлар әсер етеді: микроорганизмнің вирулентілігі, иммунды жағдайдың төмендеуі, іріңнің антруммен және дабыл қуысынан шығуының қиындауынан және науқастың дер кезінде қаралмағанынан, дұрыс емделмеген жағдайда жиірек дамиды.

Сол себептерге байланысты жедел мастоидиттің созылмалылығымы немесе жасырынтүрінде кездесуі мүмкін, ол кезде диагнозын қою күрделенеді.

Зерттеу мақсаты: 1. Асқыныстық жасына қарай, жыл мезгіліне қарай жиілігін анықтау.

2. Салыстырмалы түрде, клиникалық көріністеріне қарай және жалпы қанализіне, аудиограммаға, рентген өзгерістерге қарай сараптама жасау. 3. Этиологиялық факторларын, қоздырғыштарын анықтау.

4. Емдеу тәсілдерінің тиімділігін анықтау.

Материалдар мен әдістер. 2017-2018 жылдар бойы облыстық клиникалық ауруханада, оториноларингология бөлімшесінде жедел мастоидитпен емделген 28 науқасқа ретроспективті зерттеулер жүргізілді. Оның ішіндегі ер адамдар саны – 15 (53,6%), - әйел адамдар саны - 13 (46,4%). 25 (89,2%) науқаста жедел іріңді мастоидит жедел іріңді ортаңғы отиттен дамыса, 3 (10,7%) науқаста созылмалы ортаңғы отиттен кейін дамыды.

Ауруханаға түскен кезде науқастар құлақтың ауырсынуына 26 (92,8%), құлақтан ірің ағуына 23 (82%), есту қабілетінің төмендеуіне 28 (100%), емізікше тәрізді аймақтың ауырсынуына 24 (85,7%), жалпы интоксикациялық белгілерге шағымданған. Ауруханаға дейін аурудың ұзақтығы 14 (50%) науқаста 1 айдан астам болған, 2 аптаға дейін – 6 (21%) науқас, 1 аптаға дейін – 8 (28,5%) науқаста.

Жедел мастоидит жасына байланысты: 20 жастан 50-ге дейін – 22 (78%) науқас болған. 50 жастан жоғары – 6 (21%) науқас болған. Қыс, күз айларындасауыққан науқастар саны – 20 (71%), көктем, жаз айларында 8 (28,5%) науқас болған.

Науқастардың жалпы жағдайлары негізінен қанағаттанарлық – 24 (85,7%) науқаста, орташа – 3 (10,7%) науқаста, орташадан төмен – 1 (3,5%).

Отоскопия кезінде: Созылмалы іріңді отитпен түскен 3 (10,7%) науқаста дабыл жарғағының үлкен айқын тесігі анықталды, 20 (78%) науқаста жедел ортаңғы іріңді отит дабыл жарғағының тесілуімен жүрсе, 5 (17,8%) науқаста дабыл жарғағы тесілмеген.

Классикалық симптом артқы жоғарғы қабырғасының салбырауы – 9 (32%) науқаста айқын көрінген. 4 (14,2%) науқаста емізік тәрізді өсінді аймағының қызаруы, ісінуі, инфильтрациясы көрініс берген. Қалған науқастарда емізік тәрізді өсінді аймағында өзгеріс жоқ, сондықтан науқастар уақытында ЛОР бөлімшесіне қаралмаған.

Жалпы қан анализінде лейкоциттер қалыпты жағдайда $17 (60,7\%)$ науқаста $9,0 \cdot 10^9/л$ дейін, ал $11 (39,2\%)$ науқаста $10 \cdot 10^9/л - 16,3 \cdot 10^9/л$ дейін болған. ЭТЖ қалыпты жағдайда – 6 (21,4%) науқаста, 15-25 мм/ч – 7 (25%) науқаста, 26-50 мм/ч - 15 (53,5%) науқаста. Шюллер тәсілі бойынша еміздік тәрізді өсіндінің рентгенологиялық зерттеуінде: барлық 28 (100%) науқаста емізік өсіндісінің ауалы кеңістігінде күнгірттену байқалады, соның ішінде 2 (7,1%) науқаста деструкция айқындалған.

Аудиограмма нәтижелері бойынша есіту қабілетінің кондуктивті керемдігі – 19 (89,2%) науқаста байқалса, 9 (32%) науқаста аралас керемдік дамыған.

Жедел іріңді мастоидитпен 28 (100%) науқасқа оперативті ем жүргізілді: 25 (89,2%) антромастоидотомия, 3 (10,7%) науқаста жалпы қуыстық операция жасалынды. Алғашқы 2 күн ішінде операция жасалынған науқастар саны – 21 (75%) болды, алғашқы 5-7 күн аралығында – 4 (14,2%) науқас, 14 күн аралығында жасалынған операция саны – 3 (10,7%) науқасқа оның себебі 1 (3,5%) науқаста жүктілігіне байланысты, екінші науқаста қант диабетінің декомпенсация сатысы, үшінші науқасты гломусті ісікке байланысты операция кешіктірілген, алғашында консервативті ем тағайындалған.

5 (17,8%) науқаста жедел мастоидит дабыл жарғағының перфорациясыз өтсе де операция кезінде емізік тәрізді өсіндінің ұяларында, антрумда іріңдік сұйықтық анықталды.

Аурудың жиі кездері ретінде Staphylococcus (aureus – 5(17,8%), heamolyticus - 6 (21,4%), epidermidis – 6 (21,4%)) , Streptococcus – 2 (7,1%), Enterococcus- 2 (7,1%) , Proteus mirabilis – 2 (7,1%). Бак пасевте микрофлора өспеген – 5 (17,8%).

Асқыннар: 1. Субпериостальді іріңдік және перисинуозды іріңдік – 4 (14,2%) науқаста байқалған.

2. Экстрадуральді іріңдік және перисинуозды іріңдік – 1 (3,5%) науқаста.

3. Бет нервсінің нейропатиясы – 1 (3,5%) науқаста байқалды.

Емдеу кешеніне жергілікті және жүйелі антибактериалды терапия, гипосенсибилизация, витаминдер терапиясы жүргізілген.

Операциядан кейінгі ағым қанағаттанарлық, стационарда емделу ұзақтығы 1 айдан астам – 18 (64,2%) науқас, 20-30 күн аралығында – 6 (21,4%); 10 күннен 20 күнге дейін – 3 (10,7%) науқас; 10 күнге дейін – 1 (3,5%).

Қорытындылай келе мастоидиттің дамуы көбінесе жедел іріңді ортаңғы отиттен кейін дамыған, сондықтан мастоидит ағымы жасырын түрінде айқын белгілерінсіз жиі кездесті, оған дәлел 14 (50%) науқас 1 айдан астам амбулаторлы емделген, 6 (21,4%) науқас 2 аптаға дейін емделген, 8 (28,5%) науқас 1 аптадан кейін ауруханаға түскен. Ол мастоидиттің айқын белгілерінсіз, жасырын түрде кездесетінін дәлелдейді. Оның себептері науқастарға жиі, көп жағдайларда антибиотиктерді пайдалану әсерінен жасырын түрде өтеді.

Сонымен қоса мастоидит кезінде 4 (14,2%) науқаста субпериостальді іріңдік және перисинуозды іріңдік байқалған, 1 (3,5%) науқаста экстрадуральді іріңдік және перисинуозды іріңдік, 1 (3,5%) науқаста бет нервсінің нейропатиясы кездесіп отыр. Сондықтан құлағынан іріңді бөліністер көпке созылса, уақытында емізік тәрізді өсіндінің рентген суреті, компьютерлік томография жасалу керек. Ол мастоидиттің жасырын, нақты белгілерін болмаған кезде уақытында дұрыс диагноз қойып нақты емдеу шараларын жүргізуге әкеледі.

Әдебиеттер

1. Оториноларингология. В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, ЛА. Лучихин – М.:ГЭОТАР-Меди, 2015.- 440 б.,

2. Жедел ортаңғы отиттің асқинулары. А.И. Крюков, Н.Л. Кунельская, А.Б. Туровский, О.Г. Сидорина.
3. Острый мастоидит: однолетнее исследование в педиатрической больнице Каирского университета, Мосаад Абдель-Азиз, Хасан Эль-Хоши Болезни , носа и горла .Декабрь 2010 г., 10: 1
4. HarkerLA: Черепные и внутричерепные осложнения острой и хронической отита. Шестигранная хирургия голени и шеи. Под редакцией: SnowJB, BallengerJJ. 2003, BCDecker, Испания, 294-316. 16
5. Тарантино В., Д'Агостино Р., Таборэлли Г., Мелаграна А, Порчу А., Штура М.: Острый мастоидит: 10-летнее ретроспективное исследование. IntJPediatrOtorhinolaryngol. 2002, 66: 143-148. 10.1016 / S0165-5876 (02) 00237-9
6. Мастоидит у взрослых: 19-летнее ретроспективное исследование, С. Пальма, Р.Бово ,А. Бенатти, С. Aimoni, М. Росиньоли, М. Либаноре, А. Мартини. Европейские архивы оториноларингологии. Май 2014 г., Том 271, выпуск 5 , стр. 925-931
7. Острый мастоидит у младенцев. Иван Балешевич, Nikola Mircetic, Владан Субаревич, Гордана Маркович. Европейские архивы оторино-ларингологии и головы и шеи. Октябрь 2006 г., Том 263, выпуск 10 , стр. 906-909

УДК 617-089.844
МРНТИ 76.29.39

Исаева Л., Байбеков А., Муканова У.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия,
№1 Шымкентская Городская Многопрофильная Больница
МКТУ им. А. Ясави, кафедра «Хирургии и анестезиологии-реанимации»

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Актуальность: Современная тенденция развития подходов к лечению больных механической желтухой заключается в стремлении более широкого применения малоинвазивных методов, позволяющих добиться оптимального результата при минимальной операционной травме [1.2.3]. В нашей клинике наибольшее распространение завоевал двухэтапный способ лечения, когда холедохолитиаз устраняют до операции путем эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС), а вторым этапом производят лапароскопическую холецистэктомию[4.5].

Цель исследования: Оценить возможности эндоскопической коррекции механической желтухи (МЖ).

Задачи исследования: Выявить и определить эффективность эндоскопической коррекции МЖ

Материалы и методы: В хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи г.Шымкента за период с 2015 по 2018 годы в плановом и экстренном порядке поступило 4733 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), из них у 571 больного причиной механической желтухи (МЖ) был холедохолитиаз, что составило 12,1%. Из 571 больного с гипертензией в желчных протоках и подозрением на холедохолитиаз 328 (57,4%) пациентам выполнена ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). При наличии в просвете общего желчного протока конкрементов производилась папиллосфинктеротомия с ретракцией конкрементов корзиной Dormia. Папиллосфинктеротомия (ПСТ) БДС была выполнена у 195 больных, что составило 34,2%.

386 больным произведена лапаротомия, из них холецистэктомию с ревизией холедоха и холедохолитотомией было 290 больных. Гепатикохоледохоанастомоз наложен 63 больным, панкреатодуоденальная резекция – 27 больным.

Осложнения при РХПГ и ПСТ наблюдались у 4 (1,2%) больных – у одной пациентки кровотечение из стенки ДПК, 2 больных с реактивным панкреатитом с положительным исходом и у 1 пациентки после манипуляции развился панкреонекроз с летальным исходом. После эндоскопических вмешательств с целью профилактики панкреатита больным назначали ингибиторы протеолитических ферментов, сандостатин, наблюдение в течении 3 суток, при снижении билирубина в последующем вторым этапом больным производилась операция эндовидеолапароскопическая холецистэктомию (ЛХЭ). 10 больным, что составило 3,1%, произведена ЛХЭ с дренированием холедоха через пузырный проток. У всех 10 больных послеоперационный период протекал без особенностей. Важным для исхода операции является рациональное расположение анастомозов между желчными путями, культей поджелудочной железы, желудком и кишечником. Чаще всего наиболее высоко накладывают анастомоз между желчными путями и кишечником, несколько ниже — анастомоз культы поджелудочной железы с кишкой и еще ниже — гастроэнтероанастомоз.

Результаты и их обсуждения: Из 4031 лапароскопических холецистэктомий мы наблюдали 9 случаев ятрогенных повреждений желчных путей, что составило 0,2%.

Из 9 больных с ятрогенными повреждениями желчных путей, 7 больных женщины и 2 мужчин, возраст колебался от 42 до 56 лет, т.е. молодого и трудоспособного возраста. По характеру повреждения желчевыводящих протоков все больные распределились следующим образом: у одного пациента наблюдали термическое повреждение общего желчного протока; повреждение передней стенки общего желчного протока – 1 пациент; полное пересечение гепатикохоледоха – 4 больных; несостоятельность культи пузырного протока – 1 больной. У 1 пациента желчеистечение из ложа желчного пузыря.

Выводы: Использование эндоскопических методов лечения и коррекции при механической желтухе являются высоко эффективным и облегчают проведения других разных манипуляции.

Литература

1. Алибегов Р.А., Касумьян С.А., Сергеев О.А., Прохоренко Т.И. Хирургическая тактика при механической желтухе опухолевого генеза // Анналы хирургической гепатологии. -2009.-Т.14.-№1.-С. 4;
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М.ИМА-пресс,1996.144 с.
3. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х. Рентгенэндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи // Анналы хирургической гепатологии. 2006. - Т.11. № 3. - С. 71-72.
4. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. Под. ред. В.Т.Ивашкина. М.: ООО «Издат. дом «М-Вести», 2002. 416 с.
5. Борсуков А.В., Мамошин А.В. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы. Практическое руководство. М.: Мед. практика. 2007. С. 78-82.

УДК616-06:616-089:617.541

О.К. Кулакеев, Н.Ж.Орманов
Южно-Казахстанская медицинская академия

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ЛЕГОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Актуальность. Частота послеоперационных осложнений при хирургическом лечении эхинококкоза легких (ЭЛ), особенно при осложненных формах, остается довольно высокой и колеблется в пределах 10-52%, составляя в среднем 26,6%. Важнейшими послеоперационными осложнениями являются нагноение раны и плевры, кровотечение, бронхиальные свищи, ателектаз легких, ожоги бронхов, остаточные полости в легких, сепсис, амиллоидоз, сердечно-легочная и печеночно-почечная недостаточности.

Материал и методы. После выполненных 1113 операций по поводу различных форм ЭЛ у 922 больных в 130 (11,7%) случаях развились послеоперационные осложнения.

С учетом частоты и причин послеоперационных осложнений при хирургическом лечении ЭЛ, нами разработана программа профилактики этих осложнений, включающая современные адекватные и апробированные методы лечения и профилактики в клинике торакальной хирургии, является комплексной и всесторонней, учитывающая все этапы оперативного лечения, до- и послеоперационного периода. Данная программа позволяет свести до минимума послеоперационные осложнения и летальность. Данная программа включает:

1)Профилактическое применение альфа-токоферола для предупреждения послеоперационных осложнений, учитывая его ускоряющую роль в регенерации. Альфа-токоферол назначали в дозе 300 мг в сутки в течение 5 дней до операции и 10 дней после как эффективный естественный биоантиоксидант.

2) Способ интраоперационной регионарной эндолимфатической антибиотикотерапии при хирургическом лечении ЭЛ. Данный способ применили у 40 больных ЭЛ, причем у 34 из них была осложненная форма. Для однократного интранодулярного введения использовали клафоран в дозе 1,0 и гентамицин (80мг).

3) Иммуномодулин, являясь индуктором монооксигеназной системы печени, обладает антиоксидантным, антирадикальным, антиоксидическим и иммуностимулирующим действием, что позволило использовать его для профилактики послеоперационных осложнений в дозе 100 мкг в течение 3 дней до операции и 3 дней после операции (особенно при осложненных формах и кистах большого размера).

4) Нами применена озонотерапия при хирургическом лечении 82 больных ЭЛ, у которых был осложненный нагноением процесс. Озонирование проводили аппаратом конструкции проф. Э.А. Апсарова.

Результаты. Анализ послеоперационных осложнений и летальности группы из 487 больных, которым за последние 5 лет произведено 620 операций и в лечении которых применялись

дифференцированные методы операций и предложенный комплекс профилактических мероприятий (основная группа), а также контрольной группы из 435 больных, которым за предыдущие годы произведено 493 операций, в лечении которых применялись традиционные методы, показал, что в контрольной группе послеоперационные осложнения наблюдались в 73 случаях (14,8%) с 8 летальными исходами (1,8%), а в основной группе осложнения отмечены в 57 случаях (9,2%) и у 4 больных (0,8%) наступил летальный исход. Снижению летальности в 2,3 раза и осложнений в 1,6 раза несомненно также способствовали улучшение диагностики ЭЛ, совершенствование анестезиолого-реанимационного обеспечения.

МРНТИ 76.29.49
УДК: 616-006.6.615-31

Ижанов М.Т¹, Жантеев М.Е².

Городской онкологический центр. Шымкент. Казахстан
Южно Казахстанская медицинская академия. Шымкент. Казахстан

РОЛЬ САНИТАРНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПАДАЮЩЕГОСЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ(РРМЖ).

Актуальность На сегодняшний день лечение распадающихся образований молочной железы носит паллиативный характер и главной задачей является облегчение симптомов болезни и продление жизни. В связи с этим для уменьшения клинических проявлений распадающегося рака молочной железы, можно с успехом использовать и хирургические методы лечения, и таковым является «санитарная» ампутация молочной железы.

Цель исследования: Оценить роль и оценку проводимых санитарных операций при распадающемся раке молочной железы

Материалы и методы: В городском онкологическом центре г. Шымкент с 2012-2016 г.г паллиативные операции с санитарной целью выполнены у 28 больных распадающимся РМЖ. Нами проведен анализ этой группы пациентов. Возраст оперированных женщин колебался от 43 до 64 лет.

Все пациентки (100%) имели распадающуюся опухоль молочной железы или опухоль с дистрофическими изменениями кожи на грани изъязвления.

Все пациенты на момент обращения в городской онкологический центр имели клинко-рентгенологические признаки распадающегося РМЖ. У всех больных анемия была обусловлена интоксикацией и кровотечением из опухоли.

В ходе стационарного лечения все 28 больных подверглись санитарной мастэктомии, проведена лимфаденэктомия подмышечной области. После паллиативного хирургического лечения у всех больных произведено гистологическое исследование опухоли и регионарных лимфатических узлов.

Результаты: Хирургическое удаление распадающейся опухоли молочной железы привело к значительному улучшению общего состояния пациентов, уменьшению симптомов интоксикации, и дало возможность провести больным химио\ лучевую терапию. 20(71,4%) - химио\ лучевую терапию (4-6 циклов) с последующей гормонотерапией, 8(28,5 %) лучевую терапию на область послеоперационного рубца. Все больные прослежены после операции в течение от 1 до 5 лет (медиана наблюдения составила 3,8 года). На момент анализа из 28 больных 11(39,2%) умерли от прогрессирования опухолевого процесса, а 17(60,7%) больных продолжает наблюдаться в ГОЦ.

Выводы: Выполнение санитарной операции у больных с распадающейся опухолью молочной железы часто оправдано, так как обеспечивает гигиенический эффект, снижает риск возникновения профузного кровотечения, анемии, интоксикации, улучшая, тем самым качество жизни больных.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН. – 2009. – т. 20. – № 3 (прил.1). – С. 45-77.
2. Ahn BY, Kim HH, Moon WK, Pisano ED, Kim HS, Cha ES, et al. Pregnancy- and lactation-associated breast cancer: mammographic and sonographic findings. // J Ultrasound Med. – 2003. – Vol.22. – P.491–510.
3. Berry D.L., Theriault R.L., Holmes F.A. et al. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. // J. Clin. Oncol. – 1999. – Vol.17. – P. 855-861.

МРНТИ 76.29.57
УДК 615.5-006.81-03

Касымханова А.А.

ГКП на ПХВ «Областной дерматовенерологический диспансер» г. Шымкент
**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЛАНОЦИТОВ ПРИ ВИТИЛИГО.**

Стабильность витилиго считается важным параметром для хирургического лечения витилиго, так трансплантация некультивируемой суспензии эпидермальных клеток (NCES), доказала свою эффективность при длительном, более 1 года стабильном витилиго.

Доказано потенциальное влияние дермальных мезенхимальных клеток (DMC) на активность CD8⁺ T-клеток *in vitro*, наблюдается ингибирование T-клеток (CD4⁺ и CD8⁺ пролиферации) и индуцирование T-клеточного апоптоза.

Рандомизированные клинические исследования (Thakur M., Parsad D. et al., 2019 г) показали эффективность комбинации трансплантации суспензии некультивируемых дермальных и эпидермальных клеток (NCES и NCDS) при витилиго с длительностью ремиссии от 3 до 6 мес. Так, в группе, после трансплантации NCES и NCDS через 24 недели у всех пациентов - 10 (100%) с продолжительностью клинической стабильности от 3 до 6 мес была достигнута 75% репигментация. В группе после трансплантации NCES только у 3 (30%) была репигментация 75%.

Таким образом, комбинированная трансплантация NCES и NCDS - новая методика, которая может успешно применяться у пациентов с витилиго при коротком периоде стабильности (3-6 мес). На базе Центра витилиго ГКП на ПХВ «ОДВД» проведены первые трансплантации NCES и NCDS. Ожидаем результаты, которые будут опубликованы.

УДК 616.5-056.3-08

Абдурахманов Б.А., Каримов Ю.А.

**Южно-Казахстанская Медицинская Академия
Городской Кардиологический Центр, г. Шымкент, Казахстан**

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА ДЛЯ ВНУТРИВЕННЬЕЙ СЕДАЦИИ В РАННЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ
АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ**

Введение: В последнее время вопросу анальгезии и седации в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) придается очень большое значение, подходы к этой проблеме претерпевают значительные изменения, поскольку оптимальная анальгезии и седации в ОРИТ является наиболее актуальной задачей интенсивной терапии. Под седацией (лат. sedatio - успокоение) принято подразумевать применение одного или нескольких препаратов (методов), вызывающих прогрессирующую депрессию ЦНС, обеспечивающую проведение лечебных мероприятий. В последние годы в отечественной практике для седации широко начали применяют высокоселективного агониста α_2 -рецепторов-дексмететомидина. Препарат снижает скорость высвобождения из нервных окончаний норадреналина, оказывая мощное симпатолитическое воздействие на весь организм. Седативный эффект обусловлен снижением возбуждения в голубом пятне ствола головного мозга. Влияние на гемодинамику обусловлено снижением норадренергической активности, угнетением симпатической нервной системы и носит дозозависимый характер

Цель исследования: Цель исследования - оценка эффективности использования селективного агониста α_2 -адренорецепторов дексмететомидина для кратковременной контролируемой седации в раннем послеоперационном периоде у пациентов после операции аорто-коронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения.

Материал и методы: Было обследовано 51 пациент в возрасте от 47 до 65 лет, оперированных по поводу ишемической болезни сердца (ИБС) на базе Городского Кардиологического Центра г. Шымкент за период с января 2019 по апрель 2019 года. Из них 37 пациентов поступили в клинику в экстренном порядке с диагнозом: Острый коронарный синдром(ОКС). После лабораторно-инструментальных обследований причинами ОКС был инфаркт миокарда у 28 пациентов, нестабильная стенокардия у 9 пациентов. В плановом порядке с диагнозом стенокардией напряжения ФК III (CCS) поступили 14 пациентов. По квалификации Американского общества анестезиологов ASA физический статус пациентов соответствовал IV-V классу. Средний возраст составил 57,5±6,3 лет (от 47 лет до 64 года). После перевода пациентов из операционного блока в отделение реанимации всем пациентам была назначено инфузия дексмететомидина 0,2-0,9мкг/кг/час в/в. На фоне проводимой седации пациентам осуществлялась терапия

анальгетиками: по плану трамадол внутримышечно в дозе 100 мг при поступлении в ОАРИТ и далее каждые 6 часов. При некупировании боли дополнительно сделано Кетопрофен 100мг внутримышечно.

В ОАРИТ проводили мониторинг следующих показателей:

- клинический осмотр и мониторинг состояния пациента, регистрация показателей АД, ЧСС, КЩС крови, параметров ИВЛ, частоты самостоятельных дыханий, сатурации

-оценку уровня седации по Ramsay, RASS-scale (шкала возбуждения-седации Ричмонд), Aldrete score (шкала пробуждения применялась в первые послеоперационные сутки во время пребывания пациента на ИВЛ; учитывалось время от момента поступления в ОАРИТ до достижения 9 баллов по шкале), поведенческая шкала боли для интубированных пациентов (BPS);

-время респираторной поддержки а также пребывания в ОАРИТ.

Результаты: Во время инфузии дексметомидина в пределах дозы 0,4–0,9 мкг/кг/час во всех случаях была достигнута адекватная глубина седации по шкале RASS от -1 до -3 в среднем -2,6. Пробуждение всех пациентов происходило без видимых признаков психомоторного возбуждения. Во время инфузии у 12 (24%) пациентов отмечалась уменьшение ЧСС от исходных цифр, но не ниже 60 ударов в минуту что не требовалось отмены препарата, при этом доза уменьшена. У 7(13%) пациентов отмечалась гипотензия ниже 90/60 мм.рт.ст. купировавшийся после инфузии кардиотонических препаратов, волемической нагрузки. Среднее значение поведенческой шкалы боли для интубированных пациентов (BPS) составило 6 баллов. У 9 (18%) пациентов по шкале оценки боли (BPS) 8 баллов дополнительно к трамадолу назначено анальгезия Кетопрофеном 100мг внутримышечно в первые 12 часов нахождения в ОАРИТ. Снижение сатурации на фоне сопротивления к ИВЛ не отмечено. Длительность нахождения на ИВЛ составила: от 2 часов до 32 часа в среднем 7,4 часов. Среднее время нахождения в отделении реанимации составила 2,4±0,3 койка дней. По шкале Aldrete score пациенты экстубированы после достижения шкалы 8 баллов.

Выводы: Седация с использованием дексметомидина обеспечивает высокий уровень комфорта по шкале седации RASS и раннюю активизацию пациента после операции АКШ в условиях ИК. Применение дексметомидина в рекомендуемых дозах не вызывает угнетению дыхания, а также уменьшает времени респираторной поддержки и раннюю экстубацию пациентов (7,4часов). При седации дексметомидином в большинстве случаев 42(82%) достаточно анальгезии одним препаратом для достижения адекватного обезболивания. У 12(24%) пациентов отмечена дозозависимая брадикардия не требующая медикаментозного лечения. Гипотензия отмечалась у 7(13%) пациентов, требующая увеличение дозы кардиотонической поддержки, волемической нагрузки.

УДК 617-089.844:616-098

О.К.Кулакеев, М.М.Рысбеков
Южно-Казахстанская медицинская академия

ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА АДЕКВАТНЫХ ВИДОВ ОПЕРАЦИЙ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Актуальность. В эндемичных регионах по эхинококкозу, где вероятность повторного заражения и оперативного вмешательства в последующем остается высокой, предпочтение отдается органосберегающим операциям. Использование при этом более 10 способов и модификаций свидетельствует не столько о большом арсенале вариантов хирургического лечения легочного эхинококкоза или о несовершенстве существующих методов, а скорее всего подтверждает необходимость дифференцированного подхода к выбору операции в зависимости от стадии и характера поражения, величины, формы и количества эхинококковых кист легкого.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза легких, путем определения адекватных показаний к выполнению различных видов органосохраняющих операций или резекций легких.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 922 больных эхинококкозом легкого (ЭЛ) за последние 25 лет. Им произведено всего 1113 операций. Органосохраняющие операции выполнены у 85,8%, а различные виды резекции легких – у 14,2%. Нами в лечении применены дифференцированные методы операций, включая разработанный капитонаж вертикальными полукисетными швами, комбинированные способы, способ «заплать» и модифицированный способ создания искусственной междолевой щели(на эти операции получены патенты РК).

Результаты. Применение адекватных видов операций способствовало повышению удельного веса органосохраняющих операций с 79,2% до 92,4% и снижению частоты послеоперационных осложнений с 22,9% до 9,6% или в 2,4 раза, а летальности – в 2,2 раза по сравнению с контрольной группой

Выводы. На основании анализа наших исследований мы рекомендуем применение следующих способов оперативного лечения ЭЛ:

1. Капитонаж вертикальными полукисетными швами возможен у 40%-50% больных ЭЛ.
2. Необходимость в резекции легких имеет место у 10%-15% больных.
3. Капитонаж по Дельбе показан не более 10%-15% больным ЭЛ.
4. Условия для проведения эхинококкэктомии по А.А. Вишневному имеют место в среднем у 10%-15% больных.
5. Эхинококкэктомия по Боброву-Спасокукоцкому из-за своей простоты и достаточной эффективности не утратила значения при малых, отчасти при средних (не более 10%), но должна быть оставлена при больших и гигантских, как способствующая переводу паразитарной кисты в непаразитарную.
6. При кистах сложной конфигурации приемлем комбинированный метод ликвидации остаточной полости путем одновременного применения приемлемой комбинации нескольких методов операций. Он показан у 4%-8% больных ЭЛ.
7. В настоящее время открытые эхинококкэктомии должны быть оставлены. У тяжелых, ослабленных, пожилого возраста больных имеет место вынужденный видоизмененный вариант её проведения – полузакрытая эхинококкэктомия по Аскерханову или Эль-Муалля (1%-2%).
8. При эхинококковых кистах небольших и средних размеров, расположенных кортикально или субкортикально, односторонних и двусторонних, как неосложненных, так и осложненных, показана эндовидеоторакоскопическая эхинококкэктомия. Такие условия имеются у 5-10% больных.

МРНТИ 76.13.21

Худайберганов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В. Вахидова». г. Ташкент. Узбекистан

ПЛАСТИКА ТРАХЕИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ ЭНДОПРОТЕЗЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ И ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Актуальным вопросом является определение показаний и противопоказаний к резекции трахеи у пациентов с мультифокальными поражениями трахеи. Несмотря на то, что некоторые авторы рекомендуют максимально широко применять резекционные методы лечения, в большинстве случаев оптимальным методом лечения являются этапные реконструктивно-пластические операции, что обусловлено общим тяжелым состоянием пациентов в случаях декомпенсированного стеноза, тяжелой сопутствующей патологией, наличием сочетанного поражения гортани и трахеи (Самохин А.Я. 1992, Перевозникова И.А., Козак А.Р. 2010, Abbasiezfouli A., Shadmehr M.B., 2007). Заключительным этапом хирургической реабилитации больных хроническими стенозами гортани и трахеи является пластическое закрытие стойкого ларинготрахеального дефекта.

Цель исследования – улучшить результаты этапного реконструктивно-пластического лечения больных с рубцовым стенозом трахеи и тяжелой сочетанной патологией, оптимизировать методы хирургической реабилитации при обширных дефектах передней стенки трахеи и мягких тканей шеи после ларинготрахеостомии.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов лечения 154 больных со стенозами трахеи и гортани за период с 2008 по 2018г. Мужчин 114(74%), женщин 40(26%). Преобладали лица наиболее трудоспособного возраста 124(80,5%) человек в возрасте 16-59 лет. Среди основных причин, приведших к длительной ИВЛ и трахеостомии следует отметить травму – 62%.

Все больные до поступления в центр имели стеноз трахеи в той или иной степени. Соответственно стенозам трахеи этим больным было произведено открытие передней стенки с расширением стеногического участка, удалением грануляций и установкой Т-образного стента, соразмерно с локализацией и протяженностью пораженного участка. Часть больных поступили в отделение хирургии легких и средостения после ранее проведенных вмешательств на трахее и гортани в других лечебно-профилактических учреждениях страны, 32 (20,8%) больных имели различные трахеостомы; модифицированные интубационные трубки, проведенные через дефект передней стенки трахеи, так называемые «расщепленки»; Т-образные стенты, преимущественно установленные ЛОР-врачами. Общее количество обращений в стационар превысило 300, так как большая часть больных госпитализирована 2, 3 и более раз.

При критических и декомпенсированных стенозах диаметром просвета менее 5 мм с угрозой асфиксии по поводу трахеомалиции и обтурации мокротой, первым этапом выполняли эндоскопическую деструкцию с последующим бужированием зоны сужения. 85 больным с протяженными и мультифокальными рубцовыми стенозами трахеи и непротяженными рубцовыми стенозами с тяжелыми сопутствующими неврологическими нарушениями проводилась пластика трахеи с формированием стойкого просвета трахеи на T-образном эндопротезе. Из них у 6 больных пластика трахеи на T-стенке выполнена в другом медучреждении и после деканюляции развился рестеноз, по поводу чего выполнено рестентирование. У 4-х больных T-стентирование выполнено по поводу рестеноза анастомоза после циркулярной резекции пораженной зоны трахеи с наложением анастомоза конец в конец. Срок дилатации на T-образном эндопротезе варьировал от 6 до 14 месяцев.

Выводы: У пациентов с мультифокальным и многоуровневым стенозом трахеи при наличии неврологического дефицита и тяжелой сопутствующей патологии, когда выполнение циркулярной резекции трахеи невозможно, реконструкция на T-образном эндопротезе является «золотым стандартом».

МРНТИ 76.29.39

Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.
ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ.

Актуальность проблемы: Реабилитация и обеспечение адекватного качества жизни больных хроническими стенозами гортани и трахеи представляют собой актуальную и во многом нерешенную проблему современной реконструктивно-пластической хирургии. Грозные осложнения, возможные после резекции трахеи, такие как несостоятельность анастомоза, кровотечение, медиастинит, рестеноз, парез гортани, продолжают иметь место. Так, по сообщениям различных авторов частота их достигает 25%. Летальность, при этом остается высокой - до 8%. Трудной и до конца не решенной проблемой остается лечение протяженных и мультифокальных стенозов дыхательного пути, когда в процесс вовлекаются разные отделы трахеи, а также сочетанное поражение трахеи и гортани.

Стеноз верхних дыхательных путей является одной из главных причин длительной утраты трудоспособности и инвалидизации больных, приводя к социальной и профессиональной дезадаптации. Актуальным вопросом является определение показаний и противопоказаний к резекции трахеи у пациентов с мультифокальными поражениями трахеи. По данным литературы, некоторые авторы рекомендуют максимально широко применять резекционные методы лечения. Несмотря на это, учитывая особенности протяженных и мультифокальных стенозов трахеи, в большинстве случаев оптимальным методом лечения являются этапные реконструктивно-пластические операции. Заключительным этапом хирургической реабилитации больных хроническими стенозами гортани и трахеи является пластическое закрытие стойкого ларинготрахеального дефекта. Пластика стомы может быть осуществлена только тогда, когда сформирован стойкий эпителизированный адекватный просвет дыхательных путей и исключена возможность рестенозирования.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных со стенозами и стойкими обширными дефектами передней стенки трахеи.

Материалы и методы исследования: Проведен анализ результатов лечения 164 больного со стенозом трахеи и гортани. У 102 больных выполнены реконструктивные операции в объеме пластики трахеи с рассечением зоны стеноза, иссечением рубцовых тканей и формированием просвета на T-образном эндопротезе. Срок дилатации на T-образном эндопротезе варьирует от 7 до 14 месяцев, в зависимости от индивидуальных показателей в формировании широкого стойкого просвета трахеи с эпителизированной поверхностью без признаков рецидива стеноза.

У 11 (6,7%) больных после удаления T-образного эндопротеза в период контрольного наблюдения через 7-10 суток отмечен рецидив стеноза в проекции ниже трахеостомического отверстия. В таких случаях больным произведена повторная операция с формированием просвета на T-образном эндопротезе с хорошим отдаленным результатом. У 7 (4,2%) больных после деканюляции (удаления T-образного эндопротеза) в сроки 7-14 дней отмечено сужение просвета трахеи за счет отсутствия каркасности (по причине трахеомалиции) и роста грануляций, им произведена одномоментная циркулярная резекция трахеи с анастомозом конец в конец и ликвидацией дефекта передней стенки трахеи и мягких тканей шеи. В 32 случаях произведена первичная циркулярная резекция трахеи (ЦРТ).

Результаты исследования: Больным (n=92) с посттрахеостомическими дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей с размерами дефектов от 1,0 см до 2,0 см в ширину и от 2,0 см до 4,0 см в высоту, при глубине дефекта более 8 мм, т.е. передне-заднего размера просвета трахеи и стойком сформированном просвете дыхательного пути в зоне пластики сужения без наличия протектора произведена местная трехслойная или четырехслойная кожно-мышечная пластика дефекта. Десяти больным, с обширными

дефектами передне-боковых стенок трахеи и дистального отдела гортани, произведены реконструктивные операции с применением микрохирургической техники. Следует отметить, что данным пациентам с обширными дефектами передней стенки трахеи ранее были проведены другие этапы лечения: 4 больным пластика просвета трахеи с установкой Т-образного стента; 3 больным кожно-мышечная пластика по Бокштейну и в 3 случаях имплантация аутореберных хрящей. Таким образом, во всех 10 случаях пациентам для замещения дефекта недостаточно было местных тканей вследствие больших размеров последнего. Это потребовало применения микрохирургической техники для перемещения аутореберных имплантов, надключичного кожно-фасциального лоскута и при необходимости расщепленной кожи бедра.

Выполнение циркулярной резекции трахеи (n=39) позволяет радикально излечить пациента в один этап с хорошими ближайшими и отдаленными результатами, при отсутствии противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний ее можно выполнить на первом этапе лечения. В случае противопоказаний к ее проведению, возможно выполнение резекции трахеи на следующем этапе после проведенного эндоскопического и/или этапного эндохирургического лечения в случае рестенозирования просвета. Протяженность резецированных участков трахеи составила от 1,8 до 6 см. В 1 случае у больного поступившего с рубцовым стенозом анастомоза трахеи из другого лечебного учреждения выполнена резекция трахеи с анастомозом конец в конец. Несостоятельностью анастомоза в раннем послеоперационном периоде отмечена у 2 больных (5,1%). Из них в одном случае удалось спасти больного выполнив экстренную операцию, подтянув в шейную рану оторванные и сократившиеся дистальный и проксимальный концы анастомоза и сформировав просвет трахеи на Т-образном стенте. Во втором случае несостоятельность швов в результате чрезмерного натяжения анастомоза после протяженной резекции привела к отрыву анастомоза, осложнилась аррозивным кровотечением и летальным исходом.

Во всех случаях пластики получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Отдаленные результаты лечения оценены и изучены, в сроках от 6 месяцев до 7 лет у 130 (79,2%) больных. В 2-х случаях у больных вследствие выраженных фиброзных изменений и трахеомалиции выполнение второго этапа в виде кожно-мышечной пластики не было успешным, циркулярная резекция трахеи при большой протяженности стенотического процесса трахеи невозможна, что переводит данных пациентов в группу кандидатов для трансплантации трахеи. У 14 больных продолжается один из этапов комплексного лечения, больные находятся под динамическим эндоскопическим контролем.

Выводы: Реконструкция на Т-образном эндопротезе у больных с трахеогортанными и протяженными РСТ позволяет реабилитировать больных по тяжелой сопутствующей патологии, ликвидировать признаки нарушения экспекторации бронхов, сохранить возможность дыхания через естественные дыхательные пути и восстановить фонацию, исключает риск миграции и обтурации эндопротеза и позволяет сформировать стойкий и достаточный просвет трахеи с последующим выполнением пластической операции по закрытию дефекта. У пациентов с мультифокальным и многоуровневым стенозом трахеи при наличии неврологического дефицита и тяжелой сопутствующей патологии, когда выполнение циркулярной резекции трахеи невозможно, реконструкция на Т-образном эндопротезе является «золотым стандартом». При протяженном рубцовом стенозе трахеи с вовлечением в процесс более 1/3 трахеи, возможно проведение обширной циркулярной резекции трахеи при условиях достаточной мобилизации на необходимых уровнях с целью исключения натяжения в области созданного анастомоза. При отсутствии противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний циркулярную резекцию трахеи можно выполнить на первом этапе лечения.

МРНТИ 76.29.39

Абралов Х.К., Бердиев К.Б., Холмуратов А.А., Кобилжонов Б.Х.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В.Вахидова». Ташкент, Узбекистан.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ИЗ ПРАВОСТОРОННЕЙ БОКОВОЙ ТОРАКОТОМИИ

Актуальность. В хирургии врожденных пороков сердца, как и другие направления кардиохирургии, основные хирургические операции осуществляется из продольной срединной стернотомии. Продольная срединная стернотомия обеспечивает хорошую экспозицию практически всех отделов сердца и создает наилучшие условия для подключения магистралей к аппарату искусственного кровообращения. Однако, продольная срединная стернотомия характеризуется большой травматичностью. После срединной стернотомии разрушается целостность костно-мышечного каркаса грудной клетки. Частота послеоперационных инфекционных осложнений осуществленных из срединной стернотомии колеблется от 0,4 до 8,4% (Вишневская Г.А. с соавт., 2005; Clarkson JH et al., 2003). Все это удлинит сроки пребывания больного в стационаре и приводит к достоверному увеличению затрат на лечение (Константинов Б.А. с

соавт., 2000; Сальников А.В. с соавт., 2003; Long CB et al., 2005). Учитывая все это, септальные дефекты перегородок сердца и сочетающихся с ними пороки стали корректировать из правосторонней боковой торакотомии (ПБТ).

Материалы и методы. В 314 наблюдениях в качестве доступа для радикальной коррекции дефектов перегородок сердца и сочетающихся с ним пороков была использована ПБТ по четвертому межреберью. При этом подключение больных к аппарату искусственного кровообращения осуществлено стандартным путем. Возраст оперированных колебался от 4 до 38 лет ($16,3 \pm 4,2$), из которых большинство были женского пола. Выполнены следующие хирургические вмешательства: ушивание (56) изолированного дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) в условиях искусственного кровообращения (ИК), пластика изолированного ДМПП аутоперикардимальной заплатой (48) в условиях ИК и фармако-холодовой кардиopleгии, ушивание изолированного ДМПП в условиях ИК на работающем сердце (87), радикальная коррекция неполной формы атриовентрикулярного канала (12), коррекция супра- и интракардиальных типов частичного аномального дренажа легочных вен (28), пластика ДМПП после ранее выполненной баллонной вальвулопластики клапанного стеноза легочной артерии (22), ушивание (14) дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП), пластика ДМЖП (9) и остальные 38 вмешательства выполнены по поводу прочих врожденных септальных и сочетающихся с ними врожденных пороков сердца.

Результаты. Все 314 операции, осуществленные из ПБТ, протекали без технических трудностей. Основные этапы устранения порока выполнены в полном объеме строго по стандартному протоколу. Ни в одном наблюдении не возникла необходимость в конверсии. Применение ПБТ привело к значимому сокращению общей продолжительности операции, укорочению времени искусственной вентиляции легких и сроков пребывания больного в отделении реанимации, а также уменьшению послеоперационных койко-дней.

Заключение. Таким образом, наш опыт свидетельствует, что радикальная коррекция дефектов перегородок сердца и сочетающихся с ним пороков сердца в условиях ИК может с успехом осуществляться из ПБТ. Этот доступ обеспечивает достаточную экспозицию зон, на которых выполняются хирургические манипуляции, и приводит к положительным результатам в медико-социальном плане.

МРНТИ 76.29.37

Назирова Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Хайбуллина З.Р., Махмудов У.М.

ГУ «РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Цель исследования: оценка результатов эндовизуальных бариатрических вмешательств в лечении ожирения и регрессе компонентов метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: В исследование включены 40 пациентов с ожирением, оперированных в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период с 2016 по 2019гг. Средний возраст - $34,7 \pm 2,5$ лет. У всех пациентов диагностировано ожирение III степени: ИМТ - $49,4 \pm 2,5$ кг/м². В виду высокого операционного риска 6 пациентам (МТ - 180-223 кг, ИМТ - $62,1-75,4$ кг/м²) бариатрическое вмешательство было противопоказано на момент госпитализации, в связи с чем им устанавливали ВЖБ на 6 месяцев. Эндовизуальные бариатрические вмешательства - ЛРРЖ выполнена у 37, ЛГШ – у 3 больных. МС оценивали по IIS (2009), полный кластер МС – наличие 3-х и более критериев.

Результаты. Сочетание компонентов МС в нашем наблюдении было следующим: ожирение + 1 компонент - у 18 больных (45%); ожирение + 2 компонента – у 8 больных (20%); ожирение + 3 компонента – у 10 больных (25%), ОЖ + 4 компонента - у 4-х больных (10%).

Анализ результатов через 6 мес. после лечения показал, что окружность талии (ОТ) была менее 88 см у 16 женщин из 32, и менее 102 см у 3 мужчины из 8-х; в среднем ОТ до операции составил $110,1 \pm 1,7$, после лечения $84,6 \pm 2,1$, что составляет уменьшение на 23,2% ($p < 0,05$). Оценка остальных факторов МС показала, что у 32 из 34 пациентов с гипертриглицеридемией нормализовался уровень ТГ, у 9 из 18 больных нормализовался уровень глюкозы крови; у 8 из 17 пациентов увеличился до нормативных значений уровень ЛПВП; снижение АД отмечено у 13 из 20 больных. Эти результаты показывают, что ЛРРЖ и ВЖБ позволяют достичь регресса компонентов МС: снизить НТГ в 2 раза, АГ – в 3 раза; дислипидемию - в 1,9 раза. В нашем исследовании снижение веса, ОТ и регресс компонентов МС сопровождался положительной динамикой СРБ, имеющего ключевое значение в развитии метаболических нарушений при ожирении. Уровень СРБ до лечения составил $15,5 \pm 0,2$ мг/л, а после хирургического лечения и снижения веса через 6 мес. $5,0 \pm 0,5$ т.е. снизилось в 3,1 раза ($p < 0,05$).

Вывод. Ожирение III степени (ИМТ $49,4 \pm 2,5$ кг/м²) ассоциируется с дислипидемией /гипертриглицеридемией в 85%; НТГ – в 50%, артериальной гипертензией в – 45%. Через 6 месяцев после лечения наблюдается регресс компонентов МС - НТГ в 2 раза, АГ – в 3 раза; дислипидемии - в 1,9 раза, а также снижение СРБ в 3,1 раза.

МРНТИ 76.29.37

Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Кабулов Т.М.
ГУ «РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВЫМ ФЕНОТИПОМ

Цель исследования. Оценка частоты встречаемости метаболически нездорового фенотипа ожирения и его динамика после бариатрических эндовизуальных вмешательств.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 32 женщины и 8 мужчин, госпитализированные в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова» в период с 2016 по 2019гг. Средний возраст - $34,7 \pm 2,5$ лет. У всех пациентов диагностировано ожирение III степени: ИМТ - $49,4 \pm 2,5$ кг/м². У 6-ти больных была чрезвычайно высокая МТ - 180-223 кг, ИМТ - $62,1-75,4$ кг/м² ($71,5 \pm 3,0$ кг/м²). Этим пациентам бариатрическое вмешательство было противопоказано в виду высокого операционного риска, в связи с чем им устанавливали ВЖБ на 6 месяцев. Эндовизуальные бариатрические вмешательства - ЛРРЖ выполнена у 37, ЛГШ – у 3 больных. Заболевания и состояния, ассоциированные с ожирением, оценивали согласно рекомендациям С.В. Недогода (2016).

Результаты: При оценке фенотипа ожирения, полностью метаболически здоровый тип не был обнаружен ни в одном случае. Метаболическое здоровье по шкале Cardiometabolic Disease Staging оценено как 1 стадия у 18 (45%), 2 стадия - у 8 (20%), 3 стадия – у 12 (30%), 4 стадия – у 2-х (5%) больных. В структуре заболеваний, ассоциированных с ожирением, выявлены: СД 2 - у 18 (45%) больных, АГ – у 20 (50%); НАЖБП - у 14(35%); депрессия – у 10 (25%); нарушения подвижности – у 40 (100%); дислипидемия - у 34 (85%), ИБС – у 2 (5%); ГЭРБ – у 2 (5%) больного. Через 6 месяцев после ВЖБ и ЛРРЖ происходила значительная убыль веса. Так, после установки ВЖБ ИМТ снизился с $71,5 \pm 3,0$ до $61,3 \pm 1,4$ кг/м² ($p < 0,05$), а после ЛРРЖ - с $47,7 \pm 2,0$ до $38,2 \pm 1,4$ кг/м² ($p < 0,05$), т.е. на 21,1% и 16,2% соответственно относительно исходного. Анализ заболеваний, ассоциированных с ожирением, показал, что через 6 месяцев после операции количество лиц с дислипидемией сократилось на 53% ($p < 0,05$), ремиссия СД2 достигнута в 50% случаев ($p < 0,05$); нормализация параметров АД – в 67% случаев ($p < 0,05$); регресс НАЖБП – в 43% ($p < 0,05$); депрессия устранена в 80% ($p < 0,05$), а нарушения подвижности – в 65% случаев ($p < 0,05$). Оценка метаболического фенотипа через 6 месяцев после бариатрического вмешательства показала улучшение показателей по шкале Cardiometabolic Disease Staging: у 35% больных ликвидирован кардиометаболический риск, а у остальных больных – он перешел в более легкую стадию.

Вывод: Таким образом, использование ЛРРЖ и ВЖБ позволяет эффективно снизить вес через 6 месяцев после вмешательства и позитивно влияет на метаболический фенотип ожирения.

МРНТИ 76.29.39

Абралов Х.К., Холмуратов А.А.
ГУ «РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ТАДЛВ С ВЛГ .

По данным мировой статистики к 2017г. тотальный anomальный дренаж легочных вен встречается в среднем у 133 новорожденных на 10 тыс. населения, что составляет 1,33%. При ТАДЛВ ранняя хирургическая коррекция является обязательной и срочной, для предотвращения необратимых изменений, связанных с высокой легочной гипертензией.

Цель: представить результаты хирургической коррекции тотального anomального дренажа легочных вен.

Материал и методы. За период от 2013 по 2017г. в РСНПМЦ им. акад. В. Вахидова было прооперировано 20 больных с ВПС, ТАДЛВ. Это составило 32% от всех АДЛВ. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 3-х лет (средний возраст 11 мес), с 3 кг до 12 кг (средний вес 6,4 кг). Имеется опыт хирургического лечения у больных от 3-х до 17 лет, единичные случаи 21 и 24-х летнего

возраста (в весовой категории от 13 до 54 кг). По встречаемости значительно преобладали пациенты мужского пола (85%). У 14-и пациентов была выявлена супракардиальная форма ТАДЛВ (70%), кардиальная у 5 (25%), смешанная форма у одного больного (5%). При супракардиальной форме, в 11 случаях была проведена коррекция ТАДЛВ по Кули, одна операция Бансона, одна коррекция по Гертони. У одного пациента, в 30 дневном возрасте, по жизненным показаниям, в экстренном порядке была выполнена баллонная атриосептостомия. При кардиальных формах ТАДЛВ, пациентам сделана пластика ДМПП с передислокацией устьев ЛВ в ЛП. Все операции проводились в условиях искусственного кровообращения. У 3-х пациентов наблюдалось сочетание ТАДЛВ с другими ВПС: открытый артериальный проток (n=2), инфундибулярный и клапанный стеноз легочной артерии (n=1). 55% больных были осложнены высокой легочной гипертензией, 40% умеренной.

Результаты: В 85%-х случаях, непосредственные результаты операций расценены как благоприятные. На раннем послеоперационном этапе у одного больного наблюдалось повреждение диафрагмального нерва, устраненное пликацией диафрагмы. Летальность на госпитальном этапе наблюдалась у двух пациентов. Причиной летальности в одном случае послужила возникшая коагулопатия, некорректируемая препаратами и приведшая к ОССН, ОПН. В другом случае, у пациента в послеоперационном периоде появилась электрическая несостоятельность ритма, с переходом в фибрилляцию желудочков.

Вывод: Ранняя и своевременная хирургическая коррекция, при ТАДЛВ, способствует благоприятным результатам.

МРНТИ 76.29.49

Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г
ГУ «РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ**

ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ.

Актуальность: В последнее время отмечается значительный прогресс в диагностике и лечении рака легких. Но не смотря на это 160 000 (0,01%) американцев ежегодно умирают от рака легких, что делает его вторым заболеванием после болезни сердца - смертность от которого на первом месте. Смертность от рака лёгких намного выше других онкозаболеваний, таких как — рак груди, толстой кишки, поджелудочной железы и простаты. Это в значительной степени потому, что рак легких, как правило, выявляется после того, как он дал осложнения и метастазы.

Широкая распространённость МСКТ-сканирования в настоящее время позволяет выявить рак лёгких на ранней стадии. Хотя случаи излечения все еще редки, их число всё увеличивается.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных раком легкого и совершенствования диагностики с использованием современных высокотехнологичных методов.

Материал и методы: В отделении хирургии легких и средостения республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В. Вахидова за период с 2013 по 2018 годы обследованы и находились на лечении 303 больных с различными опухолями легких, из них оперированы 171 (56,43 %) пациентов. Среди них 134 (44,22%) были женщины и 169 (55,78%) мужчины. Возраст больных колебался от 11 до 73 лет. В возрасте 11-20 лет было 4 (1,32%) больных, 21-30 лет - 15 (4,95 %) больных, 31-40 лет – 35 (11,55 %) больных, 41-50 лет – 44 (14,52%) больных, 51-60 лет - 98 (32,34%) больных, 61-70 лет - 81 (26,73 %), 70 лет и выше - 26 (8,58%) больных. Пневмонэктомия выполнена у 28 (16,37 %) больных, лобэктомиа - 42(24,56%), билобэктомиа – 6 (3,5 %), удаление опухоли- 18 (10,52 %), атипичная резекция легкого – 17 (9,94 %), из них VATS 9 (5,26%). Операция завершена диагностической торакотомией - в 3 (1,75 %) случаях.

Эмболизация бронхиальных артерий выполнена в 2 (1,17 %) случаях, у больных раком легкого осложненного кровотечением. С диагностической целью для морфологической предоперационной верификации образования в легком трансторакальная биопсия под контролем УЗИ выполнена у 22 больных (12,86 %) и под контролем компьютерной томографии у 16 больных (9,35 %).

Эндоскопическое удаление обтурирующей экзофитной опухоли бронха произведено у 6 больных (3,5 %).

У 134 (44,22)- больных выявлен злокачественный опухоль, 42 (13,86%)- больных доброкачественный опухоль, 63 (20,79%) - больных периферический, 105 (34,65%) - больных центральный. По гистологическому заключению: тератома-1, ангиосаркома-7, параганглиома-4, гемангиоперицитомы-8, хондромы-4, саркома-3, мезотелиома-30, ангиома-2, аденома бронха-2, железистый- 4, аденокарцинома-30, нейрофиброма-4, ангиофиброма-1, липома-1, невринома-2, гамартохондромы-3, эпидермоидный рак-40, лимфома-1, гемангиоэндотелиома-4, карциносаркома-1, карциноидная опухоль-10, хемодектома-1, плоскоклеточный рак-16, мелкоклеточный рак-4,

лимфоцитарная тимомы-1, бронхоальвеолярный рак-3, эндометриоз легких-1, воспалительный псевдоопухоль-6.

Результаты: в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: эмпиема плевры у 3 (1,75%) больных, нагноенные послеоперационной раны- 3 (1,75%) больных, ТЭЛА-1 (0,58%), эрозивное кровотечение-1 (0,58%) больного. Выписан в удовлетворительном состоянии 135 (44,55%) больных, без изменений-66 (21,78%) больных, относительно удовлетворительном состоянии- 86 (28,38%) больных, в хорошем состоянии- 16 (5,28%) больных. Летальность после операции не наблюдалась, летальность без операции-1 (0,33%). Все больные направлены в онкодиспансеры по месту жительства для проведения дальнейшей ПХТ и ЛТ.

Выводы: применение высокотехнологических методов дооперационной диагностики, соблюдение всех стандартов исследования и лечения позволяет существенно улучшить результаты диагностики и хирургического лечения опухолей легких.

МРНТИ 76.13.25

Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Халмуратова М.К., Турсунов Н.Т.,
Миролимов М.М.

ГУ «РСНПМЦХ им.акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

ПРИМЕНЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОГО ИМПЛАНТАТА «ГЕПРОЦЕЛ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АЭРО- И ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ЛЕГКИХ

Число осложнений в хирургии легких, связанных с недостаточным аэростазом и гемостазом из раневых поверхностей легкого и линий ручного или механического шва, а также с нарушением герметичности ушитой культи бронха остается существенным и не имеет заметной тенденции к снижению. Развитие недостаточности аэростаза в послеоперационном периоде остается частым осложнением в торакальной хирургии и встречается в 5,6 -18% наблюдений. ВГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова» совместно с НИЦХФП АН РУз разработан новый аэро- и гемостатический имплантат «Гепроцел», который прошел доклинические испытания. Проведенные исследования показали, что применение биологического имплантата «Гепроцел» позволило сократить необходимость в дополнительном однократном прошивании ткани легкого для обеспечения адекватного аэро- и гемостаза с 38,2% до 11,4% и многократного укрепления швами с 29,4% до 5,7% ($\chi^2=7,706$; Df=2; P=0.021). Внедрение в хирургию легких отечественного биологического имплантата позволило сократить период для достижения аэро- и гемостаза с $32,8\pm 2,5$ до $12,5\pm 1,2$ минут (P<0,001), общей продолжительности операции с $135,6\pm 6,1$ до $107,2\pm 4,7$ минут (P<0,001), а также уменьшить длительность дренирования плевральной полости с $3,38\pm 0,31$ до $2,09\pm 0,06$ (P<0,001) и всего периода госпитализации с $12,1\pm 0,4$ до $10,7\pm 0,2$ суток (P<0,01).

Арыбжанов Д.Т. *Ганцев Ш.Х.

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», г. Уфа, Башкортостан, Россия,
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан.

СИСТЕМНАЯ РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ И ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ СКЕЛЕТА

При раке желудка и опухолях желудочно-кишечного тракта метастазы в кости могут встречаться у 1-5% больных. Болевой синдром вследствие костного метастазирования встречается у 70% больных. При этом, среди всех опухолей, в том числе и при раке желудка в 30% - 70% случаев чаще всего костные метастазы поражают позвоночник.

Цель: изучить эффективность лечения больных раком желудка с метастазами в кости путем применения системной радионуклидной терапии и вертебропластики.

Материал и методы. Нами пролечено 14 больных, 6 женщин и 8 мужчин, в возрасте от 32 до 62 лет, средний возраст составлял $53,8\pm 2,7$ лет. Все больные имели ранее установленный диагноз рака желудка, по поводу которого получили комбинированное лечение – радикальная операция + адьювантные курсы химиотерапии. При контрольном обследовании через 2-2,5 года у пациентов был установлен метастатический процесс в костях. Оценка интенсивности болевого синдрома осуществлялась согласно 10

бальной шкале, где 0 – нет боли и 9 – нетерпимая боль. Среднее значение интенсивности боли до лечения составляло $8,6 \pm 0,1$ (от 8 до 9). Среднее количество уровней с угрозой компрессии спинного мозга и переломами по данным КТ и МРТ было $2,6 \pm 0,3$ (от 1 до 4). На первом этапе больным назначили Золендроновую кислоту 4мг. внутривенно, капельно, 1 раз в 28 дней, далее для стабилизации метастазов в позвонки, где имела угроза перелома со сдавлением спинного мозга произвели вертебропластику с последующей системной радионуклидной терапией Самарием – 153 оксабифором. В дальнейшем пациенты продолжали амбулаторно получать Золендроновую кислоту 4мг. в сочетании с препаратами кальция – таблетки Кальций – Д3 форте, внутрь по 2 таблетки в сутки. Вертебропластика выполнялась стандартно в асептических условиях рентгеноперационной под местной анестезией. Контрольное сканирование осуществлялось непосредственно в день проводимой терапии. Сканирование всего тела с РФП Tc99m технефор, КТ и МРТ исследования повторялись через 4-8 месяцев после терапии.

Результаты. По данным нашего исследования, снижение болевого синдрома после проведения вертебропластики наступало за период от 30 минут до 12 часов после процедуры, в среднем составило $4,8 \pm 1,2$ часа. Среднее значение интенсивности боли по 10 бальной шкале снижалось до $4,5 \pm 0,6$ (от 2 до 6). После радионуклидной терапии Самарием-153 оксабифором, дальнейшее снижение болевого синдрома наступило через $3,9 \pm 0,3$ дня (от 2 до 6 дней), практически у всех больных болевой синдром полностью купировался и в среднем составлял $0,9 \pm 0,5$ (от 0 до 2). У 9 больных при повторном исследовании значительно снизилось количество и интенсивность метастатических очагов.

Баймаганбетова А. С., Якубова М.Б., Арыбжанов Д.Т., Югай К.В., Мирякипова З.Т., Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия,
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Казахстан

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ

Фибромиома матки (ФМ) считается наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью. Известно, что гистерэктомия, наряду с позитивным лечебным эффектом по основному заболеванию, может оказывать отрицательное влияние на здоровье женщины. Миомэктомия, позволяющая сохранить детородную функцию, сопровождается существенным числом осложнений: у 25-30% пациенток наблюдается рецидив. Частота рецидива, по данным некоторых авторов, достигает 30%. Одним из новых перспективных малоинвазивных методов лечения ФМ является рентгенхирургическая эндоваскулярная билатеральная эмболизация маточных артерий (ЭМА). В настоящее время ЭМА при ФМ рассматривают как самостоятельный и достаточно эффективный метод в лечении больных.

Цель. Изучить результаты ЭМА у больных ФМ по данным ГОЦ г. Шымкент за 2008-2018г.г.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 24 больных фибромиомами матки (ФМ) в возрасте от 27 до 57 лет с применением эмболизации маточных артерий (ЭМА). Показаниями к оперативному лечению явились: субмукозные и интрамурально-субсерозные ФМ с диаметром узла до 5-8 см, женщины с симптомными ФМ, отказывающиеся от операции, а также симптомные ФМ в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. Абсолютными противопоказаниями к вмешательству явились: острая инфекция, злокачественные опухоли матки. Непереносимость контрастных препаратов, тяжелые коагулопатии и хронические воспалительные заболевания придатков матки мы считаем относительными противопоказаниями. В качестве эмболизирующего материала применяли гемостатическую губку и стандартные биосферы из ПВА размерами частиц 700-900 мкм и 900-1200мкм. Методика заключалась в следующем: пунктировали бедренную артерию по Сельдингеру, чаще правой, с последующей селективной последовательной катетеризацией маточных артерий сначала левой, затем правой, с помощью катетера 4-5 F (Cordis). Во всех наблюдениях удалось успешно произвести ЭМА. **Результаты.** При динамическом осмотре оперированных больных в сроки от 3 мес. до 36 мес. с проведением эхографического контроля во всех наблюдениях отмечена полная резорбция миоматозных узлов. В 1 наблюдении отмечено наступление аменореи в связи с эмболизацией яичниковых артерий. В послеоперационном периоде отмечено возникновение постэмболизационного синдрома: боли (n=13), тошнота и рвота в первые сутки (n=8), лихорадка менее 38° до 1 недели (n=3), умеренный лейкоцитоз на 3-4 сутки (n=5). Все эти осложнения купированы консервативными мероприятиями. В 2-х случаях через 1 год после процедуры у пациенток наступила беременность, течение беременности было без особенностей и они завершили физиологическими родами в сроки 39-40 недель, живым, доношенным плодом (в 1 случае родился мальчик, в 1 случае девочка).

Выводы. Таким образом, как показал наш опыт, эмболизация маточных артерий является не только эффективным, органосохраняющим и мининвазивным методом лечения ФМ, но и альтернативой существующим традиционным хирургическим вмешательствам.

Выводы. Таким образом, комбинация вертебропластики, радионуклидной терапии самарием-153 оксабифором и системная терапия бисфосфонатами у больных раком желудка с метастазами в кости позволяет проводить комбинированное лечение, что дает возможность расширить показания для паллиативной радионуклидной терапии и повысить эффективность лечения этой тяжелой категории больных. Предложенный подход позволяет быстро достичь стойкого и выраженного снижения

интенсивности болевого синдрома, существенно снизить потребность в анальгетиках и улучшить качество жизни пациентов.

Арыбжанов^{1,2} Д.Т., Сабуров¹ А.Р.

1. Южно-Казахстанская медицинская академия,
2. «Городской онкологический центр» УЗ г. Шымкент, Казахстан

РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Заболеваемость раком желудка (РЖ) в Казахстане занимает 4 место, в структуре всех злокачественных опухолей на рак желудка в РК приходится 10,2-12% пациентов. В настоящее время лечение РЖ остается актуальной задачей в связи с ее запоздалой диагностикой. До 50% случаев РЖ выявляются в III-IV стадиях процесса.

Цель исследования: проанализировать непосредственные результаты комплексного лечения больных РЖ с применением локо-регионарной химиотерапии с селективным введением химиопрепаратов в чревный ствол.

Материал и методы: мы имеем опыт локо-регионарной химиотерапии у 50 больных раком желудка с первичной опухолью. Распределение больных по стадии опухолевого процесса была следующей: T₃N₀M₀ - 17 (34%) больных, T₃N₁M₀ - 19 (38%) больных и T₃N₂M₀ - 14 (28%) больных. Гистологически у 45 (90,0%) больных выявлена аденокарцинома, у 5 (10,0%) – скirrрозный рак. Всем больным первым этапом проведена неoadъювантная внутриартериальная химиотерапия с селективной катетеризацией чревного ствола в рентгеноперационной, для ВАПХТ применили схему TPF (Доцетаксел 75мг/м²+Цисплатин 75мг/м²+Фторурацил 1000мг/м² в 1й день) 2 курса с интервалом 28 дней, затем операция. Оценка эффективности неoadъювантной внутриартериальной химиотерапии проводилась после каждого курса с применением клинико-рентгенологических и эндоскопических методов исследования.

Результаты: непосредственные результаты показали эффективность лечения после 2 курсов неoadъювантной ВАПХТ у 42 (84%) больных: частичная регрессия отмечена у 29 (58%) больных и значительная регрессия процесса отмечена у 13 (26%) больных. Этим больным вторым этапом комплексного лечения проведена радикальная операция – расширенная гастрэктомия с ЛД-2. В 5 (10%) случаях отмечена стабилизация процесса, во время операции у этих больных хирургическое вмешательство завершилось паллиативным удалением опухоли из-за прорастания в соседние органы (печень, поджелудочная железа). В 3 (6%) случаях на фоне проводимого лечения отмечено прогрессирование и диссеминация процесса по брюшине с асцитом, что привело к ухудшению общего состояния больных, и они были выписаны на симптоматическое лечение по месту жительства. Изучение удаленного гистологического материала желудка после операции показало наличие лекарственного патоморфоза 1-2 степени у 15 (30%) больных, патоморфоза 3 степени у 18 (36%), патоморфоза 4 степени у 9 (18%) больных. Учитывая результаты гистологического исследования и наличие лечебного патоморфоза всем 42 (84%) больным в течение 1-го месяца после радикальной операции начаты курсы адъювантной химиотерапии по той же схеме. Всем больным проведены по 4 курса адъювантной химиотерапии. Непосредственные результаты нашего исследования показали, что неoadъювантная ВАПХТ оказалась эффективной у 84% больных. При этом всем им удалось провести радикальное хирургическое вмешательство. У 54% больных отмечен лечебный патоморфоз 3-4 степени.

Выводы. Неoadъювантная внутриартериальная регионарная химиотерапия при раке желудка является методом выбора для повышения операбельности процесса и улучшает непосредственные результаты лечения больных. Наиболее эффективными при раке желудка на наш взгляд являются производные платины в сочетании с фторпиримидинами, которые остаются базовыми для терапии РЖ.

Беседин² Б.В., Аыбжанов^{1,2} Д.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия,
Городской онкологический центр, г. Шымкент, Казахстан

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА (ГЦК)

С внедрением эндоваскулярных вмешательств в повседневную практику Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера начиная с 2008г. появилась возможность применения чрескатетерной химиоэмболизации (ТАСЕ) в лечении больных раком печени.

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты трансартериальной химиоэмболизации у больных ГЦК за 2008-2016 гг.

Материалы и методы. Мы имеем опыт ТАСЕ у 330 больных гепатоцеллюлярным раком печени за период 2008-2016гг. У всех больных диагноз установлен на УЗИ и КТ печени. У 272 (82,42%) больных была III стадия процесса, у 58 (17,58%) IV стадия. Все больные получили по 4-6 курсов ТАСЕ печеночной артерии. Всем больным производили порционную масляную химиоэмболизацию опухоли (Липиодол + Доксорубин 25-30мг/м²), а затем доэмболизировали гемостатической губкой до редукции кровотока. Вторую процедуру повторяли через 1,5 – 2 месяца согласно ART-шкале (Sieghart *et al.*, Hepatology 2013; 57: 2261).

Результаты. Частичная регрессия опухоли отмечена у 81 (24,54%), стабилизация у 153 (46,36%), прогрессирование ГЦК в процессе лечения у 96 (29,1%). Показатели 1-годовой выживаемости больных (все пациенты) составили 194 (58,79%). Показатели 3-летней выживаемости больных класс В-Child-Pugh, стадия А-В по Барселонской классификации (BCLC) составили 121 (36,66%), класс С-Child-Pugh (ранняя стадия С) - 64 (19,4%), $p < 0,05$. Медиана выживаемости больных составила стадия А-В по КБК $21 \pm 1,2$ мес. ($p < 0,05$). Медиана выживаемости больных составила стадия С по КБК 13 ± 3 мес. ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты показали эффективность ТАСЕ у 71% больных ГЦК хорошим качеством жизни. При динамическом наблюдении после лечения медиана общей выживаемости составила 21 ± 3 мес., 3 и более года со стабилизацией процесса живут 36% больных.

Даткаева Ф.А., Хамзина Р.С., Беседин Б.В., Арыбжанов Д.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия,
«Городской онкологический центр» УЗ г. Шымкент, Казахстан

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ (ГЦК)

Заболеваемость ГЦК в Южно-Казахстанской области составляет 3,5 на 100 000 населения. С появлением таргетной терапии Сорафенибом с 2010 г. появились возможности более широкой терапии ГЦК.

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов ГЦК Сорафенибом за период с 2011-2016 гг.

Материалы и методы: анализированы результаты лечения 240 пациентов ГЦК, которые получили терапию Сорафенибом. С 2009 г. в ООД ЮКО была введена Барселонская классификация ГЦК «BCLC» предложенная J.M. Llovet и соавт. На основании данной классификации выбор метода лечения зависел от характеристик опухоли и сопутствующих заболеваний печени.

Результаты: по BCLC из 240 пациентов получавших Сорафениб 41 (17%) были в стадии А, 82 (34,2%) в стадии В и 117 (48,8%) пациентов в стадии С. Все пациенты получали Сорафениб в стандартной дозировке по 800мг в сутки. Продолжительность приема Сорафениба у наших пациентов была от 4,5 мес. до 41 мес. Снижение дозы до 400мг в сутки было отмечено у 11 (4,6%) пациентов в связи желудочно-кишечной токсичностью 3 степени. Результаты лечения зависели от стадии по BCLC, медиана выживаемость в группе пациентов стадии А была 15,8 мес., в группе стадией В была 13,6 мес., в группе стадией С была 9,5 мес., отмечено замедление прогрессирования процесса. 7 (3%) пациентов прожили более 3-х лет. В основном побочные эффекты были 1 и 2 степени, в 3-х случаях 3 степени. Промежуточный анализ многоцентрового, международного, неинтервенционного исследования «Gideon», где мы принимали участие, показал, что 61% пациентов были в стадии А по BCLC и 23% пациентов в стадии В. 74% пациентов получили 800 мг сорафениба независимо от статуса по шкале Чайлд-Пью, однако у пациентов с Чайлд-Пью В медиана проводимой терапии была меньше (в целом в исследование было включено 3000 пациентов с ГЦК).

Заключение: Наше исследование показало, что выживаемость больных в группе Чайлд-Пью А выше чем в группе С на 6,3 мес. В настоящее время Сорафениб является стандартом лечения у пациентов с ГЦК, имеющих противопоказание к хирургическому лечению.

Жумагулова А.К., Юн В.В., Арыбжанов Д.Т.

Южно-Казахстанская медицинская академия, «Городской онкологический центр» УЗ г. Шымкент, Кызылординский областной онкологический центр, г. Кызылорда, Казахстан

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЧКИ

Ежегодно по ЮКО выявляется 65-75 новых случаев рака почки, из них 12-15% больных с наличием метастатических поражений других органов и диссеминацией процесса. В повседневной практике мы применяем химиоэмболизацию опухоли почек с последующей операцией и химиоиммуно-таргетной терапией.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных распространенным раком почки.

Материал и методы: с 2008 по 2016гг. мы имеем опыт лечения 31 больных с распространенным раком почек, которым применена химиоэмболизация. Пациенты были в возрасте 35-79 лет. Мужчин – 18, женщин – 13. У 22 больных был рак правой почки, у 8 рак левой почки, двухсторонний рак почек у 1. У 5 больных имелись скелетные метастазы, у 7 метастазы в легких. Всем больным первым этапом произведена химиоэмболизация опухоли почки, у 3-х применена селективная эмболизация опухоли единственно функционирующей почки. Вторым этапом 23 больным удалось произвести нефрэктомия. 8 больных получили 4-6 курсов иммунохимиотерапии в течение 1 года. 4 больных вторым этапом получили иммунотерапию с бисфосфонатами в сочетании с таргетной терапией Бевацициумаб 400мг в/в 1 раз в 21 день 6 курсов, при прогрессировании переводились на таргетную терапию Сунитиниб 50мг/сутки или Сорафениб 800мг/сутки.

Результаты: у 7 больных в течение 4-5 месяцев отмечено прогрессирование процесса. У 14 больных после лечения отмечена стабилизация процесса и полное купирование болевого синдрома в позвоночнике, которое продолжалось в течение 12-13 мес. После указанного срока у 7 больных отмечено дальнейшее прогрессирование. Общая 1-годичная выживаемость при комбинированном лечении вышеуказанных пациентов составила 58,3%. 2-х летняя выживаемость составила 35%.

Выводы. Применение ТАХЭ в комплексном лечении больных с распространенным раком почек является альтернативным методом выбора терапии. У 50-60% больных можно получить стабилизацию процесса в течение 1 года, у 30% больных достичь 2-х летней выживаемости.

¹Рысбеков М.М., ¹Кулакеев О.К., ¹Нурмашев Б.К., ^{1,2}Арыбжанов Д.Т., ²Орманов Н.К., ¹Абдурахманов Б.А., ²Катбаев С.А., ²Беседин Б.В.

Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент, Казахстан
«Городской онкологический центр» УЗ г. Шымкент, Казахстан

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ АНГИОХИРУРГИЯ И ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОНКОЛОГИЯ (Опыт работы ФНПР ЮКМА)

Во всем мире, особенно в экономически развитых странах идет рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. По данным ВОЗ к 2020 году частота болезни увеличится в два раза не только среди взрослого населения, но и у детей.

В Казахстане этой проблеме уделяется огромное внимание со стороны Президента и правительства. Разработана отраслевая программа по улучшению качества оказания медицинской помощи онкологическим больным, которая находится под пристальным вниманием главы государства. Ежегодно увеличивается финансирование, выделяется больше средств на приобретение современного диагностического и лечебного оборудования, аппаратуры и медикаментов. При таком бурном развитии здравоохранения в целом и онкологической службы Республики, немаловажное внимание уделяется подготовке высококвалифицированных специалистов, повышению квалификации по онкологии врачей общей лечебной сети с целью улучшения качества скрининговых методов, онконастороженности и профилактическим мероприятиям. Ставятся задачи по освоению и широкому внедрению высокотехнологичных методов диагностики и лечения онкологических больных, куда можно отнести миниинвазивные эндоваскулярные методы локального воздействия на опухоль (в частности регионарная внутриартериальная химиоинфузия и химиоэмболизация опухолей).

В организации качественной онкослужбы и подготовке кадров в Южном регионе основная нагрузка ложится на факультет повышения квалификации, кафедру хирургических дисциплин с курсом онкологии ЮКМА и областной онкологический диспансер (ООД), далее «Городской онкологический

центр» УЗ г. Шымкент на базе которых проводится повышение квалификации по специальности ангиохирургия и эндоваскулярная онкология.

Работа «Городской онкологический центр» (ГОЦ) УЗ г. Шымкент и кафедры хирургических дисциплин Южно-Казахстанской медицинской академии строится в рамках существующих договоров в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК № 302 от 11 мая 2007г. «Положение о клинических базах высших медицинских организаций образования», которая позволяет полную интеграцию учебного, научного и лечебного процессов в единое целое.

Весь лечебный процесс: операции, перевязки, диагностические и лечебные процедуры и манипуляции строятся с учетом учебного процесса, чтобы слушатели максимально с пользой для себя могли практически освоить и закрепить теоретический материал по онкологии, маммологии, ангиохирургии и эндоваскулярной онкологии. Весь существующий коечный фонд (210 коек) онкологического центра являются клинической базой курса онкологии и маммологии, профессорско-преподавательский состав которой со своим научным, педагогическим и клиническим опытом, большим научным потенциалом совместно с врачами областного онкологического диспансера способен освоить данный коечный фонд и обеспечить высококвалифицированную и специализированную медицинскую помощь. Накопленный опыт совместной и слаженной работы диспансера и кафедры ярко проявляются во время организации и проведения областных декадников по онкологии, находит полную поддержку и понимание в областном управлении здравоохранения и ректорате академии.

Начиная с 2012г. на базе ФНПР ЮКМА совместно с сотрудниками ГОЦ г. Шымкент (ранее до 2017г. ООД ЮКО) одними из первых в Республике Казахстан открыты циклы повышения квалификации по специальности «Онкология» - первичная переподготовка 864 часов (обучено 5 врачей), в рамках специальности онкология открыты тематические недельные циклы 56 часов «Инновационные технологии в онкологии» посвященные проблеме химиоэмболизации опухолей печени и почек (обучено 7 врачей), по специальности «Ангиохирургия» - месячные курсы повышения квалификации 216 часов (обучено 7 врачей), всего 2012г. обучено 19 врачей. В 2013г. обучено по циклу «Инновационные технологии в онкологии» посвященная проблеме химиоэмболизации рака печени и почек обучено 21 врачей, где после обучения курсантам выдаются сертификаты государственного образца. Дополнительно на 2013-2017г.г. из Республиканского бюджета в рамках развития образовательной деятельности врачей онкологов были запланированы циклы повышения квалификации «Химиотерапия злокачественных опухолей, в том числе детей» на 30 чел., 216 часов. Все это дает возможность притворять в жизнь поставленные президентом Республики Казахстан и правительством задачи по улучшению качества образования и развитию инновационных технологий лечения в практическом здравоохранении.

Таким образом, наш небольшой положительный опыт интеграции курса онкологии ЮКГФА и областного онкологического диспансера по проведению повышения квалификации по специальностям онкология, ангиохирургия и эндоваскулярная онкология в новых условиях, показывает ее жизнеспособность, целесообразность и требует более глубокого изучения, по возможности внедрения в других лечебно-профилактических учреждениях.

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Подсекция: «ПМСП: ГЛАВНЫЙ КООРДИНАТОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

МРНТИ: 76.01.11-06.81.23

Г.Н. Досыбаева, Қ.А. Сартаева

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент қ.

ДӘРІГЕР ИНТЕРНДЕРДІ “ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕ (ЖАНҰЯЛЫҚ МЕДИЦИНА)” МАМАНИ СТАНДАРТЫНДАҒЫ БІЛІКТІЛІКТІҢ САЛАЛЫҚ ШЕҢБЕРІНЕ САЙ ДАЙЫНДАУДЫҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ (ішкі аурулардың жеке тақырыбы – жөтел симптомының негізінде)

Түйін: мақала синдромдық диагноздық алгоритмге үйрететін, дифференциялық диагноздың логикалық ойлауын қалыптастыратын *тақырыптық іздену жоспарларын/мамани ойлау бағдарлықтарды* құрудың әдістемелік маңызын насихаттайды.

Кілт сөздер: мамани ойлау бағдарлығы (немесе тақырыптық жоспарлар), синдромдық диагноздық алгоритм, дифференциялық диагноз, мамани стандарт (профессиональный стандарт), мамани білім берудің деңгейі (уровень профессионального образования), біліктіліктің салалық шеңбері (ОРК – отраслевая рамка квалификации), уәж/сарын/түрткі – мотивация.

Зерттеу мақсаты. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігі тұрғындарға медициналық көмек көрсетудің негізгі күші ретінде жанұялық медицина мамандарын (жалпы тәжірибелік дәрігер – ЖТД) дайындауды мақсат етіп отырғандықтан, жалпы тәжірибелік дәрігерлерді мамани стандарт ұсынған біліктілік шеңберінде сапалы дайындаудың әдістемелік тәсілдерін талдау.

Жабдықтар мен тәсілдер. ЖТД дайындаудың кафедраларда қолданылған алты жылдық және бес жылдықты жалғастырған екі жылдық интернатураның тәжірибесі, осы кездері қолданылған оқу әдістемелік құжаттары (силлабуспен қатар тақырыптық бағдарлық жоспарлар), түрткі факторлар ретінде қолданылған әдістерінен түрлі күрделіліктегі тестер (MSQ/Multiple Choice Questions), жауаптары соңынан берілетін, тақырыпқа сай нозобірліктердің барлығы дерлік қамтылған клиникалық жағдайлар.

Медициналық санитарлық алғашқы көмек (МСАК – ПМСП) мекемелерінде қызмет атқаратындықтан, жалпы тәжірибелік дәрігерлерді тұрғындарда өте жиі, жиі және сирек кездесетін патологияларды тануға міндетті, алғашқы шептегі дәрігерлер қатарында жұмыс істейді. Сондықтан нозологиялық бірліктерді синдромдық алгоритмімен (патогномдық дәрежесі бар симптомдардың алгоритмімен де) тани білу, артынша дифференциялық диагноз жүргізу дағдыларына машықтану жолдарына бағыттау, мүмкіндігінше үйрету (тәжірибе жинақтату) – жоғары оқу орны оқытушы-профессорларының негізгі міндеті.

Әр тақырыпқа бөлінген уақытта теориялық білімдерін базалық пәндерден толықтыра түсу (пре-реквизит), негізгі тақырыптың ақпараттық мәліметтерін жетекші құралдардан жинау, оларды науқастармен жұмыс барысында (қабылдауларда, түнгі кезекшіліктерде) бекіту, білім санаттылығын болашақта арттыруға жоспарлар құру (постреквизит) үшін бір силлабус жеткіліксіз, сондықтан соңғы 5-10 жылдар барысында дәрігер интерндерді дайындауда қолданылған, нәтижесі салмақты тәжірибемен бөлісуді жөн санадық.

Ең бір жиі кездесетін жөтел симптомын мысалға ала отырып, осы тақырыпты зерттеп игеру барысында дәрігер интерндердің логикалық ойлау бағдарын қалыптастыру үлгісін ұсынамыз. Классикалық саналатын дағдыларды қалыптастыру мен Дублиндік дескрипторлардың ұсыныстарын алатын болсақ, интернатура кезінде дәрігер интерндер білімін синдромдық диагноздық алгоритмге пайдаланып, сол алгоритмдік тұжырымдарды қолданып дифференциялық диагноз жүргізуде, наука мәліметтері мен дәрігерлік біліміне анализ жасап, синтездеп үйрену керек. Осылай логикалық олауды қалыптастыруда тақырыптарға құратын төмендегідей жоспарлардың қосатын үлесі зор екендігін интернатура дайындаудың соңғы 5-10 жылындағы тәжірибеміз көрсетіп отыр.

Жоспарға бірнеше бөлімдер (*кіріспе, негізгі, дағдыларға машықтану, қорытынды*) енгіздік, аталмыш тақырыпта олар төмендегідей болды:

Кіріспе бөлім (базалық пәндерден қайталау): жөтел түсінігі және жөтел рецепторларының орналасуына байланысты оның клиникалық ерекшеліктері (ішкі аурулар пропедевтикасынан шағымдардың механизмдерін қайталау – патофизиологиялық негіздері); 4-5 курс ішкі аурулар пәнінен бронхиттер, пневмониялар, бронхтық астма, өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы, т.б. нозологиялық бірліктердің клиникасын қайталау, жетекші синдромдарын тұжырымдау (патоморфологиялық негізі – дәлелді медицинаның тірегі) нозобірліктердің мысалдарын жазып жаттау.

Интернатура міндетіне кіретін негізгі бөлімге тақырыптың жетекші сұрақтарын топтадық, ол – жөтел симптомы негіз болатын синдромдарды тану және олардың ерекшеліктері арқылы күдік туатын нозологиялық бірліктерді игеруге итермелейді, яғни, синдромдық диагноздық алгоритміне үйрену дағдысын қалыптастырады. Жөтел симптомының түрлі нозобірліктерде кездесетін жиілік статистикасын есепке ала отырып, төмендегі синдромдар арқылы дұрыс диагноздық тұжырым жасау жолын көрсеттік:

- жоғарғы тыныс жолдары кілегей қабатының тітіркену немесе/және қабыну синдромымен сипатталатын (паморфологиясын қайталау міндетті) нозобірліктерге жатады: жіті респирациялық аурулар; тұмау; синуситтер; фарингиттер; ларингиттер; трахеит; бөгде денелердің тыныс жолдарына түсуі, тұрып қалуы; неотүзілімдердің жоғары тыныс жолдарында дамуы т.б. Осы нозобірліктердің анықтамасын, ХӘЖ-10 сауатты атауын, клиникасын жетекші синдромының ерекшеліктері арқылы танып, диагноздық критерийлерімен диагнозын дәлелдеп, оны рәсімдеу мысалдарын күнделігіне жазуды талап етеміз, нәтижесінде портфолио реттеледі, орта бағалануымен бірге мемлекеттік аттестаттауға жіберілу сұрағы портфолио арқылы шешіледі;
- бронх өткізгіштігінің бұзылу синдромы немесе бронх кілегей қабатының тітіркенуіне (паморфологиясын қайталау міндетті) себеп болатын гастер-эзофаголық рефлюкстік ауру (ГЭРА\ГЭРБ); бронх кілегейінің инфекциялармен не/немесе аллергиялық қабынуымен сипатталатын жедел/жіті және созылмалы бронхиттер; бронхиолит (ұстамалы жөтел); өкпенің созылмалы обструкциялық ауруы (ӨСОА-ХОБЛ); бронхтық астма, бронхоэктаз ауруы мен екіншілік бронхоэктаздар; бронх ісіктері сияқты нозобірліктердің барлығының анықтамасын, ХӘЖ-10 сауатты атауын, клиникасын жетекші синдромының ерекшеліктері арқылы танып, диагноздық критерийлерімен диагнозын дәлелдеп, оны рәсімдеу мысалдарын күнделігіне жазуды талап етеміз, нәтижесінде портфолио реттеледі, орта бағалануымен бірге мемлекеттік аттестаттауға жіберілу сұрағы портфолио арқылы шешіледі;
- өкпе тінінің тығыздалу синдромымен (паморфологиясын қайталау міндетті) сипатталатын ауруханадан тыс, ауруханаішілік, ЖИТ синдромындағы т.б. пневмониялардың; жүрек шамасыздығындағы іркілістік жағдайлар мен екіншілік пневмониялардың; өкпе туберкулезі, т.б. дерттердің анықтамасын, ХӘЖ-10 сауатты атауын, клиникасын жетекші синдромының ерекшеліктері арқылы танып, диагноздық критерийлерімен диагнозын дәлелдеп, оны рәсімдеу мысалдарын күнделігіне жазуды талап етеміз, нәтижесінде портфолио реттеледі, орта бағалануымен бірге мемлекеттік аттестаттауға жіберілу сұрағы портфолио арқылы шешіледі;
- бронх-өкпе жүйесі дамуының ересек жасына дейінгі уақытқа жететін тума аномалиялар синдромымен (паморфологиясын қайталау міндетті) сипатталатын муковисцидоз; өкпе гипоплазиясының анықтамасын, ХӘЖ-10 сауатты атауын, клиникасын жетекші синдромының ерекшеліктері арқылы танып, диагноздық критерийлерімен диагнозын дәлелдеп, оны рәсімдеу мысалдарын күнделігіне жазуды талап етеміз, нәтижесінде портфолио реттеледі, орта бағалануымен бірге мемлекеттік аттестаттауға жіберілу сұрағы портфолио арқылы шешіледі.

Тәжірибелік сабақтың дағдыларға машықтану бөлімін дәрігер-интерндер қабылдау бөлімінде кезекшілікке тұру, пульмонология бөлімінде тақырыптық науқастарды курациялау, күндізгі және түнгі кезекшіліктерге бару; ЖТД науқастар қабылдау, диспансерлік есептегі науқастарды үйінде қарау арқылы бекітеді. Сәйкес бұйрықтар мен және нормативтік-құқықтық құжаттарды тауып оқиды, дәрігерлер рәсімдеуге тиіс құжаттарды толтырып жаттығады, соның ішінде рецептер жазады, барлығын портфолиоға тіркейді.

Қорытынды бөлімінде – бағалау түрлерінен тестерді шешу (қысқа және ұзақ жауапты, MSQ/ Multiple Choice Questions, дерттердің дифференциялық диагнозын үйрететін сәйкестіктерге, диагнозды рәсімдеуге үйрететін реттілікке құрылған), SAS, ИӨЖ чек-парақтары қолданылады. Клиникалық жағдайларды шешу міндетті, әр тақырыптарға қазақша орысшасы сәйкес ситуациялық есептер топтамалары дайындалған, осы жұмыс барысында клиникалық хаттамалармен дәрігер порталын ашып, оқып, зейіндеп жұмыс істейді.

Нәтижелері мен талдау. ЖТД еңбектік қызметі (трудовые функции) – балалар және ересек жасындағы пациенттерді амбулаторияларда қабылдау, жүргізу, динамикалық бақылау болғандықтан (амбулаторный прием, ведение и динамическое наблюдение пациентов детского и взрослого возраста) және осы қызметтерге белгілі уақыт пен жүктеме өлшеніп берілетіндіктен, интернатурада дәрігерлік дағдыларды қажетті уақытта орындауға машықтандырудың маңызы зор. Осы дағдыларды игеру үшін дәрігер-интерндердің қолдарында бағдарлық тек сабақ уақытында емес, дағдыларға машықтанатын бөлімдерде, кітапханаларда, т.б. жерлерде және жалпы интернатура жылында бастан аяқ әр тақырыптарды қайталап отыруы үшін де, болғаны ұтымды.

Тұжырымдары. Аталмыш мақаламыз ғылыми-зерттеуге арналмағанмен, ұсынып отырған мақаламыз синдромдық диагноздық алгоритмге үйрететін, дифференциялық диагнозда логикалық ойлауды қалыптастыратын, барысында базалық білімдерін қайталап бекітуге (жетекші синдромның патофизиологиялық негізін зерттеуді) міндеттейтін, интернатурадан кейінгі білімін арттыру деңгейлеріне дайын-

дайтын ойларды қамтитын тақырыптық іздену жоспарларын құрудың әдістемелік мағызының зор екендігін көрсете білді деген ойдамыз.

Әдебиеттер

1. Шедов В.В., Шапошник И.И. Курс пропедевтики внутренних болезней в схемах и таблицах. Москва – 1995г. С.12-17.
2. Стерн С., Сайфу А., Олткорн Д. От симптома к диагнозу: руководство для врачей: пер. с англ.– М., 2008.– 976 с.
3. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Система органов дыхания. М.: Изд-во Бином, 2005. – 464 с.
4. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Москва. Медицинская литература. 2012. Том 3.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD. Updated 2016.
6. Денисов И.Н. Клинические рекомендации основанные на доказательной медицине: пер. с англ. / под ред И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хайтова. - м.: гэотар-мед, 2001. - 1248 с.
7. Международные стандарты аккредитации лечебных учреждений: пер. с англ. – М., 2011. – 320 с.
8. Берзегова Л.Ю. Классификация болезней. Симптомы и лечение: учебное пособие. – М., 2008. – 320 с.
9. Планы ведения больных / под ред. Е.И.Полубенцевой, О.Ю.Атькова, О.В.Андреевой. – М., 2007. – 528 с.
10. Руководство по первичной медико-санитарной помощи + CD / под ред. А.А.Баранова, И.Н.Денисова, А.Г.Чучалина. – М., 2007. – 1584 с.
11. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней: Справочное руководство для врачей — 2-е изд. — М.: Медицина, 1987. — 592 с.
12. Дворецкий Л.И. Дифференциальный диагноз при лимфаденопатиях. Справочник практического врача. 2005. Т. 3. № 2. С. 3–12.

Түйін

Г.Н. Досыбаева¹, Қ.А.Сартаева²
ОҚМА, ЖТД-2 кафедрасы, кафедра менгерушісі¹, доцент²

ДӘРІГЕР ИНТЕРНДЕРДІ “ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРИБЕ (ЖАНҰЯЛЫҚ МЕДИЦИНА)” МАМАНИ СТАНДАРТЫНДАҒЫ БІЛІКТІЛІКТІҢ САЛАЛЫҚ ШЕҢБЕРІНЕ САЙ ДАЙЫНДАУДЫҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ (ішкі аурулардың жеке тақырыбы – жөтел симптомының негізінде)

Жұмыс нәтижелерінің қысқаша мазмұны: дәрігер-интерндерге мамани ойлау бағдарлықтарын барлық тақырыптарына беру және оларды қолдануын жыл бойы қадағалау (портфолио тексеру барысында), олардың дәрігерлік жұмысқа дайындығын арттырады. Мақала синдромдық диагноздық алгоритмге үйрететін, дифференциялық диагноздың логикалық ойлауын қалыптастыратын тақырыптық іздену жоспарларын/мамани ойлау бағдарлықтарды құрудың әдістемелік маңызын насихаттайды. Кілт сөздер: мамани ойлау бағдарлығы, синдромдық диагноздық алгоритм, дифференциялық диагноз, мамани стандарт, мамани білім берудің деңгейі, біліктіліктің салалық шеңбері.

Summary

Г.Н. Досыбаева¹, Қ.А.Сартаева²
South Kazakhstan Medical Academy, Department of General Practitioners-2, Chair of The Department1, Associate Professor2

THE ARTICLE PRESENTS AN ALGORITHM FOR LEARNING SYNDROME DIAGNOSTICS, SEARCH AND CLINICAL THINKING IN CLINICAL DIAGNOSTICS, METHODOLOGICAL APPROACHES

Article title: Methodical guidance on training general practitioners according to international standard (example of cough syndrome).

Keywords: specialist training program, syndrome diagnostic algorithm, differential diagnosis, specialist standard, specialist training level

Сведения об авторах:

Г.Н. Досыбаева, м.ғ.д., дәрігер интерндерді “Жалпы дәрігерлік тәжірибе (жанұялық медицина)” мамани стандартындағы біліктіліктің салалық шеңберіне сай дайындаудың әдістемелік тәсілдері. Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, ЖТД-2 кафедрасы, кафедра менгерушісі, профессор, e-mail: gulzhandossybayeva@gmail.com

Қ.А. Сартаева, м.ғ.к., дәрігер интерндерді “Жалпы дәрігерлік тәжірибе (жанұялық медицина)” мамани стандартындағы біліктіліктің салалық шеңберіне сай дайындаудың әдістемелік тәсілдері. Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, ЖТД-2 кафедрасы, кафедра доценті, элпоштасы sartaeva0104@mail.ru

УДК:616.72-002.77-036:613.1:574-084 (575.1)

Нармухамедова Н.А., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Валиева М.Х., Рузиева З.И.
Ташкентский институт усовершенствования врачей, Представительство ВОЗ в Узбекистане, проект
«Здоровье-3», г.Ташкент, Узбекистан

ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ПЕН ВОЗ В ПРАКТИКУ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

По данным ВОЗ, ежегодно в мире погибает около 41 млн. человек от неинфекционных заболеваний (НИЗ), что составляет 71% всех случаев смерти и четверть из них умирает преждевременно. Согласно прогнозам ВОЗ, показатель смертности в мире от НИЗ будет неуклонно расти и составит почти 75% к 2030 году, если не предпринимать эффективные меры. Развитие хронических заболеваний в 60% случаев зависит от ведущих факторов риска (ФР): курение табака, злоупотребление алкоголем, недостаточное употребление фруктов и овощей, чрезмерное употребление соли и малоподвижный образ жизни. Эти ФР приводят к развитию таких состояний, как избыточный вес и ожирение, повышенное артериальное давление, высокий уровень сахара и холестерина в крови, которые виновны в развитии сердечно-сосудистых, респираторных, онкологических заболеваний среди населения. Результаты исследований в Узбекистане показали, что распространенность ФР НИЗ стабильно повышается, что по прогнозу ВОЗ приведет в 2020-2030 гг. к увеличению уровня преждевременной потери трудоспособности и инвалидизации и, как следствие, к преждевременной смертности населения в возрасте 40-60 лет.

Международный опыт показывает, что сокращение факторов риска приводит к предотвращению около 80% сердечно-сосудистых заболеваний и случаев сахарного диабета 2 типа, 70-80% хронических заболеваний легких. Следовательно, борьба с факторами риска, а именно, формирование здорового образа жизни, профилактика и раннее выявление заболеваний и своевременное их эффективное лечение позволит на 50% снизить вероятность возникновения осложнений и преждевременной смертности.

Исходя из эпидемиологической ситуации и с учетом социально-экономических факторов целесообразно внедрение программ по скринингу населения и профилактике наиболее распространенных НИЗ. Качественное оказание медицинской помощи предусматривает использование клинических протоколов в качестве стандарта квалифицированных медицинских услуг; создание условий и возможностей для выполнения требований протоколов (медицинское оборудование, персонал); обучение персонала для обеспечения необходимого уровня знаний и навыков по внедрению КП.

Клинические протоколы были представлены ВОЗ, которые уже были апробированы в ведущих зарубежных странах и доказана их эффективность. Группа специалистов (главные специалисты МЗ РУз, преподаватели профильных кафедр медицинских ВУЗов республики) принимали участие в адаптации клинических протоколов к местным условиям, затем протоколы были переведены на государственный язык, тиражированы на средства проекта «Здоровье-3» и разосланы во все медицинские учреждения первичного звена здравоохранения (ПЗЗ).

В рамках реализации проекта «Здоровье-3» медицинские учреждения ПЗЗ были оснащены необходимым медицинским оборудованием, в том числе для выполнения требований клинических протоколов. На основании КП были подготовлены учебная программа и руководство для обучения медработников проведению скрининга и контроля НИЗ, эффективному ведению пациентов на уровне ПЗЗ, в каждом регионе и в г.Ташкенте подготовлены районные тренеры из числа терапевтов центральных многопрофильных поликлиник и координаторов РМО/ГМО для дальнейшей организации семинаров на районном уровне и обучения врачей общей практики и патронажных медсестер.

В рамках реализации проекта «Здоровье-3» было проведено 15 семинаров в регионах и подготовлено 395 районных специалистов-тренеров. Аналогично была разработана программа и руководство для обучения патронажных медсестер. В регионах проведено 15 семинаров и подготовлены 443 районных тренера из числа главных и ведущих медсестер РМО для последующего обучения патронажных медсестер.

Однако не смотря на распространение клинических протоколов в каждое медицинское учреждение, оснащение медицинским оборудованием диагностических отделений центральных многопрофильных поликлиник и центральных районных больниц, проведенное обучение медицинского персонала (врачей и медсестер) на районном уровне – повсеместного полноценного внедрения протоколов не наблюдается. Необходимо проведение регулярного мониторинга работы медицинского персонала и контроль внедрения протоколов. С этой целью руководителям РМО/ГМО на семинарах по «Функциональному планированию и управлению учреждениями РМО/ГМО» было рекомендовано создание рабочей группы по оценке качества медицинских услуг, которая должна была проводить внутренний мониторинг работы персонала по внедрению протоколов ПЕН ВОЗ в практику. Рабочая группа должна проводить оценку знаний и навыков персонала, тактику ведения пациентов в соответствии с требованиями протоколов и аудит заполнения амбулаторных карт.

С этой целью проектом «Здоровье-3» для 400 руководителей РМО/ГМО были организованы 14 семинаров в каждом регионе по «Мониторингу работы персонала и поддерживающему кураторству», на которых были представлены механизм проведения мониторинга и их инструменты (вопросники для врачей и

медсестер). Рабочая группа по оценке качества медицинских услуг должна проводить оценку знаний и навыков персонала, тактики ведения пациентов в соответствии с требованиями протоколов и аудит заполнения амбулаторных карт.

Таким образом, четкое следование протоколам ПЕН ВОЗ приведет к повышению эффективности оказания медицинской помощи всем пациентам старше 40 лет, лицам с факторами риска и больным с НИЗ (диагностика, лечение, профилактика, дальнейшее наблюдение), а регулярный мониторинг и оценка эффективности внедрения клинических протоколов приведет к снижению случаев сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений и повышению качества медицинской помощи населению.

Сведения об авторах

Нармухамедова Н.А. д.м.н., координатор по обучению врачей и медсестер проекта «Здоровье-3» - тел. 71 268 25 39

Цой Е.С. – национальный сотрудник Представительства ВОЗ в Узбекистане - тел. 71 2815172

Шукуров Ш.У. - координатор по общественному здравоохранению проекта «Здоровье-3» тел - 71 268 25 39

Юлдашев Р.М. - специалист по мониторингу и оценке проекта «Здоровье-3» - тел. 71 268 25 39

МРНТИ 14.35.09.

УДК 378.147

Б.К. Каримсакова, Н.А. Абенова, А.У. Иманбаева

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе, Қазақстан

TBL (team based learning) ОҚЫТУ ӘДІСІНІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін

Мақалада медициналық жоғарғы оқу орындарында студенттердің коммуникативті және кәсіби дағдыларын қалыптастыруға TBL (team based learning) интерактивті оқу әдісінің нәтижелілігін бағалау және қолдану тәжірибесі қарастырылады. Клиникалық жағдайлармен қолданылған интерактивті оқу әдісі студенттердің жаңа білім мен дағдыны меңгеру үшін оқу қызметінің мотивациясын жоғарлатуға жағдай жасап, ықпал етеді.

Кілт сөздер: интерактивті оқу әдісі, CBL (case- based learning), TBL (team based learning), PBL (problem-based learning), компетенция.

Өзектілігі. Бүгінгі таңда практикалық денсаулық сақтау жүйесі медициналық жоғарғы оқу орындарынан сауатты түлектерді даярлауды талап етеді. Елімізде медициналық білім мен практикалық денсаулық сақтауда халыққа медициналық қызмет көрсету сапасын жақсартуға бағытталған өзгерістер болуда және бола бермек. Практикалық денсаулық сақтаудағы тың өзгерістер отандық жоғары медициналық білім беру бағдарламалары мен әдістерінің өзгеруіне әкеледі. Медициналық жоғарғы оқу орынын аяқталғаннан кейін студенттердің көпшілігі жалпы тәжірибелік дәрігер (ЖПД) болып жұмыс істейді. Жалпы тәжірибелік дәрігерге жүктелген мақсат оның кәсіби сауаттылығын, ізеттілігін, пациенттермен өзара түсіністігін, стандартты емес ойлау қабілеттілігін, коммуникация шеберлігін, тұрақты өзін-өзі жетілдіруге мотивация, медицинаның әр түрлі салаларында жоғарғы эруденттілігін белгілі деңгейге көтеруді көздейді.

Жоғарғы оқу орындарының оқыту үрдісінде болашақ мамандардың кәсіби қарым қатынасын және коммуникативті құзіреттілігін қалыптастыру, дисциплина арасындағы интеграция негізінде оқыту үрдісін ұйымдастыруын қабылдау және инновациялы педагогикалық технологияның заманауи талабына бейімделуін және жетілдірудің қолданысқа енгізудің қажеттілігін нұсқайтын, болашақ маман иесінің кәсіби бағытын қамтамасыз ететін екі тәсілдің бірі болып табылады. [1-3].

Дәстүрлі медициналық оқыту оқытушыдан студентке білімді жеткізу үрдісінен тұрады. Аталған оқыту әдісі бүгінгі таңда медициналық білім саласында құзіретті мамандарды даярлаудың талабына сай келмейді. Медицина саласында білікті маман даярлауға мүмкіндік беретін оқытудың интерактивті әдістері көбірек қолданылуда. Отандық жоғарғы медициналық білім модернизациясы студенттің жеке тұлғасына және құзіретті тәсіліне бағытталып сипатталады. [4]

Білім берудің мұндай тәсілі дәрігерге қажет студенттің жеке тұлға есебінде қалыптастыруға, шығармашылық әлеуеттілігін оятуға, өз бетімен жұмыс жасауға жігерлендіруге, ахуалды сұрақтарды шешуге және жауабын іздеуге жетелейді. Медициналық білім жүйесіндегі жүргізіліп жатқан реформа оқытушының да, студенттің де өзгеруін талап етеді. Оқу үрдісін жүргізудің бір ерекшелігі аудиторияда және аудиториядан тыс уақытта да жүргізе алады. Белсенді оқыту- бұл студенттің білімі мен дағдысын меңгеруге практикалық және белсенді ойлауын ояту. Мұндай жүйе әдісін қолдану- студенттің практикалық

қызметте және белсенді ойлау үрдісінде білу, істей білу және дағдылануын өз бетімен меңгеруге бағытталған. Беленді оқыту әдісі студенттің танымдық белсенділігін дамытуды үш тәсілге бөлуге болады. Бұл әдіс жоспарланған оқыту, проблеммалық оқыту, және интерактивті (коммуникативті) оқыту [5]. Біздің жоғарғы оқу орнында білім беру үрдісінде дәстүрлі оқытудың орнын алмастыратын, активті оқыту әдісі қолданылады. Интерактивті оқыту әдісінде тест жүргізіледі, студенттерді командаға бөлу, ситуациялық есептерді шешу ұйымдастырылады. Марат Оспанов атындағы батыс Қазақстан медицина университетінің оқу үрдісі активті оқыту әдісі және проблемді дәрістер, CBL (case-based learning), TBL (team based learning), PBL (problem-based learning) [6] қатар интерактивті оқыту әдісі қолданылады.

Зерттеу мақсаты Оқу үрдісінде белсенді оқыту әдісін қолданудың тиімділігін зерделеу.

Зерттеу әдісі және жабдықталуы №1 «жалпы тәжірибелік дәрігер» кафедрасында «Жалпы медицина» факультетінің 5 курс студенттері «жалпы тәжірибелік дәрігер негізі» дисциплинасын өтеді. Аталған дисциплинаға келесі модульдер кіреді: ішкі аурулар, жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы балалар аурулары, жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы хирургиялық аурулар, жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы гинекология және акушерлік.

Профессор оқытушылар құрамы оқыту үрдісін жүргізу барысында CBL (case-based learning), TBL (team based learning) қолданады. «Ішкі аурулар», «жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы хирургиялық аурулар», «жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы гинекология және акушерлік» модулі бойынша оқитын, «Жалпы медицина» факультетінің 5 курстың 122 студенттері арасында интерактивті әдісті қолданудың нәтижелеріне талдау жүргізілді.

«Ішкі аурулар», «жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы хирургиялық аурулар», «жалпы тәжірибелік дәрігер жұмысындағы гинекология және акушерлік» модулі бойынша TBL (team based learning) әдісі қолданылды. Бұл әдістеме бойынша студенттер мұғаліммен осы пәннің эксперт маманы ретінде кері қайтарым жасап, қарапайым және күрделі мәселелерді шешуге командалық жұмыс жасап, шағын топтарға бөлініп жұмыла әрекет етеді. Тыңдаушылар біртіндеп топтың белсенді мүшелеріне айналады. Олар әртүрлі күрделі мәселелерін шешу үшін білімді қолдана білу дағдыларын дамытады. Нәтижесінде, бұл фактілерді үстірт жаттау емес, зерттелетін материалды тереңірек түсінуге ықпал етеді. Негізгі топта (n=68) оқыту үрдісі TBL (team based learning) интерактивті әдісті пайдаланды. Бақылау тобына (n=64) дәстүрлі әдіспен сабақ жүргізілді.

Студенттер аталған сабаққа дайындалады. Аталған тақырыпқа сәйкес оқытушы шынайы өмірге жақын клиникалық ситуациялық тапсырмалар береді. Оқытушы студенттерді сабақтың мақсатымен, оқытудың міндеттерімен, сабақтың соңында қандай дағдыны және білімді меңгеру тиіс екенін атап кетеді. Топтық-бағдарлы оқыту әдістемесі студенттердің жеке және топтық жұмыстарын қамтиды. Оқушылардың іс-әрекетінің бұл түрлері тиісті тапсырмаларды қолдана отырып, өзара байланысты күшейтеді. TBL (team based learning) келесі кезеңдерден тұрады: жеке тестілеу (дайындықты бақылау сынағы), топтық тестілеу, тақырыптың негізгі мәселелерін талдау, жағдайлық мәселелерді шешу / клиникалық жағдайларды шешу, нәтижелерді түсіндіруден кейін практикалық жұмыстарды орындау, қорытынды жеке тестілеу. Аталған тақырып бойынша сабақтың басында және соңында тест жүргізіледі. Бір топта 10-12 студент оқиды. Студенттерді кездейсоқ таңдау әдісімен топшаларға бөледі.

Әр топта 3-4 студент болады. Сабақтың соңына дейін топ құрамы өзгермейді. Сосын оқытушы барлық топтарға ситуациялық есепті презентация күйінде таныстырады. Топшаларға бөлінген студенттер алдына келесі мақсат қойылады: 1. проблеманы анықтау, 2. емдеу мақсатын анықтау, 3. аталған патологияны емдеу барысында рациональды терапияны таңдау. Команданың шешім қабылдау үрдісін салыстыру және бағалау, және нәтижелілігін айқындау үшін, клиникалық жағдайды талқылау бір мезетте басталады және аяқталады. Содан кейін практикалық жұмысты орындау (зерттеу нәтижелерін талдау, дәрілерді тағайындаудың негіздемесі және рецепт жазу), кейін нәтижелерді екшеумен жалғасады. Қорытынды жеке тестілеуді өткізу. Студенттерді қорытынды бағалау кезінде командамен жұмыс жасай білу мониторинг критеріі қолданылады. TBL (team based learning) бойынша сабақты бағалау жасайталады: 1. жеке тестілеу; 2. топтық тестілеу; 3. тақырыптың негізгі мәселелерін талдау; 4. жағдайлық есептерді шешу клиникалық жағдайларды шешу; 5. Алынған нәтижені талқылай отыра практикалық жұмысты орындау; 6. жеке тестілеу. Сабақтың соңында практикалық сабақты интерактивті оқыту әдісімен жүргізуге студенттің көзқарасын айқындау үшін анонимді анкета жүргізу қарастырылады. Анкета келесі сұрақтардан тұрады: не ұнады, не ұнамады, сіздің пікіріңіз бойынша нені жақсартуға болады.

Зерттеудің нәтижесі және талқылау Жүргізілген зерттеу практикалық сабақ барысында белгілі бір құзіреттілік айқындалды: коммуникативті дағды; айқындалған синдром; науқастың алғашқы және клиникалық диагнозын негіздеу; клиникалық зерттеудің нәтижесін екшеу; клиникалық хаттаманы қолданып, дәлелді медицинаның принциптерімен келісіп, рациональды емді тағайындау; дәрігерлік еңбек сараптамасын жүргізу және назологияға сәйкес диспансерлік динамикалық бақылау, рецепт жазу.

Практикалық сабақтың басында жүргізілген тест нәтижесі барлық топта да ақырғы деңгеймен салыстыру маңыздылығын анықтады. Тақырыпты меңгеру деңгейінің бағалау шарттары: дұрыс жауап – 85,3% негізгі; 75% – бақылау тобында. Практикалық сабақтың соңында ақырғы тест нәтижесі: дұрыс жауап – 94,1% негізгі, 79,6% – бақылау тобында. Жүргізілген зерттеу нәтижесі бойынша негізгі топта тақырыпты меңгеруі бақылау тобымен салыстырғанда 14,5% жоғары. Сабақтың соңында практикалық сабақты TBL

(team based learning) интерактивті оқыту әдісімен жүргізуге студенттің көзқарасын айқындау үшін анонимді анкета жүргізу талдамасы 98,5%- ұнады, ұнамады– 1,5%. Анкета мәліметі бойынша барлық студенттер дәстүрлі емес әдіспен оқытуды ұсынды.

Қортынды Практикалық сабақтарда TBL (team based learning) оқыту әдісін қолдану оқушының оқуға деген ынтасын, топта жұмыс істеу қабілетін арттырады, қарым-қатынас дағдысын дамытады, оқу материалын жақсы игеруге ықпал етеді, клиникалық ойлауын дамытады. олардың танымдық белсенділігін ынталандырады, өзара сенімді қатынастар жасайды.

Әдебиеттер

1. Бекмухамбетов, Е.Ж. Инновационные технологии обучения в медицинских вузах: учебное пособие / Е.Ж. Бекмухамбетов, М.К. Изтлеуов [и др.]. - Ақтобе, 2012. - 352 с.
2. Реутова, Е.А. Применение активных и интерактивных методов обучения в образовательном процессе вуза / Е.А. Реутова. - Новосибирск: Изд-во НГАУ, 2012. С. 58
3. Агранович Н.В., Ходжаян А.Б., Агранович О.В., Кнышова С.А., Гевандова М.Г. Инновационные технологии и интерактивные методы обучения в преподавании клинических дисциплин в медицинском вузе ННОВАЦ // Международный журнал экспериментального образования. –2016. № 12-2. С. 255-256;
4. Яворская С.Д., Николаева М.Г., Болгова Т.А., Горбачева Т.И. Инновационные методы обучения студентов медицинского вуза // Современные проблемы науки и образования // 2016 №4.
5. Каримсакова Б.К. Инновационные методы в учебном процессе // Материалы научно-практической конференции Актуальные вопросы нейрохирургии и неврологии Ақтобе, 24.04-25.04.2014 г. С142-143
6. Каримсакова Б.К. Инновационные методы обучения в подготовке врача общей практики // Медицинский журнал Западного Казахстана 3(43) 2012 С.64-65

Резюме

Каримсакова Б.К., Абенова Н.А., Иманбаева А.У.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ TBL (team based learning) МЕТОДА ОБУЧЕНИЯ
В статье рассматривается опыт применения и эффективность TBL (team based learning) интерактивного метода обучения в формировании профессиональных и коммуникативных навыков студентов в медицинском ВУЗе. Интерактивные методы обучения с применением клинической ситуации способствуют повышению мотивации учебной деятельности, создавая условия для приобретения новых знаний и навыков студентом.

Summary

Karimsakova Bibigul, Abenova Nurgul, Imanbaeva Akbaiyn

West Kazakhstan Marat Ospanov State Medical University, Aktobe, Kazakhstan

EXPERIENCE OF APPLICATION AND EVALUATION OF EFFICIENCY TBL (TEAM BASED LEARNING)
The article examines the experience of application and effectiveness of TBL (team based learning). of the interactive teaching method in the formation of professional and communicative skills of students in a medical college. Interactive methods of teaching with application of the clinical situation contribute to increasing the motivation of learning activities, creating conditions for the acquisition of new knowledge and skills by the student.

УДК:616.72-002.77-036:613.1:574-084

Нармухамедова Н.А., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М.

Представительство ВОЗ в Узбекистане, Проект «Здоровье-3», г.Ташкент, Узбекистан

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ «STEPS»

В настоящее время среди всех причин смертности первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы, которые согласно исследованию «STEPS» составили у нас в стране 60,9%. Это ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертония (АГ) и их осложнения (инфаркт миокарда, мозговой инсульт и др.). Достоверно доказано, что эти заболевания возникают в результате воздействия факторов риска (ФР), особенно среди них сильно влияющих на развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета (СД) установлены избыточный вес и ожирение. Сегодня примерно 1,4 миллиарда взрослого населения планеты имеют избыточный вес, причем 500 миллионов из них страдают ожирением, а это повышает вероятность развития ССЗ и СД. Поэтому необходимо внедрение первичной профилактики – раннее выявление ФР и снижение их влияния на развитие заболеваний и их осложнений.

С целью раннего выявления ФР и изучения их распространенности у нас в стране было проведено исследование ВОЗ «STEPS» среди населения 18-64 лет.

Согласно методологии исследования: на первом этапе был проведен опрос 4350 жителей республики по стандартному вопроснику для выявления ФР. На втором этапе проводилось измерение антропометрических показателей, таких как рост, вес для определения индекса массы тела (ИМТ), обхват талии, бедер и вычисляли соотношения обхватов талии/бедер (СОТБ), для выявления степени избыточного веса и ожирения. Наличие абдоминального ожирения определяли согласно критериям ВОЗ при СОТБ более 0.90 для мужчин и более 0.86 для женщин.

Как показали результаты исследования 20,1% населения 40-64 лет имеют 30% риск заболеть ССЗ и высокую вероятность развития серьезных осложнений, таких как инфаркт миокард, инсульт и заболевания почек в течение ближайших 10 лет. Статистически достоверно выявлено увеличение ИМТ с возрастом у мужчин и женщин, только половина всех мужчин (50%) и 44,1% женщин имеют нормальный вес. У другой половины населения (50%) выявлен избыточный вес, который увеличивается с возрастом, без значительных различий между полами: среди мужчин – 32,1%, среди женщин – 27,3%. Среди женщин значительно больше лиц с ожирением (25,4%), чем среди мужчин (15,7%). Также наблюдается, что с возрастом значительно увеличивается доля лиц с ожирением, так если ожирение в группе лиц 18-29 лет составляет 7,3%, то в группе 30-44 лет - 22,9%, а в группе лиц 45-64 лет – уже 38,7%. У мужчин и женщин 45-64 лет в 0,9% случаев выявлено наличие абдоминального ожирения, что считается наиболее опасным риском развития СД 2 типа. Исследование «STEPS» изучало также информированность пациентов о ФР, так 72,3% населения получали совет ежедневно употреблять, как минимум пять порций фруктов или овощей в день, женщин среди них статистически значимо больше (78,2%), чем мужчин (66,7%). Женщины чаще, чем мужчины получали советы по уменьшению употребления соли (69,6%); жиров (71,1%). 70,9 % населения, без особых различий между полами, получали совет начать вести физически активный образ жизни или выполнять больше физической нагрузки. 59,3% мужчин и женщин получали совет поддерживать здоровый вес тела или похудеть.

Выводы. В развитии ССЗ ведущую роль играют ФР, которые вызывают повышение АД и поражение органов мишеней, что приводит к возникновению осложнений и возрастанию числа преждевременной смертности. Медицинский персонал должен своевременно выявлять ФР и формировать здоровый образ жизни для снижения их воздействия на организм. Особое внимание необходимо уделять пациентам с избыточным весом и ожирением.

Сведения об авторах

Нармухамедова Н.А. д.м.н., координатор по обучению врачей и медсестер проекта «Здоровье-3» - тел. 71 268 25 39

Цой Е.С. – национальный сотрудник Представительства ВОЗ в Узбекистане - тел. 71 2815172

Шукуров Ш.У. - координатор по общественному здравоохранению проекта «Здоровье-3» тел - 71 268 25 39

Юлдашев Р.М. - специалист по мониторингу и оценке проекта «Здоровье-3» - тел. 71 268 25 39

МРНТИ: 614. 253

Досыбаева Г.Н., Латыева М.Ш., Сметова Р.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия, г.Шымкент
К ВОПРОСУ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Резюме

Универсальность первичной медицинской помощи - семейный принцип обслуживания населения, замещение мультидисциплинарных команд. Развитие компетентных навыков врача общей практики (ВОП) обязательная составляющая современного профессионального специалиста. Приоритет работы ПМСП - комплекс мер по охране здоровья семьи, планирование семьи, профилактика заболеваемости, лечение, реабилитация хронических заболеваний женского, мужского населения и детей. Реализации 80 шага Программы Президента РК от 20 мая 2015 года - «План Нации-100 конкретных шагов». Повышения потенциала системы ПМСП, усиление роли межсекторального взаимодействия с применением мультидисциплинарного подхода.

Ключевые слова: ВОП (врач общей практики), клинические компетенции, семейный врач, ПМСП, профилактическая служба.

Согласно плана реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы проводится определенная работа по модернизации и приоритетному развитию ПМСП. Для дальнейшего развития ПМСП предусматривается углубление мер, направленных на развитие универсальной, интегрированной, социально-ориентированной, доступной и

качественной медицинской помощи на первичном звене. Универсальность первичной медицинской помощи будет обеспечиваться за счет дальнейшего перехода к семейному принципу обслуживания. Семейный принцип обслуживания будет предусматривать наблюдение за здоровьем человека в течение всей его жизни с учетом особенностей организма в каждом возрастном периоде, с акцентом на профилактику. Семейный принцип предполагает проведение профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, паллиативной помощи и ухода на дому, исходя из потребности каждой семьи по индивидуальной карте наблюдения и оздоровления семьи. Семейный принцип обслуживания будет осуществляться врачами общей практики (ВОП) и/или мультидисциплинарными командами из числа ныне действующих участковых врачей (терапевтов, педиатров, гинекологов), в зависимости от кадровой оснащенности конкретного региона. По мере роста оснащенности врачами общей практики и их компетенций, они будут замещать мультидисциплинарные команды. Комплекс мер по охране здоровья семьи будет включать меры по планированию семьи, профилактике заболеваемости, лечению и реабилитации хронических заболеваний женского, мужского населения и детей. Приоритетом работы ПМСП будет оставаться укрепление здоровья матери и ребенка. ПМСП станет базовым уровнем программ регионализации медицинской помощи при различных заболеваниях, в том числе перинатальной помощи. С целью обеспечения преемственности оказания медицинской помощи будет обеспечена полная интегрированность ПМСП с другими уровнями и службами здравоохранения.

Основные направления развития первичной медико- санитарной помощи (ПМСП) основываются на реализации 80 шагов Программы Президента РК от 20 мая 2015 года «План Нации-100 конкретных шагов» [1]. Приоритетность ПМСП является одним из направлений Государственной программы развития Здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019г. [2,3].

ПМСП станет центральным звеном в системе организации оказания медицинской помощи населению с изменениями ее взаимодействия с горизонтальными (амбулаторно-поликлинической) и вертикальными (психиатрической, наркологической, противотуберкулезной, онкологической) профилактической службы.

Считается, что врач, работающий в системе общей практики, является клиницистом широкого профиля. Он должен иметь такой же уровень клинической компетенции, как и все прочие категории врачей. Врач общей практики оказывает персональную первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях – в стационаре.

Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, связанной со здоровьем, с которой пациент обращается к нему, у него должны быть навыки работы с представителями всех возрастных групп, при необходимости консультируясь со специалистами.

Новая модель ПМСП требует признания центральной роли **врача общей практики** (ВОП) и медицинских сестер, работа которых в нынешней текущей системе ПМСП недооценена, при этом их влияние на поддержание здоровья населения в странах с развитой системой ПМСП отмечается повсеместно.

Согласно Приказа [1] сформулировано новое определение ПМСП, как – первичная медицинская помощь (ПМП). ПМП-место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения ,включающая профилактику, лечение заболеваний или травм, а также диагностику и управление различными заболеваниями;

Врачи, оказывающие ПМП, ориентированную на пациентов и семью, признают жизненно-важную роль семьи в обеспечении здоровья и благополучия новорожденных, детей, подростков, а также членов семьи всех возрастов. Они признают, что эмоциональная, социальная и развивающая поддержка является ключевым компонентом медицинской помощи.

Для повышения потенциала системы ПМСП будет делегирование компетенций от профильных специалистов к семейным врачам; интегрирование профилактических услуг, скрининговых обязательств для основных групп ПМСП, усилена роль межсекторального взаимодействия с применением мультидисциплинарного подхода.

Как считает Министр здравоохранения РК Елжан Биртанов, то по данным ВОЗ, большинство нужд людей в сохранении здоровья – 80% причин обращения за медицинской помощью – может быть покрыто на уровне первичной службы. К сожалению, компетенции и нагрузка врачей общей практики в Казахстане не позволяют им полностью самостоятельно диагностировать, лечить и управлять 80% пациентов с хроническими заболеваниями, как это происходит в развитых странах с качественно подготовленными кадрами. Потому в нашей стране имеет место большой и необоснованный переток пациентов от ПМСП к узким специалистам. Это приводит к длительному времени ожидания консультации узкого специалиста, что в среднем составляет 10 дней, к нагрузке на узких специалистов и перепотреблению стационарной помощи.

Что нужно делать и как мы будем это делать? В первую очередь «первичку» необходимо сделать **более компетентной**. Опыт развитых стран ОЭСР показывает, что 90% консультативных медуслуг оказывают врачи общей практики (ВОП), в РК крен в другую сторону – к узким специалистам ходят в 3 раза чаще. Но узкие специалисты работают по симптомам, то есть когда болезнь уже развилась, а вот

задача врача общей практики – не допускать развитие недуга. Поэтому поменяли программу обучения ВОП с акцентом на то, как проводить базовую диагностику заболеваний и лечить. То есть, сделан упор на повышении **компетенций** врачей общей практики. Они должны быть заинтересованы в том, чтобы не доводить пациента до развития заболевания и как можно более эффективно и качественно диагностировать и лечить, не перегружая специализированную службу.

Учитывая опыт зарубежных стран, в будущем в Казахстане будут снижать загруженность врачей в поликлиниках. И в первую очередь это вопрос доступности медицинской помощи на первичном уровне. В РК сегодня есть проблема недостатка медицинских работников, то есть количество населения на одного врача общей практики достигла почти 2 200, тогда как по нормативу было 2 000. Но уже норматив снижен, так как индикатор РК составляет до 1 500 человек на одного врача общей практики. Это означает, что нам нужны больше врачей общей практики и стоит вопрос качества подготовки и компетенции врачей.

В казахстанской образовательной системе в последнее время прочно укоренился термин «компетентностный подход» в процессе обучения. Компетентностный подход рассматривается как своего рода инструмент усиления социального диалога высшей школы с миром труда, средство углубления их сотрудничества и восстановления в новых условиях взаимного доверия [5,8]. В 2003 году Берлинским коммюнике было признано необходимым выработать структуру сравнимых и совместимых квалификаций для национальных систем высшего образования, что позволило бы описать квалификации с точки зрения рабочей нагрузки, уровня, результатов обучения, компетенций и профиля (для удовлетворения многообразных личных и академических потребностей, а также запросов рынка труда)

[4,6,8]. Компетенции интерпретируются как единый (согласованный) язык для описания академических и профессиональных профилей и уровней высшего образования. Иногда говорят, что язык компетенций является наиболее адекватным для описания результатов образования.

В Профессиональном стандарте РК «Общая врачебная практика (семейная медицина)» определены компетенции ВОП (см.ниже):

Компетенции ВОП (Умения и навыки):

1. Навыки разработки плана обследования больного, проведения первичного осмотра пациентов детского и взрослого населения

2. Навыки определения тактики ведения больных детского и взрослого возраста.

3. Навыки диагностики и дифференциальной диагностики наиболее распространенных заболеваний взрослых и детей, включая назначение и интерпретацию результатов диагностических исследований, формулирование диагноза согласно МКБ10 при выявлении болезни.

4. Навыки оценки уровня функциональной недостаточности органа при выявлении в нем патологического процесса.

5. Умение своевременно определить осложнения заболеваний взрослых и детей.

6. Навыки назначения амбулаторного лечения пациентам детского и взрослого возраста.

7. Умение оценивать эффективность проведенных лечебно-диагностических воздействий у пациентов детского и взрослого возраста.

8. Навыки динамического наблюдения пациентов детского и взрослого возраста.

9. Навыки проведения диагностики беременности, наблюдения за течением беременности, выявления и лечения экстрагенитальной патологии у беременных, психопрофилактической подготовки к родам, проведения реабилитации женщин в послеродовом периоде и после прерывания беременности.

10. Умение выявлять противопоказания к беременности и родам.

11. Умение определять показания к плановой и экстренной госпитализации пациентов детского и взрослого возраста.

12. Навыки оформления документации для плановой госпитализации пациентов детского и взрослого возраста.

13. Навыки оказания экстренной квалифицированной медицинской помощи пациентам детского и взрослого возраста.

14. Навыки заполнения АИС «Поликлиника», «Электронный регистр стационарных больных», «Электронный регистр диспансерных больных», «Регистр прикрепленного населения», «Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Бюро госпитализации», «Система управления ресурсами», «Электронный регистр онкологических больных», «Система управления медицинской техникой», «Дополнительный компонент подушевого норматива», «Система управления качеством медицинских услуг», «Регистр беременных и женщин фертильного возраста».

15. Навыки заполнения отчетно-учетной документации, листков нетрудоспособности, выписывания рецептов и др.

16. Навыки составления годовой отчетности по амбулаторному приему.

17. Умение своевременно информировать заинтересованные стороны о случаях выявления тяжелых, диагностически неясных пациентов, редких патологических состояний.

18. Навыки консультирования пациента или его законного представителя по возможным альтернативам развития заболеваний.

19. Навыки информирования пациента или его законного представителя о возможности выбора методов и способов профилактики, обследования, лечения.

20. Навыки обучения пациента или его законного представителя правилам, соблюдение которых необходимо для успешной диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

21. Навыки консультирования по вопросам вскармливания, закалывания, подготовки детей к детским дошкольным учреждениям, школе, планирования семьи, контрацепции, иммунопрофилактике.

22. Умение устанавливать продуктивные отношения с пациентами и применение этого умения во время консультаций.

23. Навыки оказания паллиативной помощи пациентам детского и взрослого возраста.

24. Умение проводить и анализировать результаты скрининговых программ в условиях ПМСП.

25. Навыки взаимодействия с другими специалистами и службами по вопросам лечения, реабилитации, страхования.

26. Умение координировать деятельность других специалистов, в том числе в условиях системы первичной медицинской помощи.

Общая практика – это междисциплинарная врачебная специальность. Подготовка врачей общей практики, как при непрерывном академическом образовании, так и последиplomной подготовки, включает в себя лекции, клинические демонстрации, ночных дежурств и конференции по разбору случаев, анализ деятельности практики. Одним из инновационных подходов, направленных на повышение качества организации подготовки врача общей практики относится создание ими портфолио-блока документов, отражающих основные результаты обучения, заверенное преподавателем. Оно включает: - записи слушателей о клинических случаях в практике; - об освоенных клинических и деловых навыках, числе их повторений; - о посещениях дополнительных образовательных мероприятий различного уровня (семинаров, симпозиумов, конференций, школ и др.) с указанием их названия, места проведения и собственного мнения о его ценности; - результаты клинического аудита приема, консультации.

Самообучение - самый эффективный подход в непрерывном медицинском образовании. Его основным элементом становится инициатива обучающегося. Он самостоятельно определяет пробелы и потребности, формулирование цели, осуществление действий. Посещение симпозиумов, коллоквиумов, мастер-классов, дней специалиста, виртуальные и реальные консультации преподавателей по неясным вопросам являются неотъемлемой частью системы самообразования. При самообучении главное значение имеют такие методы, как чтение, разбор случаев из практики, разработка проектов, составление отчетов и другие.

Таким образом, развитие компетентностных навыков врача общей практики является обязательной составляющей современного профессионала. Подготовка интернов медицинских вузов и врачей в рамках непрерывного медицинского образования по этим вопросам, на наш взгляд, способна значительно повысить качество оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Литература

1. Об утверждении основных направлений развития ПМСП в РК на 2018-2022гг. Приказ Мз РК №461 от 27.07.2018г.
2. Указ Президента Республики Казахстан №176 от 15.01.2016г.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.
4. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года».
5. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства»;
6. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нурлы жол – путь в будущее».
7. Национальный план Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ».
8. Айдарханова К.К., Отыншиев Б.Н., Есенгельдинова Ж.А., Мустафаева Н.С. Компетентностный подход к подготовке врачей общей практики в Казахстане/ Вестник АГИУВ №2, 2012г. с.32-35.

Түйін

Г.Н. Досыбаева¹, М.Ш. Латыева², Р.А. Сметова³

ОҚМА, ЖТД-2 кафедрасы, кафедра менгерушісі¹, ассистент²⁻³

ЖАЛПЫ ТӘЖІРИБЕЛІК ДӘРІГЕРДІҢ КОМПЕТЕНЦИЯСЫНА СҰРАҚТАР

Біріншілік медициналық көмектің универсалдығы - халыққа қызмет көрсетудің отбасылық принципін, мультидисциплинарлық топтардың орнын басу. ЖТД-нің компетенттілігін дамыту қазіргі заманға сай кәсіпқой маман дайындау құрамына кіреді. БМСК-тің жұмыс басымдылығы - отбасы денсаулығын сақтау шараларының комплексі, аурудың алдын алу, емдеу, әйел, ер, балалардың созылмалы ауруларының реабилитациясы. 2015 жылғы 20 мамырдағы - "Ұлтқа Жоспар-100" нақты қадам ҚР

Президентінің 80 қадам программасын іске асыру. БМСК жүйесінің потенциалын арттыру, мультидисциплинарлы тәсіл мен сектораралық рөлді бірге қолдану арқылы күшейту.

Кілт сөздер: ЖТД жалпы тәжірбиелік дәрігер, клиникалық компетенция, жанұялық дәрігер, БМСК, профилактикалық қызмет.

Summary

G.N. Dosybaeva¹, M.Sh. Latyeva², R.A.Smetova³

Place of work: South Kazakhstan Medical Academy, Department of General Practitioners-2, Chair of The Department¹, Associate Professor²

Place of work: SKMA, GP-2 the department, head of department, assistant.

TO THE ISSUE OF COMPETENCES OF GP

Primary Care –family principle of service provision, replacement of multidisciplinary teams. The development of the competence of a general practitioner is a compulsory component of a modern professional. PHS priority- is a set of measures of protect family health, family planning, prevention of disease, treatment an rehabilitation of chronic diseases of the female, male population and children . 80 steps implementation Program of the President of the Republic of Kazakhstan dated May 20.2015- Nation plan 10 concrete steps. Increasing the potential of the PHC system, strengthening the role of intersectoral interaction using a multidisciplinary approach.

Keywords: GP general practitioner, clinical competences family doctor, PHS, preventive servise.

СЕКЦИЯ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ
Подсекция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»

Абдразаков Ерболат Халтович НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, *кафедра интернатуры по стоматологии, к.м.н., доцент*

Есиркепов Асилбек Абдрасилович НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, *к.м.н., доцент заведующий кафедрой интернатуры по стоматологии,*

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ С ВНЕДРЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННОГО МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

В послании президента РК Н. Назарбаева по развитию стратегии «Казахстанский путь - 2050: Одна цель, одна судьба, одно будущее»: и одна из задач направлена на унификацию и развитие качественной образовательной системы. Для достижения одной из основных задач в РК с 2014 года началось активное внедрение дуальной системы образования. Данная система образования уже давно была протестирована в ряде Европейских стран, особенно в Германии, Швейцарии, Дании, Франции и др.

Значение слова «дуальность» - двойственность, которая в системе образования предусматривает параллельное развитие теории и производственной практики, то есть обучающийся вовлекается в практическую деятельность на ранних этапах обучения. Дуальное обучение, как показывает практика европейской системы образования, является продуктом тесного взаимодействия образовательных учреждений и работодателей по успешной профессиональной и социальной адаптации будущего специалиста. Так как дуальное образование сосредоточено на практико-ориентированное обучение, поэтому данная система с его основными целями очень хорошо подходит для образовательной системы в медицинской отрасли.

В АО Национальном медицинском университете ведется активное внедрение дуального метода обучения по всем клиническим дисциплинам.

В том числе на кафедре интернатуры по стоматологии для врачей – интернов стоматологов с 2016 учебного года параллельно с дуальной системой была внедрена дистанционное обучение для интернов с выездной практикой для контроля учебного достижения.

На сегодняшний день дуальная система образования в медицине отвечает интересам всех участвующих сторон – учебного учреждения, лечебно-профилактических учреждений, стационарные учреждения и др.

Цель: подготовка и повышение конкурентоспособных врачей – стоматологов путем реализации дуальной и дистанционной системы обучения АО Национальном медицинском университете.

Достигается высокая мотивация в получении знаний. Формируется новая психология будущего работника. Интерны, сначала закрепившись на клинической базе в качестве потенциальных врачей, учатся совершенно по-другому, более осознанно и заинтересовано. Позиция пассивного потребителя учебной информации сменяется инициативной позицией специалиста в клинике, которому надо принимать решения и нести ответственность за больных. Интерн раньше адаптируется к производственным отношениям в коллективе.

Работает принцип «от практики к теории», студент больше работает не с текстами и знаковыми системами, а с клиническими ситуациями. Сложные теории легче осваиваются через практику и решение реальных профессиональных задач.

Оценка качества подготовки специалистов проводится самими работодателями. С первых дней врач-интерн большую часть времени проводит у кресла больного, показывает свои навыки и старания. Работодатели получают возможность оценить уровень подготовленности будущих специалистов непосредственно в условиях своей клиники.

Таким образом, трех летний опыт параллельного ведения дуального и дистанционного обучения врачей интернов стоматологов, которые проходят в различных регионах нашей страны. Показал свою положительную динамику.

Обеспечивается высокий процент трудоустройства выпускников, т.к. они полностью отвечают требованиям работодателя. Обучение максимально приближенно к запросам клиники.

Литература

1. А.А. Аканов, А.Д. Дуйсекеев, А.В. Балмуханова, Т.С. Мейманалиев, З.Б. Исина, Г.Е. Суйеова, А.К. Мусина, Н.Бухарбаев “Дуальная форма медицинского образования как продукт социального партнерства” г.Алматы. Вестник КазНМУ, №4(1) – 2013.
2. Г.К. Жаксыкулова, А.А. Нурпейсова “Перспективы дистанционного обучения менеджеров здравоохранения в контексте реализации модели медицинского образования КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова”.

3. А.Д. Дуйсекеев., А.В. Балмуханова., Д.О. Карибаева., Г.Ш. Тойлыбаева., В.Н. Балмуханов “Принципы компетентного подхода в высшей медицинской школе КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова” г.Алматы. Вестник КазНМУ, №4(1) – 2013.

Байназарова Н.Т., Бидайбеков С.С.
Кафедра терапевтической и детской стоматологии
Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЁННОГО КАРИЕСА (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

Резюме: Одним из приоритетных направлений в практической стоматологии является профилактика осложнённых форм кариеса. Актуальность изучаемой проблемы основывается на том, что с каждым годом увеличивается число пациентов с осложненными формами кариеса, особенно среди лиц молодого возраста.

Ключевые слова: профилактика, осложнённый кариес, качество, эндодонтия, канал.

Summary: One of the priorities in practical dentistry is the prevention of complicated forms of caries. The urgency of the problem under study is based on the fact that every year the number of patients with complicated forms of caries increases, especially among young people.

Key words: prevention, complicated caries, quality, endodontics, canal.

Актуальность: Профилактика осложнений после эндодонтического лечения приобретает актуальность в связи с увеличением числа пациентов с осложненными формами кариеса, сложностью проведения ряда лечебных манипуляций, возможными ошибками и осложнениями во время и после проведения эндодонтического лечения. Эндодонтическое лечение, является одним из сложных методов лечения в терапевтической стоматологии.

В практической стоматологии, на сегодняшний день, к наиболее сложному виду лечения относится эндодонтическое лечение, используемое при лечении осложнённых форм кариеса (пульпит, периодонтит). Некоторые сложности проведения ряда лечебных манипуляций, зачастую, приводят к различным ошибкам и осложнениям, как на этапе лечения, так и по окончании эндодонтического лечения.

Одной из причин воспаления пульпы и верхушечного периодонта является кариес зубов. Эпидемиологические аспекты эндодонтии по сравнению с эпидемиологией кариеса и заболеваниями тканей пародонта изучены недостаточно [1,2,3,4]. Данные результатов исследований ряда авторов показали, что у 715 (79,4%) обследованных были выявлены деструктивные изменения у верхушки корня, следствием чего явилась некачественная obturation корневого канала. Интенсивность осложненного кариеса на каждого обследованного составила в среднем 3,17 зуба. Качественная obturation корневых каналов имела место в лишь 40,4% случаях. Полученные данные демонстрируют огромный масштаб эндодонтических проблем. Потребность в перелечивании корневых каналов зубов почти в 2,5 раза превышает потребность в их первичном лечении [5,6,7,8,9,10].

Нелеченные или некачественно леченые дентальные очаги инфекции являются причиной удаления зубов, развития одонтогенных гайморитов, хронического сепсиса, которые приводят к временной утрате трудоспособности; воспалительным процессам в челюстно-лицевой области, иногда приводящих к летальному исходу [11].

Одной из основных проблем в эндодонтической практике остаются сложности топографии корневых каналов, которые приводят к так называемым «проблемным каналам» [12,13]. В клинической практике врача-стоматолога нередко встречаются ситуации, когда после лечения зубов по поводу пульпита сохраняется чувствительность зуба на температурные раздражители. Пациенты иногда предъявляют жалобы на самопроизвольную боль или боль при накусывании на зуб, которые могут продолжаться значительное время после эндодонтического лечения. Такую симптоматику врачи-стоматологи чаще объясняют реакцией на пломбирование каналов, что может быть индивидуальной чувствительностью к компонентам пломбировочного материала [12]. Довольно часто встречаются клинические случаи, когда в дополнительном корневом канале остаётся пульпа или остатки пульпы в уже запломбированном корневом канале. Некачественная удаление пульпы из дополнительного корневого канала и его obturation является следствием отсутствия своевременной диагностики структуры зубов и неполным раскрытием полости зуба [14]. Наиболее проблемными являются первые моляры верхней челюсти (медиальный щечный корень), резцы нижней челюсти, где регистрируются дополнительные каналы [15].

Установлено, что очень сложные типы строения корневых каналов не позволяют в полной мере очистить и качественно обработать всю поверхность стенок корневого канала. При формировании каналов некоторые участки остаются недообработанными, что негативно влияет на качество эндодонтического лечения [16]. Также было установлено, что почти 50% поверхности стенок дентина корневого канала может оставаться вне контакта с эндодонтическими инструментами [17,18].

Наличие в системе корневого канала боковых ответвлений (93% зубов) и ответвлений апикальной дельты (96% зубов), которые находятся в нижней трети корня; у моляров определяются дополнительные

каналыцы в области бифуркации, что ставит под сомнение возможность тщательного удаления тканей пульпы [11,19].

Выделяют следующие ошибки, обусловленные сложной анатомией корневых каналов: в 40% нижние резцы имеют два корневых канала, в 58% - второй премоляр верхней челюсти имеет два корневых канала, в 31% - первый премоляр нижней челюсти имеет два корневых канала, в 20% - фронтальные зубы имеют боковые ответвления от основного корневого канала [20].

Другой важной проблемой является наличие микроорганизмов в корневой системе. Микроорганизмы, вызывающие эндодонтические заболевания и на 90% состоящие из облигатных анаэробов, инфицируют не только мягкие ткани пульпы, но и пристеночный предентин корневого канала на глубину до 1,2мм [21]. По данным статистики основной причиной неэффективности эндодонтического лечения является недостаточное уничтожение бактерий в системе корневых каналов – 76%, неправильное определение показаний к лечению – 22%, отказ от проведения рентгенографии также является одной из причин неэффективности эндодонтического лечения [22]. Удаление патогенной микрофлоры из эндодонта – этиологический вектор, который определяет клинический курс лечения болезни и плана обработки [23]. Дезинфекция корневого канала крайне важна для регенерации периадикулярных тканей [24,25,26].

Одним из необходимых условий является тщательное изучение состояния периапикальных тканей во всей полости рта. Отсутствие реакции на температурный раздражитель, неподвижность зуба указывает, как правило, на эндодонтопатию, что требует проведения терапии [27]. Надлежащая эндодонтическая обработка канала может устранить наличие пародонтопатологии эндодонтической этиологии, даже если они развивались долгое время [28].

Эндодонтические ошибки, связанные с недостаточной инструментальной обработкой, удалением микробной инфекции или obturацией корневых каналов, часто вызваны небрежностью работы врача, неправильным пониманием концепции лечения, незнанием анатомии корневых каналов. Корень зуба недоступен визуальному контролю, каналы бывают различными по своему анатомическому строению и довольно часто встречаются индивидуальные особенности их строения. С этим и связаны трудности их обработки и пломбирования [29].

Другой очень важной проблемой является качество пломбирования канала, от которого зависит успех эндодонтического лечения. Исследования показали, что ошибками эндодонтического лечения, т.е. некачественного заполнения корневого канала, в анализируемом материале явилось неполное пломбирование канала, когда корневая пломба занимала 2/3 или 1/2 канала. Корневая пломба должна плотно заполнять канал и располагаться на уровне физиологической верхушки корня, на расстоянии 1-1,5 мм от анатомической. В 23% наблюдений пломбировочный материал покрывал только стенки канала, оставляя центральную и верхушечную части канала пустыми; в отдельных зубах пломбировочная масса закрывала только устьевую часть канала; в 19% корневая пломба на разных уровнях канала прерывалась; в 15% случаев имело место избыточное выведение материала за верхушечное отверстие, при этом корневой канал был obturирован некачественно. В настоящее время общепризнано, что выведение пломбировочного материала за верхушку, даже при деструктивных формах периодонта, нецелесообразно [30]. Нередко зубы с непломбированными или запломбированными каналами имеют патологические изменения в области верхушки корня с минимальными или обширными рентгенологическими проявлениями. Окончательный успех или неудача в эндодонтическом лечении должны обязательно оцениваться с использованием рентгенологического контроля [31,32,33,34].

Одним из важных моментов профилактики осложнений при эндодонтическом лечении является органосохраняющая функция зуба и предупреждение развития одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Одним из основополагающих условий эффективности эндодонтического консервативного вмешательства является знание и понимание анатомии системы корневых каналов. Наличие знаний строения зуба с трехмерной оценкой внутренней его анатомии является стандартом качества эндодонтического лечения.

В настоящее время в эндодонтии появились новые термины "удача" или "неудача" при проведении эндодонтического лечения. Понятия удачи или неудачи эндодонтического лечения базируется на «стерилизации» системы корневых каналов, с последующим пломбированием их апикальной части. Основой для этой точки зрения послужила теория фокальной инфекции и концепция «выборочной локализации». Современная триада успешности эндодонтического лечения выглядит следующим образом: диагноз, топография анатомии полости зуба и корневых каналов, хирургическая обработка; препарирование корневого канала. Постановка диагноза требует полной интеграции субъективной информации о состоянии больного с объективными результатами клинических и рентгенологических исследований. Диагноз может диктовать план лечения, правильный выбор которого гарантирует регенерацию периапикальных тканей [35].

Таким образом, анализ литературных данных свидетельствует об актуальности эндодонтического лечения на всех его этапах. Важными моментами успешности эндодонтического лечения являются знание анатомо-топографических особенностей строения полости зуба и системы корневых каналов, соблюдение правил медикаментозной и инструментальной обработки корневого канала, правильный выбор пломбировочного материала для заполнения канала и динамическое наблюдение с использованием

современных визуальных методов обследования. Существующие проблемы при проведении эндодонтического лечения требуют разработки алгоритма профилактики осложнений на этапах эндодонтического лечения.

Приведенные материалы свидетельствуют о перспективности изучения данной проблемы путем проведения клинико-статистического анализа медицинской документации для установления причин, способствующие различным осложнениям и разработке алгоритма профилактики осложнений, что является актуальным.

Литература

1. Боровский Е.В., Протасов М.Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения. Клиническая стоматология -1998- 3с 4-7.
2. Захарова Е.Л. Сравнительное исследование эффективности витальной и девитальной пульпэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. Тверь - 2006.
3. Боровский Е.В., Протасов М.Ю. Распространенность осложнений кариеса и эффективность эндодонтического лечения//Клиническая стоматология. -1998.- № 3.-С. 3-5.
4. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтии по данным анкетирования// Клиническая стоматология. — 1998. — № 1 С. 6-9.
5. Петрикас А.Ж., Захарова Е. Л., Ольховская Е. Б. и др. Распространенность осложнений кариеса зубов//Стоматология.- 2014 №1 (93).- С. 19-20.
6. Боровский Е.В., Свистунова И.А., Кочергин В.Н. Да или нет резорцин-формалиновому методу// Клиническая стоматология. 1997. - № 3. - С. 16-18.
7. Боровский Е.В., Жохова Н.С. Эндодонтическое лечение: пособие для врачей //М.: Медицина, 1997. С. 3-5.
8. Мхитарян А.К., Агранович Н.В., Кузнецова О.В. и др. Распространенность основных стоматологических заболеваний среди трудоспособного и пожилого населения Ставропольского края//Современные проблемы науки и образования.-2015.-№1.- С.1-8.
9. Боровский Е.В. Клиническая эндодонтия// М.: АО «Стоматология»2001-176 с.
10. Сандакова Д.Ц. Анализ распространенности, качества лечения и исходов осложненного кариеса зубов как основа программы профилактики в стоматологии//Дис. на соиск.уч.степени канд.мед.наук.-Иркутск.2004.-114 с.
11. Биберман Я.М., Наумова И.П. Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности по данным хирургического отделения стоматологической поликлиники // Стоматология. 1979. - № 2. - С. 65-69.
12. Аксамит Л.А., Бабич Т.Д., Цветкова А.А.Особенности лечения пульпита зубов с проблемными каналами//Клиническая стоматология.2015.-№3.С4-6.
13. Боровский Е.В. Проблемы эндодонтического лечения//Клиническая стоматология.-1997.- № 1.- С. 5-8.
14. Де Пабло О.В. Исследования анатомии корневых каналов первых моляров нижней челюсти у населения Испании с помощью компьютерной томографии.-Dent.Tribune Russian Edition.-2011; 10(6).
15. IngleJ.I.Endodontics. 6 thed.- Hamilton: BcDecker, 2008.
16. Peters L.B., WesselinkP.R., BuijsJ.F. et al. Viable bacteria in root dentinal tubules of teeth with apical periodontitis.-Endodontia.-2001; 2: 76-81.
17. Peters O.A., Peters C.L., Schonenberger K., etal. Pro Taper rotary root canal preparation: assessment of torque and force in relation to canal anatomy.-Int.Endod.J.-2003; 36: 93-99).
18. Боровский Е.В., Жохова Н.С., Макеева И.М. Рабочая длина зуба и методы ее определения //Клиническая стоматология.-1998.- № 2.- С. 8-11.
19. Сантарканжело Ф. Ирригация в современной эндодонтии: от стандартных алгоритмов до сложных случаев.-Dental Times.-2011; 3(10):1-31.
20. Бир Р., Бауманн М.А., Ким С. Эндодонтология. Перевод с англ. Проф. Виноградовой Т.Ф.//М.-2004.- с.
21. Максимова О.П., Петлев С.А. Клинические размышления о биологических основах и путях развития эндодонтии сегодня//Казахстанский стоматологический журнал.-2005.-№1.-С.12-16.
22. Нсенгиюмова Ф. Проблемы и трудности при повторном эндодонтическом лечении//Проблемы стоматологии.-2011.- №1-2(51-52).- С.50-53.
23. Zehnder M.,Hasselgren G. Pathologi cinteractionsin pulpaland periodontaltissues.-J.Clin.Periodontol.2002;29:663-771.
24. Bystrom A.,ClaessonR., Sundgvist G. Theanti bacterialeffecto fcamphorated paramon ochlorophenol, camphorated phenoland calciumhydroxideinthetreatmentofinfectedrootcanals.-Endoand Dent Traum.-1985;1:170-175.
25. Bystrom A., Happonen R.P., Sjogren U., etal. Healing of periapical lesions of pupless teeth after endodontic treatment with controlled asepsis.- Endo Dent.Traumatol.-1987;3:5863;
26. Trope M., Delano O., Orstavik D. Endodontic treatment of teeth with apical periodontitis: Single vs. multi-visit treatment.-J.Endod.-1999; 25:345-350).

27. Blomlof L.B. Relationship between periapical and periodontal status. - J. Clin. Periodontol. - 1993; 20: 117-123.
28. Stromberg R., Hasselgren G., Bergstedt H. Endodontic treatment of resorptive periapical osteitis with fistula. A clinical and roentgenological follow-up study. - Swedish Dent. J. - 1972; 65: 457-465.
29. Максимова О.П. Повторное эндодонтическое лечение – реальность сегодняшней стоматологической практики // Клиническая стоматология. - 2005. - №2. - С. 20-24.
30. Зазулевская Л.Я. Проблемы терапевтической стоматологии. Кто виноват, и что делать? // Казахстанский стоматологический журнал. - 2005. - №1. - С. 8-11.
31. Максимовский Ю.М. Как оценить успех или неудачу в планируемом эндодонтическом лечении // Клиническая стоматология. - 1997. - №3. - С. 4-7.
32. Рабухина Н.А., Григорьянц Л.А., Бадалян В.А. Роль рентгенологического исследования при эндодонтическом и хирургическом лечении зубов // Новое в стоматологии. - 2001. № 6 (96). - С. 39-41.
33. Попова И.И., Боровский Е.В., Мызыленова Л.Ю. и др. Рентгенологический контроль на этапах эндодонтического лечения // Клиническая стоматология. — 2002. - № 1 - С. 36-39.
34. Бер К. Canal Leader-2000: эндодонтический угловой наконечник // Клиническая стоматология. 1997. - № 2. - С. 14-19.
35. Gutmann J.L., Lovdahl P.E. Problem in the assessment of success and failure, quality assurance, and their intergration into endodontic treatment planning. Problems solving in endodontics. // St. Louis. - 1997.

Батыров Т.У., Сагындық Х.Л. Қожақов Б.Б., Жаканов Т.В.

НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан, Казахстан

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ» (проект)

На основании Приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 декабря 2015 года № 1035. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 31 декабря 2015 года № 12739 “Об утверждении Правил разработки, введения, замены и пересмотра профессиональных стандартов”, мы предлагаем этот проект.

1. Профессиональный стандарт «Челюстно-лицевая хирургическая деятельность». предназначен для формирования образовательных программ, в том числе для обучения персонала на предприятиях, для сертификации работников и выпускников образовательных учреждений, для решения широкого круга задач в области управления персоналом.

На основании настоящего профессионального стандарта организации могут разрабатывать для внутреннего применения профессиональные стандарты на работников с уточнением уровня профессионального образования, перечня трудовых функций, знаний, умений и навыков с учетом особенностей организации производства, труда и управления, их ответственности.

Профессиональный стандарт «Челюстно-лицевая хирургическая деятельность», разрабатывается на основе следующих документов:

1. Национальная рамка квалификаций - определяет единую шкалу уровней, квалификаций, общепрофессиональных компетенций для разработки отраслевых рамок квалификаций, профессиональных стандартов.

2. Отраслевая рамка квалификаций - структурированное описание квалификационных уровней, признаваемых в отрасли.

1. Паспорт профессионального стандарта

Наименование профессионального стандарта - «Челюстно-лицевая хирургическая деятельность».

Цель разработки профессионального стандарта: определение требований к уровню квалификации, компетентности, к содержанию, качеству и условиям труда работников здравоохранения.

Краткое описание профессионального стандарта: ознакомление с трудовыми функциями, умениями, знаниями, навыками и личностными компетенциями в области «Челюстно-лицевая хирургическая деятельность».

Основная группа: медицинская деятельность,

Профессиональная группа: хирургическая деятельность в области ПСМП, амбулаторий, дневных стационаров и стационаров больниц.

Профессиональная подгруппа: «Челюстно-лицевая хирургическая деятельность».

2. Карточка профессий

Перечень карточек профессий:

1) Врач челюстно-лицевой хирург ПМСП и амбулатории 6.2, уровни квалификации по ОРК;

2) Врач челюстно-лицевой хирург стационар замещающей медицинской помощи 6.2, 8.2 уровни квалификации по ОРК;

3) Врач челюстно-лицевой хирург специализированной стационарной медицинской помощи 6.2, 8.2 уровни квалификации по ОРК;

4) Врач челюстно-лицевой хирург высокотехнологичной специализированной стационарной медицинской помощи 6.2, 8.2 уровни квалификации по ОРК;

Трудовые функции (общие). Профилактика, диагностика, лечение травм, заболеваний и (или) состояний челюстно-лицевой области, реабилитация пациентов. В каждом из вышеперечисленных уровней квалификации имеются нижеследующие 7 градации трудовых функции определяющие умение и навыки и знание.

1. Проведение обследования пациентов в целях выявления травм, заболеваний и (или) состояний челюстно-лицевой области и установления диагноза.

2. Назначение лечения и контроль его эффективности безопасности пациентам с травмами, заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области.

3. Реализация и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации.

4. Проведение освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с травмами, заболеваниями и (или) состояниями челюстно-лицевой области.

5. Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

6. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

7. Оказание медицинской помощи пациенту в экстренной форме.

Сведения об авторах:

Батыров Тулеубай Уралбаевич, профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НАО «Медицинский университет Астана». 100009 г. Нур-Султан, ул. К. Рыскулбекова 4. кв. 63. tulbat@mail.ru

Сагындық Хасан Люкотович, профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НАО «Медицинский университет Астана, директор ТОО «Центр челюстно-лицевой хирургии» г. Нур-Султан, ул. Асан Кайгы 8. sagyndyk.khassan@mail.ru

Кожақов Бауыржан Блалович, доцент кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии НАО «Медицинский университет Астана», зав. отделением челюстно-лицевой хирургии Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Казахстан г. Нур-Султан, ул. Бейбитшилик, 47А. kozhakov.bauyrzhan@mail.ru

Жаканов Төлеу Ванцетұлы, ДДА, зав. отделением ЧЛХ ГКП на ПХВ ГДБ №2 г. Нур-Султан, ул. Қошқарбаева, 64

А.М. Еслямғалиева, А.Б. Кульмирзаева
НАО «Медицинский Университет Астана», Нур-Султан (Астана), Казахстан

РЕТЕНЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

После окончания активного периода ортодонтического лечения необходимо зафиксировать результаты лечения, используя ретенционные аппараты. Выбор ретенционного аппарата производится на основании сложности аномалии, длительности лечения, вида аппарата, которым производили лечение, возраста и индивидуальными особенностями пациента. Достижение стабильности после ортодонтического лечения сложная работа, не менее кропотливая чем само лечение, которая требует знаний, опыта и определенных навыков самого ортодонта, но и терпения и усилий пациента. В течение ретенционного периода продолжается морфологическая и функциональная перестройка зубочелюстной системы. Важным является вопрос срока ретенционного периода, который должен быть не меньше периода активного ортодонтического лечения. Новая форма, новый вид окклюзии должны быть подкреплены новыми условиями функционирования мышц челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстных суставов и пародонта.

Ключевые слова: рРетенция, рецидив, зубочелюстная аномалия, морфологические изменения ткани пародонта.

При завершении основного периода ортодонтического лечения необходимо закрепление достигнутого результата – ретенция. Ретенция - это "удержание зубов после ортодонтического лечения в

определенном положении на протяжении того периода времени, который необходим для закрепления результата." [1].

Результаты ортодонтического лечения потенциально не стабильны, и ретенция необходима по трем причинам: 1) на десневую и периодонтальную ткани оказывает воздействие перемещение зуба, и требуется время для их реорганизации после снятия аппарата; 2) после лечения зубы могут находиться в нестабильном положении, так что давление со стороны мягких тканей создает постоянную опасность рецидива; 3) связанные с ростом изменения могут повлиять на результат ортодонтического лечения; 4) необходимость нервно-мышечной адаптации зубочелюстной системы к исправленному положению зубов [2-4].

Ретенция определяется как поддержание зубов в оптимальном эстетическом и функциональном положении после лечения. Необходимость ретенционного периода и факторы, влияющие на стабильность зубов после ортодонтического лечения актуальны и обсуждаемы ортодонтами в течение длительного времени. Принято считать, что ретенционный период имеет важное значение для стабильности результатов ортодонтического лечения в настоящее время. Поэтому применение подходящего метода ретенции важно, как для профилактики рецидива после ортодонтического лечения, так и для повышения удовлетворенности пациента [5].

По этой причине каждому пациенту требуется ретенционный период, необходимый для закрепления результатов ортодонтического лечения, длительность которого определяется сложностью проведенного лечения, применяемого аппарата, длительностью основного лечения.

Целью работы явилось изучение эффективности ретенционного периода после завершения ортодонтического лечения у детей и подростков г. Нур-Султан

Материалы и методы работы. В исследовании приняли участие 63 пациента в возрасте от 7 до 17 лет с различными формами зубочелюстных аномалий и деформаций, которые уже завершили ортодонтическое лечение. Из них с аномалиями положения отдельных зубов – 28 детей (44%), с аномалиями зубных рядов – 23 (37%), с аномалиями прикуса – 12 (19%). Пациенты были проанкетированы специально разработанным опросником на предмет знания о необходимости ретенционного периода. Индуцированные перемещения и посттерапевтические изменения измерялись по гипсовым моделям, и число случаев, которые имели рецидив, высчиталось в процентах от индивидуальных измерений. Степень развития рецидива рассчитывалась у пациентов в динамике через 3, 6, 12 месяцев с момента начала ретенционного периода. Был проведен корреляционный анализ степени рецидива со временем ретенции и типом ретейнера. Кроме того, было исследовано влияние пола, классификации зубочелюстных аномалий, вызванных лечением изменений, инициации, типа и продолжительности терапии, а также экстракции премоларов на развитие рецидива.

Пациентам первой группы (32 – 51%) были установлены несъемные ретейнеры, участникам второй группы (15 – 24%) изготовлены съемные пластики Хаулея, исследуемым третьей группы (16 – 25%) – ретенционные каппы. В период исследования пациентам проводились дополнительные мероприятия профессиональной гигиены полости рта и контролируемая гигиена полости рта, а также ремтерапия.

Результаты и обсуждение. Из 63 опрошенных пациентов 32 (51%) знали о необходимости закрепления результатов лечения, 31 (49%) респондент читал об этом впервые. Большинство пациентов (76%), считали, что сохранность результата лечения — это задача только врача ортодонта.

Аналогичные данные показывают исследования зарубежных коллег, по результатам исследований которых 46,3% опрошенных знали, что ретенционные аппараты используются после ортодонтического лечения, и 52,8% считали, что идеальные результаты могут гарантировать стабильность, тогда как в то же время 77,8% знали, что зубы могут двигаться самостоятельно без каких-либо ортодонтических устройств. Большинство считали стабильность ортодонтического результата важной или чрезвычайно важной (94,5%), предпочитали съемные ретейнеры (67,2%), и считали, что ортодонт в первую очередь отвечает за стабильный результат (73,2%) [6].

По результатам исследования, некоторая степень рецидива была зафиксирована в 13% случаев в среднем. Можно снизить частоту рецидивов, принимая во внимание следующие критерии: время удержания должно быть увеличено в случаях краткосрочной терапии, поскольку рецидив был обнаружен чаще в среднем (19%), когда время лечения было менее 3 лет, чем, когда оно было более 4 лет (13%). Поскольку наибольшая частота рецидивов регистрировалась при начале ортодонтического лечения в возрасте от 9 до 12 лет и составляла 24%, а у более молодых и взрослых пациентов в сумме - до 42%. В случаях с аномалиями положения отдельных зубов, а именно тортоаномалиями при тесном положении зубов, есть риск рецидива во фронтальном отделе зубной дуги, поэтому применение несъемного ретейнера предпочтительнее, чем назначение съемного. Использование съемных ретейнеров целесообразнее при наличии необходимости удержать поперечных размер зубной дуги. При использовании только несъемных ретейнеров в передней области рецидивы регистрировались на 6-31% чаще на межмолярном расстоянии в верхней челюсти (21%) и нижней челюсти (35%), а также на нижнем межмолярном расстоянии (27%). В частности, не следует отказываться от использования съемного ретейнера на нижней челюсти после лечения с экстракцией зубов.

Зарубежные исследователи сравнивали эффективность применения съемного и несъемного ретейнера. Съемные аппараты использовались в течение многих лет с целью сохранения результата ортодонтического лечения. Позже, были введены несъемные ретейнеры, которые имели ряд преимуществ перед съемными: эстетика, отсутствие необходимости в сотрудничестве с пациентом, эффективность и пригодность для пожизненного удержания. По результатам исследования были выявлены недостатки несъемного ретейнера: хруп-кость, способность приводить к заболеваниям пародонта в результате усложнения соблюдения тщательной гигиены полости рта [5].

Продолжительность ретенционного периода у детей с аномалиями положения отдельных зубов составила от 4-х до 6-и месяцев, а у подростков 6 -12 месяцев. У подростков с аномалиями прикуса данный результат составил 12-18 месяцев, а у детей 5-7 лет – от 9-и до 12 месяцев.

У пациентов, проходивших лечение функциональными и комбинированными ортодонтическими аппаратами, в процессе лечения восстанавливалось миодинамическое равновесие в зубочелюстной системе, что благоприятно сказывалось на закреплении результатов и сокращало срок ретенционного периода. У пациентов, которым были назначены механические аппараты увеличивались показания к пожизненной ретенции. В качестве ретейнеров в этом случае используют несъемные ретенционные приспособления.

Выводы

Таким образом, ортодонтическое лечение обычно завершается в возрасте 14-15 лет, а сагиттальный и особенно вертикальный остаточный рост челюстных костей продолжается еще несколько лет, что часто является основной причиной рецидива. Поэтому рекомендуется построение плана ортодонтического лечения с учетом потенциала и прогноза роста челюстей у детей и подростков, основанных на глубоком анализе цефалометрических данных пациентов с применением компьютерных технологий, что благоприятно сказывается на ретенции.

На основании наших клинических данных и более ранних исследований срок ретенционного периода должен составлять не менее 2 лет. Было установлено, что используемый тип ретейнера так же важен, как и длительность ретенционного периода. Для оптимальной профилактики рецидивов целесообразнее использовать комбинации съемного и несъемного ретейнера до окончания роста пациента.

Литература

1. Moyers, R.E., Handbook of orthodontics for the student and general practitioner, ed. r. ed. 1973, Chicago (IL): : Year Book Publishers Inc.
2. Proffit, W.R., L.A. Norton, and University of Kentucky. College of Dentistry., Education for orthodontics in general practice. 1966, Lexington,: University of Kentucky, Dept. of Orthodontics. xv, 120 p.
3. Картон, Е.А., Ж.А. Ленденгольц, and Л.С. Персин, Ретенция и рецидивы, МГМСУ, Editor. 2006: Москва. p. 50 с.
4. Moorrees, C.F., R.L. Kent, Jr., and L.M. Le Bret, Predictive signals in the developing mandibular dentition of the growing child. J Charles H. Tweed Int Found, 1983. 11: p. 29-41.
5. Kartal, Y. and B. Kaya, Fixed Orthodontic Retainers: A Review. Turk J Orthod, 2019. 32(2): p. 110-114.
6. Lasance, S.J., et al., Post-orthodontic retention: how much do people deciding on a future orthodontic treatment know and what do they expect? A questionnaire-based survey. Eur J Orthod, 2019.

Түйін

А. М. Еслямгалиева, А. Б. Кульмирзаева

"Астана медицина университеті" КеАҚ, Нұрсұлтан (Астана), Қазақстан
ОРТОДОНТИКАЛЫҚ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ РЕТЕНЦИЯСЫ

Ортодонтиялық емдеудің белсенді кезеңі аяқталғаннан кейін ретенциялық аппараттарды пайдалана отырып, емдеу нәтижелерін жазып алу қажет. Ортодонтық емдеуден кейін тұрақтылыққа жету дәрігер-ортодонт ғана емес. Ретенциялық кезеңде тіс-жақ жүйесін морфологиялық және функционалдық қайта құру жалғасуда. Белсенді ортодонтиялық емдеу кезеңінен кем болмауы тиіс ретенциялық кезең мерзімінің мәселесі маңызды болып табылады. Жаңа түрі, окклюзияның жаңа түрі жақ-бет аймағы бұлшық етінің, самай-төменгі жақ буындары мен пародонттың жаңа жұмыс істеу жағдайларымен бекітілуі тиіс.

Негізгі сөздер: Ретенция, рецидив, тіс-жақпа аномалия, пародонт тінінің морфологиялық өзгерістері.

Summary

A. M. Yeslamgaliyeva, A.B. Kulmirzayeva

Astana Medical University, Nursultan (Astana), Kazakhstan
RETENTION OF ORTHODONTIC TREATMENT RESULTS

After the end of the active period of orthodontic treatment, it is necessary to fix the results of treatment using retention devices. Achieving stability after orthodontic treatment is not just the work of an orthodontist. During the retention period, morphological and functional restructuring of the dentoalveolar system continues. An important issue is the period of retention period, which should not be less than the period of active orthodontic

treatment. A new form, a new type of occlusion should be supported by new conditions for the functioning of the muscles of the maxillofacial area, temporomandibular joints and periodontal.

Key words: Retention, relapse, dentoalveolar anomaly, morphological changes of periodontal tissue.

Контактное лицо:

1. Еслямгалиева Ардак Манаповна, к.м.н., профессор заведующий кафедрой ортопедической и детской стоматологии НАО «Медицинский университет Астана», 444 206 (рабочий), 8 701 788 73 328 (согосый), ardak223@mail.ru.

2. Кульмирзаева Айжан Бахтжановна PhD, доцент кафедры ортопедической и детской стоматологии, 87027131000, ajanin@mail.ru

Жахбаров Ахмед Гамзатович,

к.м.н., зав. отделением НЧЛХ ДРКБ, ассистент кафедры стоматологии детского возраста, кафедра детской хирургии ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала
ГБУ «Республиканская детская клиническая больница», Махачкала

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЭКТОПИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОРЕНЬ ЯЗЫКА

Актуальность данного исследования: определенный интерес вызвала редкая патология расположения щитовидной железы в необычном для нее месте (эктопии).

Различные варианты эктопии щитовидной железы на практике встречаются не так часто, и связаны с дефектом тиреоидного эмбриогенеза на ранних стадиях (тиреоидная дисгенезия).

В статье представлены редкие случаи эктопии щитовидной железы в корень языка. Данная аномалия развития стала причиной возникновения у больных дисфагии, которая постепенно нарастала. Требовался хирургический метод лечения данной патологии. Больным были выполнены операции. При динамическом наблюдении в течение года (больной Б.блет) - без рецидива. Больная жалоб не предъявляет.

Ключевые слова: эктопия щитовидной железы, тиреоидная дисгенезия, дисфагия, язык.

Библиография: 5 источников

Relevance of this research has identified rare interest: pathology of the thyroid in an unusual location for her site (ectopia). Different options of thyroid ectopia, in practice, are not as common and are associated with a defect in the early stages of embryogenesis of the thyroid (thyroid dysgenesis). The paper presents a rare thyroid ectopia root language. This anomaly has caused the emergence of development in patients with dysphagia, which gradually escalated. Surgical technique in the treatment of this pathology. Patients were performed. Dynamic monitoring throughout the year (patient b. 6) without a relapse. Ill no complains.

Keywords: thyroid ectopia thyroid dysgenesis, dysphagia, language.

Bibliography: 5 sources

Эктопия ткани щитовидной железы, или тиреоидной ткани, – это состояние, при котором ткани щитовидки располагаются не только в естественном месте нахождения железы, но и выходят за её пределы.

В 1869 году исследователем Хикманом был описан первый случай эктопии щитовидной железы у основания языка. Тогда тиреоидная ткань разрослась и, сдавливая надгортанник, вызвала смерть от удушья. После было описано еще 6 случаев подобной аномалии. Эктопические проявления обнаруживались в области шеи, трахеи, подчелюстных лимфатических узлов, в подмышечных впадинах, небных миндалинах, в бифуркации сонной артерии, диафрагме и даже гипофизе. Кроме того, фиксировалось и наличие эктопической ткани щитовидной железы в других участках тела, удаленных от области шеи. К числу таких органов относятся: сердце, восходящая аорта, тимус пищевода, двенадцатиперстная кишка, желчный пузырь, желудок и поджелудочная железа, тонкий кишечник, печень, надпочечники, яичники, фаллопиевы трубы и даже влагалище и уретра. Существование эктопической тиреоидной ткани в двух местах организма одновременно - крайне редкое явление. Всего было описано лишь 27 случаев двойной эктопии. Также был зафиксирован случай двойной эктопии при нормальных размерах щитовидной железы И, наконец, есть всего два случая тройной эктопии к настоящему моменту При таком состоянии эктопическая тиреоидная ткань присутствовала в области шеи с обоих боков в трех точках. Аномалии развития щитовидной железы встречается редко [4].

В медицинской литературе Европы, Азии и Америки было зарегистрировано порядка 500 случаев данного состояния, при этом большая часть больных принадлежала к населению Африки Около 68% случаев встречались у женщин Довольно тяжело диагностировать бессимптомные случаи эктопии щитовидной железы. Результаты медицинских вскрытий умерших по разным причинам пациентов показывают, что около 7-10% населения может иметь бессимптомную эктопию тиреоидной ткани Это

изменение ткани отмечено в особенности в щитовидно-язычной области Языковые эктопические проявления являются наиболее распространенным типом аномалий в 90% случаев такого состояния, в то время как подъязычные встречаются намного реже. Такие образования могут разделяться на над- и подъязычные, или появившиеся на уровне подъязычной кости.

Одной из форм нарушения щитовидной железы является тиреоидная эктопия. Распространенность данной патологии в популяции составляет 1 случай на 100000 – 300000 человек [2]. Аберрантная ткань щитовидной железы может обнаруживаться в стенке трахеи, пищевода, диафрагме, вокруг щитовидной железы, в жировой ткани и скелетных мышцах [1]. Эктопия щитовидной железы в толщу языка встречается в 1 случае на 3000 – 10000 пациентов с тиреоидной патологией [4].

Закладка щитовидной железы формируется у плода человека на 16 – 17-й день внутриутробного развития в виде скопления эндодермальных клеток у корня языка. Группа клеток, дающая начало щитовидной железе, вырастает в подлежащую мезенхиму глоточной кишки до уровня третьей – четвертой пар жаберных карманов и затем мигрирует в область шеи вентральнее хрящевой гортани. К концу 4-й недели зачаток щитовидной железы принимает форму полости, соединенной с глоткой посредством узкого отверстия на корне языка, известного под названием щитовидно – язычного протока. Зачаток – эпителиальный тяж – вскоре опускается к месту окончательной локализации железы и тянет при этом за собой щитовидно-язычный проток. Затем дистальный конец тяжа раздваивается, и из него впоследствии развивается правая и левая доля щитовидной железы, соединенные перешейком [3]. Эктопия щитовидной железы является результатом нарушения эмбриогенеза и характеризуется наличием тиреоидной ткани вне типичной претрахеальной области. Это связано с нарушением перемещения щитовидной железы через щитовидно – язычный проток [5].

Цель работы: Показать клинические случаи эктопии щитовидной железы в корень языка и методы оперативного лечения.

Материал и методы: 2-е больных, поступившие на обследование в челюстно-лицевую хирургию ДРКБ с образованиями корня языка.

Больная Д., 6 лет (и/б. № 17915/10851), госпитализирована в Детскую Республиканскую клинику, в нейро- челюстно-лицевое отделение г.Махачкала, 28.09.15 г., с жалобами на наличие новообразования в полости рта, которое заметила 3 – 4 месяца назад, и отмечает быстрый рост.

Со стороны полости рта – открывание свободное, в области корня языка отмечается выступ округлой формы, багрового цвета, с гладкой, блестящей поверхностью, плотно-эластической консистенции, прорастающее в толщу языка и несколько выступающее над поверхностью языка на 0,5см.

В связи с подозрением на эктопию щитовидной железы в корень языка больная была направлена на консультацию к эндокринологу. 29.09.15г. было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) и контрастная томография (КТ). По данным УЗИ обнаружено отсутствие щитовидной железы в типичном месте. По данным клинического обследования крови на гормоны щитовидной железы, выявлено значительное их снижение. Эндокринологом выставлен диагноз: Врожденный первичный гипотериоз. Рекомендовано проведение заместительной терапии гормонами щитовидной железы, с целью предоперационной подготовки и дальнейшее «Д» наблюдение врача –эндокринолога. На КТ с контрастированием, в области корня языка, выявлено новообразование размером в диаметре 1.8 x 2.0 см., с признаками гипопластической эктопии щитовидной железы.

Ход операции. 06.10.15г. выполнена плановая операция: под интубационным наркозом, выполнена 2-х сторонняя перевязка язычных и щитовидных артерий. В область корня языка непосредственно перед опухолевидным новообразованием наложены лигатуры. Остро и тупо препарировано новообразование и эктопированная щитовидная железа удалена вместе с капсулой. Проведен тщательный гемостаз. Рана ушита. Послеоперационный материал направлен на гистологическое исследование.

Результаты: Послеоперационная гистология от 8.10.15 г.: под многослойным плоским эпителием группы желез и эктопированная ткань щитовидной железы с явлениями макро – микроваскулярного коллоидного зоба, что подтверждает ранее выставленный диагноз.

18.10.16 г. проведено повторное обследование. Больная жалоб не предъявляла. Состояние удовлетворительное. При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании патологических изменений не выявлено.

Больная М.:6лет (и/б.№14676/8659) поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии ДРКБ 05.08.2019. с аналогичными жалобами. Больная дообследована, выполнено исследование крови на гормоны щитовидной железы, КТ с контрастированием, УЗИ, консультация эндокринолога. После диагностики эктопии щитовидной железы в корень языка и соответствующей предоперационной подготовки, выполнена операция: Удаление эктопированной щитовидной железы трансоральным доступом с предварительной перевязкой сосудов.

26.01. 2018 г. Далцоев Ислам – 3 года. **Операция: Радикальная уранопластика.**

Выполнены разрезы по схеме начерченной ранее, с обеих сторон вдоль альвеолярного отростка. В переднем отделе нёба оба разреза соединяются между собой углообразным разрезом, окаймляющим

резцовое отверстие. Препарированные слизисто – надкостничные, рото-носовые лоскуты слева, слизисто – над-костничный лоскут с твёрдого нёба, справа. Послойная препаровка краёв мягкого нёба. Лоскуты мобилизованы. Мезофарингоканстрикция. Слева, слизисто - надкостничный лоскут перевернут на 180-о, освобожденный сосудисто-нервный пучок, выходящий из большого нёбного отверстия, находятся на отсипарированном слизисто-надкостничном лоскуте. Край лоскута ушивается к противоположному краю дефекта, слева.

На границе твердого и мягкого нёба справа, производится разрез слизистой, тупым путём производим отслаивание окологлоточных мышцы, делается ниша в которую вставляем «клубочек кетгута», тем самым сужаем срединный отдел глотки.

Слизисто - надкостничный лоскут справа, перекинут на 90-о, в левую сторону, закрыв дефект между фрагментами твердого и мягкого нёба. Лоскут ушит по краю, закрыв дефект на границе твёрдого нёба. Послойное ушивание фрагмента мягкого нёба. Гемостаз по ходу операции.

Выводы: Данные случаи представляют интерес в связи с редкостью данной патологии, а так же с трудностью диагностики и оперативного вмешательства в ранний период заболевания.

CLINICAL CASE OF ECTOPIA OF THE THYROID GLAND IN ROOT OF TONGUE

Zhabbarov Ahmed Gamzatovich, PhD, head. NChLH DRKB Office. Lecturer at the Department of children's Stomatology, Department of Pediatric Surgery of SEI HPE «the Dagestan State Medical Academy. Makhachkala. Department of children's Stomatology SEI HPE «the Dagestan State Medical Academy. Makhachkala SBD Republican children's Clinical Hospital. Makhachkala.

Литература

1. Альмяшев А.З. Тиреоидная дисгенезия: обзор литературы и анализ собственного клинического наблюдения // (Электронный ресурс). Креативная онкология и хирургия – 2013. №3. URL :<http://eoncolog.com/tireoidnaya-disgeneziya-obsop-literat>.
2. Клиническое наблюдение истинного бокового аберрантного зоба /В.Г.Петров [и др.] //Эндокринная хирургия. – 2012. - № 1 –С. 44-47.
3. Щитовидная железа. Фундаментальные аспекты / А.И.Кубарко [и др.]. Минск – Нагасаки: NASHIM, 1998. – 368 с.
4. A case of hemuiagenesis of thyroid double ectopic thyroid tissue /Kumaravel Velayuham [et al.] // Indian Jurn. Endokrinol. Metad. – 2013. -Vol. 17. - № 4. P. 756 – 758.
5. / Ectopic Lingual Thyroid as Unusual Cause of Severe Dysphagia / Andrea Gallo [et al.] //Disphagia. – 2001. – Vol. 16.- № 3.-P. 220- 223.

Б.Б. Кожакон, Х.Л. Сагындык, Т.У. Батыров
Акционерное общество «Медицинский Университет Астана», г. Нур-Султан,
Республика Казахстан

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОССИФИЦИРУЮЩИМ МИОЗИТОМ СОБСТВЕННО-ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Резюме

Разработанный нами - алгоритм диагностики и лечения посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц даст возможность избежать возможных ошибок и осложнений.

Ключевые слова: жевательная мышца, оссификация, окостенение мышцы, травма, лицо.

Цель исследования.

Актуальной в челюстно-лицевой травматологии является снижение частоты осложнений после травм лица. Несмотря на имеющееся многообразие средств оказания неотложной помощи после обширных травм лица заболеваемость посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц среди военнослужащих – имеет свою актуальность по сей день. Учитывая наш опыт в данном направлении мы решили ознакомить с ошибками и осложнениями возникающих на этапе лечения больных с данной патологией и пути решения в разрешении патологического процесса.

Материалы и методы. Ошибки и осложнения, возникающие при лечении посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц достаточно освещены в литературе, но разрознены, без детального обобщения зависимости их от периодов возникновения, т.е. на догоспитальном этапе или при лечении в стационаре.

На основании исследуемого клинического материала с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц нами установлено, что имели место ошибки как в диагностике

так и методике лечения данного контингента больных, что сказывалось в последующем на результатах лечения и длительности пребывания больного в стационаре.

Мы разделили все ошибки и осложнения на два этапа: догоспитальный, госпитальный в зависимости от тактики в лечении - консервативной или оперативной. Для удобства анализа ошибок и связанных с ними осложнений, мы использовали следующие группы:

- диагностические; - лечебно - тактические, заключающиеся в неправильных действиях при правильно установленном диагнозе; - организационные, в том числе и ошибки в медицинской документации.

Ошибки и зависящие от них осложнения чаще всего связаны не с прямым нарушением того или иного принципа лечебной тактики, не с грубой оплошностью, а с тем, что во-первых, в системе взглядов, установившихся в качестве общепринятых, имеются неточности, недостатки и противоречия, а во-вторых, арсенал препаратов, применяющихся при консервативном лечении, методов оперативного вмешательства и способов послеоперационного лечения так обширен, что рациональный выбор этих средств затруднен. При лечении каждого больного возникают индивидуальные проблемы, неповторимое их сочетание, требующее своего частного решения, своей тактики. Здесь часто кроются следующие причины ошибок: недостаточная индивидуализация лечения, шаблонное применение современных методов и препаратов.

Диагностические ошибки

Ретроспективный анализ собственных клинических наблюдений показал, что ошибки, допущенные при диагностике массивных ушибов мягких тканей челюстно-лицевой области, осложненных посттравматическим оссифицирующим миозитом, в основном встречались на догоспитальном этапе.

Основной причиной ошибочных действий врача является неправильное проведение дифференциальной диагностики болезненных опухолевидных образований в мягких тканях лица. Диагностические трудности обусловлены в основном тем, что кроме клинического обследования врач не может выполнить других методов обследования, подтверждающих ранние признаки посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц: отсутствие первоначальных клинических признаков оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц, несвоевременное применение УЗИ мягких тканей и анализа крови на активность ферментов - маркеров бесспорно создают проблему своевременной диагностики ранних стадий посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц.

Следующая, наиболее часто встречающаяся ошибка - это пренебрежение фактором времени. Личный опыт убеждает нас, что наибольший эффект от консервативного лечения достигается при раннем его применении. В ближайшие часы после травмы применение таких не специфических лечебных мероприятий, как местное применение холода, давящая повязка, иммобилизация, обезболивание местное и общее - в последующем позволяют значительно снизить вероятность развития в собственно-жевательной мышце процесса оссифицирования.

Ошибки, в определении стадии развития посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц, ведут к несвоевременному назначению наиболее оптимального курса консервативного лечения или преждевременно-необоснованному применению хирургического лечения. Наиболее серьезными последствиями могут быть ошибки в определении стадии посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц при несвоевременности оперативного лечения.

Ошибки в определении локализации и протяженности патологических изменений в собственно-жевательной мышце не часты и имеют существенное значение только тогда, когда при одном из двух возможных вариантов операции должна быть расширена до недопустимых пределов, когда она становится противопоказанной. Размеры участка оссификации визуализируемые в рентгеновском отображении отличается от данных, полученных при ультрасонографическом исследований.

Ошибки в диагностике протяженности процесса оссификации и недооценке степени склеротического изменения примыкающей собственно-жевательной мышцы влекут за собой нерадикальность вмешательства как основу послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Причина ошибок - не в трудностях диагностики, а в недостаточном сопоставлении данных, полученных разными методами исследования. Ошибки в методике обследования больного зависят, прежде всего, от выполнения определенного минимума, который должен проводить врач при первичном осмотре: изучение анамнеза (факт травмы) и жалоб, функциональное обследование (нарушение или изменение функции жевания и речи), УЗИ мягких тканей поврежденной области, биохимический анализ крови с определением активности ферментов-маркеров, по показаниям рентгенография.

Несоблюдение вышеизложенных рекомендаций - серьезная методическая ошибка, ведущая к просчетам в важнейших элементах развернутого диагноза.

Тактические ошибки

Под ними подразумеваются неправильные действия врача при правильно установленном диагнозе. При лечении больных с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц ошибки допускаются нередко и здесь целесообразно разделить их на догоспитальный и госпитальный этапы лечения.

На догоспитальном этапе лечения наиболее часто встречающаяся ошибка - это пренебрежение к обезболиванию или его недооценка при массивных травмах мягких тканей лица. Первым и главным условием для успешного восстановления функции жевания является расслабление мышц, максимальное снижение их ответной реакции на физическое воздействие.

Тактические ошибки у больных чаще всего были связаны с неправильной оценкой стадии посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц и последующим выбором лечения. Назначение ранних активных движений (до 2-х недель), тепловых процедур (парафина, озокерита, УВЧ с тепловым эффектом), физических методов воздействия на поврежденную группу мышц (массаж, растирание с применением согревающих мазей) могут способствовать сохранению посттравматического отека мягких тканей, болевого синдрома, раннему появлению признаков оссификации. Ошибки в определении показаний к хирургическому лечению связаны, прежде всего, с отсутствием до сих пор в литературе четких критериев возможного хирургического лечения, так как мы не можем оставлять больного на столь длинный период только на приеме жидкой пищи. Прежде всего, врач всегда должен иметь в виду, во-первых, соотношение между самой болезнью и тяжестью возможной операции или ее последствий, а во-вторых, многообразие целей, которые могут быть поставлены перед врачом в зависимости от особенностей течения заболевания. Так как хирургическое лечение предлагается там, где консервативные меры не имеют шансов на успех, то отказ в операции обычно означает, что функция нижней челюсти полностью не будет восстановлена. Поэтому отказ от оперативного лечения, при наличии показаний для удаления оссификата, должен быть аргументирован и положен в основу дальнейшей врачебной тактики.

Следующая тактическая ошибка на госпитальном этапе касается составления плана предстоящего хирургического лечения. Речь идет о возможности радикального удаления оссификата, которая зависит от его размеров, локализации, формы, площади соприкосновения с подлежащей нижней челюстью. При составлении плана предстоящей операции всегда нужно помнить, что радикальность всегда достижима, но не всегда оправдана. Нужно постоянно помнить о главном факторе происхождения посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц - это травма, а обширное повреждение собственно-жевательной мышцы, вне всякого сомнения, приведет к повторной оссификации мягких тканей по ходу операционной раны.

Паллиативные вмешательства находят в себе применение там, где имеют место тяжелые повреждения, выраженный склеротический процесс жевательной мышечной ткани, длительно существующие контрактуры собственно-жевательной мышцы. Не полное удаление оссификата не является грубой тактической ошибкой хирурга, и при выполнении таких принципов данного метода лечения, как «атравматичность» и «щадящая остеотомия» позволяют добиться хороших функциональных результатов.

В послеоперационном периоде одной из основных ошибок является стремление к раннему восстановлению функции оперированной собственно-жевательной мышцы. Основная задача послеоперационного периода - это проведение мероприятий по профилактике рецидива заболевания. Поэтому необходимо обратить внимание на те факторы, которые могут оказать прямое или косвенное влияние на повторное развитие процесса оссификации в собственно-жевательной мышце.

Прежде всего, нужно сказать о тех остаточных полостях в собственно-жевательной мышце, которые в последующем будут представлены в виде послеоперационных гематом. Дренажирование во время операции ложа удаленного оссификата при помощи активной аспирационной системы, выявление при помощи сонографического исследования внутримышечных гематом с последующей их пункцией, местное применение холода, наложение давящей асептической повязки, раннее назначение нестероидных противовоспалительных препаратов - все это позволяет в короткие сроки (первые 3-4 суток после операции) уменьшить болевой синдром и послеоперационный отек мягких тканей. Удаление послеоперационного дренажа на первые сутки после операции, или недооценка значения послеоперационных гематом может усугубить восстановительный процесс.

Открытие рта больного в послеоперационном периоде должна находиться под пристальным контролем лечащего врача. Убеждение больного в необходимости ранних изометрических напряжений мышц оперированной стороны, исключение пассивных и активных движений в височно-нижнечелюстном суставе в течение 2-3 недель после операции - в последующем приводят к быстрому восстановлению функции жевания.

Организационные ошибки

Под ними подразумеваются ошибки в организации диагностической и лечебно-профилактической помощи на догоспитальном или госпитальном этапе.

Основные ошибки, которые допускают медицинские работники по отношению к больным с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц, являются: нераспознанное основное заболевание; нераспознанное осложнение основного заболевания; поздняя диагностика; поздняя госпитализация; дефекты хирургического лечения; ошибки при назначении и проведении лечебных процедур.

Причинами ошибок в организации медицинской помощи были:

- невнимательное отношение к больному, поверхностно собранный анамнез заболевания при первичном осмотре больного, формальный осмотр, без акцента на местном статусе, что приводит к неправильной диагностике и оказанию помощи.

- неполноценное обследование. Полнота обследования зависит от инициативы врача, проводившего первичный осмотр больного. Поверхностное клиническое обследование, отказ от инструментальных методов исследования (рентгенологического, ультразвукографического, биохимического исследования крови) не позволяет правильно установить диагноз и своевременно начать эффективное лечение.

- отсутствие необходимых средств диагностики. Недостаточное снабжение рентгеновской пленкой, отсутствие необходимой аппаратуры для ультразвукографического исследования, реактивов для выполнения биохимических методик снижает диагностический потенциал лечебного учреждения, что наносит существенный ущерб интересам пострадавшего.

- отсутствие необходимых средств лечения. Оказание первой медицинской помощи больным с массивными повреждениями мягких тканей лица не требует специальных лекарственных препаратов и эффективность начатого лечения зависит только от квалификации медицинского работника и внимательного отношения к больному. Для получения хорошего функционального результата необходимо соблюдать жесткую схему в лечении больных с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц, основным принципом которого является дифференцированный подход, в зависимости от стадии заболевания.

- позднее обращение к врачу. По нашим данным из 165 больных только 21% своевременно обратились за медицинской помощью, т.е. в течение первых 2-х суток.

- отсутствие преемственности в лечении. Нарушение преемственности в работе лечебных учреждений способствует росту ошибок и осложнений при лечении больных с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц. Среди больных, находившихся под нашим наблюдением, в 19% было отмечено позднее направление больных на стационарное лечение. Одной из основных причин возникновения этих дефектов недостаточное руководство и контроль со стороны ведущих специалистов.

Результаты и обсуждение. Учитывая вышеизложенный опыт нами предложена схема «Алгоритм диагностики и лечения посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц», которая позволяет в минимальные сроки диагностировать и определять лечебную тактику в отношении больных с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц и избежать грозных осложнений (рисунок 1).

Выводы. Таким образом, практическое применение в своей практике разработанного нами - алгоритма диагностики и лечения посттравматического оссифицирующего миозита собственно-жевательных мышц даст возможность практикующим врачам помнить, знать и не допускать ошибок, осложнений при диагностике и лечении больных с посттравматическим оссифицирующим миозитом собственно-жевательных мышц.

Литература

Овсянкин Н.А. Никитюк И.Е. Основные принципы обследования и лечения больных с посттравматическими гетеротопическими оссификациями в области локтевого сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2011;5:8-12.

Жабин Г.И., Амбросенков А.В. Гетеротопические оссификации локтевого сустава. СПб.;2012. Доступно по: <http://vredenreadings.org/arc/2011/Ambrosenkov.pdf>. Ссылка активна: 12.06.2017.

Түйін

Бауыржан Билалович Қожақов., Хасан Люкотович Сағындық, Батыров Төлеубай Оралбаевич.

«Астана Медициналық Университеті» акционерлік қоғамы

МЕНШІКТІ ШАЙНАУ БҰЛШЫҚ ЕТІНІҢ СОҚҚЫДАН КЕЙІНГІ ОССИФИЦИРЛЕНГЕН МИОЗИТІ НАУҚАСТАРЫН ЕМДЕУДЕГІ ҚАТЕЛІКТЕР МЕН АСҚЫНУЛАРЫ

Біз құрастырған - меншікті шайнау бұлшық етінің соққыдан кейінгі оссифицирленген миозитін анықтау және емдеу алгоритмі мүмкін қателіктер мен асқынулардың алдын-алуына мүмкіндік береді.

Кілт сөздер: шайнау бұлшық еті, оссификация, бұлшық ет сүйектенуі, зақымдану, бет.

Summary

B.B. Kozhakov, H.L. Sagyndyk, T.U. Batyrov

Joint Stock Company "Astana Medical University", Nur-Sultan, The Republic of Kazakhstan
ERRORS AND COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH POST-TRAUMATIC
OSSIFICATION MYOSITIS OF THE MASTICATORY MUSCLES

Developed by us – an algorithm for the diagnosis and treatment of posttraumatic ossificans miositis of the masticatory muscles will make it possible to avoid possible errors and complication.

Keywords: masseter, ossification, muscle ossification, trauma, face.

Сведения об авторах:

Кожиков Бауыржан Билалович, к.м.н., доцент кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Акционерное общество «Медицинский Университет Астана». Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан. 010000, Казахстан. г. Нур-Султан, ул. Ш. Кудайбердыұлы, 5, kozhaikov.bauyrzhan@mail.ru

Сагындык Хасан Люкотович, к.м.н., профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Акционерное общество «Медицинский Университет Астана». 010000, Казахстан. г. Нур-Султан. Sagyndyk.khassan@mail.ru

Батыров Толеубай Уралбаевич, к.м.н., профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Акционерное общество «Медицинский Университет Астана». 010000, Казахстан. г. Нур-Султан. tulbat@mail.ru

Х.Л. Сагындык, Б.Б. Кожиков, Батыров Т.У.
АО «Медицинский Университет Астана», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
БЕЗ НАРУШЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ**

Резюме

Для контроля возможного рецидива опухоли необходимо ежегодное рентгенологическое обследование в течение 10 лет.

Ключевые слова: опухоль челюсти, челюсть, лицо.

Цель исследования. Явились удаления образования нижней челюсти щадящим способом без нарушения ее непрерывности больных первой и второй группы АБ с отдаленным (10лет) клинико-рентгенологическим наблюдением.

Материалы и методы. В челюстно-лицевой хирургии общепринятым методом лечения амелоблас-томы (облигатный предрак) является радикальное удаление образования с резекцией нижней челюсти в пределах здоровых тканей [1] И.И. Евдокимов (1964), (1) Ю.И. Вернадский (1966), возможность злокачественного перерождения амелобластомы отмечается у 1,5-4%. [2] В.А. Волковым (1990) проведено комплексное исследование амелобластомы (АБ) челюстей с использованием клинического, морфогистологического, гистометрического, визуально-клинического и в результате других индексов исследования, получены новые объективные диагностические и прогностические критерии. При этом выделены четыре группы АБ-1, АБ-2, АБ-3, АБ-4. При первой группе АБ рекомендовано щадящий метод, в виде экономной резекции с сохранением непрерывности нижней челюсти. Вторая группа АБ требует резекции с нарушением непрерывности челюстной кости. Для 3 и 4 групп АБ необходимо вмешательства, применяющиеся при лечении злокачественных новообразований.

Однако, учитывая относительно благоприятное клиническое течение АБ второй группы, считаем, что радикализм должен быть по принципу разумно достаточным, чтобы не инвалидизировать больного. Больные третьей и четвертой группы АБ должны оперироваться в отделении опухоли головы и шеи онкологического центра.

Причем во избежание рецидива опухоли, характер и объем хирургического вмешательства должен отвечать главным принципам современной онкологии — это соблюдение абластики и антиабластики. Радикальный способ лечения с резекцией нижней челюсти приводит к смещению подбородочного отдела челюсти в сторону дефекта, нарушается прикус, акт жевания и речи, то есть страдает основная функция нижней челюсти, происходит деформация нижней зоны лица (4) (Уразалин Ж.Б., Сагындык Х.Л.). Проводимая одномоментная восстановительная костнопластическая операция даже с применением современных технологий, не всегда дает ожидаемые положительные результаты и в последующем требуется длительная медицинская, социальная, психологическая и профессиональная реабилитация больного. Обязательным является консультация врача-онколога-хирурга отделения опухоли головы и шеи.

Описание и результаты исследования. В нашей клинической практике из 19 оперированных больных по поводу амелобластомы, 13 – проведена операция экскохлеация опухоли внутри ротовым доступом. В последующем костная полость обрабатывалась бормашинной-фрезой, концентрированным раствором фенола, чтобы вызвать некроз эпителиальных клеток амелобластомы (Григорчук Ю.Ф., 2001). Образовавшийся дефект заполнялся кровью взятый из вены больного и аутокостью. При больших дефектах мы дополнительно использовали искусственную кость в соотношении 1:1. Слизистая оболочка над костной полостью ушивалась наглухо в два этажа. В отдаленные сроки наблюдения до 10 лет у 2 (15,4%) человек обнаружен рецидив опухоли через 1,5 и 2 года в виде деструкции костной ткани с четкими краями размерами 8,0x7,0мм и 11,0x10,0мм. Больные повторно оперированы под местным обезболиванием. Проведена окончательная резекция костной ткани отступая от образования на 5,0мм со всех

сторон. Результат гистологии послеоперационного материала - рецидив амелобластомы. Общий срок наблюдения после повторной операции 11 и 13 лет. Рецидива не было.

При обширных образованиях в области угла и ветви нижней челюсти (более 4-5см) проводили общее обезболивание, а при небольших -проводниковую и инфильтрационную анестезию на фоне премедикации. Приводим пример случаев оперированных вышеуказанным способом. Больной Ж., 25лет, обратился через 1 год после случайного обнаружения опухоли врачом-стоматологом. Предварительный диагноз: амелобластома в области угла и тела нижней челюсти справа. Консультирован врачом-онкологом отделения опухоли головы и шеи, с-г исключен. Оперирован 14.02.2014 г. под эндотрахеальным наркозом. Послеоперационный гистологический диагноз тот же. Костная полость после всех вышеуказанных процедур заполнена кровью и аутокостью взятой из подвздошной кости. Раневая полость закрыта тахокомбом. Слизистая оболочка ушита викрилом в два этажа. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением.



Рис.1. Ортопантомограмма больного до операции. Деструкция костной ткани с четкими границами от половины ветви нижней челюсти до 4.4 зуба, размерами 5,0x2,0см.(стрелка). В полость образования выступают корни 4.6, 4.5 и 4.4 зубами.



Рис.2 Контрольная ортопантомограмма больного Ж., после операции через 7 дней. В костной полости видны (стрелка) остеинтеграционные препараты. Удалены зубы 4.6,4.5,4.4.

Обсуждение. При вышеуказанных оперативных вмешательствах, когда больные перенесли шадящее хирургическое вмешательство со стороны полости рта, эстетических нарушений лица практически не бывает. Медицинская реабилитация является несложной и больные социальной адаптации не нуждаются. Функция зубочелюстной системы можно восстановить через 4 недели съемными или мостовидными протезами, а зубную имплантацию, мы рекомендуем не раньше 12 месяцев.

Выводы. Для контроля возможного рецидива опухоли, необходимо один раз в 6 месяцев ежегодное лучевое обследование (ортопанмограмма, КТ) в течение первых 5 лет, а в последующем 1 раз в год еще 5 лет. Удаление рецидива в виде небольших полостей легко устранимо в амбулаторных условиях. Обязательным является гистологическое исследование удаленного материала.



Рис.3.Контрольная ортопантомограмма того же больного Ж., через 9 месяцев. Дефект костной ткани восстановлен вновь образованной (стрелка) костью.

Литература

- Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.-3-е изд.перераб. и доп.- М. медицинская литература, 2000. – с.293-298.
- Волков В.А. Глава XXVII Одонтогенные доброкачественные опухоли. [https:// helpiks.org/6-10258. Htm/](https://helpiks.org/6-10258.Htm/)
- Григочук Ю.Ф. Амелобластома нижней челюсти. М., 2001. 98С.
- Уразалин Ж.Б., Сагандыков Х.Л. Анализ осложнений костнопластических операций на нижней челюсти. Ж. Вестник военной медицины Казахстана. Алматы, 1996, №2, с.45-46.
- Уразалин Ж.Б., Сагандыков Х.Л., Вовк Е.В., Сейткулов А.Б. Проблемы и перспективы развития костно-пластических операций челюстно-лицевой области. Ж. Вестник Каз. ГМУ. 1998, №2, с.3-7.
- H.L. Sagyndyk, B.B. Kozhakov. Ameloblastoma of the mandible. The FASEB journal. (The Journal Federation of America Societies for Experimental Biology). Ссылка на сайте: [http://www.fasebj.org/content/29/ 1_Supplement/ LB7.abstract?sid=666fe19a-07bd-408c-987f-7d7f4c6a68d3](http://www.fasebj.org/content/29/1_Supplement/LB7.abstract?sid=666fe19a-07bd-408c-987f-7d7f4c6a68d3)
7. Сагандыков Х.Л., Кожиков Б.Б., Ревюк И.С. Способ восстановления дефектов нижней челюсти. Авторское свидетельство № гос. рег. 2001/12331 от 28.09.2001г.

Түйін

Хасан Люкотович Сағындық, Бауыржан Билалович Қожақов, Батыров Төлеубай Оралбаевич
«Астана Медициналық Университеті» акционерлік қоғамы
ТӨМЕНГІ ЖАҚТЫҢ АУМАҚТЫ ҚАТЕРСІЗ ІСІКТЕРІН СҮЙЕК ТІНІ БҮТІНДІГІН ҮЗБЕЙ ЕМДЕУ
ӘДІСІНІҢ ТӘЖІРИБЕСІ

Ісіктің қайта пайда болуы мүмкіндігін қадағалау үшін 10 жыл бойы рентгендік тексеру қажет.

Кілт сөздер: жак ісіктері, жак, бет.

Summary

H.L. Sagyndyk, B.B. Kozhakov, T.U. Batyrov
Joint Stock Company “Astana Medical University”, Nur-Sultan, The Republic of Kazakhstan
EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF VOLUMETRIC BENIGN TUMORS OF THE LOWER JAW
WITHOUT BREAKING THE BONE TISSUE

Control tumor recurrence must be an annual survey with X-rays for 10 years.

Keywords: jaw swelling, jaw, face.

Сведения об авторах:

Сағындық Хасан Люкотович, к.м.н., профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Акционерное общество «Медицинский Университет Астана». 010000, Казахстан. г. Нур-Султан. Sagyndyk.khassan@mail.ru

Қожақов Бауыржан Билалович, к.м.н., доцент кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Акционерное общество «Медицинский Университет Астана». Главный военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан. 010000, Казахстан. г. Нур-Султан, kozakov.bauyrzhan@mail.ru

Батыров Тулеубай Уралбаевич, к.м.н., профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Акционерное общество «Медицинский Университет Астана». 010000, Казахстан. г. Нур-Султан. tulbat@mail.ru

Абдыбекова А.К., докторант PhD, КазМУНО
Алдашева М.А., д.м.н., профессор, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО БИОДЕГРАДИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА В ЭНДОДОНТИИ

Ключевые слова: композитные материалы, гидроксиапатиты, электроспиннинг, эндодонтия, осложненный кариес.

Медицина будущего, базируется на совокупности «прорывных» технологий, определяющих возможность появления новых высокотехнологичных продуктов и услуг (рис.1).

Рис.1



Одним из основных направлений научно-технического развития в РК должно стать снижение импортозависимости за счет создания конкурентоспособных материалов и технологий в области медицины.

Целью нашего исследования является – разработка композита (полимер/ГАП/АБ), который может использоваться для лечения различных форм осложненного кариеса с деструктивным поражением окружающей костной ткани.

Материалы и методы. Методика синтеза указанных материалов была разработана в РК, на базе РГП «Институт проблем горения».

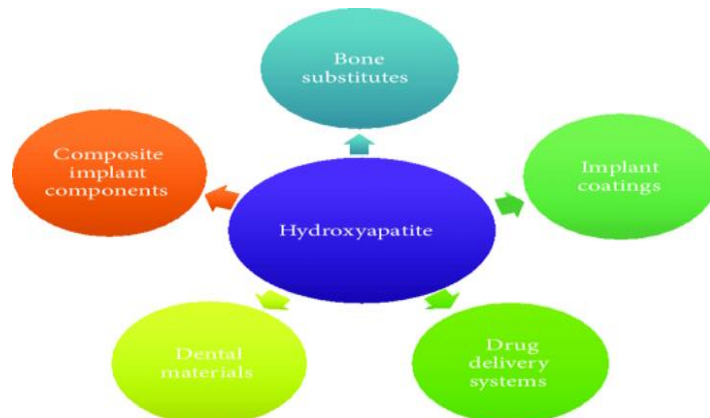
Институт проблем горения (1990) - ведущее научное учреждение, главной задачей которого является развитие таких областей науки как химическая физика, процессы горения, плазмохимия, механохимия, нано-материалы и нанотехнологии, 3D принтинг и др.

Получение биodeградируемых материалов с заданными свойствами условно разделили на 2 этапа: 1 этап - синтез ГАП из биологического сырья. 2 этап – из синтезируемого ГАП изготовление композита с заданными свойствами. Он совмещал в своем составе: ГАП/Полимер/антибиотик.

Композиты (в биоинженерии) – означает вещества, образованные сочетанием разнородных компонентов, которые в сумме дают эффект, равносильный созданию нового материала. И при этом свойства композита качественно и количественно отличаются от свойств каждого составляющего.

Гидроксиапатиты (ГАП), в течение многих лет играют ключевую роль в инженерии биоматериалов ввиду их высокой биосовместимости и биоактивности (рис.2).

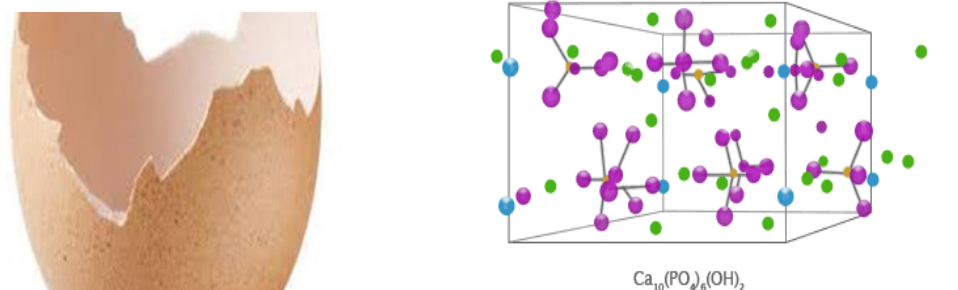
Рис.2



В настоящее время актуальным является поиск различных биосовместимых/биodeградируемых материалов органического происхождения для использования их в медицинских целях. Биологическое сырье: известняк, моллюски, морские губки, коралловые полипы, устричные раковины и др.

В нашем исследовании для синтеза нанокристаллического биodeградируемого ГАП использовался биологический источник - яичная скорлупа птиц (рис.3).

Рис.3



Синтез ГАП из биологического сырья состоит из ряда различных процессов: Яичная скорлупа, отжигалась в течение 2-3 часов при температуре 900-1000 °С. В полученный остаток добавляли 6-9% -ный раствор ортофосфорной кислоты при от 60 до 80 °С. Поддерживали рН в диапазоне 6-8 на протяжении всей реакции, чтобы получить ГАП с отношением Ca / P = 1,67. Полученный раствор подвергали воздействию УЗ для обеспечения однородного размера кристаллов. Без дополнительного нагревания оставался ГАП с чистотой более 95% и размером частиц менее 1 мкм.

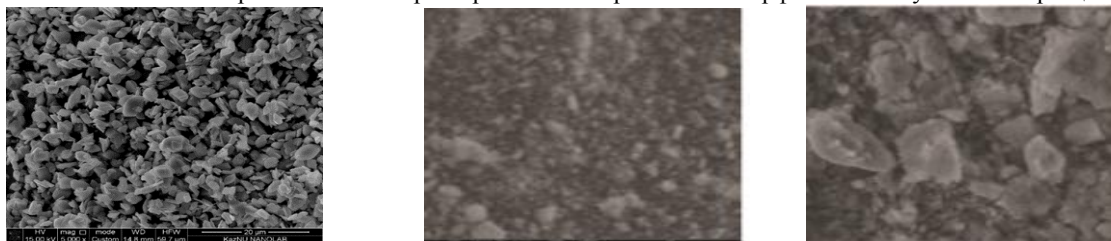
Проведение нами сравнительного анализа синтезированного ГАП с существующими коммерческими аналогами подтвердил, что содержание ГАП в нашем продукте 95%, что сопоставимо с показателем такого же аналога ведущих производителей ГАП Американской компанией Sigmaaldrich. Несмотря на то, что размер частиц был сопоставим у сравниваемых продуктов, такие показатели, как удельная поверхность и удельный объем пор значительно превышали (таб.1).

Таб.1 Сравнительный анализ синтезированного ГАП с существующими коммерческими аналогами (СЭМ, РФА)

Производитель	Содержание гидроксиапатита кальция, %	Размер частиц, микрон	Удельная поверхность, м ² /г	Удельный объем пор, см ³ /г	Средний размер пор, нм
ИПГ, Алматы, РК	95	1-2	161,4	0,069	1,7
Berlinchemie, Германия	60	1-2	61,6	0,026	1,7
ЮКОК, Шымкент, РК	89	1-2	77,9	0,033	1,7
Sigmaaldrich (США)	95	0,5	9,4		1,7

И это было подтверждено на сканирующей электронной микроскопии (рис.4).

Рис.4. Сравнительная характеристика поверхностной морфологии полученных образцов



ГАП, ИПГ, РК.

ГАП, Berlin chemie, Германия

ГАП, ЮКОК, РК

СЭМ. Микроскоп QUANTA 3D 200i (Лиссабон, Португалия) с ускоряющим напряжением 30 кВ.

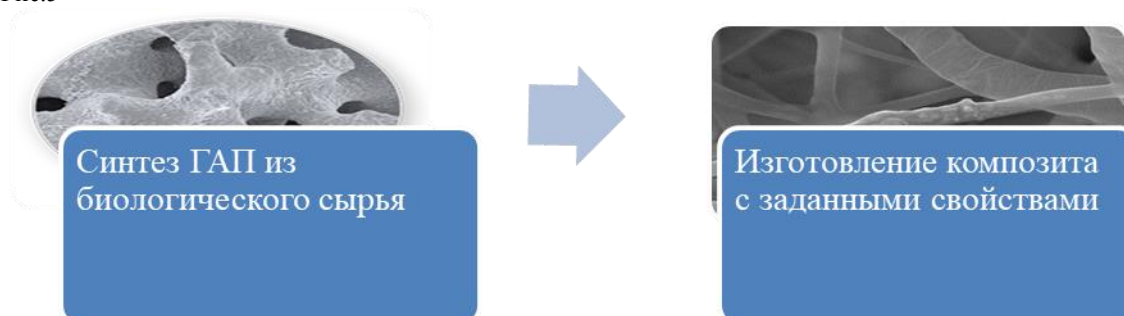
В результате синтеза был получен ГАП высокой чистоты, дисперсности и пористости:

- Высокая степень чистоты (до 95%)
- Высокие удельная площадь поверхности и удельный объем пор

Данные параметры являются основополагающими при использовании гидроксиапатита кальция в медицине и стоматологии.

Мы для получения биodeградируемого материала медицинского назначения с заданными свойствами использовали следующие этапы (рис.5):

Рис.5



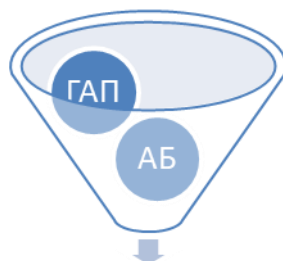
Традиционный состав биоинженерных композитов

- а) пластичной полимерной основы (матрицы)
- б) активного наполнителя

Биodeградируемые полимерные матрицы выполняют функции систем-носителей для адресной доставки активного наполнителя (лекарственных препаратов) в очаг поражения.

В нашем исследовании в полимерную пленку был добавлен синтезированный ГАП и антибиотик (рис.6).

Рис.6



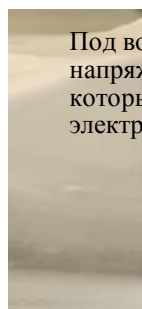
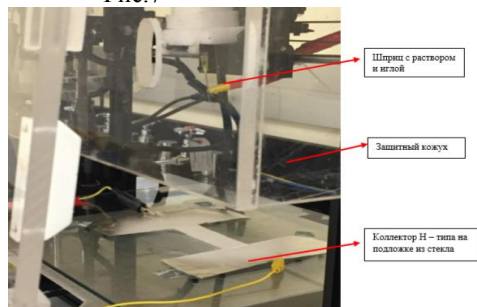
Раствор полимера с **ГАП и АБ**

Здесь нужно отметить, что активные вещества (ГАП, АБ) могут быть: равномерно распределены в полимерной матрице и инкапсулированы в состав матрицы.

Последний более эффективный. Но для этого нужна очень высоко технологичная методика, она носит название электроспиннинг.

Электроспиннинг — способ получения полимерных волокон (пленок) в результате действия электростатических сил на струю раствора полимера. Ниже на рисунке видно как выглядит эта установка, которая функционирует в институте проблем горения. Имеется шприц с раствором полимера и полимер вытекает оттуда. Под воздействием высокого электрического напряжения раствор распыляется на очень мелкие капли, которые затем осаждаются на противоположный электрод, которым служит алюминиевая фольга на подложке (рис.7).

Рис.7

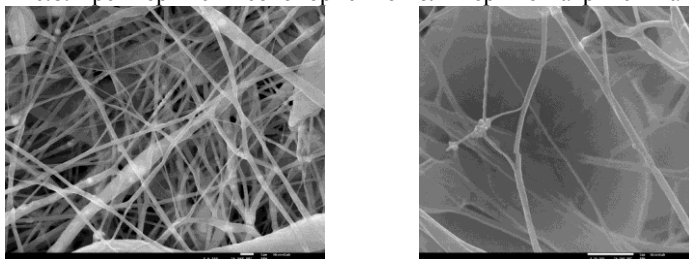


Под воздействием высокого электрического напряжения распыляется на очень мелкие капли, которые затем осаждаются на противоположный электрод (алюминиевая фольга на подложке).

Раствор с полимером и активным веществом вытекает из дозирующего шприца

В результате получается трехмерная высокопористая полимерная пленка. Ниже на рисунке 8 на электронном сканирующем микроскопе видно как она выглядит.

Рис.8. Трехмерные высокопористые полимерные матрицы на (СЭМ)



Преимущества данного метода:

- Метод электроспиннинга позволяет получать трехмерные наноразмерные полимерные волокна
- Пористая поверхность матрикса определяет кинетику высвобождения лекарственного вещества
- Заданная концентрация лекарственного вещества (5-7%) обеспечивает пролонгированное и контролируемое высвобождение активных веществ из полимерного носителя в окружающие ткани.

Основанием для выбора антибиотика и гидроксиапатита в качестве активных действующих веществ в составе композита служили следующие факты:

1. Гидроксиапатит обладает - остеоиндуктивностью/остеокондуктивностью, биоразлагаемостью и пр.
2. Антибиотик. Системное введение антибиотиков не всегда обеспечивает достаточную концентрацию лекарственного вещества в очаге поражения, в то же время прямое введение антибиотиков локально часто приводит к неблагоприятному соотношению эффективных доз и токсичных эффектов.

Это особенно актуально при лечении хронического апикального периодонтита с вовлечением в процесс костной ткани (рис.9), прогрессирующей деструкцией костной ткани и в связи с этим перспективно применение нашего композита, так как возможно его интраканальное введение и заапикальное введение.

Рис.9. Хронический апикальный периодонтит с вовлечением в процесс костной ткани



Таб.2

Сравнительная характеристика композитов для оценки антимикробной активности *in vitro*

	Композит (ИПГ)	Композит «Коллапан» («Интермедапатит», РФ)
Полимер	Синтетический поликапролактон • Механическая прочность (возможность применения для электроспиннинг наноразмерных волокон)	Коллаген аллопластический склеральный • Низкая прочность • Активные вещества распределены в матрице, что не позволяет добиться гомогенности
Активное вещество 1	ГАП из биологического сырья	Синтетический ГАП
Активное вещество 2	Антибиотик (амоксцилина клавуланат)	Антибиотик (линкомицина гидрохлорид)
		

Для оценки антимикробной эффективности синтезируемого продукта, в качестве сравнения был взят материал – композит российского производства «Коллапан». Принципиальными отличиями между нашим продуктом и продуктом сравнения были следующие: наш материал синтетический полимер – поликапролактон. Он более современный, обладает механической прочностью, что позволяет использовать его в эллекроспиннинге. А в коллапане был аллопластический склеральный коллаген, который отличается низкой прочностью. Его активные вещества распределены в матрице, что не позволяет добиться гомогенности (таб.2).

В нашем продукте в качестве антимикробного вещества был выбран антибиотик широкого спектра действия амоксициллин (группа полусинтетических пенициллинов) с ингибитором бета-лактамаз клавулановой кислоты. Амоксициллин клавуланат –относится к группе доступных антибиотиков (access group, WHO,2017). Препарат выбора для лечения одонтогенных поражений. Наиболее чувствительный антибиотик в отношении штаммов *Enterococcus faecalis*, патогена наиболее резистентного к действию ирригационных растворов и гидроокиси кальция при медикаментозной обработке корневых каналов и ответственного за неэффективность первичного эндодонтического лечения.

Для определения антимикробной активности композитов *In vitro* мы поставили задачи: - Выявить различия в скорости и длительности высвобождения антибиотика Выявить различия в антимикробном действии по отношению *Enterococcus faecalis*. Для этого у нас были взяты образцы материалов как на рисунке 10.

Рис.10.

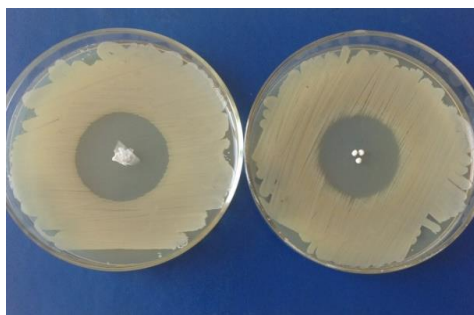


Сначала провели сравнительную оценку антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *S.aureus*. Внизу на рисунке 11 видна значительная зона задержки роста в миллиметрах. Мы посеяли на две среды: среду Мюллера-Хинтона и кровяной агар. И в том, и в другом случае сопоставимы, одинаковые результаты. Принципиальной разницы между двумя препаратами нету (таб. 3).

Рис.11. Сравнительная оценка антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *S.aureus* (диаметр задержки роста, мм).

Среда Мюллера-Хинтона

Кровяной агар



Композит (ИПГ)

Коллапан-Л



Композит (ИПГ)

Коллапан-Л

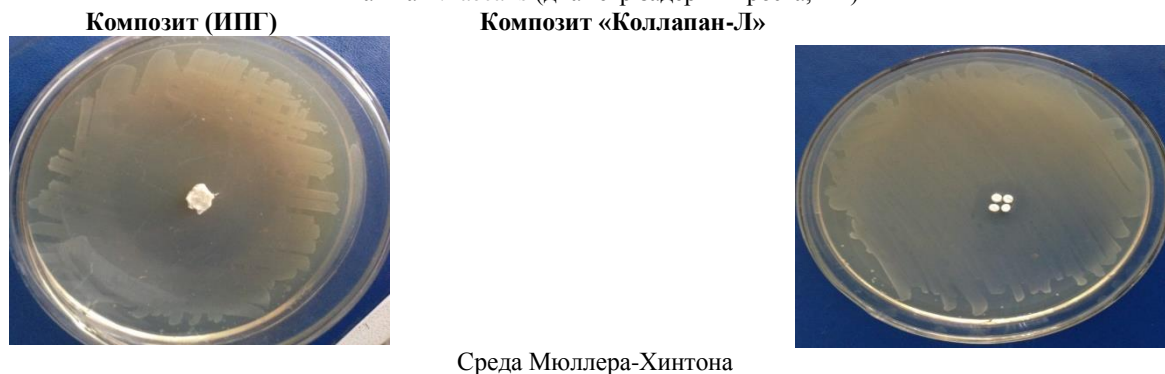
Таб.3.

Сравнительная оценка антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *S.aureus* (диаметр задержки роста, мм)

	Композит (ИПГ)	Коллапан Л
Штамм <i>S. aureus</i>	18 часов / 72 часа	18 часов / 72 часа
Среда Мюллера-Хинтона	3,8 мм / 3,8 мм	3,5 мм/3,5 мм
Кровяной агар	4,0 мм / 4,0 мм	4,3 мм/4,2 мм

Затем мы провели оценку антимикробного действия в отношении *E. faecalis* на среде Мюллера-Хинтона. На следующем рисунке 12 очень хорошо видна большая задержка роста у нашего композита и фактически отсутствие зоны роста у коллапана.

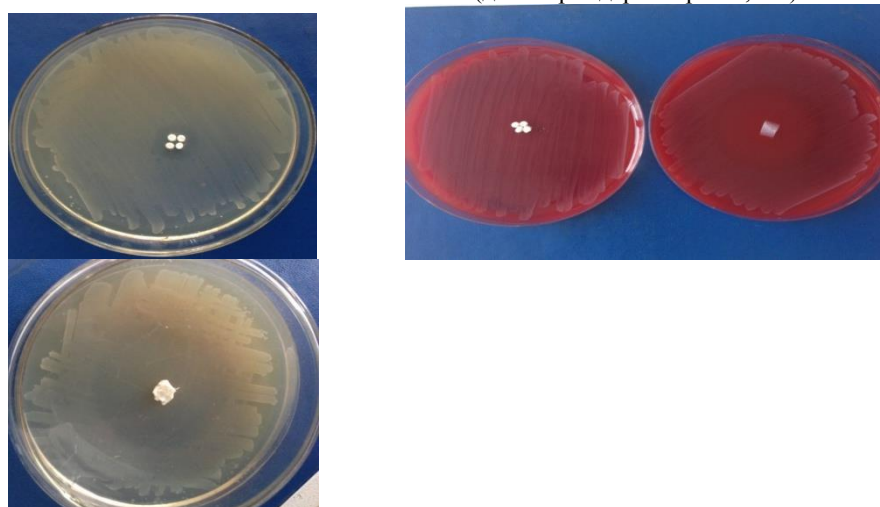
Рис.12. Сравнительная оценка антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *E. faecalis* (диаметр задержки роста, мм)



Среда Мюллера-Хинтона

Точно такие же результаты были на кровяном агаре (рис. 13).

Рис. 13. Сравнительная оценка антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *E. faecalis* (диаметр задержки роста, мм)



Внизу на таблице 4 хорошо видно что коллапан не дает задержку роста *E. faecalis* (так как в составе линкомицин). А в композите через 18 часов задержка роста составляет 4,5 мм, через 72 часа она увеличивается, что свидетельствует о пролонгированном продолжительном выделении антибиотика.

Таб.4.

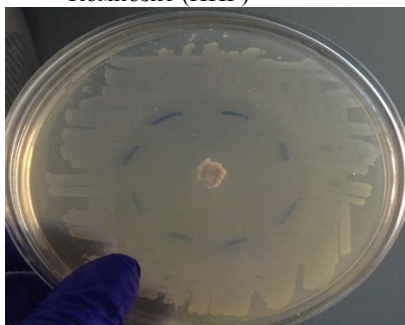
Сравнительная оценка антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *E. faecalis* (диаметр задержки роста, мм)

	Композит (ИПГ)	Коллапан Л
Штамм <i>E. faecalis</i>	18 часов / 72 часа	18 часов / 72 часа
Среда Мюллера-Хинтона	4,5 мм / 5,3 мм	1,5 мм / 1,5 мм
Кровяной агар	4,0 мм / 4,2 мм	0,3 мм / микробный рост

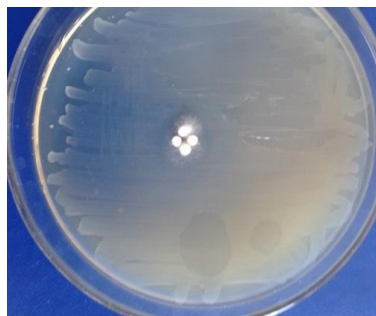
Внизу на рисунке 14 видно как мы отметили (заштриховали) зону задержки роста. Она увеличилась практически на сантиметр, это очень хороший результат. В то время как в коллапане рост был минимальным, так же он дал дополнительную микробную обсемененность через такой же промежуток времени.

Рис.14. Сравнительная оценка антимикробного действия композитов в отношении эталонного штамма *E. faecalis* (диаметр задержки роста, мм) . Через 72 часа.

Композит (ИПГ)



Коллапан-Л



Результаты и обсуждения. Таким образом, начальные микробиологические исследования показывают возможность нашего синтезированного композита (полимер/ГАП/АБ) :

- ингибировать рост патогенных микроорганизмов
- способствовать пролонгированному действию входящего в его состав АБ.

Безусловным преимуществом синтезированного материала является:

- Высокая степень гомогенности , обусловленная интегрированием активных веществ в матрицу
- возможность адресной доставки ЛС в очаг поражения
- возможность выбора того или иного ЛС и его оптимальной концентрации в зависимости от характера и тяжести поражения

Выводы (перспективы применения в эндодонтии)

1. Синтезированный ГАП, сам по себе, ввиду высокой чистоты и дисперсности может быть использован как составная часть материалов для временной и постоянной obturation корневых каналов
2. Композиты (полимер/ГАП/АБ) ввиду контролируемого и пролонгированного действия активных компонентов могут использоваться для лечения различных форм осложненного кариеса с деструктивным поражением окружающей костной ткани

УДК: 616.724

Темуров Ф.Т., к.м.н., Кабулов Д.М., Масадыков Ш.Г.

Стоматологический факультет Международного казахско-турецкого университета им. Ходжи Ахмеда Ясави, Республика Казахстан, Туркестанская область, г.Туркестан, проспект Б.Саттарханова ,29.

ПЕРЕЛОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: АКТУАЛЬНОСТЬ, РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ТҮЙІН

Жоғарғы жақ сүйегіндегі ұяшық өсіндісінің сынуы жақ-бет аймағы хирургиясында емдеу тұрғысынан қарағанда жеңіл болып көрінгенмен, тәжірибеде керісінше болуы мүмкін. Емдеу әдістерінің қарапайымдылығы көпшілік жағдайларда нәтижелері мамандардың сұранысын қанағаттандырмайды. Себебі, әлге дейін нақты тұжырымның жоқтығы. Сондықтан, емдеу әдістерін жетілдіру мақсатында тәжірибеде жаңа технологиялық әдістер мен дайындалған пластмасса өнімдерінен пайдаландық. Болжамы қолайлы.

Кілт сөздері: Жоғарғы жақ сүйегіндегі ұяшық өсіндісі, сыну, емдеу әдістері, жаңа технологиялық әдістер, пластмасса өнімдерінен пайдалану

Актуальность: В челюстно-лицевой хирургии перелом альвеолярного отростка верхней челюсти встречается гораздо чаще, чем нижней. Это обусловлено не только особенностями строения костной ткани, но и соотношением челюстей между собой. Переломы альвеолярного отростка встречаются наиболее часто при поражении верхней челюсти. Клинические проявления этих переломов зависят от топографии линии перелома. Переломы в пределах зубного ряда являются наиболее простыми.

Перелом альвеолярного отростка – повреждение с полным или частичным нарушением целостности анатомической части кости верхней (нижней) челюсти, несущей на себе зубы. Альвеолярный отросток верхней челюсти представляет собой изогнутую костную структуру. Костные ткани верхней и нижней челюсти на протяжении человеческой жизни подвержены постоянным изменениям. Это объясняется теми физическими и рабочими нагрузками, которые приходятся на зубы. Он является продолжением тела верхней челюсти книзу и имеет вестибулярную, небную поверхности и край, на котором расположены восемь альвеол. Альвеолярный отросток состоит из губчатого вещества, заключенного между наружной и внут-

ренней пластинками компактного вещества. Луночки отделены друг от друга костными межальвеолярными перегородками. Межлуночковые и межкорневые перегородки состоят из губчатого вещества, покрытого твердой пластинкой. Губчатое вещество составляет 2/3, а компактное - 1/3 общего объема костной ткани альвеолярного отростка.

Наружная компактная пластинка тоньше внутренней, особенно в области передних зубов. По бокам они выстланы твердой пластинкой, которая в области дна прилежит к губчатому веществу альвеолярного отростка, а в краевой части сливается с наружной вестибулярной и внутренней оральной компактными пластинками альвеолярного отростка. Твердая пластинка содержит фиброзные волокна, которые принимают участие в фиксации зуба в лунке. Луночка клыка является самой глубокой, достигая 18 мм.

Компактные пластинки верхней челюсти более тонкие. К тому же при ортогнатическом прикусе верхние резцы перекрывают нижние зубы, защищая их от травмирования.

Сами же передние зубы верхней челюсти открыты при ударе. Именно на них и приходится максимальная травмирующая сила. Переломы альвеолярного отростка, сочетанные с нарушением целостности апикальной трети корней, диагностируют редко. У детей наиболее часто выявляют переломы альвеолярного отростка в возрасте от 5 до 7 лет, что обусловлено наличием в кости фолликулов постоянных зубов.

К основным причинам переломов альвеолярного отростка относят травмы, удары, падение с высоты. На характер смещения поврежденных фрагментов влияют тяга мышц, площадь отломка, кинетическая энергия удара. Если линия приложения силы проходит в сагиттальной плоскости, передний отломок, образовавшийся в результате перелома альвеолярного отростка, смещается внутрь ротовой полости. В случае нарушения целостности бокового отдела челюсти подвижный фрагмент перемещается в направлении срединной линии и внутрь.

У пациентов с глубокой окклюзией и отсутствием боковых зубов повреждение, нанесенное снизу в область подбородка, приводит к смещению переднего участка верхней челюсти кпереди, кинетическая энергия удара передается на костную ткань через нижние резцы. Перелом альвеолярного отростка в участке моляров возникает вследствие травмирования узким предметом зоны, расположенной между нижней челюстью и скуловой дугой. К анатомическим структурам, защищающим от перелома альвеолярного отростка верхней челюсти, относят носовой хрящ, скуловую дугу и кость. Нижняя челюсть усилена подбородочным бугром и косыми линиями [1,2,3,4,5].

Количество переломов альвеолярного отростка верхней челюсти в последнее время постепенно растет, а лечение этих переломов проблематично.

Цель данной научной работы является усовершенствование методов лечения переломов альвеолярного отростка верхней челюсти с применением материалов инновационной технологии (на примере элайнера).

Для выполнения цели были поставлены следующие задачи: Провести сравнительную характеристику между традиционными методами лечения альвеолярного отростка верхней челюсти и методами лечения с применением материалов инновационной технологии (на примере элайнера).

При переломе альвеолярного отростка больные жалуются на интенсивную самопроизвольную боль, которая усиливается при попытке сомкнуть зубы. Глотание слюны также сопровождается болезненностью. У больных с переломом альвеолярного отростка рот полуоткрыт. В тканях околоротовой области выявляют одиночные или множественные ссадины, раны. На фоне отечной слизистой оболочки полости рта диагностируют ушибленно-рваные повреждения. При переломе альвеолярного отростка со смещением под кровотокающей слизистой оболочкой находится край отломанного участка кости. В результате кровоизлияния переходная складка сглаживается. Прикус у больных нарушен по причине смещения отломанного фрагмента. При смыкании окклюзионный контакт определяется только на режущих краях и жевательных поверхностях зубов поврежденного участка. Зубы подвижны, вертикальная перкуссия положительная. При неполном переломе альвеолярного отростка причиной нарушения окклюзии являются полные или вколоченные вывихи зубов. При переломе альвеолярного отростка часто диагностируют кровоизлияние и кровотечение из рваной раны слизистой оболочки или зубодесневого соединения.

Диагностика перелома альвеолярного отростка включает сбор жалоб, физикальный осмотр, рентгенографическое исследование. В ходе клинического обследования выявляют припухлость мягких тканей, нарушение целостности кожных покровов приротовой зоны. Открывание рта затруднено. На красной кайме губ, а также на слизистой оболочки полости рта определяют ушибленно-рваные раны. Прикус нарушен. Могут наблюдаться полные и частичные вывихи зубов, сопровождающиеся кровотечением. Отмечается патологическая подвижность зубов поврежденного фрагмента кости. Вертикальная перкуссия зубов сместившегося участка, а также тех, которые граничат с линией перелома, положительная. Пальпаторное исследование при переломе альвеолярного отростка является высокоинформативным. За счет выявления подвижных точек при смещении поврежденного фрагмента в сагиттальной и трансверсальной плоскостях удаётся клинически воспроизвести линию перелома. Надавливание на альвеолярный отросток сопровождается болезненностью. Симптом нагрузки положительный. Решающим при постановке диагноза «Перелом альвеолярного отростка» являются результаты рентгенографии. У больных с повреждением альвеолярной части на снимке выявляют

просветление костной ткани с неровными границами, по форме, напоминающее арку. В связи с более плотной структурой костной ткани перелом альвеолярного отростка нижней челюсти имеет более четкие контуры.

Электроодонтодиагностика (ЭОД) используют для определения состояния пульпы зубов поврежденного фрагмента. Диагностику проводят дважды. При первом исследовании показатели чувствительности пульпы, как правило, снижены. Повторное обследование в динамике через 2 недели помогает определить дальнейшую тактику стоматолога, так как жизнеспособность пульпы может восстановиться. В норме ЭОД 6 мкА, значение в диапазоне 20-100 мкА говорит о пульпите, показатели ЭОД 100 мкА и выше сигнализируют о некрозе пульпы, развитии периодонтита.

Перелом альвеолярного отростка необходимо дифференцировать с травмами мягких тканей и с другими переломами костей челюстно-лицевой области. Клиническое обследование проводит челюстно-лицевой хирург. Под проводниковым обезболиванием производят репозицию отломка в правильное положение. Лечение перелома альвеолярного отростка включает устранение болевого синдрома, антисептическую обработку поврежденных тканей, ручную репозицию отломков, иммобилизацию. С целью обезболивания выполняют проводниковую анестезию.

При переломе альвеолярного отростка со смещением производят ревизию раны, сглаживают острые края кости и ушивают слизистую оболочку наглухо или закрывают костную рану йодоформной повязкой. После репозиции отломков челюсти наложением обычной связующей алюминиевой шины удается в довольно короткие сроки достичь сращения отломков.

Сместившийся фрагмент устанавливают в правильном положении под контролем окклюзионных соотношений. Для иммобилизации чаще всего используют гладкую шину-скобу, изготовленную из алюминиевой проволоки. Ее изгибают со щечной поверхности зубов. Иммобилизацию отломка осуществляют с помощью гладкой шины-скобы, если на неповрежденном участке альвеолярного отростка имеется не менее 2-3 устойчивых зубов с каждой стороны от щели перелома. Если по бокам отломка нет зубов, для его иммобилизации изготавливают пластмассовую зубонад-десневую шину. Центр её располагают на поврежденном альвеолярном отростке, а боковые отделы - в виде базиса протеза (по обе стороны от него). Через шину просверливают насквозь неповрежденный альвео-лярный отросток с обеих сторон. В образовавшиеся каналы вводят капроновые или проволочные лигатуры и их концы связывают над шиной в преддверии рта. Иммобилизацию отломка осуществляют в течение 5-7 недель.

Если произошел полный отрыв отломка, острые костные края необходимо сгладить фрезой, а слизистую оболочку после мобилизации ушивают наглухо над костной раной. Если это сделать не представляется возможным, костную рану закрывают марлевым тампоном, пропитанным йодоформной смесью или пастой «Alvogil». Первую смену тампона производят на 7-8-е сутки. Если щель перелома проходит через корни зубов, консолидация отломка чаще не наступает. Связано это с плохим кровоснабжением и нарушением иннервации фрагмента. Кроме того, удалить отломанные верхушки зубов без дополнительных разрезов и отслаивания слизисто-надкостничного лоскута невозможно. Это ещё больше ухудшает питание отломанного участка. В данной клинической ситуации рациональнее сразу провести ПХО (первичной хирургической обработки раны) аналогичную таковой при полном отрыве сломанного фрагмента.

Предлагаемый нами методы лечения альвеолярного отростка верхней челюсти с применением материалов инновационной технологии.

Суть данного метода следующее: под проводниковым обезболиванием производят репозицию отломка в правильное положение, затем снимаем 2-х слойный слепок с помощью «ZETAPLUS».

В лаборатории отливаем модель с помощью «Элайнера» изготавливаем без цветный типа каппа. Готовый каппа одеваем, где снимали слепок, который держат отломки в правильном положении.



Рис.1. Во время обследования больного.

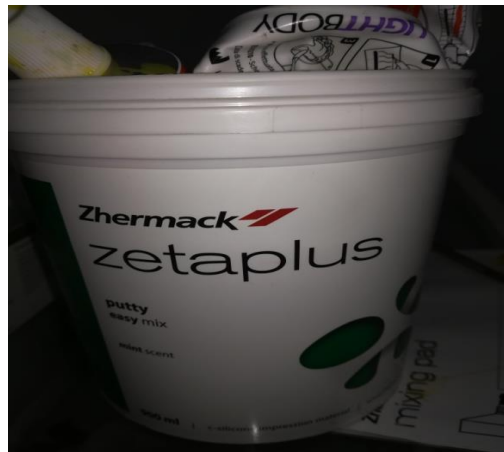


Рис.2. Слепочный материал «ZETAPLUS».

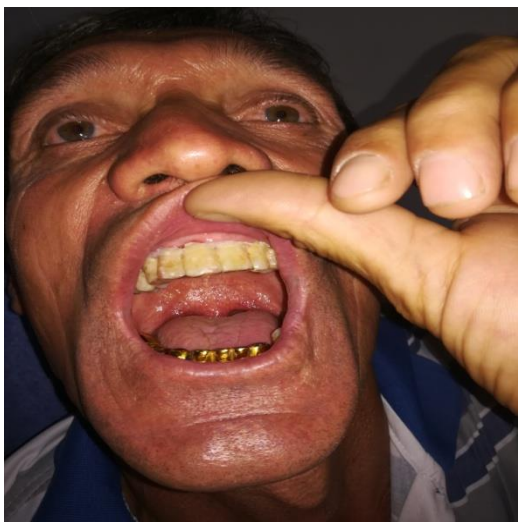


Рис.3. Изготовленный каппу держит отломки в правильном положении.

Элайнеры являются разновидностью капп, конструкция выполняется из пластика или силикона и является достаточно прочной и жесткой, поэтому пациенты почувствуют, как они плотно прилегают к зубам. Элайнеры применяются для исправления прикуса, поскольку сама жесткая конструкция при правильном исполнении оказывает давление на зубной ряд. Как известно, во всех возрастах зубы подвижны, поэтому даже минимальное давление в течение длительного времени меняет направление роста зубов, выстраивая их в ровный ряд. Таким образом, предлагаемый наш метод относится к инновационным методам лечения альвеолярного отростка верхней челюсти с применением материалов инновационной технологии. Метод очень прост в применении, менее

травматичен, практичен. Рекомендуем к широкому применению врачам челюстно-лицевому хирургии.

Литература

1. Хирургическая стоматология : учебник (Афанасьев В. В. и др.); под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/alveolar-fracture
3. <https://pcvoice.ru/raznoe/chto-takoe-alveolyarnyy-otrostok>
4. Робустова Т.Г. // Хирургическая стоматология – 2003 г.
5. Поленичкин В.К.// Клинические лекции по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Новокузнецк – 2015.

SUMMARY

The fracture of the upper bone cell growth may be contrary to the practice that seemed to be lightweight in the treatment of jaundice surgery. The simplicity of treatment methods often does not meet the needs of professionals. The reason is that there is no definite conclusion. Therefore, in order to improve the therapeutic methods, we used the newest technological methods and plastic products. The forecast is acceptable.

Key words: High bone cell growth, fracture, simplicity of treatment methods, no clear conclusions, new technological methods, use of plastic products

УДК 616.8; 616.31; 617.52-089

Темуров Ф.Т., кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой хирургической и стоматологии детского возраста «Международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Ясави», г. Туркестан
Аширбеков Г.К., доктор медицинских наук, кафедра «Адам патологии» Международного казахско-турецкого университета имени Х.А. Ясави, г. Туркестан

РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ УХОДА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА)

Актуальность. На сегодняшний день в Республике Казахстан все стоматологические материалы, зубные пасты, порошки, ополаскиватели ротовой полости и т.д., как гигиенические средства выпускаются иностранными фирмами, где порой мы не знаем из каких ингредиентов они состоят. Хотя в нашей Республике имеются аналогичные фармакологические и косметологические лаборатории, на прилавках аптечных магазинах и киосков продаются зарубежные гигиенические материалы, которые порой не соответствуют ГОСТу и СанПином нашей Республики, могут привести к нежелательному эффекту.

Цель работы: Исследовать антисептические свойства изучаемого ополаскивателя ротовой полости из растительных сборов растущих на территории Республики Казахстан

Задачи: 1. Исследовать антисептические свойства каждого лекарственного препарата в отдельности и в их комбинации. 2. Исследовать каждый лекарственный препарат и в их комбинации на индивидуальную переносимость дезрастворов.

Материал и методы исследования. Существуют несколько методов исследований:

1 Настойка, состоящая из спиртовой вытяжки из растений, которая долго хранится, не теряя при этом целебных качеств. Из растений часто готовят настои и отвары, использовать которые необходимо в короткие сроки. В отличие от последнего, настойка сохраняет полезные качества растительных

компонентов на протяжении 2-3 лет. Несмотря на присутствие спирта, настойку можно использовать при лечении детей, разбавляя препарат теплой кипяченой водой. Готовить настойку можно впрок, используя растительное сырье в период наивысшей концентрации целебных ингредиентов.

2 Масляные вытяжки из растений - это растворение активных веществ растений в растительном масле. Масляные вытяжки можно готовить как из сухих, так и из свежих растений. Масляные вытяжки можно готовить из любых частей растений, которые содержат активные вещества. Из цветов, плодов, травы, корней и корневищ. Всё зависит от того, какое растение вы используете и какую задачу перед собой ставите. Нельзя заливать травы горячим маслом. Залитое травное масло не должно превышать 35-40°C.

а) Холодный настой - водная вытяжка различных частей растения, проводится при комнатной температуре ($t = 18-25^{\circ}\text{C}$) в течение 6-8 часов;

б) Теплый настой проводится в теплой ($t = +45 +50^{\circ}\text{C}$) водяной бане или на батарее водяного отопления в течение 3-4 часов;

в) Горячий настой (легкий отвар) чайного типа - сбор, помещенный в стеклянную, фарфоровую, эмалированную посуду; заливается свежим кипятком («белый ключ») и настаивается 15-20 минут под салфеткой. Во всех случаях настои фильтруют через марлю.

3 Методом исследования нами было выбрано «отвар» трав.

Приготовление экстракта (не гидролата). В аптечных условиях приготовление водных вытяжек производят в специальных инфундирных аппаратах. Эти аппараты устроены в виде водяных бань с электрическим или другим подогревом и бывают различной конструкции. Они имеют специальной формы сосуды (инфундирки), в которых происходит извлечение экстрагентов растительного материала. Выпускаются инфундирки различной емкости и из различного материала.

Скорость нагревания жидкости в инфундирке зависит от материала из которого она изготовлена. Например, фарфоровые инфундирки менее теплопроводны, чем металлические, и поэтому экстрагент в них нагревается медленнее. При использовании фарфоровой инфундирки ее необходимо, еще до внесения растительного сырья, подогреть в течение 15 минут на кипящей водяной бане.

Нами в исследовании было использовано самодельная инфундирка, сделанная по всем правилам приготовления отвара. Данный метод – это приготовление методом отвара.

Нами использованы растительные материалы прорастающих на территории нашей Республики:

1 Подорожник, используется при ранах, кашле, в качестве витаминного комплекса. Обладает антисептическим свойством. Отвар из подорожника, особенно с корней и листьев лекарственное средство насыщается флавоноидами, смолами, горькими маслами. В семенах имеется богатый состав микроэлементов, который используют практически при лечении каждого заболевания.

2 Полезные свойства малины содержатся почти во всех составных частях лекарственной культуры. Отвар из листьев малины способен бороться со многими простудными заболеваниями и стимулировать повышенное потоотделения для очищения организма от вредных веществ.

3 Трава ковыль перистый (*Stipa pennata* L), различают около 300 видов трав. В ковыле обнаружено большое количество цианогенных соединений, в частности триглохинин. Это важнейшая группа биологически активных веществ. В больших количествах цианогенные соединения могут быть ядовиты, так как содержат синильную кислоту. А в малых оказывают обезболивающее и успокоительное действие.

4 Алоэ, всем известно имеет свойство вытягивать гной из раны, а так же обладает антисептическим свойством.

5 Растения миндаля является медоносным, дающий много нектара и цветочной пыльцы, относится к семейству «розовых» и роду «сливовые».

Химический состав ядрышки сладкого сорта миндаля:

В 100 граммах миндального ореха содержится витамин «В»: рибофлавин (витамин B_2) – 56% от всей суточной нормы; тиамин – 0,22 мг; пиридоксин – 0,15 мг; витамин B_9 – 52 мг; витамин РР – 6,98 мг (35% от дневной нормы). Также в 100 граммах содержится магний – 267 мг; фосфор – 483 мг; калия – 706 мг; кальция – 263 мг; марганец - 2,28 мг; медь – 2 мг, железо, цинк, селен. Еще, жиры – 49,43 г; белки – 20 г; углеводы ~ 10 г. пищевых волокон – 12 г; воды – 4,8 г; золы – 3 г.

Калорийность миндаля составляет 575 ккал. Большое содержание ненасыщенных жирных кислот ~ 4% от всей массы жиров в составе. Пальмитиновой кислоты – 3,05 г; стеариновая – 0,68; арахидовая – 0,02 г; миристиновая – 0,01 г. Аминокислотный ряд содержит заменимые и незаменимые аминокислоты в достаточном количестве: триптофан составляет - 53%, гистидин – 52%, изолейцин – 46%, лейцин – 45%.

В целом он обладает детоксикационным действием, как продукт и может быть антисептическим действием.

6 Ромашка степная, как известно, обладает так же антисептическим свойством.

7 Пищевая сода, как лекарственное средство, прекрасно смягчает кашель, помогает разжижать мокроту, что способствует откашливанию. Сода используется при боли в горле, при воспалении десен. Она также прекрасно отбеливает зубы, не разрушая при этом зубную эмаль.

Результаты исследования. В большую стальную кастрюлю мы наливали немного воды, в середину ставили пиалу на подставку. Вокруг нее в воду насыпали измельченные цветы, стебли изучаемых

растений. Накрывали кастрюлю чистой стеклянной крышкой перевернутой вниз ручкой. И на плите, на очень медленном огне подогревали. Главное - не дать воде кипеть, даже намек не должно было быть на кипение. Только легкое испарение. Постепенно пар начинал конденсироваться на крышке и стекать в пиалу капельками. Через полчаса набиралась около 30-40 мл.

В работе мы каждый растительный препарат в отдельности разрезали на мелкие куски и измельчали в ступке. Затем пропускали каждый сбор через инфундирный аппарат, для получения отвара. После остывания и выщаживания через марлю отвары объединяли (по 10 грамм каждый) 1:1:1:1:1 в единую смесь в 100 мл дисцилированной воды, и конце добавляли 10 грамм соды пищевой.

После приготовления отвара и его процеживания через марлю, последний имел мутноватый цвет с легка коричневато-серым оттенком, его естественный цвет.

При использовании дезодораторами приготовленного отвара, как ополаскиватель ротовой полости, отмечался легкий горьковатый вкус

Заключение. Для приготовления лекарственного средства в виде отвара, как лекарственного препарата используются корни, листья и стебли растений, которые при цветении наделены массой полезных свойств. На чем и были основаны наши исследования, как антисептическое средство ротовой полости, в профилактике многих стоматологических заболеваний.

Выводы: 1 После использования данного отвара дезодораторы в течение длительного времени, одни до 2-х, другие до 6-ти часов, привкус ополаскивателя. 2 Данная смесь хорошо переносилась нами и не давала побочного эффекта на слизистые ротовой полости.

ТҮЙІН

Зерттеу барысында ауыз қуысын антисептикалық шайғыш ретінде өсімдік жиыны зерттелді. Біз республика аумағында өсетін өсімдік материалдарын пайдаландық. Бұл жапырақ, таңқурай, қауырсын, алое, бадам, дала түймедақ, ас содасы. Нәтижесінде, бұл коспалар жақсы және тез дезодораторлармен тасымалданды және ауыз қуысының шырышты қабатына жанама әсер бермеді. Тітіркендіргіш және аллергиялық әсері жоқ, дезодорант ретінде оның тиімділігі жоғары және жаралардың тез жазылып бітіп кету қасиетіне ие. Зерттеу әдістері арқылы шөптердің коспасынан "қайнатпа-отвар" тайындап алдық. Дәмі қатты ащы, тітіркендірмей-тін әсерсіз болды.

Кілт сөздер: қайнатпа, ауыз қуысын шаю, шөп жинау, дезодоратор, сүзу, қайнату.

SUMMARY

In this experimental work we studied plant charges as antiseptic mouthwash. Its effectiveness as a deodorant, with the properties of not having an irritating and allergic effect. The method of research we have chosen "decoction" of herbs. We used plant materials sprouting in the territory of our Republic. It is a complex of leaves from plantain, raspberry, feather grass, aloe, almond, chamomile steppe, baking soda. As a result, it was noted that this mixture was well and easily tolerated by deodorizers and did not give a side effect on the mucous membranes of the oral cavity. The taste was tart and bitter, without irritating action.

Key words: decoction, mouthwash, herbal collection, deodorizers, straining.

УДК: 616.724

Темуров Ф.Т., м.ғ.к., Шораев Б.И., Убайдуллаев А.С., Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Стоматология факультеті, «Хирургиялық және балалар жасындағы стоматология» кафедрасы, Түркістан қаласы, Түркістан облысы, Қазақстан

САМАЙ ТӨМЕНГІ ЖАҚ СҮЙЕГІ БУЫНЫНЫҢ АУРУЛАРЫ: КӨКЕЙКЕСТІЛІГІ ЖӘНЕ ОНЫҢ НАҚТАМАСЫ МЕН ТИІМДІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ

Түйін

Мақалада авторлар ұсынған буын қуысына сүйек -отропты құралдарды қолдану және енгізу арқылы самай-төменгі жақ буыны аурулары кезінде емдеудің инновациялық әдістері берілген.

Кілт сөздер:остеотропты дәрілер, инновациялық әдіс, буын қуысы, самай-төменгі жақ буыны.

Көкейкестілігі: Жақ-бет аймағындағы самай төменгі жақ сүйегі буынының қабыну ауруларының қарқын жоғарылап, ең өзекті мәселелердің бірі болып қалуда. Осы аталған аурулар буын құрамының қызметінің бұзылуынан пайда болып, көбінесе жасы үлкен адамдарда кездеседі.

Ал кейінгі кезде аурудың түрі жасарып, оның қарқыны жоғарылап, тұрақты тістердің тістесу кезеңінде пайда болуы, жақ - бет сүйегі хирургиясында шешімін таппаған көкейкесті мәселелердің бірі болып қалуда және қалған.

Ресми және ресми емес мәліметтерге сүйене отырып, Самай төменгі жақ сүйегі буынының аурулары тұрғындар арасында жиі кездеседі, 20 % - дан бастап, 76% - ға дейінгі аралықты құрайды және оның 70-89% -ы буын қызметінің бұзылуынан пайда болады.

Самай төменгі жақ сүйегі буынының қабыну аурулары көп кездесетін қалыптан тыс кезеңдер қатарына жатады. Келіп шығуы және оның даму кезеңдері кем зерттелген. Атақты ғалымдардың және біздің пікірімізше, Самай төменгі жақ сүйегі буынының қызметінің бұзылуынан пайда болған аурулар созылмалы қабыну кезеңдер мен дамып, қабыну - қызметі қайта тіктелмейтін (дегенеративті) зат пайда болып, ол бірінші буын шеміршегінде, одан кейін баяу кезеңдер мен жылдар өтіп, буынның сүйегіне тарқайды (буынның басын) және зақымдайды.

Самай төменгі жақ сүйегі буыны ауруларының келіп шығу себептері: стресс (қатты қобалжу, өте қатты тістер мен тістесу); жақ сүйектерінің жарақаттары (бет сүйектері мен жақ сүйектерінің сынықтары), әсіресе, егерде жұмсақ тіндер мен қан тамырлар зақымдалған болса, қан буын қуысына түседі; эндокринді және зат алмасудың бұзылуы, инфекциялық аурулар; шектен тыс қысым; жаман әдеттер (тырнақты тістеу, телефон тұтқасын дұрыс ұстамау және басқалар); инфекцияның буын қуысына енуі, артрит және басқада қабыну кезеңдері бадамша безінің қабыну ауруларының асқынуынан келіп шығуы мүмкін, жақ сүйегінің остеомиелиті, құлақтың қабыну аурулары, құлақ маңы сілекей безінің қабынуы, буын (ревматикалық) аурулар [1,2].

Буынның біріншілік қабыну кезінде жедел артрит пайда болады, ал оның дұрыс емделмеуінен немесе емделмей қалса, ол созылмалы кезеңге өтіп, буында қалыпқа келмейтіндей өзгерістер болуы мүмкін.

Біздің пікірімізше, Самай төменгі жақ сүйегі буынының қабыну ауруларының келіп шығуында тағы бір себепті өте маңызды,- деп есептейміз. Ол тұрғындардың тұрақты мекен жайының экологиялық жағдайы. «Национального отчета по сохранению и сбалансированному использованию биологического разнообразия» (1997 г.) анықтамасын негізге ала отырып, Түркістан облысы Қазақстан Республикасының алты экологиялық жағдайы нашар аймақтарға жатады және екінші топтағы экологиялық қауіпі бар аймақтарға енгізілген [1,3,4].

Экологиялық жағдайына байланысты облыс көлемін салыстырмалы түрде үш аймаққа бөлеміз.

Экологиялық жағдайы тоқыраудағы аймақтар:
Түркістан қаласы,
Отырар, Арыс, Шардара,
Созақ аудандары

Экологиялық жағдайы қауіпті аймақтар: **Шымкент,**
Кентау қалалары

Экологиялық жағдайы қалыпты аймақтар: **Сарыағаш, Ленгер,**
Жетысай қалалары

Самай төменгі жақ сүйегі буынындағы әртүрлі ауру сезімінің сезілу себептері, ол осы буынның зақымдануы немесе оның айналасындағы тіндердің қалыптан (патологиялық) тыс жағдайдың әсерінен болуы мүмкін. Алдымен буынның шеміршекті беткейі мен сүйек құрамы және оны қоршаған ортаның қоректенуінің (трофикалық) бұзылуы пайда болады. Шеміршекті тінде болатын әр түрлі қабыну кезеңдері, самай төменгі жақ сүйегі буынының артриттерінің бастапқы кезеңдері белгісіз (бессимптомно), ауырсыз өтеді. Дер кезінде алдын алу, емдеу іс-шаралары өткізілмесе, қолданбаса, тамақтану немесе есneu кезінде самай төменгі жақ сүйегі буынында өзіне тән қытырлау, сықырлауға алып келуі мүмкін.

Самай төменгі жақ сүйегі буыны ауруларының дұрыс нақтамасы және емдеу шаралары туралы нақты дәлелді ұсыныстар жоқ. Науқас дәрігерлердің қабылдауына келіп, шағымына мардымды жауап ала алмай қайтады. Сол себептен қалыптасқан келеңсіз жағдай туындап, осы науқастарды емдеу шараларында басқа әдістерді қолдану жылдан-жылға тұрақты түрде көбейіп барады. Ол өз кезегінде дәрігерлердің инновациялық емдеу іс - шараларын өткізуге және тиімді әдістерін қолдануға қиындықтар мен қолайсыз жағдайлар туғызуда.

Қазіргі таңда осындай науқастарды емдеу және оларға көмек көрсету қиынның - қиыны болып қалуда. Науқастар невропатолог, эндокринолог, психиатр және отоларингологтардың т.басқалардың көмегіне жүгінуде [1,4]. Самай төменгі жақ сүйегі буынының ауруларына нақтама қою мақсатында стоматология саласында ең көп қолданылатын әдістердің бірі - ортопантограмма. Осы әдістер мен зерттеулер нәтижесінің мәліметтері бойынша 70-80%- ы буындағы қалыптан тыс жағдайларға жұмсақ тіндер мен буын ішіндегі байламның және оның қоршаған қапсуласында болатын патологиялық бұзылыстар себепші болуы мүмкін.

Зерттеудің мақсаты: Самай төменгі жақ сүйегі буын ауруларын тиімді емдеу әдістерін таңдау және талдау. Қойылған мақсатты орындау үшін төмендегідей міндеттер қойылды:

Буын қуысының ішіне ендіру үшін тиімді болып саналатын бактерияға және сүйек тініне әсер ететін дәрі-дәрмекті таңдау.

Материал және әдістер. 2014-2017 жылдар аралығында емханада емделген Самай төменгі жақ сүйегі буынының аурулары мен ауыратын 55 науқасқа зерттеулер жүргізілді. Олар жас мөлшері мен жынысына байланысты, мынандай топтарға бөлінді:

Науқастардың жасына және жынысына сай 1-ші кестеде көрсетілген.

Топ	Науқастар саны	Жынысы		Жасы		
		Ерлер	Әйелдер	19 жастан 40 жасқа дейін	41 жастан 59 жасқа дейін	60 жастан жоғары
Негізгі	45	25	20	17	17	11
Бақылау	10	5	5	5	2	3
Барлығы	55	30	25	22	19	14

Негізгі топтағы науқастардың шағымы: бет және бас бөлігінің бір жағында әр түрлі дәрежедегі бас ауруына, аурудың мойын аймағына тарқауына; шаншып ауруына, аурудың құлақта болуы - 50% науқастар құлақ ауруына, бірақ инфекция ошағы жоқ; қайрағандай - дыбыс , самай төменгі жақ сүйегі буынының қабыну ауруларында болатындай өзіне тән қытырлау немесе сықырлау белгілері, осы дыбыстар аурудың күшеюіне әсер етіп, науқастың басы айналады; 1/3 науқаста құлағының бітеліп қалғаны анықталды; 40% науқаста құлақта жағымсыз дыбыс пайда болады, ауыз қуысының ашылуы шектеледі, буын қуысында жағымсыз дыбыс жарылып кететіндей қытырлау (қыртылдайды), сықырлайды және шақылдайды.

Бақылау тобында 10 науқас зерттелді, олардың жастары 19-40 жас аралығы мен 41 жастан 59 жасқа дейін және 60 жастан жоғары.

Барлық зерттелген науқастардың самай төменгі жақ сүйегі буынында қалыптан тыс ауытқулар анықталмады. Зерттеу жүргізілетін барлық науқастарға клиникалық және лабораториялық зерттеулер өткізілді. Рентгенологиялық әдісті қолданудың мақсаты буын басы мен дискасы және оны қоршаған тіндердің, яғни байламдардың жағдайы мен қарым-қатынасын білу.

Сондықтан самай төменгі жақ сүйегі буынының ауруларында көп қолданылатын емдік шаралар – консервативті, ал кейбір жағдайларда ғана ота немесе хирургиялық әдістерге жүгінеді. Ал осы әдістердің барлығы тиімді нәтиже бермейді, сол себепті самай төменгі жақ сүйегі буынында отадан кейін өзінің бастапқы қалпына келмейтін бүліну немесе қызметінің бұзылу кезеңдері болуы мүмкін.

Жедел кезеңдерде қолданылады:

1. Самай төменгі жақ сүйегі буынында тыныштықты орнату (төменгі жақ сүйегі мен жоғарғы жақ сүйегіне шендеуіштер салынады, жоғары калориялық немесе мультивитаминді тағамдар)
2. Самай төменгі жақ сүйегі буынының микробты жағдайының сезімталдығын ескере отырып, оларға антибиотикотерапия.
3. Қабынуға қарсы нестеродты дәрі-дәрмектер (вольтарен, индометацин, ибупрофен, артрекс)
4. Антигистаминды дәрі-дәрмектер (димедрол, супрастин,тавегил).
5. Седативті және и нейролептикалық дәрі- дәрмектер (микстура Бехтерева, элениу триоксазин).
6. Физиоём (новокаи ерітіндісі мен электрофорез, гидрокартизон сықпасы мен фонофорез және т.б.) тағайында-лады
7. Жергілікті: 20%-димексид пен қосымша гидрокартизона және аналгин ерітіндісі мен таңу.

Ірінді кезеңдерде:

Көлемі жуан ине мен ірінді сору немесе буын қуысына антибиотиктер енгізу, егерде керекті жағдайда ота жасау – (хирургиялық әдістер мен буын қуысын кәріз ендіру). Біздің тәжірибемізде кездескен жоқ.

Біздің тәжірибемізде, көп қолданылатын және өте тиімді саналатын және жақсы нәтижелер беретін әдіс туралы мәлімет. Әдістің мәні мен мақсаты сүйек тініне әсер ететін (костеотропты) антибиотиктерді ауру қалдыратын ерітінділер мен қосып, буын қуысына ендіру. Әсері: Буындағы ауру сезімі тез жойылады, буын қуысының қоректенуін және оның қозғалысын жақсартады, қатты тамақ жеуге қолайлы, қосымша қысым түсуіне жағдай жаратады. Ауыз қуысының ашылуы шектелмейді. Қолдану мерзімі 10 күн, кейіншелік буын қуысына ферменттерді электрофорез арқылы енгізуге болады.

Қорытынды: Жоғарыда келтірілген мәліметтер негізінде, қолдануға ұсынған әдісіміз, өте қарапайым, жаракатсыз, емханалық жағдайда қолдануға тиімді, дәрі-дәрмектердің әсерінен буындағы ауру сезімі тез жойылады, Ауыз қуысының ашылуы шектелмейді, буын барлық уақытта қозғалыста болады. Сондықтан дәрігер – стоматологтардың күнделікті тәжірибесінде қолдануға өте қолайлы, қол жетімді әдіс болып саналады.

Әдебиеттер

1. Скорикова Л.А. Патогенез. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных с парафункциями жевательных мышц: Автореф. дисс. к.м. н. – Воронеж, 2000. – 38 с.
2. Сотникова М.В. Диагностика и лечение синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дисс. к.м. н. – Смоленск, 2009. – 24 с.

3. Хайрутдинова А.Ф. Оптимизация диагностики мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дисс. к.м. н. – Пермь, 2011. – 24 с.
4. Темуров Ф.Т., Кожамбекова Э.А., Убайдуллаев А.С., Тасыбаев Д.М. Особенности клинических проявлений синдрома болевого дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. I Международная научно-практическая конференция «Современные тенденции развития науки и технологии». Белгород, 30 апреля 2015 г.

Резюме

В статье изложены инновационные методы лечения при заболеваниях височно-нижнечелюстного сустава с применением и введением костеотропных средств в полость сустава предложенный авторами.

Ключевые слова: костеотропных средств, инновационный метод, полости сустава, височно-нижнечелюстной сустав.

Summary

In recent years, innovative methods have been developed for the use of an inclining- lowering partition and the use of cosecotropic drugs in the suit of the proposed autorun.

Key words: Cosecotropic Tools, Innovative Method, Polosti Supplement, Wise-Lower Necklace.

УДК: 611.831.5

Темуров Ф.Т., м.ғ.к., Ерназарова Б.А., Мухамбетова Б.Д.

Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Стоматология факультеті, Хирургиялық және балалар жасындағы стоматология кафедрасы, Қазақстан Республикасы, Түркістан облысы, Түркістан қаласы, Б.Сағтарханов данғылы 29.

ҮШКІЛ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА ЖАҢАША ТИІМДІ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУ

Тақырыптың өзектілігі: Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы жақ-бет аймағындағы ең күрделі, емдік әдістері көпшілік жағдайда нәтиже бермейтін шешімін таппаған тригеминальды невралгия саналып, идиопатиялық аурулар қатарына жатады және оның келіп шығуы әлі толық зерттелмеген, себебі беймәлім ауру.

Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруының келіп шығуына негізгі себептердің бірі – тіс ауруы. Науқас дәрігер стоматологтың қабылдауында болған кезде дені сау тістің ауыратына шағымданады, ол тіс қателік пен жұлынып, аурудың келіп шығуына себепші болуы мүмкін. Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы – бұл шеткі жүйке жүйесінде жиі кездесетін ауруы. Үшкіл жүйке жүйесінің қоректендіретін (иннервация) аймағында ұстама тәрізді және қарқынды түрдегі ауырсыну (әсіресе екінші тармағы) негізгі белгілері болып табылады. Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауыру сезімісіз өтпейді және көбінесе 50-70 жас аралығындағы әйел адамдарда жиі кездеседі және ол қазіргі кезде жасарып баруда.

Ресми мәліметтерге сүйене отырып, әр бір 100 мың халықтан 5 адам осы ауруға шалдығады және біздің өмір сүріп жатқан аймақта экологиялық жағдайдың нашарлығына байланысты жиі кездеседі.

Үшкіл жүйке жүйесінің үш тармағы болады. Бірінші тармағы көзге, жоғарғы қабаққа және маңдай терісіне сезімталдық береді. Екінші тармағы төменгі қабақтың, жақтың, мұрын танауларының, жоғары еріннің және жоғары қызыл иектің сезімталдығын қамтамасыз етеді. Үшінші тармағы төменгі жақтың, төменгі еріннің, қызыл иектің және кейбір шайнау бұлшықеттерінің сезімталдығын жүзеге асырады.

Біздің пікірімізше, Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруларының келіп шығуында тағы бір себепті өте маңызды,- деп есептейміз. Ол тұрғындардың тұрақты мекен жайының экологиялық жағдайы. «Национального отчета по сохранению и сбалансированному использованию биологического разнообразия» (1997 г.) анықтамасын негізге ала отырып, Түркістан облысы Қазақстан Республикасының алты экологиялық жағдайы нашар аймақтарға жатады және екінші топтағы экологиялық қауіп бар аймақтарға енгізілген.

Экологиялық жағдайына байланысты облыс көлемін салыстырмалы түрде үш аймаққа бөлеміз.

Экологиялық жағдайы тоқыраудағы аймақтар:
Түркістан қаласы,
Отырар, Арыс, Шардара,
Созақ аудандары

Экологиялық жағдайы қауіпті аймақтар:
Шымкент, Кентау
қалалары

Экологиялық жағдайы қалыпты аймақтар:
Сарыағаш, Ленгер,
Жетсай қалалары

Ауыру беттің төменгі бөлігінде және жақ аумағында орналасады, кейде ауыру мұрын айналасы мен көз

үсті аумағын зақымдайды. Күшті ауыру үшкіл жүйке жүйесінің тітіркенуінен пайда болады, әдетте беттің бір жартысында білінеді. Үшкіл жүйке жүйесі невралгиясының ұстамалы ауруының себептеріне: «шүріппелі аймақ» яғни бет терісіне жанасу, бетті жуу, сақал мен мұртты қырыну, тісті тазалау, желдің жеңіл самалы, макияж, күлкі және әңгімелесу жатады. Үшкіл жүйке жүйесі невралгиясының ұстамалы ауруы жиіленіп, төзімсіз халге дейін жетіп, науқастың жүйкесін тоздырып, жалпы жағдайын нашарлатады, депрессияға, үрейге психоз бен өз-өзіне қол жұмсауға дейін алып баруы мүмкін.

Үшкіл жүйке жүйесі невралгиясы ауыратын науқастарға қойылатын нақтама мен қолданатын емі қазірге дейін күрделі. Аталған ауру түрі бойынша, оның нақтамасы мен емі туралы шет ел және отандық ғалымдардың ортақ пікірі жоқ [1,2,3].

Сондықтан үшкіл жүйке жүйесі невралгиясы ауруының шешімі әлі күнге дейін таппаған, ол тек қана дәрігер невропатологтың толғандыратын өзекті мәселесі болып қалмай, жақ-бет аймағы хирургі дәрігерінің өзекті мәселелерінің бірі болып қалуда.

Ғылыми зерттеудің мақсаты: Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруы мен ауыратын науқастарды емдеудің тиімді әдістеріне талдау жасау.

Ғылыми зерттеудің мақсатын орындау үшін төмендегі міндеттерді жүзеге асыру керек:

1. Консервативті және хирургиялық әдістеріне салыстырмалы түрде талдау жасау.
2. Консервативті және хирургиялық әдістер мен емделген науқастардың нәтижелеріне сай тиімді әдісті таңдау.

Клиникалық зерттеулер неврология бөлімшесінде жатып және емханада емделген 25 науқастың ауру тарихына талдау жасалды. Мерзімі 2014-2017 жылдар.

Науқастар жасына және жынысына сай бөлініп, 1 кестеде көрсетілген.

Топ	Науқастар саны	Жынысы		Жасы	
		ерлер	әйелдер	20 - 49 жас аралығында	50 жастан жоғары
Негізгі	15	5	10	7	8
Бақылау	10	3	7	4	6
БАРЛЫҒЫ:	25	8	17	11	14

Ауру тарихын талдау барысында көз жеткізгеніміздей, науқастар аталған ауру мен 1 жыл мен 25 жыл және оданда астам мерзімде ауырады.

Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруын емдеуде қолданылатын негізгі әдіс – дәрі-дәрмектер, яғни консервативті. Қолдану аясы Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруының келіп шығуындағы себептері ескерілмей, тек ауру сезімі мен ұстамалы ауру сезімін ғана тоқтатуға аса көңіл бөлінген. Ең қол жетімді ол – карбамазепин, финлепсин.

Оны қолдану мөлшерін әр науқасқа дәрігер жеке тағайындалады, соны мен қатар аталған дәрі-дәрмектерге науқас үйреніп қалады және оның сақтау қабілетіне орасан зиян келдіреді. Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруын емдеудің басты мақсаты ауру белгісінің жиілігін төмендету. Ауру сезімін тоқтату үшін – ауру басатын дәрі-дәрмектер – анальгетиктер.

Қосымша: Антигистаминді, седативті дәрі-дәрмектері, инеререфлексо емі, Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруын дәрі – дәрмектер мен емдеуінің негізі карбамазепин дәрісін ұзақ мерзімде қолдану.

Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруын емдеуде физиотерапиялық әдістер кеңінен қолданған. Физиотерапиялық әдістер науқастардың жағдайын жақсартуға, ауру сезімін басуға көмек берген. Физио-терапиялық әдістер – ультрафонофорез гидрокортисон ськпасы мен, динамикалық токтар, гальванизация новокайн және амидопирин ерітіндісі мен. Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруының алдын алуда витаминотерапия ең көп қажеттілікті талап етеді. Әсіресе В тобының витамині. Аурудың жедел кезеңдерінде витамин дәрі – дәрмектерін ерітінді түрінде, жиі аскорбин қышқылын қоспа есебінде.

Науқастың жағдайы мен ауру сезімі мен ұстамалы ауру сезімінің жиілігіне қарай тамырға енгізетін және мидің қан айналуын жақсартатын дәрі – дәрмектер, антидепрессанттар мен «шүріппелі аймаққа» ауру сезімі мен ұстамалы ауру сезімін тежеу мақсатында – блокаторлар қолданылған [4,5].

2018 жылдың басында Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясы ауруын хирургиялық емдеу әдістерін икемдестіріп, тиімділігі консервативті емдеу әдістері мен салыстырғанда жақсы нәтижелері болғандықтан қолдана бастады.

Түркістан қаласында Хирургиялық бөлімшесі бар аурухана мен келісімі арқылы науқасты жатқазып, невропатолог дәрігердің кеңесі мен ота жасалынады. Хирургиялық емдеу әдістерін қолдану барысында оң нәтижелерге қол жеткіздік және оны консервативті емдеу әдістері мен салыстырғанда науқасқада, емдеген дәрігерге де тиімді екендігі анықталды. Біз қолданған ота әдістері оқулықтарда жазылған және қолданылып жүрген оталардан айырмашылығы Үшкіл жүйке жүйесін толығы мен алып тастамаймыз. Тек зақымдалған жеріне дейін жүйке жүйесінің тіндері алынады. Ота өте жеңіл, жаракатты емес, жараның жазылу мерзімі қысқа, науқастың тамақтануына, сөйлесуіне, күтіміне кедергі жасамайды.

Қорыта келе, Үшкіл жүйке жүйесінің невралгиясында біз қолданған жаңа әдіс науқасқа косметикалық тұрғыдан бет әлпетіне ешқандай нұқсан келтірмейді, ота өте жеңіл, жарақатты емес, жараның жазылу мерзімі қысқа, науқастың тамақтануына, сөйлесуіне, күтіміне кедергі жасамайды. Осы ота әдісін қолдануға қолайлы болғандықтан тәжірибелі стоматолог-дәрігерлердің, жақ – бет аймағы хирург – дәрігерлердің талқысына салуды ұсындық.

Әдебиеттер

1. Алгоритм диагностики невралгии тройничного нерва/ Щедренок В.В., Топольскова Н.В., Могучая О.В., Себелев К.И.// Российский нейрохирургический журнал им. профессора А.Л. Поленова. - 2011 - №3.
2. Источник: https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/prosoponeuralgia
3. Робустова Т.Г. Хирургическая стоматология – 2003 г.
4. Невралгия тройничного нерва/ Афанасьева Е.В. - 2008
5. Актуальность проблемы невралгии тройничного нерва в неврологии/ Реверук Е.А., Карпов С.М.// Успехи современного естествознания. - 2013 - № 9

Резюме

В статье изложены инновационные хирургические методы лечения при заболеваниях невралгии тройничного нерва предложенным автором.

Ключевые слова: инновация, невралгия тройничного нерва, предложенный метод.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Подсекция: «ПРИРОДНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ: ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЕ И ФИТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»

МРНТИ 34.29.25

А.Т. Абдуллаева – к.б.н., старший научный сотрудник лаборатории «Анатомия и цитозембриология растений», Ташкентский Ботанический сад им. акад. Ф.Н. Русанова при институте Ботаники АН РУз, Ташкент, Узбекистан

АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ОРГАНОВ ЭНДЕМИКА *ALLIUM TSCHINGANICUM* O. FEDTSCH. (AMARYLLIDACEAE), ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ (КУМУШКАН)

Впервые в условиях Узбекистана изучено анатомическое строение вегетативных органов *Allium tschimganicum* Fedtsch. При изучении выявлены следующие структурные диагностические признаки: **в листе** – изогубчатый тип мезофила, погруженность устьиц, тонкостенная эпидерма, плотная складчатость поверхности кутикулы, наличие млечников в коровой паренхимы, **в цветоножке** – паренхимно-пучковый тип строения, слабая утолщенность наружной стенки эпидермы и слегка волнистость поверхности кутикулы, наличие млечников. Частичная погруженность устьиц, крупно-клеточная коровая паренхима, обширный центральный цилиндр; **в цветоносе** – цветонос сходен со цветоножкой, отличается полостью в центральном цилиндре, также более склерифицированы по сравнению цветоножкой. Выявленные анатомические диагностические признаки вегетативных органов *A. tschimganicum* указывает его приуроченность мезофитным условиям произрастания.

Ключевые слова: анатомия, вегетативный орган, *Allium tschimganicum*, Кумушкан, Ташкент.

Исследование эндемичных и краснокнижных видов растений флоры Узбекистана является актуальным на сегодняшний день, при существующих антропогенных, экологических и других факторов к окружающей среде и растительным ресурсам. К числу таких краснокнижных и эндемичных растений входят некоторые луковые, в том числе *Allium tschimganicum*.

Известно, что на сегодняшний день происходит стремительное сокращение ареалов и полное исчезновение многих редких видов растений. В связи с этим возникает необходимость изучения по выявлению причин исчезновения в структурном уровне обусловленной адаптацией растений. Многие представители луковых являются лекарственными, пищевыми и медоносными. Некоторые из них обладают уникальным комплексом биологически активных веществ (БАВ) с широким спектром физиологического действия. Как было доказано, лук ингибирует рост опухолей и микробных клеток, снижает риск заболевания раком, улавливает свободные радикалы и защищает человека от сердечно-сосудистых заболеваний, что связано с наличием в их составе серосодержащих соединений и флавоноидов [1].

Луки широко принимаются в народной медицине нашей страны, а также в монгольской и индийской медицинах. Несмотря на это, создание лекарственных препаратов из луков основывается на использовании ограниченного числа видов *Allium* (*Allium cepa* L., *A. sativum* L., *A. ursinum* L.). Все многообразие дикорастущих представителей рода остается невостребованным современной медициной. Во многом это обусловлено неизученностью химического состава дикорастущих видов лука. В химический состав луков входят свободные органические кислоты, содержание которых невелико и колеблется от 0,15 до 0,30 % на сырое вещество. В листьях репчатого лука *Allium cepa* содержатся яблочная, янтарная и лимонная кислоты, при этом содержание их от суммы кислот составляет 50, 42 и 8% [2]. Значительное содержание аскорбиновой кислоты в надземной зеленой массе в период отрастания делает луки, особенно ценными ранними овощными растениями. Зеленые листья различных видов лука в среднем накапливает 50-90 мг % аскорбиновой кислоты, из корневищных луков Северной Азии максимальным содержанием витамина С отличаются *Allium microdictyon* (129,7 мг%), *A. schoenoprasum* L. (119,5 мг%), *A. ledebourianum* Schuit. & Schult. (107,2 мг%) и *A. obliquum* L. (110 мг%) [3].

Род *Allium* L. является самым крупным среди луковичных по числу видов, которое на сегодняшний день превышает более 800-900 видов.

Данный род в систематическом и филогенетическом плане очень сложный. До сих пор не существует современной монографии рода, и нет единого мнения о систематике и филогении луков. В последнее время систематиками уделяется большое внимание к анатомическим и серологическим признакам для решения некоторых спорных вопросов [4]. Из пищевых – лук репчатый (*A. cepa*) преобладает некоторыми полезными свойствами. Луковицы содержат эфирное масло (до 0,05%), главной составной частью которого является «дисульфид» $C_6H_{12}S_2$. Кроме того, в них найдены сахара (10-11%), состоящие из глюкозы, фруктозы, сахарозы и мальтозы, инулин, фитин, азотистые вещества (до 2,5%),

витамины с (10 мг%), В₁ (60 мг%), провитамин А (каротин) флавоноиды кверцетин или его гликозиды. В листьях имеются редуцирующие сахара (до 2%), витамины С (20 мг %), В₂ (50 мг %), провитамин А (4 мг %), лимонная и яблочная кислоты, а также эфирное масло. В народной медицине лук используется как мочегонное средство, наружно в печеном виде – для лечения некоторых заболеваний кожи, а также при маточных кровотечениях. *A. fistulosum* широко применяется в китайской медицине в качестве кровоостанавливающего средства, при лечении больных гипертонической болезнью, атеросклерозом, ревматизмом, а также в качестве противоглистного и бактерицидного средства при желудочно-кишечных заболеваниях, сопровождающихся процессами гниения и брожения, для профилактики рака, наружно – при подагре, пиодермии и других заболеваниях кожи [5]. Некоторые виды представляют интерес как декоративные (*A. giganteum*, *A. stipitatum*).

Приведенные результаты в данной статье являются выполненной частью проекта «Научные основы сохранения генофонда редких эндемичных видов флоры Узбекистана *ex situ* и биология их размножения». Первый этап исследования состоит из изучения структуры вегетативных и генеративных органов редких, эндемичных и краснокнижных видов рода *Allium*, второй этап состоит из изучения широкораспространенных лекарственных видов данного рода. Ниже приводятся результаты исследования первого этапа.

При исследовании нужно уделять особое внимание к условиям произрастания растений, от которого зависит поведение растений и некоторые закономерности адаптации. Изученный нами вид *Allium tschimganicum* приурочен к более влажным и горным районам Кумушкана.

Цель исследования – выявление закономерностей адаптации вегетативных органов *Allium tschimganicum* к условиям произрастания с учетом дальнейших реинтродукционных работ.

Материалы и методы. Объектом исследования является эндемичный, многолетний вид- *Allium tschimganicum* O. Fedtsch. из семейства Amaryllidaceae.

Материал собран из естественного места произрастания – Чаткальский хребет, Нурекатасай, село Кумушкан. При исследовании применены общепринятые анатомические методы. Для анатомических исследований фиксировали лист, цветонос и цветоножку в 70%-м этаноле. Поперечные срезы листа, цветоноса и цветоножки сделаны через середину. Описания основных тканей и клеток приведены по К. Эсау [6]. Препараты, приготовленные ручным способом, окрашивали метиленовой синью последующим заклеиванием в глицерин-желатин [7]. Исследования проводились у растений, произрастающих в природе с целью выявления адаптивных признаков их к условиям обитания.

Результаты и обсуждение.

Лист на поперечном срезе пластинчатый. Эпидерма однорядная, округло-овальная, мелкая. Наружная стенка эпидермы покрыта тонким слоем кутикулы. Поверхность кутикулы, наружной и внутренней эпидермы плотно-складчатая. Устьица глубоко погруженные. Под эпидермой имеются относительно крупные млечники, которые расположены в одном ряду. Мезофилл изогубчатый, клетки её крупные, в нем встречаются включения и друзы в виде коричневых кристаллов. Паренхима пучковая, проводящие пучки в нем расположены в двух рядах: крупные ближе к адаксиальной стороне листа, мелкие – к абаксиальной. Проводящие пучки представлены флоэмой и ксилемой. Склерификация пучков слабая, ксилема тонкостенная округло-овальной формы.

Цветонос на поперечном срезе округлый, эпидерма однорядная, округло-овальная, относительно мелкая, наружная стенка эпидермы слабо утолщенная, покрыта тонким слоем кутикулы, поверхность кутикулы слегка волнистая. Устьица погруженные, относительно крупные. Под эпидермой расположена слабо-хлорофиллоносная, крупноклеточная коровая паренхима, состоящая из 4-5 рядов, которая отделена от центрального цилиндра склеренхимным кольцом, состоящего из 5-7-ми рядов склеренхимных клеток. Над склеренхимным кольцом локализованы проводящие пучки, плотно прилегающие к ним. Ближе к эпидерме одним рядом имеются крупные млечники, которые расположены беспорядочно. Центральный цилиндр обширный, крупноклеточный и тонкостенный. Большую часть цветоноса занимает паренхимная ткань. В центральном цилиндре в двух кругах расположены несклерифицированные проводящие пучки, которые представлены флоэмой и ксилемой.

Цветоножка на поперечном срезе округлая, эпидерма однорядная, округлая, мелкая, наружная стенка эпидермы слабо утолщенная. Поверхность кутикулы сильноскладчатая. Устьица (2-3) глубоко погруженные. Коровая паренхима слабо-хлорофиллоносная, крупноклеточная, 4-5-ти рядная, клетки их округлой формы. В центральном цилиндре расположены проводящие пучки в количестве 2, которые окружены склеренхимным кольцом, состоящие из склеренхимных клеток, над ними расположены три проводящие пучки.

Выводы. Таким образом, впервые исследовано анатомическое строение вегетативных органов эндемичного вида *Allium tschimganicum*, собранного из естественных мест произрастания – Ташкентская область, Чаткальский хребет, Нурекатасай, село Кумушкан. При исследовании выявлены следующие структурные диагностические признаки: в листе – изогубчатый тип мезофила, погруженность устьиц, тонкостенная эпидерма, плотная складчатость поверхности кутикулы, наличие млечников в коровой паренхимы, цветоножке – паренхимно-пучковый тип строения, слабая утолщенность наружной стенки эпидермы и слегка волнистость поверхности кутикулы, относительно мелкие многочисленные

эпидермальные и паренхимные клетки, наличие млечников в коровой паренхиме. Частичная погруженность устьиц, крупно-клеточная коровая паренхима, обширный, крупно-клеточный, тонкостенный, слабо склерифицированный центральный цилиндр. Цветонос имеет такое же строение, как и цветоножка, однако отличается наличием полостью в центральном цилиндре, также более склерифицированы по сравнению цветоножкой. Выявленные анатомические диагностические признаки вегетативных органов *A. tschimganicum* указывает его приуроченность, а также адаптивность к мезофитным условиям произрастания. Отмечено преобладание мезоморфных признаков по сравнению остальными изученными признаками. Выделенные анатомические диагностические признаки могут быть использованы при решении спорных вопросах систематики.

Литература

1. Ширшова Т., Бешлей И. Матистов Н. Представители рода *Allium* как перспективный источник биологически активных веществ и микроэлементам // Вестник института биологии. – Коми НЦ УрО РАН. – 2011. № 10-11. – С. 15-21.
2. Казакова А. А. Лук. Ленинград: Колос, – 1970. – 359 с.
3. Черемушкина В. А., Днепровский Ю. М., Гранкина В.П., Судобина В. П. Корневищные луки Северной Азии биология, экология, интродукция. – Новосибирск: Наука, – 1992. – 157 с.
4. Черемушкина В.А. Биология луков Евразии. – Новосибирск: Наука, 2004. – 280 с.
5. Ибрагимов Ф. И., Ибрагимова В.С. Основные лекарственные средства китайской медицины-Москва, 1960-С.115-135.
6. Эсау К. Анатомия растений. – Москва: Изд. Мир, 1969. – С. 138-41
7. Барыкина Р.П., Веселова Т.Д., Девятов А.Г. и др., Справочник по ботанической микротехнике (основы и методы). – Москва: Изд. МГУ. – 2004. – С. 6-68.

Түйін

А.Т. Абдуллаева - биология ғылымдарының кандидаты, «Өсімдіктердің анатомиясы және цитозэмбриологиясы» зертханасының аға ғылыми қызметкері, Атындағы Ботаникалық бақ Акад. Ф.Н. Русанова, Өзбекстан Ғылым Академиясының Ботаника институтында, Ташкент, Өзбекстан

АВТОМАТТЫ ҚҰРЫЛЫМДАРДЫҢ ЭНДЕМИКАЛЫҚ *ALLIUM TSCHIMGANICUM* O. FEDTSCH. (AMARYLLIDACEAE), ТАШКЕНТ ОБЛЫСЫНЫҢ ТАБИҒИ ЖАҒДАЙЛАРЫНДА ӨСІП КЕЛЕ ЖАТҚАН (ҚҰМУШҚАН)

Өзбекстанда алғаш рет *Allium tschimganicum* Fedtsch автономды мүшелерінің анатомиялық құрылымы зерттелді. Зерттеу барысында келесі құрылымдық диагностикалық белгілер анықталды: жапырақта - изогубаның мезофильді типі, стоматалық су асты, жұқа қабырғалы эпидермис, кутикула бетінің тығыз бүктелуі, кортикальды паренхимада лактерлердің болуы, педункуладағы паренхималық-байламды құрылым, педункулада құрылым және паренхиманың әлсіреуі. кутикула, лактардың болуы.

Стоматты, ірі клеткалы кортикальды паренхиманы, кең орталық цилиндрді шінара батыру; педунгиде педункль педунгиде ұқсас, орталық цилиндрдегі қуыста ерекшеленеді, сонымен бірге педунгиде қарағанда едәуір көлемде болады. *A. tschimganicum* вегетативті мүшелерінің анықталған анатомиялық диагностикалық ерекшеліктері оның мезофиттік өсу жағдайларына байланысты екенін көрсетеді.

Кілт сөздер: анатомия, вегетативті орган, *Allium tschimganicum*, Кумушқан, Ташкент

Summary

A.T. Abdullaeva - PhD of Biological Sciences, Senior Researcher at the Laboratory "Anatomy and Cytoembryology of Plants", Tashkent Botanical Garden named after Acad. F.N. Rusanova at the Institute of Botany, Academy of Sciences of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan.

ANATOMICAL STRUCTURE OF THE AUTOMATIVE BODIES ENDEMIC *ALLIUM TSCHIMGANICUM* O. FEDTSCH. (AMARYLLIDACEAE), GROWING IN NATURAL CONDITIONS OF THE TASHKENT REGION (KUMUSHKAN)

For the first time in Uzbekistan, the anatomical structure of the autonomic organs of *Allium tschimganicum* Fedtsch was studied. During the study, the following structural diagnostic features were revealed: in the leaf there is a mesophilic type of mesophyll, stomata submergence, thin-walled epidermis, dense folding of the cuticle surface, the presence of lactifers in the cortical parenchyma, peduncle-beam type structure in the peduncle, weak thickening of the outer wall of the epidermis and slightly wavy surface cuticles, the presence of lactar.

Partial immersion of stomata, large-cell cortical parenchyma, extensive central cylinder; in the peduncle, the peduncle is similar to the peduncle, differs in the cavity in the central cylinder, and is also more sclerified in comparison with the peduncle. The revealed anatomical diagnostic features of the autonomic organs of *A. tschimganicum* indicate its confinement to mesophytic growth conditions.

Key words: anatomy, vegetative organ, *Allium tschimganicum*, Kumushkan, Tashkent

МРНТИ 76.31.31

Г.Т. Мурзалиева, М.Ю. Ишмуратова
Академия «Bolashaq», Караганда, Республика Казахстан

К ОЦЕНКЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА ИВОЛИСТНОГО

Абстракт. В статье проведено анатомическое изучение надземных органов тысячелистника иволистного. Исследовались особенности строения клеток верхнего и нижнего эпидермиса листа, поперечный срез листа, поперечный срез стебля, эпидермис венчика и листочка обертки цветочной корзинки. Диагностическими элементами строения тысячелистника иволистного являются форма и размеры клеток эпидермиса листа, венчика цветка и листочков обертки, наличие схизогенных вместилищ, простые 1-клеточные трихомы. Данные признаки могут использовать в качестве диагностических при идентификации сырья.

Ключевые слова: тысячелистник иволистный, лекарственное сырье, микропрепараты, диагностические признаки, надземные органы.

Род тысячелистник (*Achillea* L.) – один из самых важных родов семейства Сложноцветные (*Asteraceae* - *Compositae*), которые широко распространен по территории Европы, Азии и северной Африки, включая более 120 видов [1]. Растения данного рода обладают широким спектром фармакологической активности, включая антиоксидантную, антимикробную, спазмолитическую, антидиабетическую, противораковую, гепатопротекторную и цитотоксическую [2-9].

Одним из наименее изученных объектов в Казахстане является тысячелистник иволистный, который широко распространен по луговым, лугово-степным и лесным участкам, поэтому имеет перспективу сбора и применения в качестве лекарственного сырья.

Цель настоящего исследования – провести анатомическое исследование надземных органов тысячелистника иволистного и выявить особенности строения на микроскопическом уровне.

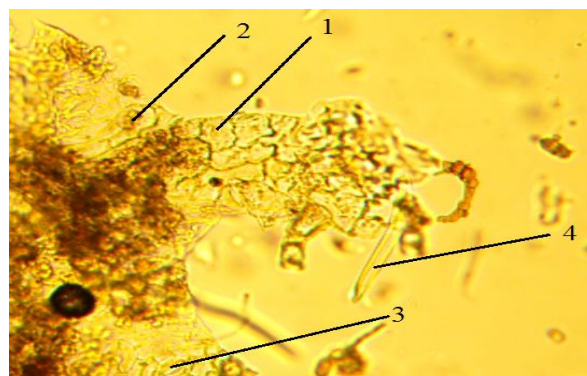
Achillea salicifolia Besser (сем. *Asteraceae*), или тысячелистник иволистный, – многолетнее травянистое растение [10]. Корзинки обычно многочисленные, полуяйцевидные, 4-5,5 мм длиной и 3,5-5 мм шириной, собраны на верхушках стеблей в щитковидные соцветия. Обертка черепитчатая, трёхрядная; листочки обёрток 2-3 мм длиной и до 1,5 мм шириной, широколанцетные, желтовато-зелёные, с выступающей средней жилкой, по краю перепончатые, жёлтые или жёлтые с коричневым окаймлением. Все цветки в корзинке белые; краевые - ложноязычковые, в числе 6-10, с язычками 3-4,5 мм длиной; срединные - трубчатые. Растет по опушкам лесов, на настоящих лугах, под пологом мелколиственных лесов. Встречается по всей лесной и лесостепной зоне Казахстана

Материалы и методы. При исследовании сухие образцы сырья размачивали в горячей воде и размягчали в смеси глицерин-спирт-вода дистиллированная в соотношении 1:1:1 [11, 12], кипятили в 5%-ном водном растворе гидроксида калия. Изготавливали поверхностные препараты и срезы вручную. Микропрепараты фотографировали на сканирующем микроскопе, полученные фотографии обрабатывали в программе Altamy Studio. При необходимости - делали схематические рисунки. При описании анатомического строения использовали принципы, изложенные в трудах В.Н. Вехова, Л.И. Лотовой [13, 14].

Микроскопия. Клетки верхнего и нижнего эпидермиса листа тысячелистника иволистного овальной или эллиптической формы с извилистыми тонкими стенками; с нижней стороны – меньше по размеру (рис. 1). Устьица немногочисленные, встречаются одинаково с обеих сторон листа; аномоцитного типа.



ВЭ



НЭ

1 – основные клетки эпидермиса, 2 – железка, 3 – устьице, 4 - трихома

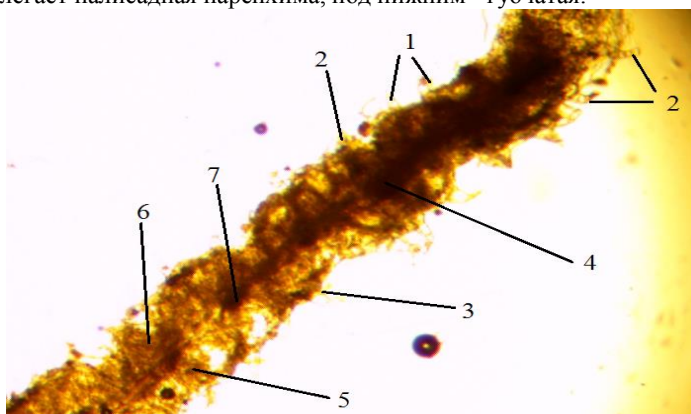
Рисунок 1 – Верхний (ВЭ) и нижний (НЭ) эпидермис листа тысячелистника иволистного. Препарат с поверхности. Ув. 10x16

По поверхности разбросаны редкие эфирно-масличные железки, мелкие и овальной формы. Опушение слабое, представлено длинными, тонкими, 1-клеточными простыми трихомами, которые хорошо заметны по краю листовой пластинки (рис. 2).



Рисунок 2 – Трихомы (1) по краю листовой пластинки тысячелистника иволистного. Ув. 10x16

На поперечном срезе лист тысячелистника имеет dorзо-вентральное строение (рисунок 3) – под верхним эпидермисом залегает палисадная паренхима, под нижним - губчатая.

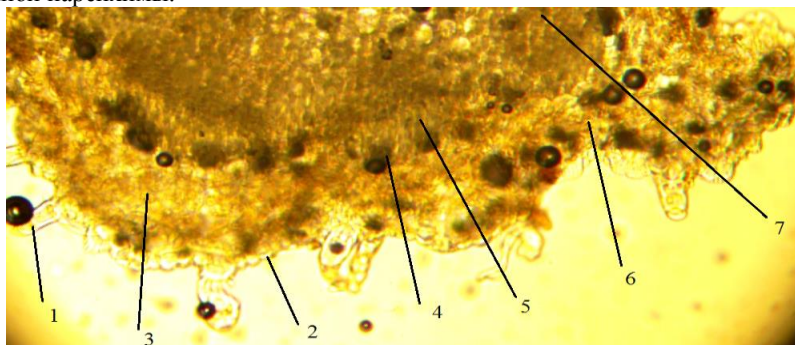


1 – трихомы, 2 – нижний эпидермис, 3 – верхний эпидермис, 4 - вместилища, 5 - палисадная ткань, 6 – губчатая ткань, 7 - проводящий пучок

Рис. 3 – Поперечный срез листа тысячелистника иволистного. Ув. 4x6

Проводящие пучки коллатеральные, закрытого типа. В мякоти листа отмечены продолговатые, темно-окрашенные вместилища схизогенного типа с эфирным маслом.

На поперечном срезе стебель округлый и ребристый (рис. 4). По периферии стебель покрыт округлыми клетками эпидермиса, под которыми залегает в углах хорошо выраженная уголкового колленхима, между углами – тяжи хлоренхимы. По периферии хорошо видны многочисленные трихомы. Коровая зона отделена от центрального цилиндра 1-слойной эндодермой. Проводящая система пучкового типа. Пучки коллатеральные, закрытого типа (флоэма по периферии, ксилема к центру). Центральная часть занята рыхло-расположенными клетками сердцевинной паренхимы.



1 – трихомы, 2 – эпидермис, 3 – колленхима, 4 – эндодерма, 5 – флоэма, 6 – хлоренхима, 7 – ксилема

Рис. 4 – Поперечный срез стебля тысячелистника иволистного. Ув. 10x16

Венчик цветка тысячелистника иволистного представлен 1-слоном эпидермисом, состоящим из сильно-извилистостенные клеток с утолщенными стенками (рис. 5). Железки и трихомы не отмечены.

Листочки обертки от узко-яйцевидной до эллиптической формы, внутренняя часть – травянистая, край – пленчатый (рис. 6). Эпидермис состоит из сильно прозенхимных клеток с многочисленными простыми 1-клеточными трихомами. В травянистой части листочка обертки отмечены продолговатые вместилища схизогенного происхождения с эфирным маслом.

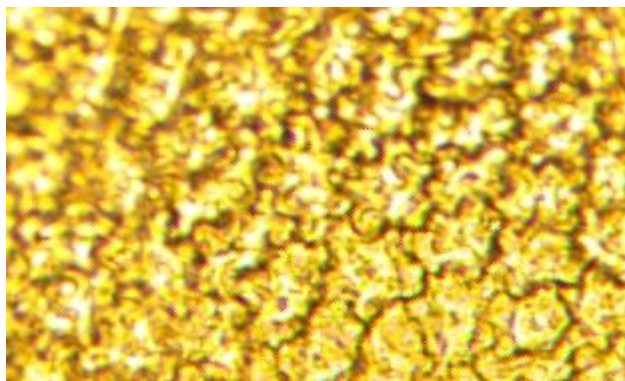
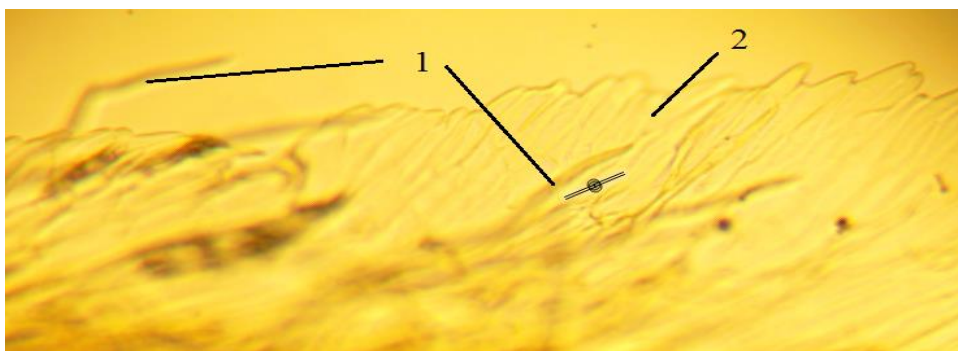


Рис. 5 – Эпидермис венчика цветка тысячелистника иволистного. Ув. 10x16



1 – трихомы, 2 – основные клетки эпидермиса

Рис. 6 – Эпидермис листочка обертки тысячелистника иволистного. Ув. 10x16

Таким образом, типичными элементами строения тысячелистника иволистного являются форма и размеры клеток эпидермиса листа, венчика цветка и листочков обертки, наличие схизогенных вместилищ, простые 1-клеточные трихомы.

Литература

1. Oberprieler, Ch. The families and genera of vascular plants / Ch. Oberprieler, R. Vogt, L.E. Watson // *Anthemideae* Cass. In: Kadereit J.W., Jeffrey C. (Eds.), Vol. VIII. Flowering plants Eudicots. – *Asterales*. – Berlin: Springer, 2007. - P. 364.
2. Benedec, D. Polyphenolic composition, antioxidant and antibacterial activities for two Romanian subspecies of *Achillea distans* Waldst. et Kit. Ex Willd / D. Benedec, L. Vlase, I. Oniga, A.C. Mot, G. Domian // *Molecules*. – 2013. – Vol. 18. – P. 8725-8739.
3. Nemeth, E. Biological activities of yarrow species (*Achillea* spp.) / E. Nemeth, J. Bernath // *Current Pharmaceutical Design*. - 2008. – Vol. 14. – P. 3151-3167.
4. Si, X.T. Chemical constituents of the plants in the genus *Achillea* / X.T. Si, M.L. Zhang, Q.W. Shi, H. Kiyota // *Chemistry and Biodiversity*. - 2006. – Vol. 3. – P. 1163-1179.
5. Kupeli-Akkol, E. Evaluation of the wound healing potential of *Achillea biebersteini* Afan. (*Asteraceae*) by *in vivo* excision and incision models / E. Kupeli-Akkol, U. Koca, I. Pesin, D. Yilmazer // *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. - 2009. – Issue 6. – P. 1-7.
6. Demirci, F. Characterization and biological activity of *Achillea teretifolia* Willd. And *A. nobilis* L. subsp. *Neilreichii* (Kerner) Formanek essential oils / F. Demirci, B. Demirci, I. Gurbuz, E. Yesilada, K.H.C. Baser // *Turkish Journal of Biology*. - 2009. – Vol. 33. – P. 129-136.
7. Konyalioglu, S. The protective effects of *Achillea* L. species native in Turkey against H₂O₂-induced oxidative damage in human erythrocytes and leucocytes / S. Konyalioglu, C. Karamenderes // *Journal of Ethnopharmacology*. - 2005. – Vol. 102. – P. 221–227.

8. Iscan, G. Biological activity and composition of the essential oils of *Achillea schischkinii* Sosn. And *Achillea aleppica* DC. subsp. *Aleppica* / G. Iscan, N. Kirimer, M. Kurkcuoglu, T. Arabaci, E. Kupeli, K.H.C. Baser // Journal of Agricultural and Food Chemistry. - 2006. – Vol. 54. – P. 70-173.

9. Karamenderes, C. Antispasmodic effect of *Achillea nobilis* L. subsp. *Sipylea* (O.Schwarz) Bässler on the rat isolated duodenum / C. Karamenderes, S. Araydin // Journal of Ethnopharmacology.-2003.–Vol. 84.–P. 175-179.

10. Motavalizadehkakhky, A. Compositions and the *in vitro* antimicrobial activities of the essential oils and extracts of two *Achillea* species from Iran / A. Motavalizadehkakhky, A. Shafaghat, H. Zamani, H. Akhlaghi, M. Mohammadhosseini, J. Mehrzad, Z. Ebrahimi // Journal of Medicinal Plants Research. - 2013. – Vol. 19, Issue 7. – P. 1280-1292.

11. Флора Казахстана. Т. 9 / под ред. Н.В. Павлова. - Алма-Ата: Наука, 1966. - С. 318.

12. Прозина, М.Н. Ботаническая микротехника / М.Н. Прозина. – М.: Высшая школа, 1960. – 206 с.

13. Долгова, А.А. Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии / А.А. Долгова, Е.Я. Ладыгина. – М.: Медицина, 1977. – 255 с.

14. Вехов, В.Н. Практикум по анатомии и морфологии высших растений / В.Н. Вехов, Л.И. Лотова, В.Р. Филин. – М.: МГУ, 1980. – 560 с.

15. Лотова, Л.И. Ботаника: Морфология и анатомия высших растений / Л.И. Лотова.-М.: КомКнига,2007.–512 с.

Түйін

Мурзалиева Г.Т., Ишмуратова М.Ю.

«Bolashaq» академиясы, Қарағанды, Қазақстан Республикасы

ТАЛЖАПЫРАҚТЫ МЫҢЖАПЫРАҚТЫҢ МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ҚҰРЫЛЫСЫН БАҒАЛАУ

Абстракт. Мақалада талжапырақты мыңжапырағының жер үсті ағзаларына, анатомиялық зерттеу жүргізілді. Жапырақтың жоғарғы және төменгі эпидермис жасушалары құрылысының ерекшеліктері, жапырақтың көлденең кесіндісі, сабақтардың көлденең кесіндісі, венчиктің эпидермисі және гүл себетінің орамасы жапырағы зерттелді. Талжапырақты мыңжапырағы құрылысының диагностикалық элементтері-жапырақтың эпидермис жасушаларының, гүлдің гүл шоғыры мен орамдағы жапырақтардың пішіні мен өлшемдері, сыйымдылығы, қарапайым 1-жасушалық трихомалар. Бұл белгілерді шикізатты сәйкестендіру кезінде диагностикалық ретінде пайдалануы мүмкін.

Кілт сөздер: талжапырақты мыңжапырақ, дәрілік шикізат, микропрепараттар, диагностикалық белгілер, жер үсті органдары.

Summary

Murzaliyeva G.T., Ishmuratova M.Yu.

Academy “Bolashaq”, Karaganda, Kazakhstan

TO THE ASSESSMENT OF MICRISCOPIC STRUCTURE OF ACHILLEA SALICIFOLIA

In the article studying of the anatomic studying of aboveground organs of *Achillea salicifolia* is carried out. It was investigated features of structure of the cells of the upper and lower epidermis of a leaf, a cross cut of a leaf and a stalk, epidermis of a nimbus and leaflet of a flower basket.

Diagnostic elements of the structure of *Achillea salicifolia* are the form and the sizes of cells of epidermis of a leaf, nimbus of a flower and leaflets of a flower basket, existence the schisogenetic receptacles, simple 1-cellular trichomes. These signs can be used as diagnostic for identification of raw materials.

Key words: *Achillea salicifolia*, raw material, micropreparations, diagnostic signs, above ground organs

МРНТИ 76.31.31.

О.А. Абеуова, Г.Т. Мурзалиева

Академия «Bolashaq», Қарағанда, Республика Қазақстан

РОЛЬ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ БУДУЩИХ ФАРМАЦЕВТОВ

Абстракт. В статье рассказывается роль учебной практики профессиональном становлении будущих фармацевтов. Профессиональные качества молодых специалистов формируются на основе глубины полученных теоритических знаний, закрепленные учебной производственной практикой. Выпускники вуза в области фармации должны быть подготовлены к организации управленческой, научно-исследовательской, производственной работе, решать современные задачи, с которыми они могут столкнуться в фармацевтической отрасли. Все это выдвинуло дополнительные профессиональные требования к специалистам и усилило требования к высшему фармацевтическому образованию.

Ключевые слова: учебная практика, специалисты, фармацевт, профессиональные качества.

Развитие фармацевтической науки требует внимательного отношения к подготовке специалистов в фармацевтической отрасли. В современных условиях определяющими вопросами в профессиональной подготовке должны быть профессиональная компетентность, характеризующая его профессиональную готовность и конкурентоспособность в условиях рынка. Для квалифицированной работы специалистам необходимо перестраиваться, адаптироваться к постоянно меняющимся условиям практической трудовой деятельности (1).

Профессиональные качества молодых специалистов формируются на основе глубины полученных теоретических знаний, закреплённые учебной производственной практикой. Являясь важным моментом, производственная практика, развивает у будущего специалиста. Необходимые для работы в профессиональной среде социально-личностные взаимоотношения; целенаправленно применять теоретические знания на практике, в зависимости от вида профессиональных задач.

Прошло то время, когда диплом об окончании вуза давал молодому специалисту хорошую работу, уважение, большие возможности. На сегодняшний день выпускникам высших учебных заведений, с первых дней пребывания в вузе необходимо реализовать себя, готовить себя к реальной рыночной жизни. Никому не секрет, что выпускники редко соответствует тому стандарту, каких хотели бы получить работодатели. Отсюда, важно для студентов фармации целенаправленное изучение специализированных предметов (2).

К сказанному хочется добавить, что учебно-производственная практика является важнейшим этапом в подготовке будущего специалиста. Жизнь показала, что работодатель отдаёт предпочтение выпускникам фармацевтического факультета, имеющих стаж работы в этой отрасли, нежели тем, которые только что получили диплом. Качество учебно-производственной практики является тем ключевым моментом для студентов, который укрепляет теоретические знания с практическими навыками в аптечных учреждениях. Только на практике студенты могут показать уровень профессиональных знаний, навыки умения, общую эрудицию, широту знаний. Присматриваясь к практикантам, работодатель выделяет коммуникативность, умение работать в коллективе (3).

Исходя из сказанного, можно резюмировать, что учебно-производственная практика у будущих фармацевтов выполняет обучающую, развивающую, воспитывающую и др. функции, необходимые для профессиональной деятельности. Выпускники вуза в области фармации должны быть подготовлены к организации управленческой, научно-исследовательской, производственной работе, решать современные задачи, с которыми они могут столкнуться в фармацевтической отрасли (4).

В связи с этим, при прохождении практики, подбирать квалифицированных руководителей практики – наставников. Во время практики, в идеале, студентов должны знакомит с базой практики, основными документами фармацевтической деятельности, с ассортиментом, с поставщиками, производителями лекарственных препаратов, инструкциями по их применению, условиями хранения и др. вопросами. Однако, как показала практика, не все руководители должным образом подходят к прохождению практики студентов. Так, ссылаясь на занятость, подходят к практике формально. Зачастую просто подписывают дневники практикантов, забывая, что у студентов необходимо развить не только выше перечисленные качества, но укрепить доброту, отзывчивость, ответственность, неравнодушие, профессиональную сознательность, т.к. в будущем они несут ответственность за здоровье людей.

В формировании у студентов-фармацевтов самостоятельности, активности, ответственности и инициативности, напрямую связано с правильной организацией практики, начиная с первого и до последнего курса и является приоритетной в подготовке выпускника к профессиональной деятельности на рынке труда (5).

Установлено, что студенты не всегда понимают необходимости получаемых знаний в будущей профессиональной подготовке. Видимо, необходимо при изучении каждой дисциплины подчеркивать ее значимость в практической деятельности провизора. Качество подготовки выпускников будет зависит от динамического развития личности, психологических особенностей, содержательных и контролирующих компонентов учебного процесса, стимулирование самостоятельной, производительной работы студентов.

Существенные преобразования, происходящие в нашем обществе, требуют пересмотра деятельности фармацевтов в области маркетинга, менеджмента. Все это выдвинуло дополнительные профессиональные требования к специалистам и усилило требования к высшему фармацевтическому образованию.

Литература

1. Солонина А.В. Проблема подтверждения профессиональной компетентности// Медицинский портал 21.10.2014.
2. Дейкало В.П. О разработке нового типового учебного плана по специальности. Фармация в Белорусии // Рецепт. – 2014. №2-С.21-31.
3. Джупарова И.А. Преподавание фармакологии студентом, обучающимся по специальности «фармация» // Медицина и образование в Сибири. – 2014.- №4
4. Миняева О.А. Механизм формирования и этапы реализации компетенций специалистов в области фармации // Актуальные задачи педагогики.: матер. Международная научная конференция- Чита.-2011.- С.220-222.

5. Зарипова М.Р. В аптеку на практику пришел студент // Аптека: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2007. №7.

Түйін

О.А. Абеуова, Г.Т. Мурзалиева.

«Bolashaq» академиясы, Қарағанды, Қазақстан Республикасы

БОЛАШАҚ ФАРМАЦЕВТЕРДІҢ КӘСІБИ ҚАЛЫПТАСУЫНДАҒЫ ОҚУ ТӘЖІРИБЕСІНІҢ РӨЛІ

Мақалада болашақ фармацевтердің кәсіби қалыптасуындағы оқу тәжірибесінің рөлі баяндалады. Жас мамандардың кәсіби сапасы оқу өндірістік практикамен бекітілген теориялық білімнің тереңдігі негізінде қалыптасады. Фармация саласындағы ЖОО түлектері басқару, ғылыми-зерттеу, өндірістік жұмыстарды ұйымдастыруға, фармацевтикалық салада кездесетін заманауи міндеттерді шешуге дайын болуы тиіс. Осының барлығы мамандарға қосымша кәсіби талаптар қойып, жоғары фармацевтикалық білім беру талаптарын күшейтті.

Кілт сөздер: оқу практикасы, мамандар, фармацевт, кәсіби сапа.

Summary

O.A. Abeuova, Murzaliyeva G.T.

Academy “Bolashaq”, Karaganda, Kazakhstan

THE ROLE OF EDUCATIONAL PRACTICE IN THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF FUTURE PHARMACISTS

Abstract. The article describes the role of educational practice in the professional development of future pharmacists. Professional qualities of young specialists are formed on the basis of depth of the received theoretical knowledge fixed by educational industrial practice. Graduates of the University in the field of pharmacy should be prepared for the organization of management, research, production work, to solve modern problems that they may face in the pharmaceutical industry. All this put forward additional professional requirements for specialists and strengthened the requirements for higher pharmaceutical education.

Key words: educational practice, specialists, pharmacist, professional qualities.

МРНТИ 76.31.31

Г.А. Тулегенова, К.Ш. Уразғалиев, А.Б. Сагинбазарова

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Ақтобе, Казахстан

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА CASE-STUDY В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ФАРМАКОГНОЗИЯ» У СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Аннотация: В статье рассмотрены вопросы внедрения метода case-study в преподавании дисциплин на кафедре фармацевтических дисциплин, обеспечивающего получение знаний, формирование умений и навыков и развитие системы ценностей студентов, профессиональных умений и компетенций.

Ключевые слова: case-study, фармакогнозия, CBL, фармацевтические дисциплины, инновационные методы.

Современная система образования претерпевает значительные преобразования: переход от традиционных методов обучения к инновационным [1]. Учитывая мировые тенденции и новые требования к подготовке квалифицированных профессиональных медицинских и фармацевтических кадров медицинские учебные заведения стран Европы, Америки, России и Казахстана переходят от традиционного обучения к инновационному образованию, с тесным междисциплинарным взаимодействием [2].

Одним из наиболее эффективных методов инновационного обучения является метод case-study, или метод конкретных ситуаций. Ключевым понятием данного метода является ситуация как набор обстоятельств или условий, создающих ту или иную ситуацию, выбор каких-либо из них будет влиять на конечный результат.

Данный метод представлен двумя классическими школами, американской и европейской. В рамках Гарвардской (американской) школы целью метода является определение единственно верного решения сложившейся ситуации, а Манчестерская (европейская) школа предполагает несколько решений. Размер кейса может варьироваться от одной до множества страниц, составленных на основе реальных фактов. Например, американская модель кейса обычно объемная и составляет 20–30 страниц текста плюс до 10 страниц с иллюстрациями, т.е. европейские кейсы в 2 раза короче.

Case-study – метод, при котором происходит активное обсуждение деловых ситуаций, что позволяет сформировать у обучаемого навыки: -принятия правильных решений в условиях неопределённости; - разработки эффективного плана действий;- применения полученных знаний на практике;- учета мнения других специалистов;- исследования проблемных ситуаций.

Сегодня метод case-study занимает лидирующие позиции в обучении, особенно в зарубежной бизнес-практике, в России интерес к данному методу появился лишь в конце двадцатого столетия и стал активно применяться для корпоративного обучения сотрудников компаний, а также студентов вузов в области экономических дисциплин, юриспруденции, медицины и других.

Главное преимущество данного метода обучения состоит в использовании принципов проблемного обучения, то есть проблема данная в кейсе имитирует механизм принятия решения в реальной рабочей ситуации, позволяя применить теоретические знания на практике и возможность трудового коллектива работать в одном проблемном поле, совместно заниматься поиском путей решения проблемы. Кроме того, данный метод дает возможность развить навыки презентации, умения аргументировать, работать в команде, отстаивать свое мнение и видеть ситуацию в целом. Каждый участник имеет возможность сравнить свое мнение с другими, а также наблюдаем высокую степень активности участников.[4].

Одной из приоритетных задач системы образования в Республике Казахстан является обеспечение инновационного характера образования в системе подготовки врачей и фармацевтов. Для реализации данной идеи на кафедре фармацевтических дисциплин был введен в учебный процесс один из активных методов обучения на основе практических случаев, который называется "case-study".

"Case-study" как метод обучения стал применяться во время практических занятий в модульной системе обучения на кафедре фармацевтических дисциплин с 2014 года[3]. С целью повышения мотивации и усвоения материалов на 5 курсе у 502 группы было проведено практическое занятия по методу CBL на русском языке по дисциплине: "Фармакогнозия" на тему: "Анализ лекарственного растительного сырья, содержащего дубильные вещества".

Выводы: Таким образом можно сделать вывод о преимуществах инновационных методов обучения "case-study" перед традиционным. Применение метода "case-study" как одного из инновационных методов методически обосновано и обеспечено. Об этом говорит и мнение студентов, выявленное при анкетировании. Использование конкретного инновационного метода позволяет развивать коммуникативную, самообразовательную компетенцию у студентов.

Литература

1. Яворская С.Д., Николаева М.Г., Болгова Т.А., Горбачева Т.И. Инновационные методы обучения студентов медицинских вузов//Современные проблемы науки и образования. №4-2016.
2. Байділдаева А.С., Сыдық А.Н., Махамбетова М.А., Абдримова З.М., Сарбасова Г.С. Оқытуда жаңа инновациялық әдістер мен ақпараттық технологияларды қолдану//Вестник КазНМУ №5, 2014.-с.20-22.
- 3.К.Ш. Уразғалиев, А.Б. Сағынбазарова. Фармацевтикалық пәндерді оқытуда инновациялық әдістерді қолдану//Вестник КазНМУ №4, 2015.-с.549-551.
4. Козлова О.А., Сычева М.Н. Инновационные методы обучения персонала: Зарубежный и отечественный опыт.//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.-2018.-№6.-с.160-164.

Түйін

Г.А.Тулегенова, К.Ш.Уразғалиев, А.Б.Сағынбазарова
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медициналық университеті, Ақтобе қаласы, Қазақстан.
Фармацевтикалық пәндер кафедрасы

"ФАРМАКОГНОЗИЯ" ПӘНІ БОЙЫНША ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ФАКУЛЬТЕТІНІҢ СТУДЕНТТЕРІН ОҚЫТУДАҒЫ CASE-STUDY ӘДІСІН ҚОЛДАНУ

Мақалада фармацевтикалық пәндер кафедрасының білім беру үрдісіне case-study әдісін енгізу қарастырылады. Тәжірибелік дағдыларын қалыптасуын және алған білімді қамтамасыз еттіп қана қоймай, сонымен бірге студенттердің компетенциялары мен кәсіби шеберліктерін, жүйелік құндылықтарының дамуын қарастырады.

Кілт сөздер: case-study, фармакогнозия, CBL, фармацевтикалық пәндер, инновациялық әдістері

Summary

G.A.TULEGENOVA, K.SH.URAZGALIEV, A.B.SAGYNBAZAROVA APPLICATION OF THE CASE-STUDY METHOD IN TEACHING PHARMACOGNOSIA AT THE PHARMACEUTICAL FACULTY STUDENTS"

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

Abstract: The article deals with the implementation of the case-study method in the teaching of disciplines at the department of pharmaceutical disciplines, providing knowledge, the formation of skills and skills and the development of the system of values of students, professional skills and competencies.

Keywords: case-study, pharmacognosy, CBL, pharmaceutical disciplines, innovative methods.

МРНТИ 14.35.09
УДК 615.322+58:378.147

Саякова Г.М

НАО «Национальный медицинский университет» имени С.Д. Асфендиярова

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТОВ «ФАРМАКОГНОЗИИ И БОТАНИКА» В НАО «НАЦИОНАЛЬНЫ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ» ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что в настоящее время подход в преподавании дисциплин «Фармакогнозии» и «Ботаники» должен быть современным, обязательно с внедрением новых стандартов и методов обучения, т.е. использованием инновационных технологий обучения.

Целью и задачами являются использование и внедрение в учебный процесс современных инновационных методов обучения для студентов фармацевтического факультета, применяемые в фармации.

Результаты и обсуждения. В современной фармации инновационное образование приносит новые основы развивающего фармацевтического образования, как основной модернизирующий фактор образования. Инновацион-ные технологии обучения используются, в первую очередь, для решения актуальных фармацевтических проблем. Современный фармацевт – педагог это тот специалист, кто постоянно развивается, совершенствует свои познания, самообразовывается, ищет новые пути развития в образовании студентов фармацевтического факультета, над чем мы постоянно работаем, стремимся к самосовершенствованию. Все это становится возможным благодаря нашей активной позиции и творческого подхода к преподаванию.

Одним из основных требований инновационной технологии обучения является – профессиональная заинтересованность, разная тематичность занятий, приближенная к нынешней практической деятельности, раскрывающие значение и смысл занятий, применение обучающих игр, которые превращают студента из пассивного слушателя в активного участника, повышение самостоятельного мышления, вызывающего повышенный интерес к наукам. Для этого мы обычно выделяем 3 уровня активности:

1.Активность воспроизведения, которая характеризуется стремлением обучаемого понять, запомнить, воспроизвести знания, овладеть способами применения по образцу.

2.Активность интерпретации, связанная со стремлением обучаемого постичь смысл изучаемого, установить связи, овладеть способами применения знаний в измененных условиях.

3.Активность творческая - предполагает устремленность обучаемого к теоретическому осмыслению знаний, самостоятельный поиск решения проблем, интенсивное проявление познавательных интересов.

Активные формы и методы обучения: создание проектов, подготовка публичных выступлений, дискуссионное обсуждение профессионально важных проблем, обучение в сотрудничестве, создание проблемных ситуаций, подготовка профессионально направленных видеофильмов и презентаций и т. д. Переход от информационно-объяснительного обучения к инновационно-действенному связан с применением в учебном процессе новых компьютерных и различных информационных технологий, электронных учебников, видеоматериалов, обеспечивающих свободную поисковую деятельность, а также предполагает развитие и личностную ориентацию [1]. На практических занятиях по фармакогнозии и ботанике преподаватели многие изучаемые материалы представляют в деловой игре, такие, как «Угадай лекарственное растение», « Деловая игра по морфологическим группам», «Что, где, когда?», «Кто быстрее», «Ромашка» и т.д. Обычно на занятиях студентов делят на две конкурирующие группы, представляя, например: два завода, даются разные тестовые задания, задаются вопросы по изучаемой теме, взятые из экзаменационных билетов и т.д. Все это дает положительный результат по освоению изучаемого материала. Повышение интереса и увлечение к предмету фармакогнозии и ботаники с эффективным использованием интересных различных ситуационных задач или дидактических игр способствует активному инновационному обучению студентов.

Выводы. На кафедре фармацевтической, токсикологической химии, фармакогнозии и ботаники НАО «НМУ» имени С.Д. Асфендиярова на протяжении многих лет в учебном процессе постоянно применяют инновационные методы обучения при помощи компьютера, различных деловых игр и тестовых заданий. Применение современных инновационных методов обучения, является самым важным моментов в обучении студентов, помогают им запоминать и осваивать предлагаемый нами материал.

Литература

- 1.Черкасов М.Н. «Инновационные методы обучения студентов // Инновации в науке: сб. ст. по матер. XIV междунар. науч.-практ. конф. Часть II. – Новосибирск: СибАК, 2012.
- 2.Воинова М.Г. «Возможности использования педагогических инноваций в преподавании теоретических и практических дисциплин» // Сб. Теоретические и практические аспекты обучения языкам и литературе в вузах.Россия,Курск, Вып. VI.Т.,2004.

3. Толипов У., Нумонова Н. «Использование современных педагогических технологий в учебном процессе». Жур. Xalq ta'limi.-Toshkent,2004.

Түйін

Саякова Г.М

С.Д. Асфендияров атындағы «Ұлттық медицина университеті»

**С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ «ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНДЕ»
«ФАРМАКОГНОЗИЯ ЖӘНЕ БОТАНИКА» ПӘНДЕРІН ОҚЫТУДА ИННОВАЦИЯЛЫҚ
ТЕХНОЛОГИЯЛАР**

Қазіргі заман талабы оқыту үрдісін жаңдандыруды талап етеді. Нарықта орын алған маман ғана өзінің мамандығы бойынша табыс көре алады. Тиімді табыс көзін аша алатын фармация маманын дайындау мақсатында оқыту үрдісін «оқытушы-студент» деңгейінде емес «жұмыс беруші - жұмыскер» деңгейінде жүргізу қажет.

Кілт сөздер: инновациялық технология, шығармашылық, қайта жаңдандыру, интерактивті оқыту

МРНТИ 76.31.31

Б.П. Жүсіп, Г.М. Саякова, Ш. Нөкербек

НАО «Казархский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова»

МАКРО - , МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ АНАЛИЗЫ ЛРС - ПОЛЫНИ СКАЛЬНОЙ (*Artemisia rupestris* L.), ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В КАЗАХСТАНЕ

В данной работе представлены результаты макрокопических и микрокопических анализов травы полыни скальной, произрастающих в Казахстане, которые позволили установить их анатомо-морфологические признаки.

Ключевые слова: макро-, микрокопический анализы, лекарственное растительное сырье, трава полыни скальной

Актуальность. В соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2021 года» принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2021 годы. Выполнение основных положений данной программы способствует снижению зависимости здравоохранения Казахстана от импорта лекарственных средств путем наиболее полного использования отечественных сырьевых ресурсов и производственных мощностей. Значительное внимание уделено выпуску готовых лекарственных средств из сырья растительного, животного и минерального происхождения и это вполне возможно благодаря богатым запасам данных видов сырья в Казахстане.

Импортозависимость казахстанского фармацевтического рынка ставит перед фармацевтической наукой задачу создания новых лекарственных средств на основе отечественного сырья. Лекарственные растения богатой флоры Казахстана служат ценным сырьем для получения фитопрепаратов с широким спектром терапевтического действия. Активно развивающиеся во всем мире исследования в области химии природных соединений увеличивают число официальных видов.

Целью исследования является макрокопический и микрокопический анализы сырья травы полыни скальной, как фитосубстанции в соответствии с фармакопейными требованиями.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования является трава полыни скальной (*Artemisia rupestris* L.). В работе использованы стандартные макрокопический, микрокопический методы анализы, проведенные при помощи современных приборов.

Результаты и их обсуждение. Макроскопические признаки.

Полынь скальная (лат. *Artemisia rupestris* L.) - травянистое растение из семейства астровые (лат. Asteraceae Dumort) представляет собой многолетнее травянистое растение. Высота от 10 до 50 см. Корни цилиндрические, белого цвета, укоренены горизонтально в корне, корни подземного корня (слизистые) укоренены горизонтально; уроек или меньше. Диаметр стебля составляет 1,5 - 3 мм. Во времена мая ее стебель - белый хлопок. Продвинутое классы яркие, коричневые или пурпурно-коричневые, сечение белое, середина пористая. Листья чередуются или противоположны, нижние листья округлые, остальные овальной формы, 1,5-5 см в длину, 1-2,5 см в ширину, светло-зеленые, босые, плоские на дне, редкость щетина в два раза оперена, последние листья овальные или ланцетные, прорези короче, чем прорези, нижняя передняя часть маленькая, цельная, остальные трехрусные, верхний лист и листья цветка, в начале исследования цветы, такие как желтые, круглые диски часто собираются вместе, кладут руки на стебель и выглядят как скользящая трубка. Здесь не так много цветков ананаса, тонкой трубки и пятен с цветочной короной, семена яйцевидные. Трава обладает приятным ароматом и вкусом. Созревают а августе. (см. рисунок 1-2) [1,2].



Рисунки 1, 2 – Внешний вид полыни скальной

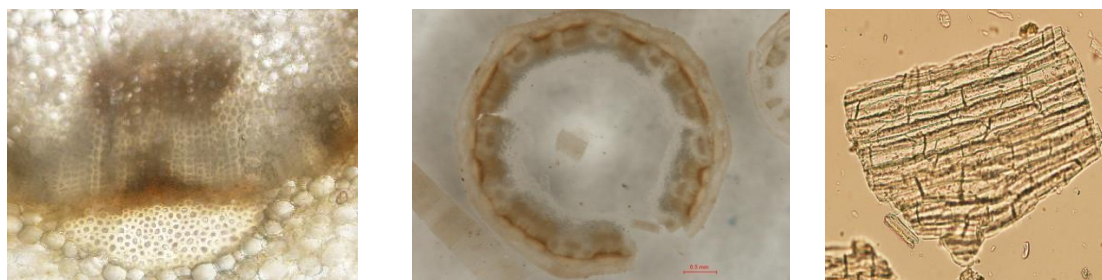
Районы распространения растительности полыни скальной распрост-ранены в ведущих странах: Казахстан, Западный Китай (Синьцзян), Монголия, Европейская часть России, Западная и Восточная Сибирь, Западная Европа (Германия, побережье Балтийского моря и др.).

Распространение в Казахстане: Есильская, Иртышская, Семипалатинская, Кокшетауская, Восточная и Западная, Каркаралинская, Зайсанская, Алтайская, Тарбагатайская, Жонгарская Алатау, Кунгей Алатау, Терсей, Киргизский Алатау и Западный Тянь-Шань. В степях и солёных почвах степей, в сухих и песчаных каналах рек, иногда в пустынных степях, в горных субальпийских и альпийских поясах, на каменистых и степных склонах [3].

Полынь скальная - сложная цветочная рассада, травянистое растение, которое принадлежит родственнику полыни. Высушенная поверхность используется в качестве лекарственного средства. Сырье заготавливают во время цветения, желательно до того, как пожелтеют прикорневые листья. Как правило, растение срезают в 5-10 см от поверхности земли. Раскладывают траву тонким слоем на бумаге либо связывают в пучки, сушат в тени на воздухе (под навесом) либо в проветриваемом помещении (на чердаке). Можно сушить и в специальных сушилках, температура в которых не превышает 45°C [4].

Микроскопические признаки: Поперечное сечение стебля и смесь цветов и листьев были получены из микроскопического анализа. На сечении урока - клетки эпидермиса имеют прямоугольную форму, наружная кутикулярная пластинка, Т-образные трихомы являются диагностическими отметками. Покровные ткани в оболочке покрывают до 3-7 клеток. Пояса Каспарари хорошо видны во внутренних клетках мешка. На внешней стороне урока находятся волоконные проводящие элементы - внешние пучки волокон сгруппированы. Ковалентные ячейки имеют углубления в середине большого и стены деревянной части стен (рисунки 3-4).

В зеленом и зеленом порошке травы - основной диагностический знак Т-образной формы, Т-образные, похожие на тонкие нити, длиной 30-1000 мкм, диаметром 10-20 мкм, некоторые из них длинные ленточные, длиной 1200 мкм и диаметром 20-50 мкм, иногда серые. возможно. В то же время порошок в порошке обнаруживается в основных трихомах, которые представляют собой 3-4 этажа в 2 слоя. Длина может составлять 38-60 мкм, диаметр 30-50 мкм и в соседних ячейках (рисунок 5) [5].



Рисунки 3-5 – микроскопия травы полыни скальной

Выводы: В настоящее время на базе НАО «НМУ» имени С.Д. Асфендиярова кафедры фармацевтической, токсико-логической химии, фармакогнозии и ботаники проводятся научные исследования травы полыни

скальной, произрастающие на территории Республики Казахстан. Анализ литературных соединений указывает на широкий спектр применения этого целебного растительного сырья в медицинской и фармацевтической практике. Проведенные макроскопический и микроскопический анализы позволяет установить анатомо-морфологические признаки травы полыни скальной.

Литература

1. Лекарственные средства растительного происхождения: справочное пособие / А.С.Васильев, Г.И.Калинкина, В.Н. Тихонов.- Томск, 2016. – 124 с.
2. Nokerbek Sh. Achievements in the research of artemisia rupestris L //Фармация Казахстана. - 2015.-№ 11. - Б.32-35.
3. Нөкербек Ш., Сакипова З.Б., Роберт Ульрих. Artemisia rupestris өсімдік шикізатының сабағынан әр түрлі әдістермен экстракт алу // ҚазҰМУ Хабаршысы. - 2014. -№ 5. - 6.138-140.
4. Самылина, И.А. Фармакогнозия. Атлас: учебное пособие для студентов – Фармация: в 3-х томах / И.А. Самылина, О. Г .Аносова.- М:Изд-во «ГЭОТАР-МЕДИА» -Том 1: Общая часть. Термины и техника микроскопического анализа в фармакогнозии.-2015.-192 с.
5. Нөкербек Ш., Қызайбекұлы М., Кияшев Д.К., Келимханова С.Е., Шүкірбекова А. Б. Қазақ дәстүрлі емшілігінде қолданылатын киелі ермен (Artemisia rupestris) өсімдігі жер үсті бөлігінің макро-микроскопиялық ерекшелігі //Астана мед. журн. -2013. -Т. 4, №78, Б.170-175.
6. European Pharmacopoeia. 6 th edition / European Directorate for Quality of Medicines. - Strasbourg, France : Council of Europe, 2007. - 3308 p.
7. Лекарственные растения, сырье и фитопрепараты: учебное пособие для студентов очного и заочного отделений фармацевтического факультета: в 2 частях /В.Н.Тихонов, Г.И.Калинкина, Е.Н.Сальникова. -Томск - 2007-Часть 2-137 с.

Түйін

Б.П. Жүсіп, Г.М. Саякова, Ш. Нөкербек

НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова»

ҚАЗАҚСТАНДА ӨСЕТІН ARTEMISIA RUPESTRIS L. ШИКІЗАТЫНЫҢ МАКРО- ЖӘНЕ МИКРОСКОПИЯЛЫҚ ТАЛДАУ

Қазақстан аумағында өсетін таулы Жусан шөбінің макроскопиялық және микроскопиялық талдау жұмыстарының нәтижелері көрсетілген.

Кілт сөздер: макро-, микроскопиялық талдау, дәрілік өсімдік шикізаты, Таулы жусан шөбі

МРНТИ 76.01.90

У.А. Ахатаева, Р.А. Омарова, Г.М. Саякова

НАО «Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», Школа Фармации

ИЗУЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ФИТОСУБСТАНЦИЙ НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ИСЛАНДСКОГО МХА (*CETRARIA ISLANDICA* (L.) ACH.)

В статье представлены результаты исследования стабильности слоевищ исландского мха и жидкого экстракта на его основе в режиме долгосрочных испытаний при температуре $(25 \pm 2)^{\circ}\text{C}$ и относительной влажности $(65 \pm 5)\%$ для слоевищ и для экстракта испытания проходят при температуре $(15 \pm 2)^{\circ}\text{C}$ и относительной влажности $(65 \pm 5)\%$. За исследуемый период хранения лекарственного растительного сырья в мешках из трехслойной крафт-бумаги и экстракта во флаконах с оранжевым стеклом, существенных изменений в качестве продукта не обнаружено. В настоящее время испытания стабильности фитосубстанций продолжаются.

Ключевые слова: слоевища исландского мха, жидкий экстракт, стабильность, условия хранения, долгосрочные испытания

Введение. Понятие «срок годности» имеет временной смысл, а понятие «стабильность» обуславливает устойчивость лекарственного средства. Эти понятия взаимосвязаны. Между стабильностью и фармакологической активностью также существует определенная зависимость. Стабильность – это важная характеристика лекарственного средства. Несмотря на значительное число лекарственных средств, использующихся в медицинской практике, а это более 20 тысяч наименований, постоянно ведется поиск более эффективных и безопасных [1]. Качество, безопасность и эффективность – главные требования к лекарственным средствам, в том числе растительным, эти требования обеспечиваются на всех этапах разработки, производства и реализации. Конкурентноспособные лекарственные препараты должны быть не только безопасными и высокоэффективными, но и стабильными, способными сохранять свойства в пределах, установленных нормативной документацией [2-4].

Целью является изучение параметров качества сырья исландского мха и экстракта на его основе в процессе хранения, установление срока и условий хранения.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являются - слоевища исландского мха (*Cetraria islandica* (L.) Ach.), заготовленные в мае-июне месяцах 2017-2018 гг. в местах естественного произрастания в ущ. р. Турген, хр. Заилийский Алатау Алматинской области, и жидкий спиртовой экстракт на основе слоевища исландского мха. Растение идентифицировано в РГП на ПХВ «Институт ботаники и фитоинтродукции» Комитета наук Министерство Образования и науки Республики Казахстан (справка №01-07/325 от 12 октября 2018 г.). Заготовлено 3 серий слоевищ исландского мха в соответствии с требованиями Надлежащей практики культивирования и сбора лекарственных растений (GACP). Определены критерии оценки качества сырья и экстракта, разработаны спецификации качества в соответствии требованиям Государственной Фармакопеи Республики Казахстан (ГФ РК).

Экспериментальная часть. Испытания стабильности и установление сроков хранения слоевищ исландского мха и жидкого экстракта на его основе проводятся согласно требованиям Приказа Министра Здравоохранения и Социального развития Республики Казахстан № 680 от 25 августа 2015 года «Об утверждении Правил производства и контроля качества, а также проведения испытаний стабильности и установления срока хранения и повторного контроля качества лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» на протяжении 24 месяцев в условиях долгосрочных испытаний. Периодичность контроля параметров качества сырья и экстракта составляет каждые 3 месяца в течение первого года и каждые 6 месяцев в течение второго года исследования стабильности. Определение показателя «микробиологическая чистота» проводили в начале исследования и планируется провести по окончании исследования.

Испытания стабильности лекарственного растительного сырья проводятся в упаковке, имеющей непосредственный контакт с продуктом и применяемой для хранения и реализации: трехслойная крафт-бумага по ГОСТ 2228-81 размером 100x50 см. Температура хранения препарата – (25±2)⁰С и относительная влажность – (65±5) %. Для испытания стабильности заложено три серии сырья исландского мха (*Cetraria islandica* (L.) Ach.) (таблица 1).

Таблица 1 - Сведения об исследуемых сериях слоевищ исландского мха

№ серии	Размер серии, кг	Дата производства	Регламент исследования, мес
CI-R-06-17-01	5,0	06. 2017 г.	0, 3, 6, 9, 12, 18, 24
CI-R-06-17-02	5,1	06.2017 г.	0, 3, 6, 9, 12, 18, 24
CI-R-06-17-03	4,8	06.2017 г.	0, 3, 6, 9, 12, 18, 24

Испытания стабильности жидкого экстракта проводятся в упаковке, имеющей непосредственный контакт с продуктом и применяемой для хранения и реализации: стеклянные флаконы для лекарственного средства из оранжевого стекла класса I объемом 50 мл с винтовой горловиной, на флаконах наклеивают этикетку из бумаги этикеточной по ГОСТ 7625-86Е, маркировка. Упаковка обеспечивает надежную защиту сырья от внешних воздействий, поскольку микробиологические характеристики в процессе хранения не изменяются и полностью соответствуют фармакопейным требованиям. Температура хранения препарата – (15±2)⁰С и относительная влажность – (65±5) %. Для испытания стабильности заложено три серии жидкого экстракта (таблица 2).

Таблица 2- Сведения об исследуемых сериях жидкого экстракта исландского мха

№ серии	Размер серии, л	Дата производства	Регламент исследования, мес
01PT18	5,0	05. 2018 г.	0, 3, 6, 9, 12, 18, 24
01PT18	5,1	05.2018 г.	0, 3, 6, 9, 12, 18, 24
01PT18	4,8	05.2018 г.	0, 3, 6, 9, 12, 18, 24

В экспериментах использованы фармакопейные методы, отвалидированные методики, растворы реактивов и растворителей марки ч.д.а., приготовленные в соответствии с требованиями ГФ РК [5]. В соответствии с требованиями надлежащих правил, используемое оборудование прошло квалификацию, полученные результаты экспериментов обработаны при помощи программ Exel и Statistica 12.

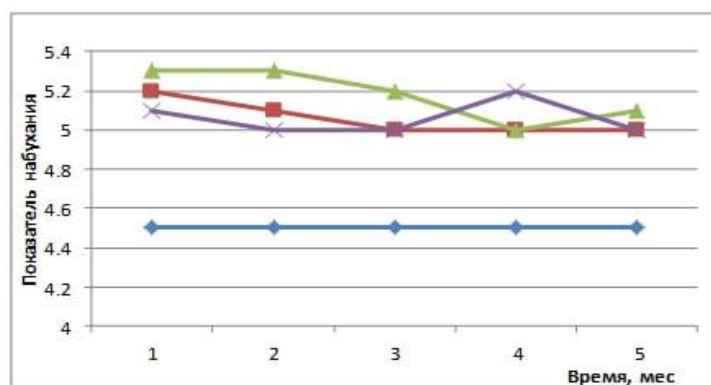
Результаты и обсуждения. В ходе исследования стабильности трех серий слоевищ исландского мха, изучали следующие показатели качества: «Описание», «Идентификация», «Посторонние примеси», «Потеря в массе при высушивании», «Микробиологическая чистота», «Показатель набухания» и «Количественное определение».

За период исследований стабильности показатели: «Описание», «Идентификация» соответствуют требованиям, посторонних примесей в продукте не обнаружено, потеря в массе при высушивании

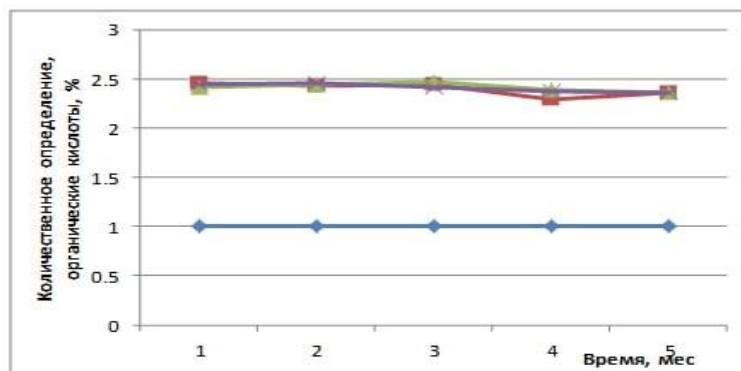
составляет не более 12 %, количественное содержание полисахаридов в сырье, в пересчете на глюкозу в пределах регламентируемых норм (не менее 46 %). По показателю «Микробиологическая чистота»: общее число жизнеспособных аэробных микроорганизмов и грибов находятся в пределах установленных норм, содержание E.coli в 1,0 г - не обнаружено.

Значительных изменений контролируемых параметров качества не наблюдалось.

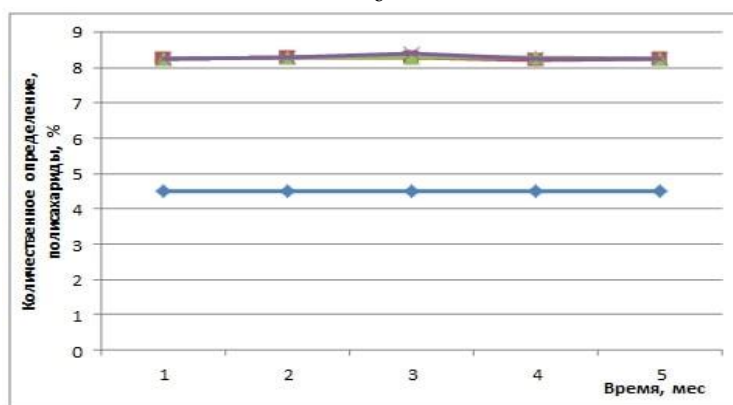
Результаты стабильности, охватывающие комплекс характеристик, полученных при физико-химических и микробиологических испытаниях, согласно спецификации жидкого экстракта. При исследовании стабильности 3 партий жидкого экстракта исландского мха, изучали следующие показатели качества готового продукта: описание, идентификация, сухой остаток, относительная плотность, этанол, объем содержимого упаковки, количественное определение, микробиологическая чистота. Периодичность контроля образцов составляет: 0, 3, 6, 9, 12, 18, 24 месяцев, что позволит подтвердить устойчивость активных компонентов во времени.



а

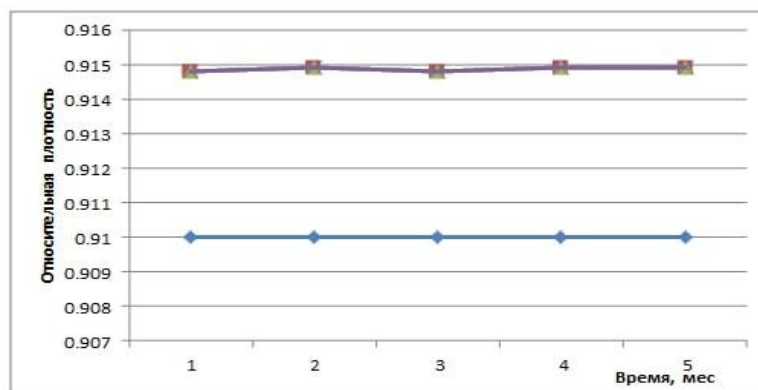


б

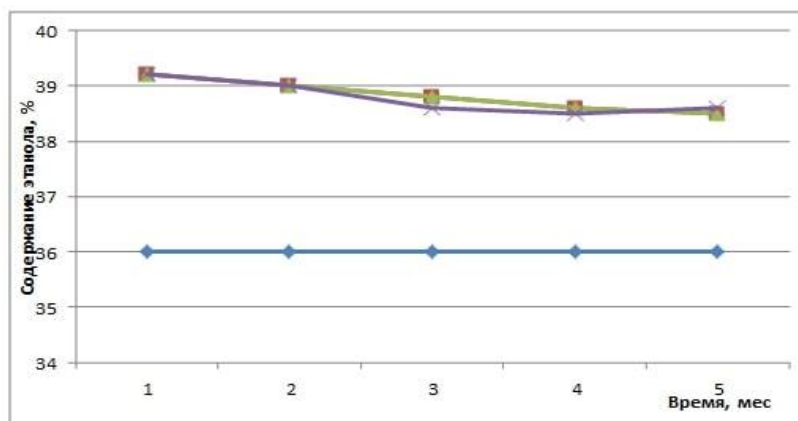


в

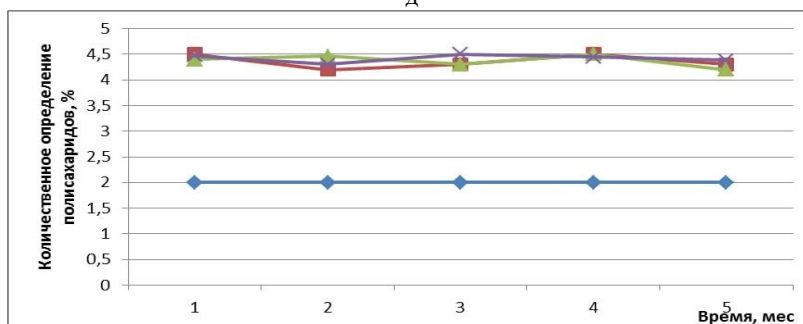
Рис. 1 – Оценка стабильности лекарственного растительного сырья «Слоевница исландского мха *Cetraria islandica* (L.) Ach.», семейства Пармелиевые (*Parmeliaceae*): а – показатель набухания, б – количественное определение: органические кислоты, %; в – полисахариды



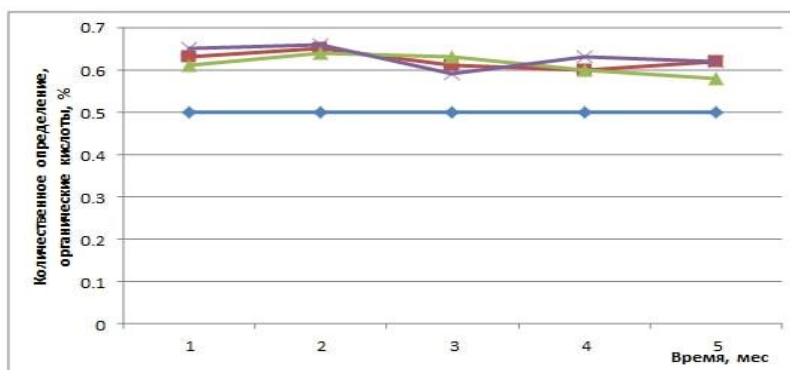
Г



Д



Ж



З

Рис. 2 – Оценка стабильности жидкого экстракта исландского мха: г - относительная плотность экстракта, д – содержание этанола, ж – количественное определение: полисахариды; з – органические кислоты

Выводы. В течение срока испытаний подтверждена сходимость регламентируемых исследуемых показателей, никаких существенных изменений не наблюдалось. В настоящее время изучение

стабильности лекарственного растительного сырья «Слоевница исландского мха» (*Cetraria islandica* (L.) Ach.) и жидкого экстракта на его основе продолжают, проводится исследование стабильности будут согласно план-графику.

Литература

1. Чекрышкина Л.А., Бабилова Е.А., Слепова Н.В. Изучение стабильности и установление срока годности субстанции мономекаина // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2.
2. Тулегенова А.У. Некоторые аспекты испытаний стабильности лекарственных средств (сообщение) // Фармация Казахстана. - 2006. - №3. - С. 29-31.
3. Тулегенова А.У. Некоторые аспекты испытаний стабильности лекарственных средств (сообщение) // Фармация Казахстана. - 2006. - №4. - С. 38-40.
4. Тулегенова А.У. Некоторые аспекты испытаний стабильности лекарственных средств (сообщение) // Фармация Казахстана. - 2006. - №5. - С.31-34.
5. Тулегенова А.У. Государственная фармакопея Республики Казахстан. – Алматы: Жибек жолы, 2008. - Т.1. – 592 с.

Түйін

У.А. Ахатаева, Г.М. Саякова, Р.А. Омарова

КАҚ «С.Д. Асфендияров атындағы Ұлттық медицина университеті», Фармация мектебі
050000, Алматы, Төле-би 94, Қазақстан Республикасы, E-mail: bossatay@mail.ru

ТҰРАҚТЫЛЫҚТЫ ЗЕРТТЕУ ФИТОСУБСТАНЦИЙ НЕГІЗІНДЕ ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫН ИСЛАНДИЯЛЫҚ МҮК (*CETRARIA ISLANDICA* (L.) ACH.)

Мақалада зерттеу нәтижелері ұсынылды тұрақтылық исландиялық мүк қатпарлары және сұйық сығындысы оның негізінде режимінде ұзақ мерзімді сынау кезінде температура (25±2)⁰С және салыстырмалы ылғалдылығы (65±5)% үшін слоевищ үшін сығындысы сынақ температурасы кезінде (15±2)⁰С және салыстырмалы ылғалдылығы (65±5)%. Зерттеліп отырған кезеңде дәрілік өсімдік шикізатын сақтау қаптарда бірі-үш қабатты крафт-қағаз және сығындысы флакондағы с қызғылт сары шыны, елеулі өзгерістер ретінде өнім табылған жоқ. Қазіргі уақытта фитосубстанцияның тұрақтылығын сынау жалғасуда.

Кілт сөздер: исландиялық мүк қатпарлары, сұйық сығындысы, тұрақтылық, сақтау шарттары, ұзақ мерзімді сынау

Summary

U.A. Akhataeva, R.A. Omarova, G.M. Sayakova

Asfendiyarov National medical university, School of Pharmacy
050000, Almaty, Tole Bi St. 94, Republic of Kazakhstan

THE STUDY OF THE STABILITY OF THE PHYTOSUBSTANCES ON THE BASIS OF MEDICINAL PLANT MATERIALS OF ICELANDIC MOSS (*CETRARIA ISLANDICA* (L.) ACH.)

The article presents the results of a study on the stability of thalli of Icelandic moss and liquid extract based on it in the mode of long-term tests at a temperature of (25±2) °C and relative humidity of (65±5)% for thalli and for an extract tested at a temperature of (15±2)°C and relative humidity (65±5)%. During the studied period of storage of medicinal plant materials in bags of three-layer Kraft paper and extract in bottles with orange glass, no significant changes in the quality of the product were found. Currently, the testing of the stability of the phytosubstances continues.

Key words: Iceland moss thalli, liquid extract, stability, storage conditions, long-term tests

МРНТИ 31.23.21

Хайдаров¹ М.Х., Курбанова¹ Л.Б., Дутова¹ Н.А., Каримсаков¹ К.Е., Кучербаев² К.Дж.

Региональный социально-инновационный университет¹,

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия²», г. Шымкент, Казахстан

ОБЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНИМОСТИ РЕАКЦИИ МЕЙЕРВЕЙНА-ПАНДОРФА-ВЕРЛЕЯ В ХИМИИ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ

(на примере синтеза кодеина из тебаина)

Резюме

Как и другие современные комплексы промышленного производства, фармацевтическое производство образует отходы, отличающиеся высокой токсичностью. Среди такого комплекса фармацевтического производства специфичным, с точки зрения образования высокотоксичных отходов, является производство главных алкалоидов из *Papaver somniferum*. Данные вещества относятся к лекарственным основам медицинских препаратов первой жизненной необходимости (морфин, папаверин) в экстремальных ситуациях. В данной статье приведены теоретические обоснования применимости реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея и установлена возможность ее применения в процессе утилизации,

а также разработан эффективный метод синтеза лекарственного препарата кодеина из отхода фармацевтической промышленности - тебаина.

Ключевые слова: кодеин, тебаин, алкалоиды, изохинолиновые алкалоиды, циклопентанпергидрофенантрен, реакция Мейервейна-Пандорфа-Верлея

Введение. Одним из высокотоксичных отходов фармацевтического производства, образующихся в больших количествах, является тебаин, который в настоящее время на действующих предприятиях является источником загрязнения окружающей среды (лито- и гидросферы). В связи с этим существует необходимость изучения возможности создания технологии утилизации тебаина с получением другого, полезного для медицины, продукта. В рамках исследуемой темы особую важность приобретает теоретическое обоснование и практическая реализация идеи синтеза лекарственного вещества кодеина из тебаина. Основанием для этого служит генетическое сходство структур кодеина и тебаина. С этой точки зрения актуальность исследуемой темы является несомненной.

Данное исследование выполнено в соответствии с планом совместных инициативных научно-исследовательских работ кафедры химии и биологии Регионального социально-инновационного университета и научно-исследовательской лаборатории лекарственных растений АО «Южно-Казахстанская медицинская академия».

Цель исследования: на основе теоретического обоснования применимости реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея изучить возможность и разработать эффективный метод синтеза лекарственного препарата кодеина из отхода фармацевтической промышленности - тебаина.

В связи с поставленной целью в задачи нашего исследования входило:

1. Теоретическое обоснование применимости реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея для синтеза кодеина из тебаина.
2. Защита сопряженной диеновой связи в фенантреновом кольце тебаина от полного гидрирования.
3. Защита кислородного моста тебаина от разрыва при гидрировании.
4. Препаративный синтез кодеина из тебаина на основе применения реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея.
5. Разработка экологически значимой технологии и технологической схемы производства кодеина из тебаина.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования выбраны:

- отход фармацевтического производства - тебаин; - реакция Мейервейна-Пандорфа-Верлея.

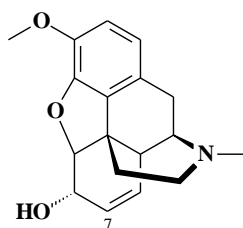
Предметом исследования являются: - изучение возможности переработки отхода химико-фармацевтической промышленности тебаина в лекарственный препарат - кодеин; - идентификация полученного кодеина методами Государственной фармакопеи X.

Методология научного исследования заключается в использовании структурно-логической схемы анализа получаемого продукта, начиная от теоретического обоснования планируемого химического процесса синтеза кодеина из тебаина и заканчивая его практической реализацией.

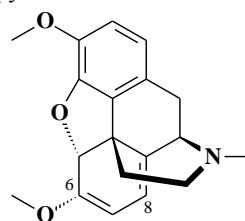
При выполнении научных исследований нами использовался комплекс современных методов анализа, заложенный в методическое обеспечение Государственной фармакопеи X, являющейся законодательно закрепленным и всемирно признанным стандартом в области идентификации лекарственных препаратов. В число этих методов входят: описание; растворимость; подлинность; температура плавления; наличие морфина; органические примеси; потеря веса при высушивании; сульфатная зола; количественное определение.

Результаты и обсуждения. Для превращения тебаина в кодеин нами за основу принято генетическое сходство их химического строения. В химическом отношении разница между тебаином и кодеином заключается в следующем:

- у тебаина в фенантреновом кольце имеется сопряженная двойная связь в положениях 6 и 8, в то время как у кодеина имеется только одна двойная связь в положении 7;
- в фенантреновом кольце тебаина имеется метоксильная группа в положении 6 в отличие от кодеина, у которого в этом положении находится гидроксильная группа.



Кодеин



Тебаин

Немаловажным фактором в данном случае является то, что и тебаин, и кодеин в растительном сырье встречаются всегда вместе, что связано с течением различных биохимических процессов в растительном

организме. То есть за исключением вышеуказанных различий сама стереохимическая структура обоих веществ является абсолютно одинаковой. Следовательно, на пути достижения главной задачи данного исследования (получение полезного продукта - кодеина из промышленного отхода - тебаина) нам приходится решать две основные задачи:

1. Перевести сопряженную двойную связь в тебаине (положения 6 и 8) в одинарную двойную связь (положение 7), что отвечает локальной структуре кодеина.

2. Найти возможность перевода метоксильной группы (положение 6) тебаина в гидроксильную группу.

Решение этих двух задач позволяет нам получить полезный продукт – кодеин, полностью совпадающий по всем физико-химическим и фармакологическим параметрам с природным кодеином, используемым в медицинской практике.

Каждая из вышеприведенных задач представляет собой целый комплекс химических реакций, что в свою очередь приводит к следующим нежелательным последствиям:

1. Усложнение процесса целевого синтеза.
2. Получение целого ряда побочных продуктов, затрудняющих выделение искомого продукта – кодеина из сложной смеси соединений, близких по своему строению.
3. Существенному снижению выхода по веществу (конверсии) целевого продукта – кодеина.
4. При внедрении в промышленное производство себестоимость продукции становится высокой, и весь смысл данного исследования теряет всякий смысл.
5. Усложнение технологического процесса с применением большого числа химических реагентов создает экологические проблемы на производстве, в то время как одной из наших главных задач является как раз наоборот – устранение экологических проблем путем утилизации промышленного отхода с возвратом его в технологический оборот.

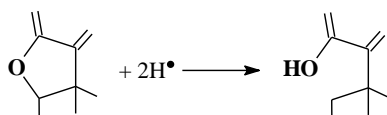
Таким образом, нам необходимо найти такой путь решения этих двух задач, который являлся бы:

- максимально простым в исполнении данного процесса синтеза кодеина из тебаина;
- привлекательным с точки зрения использования насколько возможно минимального числа химических реагентов, в том числе вредных для окружающей среды и человека;
- экологически чистой и безопасной технологией;
- процессом, объединяющих одновременное решение обеих вышеуказанных задач и, по возможности, проведения их в одном реакционном объеме и одновременно;
- процессом получения кодеина с низкой себестоимостью.

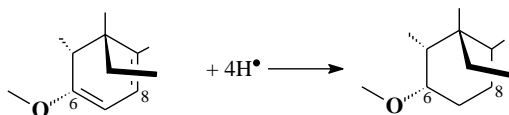
Исходные предпосылки для решения целевых задач. Как видно из различий химических структур тебаина и кодеина применение известных реакций в классическом (прямом) варианте приведет к деструктуризации молекулы тебаина и речи о получении кодеина после этого не может быть.

Например, можно привести следующие общеизвестные из классической теоретической органической химии факты:

- тетрагидрофурановое кольцо тебаина, при проведении реакции восстановления, практически сразу разрывается с переходом указанного кислорода в фенольный гидроксил:



- гидрирование сопряженной двойной (диеновой) связи (положения 6 и 8) фенантреновой структуры сразу приводит к образованию циклогексанового цикла, то есть его полному насыщению:



Эти и другие сопряженные и смежные проблемы (в данном случае препятствия для осуществления целевой химической реакции) данного органического синтеза требуют своего решения. Следовательно, опять нужно решать вполне определенные задачи, которые могут помочь достичь главной цели данного исследования – утилизации промышленного отхода - тебаина.

Что необходимо предпринять?

Для достижения целевого результата необходимо сделать следующие шаги:

1. Осуществить защиту кислородного мостика в фенантреновой структуре с тем, чтобы сохранить этот мостик от разрыва. Кроме того, данная защита должна быть легко снимаемой после окончания синтеза.
2. Защитить сопряженную диеновую связь в положениях 6 и 8 фенантренового кольца от полного восстановления. Здесь нужно провести такой процесс гидрирования, который подпадает под определение тонкого органического синтеза.

Из всего комплекса известных и зарегистрированных в настоящее время основных химических реакций и их модификаций для решения наших задач наиболее подходящим вариантом является реакция Мейервейна-Пандорфа-Верлея.

На чем основано это утверждение?

1. Реакция проводится в мягких условиях, что исключает образование смолистых веществ за счет необратимого разрушения исходной молекулы и продуктов нерегулируемого синтеза.

2. Смолистые вещества затрудняют выделение целевого вещества и доведение его до фармакологической чистоты.

3. Реакция проводится с участием изопропилата алюминия, безопасного в обращении, недорогого и легко получаемого реагента из доступных реактивов.

4. Алюминий в изопропилате $Al(OC_3H_7)_3$ обладает только секстетом электронов и поэтому способен принимать еще два электрона с образованием устойчивой октетной оболочки. Это придает изопропилату алюминия свойства кислот Льюиса; большой заряд центрального атома делает их "жесткими". Таким образом, изопропилат алюминия приобретает способность присоединять слабо-основный атом кислорода в мостике с образованием хелатных комплексов. Образовавшийся хелатный комплекс образует надежную защиту кислородного мостика от разрыва цикла при процессах восстановления.

5. Изопропилат алюминия одновременно является высокоэффективным восстановителем в процессах тонкого органического синтеза за счет своего более высокого восстановительного потенциала.

6. Изопропилат алюминия особенно эффективен в процессах восстановления карбонильных соединений, опять-таки за счет образования хелатных комплексов.

Реакция Мейервейна-Пандорфа-Верлея имеет следующие особенности, которые необходимо учитывать при проведении данного исследования:

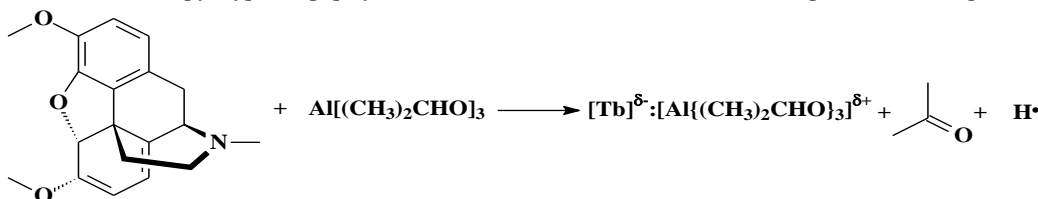
1. Реакция Мейервейна-Пандорфа-Верлея является типично обратимым процессом (обратная реакция называется реакцией окисления по Оппеннауэру).

2. Для достижения более полной конверсии тебаина в кодеин необходимо использовать реакцию Мейервейна-Пандорфа-Верлея в варианте восстановления карбонильных соединений.

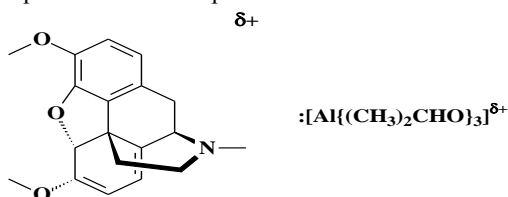
Отсюда можно сделать вывод о том, что применение реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея в данном процессе синтеза кодеина из тебаина вызывает вполне определенные вопросы, правильное понимание которых подсказывает нам пути решения задач, вытекающих из этих вопросов.

Таким образом, для получения кодеина из тебаина нам нужно осуществить следующее: для устранения эффекта обратимости реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея необходимо постоянно выводить из сферы реакции ацетон, который образуется в процессе синтеза кодеина из тебаина. Это решается просто: ацетон является самым летучим компонентом реакционной системы и отгоняется в процессе проведения реакции. Тогда наша целевая реакция синтеза будет идти только в одном направлении, то есть в сторону получения кодеина.

Как видно из структурной формулы тебаина, он имеет 2 потенциальных фенольных гидроксила:



Использование реакции Мейервейна-Пандорфа-Верлея в варианте восстановления карбонильных соединений возможно только при переводе тебаина сначала в тебаинон, то есть в сопряженную еноновую структуру. После этого возникает возможность восстановления енона до кодеина с одновременным гидрированием сопряженной двойной связи до сопряженной с гидроксильной группой двойной связи. Это также легко достигается также применением изопропилата алюминия.



Полученные в результате реакции атомы водорода сначала атакуют двойные связи в положениях 6 и 14 фенантреновой структуры кодеина. Освободившиеся двойные связи в положениях 7 и 8 рекомбинируют и замыкаются между собой с образованием одинарной двойной связи.

МРНТИ 76.31.31

А.Е. Бухарбаева, Ш.С. Шыназбекова, Х.Б. Алиханова, К.Н. Дауренбеков
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан,

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АЛКАЛОИДОВ В РАСТЕНИИ МЯТЫ АЗИАТСКОЙ

Резюме. Большой интерес оказывает исследование растения мяты Азиатской. Она широко применяется в народной медицине. Алкалоиды являются органическими соединениями. В растениях содержатся в виде солей винной, лимонной, яблочной, муравьиной, щавелевой, уксусной, молочной, янтарной и других кислот. Эти соединения алкалоидов хорошо растворимы в воде.

В данной статье мы провели качественный анализ и количественное определение алкалоидов в пересчете на термопсин. Алкалоиды - биологически активные вещества, механизм действия которых на организм человека очень сложен и разнообразен.

Ключевые слова. Мята азиатская, лекарственное сырье, качественные реакции, БАВ, алкалоиды, количественное определение.

Актуальность: Правильное применение лекарственных трав способствует излечению многих болезней. Для лечения некоторых болезней лучше применять натуральные растительные средства, потому что, синтетические препараты имеют побочные эффекты. Поэтому, людям полезно знать о применении лекарственных трав, особенно таких растений, которые растут в их местности, научиться применять. Расширение номенклатуры лекарственных растений является актуальной задачей фармацевтической науки [1].

Цель: Диагностика морфологических признаков и фитохимический анализ мяты Азиатской.

Материалы и методы: Объектом для исследования служила надземная часть Мята Азиатской, заготовленная в период цветения растения в местах его массового произрастания. Собранные образцы были высушены и оформлены в гербарий.

Полученные результаты: Мята азиатская — растение семейства яснотковые — Lamiaceae высотой 40–100 см, по всей поверхности опушено короткими волосками, стебли большей частью тонковатые трехгранные. Листья с обеих сторон бархатистые или войлочные, зеленовато- или сизовато-зеленые от коротких сидячих волосков, по краю листья тонко и удлинено-зубчатые, сидячие или на коротких черешках. Прицветные листья шиловидные, превышают длину ложных мутовок.

Качественная реакция на алкалоиды.

Получили водный экстракт из растения. Далее эту вытяжку применяли для качественного анализа. Применяли несколько видов реактивов для качественного анализа. 1% - пикриновую кислоту, реактив Драгендорфа, реактив Бушарда. В результате реакции обнаружили следующие аналитические эффекты: в результате реакции с 1% пикриновой кислотой – осадок желтого цвета. С реактивом Драгендорфа – выпал осадок красного цвета, с реактивом Бушарда – осадок коричневого цвета.

Эти реакции подтверждают наличие алкалоидов в данном растении.

Количественное определение алкалоидов. Аналитическую пробу измельчаем. 10 г измельченное сырье помещаем в колбу объемом на 250 мл, добавляем 100 мл хлороформ и 5 мл концентрированный раствор аммиака и закрываем крышку, в течении 2 часов вибрируем на шейкере. Хлороформную массу фильтруем. Фильтрат помещаем в колбу на 100 мл и отгоняем хлороформ с помощью роторного испарителя. В остаток добавляем 2 мл натрия гидроксида (0,1 моль/л) и 8 мл дистиллированной воды перемешиваем в течение 2-3 минут. Сверху добавляем 10 мл хлористоводородной кислоты (0,1 моль/л), осторожно перемешиваем и оставляем на 8-10 минут.

Отбираем 10 мл раствора в колбу объемом на 50 мл, затем добавляем 10 мл воды дистиллированной, 2 капли метилового красного, избыток кислоты титруем с помощью натрия гидроксида (0,1 моль/л) до появления желтой окраски.

Количественное содержание Алкалоидов рассчитываем с помощью следующей формулы:

$$X = \frac{(V_1 - V_2) \cdot 0,0244 \cdot 4 \cdot 100 \cdot 100}{m \cdot (100 - W)}$$

где, 0,0244 – количество алкалоидов в пересчете на термопсин, 1мл раствора кислоты хлористоводородной (0,1 моль/л).

V₁- объем натрия гидроксида

V₂- объем натрия гидроксида ушедшее на титрование исследуемого растения, в мл.

m – масса сырья, г.

W- масса высушенного сырья в процентах.

$$X = \frac{(18 - 15) \cdot 0,0244 \cdot 4 \cdot 100 \cdot 100}{10 \cdot (100 - 5)} = 2,8\%$$

Выводы. В исследуемом растении Мята Азиатской содержится БАВ алкалоиды. Качественной реакцией подтвердили содержание алкалоидов. Количественное содержание алкалоидов в мяте Азиатской составляет 2,8%.

Литература

1. Лосева И.В. Сырьевая база лекарственных растений Казахстана и ее рациональное использование. – Учебно-методическое пособие. – Караганда. – 2008. – 110 с.
2. Музычкина Р.А., Корулькин Д.Ю., Абилов Ж.А. Качественный и количественный анализ основных групп БАВ в лекарственном растительном сырье и фитопрепаратах. – Алматы, 2004. – 48с.
3. Самылина, И.А. Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии: уч. пособие/ под ред. И.А.Самылиной. М.: МИА, 2007.- 671 с.

Түйін

А.Е. Бухарбаева, Ш.С. Шыназбекова, Х.Б. Алиханова, К.Н. Дауренбеков
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

АЗИЯЛЫҚ ЖАЛБЫЗ ӨСІМДІГІНДЕГІ АЛКАЛОИДТАРДЫҢ ҚҰРАМЫН АНЫҚТАУ

Азиялық жалбыз - ерекше назар аударатындай маңызға ие, зерттеу үлкен қызығушылық тудырады. Ол халық медицинасында кеңінен қолданылады. Алкалоидтар органикалық қосылыстар. Ол шарап, лимон, алма, сірке, сүт, янтарь қышқылдарының тұздары күйінде кездеседі. Алкалоидтардың бұл қосылыстары суда жақсы ериді. Берілген мақалада біз алкалоидтарға сапалық талдау жасадық, сандық талдауды термопсинге қатысты анықтадық. Алкалоидтар ББЗ, адам ағзасына әртүрлі әсері бар.

Кілт сөздер: Азиялық жалбыз, дәрілік шикізат, сапалық талдау, ББЗ, алкалоидтар, сандық анықтау.

Summary

A.E. Bukharbaeva, Sh.S. Shynazbekova, H.B. Alikhanova, K.N. Daurenbekov
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

DETERMINATION OF THE CONTENT OF ALKALOIDS IN PLAN MINT ASIAN

Of great interest is the study of the Asian mint plant. It is widely used in traditional medicine. Alkaloids are organic compounds. The plants are contained in the form of salts of tartaric, citric, malic, formic, oxalic, acetic, lactic, succinic and other acids. These alkaloids are readily soluble in water.

In this article, we performed a qualitative analysis and quantitative determination of alkaloids in terms of thermopsin. Alkaloids are biologically active substances, the mechanism of action of which on the human body is very complex and diverse.

Keywords. Asian mint, medicinal raw materials, qualitative reactions, biologically active substances, alkaloids, quantitative determination.

МРНТИ 76.31.31

Л.А. Дильдабекова, К.М. Серимбетова, Ж.К. Рысымбетова
Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент Республика Казахстан

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ

Резюме

В настоящее время все больший интерес ученых по всему миру вызывают растения, которые используются в народной медицине, однако химический состав этих растений недостаточно исследован. Одним из представителей таких растений является Зизифора тонкая, произрастающий в Южном Казахстане. Растение очень популярно в современной народной медицине. В современной научной медицине используется редко и находится в фазе изучения.

Ключевые слова: зизифора тонкая, народная медицина, растительное сырье, настой, средства.

Цель исследований – провести фармакогностический и фитохимический анализ зизифоры тонкой. Объектом наших исследований является Зизифора тонкая произрастающая в Южном Казахстане.

Актуальность темы. Перспективность исследований лекарственных растений народной медицины несомненна для современной отечественной фармации. При введении таких растений в медицинскую практику в первую очередь следует проводить целый комплекс исследований.

Зизифора тонкая входит в число растений семейства под названием лилейные, *Ziziphora tenuior*. Зизифора тонкая наделена весьма ценными целебными свойствами, при этом с лечебной целью рекомендуется использовать плоды, сок травы и траву этого растения. Неоспоримы лечебные свойства зизифоры, она обладает широким спектром действия и подходит для людей любого возраста. В состав наземных частей растения и семян входят следующие компоненты: флавоноиды, альфа-терпинен, сапонины, кумарины, пальмитиновая, олеиновая, стеариновая, линолевая, линоленовая кислота [1].

Настой травы этого растения используется в качестве кардиотонического средства, при поносе, кишечных коликах и неврастении, также используется при гастралгии и туберкулезе легких. Чаще всего используют спиртовую настойку или отвар в качестве: успокоительного, заживляющего, обезболивающего, мочегонного и потогонного, бактерицидного средств. Компрессы и примочки помогают справиться с радикулитом, зубной болью или ушибами. При внутреннем применении зизифора хорошо очищает организм от токсинов, а также оказывает заживляющее и успокаивающее действие на стенки желудочно-кишечного тракта. Столь универсальные способности делают растение очень востребованным. В народе его часто называют алтайским лекарем [2].

Рекомендуется употреблять настойку зизифоры как профилактическое и общеукрепляющее средство. Она насытит организм витаминами и добавит сил в сезон авитаминоза. Ее иммуномодулирующие свойства помогут противостоять вирусным и респираторным заболеваниям.

По итогам проведенных исследований нами были проведены: Макроскопический и микроскопический анализ, определена влажность сырья и общая зольность. Исследован качественный и количественный анализ на наличие различных групп БАВ (алкалоиды, аскорбиновая кислота, дубильные вещества, флавоноиды, сапонины, эфирные масла) [3]. Получены ИК- спектральные данные.

Литература

1. Лосева И.В. Сырьевая база лекарственных растений Казахстана и ее рациональное использование. – Учебно-методическое пособие. – Караганда. – 2008. – 110 с.
2. Набиев М. Лечебные дары Чаткала. Ташкент: Абу Али ибн Сино, 2004.
3. Муzychкина Р.А., Корулькин Д.Ю., Абилов Ж.А. Качественный и количественный анализ основных групп БАВ в лекарственном растительном сырье и фитопрепаратах. – Алматы, 2004. – 48с.

Түйін

Л.А. Дильдабекова, К.М. Серимбетова, Ж.К. Рысымбетова
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., Қазақстан

ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТТАРЫН ҚОЛДАНУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ

Зерттеулер қорытындысы бойынша төмендегідей талдау жұмыстары жүргізілді: макроскопиялық және микроскопиялық анализ, шикізаттың ылғалдылығы мен күлділігі анықталды, Сапалық және сандық анализ бойынша ББЗ (алкалоидтар, аскорбин қышқылы, иілік заттар, флавоноиды, сапониндер, эфир майлары) анықталды. ИҚ – спектрлік мәліметтер алынды.

Кілт сөздері: жіңішкелі киікоты, халық медицинасы, өсімдік шикізаты, тұнба, заттар.

Summary

L.A. Dildabekova, K.M. Serimbetova, J.K. Rysymbetova
South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Republic of Kazakhstan

PROSPECTS FOR THE USE OF MEDICINAL VEGETABLE RAW MATERIALS

Based on the results of our studies, we conducted: Macroscopic and microscopic analysis, determined the moisture content of the raw materials and the total ash content. A qualitative and quantitative analysis was investigated for the presence of various groups of biologically active substances (alkaloids, ascorbic acid, tannins, flavonoids, saponins, essential oils). IR spectral data were obtained.

Keywords: ziziphora tenuior, traditional medicine, plant raw materials, infusion, means

МРНТИ 76.31.31

А.М. Джантураева¹, Г.А. Туребекова¹, К.Н. Дауренбеков¹
¹Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСТРАКТА *PHLOMIS SALICIFOLIA*

Аннотация. Впервые провели фитохимические анализы лекарственного растения *Phlomis salicifolia*. По результатам далее были проведены исследования на антибактериальную и противогрибковую активности. В статье рассмотрены фармакологические исследования и их результаты лекарственного растения *Phlomis salicifolia*.

Ключевые слова: *Phlomis salicifolia*, фармакологическое исследование, цитотоксическая активность, антибактериальная и противогрибковая активность.

Виды *Phlomis* широко используются в лечебных целях в виде травяного чая. И обладает разными биологическими активными действиями, а именно, противодиабетическими, противовоспалительными и антиаллергическими свойствами [1-2].

Среди антибактериальных средств наряду с синтетическими особое место занимают препараты на основе лекарственного растительного сырья. Антимикробное действие фитопрепаратов обусловлено

наличием в них биологически активных соединений, в т.ч. фенольной природы. Предпосылкой исследования антибактериальной активности извлечений из данных растений явились сведения об их химическом составе и использовании в медицине [3].

Выделенная сумма флавоноидов из корневой части *Phlomis salicifolia* были отправлены на фармакологические исследования для определения антимикробной и противогрибковой активностей.

Цель исследования. Цель нашей работы заключалась в изучении фармакологических активности растения *Phlomis salicifolia*, семейства Lamiaceae, широко распространенного во флоре Туркестанской области [4].

Материалы и методы. Растительный материал измельчают до размера частиц 2-5мм, трехкратно экстрагируют 96% спиртом этиловым, спирт отгоняет в роторно-испарительном аппарате, концентрируют под вакуумом. Получают готовый продукт - густой экстракт с содержанием суммы биологически активных веществ, темно-коричневого цвета со специфическим запахом варенья.

Тест микроорганизмы: Для определения антимикробной и противогрибковой активности были использованы следующие штаммы микроорганизмов: грамположительные бактерий - *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923), *Bacillus subtilis* (ATCC 6059); грамотрицательные - *Escherichia coli* (ATCC 25922), *Pseudomonas aeruginosa* (ATCC 27879) и один условно-патогенный грибок *Candida albicans* (10231).

Определение антибактериальной и противогрибковой активности. Использовался модифицированный агар-диффузионный метод. Суспензию бактериальных клеток подготавливали из суточной субкультуры соответствующего штамма, с 1×10^6 колоний в мл. Стерильный питательный агар (LB Agar, Invitrogen, USA, 25 г агар/л дисст. вода) инокулировали бактериальными клетками (200 μ л бактериальных клеток в 2 мл 0.9% NaCl суспензии и 20 мл среда) и выливали в чашки Петри для получения твердой фазы. *Candida albicans* (1×10^5 КОЕ/мл) была инокулирована в стерильный Mueller-Hinton-agar в соответствии с ГФ (XI, выпуск 2) и DIN E 58940-3 для агар диск-диффузионных методов. 40 мкл тестовых материалов (эквивалентно 2 мг экстракта или 0.2 мг индивидуального вещества в соответствующих растворителях) наносили на стерильные бумажные диски (6 мм диаметр, Whatman No.1). Ампициллин, цефтриаксон и нистатин были использованы как позитивный контроль, а растворители - как негативный. Растворители испаряли в потоке воздуха при комнатной температуре. Диски были депонированы на поверхности инокулированных агаровых чашек. Затем чашки выдерживали 2 ч в холодильнике (+4°C) для предиффузии веществ в агаре. Чашки с бактериями инкубировали при 37°C 24 ч, а с грибами 48 ч при 26°C. Зона ингибирования (включая диаметр диска) была измерена и зарегистрирована после времени инкубации. Средние значения ингибирования были вычислены после 3-х кратного повторения. Результаты представлены в таблице 1.

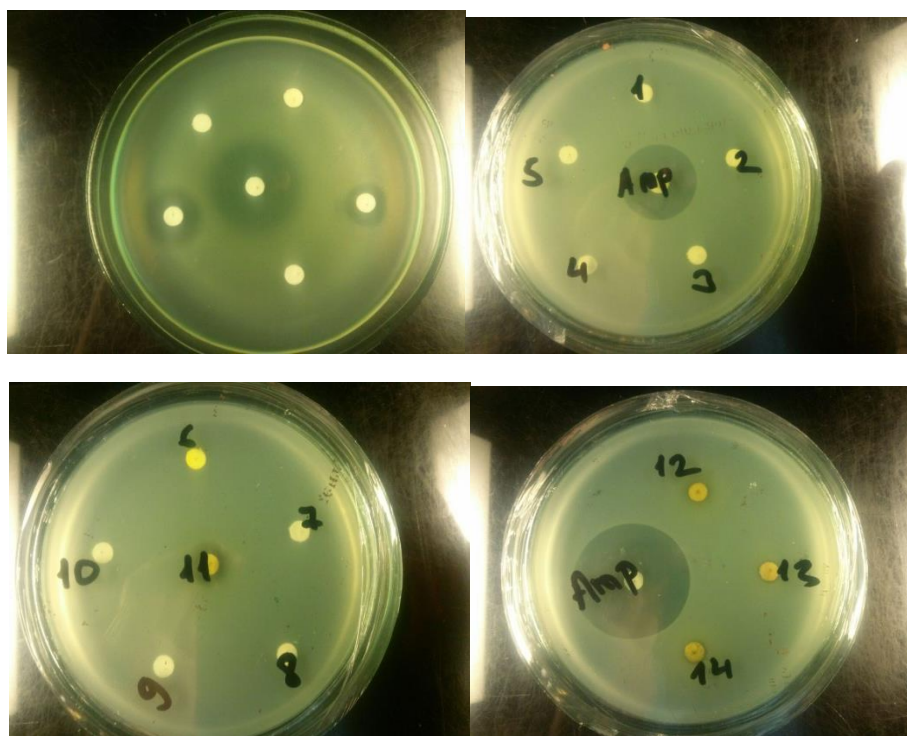


Рисунок 1. Тесты на антибактериальную и противогрибковую активности

Результаты и обсуждение.

Таблица 1. Результаты *in vitro* скрининга на антимикробную активность (Тесты на антибактериальную и противогрибковую активности)

Название веществ	Диаметр зоны ингибирования (mm)				
	Грам-положительные бактерии		Грам-отрицательные бактерии		Условно-патогенный грибок
	<i>Bacillus subtilis</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Candida albicans</i>
<i>Phlomis salicifolia</i>	10	7	na	na	12
Ampicillin(20µg/disc)	26	27	nt	nt	nt
Ceftriaxone(20µg/disc)	nt	nt	25	28	nt
Nystatin (20µg/disc)	nt	nt	nt	nt	22

na- not active; nt – not tested

- Слабый: зона ингибирования ≤ 6 mm (weak)
- Заметный: 8-14 мм (appreciable)
- Выраженный: 14-20 мм (pronounced)
- Сильный: ≤ 20 мм (strong)

Выводы. Таким образом, выявленные антибактериальное и противогрибковое действия *Phlomis salicifolia* позволяют рекомендовать его для дальнейшего углублённого изучения с целью создания перспективных антимикробных средств на их основе и изучения других видов биологической активности (противовоспалительной, ранозаживляющей и др.).

Литература

1. П.Б. Цыдендамбаев, Б.С. Хышиктуев // Биологические эффекты экстрактов лекарственных трав в модели *Ex Vivo* // Фармакология и фармация.
2. А.А. Круглая // Антибактериальная активность фенольных соединений некоторых представителей семейства *Lamiaceae* // Разработка, исследование и маркетинг новой фармацевтической продукции: сб. науч. тр. / Пятигорск: Пятигорская ГФА, 2012. – Вып. 67. – 339 с.
3. G.A. Turebekova, A.K. Patsayev, A.M. Dzhanturayeva, Y. Orazbekov // Cytotoxic activity of ethanol extract of *Phlomis salicifolia* growing in Kazakhstan // 17th Annual Oxford ICSB, At the Oxford Conference Center|102 Ed Perry Blvd, Oxford, Mississippi, Poster Abstracts.
4. M. Sobeh, N. Z. Mamadalieva, T. Mohamed, S. Krstin, F. S. Youssef, M. L. Ashour, S. S. Azimova, M. Wink // Chemical profiling of *Phlomis thapsoides* (*Lamiaceae*) and *in vitro* testing of its biological activities // Received: 24 November 2015 / Accepted: 4 July 2016 © Springer Science+Business Media New York 2016.

Түйін

Джантураева А.М.¹, Туребекова Г.А.¹, Дауренбеков К.Н.¹

¹ Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, г. Шымкент, Қазақстан

PHLOMIS SALICIFOLIA ӨСІМДІГІНІҢ СЫҒЫНДЫСЫНА ЖҮРГІЗІЛГЕН ФАРМАКОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРІ

Phlomis salicifolia өсімдігіне алғаш рет фитохимиялық талдау жүргізілді. Нәтижесінде цитотоксикалық (Италиямен бірге), бактерияға және зенге қарсы белсенділікке зерттеулер жүргізілді. Мақалада *Phlomis salicifolia* дәрілік өсімдігінің фармакологиялық зерттеулері және олардың нәтижелері қарастырылған.

Кілт сөздер: *Phlomis salicifolia*, фармакологиялық зерттеу, цитотоксикалық белсенділік, бактерияға қарсы және зенге қарсы белсенділік.

Summary

Janturayeva A.M.¹, Turebekova G.A.¹, Daurenbekov K.N.¹

¹ South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

PHARMACOLOGICAL STUDY OF EXTRACT PHLOMIS SALICIFOLIA

Annotation. For the first time conducted phytochemical analyses of the medicinal plant *Phlomis salicifolia*. According to the results, further studies were conducted on cytotoxic (together with Italy), antibacterial and antifungal activity. The article deals with pharmacological studies and their results of the medicinal plant *Phlomis salicifolia*.

Key words: *Phlomis salicifolia*, pharmacological study, cytotoxic activity, antibacterial and antifungal activity.

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ

Подсекция: «КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

МРНТИ 76.29.30

УДК 616.12:613.12:574.5

М.Б. Иванова¹, Т.З. Сейсембеков², Ж.А. Кауызбай¹, А.А. Сейдахметова¹, Б.Д. Серикова¹
АО Южно-Казахстанская медицинская академия¹, (АО ЮКМА), Шымкент, НАО «Медицинский университет Астана»¹ (НАО «МУА»), Нур-Султан; Республика Казахстан

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И СЕЗОННОЙ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НАСЕЛЕНИЯ Г. ШЫМКЕНТА

Резюме. В данной статье приведены результаты анализа межгодовой и сезонной динамики смертности населения от ИБС в г. Шымкенте за период с 2009 по 2018 гг. Выявлена тенденция снижения смертности населения от ишемической болезни сердца (ИБС) за рассматриваемый период. Летальность от ИБС среди мужчин выше на 10%, чем у женщин. 75% смертей приходится на людей пожилого и старческого возраста. Мужчины подвержены риску смерти от ИБС в более раннем возрасте, чем женщины. Максимальный уровень смертности от ИБС для всех возрастных категорий в г. Шымкенте наблюдается в зимний период, минимальный – в осенний период. В летний период индекс сезонности (ИС) смертности от ИБС для женщин на 10% превышает соответствующий показатель для мужчин, весной ИС для мужской смертности от ИБС на 10% выше, чем у женщин.

Ключевые слова: смертность, сезонная динамика, индекс сезонности, ишемическая болезнь сердца.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является достаточно распространенным заболеванием и является одной из основных причин смертности населения, а также утраты работоспособности. Именно по этой причине современные медики так много уделяют внимание данному заболеванию.

В предыдущих исследованиях авторами было выявлено изменение динамики смертности от ИБС (I20 - I25) взрослого населения г. Шымкент в 2009 -2017 гг..в виде постепенного снижения общего случаев смертности [1]. Также было определено преобладание мужчин и распределение умерших от ИБС в г. Шымкент существенно разнилось по сезонам года и возрастным группам больных. Сезонная периодическая динамика погодных условий, проявляющихся как в циклических, так и нерегулярных изменениях метеорологических факторов (таких как температура воздуха, атмосферное давление, относительная влажность, скорость ветра, атмосферные осадки и др.), оказывает неблагоприятное воздействие на течение ряда заболеваний, влияя на смертность, в первую очередь у больных с сердечно-сосудистой патологией[2]. Поэтому в данной работе мы проанализировали данные межгодовой и сезонной динамики смертности населения от ИБС в г. Шымкенте за период с 2009 по 2018 гг. с использованием индекса сезонности[3].

Цель. Определение половозрастной структуры и выявление основных особенностей сезонной динамики смертности населения от ИБС на примере г. Шымкента за период с 1.01.2009 г. по 31.12.2018 г.

Материалы и методы. При анализе структуры и сезонных особенностей динамики смертности от ИБС в качестве первичной информации использовались сведения, предоставленные РПП на ПХВ «ИВЦ Комитета по статистике МНЭ РК» о ежедневном числе случаев общей и половозрастной смерти населения от ИБС по г. Шымкенту за 2009-2018 гг. Для изучения особенностей сезонной динамики смертности от ИБС населения г. Шымкента за многолетний период использовался индекс сезонности (ИС), показывающий отношение смертности в данный месяц к средней величине за все годы анализируемого периода [3]. Порядок вычисления ИС: - суммируются показатели смертности отдельно за каждый месяц за все годы анализируемого многолетнего периода; - полученные итоговые значения делятся на число лет наблюдения, в результате получаются 12 месячных средних значений (Y_i); - рассчитывается общая средняя (Y_0) путем деления суммы месячных средних на 12; - вычисляется индекс сезонности (I) по формуле:

$$I = \frac{Y_i}{Y_0} \times 100\%$$

Если значение ИС для какого-либо месяца превышает 100%, то считается, что в этом месяце активизировались сезонные факторы.

Результаты и обсуждение. Для исследуемого периода были составлены временные ряды ежегодной и ежемесячной общей, женской и мужской смертности от ИБС, а также временные ряды для данного показателя по четырем возрастным группам (18-44 года, 45-59 лет, 60-74 года, старше 75 лет). За анализируемый период не было выявлено никаких катастрофических событий, которые привели бы к выпадению значений из временных рядов. В период с 2009 по 2018 гг. в г. Шымкенте от ИБС умерло 3595 человек старше 18 лет. Данный период характеризуется снижением смертности от ИБС с 554 в 2009 г. до

289 человек в 2018 г., за исключением 2014 и 2015 гг., когда этот показатель вырос до 330 и 380 человек соответственно (рис.1).

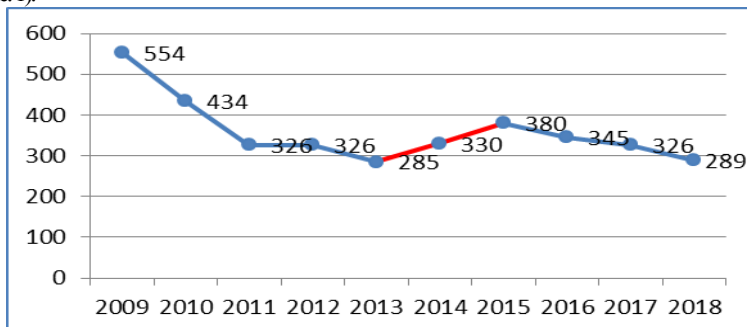


Рис. 1. Динамика смертности от ИБС взрослого населения, г. Шымкент 2009-2018 гг.

В г. Шымкенте летальность от ИБС среди мужчин выше на 10%, чем у женщин (рис.2).

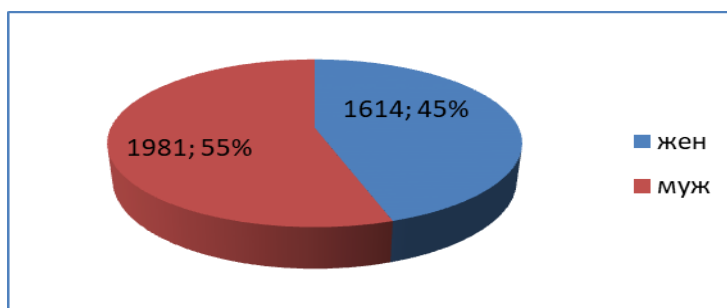


Рис. 2. Гендерная структура смертности от ИБС взрослого населения, г. Шымкент 2009-2018 гг.

Анализ смертности от ИБС по возрастным когортам показал, что 20% смертей приходится на зрелый возраст (45-59 лет), 31% приходится на пожилой возраст (60-74 года) и 44% на старческий возраст (старше 75 лет) (рис.3).

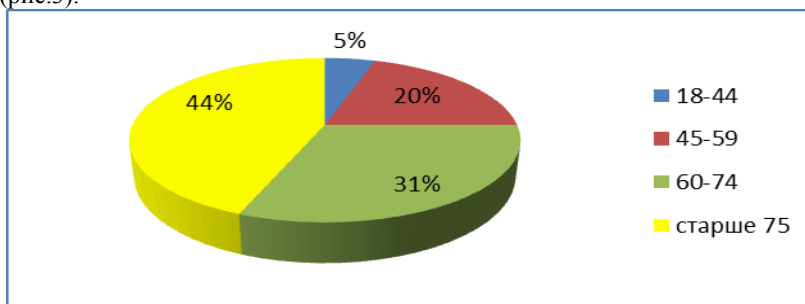


Рис. 3. Возрастная структура смертности от ИБС, г. Шымкент 2009-2018 гг.

Мужчины подвержены риску смерти от ИБС в более раннем возрасте, чем женщины. Пик смертности от ИБС среди мужчин приходится на 60-74 года, среди женщин - на возраст более 75 лет (рис.4).

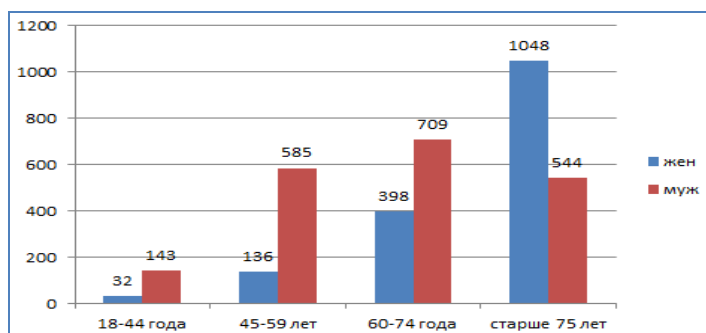


Рис. 4. Половозрастная структура смертности от ИБС, г. Шымкент 2009-2018 гг.

Анализ особенностей внутригодовой динамики смертности от ИБС взрослого населения с использованием ИС показал, что максимальный уровень показателя характерен для зимнего периода, минимальный – для осеннего (рис. 5).

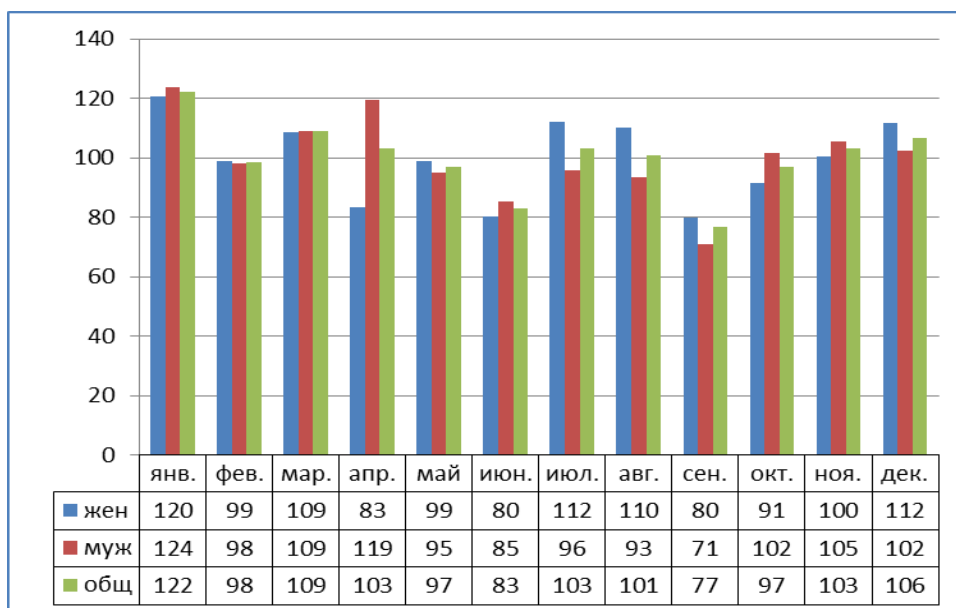


Рис. 5. ИС для общей, мужской и женской смертности от ИБС, г. Шымкент 2009-2018 гг.

Детальный анализ внутригодовой динамики выявил максимальные значения ИС в январе и минимальные в сентябре как для общей, так отдельно для мужской и женской смертности от ИБС. Однако в летний период ИС для женской смертности превышает соответствующий показатель мужской смертности в среднем на 10%. Наибольшая разница в значениях ИС мужской и женской смертности от ИБС наблюдается в апреле и равна 36%. Годовые амплитуды смертности от ИБС для женщин и мужчин равны 40% и 53% соответственно. В летний период ИС для женской смертности от ИБС на 10% превышает соответствующий показатель для мужчин, в то время как весной ИС для мужской смертности от ИБС на 10% выше, чем у женщин. Результаты анализа ИС смертности от ИБС в различных возрастных группах показана в рис. 6.

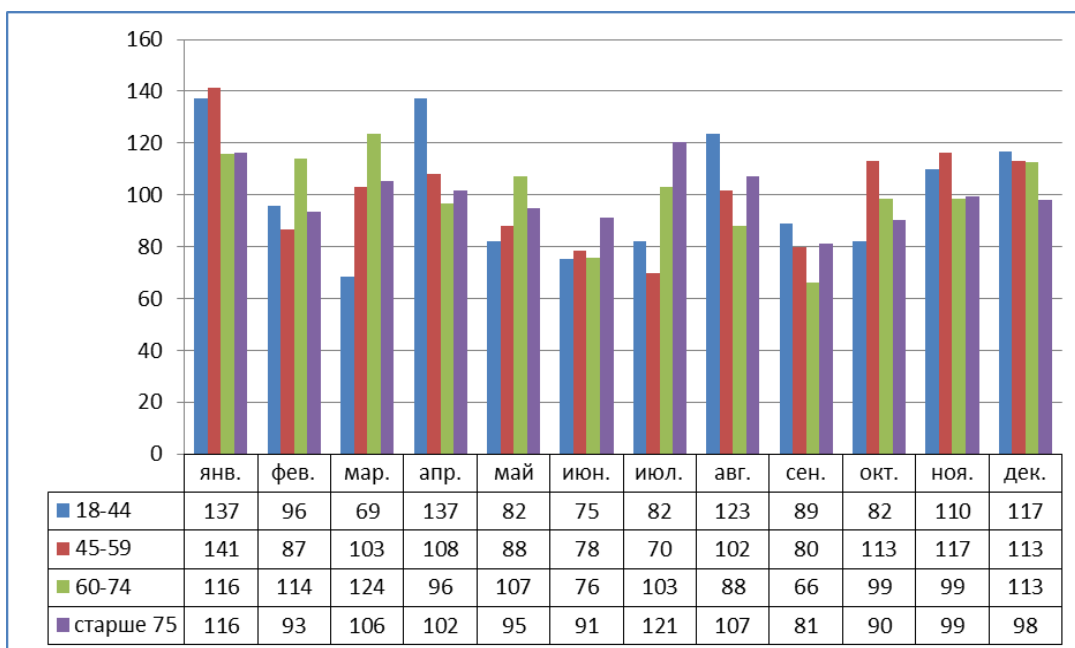


Рис. 6. ИС смертности от ИБС для различных возрастных групп населения, г. Шымкент 2009-2018 гг.

ИС принимает максимальное значение – 141% в январе для возрастной категории 45-59 лет, а минимальное 66% - в сентябре для возрастной категории 60-74 года. Для части населения в возрасте 18-44 года ИС принимает максимальные значения в январе и апреле – 137%. Для возрастной категории 45-59 лет – характерны колебания ИС с выраженным максимумом в январе – 141%. Для возрастной группы 60-74 года ИС принимает наибольшие значения в зимний период и начале весны. Для населения старше 75 лет характерна проявляющаяся годовая динамика с максимумом в зимний период в январе – 116% и в летний период в июле – 121%.

Выводы: за рассматриваемый период наблюдается тенденция снижения смертности от ИБС среди взрослого населения г. Шымкента. Летальность от ИБС среди мужчин выше на 10%, чем у женщин. 75% смертей приходится на людей пожилого и старческого возраста (старше 60 лет). Мужчины подвержены риску смерти от ИБС в более раннем возрасте, чем женщины. Пик смертности от ИБС среди мужчин приходится на 60-74 года, среди женщин - на возраст более 75 лет. Максимальный уровень смертности от ИБС для всех возрастных категорий в г. Шымкенте наблюдается в зимний период, минимальный – в осенний период. В летний период ИС для женской смертности от ИБС на 10% превышает соответствующий показатель для мужчин, весной ИС для мужской смертности от ИБС на 10% выше, чем у женщин.

Литература

1. Кауызбай Ж.А., Сейсембеков Т.З., Сейдахметова А.А. «Влияние климатических показателей на заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в Туркестанской области и других регионах Казахстана» Матер. VII Междунар. форума кардиологов и терапевтов. г. Москва, 27-29 марта 2018 года, Москва.-2018, с.58-59

2. Заболеваемость и смертность при ишемической болезни сердца в городе Шымкенте во взаимосвязи с температурой воздуха//Кауызбай Ж.А., Сейсембеков Т.З., Сейдахметова А.А и соавт.,//Тезисы УП Евразийского конгресса кардиологов 17-18 марта 2019 Ташкент //Евразийский кардиологический журнал, 2019 № 2, с. 39-40

3. Григорьева Е.А., Суховеева А.Б. Сезонная динамика показателей смертности населения города Биробиджана // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2013. Т. 15, №3(6). С. 1756-1759.

Түйін

М. Б. Иванова¹, Т. З. Сейсембеков², Ж. А. Кауызбай¹, А. А. Сейдахметова¹, Б. Д. Серикова¹
Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы¹, (ОҚМА АҚ), Шымкент, "Астана медицина университеті"КЕАҚ² ("МУА" КЕАҚ), Нұр-сұлтан, Қазақстан Республикасы

ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫ ТҮРҒЫНДАРЫНДА ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫНАН ӨЛІМ-ЖІТІМНІҢ ҚҰРЫЛЫМЫ МЕН МАУСЫМДЫҚ ДИНАМИКАСЫН ТАЛДАУ

Мақалада Шымкент қаласындағы ЖИА-дан 2009 жылдан бастап 2018 жылға дейінгі кезеңде халықтың өлім-жітімінің жыларалық және маусымдық динамикасын талдау нәтижелері келтірілген. ЖИА-дан ерлер арасындағы өлім-жітім әйелдерге қарағанда 10% - ға жоғары. Өлімнің 75% егде және кәрі жастағы адамдарға тиесілі. Ер адамдар әйелдерден ерте жаста ЖИА-нан қайтыс болу қаупі бар. Барлық жас санаттары үшін ЖИА-нан өлім-жітімнің ең жоғары деңгейі Шымкентте қысқы кезеңде, ең аз – күзгі кезеңде байқалады. Жазғы кезеңде әйелдер үшін ЖИА-нан өлім-жітімнің маусымдық индексі (МИ) ерлер үшін тиісті көрсеткіштен 10% - ға артық, көктемде ЖИА-нан ерлер өлімі үшін МИ әйелдерге қарағанда 10% - ға жоғары.

Түйін сөздер: өлім, маусымдық динамика, маусымдық индекс, жүректің ишемиялық ауруы

SUMMARY

M.B. Ivanova¹, T.Z. Seysembekov², Zh.A. Kauyzbay¹, A.A. Seydakhmetova¹, B. D. Serikova¹
South Kazakhstan Medical Academy¹, Shymkent s., JSC "Medical University of Astana"², Nur-Sultan;
Republic of Kazakhstan

ANALYSIS OF STRUCTURE AND SEASONAL DYNAMICS OF MORTALITY FROM CORONARY HEART DISEASE OF SHYMKENT CITY POPULATION

This article presents the results of an analysis of the interannual and seasonal dynamics of the mortality rate from coronary heart disease in Shymkent for the period from 2009 to 2018. The tendency of a decrease in the mortality rate from coronary heart disease (CHD) for the period under consideration was revealed. Mortality from coronary heart disease among men is 10% higher than in women. 75% of deaths are in the elderly. Men are at risk of dying from coronary heart disease at an earlier age than women. The maximum mortality rate from coronary heart disease for all age categories in the city of Shymkent is observed in the winter, the minimum - in the autumn. In summer, the seasonality index (SI) for coronary heart disease mortality for women is 10% higher than the same indicator for men; in spring, the SI for male mortality from coronary heart disease is 10% higher than for women.

Key words: mortality, seasonal dynamics, seasonality index, coronary heart disease

МРНТИ 76.29-76.31

К.Т. Байжанова

Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Жоғары медицина білімінен кейінгі білім беру факультеті; Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ЖІТІ КОРОНАЛЫҚ СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ АНТИТРОМБОТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯҒА ДӘЛЕЛДІ МЕДИЦИНА ТҰРҒЫСЫНАН КӨЗҚАРАС

Түйін

Жіті короналық синдром – ол жіті миокард инфарктына немесе тұрақсыз стенокардияға күмән туғызатын кез келген клиникалық белгілер немесе симптомдар жинағы. ST сегменті жоғары ығысқан кезде науқастарға антитромботикалық терапия көрсетіледі. Ем жасау барысында дәлелді медицинаға сүйеніп, ұсыныс сыныбының дәлелдігіне көз жеткізу дәрежесіне және дәлел деңгейіне назар аудару керек.

Кілт сөздер: жіті короналық синдром, ұсыныс сыныбы, дәлел деңгейі

Жіті короналық синдром (ЖКС) – ол жіті миокард инфарктына немесе тұрақсыз стенокардияға күмән туғызатын кез келген клиникалық белгілер (төс артының ауырсынуы және т.б.) немесе симптомдар жинағы. Клиникалық тәжірибеде госпиталға дейінгі кезеңде науқаста алғашқы пайда болған симптомдардың бірінші сағатында жіті миокард инфаркты мен тұрақсыз стенокардия арасында ажыратпалы диагностиканы жүргізудің қиын болуына байланысты ЖКС терминін қолданылуына алып келді. Дәл осы мезетте аурудың бастапқы кезеңінде науқаста ЖКС-ке күмәнданғанда ST сегментінің (ЭКГ бойынша) орналасуына тәуелді емдеу әдісін таңдауға шешім қабылданады. ST сегменті жоғары ығысқан кезде науқастарға антитромботикалық терапия көрсетіледі (қарсы көрсеткіштері болмаса), оны госпиталға дейінгі кезеңде іске асыра бастайды. ST сегментінің жоғарлауы болмаса тромботикалық терапия көрсетілмейді. Сонымен, егер ЖКС негізінде тромбоз жатса, онда басты ем - антитромботикалық терапия болып табылады.

Бүгінгі таңда ЖКС емдеу алгоритмі көптеген елдерде жетекші кардиологтар ассоциациясымен бекітілген әртүрлі жобаларымен іске асуда (Мета-анализ (FRISC-2, ICTUS, RITA-3) Fox et al., JACC, 2010; 55: 2435-45, CURE1, CURRENT-OASIS, PLATO Chr.Cannon et al for the PLATO invest. Lancet 2010; 375: 283-93 және т.б.). Олар бір біріне ұқсайтын және қарама қайшылығы бар ұсыныстармен ерекшеленеді. Таңдау жасау барысында сол қарама қайшылықтарды ескеріп, сонымен қатар дәлелді медицинаға сүйеніп, ұсыныс сыныбының дәлелдігіне көз жеткізу дәрежесіне және дәлел деңгейіне (ДД) назар аударған жөн. Сондықтан 1- мен 2- кестелерде дәлелдік деңгей шкаласын ұсынамыз.

1 Кесте - Дәлелдік деңгей шкаласы

Ұсыныс сыныбы	Анықтамасы	Ұсынылатын нәтиже
Сынып I	Аталған емдеу әдісі немесе араласу пайдалы, тиімді, басымдылыққа ие мәлімет және/не жалпы барлығы келісілген	Ұсынылады/ көрсетілген
Сынып II	Нақты емдеу әдісі немесе араласу пайдасы/тиімділігі туралы қарама қарсы мәлімет және/не әртүрлі пікірлердің болуы	
Сынып IIa	Басым көп мәліметтер/пікірлер пайдалы/тиімді деп айтады	Қоданған жөн
Сынып IIb	Мәліметтер/пікірлер пайдалы/тиімді деп толық сенімді айта алмайды	Қолдануға болады
Сынып III	Аталған нақты емдеу әдісі немесе араласу пайдалы емес, тиімді емес, ал кейбір жағдайда зиянды болуы мүмкін мәлімет және/не жалпы барлығы келісілген	Ұсынуға болмайды

2 кесте - Дәлелдігіне көз жеткізу дәрежесі және ғылыми зерттеу түрінің арақатынасы

3

Дәлел деңгейі А	Көптеген рандомизирленген клиникалық зерттеулер немесе мета-анализдер мәліметі
Дәлел деңгейі В	Бір рандомизирленген клиникалық зерттеу немесе ірі рандомизирленген емес зерттеу мәліметі
Дәлел деңгейі С	Сарапшылардың келісілген пікірі және/немесе үлкен емес зерттеулер, ретроспективтік зерттеу, регистрлер

Антитромботикалық емнің негізгі мақсаты бір жағынан өлім, миокард инфаркты, ревазуляризацияның алдын алу болса, ал екінші жағынан қан кетуді болдырмау. Антитромботикалық терапияны іске асау үшін келесілер қолданылады: антитромбоцитарлық препараттар, антикоагулянттар (антитромбиндер), миокард ревазуляризациясы (теріарқылы араласу).

ЖКС бар науқастың негізгі ем стратегиясына - **теріарқылы араласу** (ТАА) саналады және ол антиромботикалық терапияның қолдауымен іске асады.

Біріншілік коронарлық араласу (ТАА) – ЭКГ-де ST сегменттің жоғарлауымен жүретін миокард инфарктысында фибринолитикалық ем болмаса да, жіті теріасты катеризация арқылы реперфузиондық ем төс артының ауырсынуынан 120 мин дейін немесе алғашқы медициналық кездесуден 90 мин дейін немесе ауруханаға келгеннен 60 мин дейін аралықта жасалуы керек, Біріншілік ТАА ретінде стент кою ұсынылады, ДД - I A, сонымен қатар тромбтың аспирациясы жасалады - IV.

Тромболизистің жаңама әсерлері: реперфузиондық аритмиялар; аз ғана қан кетулер (пункция орнынан, ауыздың, мұрыннан); ауыр қан кетулер (асқазан-ішектерден – 5%, бас миына – 0,5 -1%); қызба (шамамен 5% науқастарда); артериалдық гипотония (10-15% науқастарда); бөртпелер (2-3% науқастарда)

Біріншілік ТАА кезінде антиромботикарлық ем міндетті түрде жүргізіледі және көптеген зерттеулер нәтижесінде дезагреганттарды қосарлап тағайындалудың тиімділігі дәлелденді (3- кесте).

3- кесте - Біріншілік ТАА кезіндегі антиромботикарлық ем

Ұсыныстар	Сынып	Деңгейі
Аспирин ішке (150-300 мг) ұсынылады немесе тамырға (жұта алмайтын жағдайда), сүйелдеме дозада 75-150 мг	I	A
Аспиринге қосымша P2V12 рецептор ингибиторларын 12 айға тағайындау ұсынылады	I	A
Празугрел (60 мг + 10 мг күніне) белгілі коронарлық ақауы бар және ТАА қарсы көрсеткіші жоқ науқастарға	I	B
Тикагрелор (180 мг + 90 мгx2 р)	I	B
Клопидогрел (600 мг + 75 мг күніне) егер празугрел немесе тикагрелор қол жетімсіз болса немесе қарсы көрсетілген болса	I	C
IIb/IIIa ингибиторлары тек қана құтқарушы дәрі ретінде немесе ТТА тромботикалық асқыну болған жағдайда	IIa	C
КАГ дейін празугрелмен емдеу ұсынылмайды	III	B
КАГ нәтижесі шықпай жатып IIb/IIIa ингибиторларын алдын ала тағайындау ұсынылмайды	III	A

Біріншілік теріарқылы араласудан кейін рутиндік антикоагулянттық ем жүргізуге көрсеткіштер жоқ, бірақ кейбір клиникалық жағдайларда, яғни антикоагуляция үшін арнайы көрсеткіштер болғанда (жүрекшелер фибрилляциясы, механикалық қақпақшалардың болуы, сол қарыншалық тромб, стентке арналған қорғаныс қабаттың уақытша алынуы) немесе ұзақ уақыт төсекте жатуға мәжбүр пациенттерде веноздық тромбоэмболияның алдын алу үшін тағайындалады (4- кесте).

4- кесте - Біріншілік ТАА кезіндегі антикоагулянттық ем

Ұсыныстар	Сынып	Деңгейі
Инъекциондық антикоагулянттар біріншілік ТАА кезінде қолданылуы керек	I	C
Бейфракционирленген гепарин мен IIb/IIIa гликопротеин ингибиторларына қарағанда, бивалирудин ұсынылады	I	B
Бейфракционирленген гепаринге қарағанда, эноксапаринге басымдылық беруге болады	IIb	B
Бейфракционирленген гепаринді бивалирудин немесе эноксапарин қабылдамайтын пациенттерге қолданылады	I	C
Фондапаринукс біріншілік ТАА үшін ұсынылмайды	III	B
Біріншілік ТАА жоспарлауға дейін фибринолизді қолдану ұсынылмайды	III	A

ST сегменттің жоғарлауымен жүретін ЖКС кезінде ұсынылатын уақыт аралығында біріншілік ТАА жасауға мүмкіндік болмаса, онда реперфузияның маңызды стратегиясы – фибринолиздік ем болып табылады. Қарсы көрсеткіштері болмаса, фибринолитикалық емді ауруханаға дейінгі кезеңде жүргізу керек (II A), әсіресе егер стационарға жеткізу 30 мин ұзақ уақыт алатын болса. Бірінші медициналық кездесуден кейін, егер қарсы көрсеткіштері болмаса 120 минут аралығында фибринолиза жасалады. Пациентті кеш жеткізген жағдайда (6 с кейін) фибринолизге қарағанда біріншілік ТАА басымдылық беріледі, себебі ол тиімді және уақыт өткен сайын фибринолиздің клиникалық маңыздылығы төмен түсе береді.

Фибринолизге көрсеткіштер: 1. ангинозды ұстаманың басталғанына 4-6 сағ болса, бірақ 12 сағат аспауы қажет; 2. ЭКГ-де ST сегменті > 0,1 mV жоғарлауы, кем дегенде қатарынан 2 кеуде тіркемеде немесе қол-аяқтың 2 тіркемесінде немесе Гис шоғырының сол жақ тармағының жаңа блокадасы және басқа да айтылған ЭКГ өзгерістерде.

3. тромболитикті аталған уақыт аралығында ЭКГ-де нағыз артқы МИ белгілері (V1-V2 тіркемеде биік R тісшесі және V1-V4 тіркемеде ST сегментінің депрессиясы, T тісшесі жоғары бағытталған) кезінде қолдану ақталған; 4. егер біріншілік ТАА 90 минут аралығында жүргізу мүмкін болмаса, симптомдардың пайда болғанынан 12 сағ аралығында ұсынылады.

Фибринолизге абсолюттік қарсы көрсеткіштер: алдында өткізірілген геморрагиялық инсульт немесе этиологиясы белгісіз БМКБ (НМК); соңғы 3 ай аралығында өткізірілген ишемиялық инсульт; бас-ми ісіктері, біріншілік және метастаздық; қолқанның қатпарлануына күмәндану; қан кету немесе геморрагиялық диатез (етеккірінен басқа) белгілерінің болуы; соңғы 3 ай аралығында бас ми жабық жарақатының болуы; бас-ми қан тамырлар құрлымының өзгерістері, мысалы, артерио-веноздық мальформация, артериалдық аневризмалар.

Фибринолизге салыстырмалы қарсы көрсеткіштер: 6 ай аралығында бас-ми қан айналымының өтпелі бұзылысының болуы; тікелей емес антикоагулянттармен ем қабылдау; жүктілік немесе босанудан кейінгі 1 апта; қысуға келмейтін тамырлардың пункциясы; жарақаттық (травмалық) реанимация; рефрактерлік гипертензия (180/110 мм с.б. жоғары); белсенді пептикалық жаралар.

Тромболитикалық терапияға (альтеплаза, тенектеплаза, ретеплаза, стрептокиназа) көрсеткіштер: 1. ЭКГ-де ST-T сегментінің жоғарлауы немесе Гис шоғыры тармақтарының бөгемесі (ЭКГ интерпретациясын қиындататын Гис шоғыры сол жақ тармағының толық бөгемесі) бар науқастар. 2. 75 жасқа дейінгі науқастар. 3. гипотония, тахикардия. 4. алдында миокард инфаркты. 5. қайталамалы миокард инфаркты. 6. қантты диабет. 7. тромболитиктерді қабылдау. Тромболитикалық терапия жүргізілмейтін жағдайлар: ST сегментінің жоғарлаусыз жіті миокард инфаркты; Оқшауланған артқы миокард инфаркты, асқинулары жоқ.

Әдебиеттер

1. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2017
2. Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗСР РК, 2016
3. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation; European Heart Journal (2017) 00, 1–66 doi:10.1093/eurheartj/ehx393
4. 2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in collaboration with EACTS. The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal (2017) 0, 1–48. doi:10.1093/eurheartj/ehx419 4)
5. Третье универсальное определение инфаркта миокарда – 2012; Российский кардиологический журнал, 2013; 2 (100), приложение 1, 16 стр.
6. Рекомендации Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с острым коронарным синдромом без стойкого подъема ST - 2015;
7. Рекомендации Американского колледжа кардиологов/Американской ассоциации сердца по ведению пациентов с нестабильной стенокардией и инфарктом миокарда без подъема ST – 2012;
8. Рекомендации по стабильной стенокардии напряжения Европейского общества кардиологов – 2013;
9. Рекомендации по реваскуляризации миокарда. Европейское общество кардиологов – 2014; Рабочая группа по реваскуляризации миокарда Европейского общества кардиологов (ESC) и Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов (EACTS). Российский кардиологический журнал № 2 (118)/ 2015, 81 стр.
10. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC) / M. Roffi, C. Patrono, J. P. Collet [et al.] // Eur. Heart J.—2015 Aug 29.
11. European recommendations on therapy of dyslipidemias 2016. Lipid-lowering therapy in patients with acute coronary syndrome and percutaneous coronary interventions
12. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, Москва 2017 год.
13. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом/ Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 8-й выпуск. – Сахарный диабет. 2017;20(1S):1-112.
14. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. The journal of clinical and applied research and education. January 2017 Volume 40, Supplement 1
15. Рекомендации Американского колледжа кардиологов/Американской ассоциации сердца по продолжительности двойной антитромбоцитарной терапии у пациентов с коронарной болезнью сердца – 2016.
16. РКО Реабилитация и вторичная профилактика у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST
17. РКНПК 2013 Диагностика и лечение больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы
18. РКНПК Рекомендации по диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями
19. ESC 2015. Acute Coronary Syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation
20. ESC 2012. Acute Myocardial Infarction in patients presenting with STsegment elevation
21. ESC/EACTS 2014 Guidelines in Myocardial Revascularisation
22. GRACE2.0 Calculator [Http/www. Gracescoere.org/Website/default](http://www.Gracescoere.org/Website/default)

23. Amsterdam EA и соавт. J Am Coll Cardiol published online September 23, 2014; DOI: 10.1016/j.jacc.2014.09.017
24. <http://crusdebleedingscore.org>
25. <https://diseases.medelement.com/upload/6d21f5d839c6cf559c1afcfb94a455b.png>

Резюме

К.Т. Байжанова

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, факультет послевузовского образования
Высшего медицинского образования, г. Шымкент

ОТНОШЕНИЕ К АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАЛЬНОМ СИНДРОМЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Острый коронарный синдром - это группа клинических признаков или симптомов, вызывающих сомнение в остром инфаркте миокарда или нестабильной стенокардии. При смещении сегмента ST вверх пациентам показана антитромботическая терапия. При проведении лечения следует опираться на доказательную медицину, обращать внимание на классы рекомендаций и степень убедительности доказательств.

Ключевые слова: острый коронарный синдром, класс рекомендаций, уровень доказательств.

Summary

К.Т. Baizhanova

International Kazakh-Turkish University named Khoja Ahmed Yasavi, Faculty of Postgraduate medicine Education,
Shymkent

RELATION TO ANTITHROMBOTIC THERAPY IN ACUTE CORONAL SYNDROME FROM THE POINT OF VIEW OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

Acute coronary syndrome is a group of clinical signs or symptoms that call into question acute myocardial infarction or unstable angina. When the ST segment is shifted upwards, antithrombotic therapy is indicated for patients. In carrying out treatment should be based on evidence-based medicine, pay attention to the classes of recommendations and the degree of credibility of the evidence .

Key words: acute coronary syndrome, class of recommendations, level of evidence.

МРНТИ 76.29.43

Б.Айтбайұлы

Медицинский центр Сымбат-Нұр, г. Шымкент, Республика Казахстан

ВАРИКОЦЕЛЕ: ЗИОМИЦИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме

Варикоцеле выявляется у 15% мужской популяции. Разработано более ста методик хирургического лечения варикоцеле. Лапароскопический метод был использован в хирургическом лечении 24 пациентов. Инфекционные осложнения остаются актуальной проблемой хирургического лечения варикоцеле. Зиомицин применяли для профилактики инфекционных осложнений. Зиомицин в дозе 500 мг 1 раз в день, в течении трех дней, показал высокую клиническую эффективность в 96% случаев.

Ключевые слова: варикоцеле, лапароскопическая операция, зиомицин, антибиотикопрофилактика осложнений, клиническая эффективность

Варикоцеле – наиболее распространенное заболевание у мужчин, обнаруживается у 15% к периоду полового созревания и прибавляет в среднем 10% каждые 10 лет жизни мужчин [1,2]. Варикоцеле – проблема не столько косметическая, сколько репродуктивная. Это обусловлено тем, что эта патология является одной из ведущих причин мужского бесплодия (от 30% до 50% бездетных браков) [3,4]. Единственно эффективными методами лечения варикоцеле в настоящее время являются варианты хирургического вмешательства [5,6]. Одной из проблем урологии на современном этапе является инфицирование и развитие инфекционно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде [7,8]. Несмотря на применение современных методов профилактики, совершенствование методов стерилизации инструментария и соблюдение санитарно-гигиенических требований, операции сопровождаются инфекционно-воспалительными осложнениями (ИВО). При варикоцеле, по данным литературы послеоперационные инфекционные осложнения составляют по данным разных авторов от 6% до 25% [4,5,6]. Поэтому профилактика ИВО является актуальной проблемой, которая до сих пор до конца не решена. Для антибиотикопрофилактики в урологии, как правило используют цефалоспорины I-II поколения, фторхинолоны, пенициллины защищенные ингибитором бета-лактамаз [8,9].

Цель исследования – изучение эффективности препарата Зиомицин (Азитромицин), «Кусум Хелткер Pvt. Ltd.» (Индия), для профилактики инфекционных осложнений хирургического лечения варикоцеле.

Материал и методы исследования. Препарат Зиомицин назначали 24 больным в возрасте от 16 до 37 лет, средний возраст 23,1±3,6 лет, для профилактики инфекционных осложнений перед хирургическим

лечением варикоцеле различными методами. Все пациенты были обследованы при помощи общеклинических методов, лабораторных методов, методов ультразвуковой диагностики и рентгенологического исследования. В работе применяли методику доплероэхографии вен семенного канатика для диагностики рецидивного варикоцеле. Зиомидин назначали внутрь по 500 мг за 1 час до хирургического вмешательства. Затем по 500 мг один раз в день в течении двух дней. Определение эффективности антибиотико-профилактики проводилось посредством стационарного наблюдения за состоянием больных. Общеклинические обследование, ультразвуковое исследование и другие выполняли на базе медицинского центра Сымбат-Нұр г. Шымкент. Лапароскопическую варикоцелэктомия выполняли с использованием оборудования фирмы «Karl Stors» (Германия). Все цифровые данные в настоящем исследовании обработаны методами альтернативной и вариационной статистики при помощи компьютерной программы «Биостатистика».

Результаты. По современным подходам, показанием к оперативному лечению варикоцеле является бесплодие, орхалгия, синдром хронической тазовой боли. При выборе варианта хирургического лечения варикоцеле учитывали такие факторы как: гемодинамический тип патогенеза варикоцеле, возраст пациента, объем яичка, степень варикоцеле. Метод Иванисевича до сих пор остается самым доступным и распространённым и в тоже время одним из малоэффективных при варикоцеле. Частота рецидивов заболевания при операции Иванисевича достигает 40 %. Это связано с тем, что при этой операции хирург имеет возможность осмотреть яичковую вену на очень небольшом ее протяжении, и любая веточка, отходящая выше или ниже, останется незамеченной. Кроме того, операция Иванисевича является самой травматичной из всех оперативных методов лечения варикоцеле.

24 мужчинам применили лапароскопическую технику доступа к яичниковой вене по методу Паломо. Левостороннее варикоцеле было у 19 пациентов (79,2%) и у 5 – двухстороннее (20,8%). Критерием оценки непосредственных результатов было количество осложнений и рецидивов. Все пациенты наблюдались стационарно в течении 3 дней, затем амбулаторно. Инфекционное осложнение зарегистрировано у одного пациента оперированного по поводу двухстороннего варикоцеле. По результатам бактериологического анализа гнойного отделяемого возбудитель не определен. У пациента развилась водянка яичка, после окончания приема Зиомидина потребовалась смена препарата, так как положительная динамика регресса послеоперационной инфекции не наблюдали. Пациенту назначен Цефтазидим 1 г два раза в день в течение 5 дней. Таким образом, эффективность антибиотикопрофилактики препаратом Зиомидин (Азитромицин) инфекционных осложнений после хирургического лечения варикоцеле составила 96%.

Отмечена хорошая переносимость препарата Зиомидин, побочных эффектов не зарегистрировано.

Выводы. 1. Клиническая эффективность препарата Зиомидин в антибиотикопрофилактике инфекционных осложнений лапароскопического лечения варикоцеле составила 96%. 2. Препарат Зиомидин хорошо переносился больными, нежелательных явлений не отмечено. 3. Препарат Зиомидин может быть рекомендован для профилактики инфекционных осложнений хирургического лечения варикоцеле.

Литература

1. Клинические рекомендации. Урология. Под ред. Н.А. Лопаткина. – М., 2007. – С.42-53.
2. Бердников М.А., Антипов Н.В. Варикоцеле: современные проблемы. // Журнал фундаментальной медицины и биологии. - 2016. - №3. – С.42-53.
3. Боголюбов С.В., Витязева И.И., Косорукова И.С. Варикоцеле как мужской фактор бесплодия в клинике ВРТ. Тезисы докладов XXI Международной конференции РАРЧ. М. – 2011. - С.113.
4. Кадыров З.А. Варикоцеле. - Душамбе. -2006. – 255 с.
5. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Диагностика и лечение варикоцеле. - М., 2001. - 169 с.
6. Шадамов А.К., Салиев А.Р., Эргашев Б.А., Шадамов М.А. Особенности диагностики варикоцеле. // Андрология и генитальная хирургия. - 2010. - №2. – С.81.
7. Чепуров А.К., Кривобородов Г.Г., Мамаев И.Э., Пронкин Е.А. Лапароскопические операции в лечении варикоцеле. // Урология. -2009. - №8. - С.68-75.
8. Набер К., Бергман Б., Бишоп М. и др. Руководство по периоперационной антибиотикопрофилактике в оперативной урологии Европейской ассоциации урологов. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2000. - №3. – С.107 – 114.
9. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В., Дементьева А.В. Антибактериальная профилактика и терапия при урологических операциях. // Российский медицинский журнал. – 2007. - №12. - С. 34 – 38.

Түйін

Б. Айтбайұлы

«Сымбат-Нұр» медициналық орталығы, Қазақстан Республикасы, Шымкент

Варикоцеле ерлердің 15% -ында анықталады. Варикоцелді хирургиялық емдеудің жүзден астам әдісі жасалды. 24 науқасты хирургиялық емдеуде лапароскопиялық әдіс қолданылды. Жұқпалы асқинулар варикоцелді хирургиялық емдеудің өзекті мәселесі болып қала береді. Зиомидин жұқпалы асқинуларды алдын алу үшін

қолданылды. Зиомycin тәулігіне бір рет 500 мг дозада үш күн бойы 96% жағдайда жоғары клиникалық тиімділікті көрсетті.

Кілт сөздер: варикоцеле, лапароскопиялық хирургия, зиомycin, асқынулардың антибиотикалық алдын-алу, клиникалық тиімділігі.

B. Aitbayuly

Symbat-Nur Medical Center, Shymkent, Republic of Kazakhstan

VARICOCELE: ZIOMYCIN IN PREVENTION OF INFECTIOUS COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC TREATMENT

Varicocele is detected in 15% of the male population. More than a hundred methods of surgical treatment of varicocele have been developed. The laparoscopic method was used in the surgical treatment of 24 patients. Infectious complications remain an urgent problem for the surgical treatment of varicocele. Ziomycin was used to prevent infectious complications. Ziomycin in a dose of 500 mg once a day, for three days, demonstrated high clinical efficacy in 96% of patients.

Key words: varicocele, laparoscopic surgery, ziomycin, antibiotic prophylaxis of complications, clinical efficacy.

Ескерова С.У. – к.м.н., кафедрасы «Гигиена и эпидемиология», ЮКМА, г.Шымкент, Казахстан
Рыстигулова Ж.Б. – магистр медицинских наук, кафедрасы «Терапия и лабораторная диагностика»,
многопрофильный медицинский колледж «Авиценна», г.Шымкент, Казахстан
Кубеева З.Е. – зав.кафедрасы «Терапия и лабораторная диагностика», многопрофильный
медицинский колледж «Авиценна», г.Шымкент, Казахстан
Байконсова Л.О. – магистр медицинских наук, кафедрасы «Гигиена и эпидемиология», ЮКМА,
г.Шымкент, Казахстан

ОЦЕНКА ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

Резюме

В статье приведен анализ продовольственной безопасности с 2010 года по 2018 годы. Продовольственные и сырьевые ресурсы Республики Казахстан достаточны для обеспечения основными видами продуктов питания в объеме, соответствующем научно-обоснованным нормам потребления основных пищевых веществ.

Ключевые слова: продукты питания, калория, безопасность пищевой продукции, энергетическая ценность пищевых продуктов.

Продовольственная безопасность - это состояние экономики, при котором государство способно обеспечить физическую и экономическую доступность населению качественных продовольственных товаров, достаточном для удовлетворения физиологических норм потребления и демографического роста. Продовольственная безопасность – одно из коренных условий реализации права человека на достойную жизнь, определяемое в первую очередь качественным питанием.

Продовольственная безопасность страны считается достигнутой: если 85% продуктов массового потребления производится собственным аграрным сектором, они экологически чисты; цены на них доступны основной массе населения; калорийность и пищевая ценность среднесуточных рационов питания адекватна потребностям организма человека; стратегические запасы продовольствия обеспечивают устойчивое снабжение людей в случае возникновения чрезвычайных обстоятельств [1].

Продовольственные и сырьевые ресурсы Республики Казахстан достаточны для обеспечения основными видами продуктов питания в объеме, соответствующем научно-обоснованным нормам потребления основных пищевых веществ. В структуре импорта сельскохозяйственного сырья и продовольствия на лидирующей позиции постоянно держатся три товарные группы: рыба, масло растительное и молоко. Мясные продукты и фрукты все больше приобретают негативную тенденцию увеличения уровня замещения импортными товарами.

По данным ООН (2011), несмотря на достаточное количество продовольствия, в мире насчитывается 1,2 млрд. голодающих, от голода ежедневно умирают 10 тыс. детей и 25 тыс. взрослых. Эксперты считают, что уже к 2017г. при жизни нынешнего поколения продовольственная проблема может перерасти в глубокий международный кризис и вызвать ряд «голодных войн» по всему миру [2].

За период с 2009 по 2014 годы доля населения Республики Казахстан, калорийность питания которого была ниже минимально допустимого уровня, уменьшилась в 5,2 раза и составила 3 % [2]. Таким образом, в настоящее время проблема голода не является актуальной для Казахстана, который входит в число стран с очень низким уровнем пищевой депривации [3].

Согласно методологии ФАО, неравенство в потреблении измеряется с помощью *коэффициента вариации энергетической ценности* потребленных продуктов питания. Данный показатель состоит из двух основных компонентов: первый отражает неравенство потребления продуктов питания обусловленное

доходами, второй – неравенство, связанное с биологическими факторами (пол, возраст и вес членов домашних хозяйств).

При высоком значении коэффициента вариации (около 30) неравномерность распределения энергии среди населения проявляется в первую очередь за счет доходов (или расходов). При низком значении (около 20) неравномерность обусловлена главным образом биологическими факторами.

В Казахстане произошло увеличение коэффициента вариации с 25,2 % в 2009 г. до 27,8 % в 2014 г. Это свидетельствует о неравномерном доступе к продовольствию среди населения, обусловленное различием в уровне доходов. Сбалансированность рациона питания, потребляемого населением, определяется по международным стандартам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в соответствии с которыми доля белков не должна быть ниже или выше 10-15 %, доля жиров должна быть в пределах 15-30 %, доля углеводов – 55-75 % [4].

В Казахстане среднереспубликанское потребление белков и углеводов (11,3 % и 55,4 %) соответствует стандартам ВОЗ, однако потребление жиров увеличилось по сравнению с 28,5 % в 2009 г. до 33,3 % в 2014 г., превысив нормативный уровень. Энергетическая ценность потребляемых продуктов питания зависит от уровня доходов, территории проживания и пола. Энергетическая ценность продуктов питания в сельской местности превышает аналогичный показатель в городской местности. Женщины потребляют больше килокалорий, чем мужчины. Средняя стоимость 1000 килокалорий, потребленных в 2014 году, увеличилась по сравнению с 2009 годом (61,9 тенге) в 2,4 раза и составила 150,3 тенге. При этом самый высокий показатель средней стоимости 1000 килокалорий в 2014 году был зафиксирован г. Алматы (208,1 тенге), самый низкий – в Южно-Казахстанской области (109,4 тенге) [5].

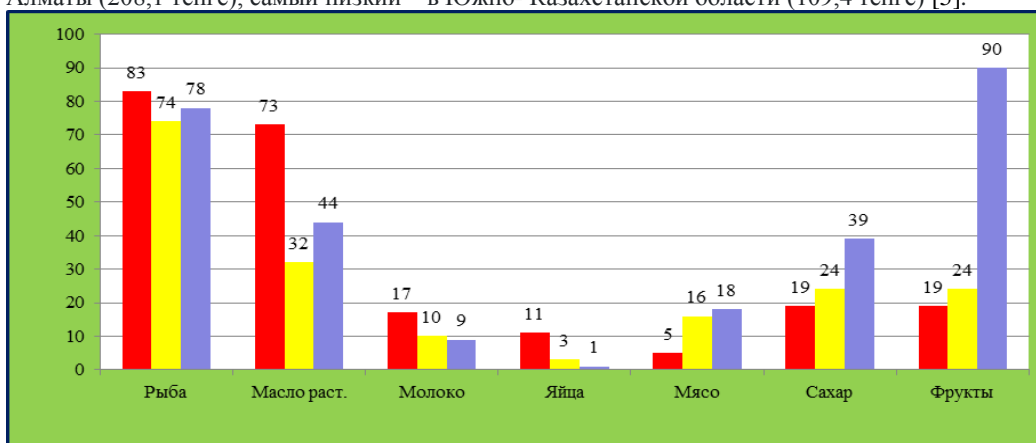


Рис.1. Изменение доли (%) импорта по отдельным продуктам (2013, 2015, 2018 гг.)

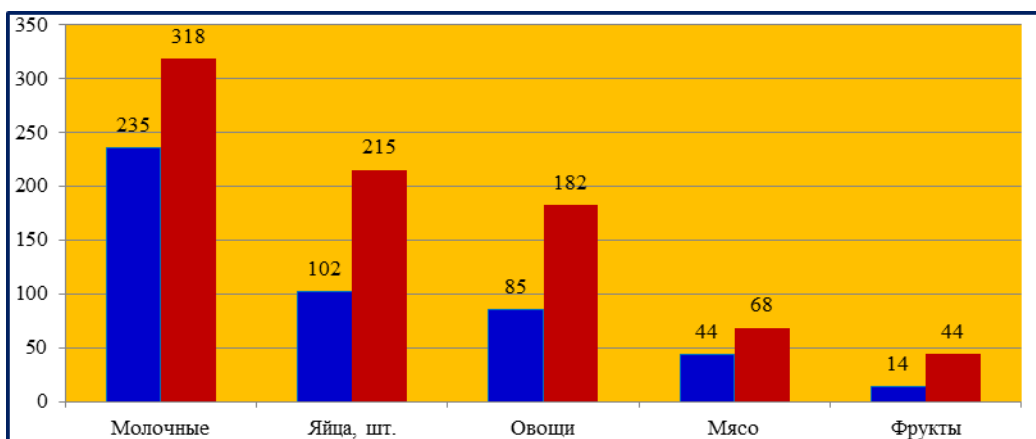


Рисунок 2- Потребление основных видов продуктов питания, кг/чел в год (2010-2018 гг.).

Рекомендации по безопасности пищи. Основные направления социально-экономической политики в сфере обеспечения продовольственной безопасности [6]: Совершенствование внешнеэкономической политики. Повышение экономической доступности продуктов. Дальнейшее развитие сельского хозяйства. Улучшение качества продовольствия. Дальнейшее развитие сельского хозяйства.

Для того чтобы избежать заражения бактериями, загрязняющими пищу:

1. Необходимо мыть руки, промывать фрукты и овощи, очищать поверхности, контактирующие с пищей. Сырое мясо и птицу не рекомендуется промывать, поскольку это может вызывать перекрестное бактериальное заражение других пищевых продуктов.

2. Сырые, готовые к употреблению и приготовленные продукты рекомендуется держать отдельно друг от друга во время покупки, приготовления пищи и их хранения.

3. Во время приготовления пищи необходимо прогреть ее до безопасных температур для того, чтобы обеспечить уничтожение микроорганизмов.

4. Храните легко портящиеся продукты в холодильнике или морозильнике и правильно их размораживайте.

Избегайте потребления сырого (непастеризованного) молока, а также всех продуктов, приготовленных из непастеризованного молока, сырых или недостаточно сваренных яиц, а также продуктов, содержащих сырые яйца, сырое или недостаточно сваренное мясо, курицу, а также непастеризованные соки.

Для некоторых лиц риск заболеть от зараженной пищи выше, чем для большинства людей. К этой категории относятся беременные женщины, дети младшего возраста, пожилые люди, лица, страдающие хроническими заболеваниями, а также люди с нарушенной иммунной системой. Они должны соблюдать дополнительные меры предосторожности для того, чтобы быть уверенными в том, что пищевые продукты не представляют для них опасности.

Литература

Оценка отсутствия продовольственной безопасности: целенаправленные концепции и показатели для принятия конструктивных решений [Электронный ресурс].-Режим доступа: <http://www.fao.org/cfs/cfs-home/cfsroundtable1/ru>-Данные соответствуют на 15.03.2015 г.

Оценка продовольственной безопасности Республики Казахстан на основе данных обследований домашних хозяйств по оценке уровня жизни в 2009 и 2014 годах. – Алматы: Агентство Республики Казахстан по статистике, 2014. – 21 с.

Положение дел в связи с отсутствием продовольственной безопасности в мире [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.fao.org/publications/sofi/ru>. - Данные соответствуют на 15.03.2015 г.

Продовольственная безопасность в Казахстане.//М.М.Айджанов – 12.10.2011 г. – г.Алматы

Т.Ш.Шарманов, Ю.А.Синявский, Ш.С.Тажикаев, Руководство по фортификации продуктов питания.//Астана, 2014. – 120 с.

Horton S. The economics of food fortification.//Journal of Nutrition. – 2006. - №136. – P: 1068--1071

Түйін

Ескерова С.У. – м.ғ.к., «Гигиена және эпидемиология» кафедрасы, ОҚМА, Шымкент қ, Қазақстан
Рыстигулова Ж.Б. – медицина ғылымының магистрі, «Терапия және лабораториялық диагностика» кафедрасы,
«Авиценна» көпсалалы медициналық колледж, Шымкент қ., Қазақстан

Кубеева З.Е. – «Терапия және лабораториялық диагностика» каф. меңгерушісі, «Авиценна» көпсалалы
медициналық колледж, Шымкент қ., Қазақстан

Байконсова Л.О. – медицина ғылымының магистрі, «Гигиена және эпидемиология» кафедрасы, ОҚМА,
Шымкент қ, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АЗЫҚ-ТҮЛІК ҚАУІПСІЗДІГІН БАҒАЛАУ.

Мақалада 2010 жылдан бастап 2018 жылға дейінгі азық-түлік қауіпсіздігінің талдауы берілген. Қазақстан Республикасының азық-түлік және шикізат ресурстары негізгі тағамдық заттарды тұтынудың ғылыми негізделген стандарттарына сәйкес келетін мөлшерде тамақ өнімдерінің негізгі түрлерін қамтамасыз етуге жеткілікті.

Кілт сөздер: тағам өнімдері, калория, азық-түлік қауіпсіздігі, тағам өнімдерінің энергетикалық құндылығы.

Resume

Yeskerova S.U. – Candidate of Medical Sciences, Department of Hygiene and Epidemiology, SKMA,
Shymkent, Kazakhstan

Rystigulova Zh.B. – Master of Medical Sciences, Department of «Therapy and Laboratory Diagnostics»,
Multidisciplinary Medical College «Avicenna», Shymkent, Kazakhstan

Кубеева З.Е. – Head of the Department "Therapy and Laboratory Diagnostics", Multidisciplinary Medical
College «Avicenna», Shymkent, Kazakhstan

Baikonsova L.O. – Master of Medical Sciences, Department of Hygiene and Epidemiology, SKMA,
Shymkent, Kazakhstan

ESTIMATION OF FOOD SECURITY IN KAZAKHSTAN.

The article provides an analysis of food security from 2010 to 2018. The food and raw material resources of the Republic of Kazakhstan are sufficient to provide basic types of food products in an amount that corresponds to the scientifically based norms of consumption of basic food substances.

Key words: food, calories, food safety, energy value of food.

**Секция: «ГУМАНИТАРНЫЕ ЗНАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКОВ: ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ
КОЛЛАБОРАЦИИ»**

МРНТИ 14 15 25

УДК 81'373

Жумагулова Г.К.

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, Шымкент, Казахстан

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КРЕАТИВНОЙ ПЕДАГОГИКИ

Резюме

Данная статья посвящена аспектам креативной педагогики. Задачей современной системы образования является подготовка творчески мыслящего специалиста

Ключевые слова: педагогика, воспитательное обучение, креативное мышление.

«Я слышу и забываю, Я вижу и запоминаю, Я делаю и понимаю». (азиатская пословица).

Основной задачей современной системы образования является - воспитание творчески мыслящих специалистов, обладающих высоким творческим потенциалом. Вот почему необходимо считать учебный процесс важнейшим процессом как положительного, так и отрицательного воспитания. Учитывая, что широкое понимание воспитания содержит два аспекта узкого понимания: организованное и неорганизованное воспитание, следует считать педагогику наукой об организованном воспитании, которая состоит из двух разделов: теория воспитания посредством обучения (дидактика); теория воспитания посредством внеклассной деятельности. Для адекватного решения вопросов об организованном и неорганизованном воспитании и так называемом воспитывающем обучении, а также о воспитательном пространстве и о соотношении воспитания и обучения необходимо выявить сущность процесса воспитания. «Воспитание - процесс систематического воздействия на духовное и физическое развитие личности»(1,с.249). «Воспитание - деятельность по передаче новым поколениям общественно-исторического опыта, планомерное и целенаправленное воздействие на сознание и поведение человека...» (2,с.65). «Воспитание- это передача накопленного опыта от старших поколений к младшим» (3, с.24). «В самом общем виде воспитание - это целенаправленный процесс, способствующий развитию и формированию нравственных качеств личности, тем самым влияющий на социализацию ребенка» (4,с. 88). Таким образом, мы видим, что воспитательный процесс является результатом деятельности не самих воспитуемых, а только лишь воспитателей. Воспитуемый рассматривается как объект воздействия воспитателей, когда на самом деле он, например, на занятиях не может быть таким объектом, пока не станет субъектом учебной деятельности.

Качественно иным является следующее определение: «Под воспитанием следует понимать целенаправленный и сознательно осуществляемый педагогический процесс организации и стимулирования разнообразной деятельности формируемой личности по овладению общественным опытом: знаниями, практическими умениями и навыками, способами творческой деятельности, социальными и духовными отношениями» (5, с. 94). Однако, в свете новых тенденций, это определение нуждается в большей конкретизации, следовательно, воспитательное обучение - это процесс воспитания посредством обеспечения деятельности воспитуемых. И это так, потому что воспитывать человека - значит осуществлять намеченные изменения в нем посредством организации его деятельности. Иными словами, для достижения эффекта креативной ориентации необходимо: создать в учебном процессе фон центробежного, открытого метазнания (включающие другие, кроме узкой специальности знания); надкритического (допускающего только доброжелательную, развивающую критику) взаимодействия, способствующего раскрытию и развитию творческих способностей обучаемых; реорганизовать учебный процесс, таким образом, чтобы обучаемый стал созидателем, а основной учебный материал - средством достижения созидательной цели; ввести дополнительный учебный материал, включающий эвристические стратегии, тактики, методы и приемы, позволяющие обучаемому резко повысить эффективность творческой деятельности.

Достижение созидательной цели в любой продуктивной человеческой деятельности (в том числе обучении), в сущности, является решением какой-либо проблемы, задачи, замысла (в общем - проекта) и осуществляется в процессе и по законам проектирования. В упрощенном виде проектирование можно представить как последовательное прохождение 6 этапов (от абстрактного к конкретному): этап 1 - выбор и/или синтез потребностей (функций); этап 2 - выбор и/или синтез потребительских качеств (свойств); этап 3 - выбор и/или синтез функциональных структур; этап 4 - выбор и/или синтез принципов действия; этап 5 - выбор /или синтез конкретных конструктивно-технологических решений; этап 6 - параметрический синтез конструктивно-технологических решений. Наложение организации проектных работ (по системной методологии) и учебной деятельности (по «формуле» креативной педагогики) позволило сформировать стройную технологию профессионального обучения. Следовательно, креативный подход подразумевает: проблемно-целевую постановку задачи, а не объектную; выбор или разработку методологии решения, а не его заданность; необходимость поиска аналога решения, а не его наличие; осознание того, что существует лишь вероятность успешного решения, причем результат не предопределен и не известен.

Естественно, изменяется характер действий и обучающего, и обучаемого, без чего не возможен никакой творческий диалог, без чего не будет задействован механизм формирования самой культуры диалога. Ученик-

студент ориентирован на самостоятельный поиск, а не на запоминание и воспроизведение, а преподаватель отказывается от следования наработанному шаблону и работает в ситуативном режиме.

Таблица - Отличительные признаки креативной и репродуктивных дидактик

Элементы профессионального обучения	Тип дидактики	
	Репродуктивная	Креативная
Постановка задачи преподавателем	Объектная	Функциональная
Метод или способ решения	Как правило, преподаватель говорит, обучаемые слушают	Обучаемый сам выбирает методы и способы решения, а также использует эвристические стратегии, тактики, методы, приемы
Обучающий пример	Вопросы преподавателя риторические, общение студентов не приветствуется	Обучаемый сам выявляет и использует аналогии свойств и отношений в живой и неживой природе, обществе
Результат решения для преподавателя	Как правило, однозначен и известен	Как правило, многозначен и неизвестен (формируются новые знания)

Данные анкетирования проведенного среди студентов, что обучение, построенное на деятельностном подходе, основанном на решении творческих задач, с одной стороны активно развивает творческий потенциал обучаемых, с другой стороны является самой действенной мотивацией к обучению. Однако, для эффективного решения проблемы развития творческих способностей обучаемых в целом требуется существенное преобразование всей системы образования, формирование новых подходов научно-методического и информационного обеспечения учебного процесса, новых педагогических технологий, позволяющих обучаемым уже в процессе обучения получать значимые научные и практические результаты, генерировать новые знания. При этом значительная роль в решении этих задач возлагается на широкое использование новых информационных технологий.

Түйін

Жумагулова Г.К.

Оңтүстік-Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан

Бұл мақала креативті педагогиканың кейбір аспектілеріне арналған. Қазіргі таңдағы білім беру жүйесінің негізгі мақсаты- креативті ойлау қабілеті бар маман дайындау болып табылады.

Кілт сөздер: педагогика, тәрбиелік оқыту, шығармашылық ойлау

Summary

Zhumagulova G.K.

South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

This article is dealing with some aspects of the creative pedagogy. Nowadays the most paramount task of modern education system is the training of the creatively thinking specialist.

Keywords: pedagogy, educational training, creative thinking

MRNTI 16.21.21

UDK 81-133

N.K. Dzharkimbekova, Sarzhanova D.Zh.

South Kazakhstan medical academy, Shymkent, Kazakhstan

LINGUISTIC PRINCIPLES AND TECHNIQUES OF LEARNING A FOREIGN LANGUAGE IN A NONLINGUISTIC UNIVERSITIES

Summary

The main skills that students need to master a foreign language are: non-translational reading of literature of their specialty and the ability to talk on professional topics. Students must master the basics of phonetics, grammar, vocabulary, syntax and punctuation of a foreign language in a single holistic system and use the skills which they have learned to construct sentences, monologues and dialogues in the foreign language.

Literary language has various functional styles of speech: official, scientific, publicistic, everyday communication, fiction, which are used in certain areas of public life. Students of non-linguistic universities need to master the features of the scientific style of speech in their specialty, which can be combined with written and oral forms of speech. Learning a foreign language in a non-linguistic university is a difficult process for most students, since they need to master the skills and abilities of another language in spontaneous speech, and also need to learn the conceptual categories and connections that arise from students' learning of a foreign language. Therefore, to overcome such difficulties, it is necessary to know the psychological basis of the process of language communication.

Keywords: a foreign language, non-translational reading, communication, non-linguistic university, literary language, scientific style of speech, linguistics, linguistic principles.

Introduction. The method of teaching a foreign language has its own range of tasks and problems, the development of which requires constant cooperation with related science - linguistics, which solves issues related to the

characteristics of the linguistic patterns of the language, the characteristics of its grammatical system, phonetic and lexical system, as well as the issues of selection and organization of language and speech material. The relationship between methodology and linguistics can be traced throughout the history of the development of the methodology as a science and is characterized by opposite directions. Some scholars believe that the methodology of teaching a foreign language is part of the general methodology, pedagogy and didactics, and is only indirectly related to linguistics. Other scientists see the applied field of linguistics. Linguistics, analyzing specific language material gives it a scientifically based interpretation, which is of great importance for the teaching methods. Recently, the interrelationship between methodology and linguistics has intensified significantly, since linguists find favorable conditions in foreign language teaching to verify the data obtained and methodologists often use linguistic theories in solving their problems.

Principles of learning foreign language. Mastering a foreign language should be a means of replenishing students' knowledge of their main specialty in a non-linguistic university. The main abilities and skills in learning foreign language are: non-translational reading of books of their specialty and ability to talk on professional topics. Consequently, a teacher of foreign language in a non-linguistic university should use basic linguistic principles and teaching methods.

The principles of learning are the basic provisions that determine the nature of the learning process which are formed on the basis of the chosen direction and the approaches corresponding to this direction. Clearly formulated teaching principles will help solve the question of how and what content of training to select, what materials and techniques to use.

Linguistic principles: taking into account the influence of the native language on mastering a foreign language; the principle of communicative competence in the process of learning a foreign language; A foreign language must be considered as an integral sound system consisting of separate level structures (alphanumeric, grammatical, syntactic, lexical, phrasal, textual, etc.).

Students must master the basics of phonetics, grammar, vocabulary, syntax and punctuation of a foreign language and use the skills they have learned to construct sentences, phrases, monologues, and dialogues in a foreign language. During the learning process students become acquainted with the individual level structures of the foreign language and learn to integrate them into a single language system necessary for communication.

Linguistics also pays great attention to the real forms of language, as a means of social communication. The main forms of existence of the national language are: literary language, everyday-spoken language, territorial dialects. In order to conduct conversations, university students usually learn the basics of a literary foreign language, as well as the main features of the functioning of spoken language. Literary language performs various functions, the boundaries of its use are much wider. In modern society, people communicate in the literary language which complicates its internal and external structure, there are some changes in the system and functions of the literary language to build stylistic correct monological and dialogical statements.

Language has two material functional forms: sound and graphic. All sounding elements of the language can be depicted through graphics, just as everything that is written can be uttered.

Learning a foreign language, it is necessary to master the features of speaking and writing, which represent a model of the process of real communication: motivation, purposefulness, informational content of the communication process, novelty, situationality, functionality, nature of interaction of students and the system of speech means. Literary language has various functional styles of speech: official, scientific, publicistic, everyday communication, fiction, which are used in certain areas of public life. Students of non-linguistic universities need to master the features of the scientific style of speech in their specialty, which can be combined with written and oral forms of speech. Written speech is used in writing articles (publications), oral speech - speeches in classes, conferences, symposia, congresses, etc. The analysis of the functional stratification of a literary language can help in the development of a linguistic methodical concept of teaching a foreign language. The student should master the style of everyday communication, socio-political and scientific which will allow to communicate in professional, public and household spheres. These styles are associated with oral and written forms of speech, so students need to constantly develop and improve oral and written speech skills. The correctness and culture of speaking and writing should be the leading factors in the whole process of teaching foreign languages at the university.

In the study of a speech act a natural and regular connection of linguistics with psychology, sociology and communication theory occurs which is of great interest in the linguistic analysis of the mechanisms of speech acts. For the formation of students' skills of communication in a foreign language, analytical reading and translation of foreign language literature in the specialty, the linguistic analysis of the mechanism for the occurrence of speech acts and drawing up training situational exercises on this basis is great importance. Speech acts, in turn, have a number of standard conditions: the material form of communication (oral or written), the purpose of communication (communication or information), the field of communication (public, professional, domestic), the topic of communication (events of social and cultural life, phenomena of science), under the influence of which standard forms of verbal communication.

Conclusion. Thus, the use of basic linguistic techniques and principles in the classroom allows the teacher to increase the effectiveness of teaching foreign languages to students in a non-linguistic university. For the formation of students' skills of communication in a foreign language, analytical reading and translation of foreign language literature in the specialty, the linguistic analysis of the mechanism for the occurrence of speech acts and drawing up training situational exercises on this basis is great importance. Learning a foreign language, it is necessary to master the features of speaking and writing, which represent a model of the process of real communication: motivation, purposefulness, informational content of the communication process, novelty, situationality, functionality, nature of interaction of students and the system of speech means. Knowing foreign language helps to students in their future profession.

Bibliography

1. Borodullina M.K., Karlin A.M., Lurie A.S., Minin N.M. Teaching a foreign language as a specialty (German language) - М.: "High School", 1975. - p. 11-31
2. Brandes M.P. Stylistic analysis. / on the material of it. and eng. Languages - М.: "High School", 1971 - p. 106-118.
3. Maslova A.M., Weinstein Z.N., Plebeyskaya L.S. Textbook of English for medical schools. - М.: "Liszt New", 2005. - p. 3-5.
4. Markovina I.Yu., Maksimova Z.K., Weinstein MB English for medical students. - М.: GEOTAR –Media, 2013 - p. 3-6.
5. Mukhina V.V. English for dental students. - М.: Edition AST, - p. 3-6.
6. Muraveiskaya M.S., Orlova L.K. English for doctors. - М.: Flint: "Science", - pp. 3-4.
7. Churilov L.P., Stroev Yu.I., Utekhin V.I., Skoggins U.J. and others. English for doctors. - Spb.: ELBI - St. Petersburg, 2012 - p. 4-5, 8-14.

Түйін

Н.Қ. Джаркимбекова, Д.Ж. Саржанова.

Оңтүстік Қазақстан Медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан.

ЛИНГВИСТИКАЛЫҚ ЕМЕС УНИВЕРСИТЕТТЕРДЕ ШЕТ ТІЛІН ОҚИТУДЫҢ ӘДІСТЕРІ МЕН ЛИНГВИСТИКАЛЫҚ ПРИНЦИПТЕРІ

Шет тілін оқудың негізгі принциптерінің бірі, ол – шет тілінде кәсіби тақырыптарда кітаптар, мақалалар оқу керек. Шет тілінде диалог, монолог құру үшін студенттер тілдің фонетикасын, грамматикасын және сөздік қоры жоғары дәрежеде, синтаксисті, пунктуациясын жақсы білу керек.

Лингвистикалық емес университеттерде студенттер өз мамандықтарының ғылыми стилінің ерекшеліктерінен білу қажет. Көптеген студенттерге бұл ауыр процесс. Себебі, шет тілін оқу барысында кездесетін қиындықтар, айтылып жатқан сөйлемнің дағдылары мен концептуалды категориялары мен байланысын білу қажет.

Кілт сөздер: шет тілі, аударылмайтын мәтін, коммуникация, лингвистикалық емес университет, әдеби тіл, сөйлеудің ғылыми стилі, лингвистика, лингвистикалық принциптер.

Резюме

Джаркимбекова Н.Ж., Саржанова Д.Ж.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ В НЕЛИНГВИСТИЧЕСКИХ УНИВЕРСИТЕТАХ

Основными навыками, необходимыми студентам для овладения иностранным языком, являются: непереводаемое чтение литературы по своей специальности и умение разговаривать на профессиональные темы. Студенты должны овладеть основами фонетики, грамматики, словарного запаса, синтаксиса и пунктуации иностранного языка в единой целостной системе и использовать полученные навыки для построения предложений, монологов и диалогов на иностранном языке. Студентам неязыковых вузов необходимо освоить особенности научного стиля речи по своей специальности, которые могут сочетаться с письменной и устной формами речи. Изучение иностранного языка в нелингвистическом университете является сложным процессом для большинства студентов, так как им необходимо овладеть навыками и способностями другого языка в спонтанной речи, а также необходимо изучить концептуальные категории и связи, возникающие в процессе обучения иностранного языка. Поэтому, чтобы преодолеть такие трудности, необходимо знать психологическую основу процесса языкового общения.

Ключевые слова: иностранный язык, непереводаемый текст, коммуникация, нелингвистический университет, литературный язык, научный стиль речи, лингвистика, лингвистические принципы.

МРНТИ 16.21.23

УДК 81-139

Ахтаева А.Б.

Оңтүстік Қазақстан Медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан.

ГУМАНИТАРЛЫҚ БІЛІМ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БОЛАШАҚ МАМАНДАРДЫ ДАЯРЛАУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Мамандықтардың барлық тізбесі мен корпоративті сұраныс бойынша республиканың жоғары оқу орындары дайындалған мамандармен қамтамасыз етудің қазіргі бар айырмашылығына назар аударып отырып, осы кезеңде корпоративтік қағида жоғары білім жүйесін қаржыландыру көздеріндегі нақты нұсқаулық болып табылатындығын және қаржыландыру мәселелерін реформалауда өтпелі нысан бола алатындығын атап өткен жөн.

Кілт сөздер: Жаңа қоғам мұғалімі, педагогикалық қоғамдастық, кәсіби міндеттер, кәсібінің шебері, оқушылардың дербестігі.

Елімізде білім жүйесін дамыту талаптарына сай оқушыларға терең білім және тәрбие беру, оларды жан-жақты дамыту бүгінгі күннің басты мәселесі болғандықтан қоғамның педагог мамандарға қоятын талаптары қазіргі таңда күрделене түсуде. Жаңа қоғам мұғалімі – ол рухани адамгершілігі жоғары, азаматтық жауапкер-

шілігі мол, белсенді, жасампаз, жан-жақты білімді, кәсіби құзыретті, өз теориялық білімін практикада әр түрлі педагогикалық технологиялармен жүзеге асыра алатын өз кәсібінің шебері бола білуі қажет. Елдегі қазіргі өзгерістер, тұрақты дамудың жаңа стратегиялық бағыттары, қоғамның ашықтығы, оны жедел ақпараттандыру және динамизм білімге қойылатын талаптардың өзгеруін үйлестірді. Осыған сәйкес білім беруді модернизациялау мұғалімдердің жауапкершілігі мен кәсіби деңгейін түсінуге, олардың оқу процесінің әр түрлі мәселелерін шешуге қатысуына байланысты. оқу-әдістемелік бәсекеге қабілеттілік

Қазақстан Республикасының әлемдік білім беру кеңістігіне енуі, 12 жылдық білім беруге көшу педагогикалық қоғамдастықтан кәсіби міндеттер мен оларды шешу жолдарына жаңаша көзқараспен қарауды, инновациялық қызметті бастамашылық етуді талап етеді. Жаңашылықтың критерийі кәсіби шеберлік, шығармашылық, құзыреттілік болды. Мұғалімге жұмыста толық дербестік берілді. Оның өзі оқу процесін қалай дұрыс құру керектігін, материалды жоспарлауды, қандай оқу-әдістемелік кешендерді, қандай әдістерді қолдану керектігін өзі шеше алады.

Білім берудің мақсаттары мен міндеттерінің бірлігі оқыту мен тәрбиелеудің әртүрлілігі мен икемділігімен үйлесуі керек. Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын іске асыру кәсіби мәселелерді өз бетінше және шығармашылықпен шеше алатын, кәсіби қызметтің жеке және әлеуметтік маңыздылығын түсінетін, кәсіби құзыретті тұлғаны, бәсекеге қабілетті маман қалыптастыруды қамтамасыз ететін тиімді білім беру жүйесін құруды көздейді. оның нәтижелері...

Сондықтан алдағы тамыз айында өтетін педагогикалық кеңестер Президент Н.Ә.Назарбаевтың Қазақстан халқына «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан» Жолдауының идеяларын, Қазақстан Республикасы Үкіметінің, Білім және ғылым министрлігінің директивалық, нормативтік құжаттарын талқылауға ықпал етуі керек. Тәрбиешілердің тамыз кездесуінің басты мақсаты мұғалімдердің шығармашылық ізденістерін, негізделген негізделген педагогикалық инновацияларды ынталандыруға бағытталған. Соңғы жылдары қалыптасқан тәжірибе ұйымдарға жаңа көзқарастар мен білім беру процесінің мазмұнын, білім беру профилін таңдауда оқушылардың дербестігін арттыруға ықпал ететін жаңа білім беру технологияларын жасау үшін негіз болуы керек. Педагогикалық жиналыстардағы іргелі пікірталастар Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың жалпы мәселелерін қабылдауы керек: Президент Н.Ә.Назарбаевтың Жолдауы контекстіндегі қазіргі білім берудің мәселелері мен болашағы. Назарбаев Қазақстан халқына «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан». Қазақстан Республикасының тұрақты даму және бәсекеге қабілеттілік қағидаттарын қамтамасыз ету ретінде білім беру сапасын арттыру. Қоғамның әлеуметтік-экономикалық дамуын одан әрі демократияландыру негізінде білім мазмұнын жетілдіру. 12 жасар мұғалімнің кәсіби өсуіне ғылыми-әдістемелік қолдау көрсету сапасын арттыру. Адами капиталды қалыптастыру үшін халықтың барлық топтары үшін сапалы үздіксіз білімге қол жетімділікті қамтамасыз ету. Отандық дәстүрлерге, әлемдік тәжірибеге және тұрақты даму қағидаттарына негізделген білім мазмұны мен құрылымын жаңарту. Үздіксіз білім берудің және білім беруді модернизациялау жағдайындағы кәсіби қайта даярлаудың жаңа аспектілері. Психологиялық-педагогикалық құзыреттіліктің қалыптасуы мен дамуы жаңа формация мұғалімі үшін кәсіптік оқытудың негізі болып табылады.

12 жылдық білім беруге көшу кезінде адам ресурстарын басқарудағы тұлғаға бағытталған тәсіл. Қазақстандық патриотизмге, толеранттылыққа, жоғары мәдениетке, адам құқықтары мен бостандықтарын құрметтеуге тәрбиелеу. Білім беру ұйымдарында жаңа педагогикалық, ақпараттық, денсаулық сақтау технологияларын енгізу стратегиясы. Мектептің жоғарғы деңгейінің мамандандырылған кластарында нарықтық экономиканың жаңа экономикалық тұжырымдамаларын қалыптастыруды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету. Дарынды балалармен жұмыс жасау нысандары мен әдістерін жетілдіру. Тиімді экономикалық қатынастарды қалыптастыру және білім беру саласындағы халықаралық қатынастарды дамыту. 12 жылдық білім беру контекстінде көп мәдениетті тұлғаны қалыптастыру. Мектепке дейінгі тәрбие мен оқытудың шағын орталықтарын ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету және дамыту.

Оқу және кәсіптік мектептерде балалар-жасөспірімдер бірлестіктерін ұйымдастыру. Ауылдық мектепте мамандандырылған білім беру жағдайында ресурстық орталықтарды енгізудің өзекті мәселелері. 12 жылдық білім беруге көшу жағдайында мұғалімнің кәсіби құзыреттілігінің мониторингі. Тәрбиешілердің тамыз кеңестерінің мазмұны мен нысанын аймақтық ерекшеліктерді, кәсіби қажеттіліктерді және өткен оқу жылының негізгі нәтижелерін ескере отырып, жергілікті билік органдары анықтайды. Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Әбішұлы Назарбаевтың Қазақстан халқына Жолдауында: «Біздің стратегиямыздың маңызды бөлігі - балалар, олардың аналары мен аға буын өкілдері қоғамның әлсіз мүшелерінің өмірін қамтамасыз етуге лайықты. Мемлекет бұл мәселелерді шешуге қаражат бөлмейді».

Қазақстан Республикасында әлеуметтік-экономикалық және саяси-құқықтық реформалар едәуір дәрежеде жүргізілгенімен, білім беру саласындағы проблемалар, менің ойымша, бар, сондықтан осы өмірлік салада қосымша реформаларды жүргізу қажеттілігі туындады. Біз бұл мәселені қарастыруды ШЖМ-нің материалдық-техникалық базасынан бастаймыз. Оқулықтар, авторлар мектебі, толыққанды сараптама мен қаржылық қолдаудың қаржылық тетігі тәжірибесінің жоқтығына байланысты оқулықтардың сапасы педагогикалық қауымдастық тарапынан сығға түсуде. Ескірген және заманауи оқу жиһаздары мен жабдықтардың, спорттық жабдықтардың (әсіресе ауыл мектептерінде) жұмыс істемеуі мемлекеттік жалпыға міндетті білім стандартының талаптарын толық орындауға мүмкіндік бермейді және балалар мен жасөспірімдердің денсаулығына кері әсерін тигізеді. Республиканың әрбір үшінші мектебінде пән кабинеттері жоқ: химия, физика, биология, математика және т.б., арнайы зертханалар мен спорт залдар.

Міндетті көзқарасқа негізделген мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандарттары білім алушыға өмір жолын, қызығушылықтары мен болашағын таңдауда нақты көрсетілген оң уәждеме бермейді. Жоғары сынып оқушыларының тек 30% -ы өздерінің қабілеттеріне сәйкес кәсіби әрекеттерді саналы түрде таңдайды.

Болашақ түлектердің 70% -ы өзін-өзі бағалаудың төмен деңгейіне ие және тәуелсіз өмірге дайын емес. Жоғары деңгей білімінің жеткіліксіз профиліне байланысты мектеп түлектері еңбек нарығында сұранысқа ие болып отыр.

Мүмкіндігі шектеулі 120 мыңнан астам баланың тек үштен бірі ғана түзету ұйымдарында арнайы білім алады. Арнайы білім берудің нормативтік құқықтық және бағдарламалық-әдістемелік базасы, түзету мекемелерінде оқытушы кадрларды даярлау және қайта даярлау жүйесін жетілдіру және жаңарту қажет.

«Білім туралы» Қазақстан Республикасының 2007 жылғы 27 шілдедегі № 319-III Заңының 36-бабы 2-тармағында жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру ұғымы берілген: «Ғылыми-педагогикалық кадрларды даярлау жоғары оқу орындары мен ғылыми ұйымдардың магистратурасында және докторантурасында, сонымен қатар «Болашақ» халықаралық стипендия иегерлерін жыл сайын сәйкес бекітілген мамандықтар тізіміне сәйкес күндізгі оқу түрінде шетелдік жоғары оқу орындарында оқуға жіберу арқылы жүзеге асырылады. Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген». «Болашақ» халықаралық стипендия иегерлерін оқыту үшін квота бөлінетінін білеміз: Ауыл жастары үшін, Мемлекеттік қызметшілер. Ғылыми-оқытушылық құрам. Бұл туралы бұқаралық ақпарат құралдарында хабарланды.

Бұл жағдайда сұрақ туындайды: «Болашақта қазақстандық жоғары оқу орындарында жоғары оқу орнынан кейінгі білім алуға квота бөліне ме?» Бұл проблема, сонымен қатар, Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылғы 11 қазандағы № 1459 Жарлығымен бекітілген «Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасында» көтерілген проблемалармен қатар, өзекті болып саналады (2006 жылғы 24 мамырдағы № 123 енгізілген) 16 қараша 2007 ж. № 443):

«Аспирантура бюджеттік негізде 48 мемлекеттік университетте, 5 мемлекеттік емес университетте және 66 ғылыми ұйымдарда, 15 мемлекеттік университетте және 23 ғылыми ұйымдарда докторантурада жұмыс істейді. Соңғы жылдары магистранттардың тек 18% -ы жоғары білім алып жатыр, бұл қазіргі ғылыми кадрларды даярлау жүйесінің тиімділігінің төмендігін көрсетеді. Республикада тиісті ғылыми мектептердің болмауына байланысты медициналық салада (трансплантология және жасанды органдар, нейрохирургия, гематология, физиотерапиялық жаттығулар, спорттық медицина және т.б.) ғылыми кадрлардың жетіспеушілігі байқалады.

Ғылыми-зерттеу институттары мен университеттерде кадрлардың «қартаюы» байқалады. Егер 10 жыл бұрын ғылым докторларының орташа жасы 56 жаста болса, қазір олар 62 жаста, ал ғылым кандидаттары сәйкесінше 44 және 47 жаста». Көптеген қазақстандық ғалымдардың пікірінше, ғылыми-зерттеу жұмыстарын перспективалы болатындай ынталандыру керек. Мысалы, Болгарияда «Мемлекеттік қызмет туралы» заңда әрбір мемлекеттік қызметшінің ғылыми дәрежесіне байланысты белгіленетін төлемақы құқығы қарастырылған. Осы бағыттағы Қазақстан заңнамасын реформалау жасампаздық әлеуетін қызметтің түрлі салаларында жүзеге асыратын жас ғалымдарға үлкен мүмкіндіктер ашады.

Әдебиеттер

1. Введенский В.Н. Моделирование профессиональной компетентности педагога // Педагогика – 2003 – №10 – С.51-55.
2. Кучугурова Н.Д. Формирование профессиональной компетентности будущего специалиста // Проблемы и перспективы педагогического образования в XXI веке. – М., 2000. – С. 360-362.
3. Құрманалина Ш.Х. және т.б. Педагогика. Астана-2007. 274-307 бет
4. Құрманалина Ш.Х. Оценка качества профессиональной компетентности учителя. Алматы-2006.
5. Лукьянова М.И. Психолого-педагогическая компетентность учителя // Педагогика. – 2001. – №10. – С. 56-61.
6. Равен Дж. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация / Пер. с англ. – М., «Когито-Центр», 2002. – 396 с.
7. Сорокина Т.М. Развитие профессиональной компетенции будущего учителя средствами интегрированного учебного содержания // Начальная школа. – 2004. – №2. – С. 110-114.
8. Компетенции в образовании: опыт проектирования : сб. науч. тр. / под ред. А.В.Хуторского-М.: Научно-внедренческое предприятие «ИНЭК», 2007. -327 с.

Summary

A.B.Akhtayeva, South-Kazakhstan Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan

Actual problems of humanitarian education and training of future specialists in the field of health care

Focusing on the existing gap between the supply of trained specialists by higher education institutions of the republic across the entire list of specialties and corporate demand, it should be noted that at this stage, the corporate principle is a real guideline in the sources of financing the higher education system and can act as a transitional form in reforming financing issue. **Key words:** Teacher of the new society, Pedagogical community, professional tasks, master by profession, independence of student.

Резюме

А.Б.Ахтаева, Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Республика Казахстан

Актуальные вопросы гуманитарного образования и профессиональная подготовка будущих специалистов в области здравоохранения

Акцентируя внимание на существующем разрыве между предложением подготовленных специалистов высшими учебными заведениями Республики по всему перечню специальностей и корпоративным спросом, следует отметить, что на данном этапе корпоративный принцип является реальным ориентиром в источниках финансирования системы высшего образования и может выступать в качестве переходной формы при реформировании вопроса финансирования.

Ключевые слова: учитель нового общества, педагогическое сообщество, профессиональные задачи, мастер по профессии, самостоятельность студента

Кадирбергенова А. О.,

Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

КАКАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РОЛЬ ПЕДАГОГА В СОВРЕМЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

В статье рассматривается роль учителя гуманитарных дисциплин в средних учебных заведениях, в условиях применения новых требований к учебному процессу, соответствующих Болонскому соглашению. Каким должен быть учитель в нашем современном взгляде где преподаватель из «источника знаний» превращается в «проводника»

Ключевые слова: педагогика, образование, роль преподавателя обучение, учебный процесс

Многие преподаватели и сегодня задаются вопросом «Каким должен быть современный учитель?» Преподаватель дает своим ученикам не только знания, но также воспитывает личность, способствует росту подрастающего поколения. Студенты, поступающие после школы в высшие учебные заведения, приходят с определенным багажом знаний. Педагог в дальнейшем должен уже развивать не только знания по специальности, но и всестороннюю личность. На протяжении всего веков роль преподавателя играла важную роль на образовательном процессе. Во всех временах было особое уважительное отношение к учителю. Ведь учитель является не только носителем и распространителем знаний, но и воспитателем ценностно-нравственных ориентиров в жизни человека. Таким образом, можно сказать, что учитель/ педагог/преподаватель является своего рода «воспитателем души» человека. Именно поэтому профессия учителя востребована в любом обществе. Именно поэтому, современный образовательный процесс должен быть лично-ориентированным. Профессиональная деятельность преподавателя, особенно гуманитарных дисциплин, направлена в первую очередь не на то, чтобы быть первоисточником профессиональной информации, а на то, чтобы помогать студенту находить нужную информацию, анализировать ее, адекватно оценивать, формировать собственное мнение и представление. Что бы образовательный процесс соответствовал стандарту все страны 48 перешли на Болонский процесс.

Болонский процесс это процесс сближения и гармонизации систем высшего образования стран Европы с целью создания единого европейского пространства высшего образования. Официальной датой начала процесса принято считать 19 июня 1999 года, когда была подписана **Болонская декларация**. Основные цели Болонского процесса: расширение доступа к **высшему образованию**, дальнейшее повышение качества и привлекательности европейского высшего образования, расширение мобильности **студентов и преподавателей**, а также обеспечение успешного трудоустройства выпускников вузов за счёт того, что все академические степени и другие квалификации должны быть ориентированы на **рынок труда**.

Болонский процесс в купе с утверждением гуманистической парадигмы в образовательную педагогическую систему, внес значительные коррективы в образовательный процесс: подходы к обучению стали лично-ориентированным и лично-деятельным. Происходит переход на лично-ориентированные технологии, означающие, по словам В. А. Сластеника, «персонализацию педагогического взаимодействия, которая требует адекватного включения в этот процесс личного опыта (чувств, переживаний, эмоций, соответствующих им действий и поступков)» Характеризуя новый тип технологий, исследователи отмечают, в первую очередь, что они «предусматривают преобразование суперпозиции преподавателя и субординированной позиции студента в лично-равноправные позиции». Объясняя преобразования, нужно указать на новые акценты в деятельности педагога и тем самым раскрыть новые его функции в процессе педагогического взаимодействия, а именно... «преподаватель не только учит и воспитывает, сколько актуализирует, стимулирует студента к общему и профессиональному развитию, создаёт условие для его самостоятельности» Таким образом, преподаватель для студента служит своего рода «проводником» в огромном массиве информационных потоков. В условиях присоединения Казахстана к Болонскому процессу эти вопросы становятся особенно важными, так как меняется не только структура высшего образования (переход на двухуровневую систему высшего образования - бакалавриат и магистратура), но и трансформируется роль преподавателя в образовательном процессе. Благодаря цели Болонского процесса провозглашается создание единого общеевропейского образовательного пространства и общеевропейской системы образования. Реализация этой цели предусматривает, в соответствии с принципами Болонской декларации: введение двухуровневой (бакалавр-магистр) системы образования; введение системы кредитов как унифицированного способа учета объема учебной работы; внедрение методологий и критериев, обеспечивающих высокое качество образования; создание возможности продолжения образования в других высших учебных заведениях стран, подписавших Болонскую декларацию. Это означает, что и к преподавателю теперь должны предъявляться особые требования. В советской образовательной парадигме, преподаватель был, если не единственным, но самым важным источником профессиональной информации, и образовательный процесс строился, прежде всего, на получении знаний студентом непосредственно от преподавателя. В рамках же Болонской системы, главное в образовательном процессе делается на самостоятельное освоение студентом большого количества профессиональных знаний. В условиях свободного доступа к огромному массиву разнообразной информации (доступ к интернет ресурсам, большое количество всевозможных печатных изданий и т. д.), это выглядит вполне логично. Однако это не значит, что роль преподавателя в образовательном процессе снижается, она трансформируется.

Если досконально выложить роль долж преподавателя колледжа является подготовка такого выпускника, где молодой специалист сумеет показать следующие качества: приобретать необходимые ему знания и самостоятельно применять их на практике для решения разнообразных задач; усовершенствовать новые идеи, творчески, креативно и критически мыслить; быть способным на поступок и ответственным за него;- активно действовать, гибко адаптироваться в меняющихся жизненных ситуациях; ориентироваться на общечеловеческие ценности; видеть возникающие в реальной действительности проблемы и, искать пути рационального их решения

используя современные технологии; уметь контактировать с представителями различных социальных групп различных ситуациях. быть коммуникабельным, уметь работать с ними сообща в разных областях. Перечисленные выше качества личности выпускника не формируются сами собой. Преподавателям необходимо регулярно создавать такие ситуации, попадая в которые студенты осознавали бы необходимость воспитания их у себя. В современной литературе, посвященной анализу качеств, наиболее значимых в учительском труде, исследователи по разным основаниям выделяют следующие:

Преподаватель должен знать	Преподаватель должен уметь	Личностные качества преподавателя
Современные направления развития образования. Новые педагогические концепции и технологии. Законы, регламентирующие деятельность педагога. Методику преподавания. Способы, методы и приемы индивидуального и дифференцированного обучения. Приемы мотивации учебной деятельности обучающихся. Возрастную психологию. Способы самодиагностики. Содержание своего предмета.	Критически оценивать свое воздействие на ученика. Доступно излагать материал. Креативно мыслить. Формировать знания, умения и навыки. Создавать на уроке атмосферу сотрудничества. Объективно оценивать знания обучающихся. Грамотно и четко излагать свои мысли и требования. Вызывать интерес к изучаемой дисциплине. Управлять своими эмоциями. Организовать самообразование обучаемых.	Коммуникабельность. Любовь к детям. Организаторские способности и активность. Общая эрудиция. Тактичность и корректность по отношению к студенту. Дисциплинированность. Терпение и терпимость. Чувство юмора. Справедливость. Личное обаяние. Доброжелательность. Общительность.

При опросе студентов высших учреждений «Преподаватель глазами студентов» выявили следующие критерии успешности педагога в учебно-воспитательной деятельности и, соответственно, критерии высокой эффективности проводимых занятий: 1. Часто использует активные методы: игры, тренинги, решение ситуаций и др., а также новые информационно-коммуникационные технологии, цифровые образовательные ресурсы, в учебное занятие включает разнообразные задания (моделирование, конструирование, исследование, поиск и т.п.), поощряет стремление учащихся находить свой способ работы, анализировать разные способы, отбирать наиболее рациональные. 2. Педагог умеет естественно и не отягощающе переключать виды деятельности на уроке, активизировать внимание, использует разнообразные формы общения учащихся. 3. Осваивает новые методики исходя не из моды, а из собственных авторских предпочтений, постоянно учитывая при этом интересы учащихся. 4. Имеет широкий круг общения и интересов, старается увлечь своими интересами детей, с интересом относится к спорту, политике, литературе и искусству. 5. Умеет и способен прийти на помощь ученикам в случае форс-мажора. 6. Чтобы на уроке у педагога было интересно, в меру весело, занимательно, педагог предлагает обучающимся задания с долей неожиданности, оригинальности, с использованием проблемных ситуаций, с отсылкой к выдающимся проявлениям человеческих достижений, подвигов, свершений, поступков, блестящих открытий и достижений науки. 7. Знает личностные особенности учащихся, их интересы и возможности, использует личностный и разноуровневый подходы в процессе обучения, вовлекает в работу всех обучаемых на доступном для них уровне, подбадривает и поощряет средних, помогает слабым. 8. Отказывается от наказания отметкой в случае невыполнения домашних заданий, ищет способы восполнения упущенного через организацию специальных классных заданий, индивидуальное взаимодействие с учеником. 9. Контроль за деятельностью учащихся осуществляет с учетом личного роста каждого ученика, а не в сравнении с достижениями других. 10. Любит и понимает шутку, умеет снимать негативное напряжение и никогда не отыгрывается на детях, не иронизирует по поводу неудач, всегда находит доброе слово и терпеливо ждет и способствует успеху детей, на уроке создает атмосферу заинтересованности и комфортности для каждого ученика, ситуацию успеха. 11. Готовится к каждому уроку, стараясь быть и полезным, и интересным, и оригинальным, и в то же время, стараясь использовать время на уроке и вне его для привития устойчивого интереса и уважения к науке вообще и к предмету в частности. 12. Не жалея себя, сил и времени для работы с детьми в качестве классного руководителя, всегда независимо от настроения и состояния, терпелив, ласков, добр и внимателен по отношению к детям. Развивает веру в успех, считает ошибки нормальным явлением, признает и видит достижения каждого

Литература

1. С. И. Ожегов «Толковый словарь русского языка». 28 –е издание, Москва, Мир и Образование. 2015 с. 1263
2. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». О – 13 Москва; Проспект, 2015 с. 53.
- Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации». О -13 Москва; Проспект, 2015 с. 34. А. Дистервег «Избранные педагогические сочинения». Москва, Учпедгиз, 1956, с.136-203

Түйін

Кадирбергенова А. О.

Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы

ҚАЗІРГІ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ МҰҒАЛІМНІҢ НЕГІЗГІ РӨЛІ

Мақалада Болон келісіміне сәйкес білім беру процесіне қойылатын жаңа талаптарды қолдану контекстінде жоғары білім берудегі гуманитарлық пәндер оқытушысының рөлі қарастырылады. "Білім көзінен "мұғалім аппарат бойынша" жолсерікке" айналады деген қорытынды жасалады.

Кілт сөздер: педагогика, білім беру, оқытудағы мұғалімнің рөлі, білім беру үдерісі

MRNTI 16.21.21

Sarzhanova D.Zh., Abiyeva D.N.
South Kazakhstan medical academy, Shymkent, Kazakhstan

LINGUISTIC AND HUMANITARIAN ASPECTS OF MEDICAL EDUCATION

Summary

The main goal of the development of the medical education system is a new educational standard which is the preparing a specialist for individual medical practice of the material and technical equipment of health care [4]. The basic criterion for assessment the quality of medical education is professional competence as «the integral characteristic of a specialist, which determines his ability to solve professional problems and typical professional tasks which arising in real situations of professional activity with using his knowledge and life experience, values and inclinations»

Keywords: humanitarian paradigm; internationalization of education; quality of education; competence building approach; professional competence.

Introduction. The modern world is experiencing a period of globalization - the era of comprehensive unification of humanity in the space of information and communications. The improvement of higher education should be carried out within the framework of integration projects and international integration of higher education [4]. The fundamental nature of education has always made Kazakhstan attractive for foreign students and traditionally students from different countries come to our universities to study. Last years the number of students wishing to get education in Kazakhstan universities has increased which confirms the main tendency of the Bologna process - the internationalization of education [6]. The introduction of the state educational standard of higher professional education had a significant impact on the educational process - the requirements for the results of mastering basic educational programs (BEP) in the competence approach there was changed students' individual work and the role of the teacher from the position of teacher to tutor position. The main goal of the development of the medical education system is a new educational standard which is the preparing a specialist for individual medical practice of the material and technical equipment of health care [4]. The basic criterion for assessment the quality of medical education is professional competence as «the integral characteristic of a specialist, which determines his ability to solve professional problems and typical professional tasks which arising in real situations of professional activity with using his knowledge and life experience, values and inclinations» [3].

The humanitarian aspect of medical education reflects the paradigm of humanitarian problems of a doctor's professional activity - the problems are the relationships with patients, with their families and colleagues, issues of medical law, problems of a holistic approach to the prevention and treatment of diseases, aspects of the impact of scientific discoveries on safety and improvement of human health, problems of sharing best professional experience, etc. [2]. Teaching of humanities to foreign students of a medical university, such categories as language, culture, family and ethnic origin become most important for teachers. Along with professional thinking you can see demands on the humanistic professional consciousness and personality of a specialist as a person who occupies a special position - the position as assistance personal responsibility and participation in the life of the patient. That is why the medical education system includes disciplines that focus on people and society — such as philosophy, cultural studies, bioethics, etc. For example, a foreign student can illustrate the importance of philosophy for a future doctor. Doctor must understand the competence and the importance of patients` consciousness.

Conclusion. In conclusion, I would like to note that the medical specialty is formed on the basis of moral principles, has moral meaning and is filled with moral meaning. Oblivion of the moral component of medicine society with the thoughtless and uncontrolled introduction of new technologies into practice, the use it to the danger of the life of a particular individual and the whole society [1]. Humanitarization of higher medical education aims at the formation of a morally and spiritually developed person - a future specialist, regardless of his national and cultural affiliation and able to harmoniously combine education, professionalism, spirituality, moral education; This process is aimed to assimilation humanitarian knowledge, humanitarian culture, and the humanitarian potential of medicine.

Bibliography

1. Ageeva N.A. «Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента»// гуманитарные и социальные науки. - 2012. - № 5.
2. Mikirtichan G.L. «Гуманитарная составляющая высшего медицинского образования» 2014
3. Sharoval G.N. «О понятии профессиональная компетентность»- 2011.- № 8.
4. Sharoval G.N., Kamalova O.N. «Оптимизация обучения иностранных студентов медицинских вузов в условиях культурной адаптации в рамках ФГОС 3 поколения»- 2013.- № 4
5. Sharoval G.N. «Соотношение компетентного подхода и качества образования в процессе инкультурации иностранных студентов» 2012- № 4 (1).
6. Sharoval G.N. «Соотношение компетентного подхода и качества образования в процессе инкультурации иностранных студентов» - 2010.- № 2

Түйін

Саржанова Д.Ж., Абиева Д.Н.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан.

МЕДИЦИНА САЛАСЫНДА ЛИНГВИСТИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ГУМАНИТАРЛЫҚ АСПЕКТІЛЕР

Мақалада медицина саласында шетел студенттерін оқытудың гуманитарлық аспектілерін қарастырған. Әсіресе шетел студенттерінің гуманитарлық пәндерді оқытуға ерекше мән берілген. Автор қорытындылай келе, шетел студенттерге гуманитарлық пәндердің болашақ дәрігер болып қалыптасуына маңызды екенін көрсеткен.

Резюме

Саржанова Д.Ж., Абиева Д.Н.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан.

ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ И ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Автор рассматривает гуманитарный аспект медицинского образования и его специфику при обучении иностранных студентов. Особое внимание уделяется особенностям восприятия иностранными студентами дисциплин гуманитарного блока. Автор приходит к выводу, что задачей гуманитарного знания в свете обучения иностранных студентов является формирование у будущего врача потребности в нравственном совершенствовании, укреплении его веры в возможность использования гуманитарных знаний во благо человека.

МРНТИ 16.21.21

Қосай М.А.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан.

МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ БАСҚАРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ МЕН САПАСЫН АРТТЫРУ

Түйін

Мақалада Қазақстан Республикасының әрбір азаматы тегін медицина саласын көмек алуға құқылы екендігі, сол себепті медицина саласындағы білімді жоғарылату, сапасын арттыру мәселелері қарастырылған. Автор қорытындылай келе, мұғалімдердің студенттердің болашақ дәрігер болып қалыптасуына маңызы зор екенін көрсеткен.

Кілт сөздер: білім сапасы, медицина, болашақ дәрігер.

Қазіргі заманауи жағдайындағы білім берудің болашағы қоғамның даму үдерісімен, білімнің ғылыми интеграцияға ұмтылуымен, қоғамда жинақталып және үнемі өсіп отыратын, ақпарат көлемінің әр түрлі тегімен анықталады. Интеграция мен ғаламдастыру қатар жүріп келе жатқан бүгінгі таңда жоғары оқу орындарындағы білім берудің сапасы мен деңгейін жан-жақты көтеріп, жаңаша ойлайтын, оқыту мен тәрбиенің жаңа технологиясын күнделікті жұмысында қолдана білетін ұстаздардың ғана жұмысы жемісті болмақ. Тәуелсіздік алған жылдар ішінде егемен еліміздің, қоғамымыздың әлеуметтік-саяси және басқа да салаларында түбегейлі өзгерістер болып жатыр. Соның бірі - білім беру саласы. Қай кезеңде болмасын жас ұрпаққа білім мен тәрбие беру қоғам алдындағы ең маңызды, жауапты, іс болып қала береді. Сондықтан мемлекетіміздің даму, жанару жолындағы жаңалықтары мен түрлі өзгерістері еліміздің білім беру саласына өз әсерін тигізуде. Бүкіл әлемдік білім беру кеңістігіне ұмтылыстар, қоғам дамуындағы қалыптасып отырған жаңа жағдайлар, тыңнан туындаған мәселелер, өзгеріп жатқан өмірге бейімделу қажеттігін туындатып отыр. Қазіргі білім беру жүйесінің мақсаты — бәсекеге қабілетті маман даярлау. Осы талапқа орай ізденімпаз оқытушының шығармашылығындағы ерекше тұс - оның сабақты түрлендіріп, студенттің жүрегіне жол таба білуі. Ұстаз атана білу, оны қадір тұту, қастерлеу, арын таза ұстау - әр оқытушының борышы. Ол өз кәсібін, өз пәнін, барлық шәкіртін, оқу орнын шексіз сүйетін адам. Өзгермелі қоғамдағы жаңа формация оқытушысы-педагогикалық құралдардың барлығын меңгерген, тұрақты өзін-өзі жетілдіруге талпынған, рухани дамыған, шығармашыл тұлға. Нарық жағдайындағы оқытушыларға қойылатын талаптар: бәсекеге қабілеттілігі, білім беру сапасының жоғары болуы, кәсіби біліктілігі, әдістемелік жұмыстағы шеберлігі.

Білім беру қызметтерінің рыногын дамыту жалпыға бірдей сапа менеджментінде және 9000:2000 сериялы ИСО халықаралық стандарттарында белгіленген сапа менеджменті қағидаттары негізіне алынған басқарудың жаңа тетіктерін енгізуді болжайды. Білім беру бағдарламаларын халықаралық аккредиттеу мен мамандарды сертифици-каттаудың жүйелерін құраушы танымал халықаралық агенттіктер берген сапа менеджменті жүйесінің (СМЖ) сертификатын ала отырып, жоғары оқу орындарының сапа менеджментін сертифициаттау болды. СМЖ-ны енгізу үшін жоғары оқу орны: білім мазмұнының сапасын, талапкерлер мен студенттерді даярлаудың сапасын, қызметкерлер мен студенттердің оңды уәждемесін, әдістемелік және материалдық-техникалық қамтамасыз ету сапасын, профессор-оқытушылар құрамы мен басқа да қызметкерлердің құзыреттілігін, оқыту технологияларының сапасын, бағалау технологияларының сапасын, жоғары оқу орындарының басқару үдерістерінің сапасын қамтамасыз етуі тиіс. Бұл міндеттерді іске асыру үшін: 1) медициналық білім беру ұйымдарының оқу-әдістемелік үдерісін басқару мен үйлестіру құрылымы қайта қаралады; 2) сапа менеджменті жүйесін енгізу үшін кадрлар оқытылады; 3) сапа менеджментін енгізу және сапа менеджменті сертификатын алу бойынша жұмыс жүргізілетін болады. Тұжырымдаманы іске асыру мынадай бағыттар бойынша жүзеге асырылады: медициналық және фармацевтикалық білім берудің нормативтік-құқықтық базасын жетілдіру; медициналық білім беру ұйымдарына азаматтарды іріктеуге және қабылдауға жаңа тәсілдер енгізу; медициналық білім беру ұйымдарын қаржыландыру жүйесін жетілдіру және олардың материалдық-техникалық базасын нығайту; медициналық білім беруді басқаруды жетілдіру, сапа менеджменті жүйесін енгізу; халықаралық талаптарды ескере отырып, медицина және фармацевтика кадрларын даярлаудың, сапаны бағалаудың және кәсіби құзыреттілігі деңгейінің жаңа жүйесін құру; оқыту процесінің жоғары нәтижелеріне жетуде студенттер мен оқытушылардың уәждемесін көтеру.

Медициналық және фармацевтикалық білім берудің нормативтік-құқықтық базасын жетілдіру. Денсаулық сақтау мамандарының кәсіби құзыретіне қойылатын талаптарды көтеру жағдайында басқару органдарынан бастап білім алушыларға дейінгі білім беру үдерісіне барлық қатысушыларының жауапкершілігін артады. Қазіргі кезде маман-медицина қызметкерлерін даярлауға медициналық білім берудің ерекшелігі ескерілмейтін жалпы талаптар мен көзқарастар қойылады. Осыған байланысты республиканың денсаулық сақтау ісін кадрлық қамтамасыз етуге жауапты Денсаулық сақтау министрлігінің медициналық және фармацевтикалық білім беру саласында мемлекеттік басқару, медициналық білім берудің ерекшелігін қозғайтын нормативтік құқықтық кесімдерді әзірлеу (оқу үдерісін регламенттеу, оқу бағдарламаларын, жоспарларын, мемлекеттік жалпыға міндетті стандарттарды жасау, медициналық білім берудің сапасын бағалау, медициналық білім беру ұйымдарын аттестаттау, аккредиттеу, лицензиялау мәселелері және басқалары) мәселелеріндегі рөлін айқындау қажет.

Бұл бағытта: 1) медициналық ерекшеліктер ескеріле отырып, медициналық білім берудің нормативтік құқықтық базасы қалыптасты - медицина кадрларын даярлау, лицензиялауды жүзеге асыру, мемлекеттік аттестаттау және білім берудің халықаралық стандарттарына жақындау мақсатында - меншік нысанына қарамастан, медициналық және фармацевтикалық білім беру ұйымдарын мемлекеттік аккредиттеу жүйесіне тиісті өзгерістер енгізіледі; 2) медициналық және фармацевтикалық білім беруді басқару және үйлестіру мәселелері заңнамамен бекітіледі; 3) медициналық білім беру ұйымдарына клиникалық базаларды беру жөніндегі практикалық денсаулық сақтау ұйымдарының міндеттемесі заңнамамен белгіленетін болады.

Ел болашағы — білімді ұрпақта. Сондықтан білім беру саласында жасалып жатқан жаңа реформаларды жүзеге асыру — ұстаздар қауымы на ортақ іс. Ал таяудағы перспективада әлемдік тәжірибеге сүйене отырып, 12 жылдық оқытуды бастау күн тәртібінде тұрған келелі мәселе. Осының бәрі ұстаздар алдына жаңа міндеттер мен мақсаттар қойып отыр. Қандай істі-де жаңадан бастау оңайға соқпайды. Сондықтан ұстаздарға жаңаша жұмыс істеуге, шығармашылық еңбегі мен оқыту әдістерін жаңа арнаға бұруына, педагогикалық еңбегін қайта құруына тура келеді. Бұл бағытта жұмыстар атқарылып та жатыр. Көштен қалмаймыз деп жаңаның бәрін қабылдай беру дұрыс па, бұған дейін қол жеткізген табыстарымызбен іс-тәжірибемізді әрі қарай қалай ұш тастырамыз деген ойлар да мазалауы мүмкін. Өткен күндердегі іс-тәжірибеге көз жіберсек, кешегі бүгінгіге, бүгінгі ертеңгіге ұқсамайды. Себебі ғылымның дамуы, білім мазмұнының өзгеруі, өмір талабы, оқушы талғамы үнемі өсуде. Қай қоғамда болмасын шешуші фактор -адам және жеке тұлға болып қала бермек. Ғасырлар бойы қалыптасқан рухани құндылықтарымызды, байлығымызды түгендеу, игеру, жас ұрпақ бойына игі қасиеттерді сіңіру-бүгінгі білім жолында жүрген ұстаздардың басты борышы.

Ел экономикасын өркендету, бәсекеге қабілетті болу тек қана кемел біліммен келетіні анық. Ұлттық білім жүйесінің халықаралық білім кеңістігіне шығуы, әлемдік стандарттарға сай қызмет етуде елімізде жоғары оқу орындары көптеген іргелі өзгерістерді бастан кешуде. Жалпы отандық жоғары оқу орындарын әлемдік-деңгейге шығару — Президенттің Жолдаулары мен мемлекеттік бағдарламаларда анық көрсетілген. Сол себепті бәсекеге қабілетті маман даярлау еліміздің алдыңғы қатарлы жоғары оқу орындарының мақсаты мен міндетіне айналып отыр. Бүгінгі таңда әлемдік университеттердің арасында лайықты орынға ие болу мақсатында еліміздің жоғары оқу орындары көптеген жұмыстар атқарып жатыр. Қазақстан тәуелсіз ел болғаннан бері халыққа білім беру саласында бірқатар оң өзгерістерге қол жеткізілді. Соңғы жылдары гимназиялар, лицейлер, жеке және авторлық мектептер ашылды. «Қазақстан тарихы», «Ана тілі» және 1–5 сыныптар үшін басқа да пәндер бойынша жаңа оқулықтар шығарылды. Егер соңғы кезге дейін Қазақстан оқу мекемелерінде тек бұрынғы КСРО тарихы оқытылса, енді қазақ халқының өз тарихын терең талдап оқытуға көңіл бөлінді. Республикамыздың жоғары білікті медицина кадрларын даярлау ісіне қомақты үлесін біздің Астана Медицина университеті-де қосуда. Биылғы жылғы күзде оның құрылғанына 50 жыл болады. Соңғы жылдары бұл университет елімізде медицина кадрларын даярлайтын ең жақсы үш жоғары оқу орындарының қатарына қосылды. Қазіргі кезде университетте 5500-ден астам студент білім алууда. Олардың саны жылдан жылға артууда. Университетіміз өзі құрылғаннан бері 14 мыңнан астам медицина кадрларын даярлады, қазір олардың көпшілігі Қазақстанда ғана емес, шет елдерде-де (АҚШ, Канада, Израиль, Германия, Греция, ТМД елдері және т.б.) жемісті еңбек етуде. Қазіргі ғылым мен өндіріс бір мезгілде мамандану мен интеграциялану бағытында дамиды. Кәсібімен байланысты іс-әрекет түрінде әр түрлі ғылым салаларынан алған білімдерін жұмылдыра пайдалана алуға қабілетті кең салалы мамандарға қажетсіну артады. Мұндай мамандарды даярлауда жүйелі ойлауды, объектіні көпжақты байланыстар мен қатынастардың бірлігінде көре білу іскерлігін дамыту бірінші дәрежелі мәнге ие болады. Интеграцияланған таным нәтижелерінің, жалпы ғылыми идеялардың, әдістемелік принциптердің, жүйелік талдау әдісінің мәнділігінің қазіргі қоғамда артқандығы сондай — студенттерге ғылыми интеграция өнімдерін үйрету жоғары оқу орындарының негізгі міндеттерінің біріне айналды. Осы тұрғыдан алғанда білім беру жүйесінде пәнаралық интеграцияны жүзеге асыру көкейтесті проблема болып табылады. Өйткені ол оқу үрдісінің барлық құрылымдық элементтерін — білім берудің мазмұнын, формаларын, технологиясын бір тұтастыққа біріктіре отырып, оның тиімділігінің артуына ықпал етеді. Пәнаралық интеграция білімнің игерілуін, іскерліктер мен дағдылардың белгілі бір жүйеде қалыптасуын қамтамасыз етеді, ойлау іс-әрекетінің белсенді болуына, студенттердің теориялық білімінің оқу-өндірістік іс-әрекеттерімен ұштасуына ықпал етеді. Пәнаралық интеграцияның жүзеге асуы білікті мамандардың кәсіби даярлығын кеңейтуді және олардың өзара байланысты кәсіптердің тобына даярлауға мүмкіндік береді. Елбасының өткен жылғы Жолдауында «Қазақстан-2050» Стратегиясын нақты жүзеге асыру міндеттері қойылған. Онда халықты жұмыспен қамтуда мамандарды даярлау мен қайта даярлықтан өткізуде кәсіптік білімді тегін алуға, өмір бойы сапалы білім алуға жағдай жасау және барлық мүмкіндікті туғызу, шетелдік жұмысшыларды қазақстандық мамандардың күшімен алмастыру Қазақстанның индустриалдық-инновациялық дамуының ең негізгі бағыты болатындығы атап

көрсетілген. Ал Президентіміздің бұдан бұрын ұсынған тарихи бағдарламасында былай делінген болатын: «Біздің болашақтың жоғары технологиялық және ғылыми қамтымды өндірістері үшін кадрлар қорын жасақтауымыз қажет. Осы заманғы білім беру жүйесінсіз әрі алысты барлап, кең ауқымда ойлай білетін осы заманғы басқарушыларсыз біз инновациялық экономика құра алмаймыз. Демек, барлық деңгейдегі техникалық және кәсіптік білім беруді дамытуға бағытталған тиісті шаралар қолдануымыз шарт».

Қорытып айтқанда, жоғарыда баяндалған маңызды шаралардың барлығы мемлекетіміздің тәуелсіздігін сақтауға, республика халқының бірлігін нығайтуға, оның әлеуметтік-тұрмыс жағдайын, денсаулығын, тіршілік сапасы мен-деңгейін арттыруға бағытталғанын жан-жақты ашып көрсетеді. Осының барлығына біздің қолымыз Ата Заңымызда көзделген тарихи ережелерге сүйене отырып, Президентіміз белгілеп берген басымдықтарды жүзеге асыру, атап айтқанда: ғылым мен білімнің инновациялық жүйесін дамыту, денсаулық сақтау саласының қазіргі заманғы стандарттарына өтуін, ұлттың мәдени және рухани әлеуетін өркендеуін қамтамасыз ету арқылы жетіп отыр.

Әдебиеттер

Омарбеков Т. Қазақстан тарихының XX ғасырдағы өзекті мәселелері. Алматы, «Өнер» баспасы, 2003.

Резюме

Косай М.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия. Шымкент, Казахстан.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ И ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ.

В статье рассматриваются вопросы повышения качества и повышения знаний в области медицины, что каждый гражданин Республики Казахстан имеет право на получение бесплатной медицинской помощи. Подводя итоги, автор отметил, что учителя имеют большое значение в становлении студентов будущими врачами.

Ключевые слова: качество знаний, медицина, будущий врач.

Summary

Kosay M. A.

South Kazakhstan medical Academy. Shymkent, Kazakhstan.

IMPROVING AND IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL EDUCATION MANAGEMENT.

The article discusses the issues of improving the quality and knowledge in the field of medicine that every citizen of the Republic of Kazakhstan has the right to receive free medical care. Summing up, the author noted that teachers are of great importance in the formation of students future doctors.

Key words: quality of knowledge, medicine, future doctor.

MRNTI 16.21.21

Khassanova U.A.

South Kazakhstan medical Academy. Shymkent, Kazakhstan.

HUMANITARIAN ASPECTS IN TEACHING OF MEDICAL STUDENTS

Summary

The modern world is experiencing a period of globalization - the era of comprehensive unification of humanity in the space of information and communications. The improvement of higher education should be carried out within the framework of integration projects and international integration of higher education.

Key words: professional education, medical education system, teacher to tutor position.

The introduction of the state educational standard of higher professional education had a significant impact on the educational process - the requirements for the results of mastering basic educational programs (BEP) in the competence approach there was changed students' individual work and the role of the teacher from the position of teacher to tutor position. The main goal of the development of the medical education system is a new educational standard which is the preparing a specialist for individual medical practice of the material and technical equipment of health care. The basic criterion for assessment the quality of medical education is professional competence as «the integral characteristic of a specialist, which determines his ability to solve professional problems and typical professional tasks which arising in real situations of professional activity with using his knowledge and life experience, values and inclinations».

Humanitarian disciplines represent the whole system of the sciences devoted to the person and his environment and also the internal nature. From school it is important to give to the pupil knowledge of how it is important to be a part of this world, this society in which he lives. Teaching humanitarian disciplines in higher education institutions – to the people passing into adulthood and facing at the crossroads a wide choice of lifework is considered especially important. Psychology, philosophy, sociology, history, the standard of speech – the best and important friends to the student in his decisions. These disciplines are marked out not casually, they are intended not only for "expansion of an outlook".

The modern world endures the globalization period — an era of comprehensive association of mankind in uniform space of information and communications. Therefore, improvement of the higher education needs to be carried out within integration projects and it is, first of all, about the international integration of the higher education. Owing to these reasons, education from category of national priorities turns into category of world priorities.

The main purpose of development of a system of medical education in the light of introduction of the new educational standard is formation of the expert ready to independent medical practice in the conditions of the modern level of material equipment of health care.

The professional competence as "integrated characteristic of the expert which defines his ability to solve the professional problems and typical professional problems arising in real situations of professional activity with use of knowledge and life experience, values and bents" acts as basic criterion for evaluation of quality of medical education in this case.

One of the main directions of development of modern world pedagogical science in general is formation of a humanitarian paradigm. The humanitarian aspect of medical education reflects a paradigm of humanitarian problems of professional activity of the doctor - it is also problems of relationship with patients, members of their families and colleagues, and questions of the medical right, a problem of complete approach in prevention and treatment of diseases, aspects of influence of discoveries on safety and improvement of human health, a problem of exchange of the best professional experience, etc.

It should be noted that humanitarian training of the physician has to differ from humanitarian training of the expert of other profile. In the light of teaching humanitarian disciplines to foreign students for the teacher of medical school as intermediary in the course of the student's inculturation the major are such categories as language, culture, family and ethnic origin.

Into the forefront, along with professional thinking, demands to humanistic professional consciousness and the identity of the expert as to the person taking a special position — a position of relief action, personal responsibility and participation in the fate of the patient are made. For this reason the system of medical education included disciplines which subject is the person and society — such as philosophy, cultural science, bioethics, etc. For example, the student foreigner can illustrate the importance of philosophy for future doctor with one of examples: the doctor has to realize that in the course of granting a true information to the patient an important role is played by such problems as understanding by the patient of the obtained information, his competence and achievement of consent concerning treatment. Process of the choice of the person is influenced by many factors among which the prevalence at the individual of rational or mythological type of thinking is defining. Patients with rational type of thinking adequately perceive information on a condition of the health, understand all measure of responsibility and try to achieve positive results in the course of "therapeutic cooperation" with the attending physician. Patients with the prevailing mythological type of thinking ignore common sense and treatment methods checked by medicine. That is we come to conclusion that the doctor of features of philosophical attitude of the patient depends on knowledge both methods, and result of the treatment elected by the doctor.

Oblivion moral components of medicine threatens society with thoughtless and uncontrolled introduction in practice of new technologies which use is connected with uncertainty of consequences and danger of impact on life of the specific individual and all society. Humanitarization of the higher medical education sets as the purpose formation is moral also spiritually developed person — future expert, regardless of his national and cultural identity, ready and capable to harmoniously combine education, professionalism, spirituality, moral good breeding; it is the process directed to assimilation by the identity of humanitarian knowledge, humanitarian culture, humanitarian potential of medicine. The introduction of the state educational standard of higher professional education had a significant impact on the educational process - the requirements for the results of mastering basic educational programs (BEP) in the competence approach there was changed students' individual work and the role of the teacher from the position of teacher to tutor position. The main goal of the development of the medical education system is a new educational standard which is the preparing a specialist for individual medical practice of the material and technical equipment of health care. The basic criterion for assessment the quality of medical education is professional competence as «the integral characteristic of a specialist, which determines his ability to solve professional problems and typical professional tasks which arising in real situations of professional activity with using his knowledge and life experience, values and inclinations».

The humanitarian aspect of medical education reflects the paradigm of humanitarian problems of a doctor's professional activity - the problems are the relationships with patients, with their families and colleagues, issues of medical law, problems of a holistic approach to the prevention and treatment of diseases, aspects of the impact of scientific discoveries on safety and improvement of human health, problems of sharing best professional experience, etc.

Teaching of humanities to students of a medical university, such categories as language, culture, family and ethnic origin become most important for teachers. Along with professional thinking you can see demands on the humanistic professional consciousness and personality of a specialist as a person who occupies a special position - the position as assistance personal responsibility and participation in the life of the patient. That is why the medical education system includes disciplines that focus on people and society — such as philosophy, cultural studies, bioethics, etc. For example, a foreign student can illustrate the importance of philosophy for a future doctor. Doctor must understand the competence and the importance of patients` consciousness.

In conclusion, I would like to note that the medical specialty is formed on the basis of moral principles, has moral meaning and is filled with moral meaning. Oblivion of the moral component of medicine society with the thoughtless and uncontrolled introduction of new technologies into practice, the use it to the danger of the life of a particular individual and the whole society. Humanitarization of higher medical education aims at the formation of a morally and spiritually developed person - a future specialist, regardless of his national and cultural affiliation and able to harmoniously combine education, professionalism, spirituality, moral education. This process is aimed to assimilation humanitarian knowledge, humanitarian culture, and the humanitarian potential of medicine.

Bibliography

1. Агеева Н.А. Этический аспект проблемы взаимоотношения врача и пациента // Гуманитарные и социальные науки. — 2012.-№ 5.- С.131-139.
2. Агеева Н.А. Эффективность терапевтического сотрудничества врача и пациента в контексте рационального и мифологического мышления // Гуманитарные и социальные науки.- 2013.-№ 5.- С. 75.
3. Микиртичан Г.Л. Гуманитарная составляющая высшего медицинского образования//интернет публикация [Электронный ресурс]-Режим доступа. -URL:<http://www.zdrav.ru/library/publications> (дата обращения 20.01.2014).
4. Шаповал Г.Н. О понятии «профессиональная компетентность» в современной педагогической науке//Успехи современного естествознания.- 2011. - № 8.- С. 201-202.
5. Шаповал Г.Н., Камалова О.Н. Оптимизация обучения иностранных студентов медицинских вузов в условиях культурной адаптации в рамках ФГОС 3 поколения//Социальные и гуманитарные науки-2013.-№ 4.-С.216-226.
6. Шаповал Г.Н. Соотношение компетентного подхода и качества образования в процессе инкультурации иностранных студентов. //Современные научные исследования.-2012.-№ 4 (1).-С. 21.
7. Шаповал Г.Н. Соотношение компетентного подхода и качества образования в процессе инкультурации иностранных студентов. //Экономические и гуманитарные исследования регионов-2010-№ 2.-С.106-117

Резюме

Хасанова У.А.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Шымкент, Казахстан.

ГУМАНИТАРНЫЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

В этой статье рассматриваются проблемы обучения студентов медицинских вузов гуманитарным дисциплинам, что является важным аспектом формирования нравственно и духовно развитого человека — будущего специалиста, вне зависимости от его национальной и культурной принадлежности.

Ключевые слова: профессиональное образование, система медицинского образования, должность педагог-репетитор.

Түйін

Хасанова У.А.

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан.

МЕДИЦИНА СТУДЕНТТЕРІН ОҚЫТУДАҒЫ ГУМАНИТАРЛЫҚ АСПЕКТІЛЕР

Бұл мақалада медициналық жоғары оқу орындарындағы гуманитарлық пәндерді оқытудағы студенттердің болашақ маман ретінде оның ұлттық және мәдени ерекшеліктерінен тыс бойында рухани адамгершілік қасиеттерді қалыптастыру маңыздылығы қарастырылған.

Кілт сөздер: кәсіби білім беру, медициналық білім беру жүйесі, лауазым педагог-репетитор.

Иванова М.Б

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАТЕГОРИРОВАННЫХ ДАННЫХ

Южно-Казахстанская медицинская академия. Шымкент, Казахстан.

Резюме

В данной статье наглядно показано, как проводить статистический анализ категорированных медицинских данных, оценивать значимость их различия с помощью программы STATISTICA 10 и интерпретировать полученные результаты.

Ключевые слова: категорированные данные, статистический анализ, значимость различия, STATISTICA

Значительное число признаков, описывающих объекты медицинских исследований, являются качественными, их невозможно измерить числом. Например, категория тяжести состояния (легкая, средняя, тяжелая, крайне тяжелая степень), пол, исход лечения (выжил, умер) и т.д. Эти признаки не связаны между собой никакими арифметическими соотношениями, упорядочить их также нельзя. При анализе качественных признаков изучается распространенность признаков, частота встречаемости признаков в различных выборках, оценивается взаимосвязь частоты встречаемости одного признака с частотой встречаемости другого признака. Данные о частотах наблюдения изучаемого признака и уровнях неколичественных переменных получили название категорированных.

Уровень проведения статистического анализа категорированных данных среди отечественных специалистов области медицины и здравоохранения традиционно является не достаточно высоким, сложность также представляет интерпретация результатов, полученных в результате применения специального программного обеспечения, поэтому рассмотрение данного вопроса видится авторам весьма актуальным.

Цель исследования. Проведение статистического анализа категорированных данных с помощью ППП STATISTICA 10, интерпретация результатов.

Материалы и методы. В хирургической клинике были сформированы данные о количестве наблюдений и случаев летальности для четырех форм острых гнойных деструкций легких (таблица 1)[1]. Всего произведено 199 наблюдений. С помощью χ^2 – критерия Пирсона, реализованного путем использования ППП STATISTICA 10, требуется оценить значимость различия между группами по числу случаев летальных исходов.

Таблица 1.

Номер группы	Форма заболевания	Число случаев		Число больных
		летальных исходов	выздоровления	
1	Гнойный абсцесс	4	136	140
2	Гангренозный абсцесс	11	37	48
3	Гангрена доли	3	5	8
4	Тотальная гангрена	3	0	3

Результаты и обсуждения. Задача решается в два этапа. На первом этапе строится таблица сопряженности, а затем производится анализ этой таблицы на предмет проверки гипотезы о случайности распределения частот в таблице сопряженности. Первый этап. Вводятся исходные данные (рисунок 1). Выбирается модуль «Основные статистики и таблицы» (Basicstatisticsandtables), подмодуль «Таблицы и заголовки» (TablesandBanners). Активизируется процедура «Задать таблицы» (Specifytables). Указываются признаки. В результате получается таблица сопряженности (рисунок 2), аналогичная таблице 1.

Второй этап. В диалоговом окне «Результаты кросстабуляции» (Crosstabulation tables results) отмечается процедура «Пирсон и МП хи-квадрат» (Pearson and ML Chi-square), также отмечается опция «Ожидаемые частоты» (Expected frequencies). Результаты выводятся в три отдельных окна: - окно таблицы наблюдаемых частот (то же, что и на рисунке 2);- окно таблицы ожидаемых частот (рисунок 3);- окно результатов применения χ^2 в двух модификациях - метод Пирсона и метод максимального правдоподобия (рисунок 4).

	1 Форма заболевания	2 Исход
1	гнойный абсцесс	летальный исход
2	гнойный абсцесс	летальный исход
3	гнойный абсцесс	летальный исход
4	гнойный абсцесс	летальный исход
5	гнойный абсцесс	выздоровление
6	гнойный абсцесс	выздоровление
7	гнойный абсцесс	выздоровление
8	гнойный абсцесс	выздоровление

Рисунок 1. Фрагмент таблицы с исходными данными

Форма заболевания	Исход		Row Totals
	летальный исход	выздоровление	
гнойный абсцесс	4	136	140
гангренозный абсцесс	11	37	48
гангрена доли	3	5	8
тотальная гангрена	3	0	3
All Grps	21	178	199

Рисунок 2. Таблица сопряженности

Форма заболевания	Исход		Row Totals
	летальный исход	выздоровление	
гнойный абсцесс	14,77387	125,2261	140,0000
гангренозный абсцесс	5,06533	42,9347	48,0000
гангрена доли	0,84422	7,1558	8,0000
тотальная гангрена	0,31658	2,6834	3,0000
Totals	21,00000	178,0000	199,0000

Рисунок 3. Таблица ожидаемых частот, выводимая при анализе таблиц сопряженности

Statistics: Форма заболевания(4) x Исход(2) (Spreadsheet1)			
Statistic	Chi-square	df	p
Pearson Chi-square	48,14031	df=3	p=,00000
M-L Chi-square	35,56435	df=3	p=,00000

Рисунок 4. Окно результатов проверки статистических гипотез в процедуре «Таблицы и заголовки»

Интерпретация результатов проводится в два этапа. Сначала анализируется таблица ожидаемых частот (рисунок 3). Считается, что если во всех ячейках этой таблицы частоты не меньше 5, то в дальнейшем можно с достаточной степенью уверенности интерпретировать результаты критерия χ^2 . В полученной таблице в трех ячейках значения меньше 5, из этого можно сделать вывод, что результаты критерия χ^2 будут носить лишь приблизительный характер и нуждаются в уточнении.

На втором этапе интерпретируются результаты применения критерия χ^2 (рисунок 4). Значение $p < 0,05$ значит нулевая гипотеза об отсутствии различий между группами отклоняется.

Выводы. Различие числа летальных исходов для различных групп больных следует считать значимым ($p < 0,05$). Однако, сделанный вывод имеет слишком общий характер. Отсюда следует, что оценка значимости различия групп по χ^2 может быть только предварительной и нуждается в уточнении.

Список литературы

- Вестник хирургии имени И.И. Грекова: научно-практический журнал №1 – СПб.: Эскулап. – 1986.
 Жижин К.С. Медицинская статистика: Учебное пособие / Ростов н/д: Феникс, 2012. - 160 с.
 Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы. - М.: Издательство РАМН, 2013. - 52 с.
 Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах/ Под ред. Ю.М. Комарова. Т. 1. Теоретическая статистика. - М.: Медицина, 2010. - 412 с.
 Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение ППП STATISTICA. - М.: Медиасфера, 2012. - 312с.
 Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник - М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. - 512 с.

Түйін

СТАТИСТИКАЛЫҚ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ ҮЛГІСІ САНАТТАЛҒАН ДЕРЕКТЕР

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент, Қазақстан.

Бұл мақалада санатталған медициналық деректерге статистикалық талдау қалай жүргізу, STATISTICA 10 бағдарламасын қолдана отырып, олардың айырмашылықтарының маңыздылығын бағалау және нәтижелерді түсіну әдісі көрсетілген.

Кілт сөздер: санатталғандеректер, статистикалықталдау, айырмашылықтардыңмаңызы, STATISTICA

Summary

СТАТИСТИКАЛЫҚ ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ ҮЛГІСІ САНАТТАЛҒАН ДЕРЕКТЕР

This article shows how to carry out a statistical analysis of categorized medical data, evaluate the significance of their differences using the STATISTICA 10 program, and interpret the results.

Keywords: categorized data, statistical analysis, significance of differences, STATISTICA

ӘОЖ 577:378.147

Орманова Г.К.

Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, Шымкент, Қазақстан.

БИОФИЗИКА ПӘНІН ОҚЫТУ ҮДЕРІСІНДЕ АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ

Резюме

В данной статье рассматриваются эффективность методов использования информационных технологии в процессе обучения биофизики в медицинских вузах. Излагаются возможности и особенности применения презентации и электронного учебника изготовленные авторами по биофизике.

Summary

This article uses effective methods of using information technology in the process of teaching biophysics in medicine. The possibilities and features of the use of presentations and electronic textbooks made by the authors in biophysics are described.

Елімізде білім беру жүйесінде ерекше маңызды мәселелердің бірі – білім беруді ақпараттандыру, яғни оқу үдерісінде электронды оқыту құралдарын пайдалану. Қазіргі таңда елімізде білім беру жүйесінде жаңашылдық қатарына ақпараттық кеңістікті құру енгізілді. Ақпараттандыру жағдайында білім алушылар меңгеруге тиісті білім, білік, дағдының көлемі күннен күнге артып, мазмұны өзгеріп отыр. Ақпараттық оқыту - таныстыратын теориялық материал, алатын білімнің көрсеткішіне қарай біліммен жаттықтыруды қамтамасыз ететін, оқу үдерісін үзіліссіз дидактикалық материалдармен қамтамасыздандыратын, сонымен қатар ақпараттық іздеу, математикалық және компьютерлік визуалдаумен имитациялық модельдеу интерактивті кері байланыстармен шарт бойынша функцияларды үйренуге арналған бағдарламалық кешендік жүйе. Электрондық оқыту барлық негізгі функцияларды, теориялық материалдарды көрсету, бірінші білімді алып қабылдауды көрсету, өзіндік білім алудың жаттығулары мен бақылау көрсеткіштерін қамтамасыз етеді. Оқу үдерісін жаңаша түрде орындау үшін компьютермен диалогтық қатынасты дұрыс орынға қою керек. Мультимедианың әдістемелік күші студентті дыбыспен, көрермендік бейнемен тез қызықтырып, білімді қабылдауға және көңіл күйіне де көмек береді.

Е.Ы. Бидайбеков, С.Г. Григорьев және В.В. Гриншкун ұсынған білім беру электрондық ресурстарын тек білім саласында ғана емес, барлық салада қолданылатын электрондық ресурстардың жалпы түсінігі арқылы екі кезеңмен анықтаудың тәсілдері бар. Бұл жағдайда электрондық ресурстар ретінде графикалық, мәтіндік, сандық, сөйлеу, музыкалық, видео-, фото- және басқа да ақпараттардың жиынтығы деп қарастыру ұсынылған. Бір электрондық ресурста ақпараттық немесе ақпаратты-анықтамалық көздер, ақпаратты құру және өңдеу құралдары, басқару құрылымдары бөліп көрсетілуі мүмкін. Электрондық ресурс кез-келген электрондық тасымалдағышта орындалуы мүмкін, сонымен бірге электрондық компьютерлік жүйеде жариялануы мүмкін.

Білім беру электрондық ресурсы жоғарыда айтылған электрондық ресурстың білім беру саласында қолданылуының нақты бір шартына негізделеді. Негізінен, білім беру электрондық ресурсы білімнің ғылыми-практикалық саласына сәйкес жүйелендірілген материалдардан тұруы керек, білім алушының білімді игеруінің шығармашылық және белсенділік қасиеттерін, білім саласындағы іскерлігі мен дағдылығын қамтамасыз етуі керек. Жоғары оқу орындарында қолданылатын білім беру электрондық ресурстары қолданылуының жоғары деңгейімен және көркемдік безендірілуімен, ақпараттардың толықтығымен, әдістемелік нұсқаулардың сапалылығымен, техникалық орындалуының сапалылығымен, көрнекілігімен, баяндаудың қысқындылығы мен жүйелілігімен ерекшеленуі тиіс [1].

Биофизика — тірі организмдерде жүретін физикалық және физикалық-химиялық процестерді, сондай-ақ, биологиялық жүйелердің ультрақұрылымын зерттейтін ғылым. Физика, химия, математика ғылымдарының идеясы, теориялық негіздері мен биологиялық әдістердің ұштасуы биофизиканың дамуына зор мүмкіндік туғызды. Биофизика биологиялық мембраналар мен миофибриллалар сияқты субжасушалар құрылымдары, ақуыздар молекулалары мен нуклеинқышқылдарын макромолекулалық деңгейде зерттейді.

Биофизикалық үдерістер мен құбылыстарды модельдеу оқу процесін дамыту мен жетілдірудің болашағы болып табылады, әсіресе медицина саласында оқитын білім алушылардың кәсіби құзіреттілігін арттыруда, зерттеу жұмыстарында дамытудағы ролі ерекше. Биофизикалық эксперименттерді жүргіздеу электрондық оқыту құралдарын пайдалану арқылы білімнің сапасын арттыру, білім беру үрдісін модернизациялаудың тиімді тәсілдері пайдаланылуда және одан әрі жетілдірілуде [2]. Ақпараттық оқыту технологияларын пайдаланудың құралы – компьютерлік технология болып отыр. Оқытудың жаңа компьютерлік технологияларының жоғары оқу орындарында оқу үрдісіне кеңінен енуі студенттердің өзіндік және шығармашылық белсенділігін дамытады және өзіндік жұмыстарларын орындауға баулиды. Осы компьютерлік технологияларды пайдаланып биофизика пәнін оқытудың ең тиімді құралы презентациялар технологиясы және электрондық оқулық болып отыр. Ең алдымен презентациялар технологиясына тоқталып кетейік.

Презентациялар технологиясы біріншіден студенттерге жаңа материалды көрнекті түрде ұсыну құралы болса, екіншіден оқытушыларға осы материалдарды дайындау және оны қолдану үдерісін жеңілдетеді. Презентациялар технологиясын пайдалану білім алушылардың сол пәнді оқуға деген ынталылығын арттырып, сабақтың қызықты өтуін қамтамасыз ете отырып, оған дайындалу мерзімін қысқартады, яғни жаңа тақырып бойынша нақты және қысқаша ақпарат алуға көмектеседі. Ең бастысы – оқытушыларды жаңа компьютерлік технологияларды пайдалануды әдетке айналдыруға дағдыландырады [3]. Болашақ дәрігер мамандардың ақпараттық құзырлығы мен ақпараттық білім деңгейін қалыптастыру қазіргі таңда үздіксіз педагогикалық білім беру жүйесіндегі оқытушылардың жұмысының нәтижесі болуы қажет. Биофизика сабақтарында электрондық оқыту технологияларын пайдаланудың тиімділігі: білім алушының өз бетімен жұмысы және өз бетімен әрекеттенуге мақсат қою; аз уақытта нақты білім алып, уақытты үнемдеу; білімін, біліктілігін, дағдыларын тест тапсырмалары арқылы тексеру; биофизикалық құбылыстарды тәжірибе арқылы жүзеге асыру; қашықтықтан білім алу мүмкіндігінің туындауы; презентация арқылы қажетті ақпаратты жедел түрде алу мүмкіндігі; әр түрлі тәжірибе нәтижелерін жасау арқылы үлгерімді тексеру; студенттің жұмыс өнімділігін арттыру, ой-өрісін дамыту; білім алушылардың білім деңгейін алдын-ала бағалау; кері байланыс негізінде түзету әрекеттерін жүргізу. Оқытушы сабағында электрондық оқыту құралдарын пайдалану арқылы оның тиімділігін жүйелі түрде

көрсете біледі.Электрондық оқыту құралдарынбиофизика сабағында пайдалану оқытудың ең тиімді әдістерінің бірідеп ойлаймыз. Бұл биофизика пәні медицинаның бір саласы болыптабылады.

Медициналық биофизика – биология ғылымының дамып кележатқан іргелі саласының бірі, оның негізін білу дәрігер үшін асақажет. Медицина ғылымының бұл саласы – физика, математика,химия және биология сияқты іргелі ғылымдар саласына жатады.Оның әр құбылыстары логикалық жүйемен экспериментнәтижесіне сүйеніп дәлелдеуі, әр үрдістің сандық және сапалыкмөлшерін анықтауы, математикалық талдау әдістерін қолдануы,математикалық модельдеу әдістері, зерттеу мақсатында күрделіәдістер мен аппараттарды қолдануы оны физика, химия,математика және биология ғылымдарымен жақындастырады.Биофизиканың басқа ғылымдармен осындай тығыз байланысы оныіргелі ғылымдар қатарына қосады.Медициналық биофизика пәні адам ағзасында өтетінфизикалық, химиялық және биологиялық процестерді зерттеп,ауруды емдеуде және диагностикада қолдану жолдарынанықтайтын медицина мен биология ғылымдарының бір саласы[4].Биофизика күрделі жүйелерде өтетін (мысалы, ағзада) түрлішефизикалық құбылыстарды, жеке ағзаларды, тіндерді, жасушалардымодельдеу – оқытушыға сабақта биофизикалық ұғымдардыңмағынасын тереңірек ашуға, студенттерді биофизиканыңқазіргі эксперименттік базасымен таныстыруға, биофизикалыққұбылыстармен зерттеу әдістерін толық түсіндіруге мүмкіндікбереді.Соңғыжылдары заман ағымына сайкүнделікті сабаққа компьютер, электрондық оқулық, интерактивтітақта қолдану айтарлықтай нәтиже беруде. Білім берудің кез келген саласында «Электрондық оқулықтарды» пайдаланубілімалушылардың танымдық белсенділіктерін арттырып қанақоймай, логикалық ойлау жүйесін қалыптастыруға,шығармашылықпен жұмыс жасауына жағдай жасайды. Текоқытушының айтқандарын немесе оқулықты пайдалану қазіргізаман талабын қанағаттандырмайды. Сондықтан қазіргіақпараттандыру қоғамында электрондық оқулықтарды пайдаланбайалға жылжу мүмкін емес. Электрондық оқулықтың тиімділігі зор.Электрондық оқу құралы – бұл оқу курсының ең маңыздыбөлімдері, сонымен бірге есептер жинағы, анықтамалар,энциклопедиялар, карталар, атластар, оқу эксперименттерін жүргізунұсқаулары, ғылыми жобаларға нұсқаулар және т.б.

Оқытушы үшін электрондық оқулық – бұл күнбе – күндамытылып отыратын ашық түрдегі әдістемелік жүйе, оны әрбірқытушы өз педагогикалық тәжірибесіндегі материалдарментолықтыра отырып, әрі қарай жетілдіре алады. Электрондықоқу құралдары арқылы үй тапсырмасын, жаңа сабақты түсіндіріп, тест тапсырмаларын орындап қана қоймай зертханалық жұмыстарды орындауға болады. Виртуалды зертханалық жұмыстар – компьютерлік 3D имитациялық тренажерлары болып табылады. Олар студенттердің кәсіби қабілеттерін және ішкі түйсіктерін қалыптастыру мен жетілдіруге, шығармашылық қабілеттерін дамытуға мүмкіндік береді. Виртуалды зертханалық жұмыстар – бұл түрлі құрал-жабдықтар мен қондырғылар қолданылатын шынайы зертханалық жұмыстардың (тәжірибелердің) аналогы болып табылады, алайда виртуалды зертханалық жұмыстардың шынайы зертханалық жұмыстардан басты айырмашылығы бұл олардың компьютерде орындалуы. Виртуалды (компьютерлік) зертханалық жұмыстардың артықшылығы:- Оқу орны ауданы мен қаржы шығындарының үнемділігі;- Зертханалық жұмыстарды әрбір оқушының жеке-жеке орындау мүмкіндігі;- Оқытылатын жабдықтармен қауіпті және апаттық режимдерде жұмыс жасау мүмкіндігі;- Тәжірибе шарттарын өзгертудің мүмкіндігі;- Пайдалану шығындарының болмауы [5].

Ғалымдардың зерттеулері бойынша: «Адамдар көрген ақпараттарының 20%-ын, көріп-естіген ақпараттарының 40%-ын және көріп, естіген және жасаған нәрселерінің 70%-ын есте сақтайды». Есте сақтаудың пайыздық үлесі:- мәтін оқыған кезде - 10-30%; сызба мен кестелерде көзбен көрген кезде - 20-40%; көріп-естіген кезде (мультимедиа)-30-50%;- айтып-жазған кезде(интерактив)- 50-75%; көріп-жасаған кезде (модельдеу, тренажерлар) - 65-95%. Осыған орай, виртуалды шынайылықты қалыптастыру технологиясының көмегімен білім берудің тиімділігін арттыруға болады деген қорытынды жасауға болады, өйткені бұл жағдайда адамның бірнеше қабылдау каналдары (көру,есту, кинесика) қамтылады.ОҚМА-ның «Медициналық биофизика және ақпараттық технологиялар» кафедрасының профессор оқытушы құрамы биофизика пәні бойынша виртуалдық зертханалық жұмыстарды орындауға арналған электрондық оқулық жасап, оны биофизиканы оқыту үдерісінде қолданып жүрміз. Бұл оқулықта мынадай сегіз виртуалды жұмыстар қамтылған: ЭКГ тіркеудің негізгі тәсілдері, биологиялық сұйықтардың тұтқырлық коэффициентін анықтау, фотоэлектрлік фотометр көмегімен ерітінділердің концентрациясын анықтау, линзалардың оптикалық күші және фокус аралығын анықтау, поляриметр арқылы оптикалық белсенді заттардың коонцентрациясын анықтау, жоғары жиілікті электромагниттік өрістің диэлектрикке және электролитке тигізетін әсерін зерттеу, электрофорез құрылғысының жұмыс істеу әдісі. Бұл виртуалды зертханалық жұмыстарды орындау барысында студенттердің пәнге деген қызығушылықтарының, өздерінің болашақ мамандықтарына қызығушылық-тары-ның артқандығын, сонымен қатар кәсіби танымдық белсенділіктерінің арта түскенін байқауға болады. Ақпараттық оқыту құралдарын оқыту үдерісінде қолданудың тиімділігін арттыру үшін мынадай педагогикалық шарттар орындалуы тиіс деп есептейміз: оқу орындарын қазіргі заманға сай жаңа ақпараттық құрал жабдықтармен жабдықтау;интерактивті тақталар мен мультимедиялық кабинеттермен қамсыздандыру;арнаулы пәндер бойынша электрондық оқулықтарменқамтамасыз ету;оқытудың жаңа ақпараттық технологияларын пайдаланубойынша білім жетілдіру курстарын жиі ұйымдастыру. Білім беру жүйесінде электрондық оқыту ресурстарыноқу – тәрбие үдерісіне пайдалану білім алушының өз мамандығына қызығушылығы мен мамандықсапасын арттырып, танымдық белсенділігін арттырып, ғылымикөзқарасын қалыптастырып, еңбек нарығындағы бәсекеге қабілеттімамандар даярлауда қоғамның даму жолдарын анықтайтыны сөзсіз.

Әдебиеттер

- 1.Бөрібекова Ф. Электрондық оқытудың мәні мен маңызы/ Ф. Бөрібекова, Н. Жанатбекова // Қазақстан мектебі – 2009ж, №8, 116.
- 2.Б.Көшенов. Медициналық биофизика. Оқулық. – Алматы: Қарасай, 2010
3. Ormanova G., K., Berkimbaev K., M., Kurbanbekov B., A. & Ramankulov, Formation Of Creative Thinking Of Students On Physics By Means Of Electronic Resources. AWER Procedia Information Technology & Computer Science. 2013, 04, pp 570-575
4. Құдабаев Қ.Ж. Медициналық биофизика. Оқулық.– Алматы: Эверо, 2014
- 5.Орманова Г.К., Беркімбаев К.М. Использование компьютерных моделей в процессе обучение студентов физике: Москва, 2012 «Вестник Российского университета дружбы народов» №3, Стр 88-92

Иванова М.Б., Абдримова З.М.

Южно-Казахстанская медицинская академия. Шымкент, Казахстан.

ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ И ОЦЕНКИ ЗНАЧИМОСТИ ИХ РАЗЛИЧИЯ

Резюме

В данной статье наглядно продемонстрировано, как проводить первичную статистическую обработку количественных данных, представлять их визуально, а также оценивать значимость их различия с помощью программы STATISTICA 10 и интерпретировать полученные результаты.

Ключевые слова: медицинские данные, первичная статистическая обработка, значимость различия, STATISTICA.

В последние десятилетия медицина и биология вступили в новую фазу своего развития. Накопление огромных массивов количественных данных, нуждающихся в обработке и анализе, усилило математизацию и компьютеризацию этих фундаментальных наук. Статистическая обработка медико-биологических данных, полученных как в эксперименте, так и путем ежедневного учета является важным этапом статистического исследования и необходима для проверки степени достоверности результатов, правильного их обобщения и выявления закономерностей различных процессов.

Первичная статистическая обработка нацелена на упорядочивание информации об объекте и предмете изучения. На этой стадии «сырые» сведения группируются по тем или иным критериям, заносятся в сводные таблицы. Первично обработанные данные, представленные в удобной форме, дают исследователю в первом приближении понятие о характере всей совокупности данных в целом, именно поэтому очень важно уметь грамотно проводить первичную статистическую обработку данных.

Цель исследования. Проведение первичной статистической обработки количественных данных и оценка значимости их различия с помощью ППП STATISTICA 10.

Материалы и методы. Исследовалась динамика нарушения ритма по типу желудочковой экстрасистолии у больных острым инфарктом миокарда при их комплексном лечении в условиях клиники. Для выявления нарушений ритма наблюдался показатель – количество экстрасистол (1/ч) с помощью ритмокардиоскопа РКС-02: - в контрольной группе (X1) наблюдалось 15 больных ишемической болезнью сердца (ИБС);- в опытной группе – 10 больных острым инфарктом миокарда на 1 (X2), 3 (X3) и 9-й (X4) день от начала развития острого инфаркта миокарда (рисунок 1)

	1 X1	2 X2	3 X3	4 X4
1	2	28	15	5
2	5	35	13	3
3	3	40	19	8
4	0	25	5	3
5	1	33	18	7
6	5	42	18	8
7	3	19	5	4
8	2	21	10	5
9	8	28	16	2
10	1	31	15	2
11	0			
12	6			
13	4			
14	2			
15	7			

Рисунок 1. Исходные данные, количество экстрасистол в группах X (1/ч)

В процессе первичной статистической обработки данных определяются числовые характеристики для каждой из рассматриваемых групп. Оценка значимости различий показателя в независимых и зависимых выборках производится с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждения. Числовые характеристики показателя X (1/ч) для четырех групп приведены на рисунке 2, графическое представление - на рисунке 3.

Variable	Valid N	Mean	Median	Mode	Frequency of Mode	Minimum	Maximum	Variance	Std.Dev.	Skewness	Kurtosis
X1	15	3,27	3,00	2,000000	3	0	8	6,21	2,49	0,48	-0,75
X2	10	30,20	29,50	28,000000	2	19	42	57,07	7,55	0,12	-0,80
X3	10	13,40	15,00	Multiple	2	5	19	26,49	5,15	-0,84	-0,60
X4	10	4,70	4,50	Multiple	2	2	8	5,34	2,31	0,39	-1,37

Рисунок 2. Числовые характеристики переменных

Из данных, представленных на рисунке 2, следует, что желудочковая экстрасистолия является патогномичным признаком ишемической болезни сердца и острого инфаркта миокарда.

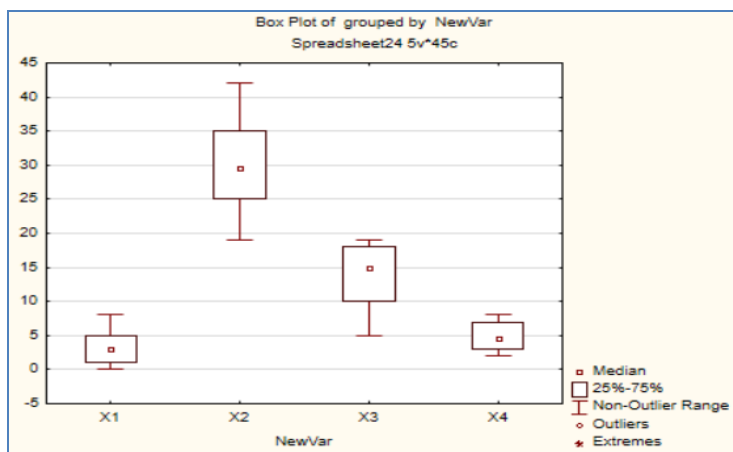


Рисунок 3. Графическое представление данных, график «ящик с усами»

Среднее арифметическое значение числа экстрасистол у больных ишемической болезнью сердца составляет 3,27 в час. Встречаются больные, у которых за период наблюдения экстрасистолы не возникали, в то же время у некоторых больных число экстрасистол в час достигало 8. Размах вариационного ряда составил 8 экстрасистол. С развитием острого инфаркта миокарда среднее число экстрасистол увеличивается до 30,2 в час при минимальном их числе 19, а максимальном 42 в час и с размахом в 23 экстрасистолы. К третьему дню после возникновения инфаркта миокарда под воздействием комплексного лечения в условиях стационара среднее число экстрасистол уменьшилось до 13,4, минимальное их число составляло 5, максимальное 19, а размах 14. К девятому дню у больных этой группы среднее число экстрасистол уменьшилось до 4,7, минимальное их число составляло 2, максимальное 8, а размах 6.

Распределение показателя X во всех группах следует признать близким к нормальному, т.к. имеет место примерно равенство средних значений (среднего арифметического и медианы), примерная симметричность минимальных и максимальных значений относительно среднего значения. Следовательно, для оценки значимости различия показателя в группах можно применить параметрический критерий Стьюдента. Результаты расчетов t-критерия для оценки значимости различий показателя в контрольной и опытной группах – как независимых выборок: X1 и X2, X1 и X3, X1 и X4 приведены на рисунках 4, 5 и 6 соответственно. Для оценки значимости различия показателя в опытной группе – как связанных выборок X2 и X3, X2 и X4, X3 и X4 – на рисунках 7, 8 и 9 соответственно.

T-tests; Grouping: Var1 (Spreadsheet26)											
Group 1: X1											
Group 2: X2											
Variable	Mean X1	Mean X2	t-value	df	p	Valid N X1	Valid N X2	Std.Dev. X1	Std.Dev. X2	F-ratio Variances	p Variances
Var2	3,266667	30,20000	-12,9110	23	0,000000	15	10	2,491892	7,554248	9,190184	0,000337

Рисунок 4. Сравнение средних в выборках X1 и X2

T-tests; Grouping: Var1 (Spreadsheet26)											
Group 1: X1											
Group 2: X3											
Variable	Mean X1	Mean X3	t-value	df	p	Valid N X1	Valid N X3	Std.Dev. X1	Std.Dev. X3	F-ratio Variances	p Variances
Var2	3,266667	13,40000	-6,59975	23	0,000001	15	10	2,491892	5,146736	4,265849	0,015651

Рисунок 5. Сравнение средних в выборках X1 и X3

T-tests; Grouping: Var1 (Spreadsheet26)											
Group 1: X1											
Group 2: X4											
Variable	Mean X1	Mean X4	t-value	df	p	Valid N X1	Valid N X4	Std.Dev. X1	Std.Dev. X4	F-ratio Variances	p Variances
Var2	3,266667	4,700000	-1,44899	23	0,160838	15	10	2,491892	2,311805	1,161865	0,843709

Рисунок 6. Сравнение средних в выборках X1 и X4

Показатель нарушения ритма – количество экстрасистол у больных острым инфарктом миокарда на 1-ый и 3-ий дни от начала его развития значимо увеличен по сравнению с этим показателем у больных ИБС ($p < 0,05$). К 9-му дню при комплексном лечении больных в условиях клиники количество экстрасистол существенно снижается и незначимо отличается от показателя в контрольной группе больных ИБС ($p > 0,05$).

T-test for Dependent Samples (Spreadsheet24)										
Marked differences are significant at $p < ,05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
X2	30,20000	7,554248								
X3	13,40000	5,146736	10	16,80000	4,589844	11,57474	9	0,000001	13,51662	20,08338

Рисунок 7. Сравнение средних в выборках X2 и X3

T-test for Dependent Samples (Spreadsheet24)										
Marked differences are significant at $p < ,05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
X2	30,20000	7,554248								
X4	4,70000	2,311805	10	25,50000	6,570134	12,27343	9	0,000001	20,80001	30,19999

Рисунок 8. Сравнение средних в выборках X2 и X4

T-test for Dependent Samples (Spreadsheet24)										
Marked differences are significant at $p < ,05000$										
Variable	Mean	Std.Dv.	N	Diff.	Std.Dv. Diff.	t	df	p	Confidence -95,000%	Confidence +95,000%
X3	13,40000	5,146736								
X4	4,70000	2,311805	10	8,700000	4,473378	6,150121	9	0,000169	5,499938	11,90006

Рисунок 9. Сравнение средних в выборках X3 и X4

В динамике течения острого инфаркта миокарда при комплексном лечении больных в условиях клиники отмечается значимое уменьшение количества экстрасистол на 3-й и на 9-й дни по сравнению с 1-м и на 9-ый день по сравнению с 3-м днем ($p < 0,05$).

Полученные результаты свидетельствуют об эффективном воздействии комплексного лечения больных в условиях клиники на нарушение ритма при остром инфаркте миокарда.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективном воздействии комплексного лечения больных в условиях клиники на нарушение ритма при остром инфаркте миокарда.

Список литературы

1. Жижин К.С. Медицинская статистика: Учебное пособие / Ростов н/д: Феникс, 2012. - 160 с.
2. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы. - М.: Издательство РАМН, 2013. - 52 с.
3. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах/ Под ред. Ю.М. Комарова. Т. 1. Теоретическая статистика. - М.: Медицина, 2010. - 412 с.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение ППП STATISTICA. - М.: Медиасфера, 2012. - 312с.
5. Халафян А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник-М.:ООО «Бином-Пресс», 2007-512 с.

Түйін

Иванова М. Б., Абдраимова З. М.

САНДЫҚ ДЕРЕКТЕРДІ БАСТАПҚЫ СТАТИСТИКАЛЫҚ ӨНДЕУДІ ЖҮРГІЗУ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЙЫРМАШЫЛЫҚТАРЫНЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ МЫСАЛЫ

Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы. Шымкент, Қазақстан.

Бұл мақалада статистикалық мәліметтердің бастапқы статистикалық өңдеуін қалай жүргізу, сонымен қатар STATISTICA 10 бағдарламалық жасақтамасының көмегімен олардың айырмашылықтарының маңыздылығын бағалау және нәтижелерді түсіну әдісі көрсетілген.

Кілт сөздер: медициналық деректер, бастапқы статистикалық өңдеу, айырмашылықтардың маңызы, STATISTICA

Summary

Ivanova M. B., Abdraimova Z. M.

EXAMPLE OF PRIMARY STATISTICAL PROCESSING OF QUANTITATIVE DATA AND EVALUATION OF THE SIGNIFICANCE OF THEIR DIFFERENCES

South Kazakhstan medical Academy. Shymkent, Kazakhstan.

This article demonstrates how to carry out the initial statistical processing of quantitative data, present them visually, and also assess the significance of their differences using the STATISTICA 10 software and interpret the results.

Key words: medical data, primary statistical processing, significance of differences, STATISTICA

СОДЕРЖАНИЕ Вестник ЮКМА №3, 2019, том ТРЕТИЙ

МОДЕРНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА	
Подсекция: «МОДЕРНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА»	
Сейдахметова А.А., Абдулла Т.Д., Қауызбай Ж.Ә., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д. МЕЙІРГЕР ІСІ МАМАНДАРЫН ДАЙЫНДАУДА ҚҰЗЫРЕТТІЛІКТЕРДІ ЖЕТІЛДІРУ	3
Сейдахметова А.А., Дүйсембаева У. Е., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д., Тайгашева Н.М. ФУНКЦИИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РАЗНЫХ УРОВНЕЙ ОБРАЗОВАНИЯ	7
Қауызбай Ж.Ә., Пашимова И.П., Сейдахметова А.А., Калменов Н.Ж. Идрисов К. С НАУҚАСТАРҒА АРНАЙЫ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ	10
Сүйінбай А.Ә., Сейдахметова А.А., Султанова Ж.С., Серикова Б.Д., Әден Г. ДАҒДАРЫС ОРТАЛЫҒЫНДАҒЫ ТҰРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ - ЗОМБЫЛЫҚТЫҢ ТҮРЛЕРІ	14
Эдилова Р.М., Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Серикова Б.Д., Тайгашева Н.М. ПОСТМЕНОПАУЗАДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ	17
Сейдахметова А.А., Қауызбай Ж.Ә., Калменов Н.Ж., Әден Г., Қылышбеков Қ.Д. АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ И ИХ СЕМЬЯМ	20
Секция: «ГУМАНИТАРНЫЕ ЗНАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКОВ: ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОЛЛАБОРАЦИИ»	
Абдурахманов Н.А., Сүйербаяева Ж.Е. ЖАСТАРДЫҢ ДҮНИЕТАНЫМЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ҚҰРАЛДАРЫ МЕН ЖОЛДАРЫ ТУРАЛЫ	24
Дүйсебаев М.Т., Тұлкиев К.Ж. БАТЫС ЕЛДЕРІНДЕГІ НЕКЕ ҚАТЫНАСТАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУ ТАРИХЫ	26
Утегенов Б.Д., Еркінбекова А.С. XX ҒАСЫРДЫҢ 20 – 30 ЖЫЛДАРЫ ҚАЗАҚ ИНТЕЛЕГЕНЦИЯСЫНЫҢ АҒАРТУ ЖӘНЕ ҰЛТ МҮДДЕСІН ҚОРҒАУДАҒЫ ҚЫЗМЕТТЕРІ ТУРАЛЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР	29
А.А.Беккулова, Ә.Бейсенбекқызы XX ҒАСЫРДЫҢ 70 ЖЫЛДАРЫНДАҒЫ РЕСПУБЛИКАНЫҢ ЖОҒАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫНЫҢ МАТЕРИАЛДЫҚ-ТЕХНИКАЛЫҚ БАЗАСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ	33
О.А. Төребаев, А.А. Бахтибаев БЕҒАЗЫ-ДӘНДІБАЙ МӘДЕНИЕТІ КЕЗЕҢІНІҢ ӨНЕРІ МЕН ИДЕОЛОГИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ	35
Абдраманова Ш.Р., Нигматтуллина Ш.Ш. СЫР БОЙЫНДАҒЫ ОРТАҒАСЫРЛЫҚ ҚАЛАЛАРДЫҢ АРХЕОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕЛУІ ЖӨНІНДЕГІ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР	38
Дарашова З.Б., Абдурахманов Н.А. МЕКТЕПТЕГІ ӨЛКЕТАНУ МҰРАЖАЙЛАРЫНЫҢ ТӨРБИЕЛІК БАҒЫТТАРЫ	41
Nigmatullina Shynar Shaymerdenovna THE 550TH ANNIVERSARY OF THE KAZAKH KHANATE IS THE BASIS OF THE KAZAKH STATENOOD	43
Секция: «ИННОВАЦИОННАЯ И ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА (ХИРУРГИЯ, ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯ, АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ, ОНКОЛОГИЯ И ДР.)»	
Ж.Б.Байбекова, Л.Т. Исаева УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ	46
Ижанов М.Т., Жантеев М.Е., Арыбжанов Д.Т., Мырзахметов Р.Т. БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДТИП ОПУХОЛИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	47
Ижанов М.Т., Арыбжанов Д.Т., Жантеев М.Е. ЗНАЧЕНИЕ ТРЕПАНОБИОПСИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	48
Таубаев Е.Р., Курманкулов И.С. ЖЕДЕЛ ІРІНДІ МАСТОИДИТТІҢ РЕТРОСПЕКТИВТІ ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ (2017-2018 жж)	48

Исаева Л., Байбеков А., Муканова У.А. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	50
О.К. Кулакеев, Н.Ж.Орманов КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ ЛЕГОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА	51
Ижанов М.Т., Жантеев М.Е. РОЛЬ САНИТАРНЫХ ОПЕРАЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПАДАЮЩЕГОСЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ(РРМЖ).	52
Касымханова А.А. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АУТОЛОГИЧНЫХ МЕЛАНОЦИТОВ ПРИ ВИТИЛИГО.	53
Абдурахманов Б.А., Каримов Ю.А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕКСМЕДЕТОМИДИНА ДЛЯ ВНУТРИВЕННЬЕЙ СЕДАЦИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	53
О.К.Кулакеев, М.М.Рысбеков ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА АДЕКВАТНЫХ ВИДОВ ОПЕРАЦИЙ В УЛУЧШЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	54
Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А. ПЛАСТИКА ТРАХЕИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ПРОСВЕТА НА Т-ОБРАЗНОМ ЭНДОПРОТЕЗЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ И ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	55
Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ	56
Абралов Х.К., Бердиев К.Б., Холмуратов А.А., Кобилжонов Б.Х. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ИЗ ПРАВСТОРОННЕЙ БОКОВОЙ ТОРАКОТОМИИ	57
Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Хайбуллина З.Р., Махмудов У.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	58
Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Кабулов Т.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖИРЕНИЯ С МЕТАБОЛИЧЕСКИ НЕЗДОРОВЫМ ФЕНОТИПОМ	59
Абралов Х.К., Холмуратов А.А. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ТАДЛВ С ВЛГ	59
Худайбергенов Ш.Н, Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М., Рихсиев З.Г ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ	60
Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Халмуратова М.К., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М. ПРИМЕНЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМОГО ИМПЛАНТАТА «ГЕПРОЦЕЛ» ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЙ АЭРО- И ГЕМОСТАЗА В ХИРУРГИИ ЛЕГКИХ	61
Арыбжанов Д.Т. Ганцев Ш.Х. СИСТЕМНАЯ РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ И ПЕРКУТАННАЯ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С МЕТАСТАЗАМИ В КОСТИ СКЕЛЕТА	61
Баймаганбетова А. С., Якубова М.Б., Арыбжанов Д.Т., Югай К.В., Мирякипова З.Т., Абдурахманов Б.А. ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМЫ МАТКИ	62
Арыбжанов Д.Т., Сабуров А.Р. РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ РАКА ЖЕЛУДКА	63
Беседин Б.В., Аыбжанов Д.Т. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА (ГЦК)	64
Даткаева Ф.А., Хамзина Р.С., Беседин Б.В., Арыбжанов Д.Т. ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ (ГЦК)	64
Жумагулова А.К., Юн В.В., Арыбжанов Д.Т. ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОЧКИ	65

Рысбеков М.М., Кулакеев О.К., Нурмашев Б.К., Арыбжанов Д.Т., Орманов Н.К., Абдурахманов Б.А., Катбаев С.А., Беседин Б.В. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ АНГИОХИРУРГИЯ И ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОНКОЛОГИЯ (Опыт работы ФНПР ЮКМА)	65
Подсекция: «ПМСП: ГЛАВНЫЙ КООРДИНАТОР СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»	
Г.Н. Досыбаева, Қ.А. Сартаева ДӘРІГЕР ИНТЕРНДЕРДІ “ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ТӘЖІРІБЕ (ЖАНУЯЛЫҚ МЕДИЦИНА)” МАМАНИ СТАНДАРТЫНДАҒЫ БЛІКТІЛІКТІҢ САЛАЛЫҚ ШЕҢБЕРІНЕ САЙ ДАЙЫНДАУДЫҢ ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ (ішкі аурулардың жеке тақырыбы – жөтел симптомының негізінде)	67
Нармухамедова Н.А., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М., Валиева М.Х., Рузиева З.И. ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ПЕН ВОЗ В ПРАКТИКУ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	70
Б.К. Каримсакова, Н.А. Абенова, А.У. Иманбаева TBL (team based learning) ОҚЫТУ ӘДІСІНІҢ НӘТИЖЕЛІЛІГІН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРІБЕСІ	71
Нармухамедова Н.А., Цой Е.С., Шукуров Ш.У., Юлдашев Р.М. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА И ОЖИРЕНИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ИССЛЕДОВАНИЯ «STEPS»	73
Досыбаева Г.Н., Латыева М.Ш., Сметова Р.А. К ВОПРОСУ КОМПЕТЕНЦИЙ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ	74
Секция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»	
Абдразаков Е.Х., Есиркепов А.А. ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ С ВНЕДРЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННОГО МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ НАО КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова	79
Байназарова Н.Т., Бидайбеков С.С. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЁННОГО КАРИЕСА (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)	80
Батыров Т.У., Сағындық Х.Л., Қожақов Б.Б., Жақанов Т.В. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ» (проект)	83
А.М. Еслямғалиева, А.Б.Кульмирзаева РЕТЕНЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	84
Жахбаров А.Г. КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЭКТОПИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОРЕНЬ ЯЗЫКА	87
Б.Б. Қожақов, Х.Л. Сағындық, Т.У. Батыров ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ОССИФИЦИРУЮЩИМ МИОЗИТОМ СОБСТВЕННО-ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ	89
Х.Л. Сағындық, Б.Б. Қожақов, Батыров Т.У. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОБЪЕМНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕЗ НАРУШЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОСТИ КОСТНОЙ ТКАНИ	93
Абдыбекова А.К., Алдашева М.А. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО БИОДЕГРАДИРУЕМОГО МАТЕРИАЛА В ЭНДОДОНТИИ	96
Темуров Ф.Т., Кабулов Д.М., Масадьков Ш.Г. ПЕРЕЛОМЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: АКТУАЛЬНОСТЬ, РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	102
Темуров Ф.Т., Аширбеков Г.К. РАСТИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ УХОДА РОТОВОЙ ПОЛОСТИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА)	105
Темуров Ф.Т., Шораев Б.И., Убайдуллаев А.С. САМАЙ ТӨМЕНГІ ЖАҚ СҮЙЕГІ БУЫНЫНЫҢ АУРУЛАРЫ: КӨКЕЙКЕСТІЛІГІ ЖӘНЕ ОНЫҢ НАҚТАМАСЫ МЕН ТИІМДІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ	107
Темуров Ф.Т., Ерназарова Б.А., Мухамбетова Б.Д. ҮШКІЛ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІНІҢ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ БАРЫСЫНДА ЖАҢАША ТИІМДІ ӘДІСТЕРДІ ҚОЛДАНУ	110

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ Подсекция: «ПРИРОДНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ: ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИЕ И ФИТОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ»	113
А.Т. Абдуллаева АНАТОМИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНЫХ ОРГАНОВ ЭНДЕМИКА <i>ALLIUM TSCHINGANICUM</i> O. FEDTSCH. (AMARYLLIDACEAE), ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ЕСТЕСТВЕННЫХ УСЛОВИЯХ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ (КУМУШКАН)	113
Г.Т. Мурзалиева, М.Ю. Ишмуратова К ОЦЕНКЕ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА ИВОЛИСТНОГО	116
О.А. Абеуова, Г.Т. Мурзалиева РОЛЬ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ СТАНОВЛЕНИИ БУДУЩИХ ФАРМАЦЕВТОВ	119
Г.А.Тулегенова, К.Ш.Уразғалиев, А.Б.Сағинбазарова ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА CASE-STUDY В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ ФАРМАКОГНОЗИЯ" У СТУДЕНТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	121
Саякова Г.М ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ ПЕДМЕТОВ «ФАРМАКОГНОЗИИ И БОТАНИКА» В НАО «НАЦИОНАЛЬНЫ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ» ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА	123
Б.П. Жүсіп, Г.М. Саякова, Ш. Нөкербек МАКРО -, МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ АНАЛИЗЫ ЛРС - ПОЛЫНИ СКАЛЬНОЙ (<i>Artemisia rupestris</i> L.), ПРОИЗРАСТАЮЩИХ В КАЗАХСТАНЕ	124
У.А. Ахатаева, Р.А. Омарова, Г.М. Саякова ИЗУЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ФИТОСУБСТАНЦИЙ НА ОСНОВЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ ИСЛАНДСКОГО МХА (<i>CETRARIA ISLANDICA</i> (L.) ACH.)	126
Хайдаров М.Х., Курбанова Л.Б., Дутова Н.А., Каримсаков К.Е., Кучербаев К.Дж. ОБЩИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНИМОСТИ РЕАКЦИИ МЕЙЕРВЕЙНА-ПАНДОРФА-ВЕРЛЕЯ В ХИМИИ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ	130
А.Е. Бухарбаева, Ш.С. Шыназбекова, Х.Б. Алиханова, К.Н. Дауренбеков ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ АЛКАЛОИДОВ В РАСТЕНИИ МЯТЫ АЗИАТСКОЙ	135
Л.А.Дильдабекова, К.М.Серимбетова, Ж.К.Рысымбетова ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ	136
А.М. Джантураева ¹ , Г.А. Туребекова ¹ , К.Н. Дауренбеков ¹ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСТРАКТА <i>PHLOMIS SALICIFOLIA</i>	137
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ Подсекция: «КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»	
М.Б. Иванова, Т.З. Сейсембеков, Ж.А. Кауызбай, А.А. Сейдахметова, Б.Д. Серикова АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И СЕЗОННОЙ ДИНАМИКИ СМЕРТНОСТИ ОТ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НАСЕЛЕНИЯ Г. ШЫМКЕНТА	140
К.Т. Байжанова ЖІТІ КОРОНАЛЫҚ СИНДРОМ КЕЗІНДЕГІ АНТИТРОМБОТИКАЛЫҚ ТЕРАПИЯҒА ДӘЛІЛДІ МЕДИЦИНА ТҮРҒЫСЫНАН КӨЗҚАРАС	144
Б. Айтбайұлы ВАРИКОЦЕЛЕ: ЗИОМИЦИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	147
Ескерова С.У., Рыстигулова Ж.Б., Кубеева З.Е. Байконсова Л.О. ОЦЕНКА ПРОДОВОЛЬСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ	149
Секция: «ГУМАНИТАРНЫЕ ЗНАНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИКОВ: ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОЛЛАБОРАЦИИ»	
Жумагулова Г.К. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КРЕАТИВНОЙ ПЕДАГОГИКИ	152

N.K. Dzharkimbekova, Sarzhanova D.Zh. LINGUISTIC PRINCIPLES AND TECHNIQUES OF LEARNING A FOREIGN LANGUAGE IN A NONLINGUISTIC UNIVERSITIES	153
Ахтаева А.Б. ГУМАНИТАРЛЫҚ БІЛІМ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ БОЛАШАҚ МАМАНДАРДЫ ДАЯРЛАУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛІЛЕРІ	155
Кадирбергенова А. О., КАКАЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РОЛЬ ПЕДАГОГА В СОВРЕМЕННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ	158
Sarzhanova D.Zh., Abiyeva D.N. LINGUISTIC AND HUMANITARIAN ASPECTS OF MEDICAL EDUCATION	160
Қосай М.А. МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДІ БАСҚАРУДЫ ЖЕТІЛДІРУ МЕН САПАСЫН АРТТЫРУ	161
Khassanova U.A. HUMANITARIAN ASPECTS IN TEACHING OF MEDICAL STUDENTS	163
Иванова М.Б. ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КАТЕГОРИРОВАННЫХ ДАННЫХ	165
Орманова Г.К. БИОФИЗИКА ПӘНІН ОҚЫТУ ҮДЕРІСІНДЕ АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗЫ	167
Иванова М.Б., Абдримова З.М. ПРИМЕР ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ДАННЫХ И ОЦЕНКИ ЗНАЧИМОСТИ ИХ РАЗЛИЧИЯ	170