

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БІЛІМ БАСҚАРМАСЫ
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

БІЛІМ БЕРУ МЕКЕМЕСІ «АВИЦЕННА» МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖІ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ «АВИЦЕННА»

**«ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ МЕДИЦИНА: ЖАСТАРДЫҢ ЗАМАНАУИ
КӨЗҚАРАСТАРЫ» атты
колледжішілік ғылыми –практикалық конференция
МАТЕРИАЛДАРЫ**



**МАТЕРИАЛЫ
внутриколледжной научно-практической
конференции
«НАУКА И МЕДИЦИНА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД
МОЛОДЕЖИ»**



Семей 2017 жыл

Редакторлар алқасы:

1. Федорова О.Ф. – колледж директоры
2. Адельханова Д.О. – директордың оқу ісі бойынша орынбасары
3. Омирханов М.Е. – директордың ғылыми-әдістемелік жұмыс бойынша орынбасары
4. Муслимова Б.О. – методист
5. Жаксыбаева А.М. – жалпы гуманитарлық және әлеуметтік-экономикалық пәндер ЦМК төрайымы
6. Шакенова А.Ж. – жалпы кәсіптік пәндер ЦМК төрайымы
7. Кабдылкаримов Е.Ж. – арнайы пәндер ЦМК төрағасы

Жинаққа «Авиценна» медициналық колледжінде өткізілген «Ғылым және медицина: жастардың заманауи көзқарасы» атты ғылыми-тәжірибелік конференцияның материалдары жарияланған.

В сборнике представлены материалы Научно-практической конференции «Наука и медицина: современный взгляд молодежи», в котором раскрываются научные труды учащихся медицинского колледжа «Авиценна».

ИНСУЛЬТ ЖӘНЕ ОНЫҢ ТҮРЛЕРІ

Нұрланова А.Д.

Ғылыми жетекшісі Омирханова Райхан Бозтаевна

Инсульт (лат. *insultus* — соққы, қыспа талу, инсульт) — ми тканінің зақымдалуын, оның қызметінің, мидағы қан айналысының кенеттен бұзылуы; осының салдарынан миға қан құйылады, немесе ми тамырлары бітеліп қалады (тромбоз).

Инсульттың басты себебі — гипертония ауруы және ми тамырларының атеросклерозы. Көп ретте ауру адам кенеттен құлап қалады, есінен танады; оларда аяқ пен қолдың парезы (сал болуы) әдетте дененің бір жағынан басталады, тілі күрмеледі, алғашқы сағаттарда тыныс алуы бұзылып, денесі тырысады, құсады.

Инсульттің негізгі екі түрі бар –1. ишемиялық инсульт және 2.геморрагиялық инсульт (қан құйылу), оның екі типі бар – миішілік және субарахноидалды. Қан құйылу тамырлардың жарылуы салдарынан болады, негізінде жиі қан қысымының жоғарылауынан болады.

Инсульттің бұл түрі ми инфаркты деп те аталады. Бұл ауру көбіне 50-60 жастан жоғары адамдарда пайда болады. Ишемиялық инсульт инсульттің басқа түрлеріне қарағанда жиі кездеседі әрі оқиғалардың 80% болады. Ишемиялық инсульттің себептері ми жасушаларына оттегін жеткізуге жауап беретін артериялар бойынша қан жүруінің бұзылуымен байланысты ми қабырғалары тарылады немесе бітеліп қалады.

Ишемиялық инсульт критерилері:

- Қауіп-қатер факторлары – артериальды гипертония, атеросклероз, кардиогенді эмболия
- Жасы – 50 жастан кейін, жиі қарттық шақ
- Басталуы – жедел, 30% жағдайда бірітіндеп не сатылы түрде. Инсульт ұйқы кезінде не бірден ұйқыдан ояна салып дамуы мүмкін.
- Бас ауруы – әлсіз, орташа немесе жоқ
- Есі – сақталған
- Бет терісі тартуы
- Пульс – әлсірген
- Менингеальды симптомдар – байқалмайды
- Қан қысымы – төмендеген, қалыпты, 70-80% науқастрада инсульттан кейінгі алғашқы күндері жоғарлайды
- Ликвор – түссіз,немесе қан қосылған
- Бас ми компьютерлі томографиясы – төмен тығыздықты аймақ анықталады

Инсульттің бұл түрі кейіндеу пайда болған, шамамен орташа жас мөлшері 45-55 жас және мидағы қан ағысы бұзылуының барлық түрлерінің 10% жуығын құрайды. Қан құйылудың пайда болуының негізгі себебі гипертониялық ауру болып табылады. Осы патологияға әкеп соғатын басқа аурулар - атеросклероз, жүрек-қан тамыры жүйесіне әсер ететін қабыну процестері болып табылады,аневризмалар.

Миішіне қанқұйылу критерийлері (геморрагиялық инсульт) Этиологиясы – артериальды гипертензия (60%), аневризма, амилоидты ангиопатия, уремия, СКВ, лейкоз, гемофилия

- Жасы — 45-65 жас
- Кенеттен басталу, көбінесе күндіз, психомоторлы қозу кезінде Кенеттен пайда болатын қарқынды бас ауру

- Құсу, сананың бұзылысы – сопор және кома
- Тері қызғылт-көкшіл түске енуі
- Пульс толымды, сирек
- Тынысы шулы, сырылды
- Қан қысымы 200 мм.сын.бағ астам (систолалық)
- Көз алмасының жүзбелі қозғалстары
- Дене температурасы 37,7° С және одан жоғары
- Ликворда қанның болуы
- Бас миы компьютерлі томографиясы – 100% жағдайда жоғары тығыздықты ошақтың анықталуы.

Ми қабығы тамырларының жарылуы нәтижесінде пайда болатын бас миы мен оның қабығы арасында пайда болған гематомалар. Бұл 30-60 жастағы адамдарда пайда болатын инсульттардың ішіндегі ең жасы боп саналады. Ауру себептері негізінен зиянды әдеттер (темекі тарту, ішімдікті ұзақ пайдалану немесе ішімдікті үлкен мөлшерде бір-ақ рет қолдану). Инсультқа себепкер артық салмақ, артериялық гипертензия болуы мүмкін. Инсульттің осы түрінің себепшісі шамадан тыс физикалық жүктеме болуы мүмкін, мысалы, ауыр затты көтеру, қан қысымының көтерілуімен байланысты жүйкеге күш түсу. Симптомдар инсультқа дейін 2-3 аптада білінеді.

Геморрагиялық инсульт диагностикасы:

Егер қалыпсыз жағдайды дер кезінде байқасаңыз, дәрігерге қаралыңыз. Ол люмбальді пункция немесе компьютерлік томография көмегімен диагноз қояды. Диагностика жасау үшін кейде магнитті-резонансты томографияға және компьютерлік томографияға жүгінеді, сол арқылы гематоманың орналасқан жерін анықтауға болады.

Субарахноидальды қанқұйылу критерийлері:

- Этиология – қалта тәрізді аневризманың жырттылуы (70-85%)
- Қауіп-қатер факторлар – артериальды гипертензия, темекі шегу, алкоголь
- Кенеттен басталу
- Жасы – көбінесе 25-50 жас аралығы
- Қарқынды бас ауруы (85-100%)
- Құсу, психомоторлы козу
- Ес бұзылыстары, кома
- Эпилепсиялық ұстамалар (10%)
- Менингеальды симптомдар – алғашқы 3-12 сағат ішінде
- Терең және беткей рефлексстердің тежелуі
- Жалпы милық белгілердің ошақтық белгілерден басым болуы
- Ликворда қаның болуы.

Инсульт симптомдарын екі категорияға бөлуге болады:

1. Жалпы ми симптомдары
2. Ошақты симптомдар

Жалпы ми симптомдары:

- жүрек айну немесе құсумен көрінетін қатты бас ауруы;
- ұйқышылдық, кейбірулер үшін кері әсер тән – қатты козу;
- есін жоғалту және бұзылу;
- бас айналу;
- кеңістікте немесе уақытқа бағдарын жоғалту;
- жүрек қағысы;
- тершендік және ыстықты сезіну.

Симптомдар мидағы қалыпты қанайналымының қай бөлікте бұзылғанына байланысты болады. Мидың әрбір бөлігі белгілі бір қызметке жауап береді, демек, мидың әртүрлі бөлігіндегі қанайналысының бұзылуы әртүрлі симптомдар – тепе-теңдік, көз көру,

сөйлеу арқылы көрінеді. Қозғалыстың үйлесімін жоғалту бастың айналуымен және құсумен көрінеді. Ең қауіптісі ишемиялық инсульт болып табылады, себебі оның бастапқы кезеңінде анық симптомдары байқалмайды. Ол тіпті байқалмауы да мүмкін, мысалы, бас ауруы, бас айналу, құсу түрінде бірде көрініп, бірде көрінбеуі мүмкін. Геморрагиялық инсульттың айқын симптомдары бар және бастапқы кезеңінде-ақ қатты бас ауруы, есінен тану, құсу арқылы өзін білдіреді.

Ми қанайналымының өткінші бұзылуы деп аталатын түрі де бар, оны микроинсульт деп те атайды. Ол адам денсаулығының бірден өзгеруімен сипатталады – сөйлеуі, жүріп-тұруы бұзылып, жартылай немесе толық соқырлық байқалады.

Инсульт кезінде қалай жәрдем көрсету керек. Егер сіз немесе сіздің жақындарыңыз инсульттың белгілерін сезсеңіз, дереу жедел-жәрдем шақырыңыз. Ол келгенге дейін нау-қастың күйін жеңілдетуге тырысыңыз.

Науқасты еденге немесе кереуетке жатқызыңыз, басының астына жастық салып, бір бүйірге бұрып қойыңыз. Күрт қозғалыстар жасамауға және науқасты тасымауға тырысыңыз, бұл ұстамалы ауруды асқындыруы мүмкін.

- Алмалы-салмалы протездерін алыңыз, көйлегінің жағасын шешіңіз, белдікті босатыңыз және аузынан бөлінетін көбік тыныс алу органдарына түспес үшін, оны үнемі орамалмен сүртіп отырыңыз.

- Науқас тілін тістеп алмас үшін, тісінің арасына орамалға орап тарақ немесе таяқ қойып қойыңыз.

- Сіңір тартылумен қысылған саусақтарын ашуға тырыспаңыз, науқасты бүкіл салмағыңызбен баспаңыз. Бұл ұстамалы аурудың күшеюіне, кездейсоқ буын шығып кетулері мен сынуларға әкелуі мүмкін.

- Терезені немесе форточканы ашып, таза ауаның кіруін қамтамасыз етіңіз.

- Дәрі бермеңіз және мүсәтір спиртін пайдаланбаңыз. Ол тыныс алудың тоқтатуына әкелуі мүмкін.

- Егер оның пульсы сезімлесе, жүрегі тоқтап қалса және тыныс алысы тоқтаса дереу өкпе-жүрек реанимациясын бастаңыз.

- Ең бастысы, науқасқа жедел медициналық жәрдем көрсетілуі керек, себебі инсульт дамыған кезде алғашқы минуттары мен сағаттар қымбат болып табылады.

- Науқастың дұрыс тамақтануын қамтамасыз ету маңызды. Жұтуы бұзылған кезде оны зонд арқылы тамақтандырады. Егер науқас жұта алса, бірінші күндері оған жеміс-жидек пен шырындар, тәтті шай береді. Екінші күннен бастап диетаны кеңейтеді, бірақ ол жеңіл игерілетін өнімдерден тұруы керек: йогурттан, сорпадан, жеміс және көкөніс пюресінен.

Инсульт кезінде дәрі-дәрмекпен емдеу 2-ге бөлінеді:

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Эналаприл 10 мг, табл.
2. Индапамид 2,5 мг, табл.
3. Атенолол 50 мг, табл.
4. Бисопролол 5, 10 мг, табл.
5. Ацетилсалицил қышқылы 100 мг, табл.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Симвастатин 20 мг, табл.
2. Ловастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг, табл.
3. Варфарин 2,5 мг, табл.
4. Клопидогрель 75 мг, табл.

Жыл сайын ДДСҰ мәліметтері бойынша 15 млн фатальды және 15 млн фатальды емес инсульттар тіркеледі. Әлімде қазіргі таңда инсультты басынан өткерген 50 миллионнан

астам науқас тіркелген. Жыл бойындағы инсульттар жиілігі 1000 тұрғынға есептегенде 1,5-нан 7,4-ке дейін құрайды.

(ДДСҰ) Цереброваскулярлы аурулар Қазақстан мен Ресейде өлімділік себебіне байланысты жүректің ишемиялық ауруларынан кейінгі екінші орын алады. Науқастардың 1/3-і алғашқы 30 күнде, ал 1 жыл ішінде – жартысына дейін өмірден өтеді. Ми инсультына ұшыраған науқастардың жартысынан көбі – еңбекке жарамды жаста болып келеді. Аман қалған науқастардың 80 %-ы мүгедек болып қалады. Инсультты басынан өткерген науқастардың 31%-ы үнемі күтімді қажет етеді, ал 20% өз бетімен жүре алмайды.

Пайданылған әдебиеттер тізімі:

1. Михайленко А.А Клиническая неврология -
2. Е.И. Гусев, Г.С. Бурд, А.С. Никифоров Неврологические симптомы, синдромы

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КАЗАХСТАНЕ

Сегизбаева Д.

Научный руководитель Омирханов Максат Ерланович

Актуальность темы заключается в том, что в скором времени наше правительство планирует ввести обязательное медицинское страхование. По этому поводу у всех возникло множество вопросов, а некоторые вовсе не имеют понятие о том, что это и что следует ожидать. Так как ранее уже была попытка внедрить обязательное медицинское страхование и закончилось всё неудачно у многих возникают сомнения в повторном введении ОМС.

Объект исследования: Обязательное медицинское страхование.

Предмет исследования: Эффективность введения ОМС, его практичность, изменения обслуживания в сфере медицины, доступность, воздействие на экономику страны.

Цель: Изучить систему ОМС, выявить возможные риски внедрения ОМС.

Задачи:

- изучение состояния вопроса,
- выявление характерных признаков / уточнение определения понятий,
- разработка и проведение эксперимента / систематизация и анализ полученных данных,
- предлагаемые способы решения проблемы и их аргументация / выделение условий, обеспечивающих эффективное решение проблемы,
- проверка предлагаемого решения проблемы.

На сегодняшний день одна из самых обсуждаемых тем в нашей стране это система ОМС. 16 ноября 2015 года Президент РК подписал Закон Республики Казахстан от «Об обязательном социальном медицинском страховании», согласно которому граждане РК, работодатели будут обязаны перечислять взносы и платежи в «Фонд обязательного социального медицинского страхования». Медицинское страхование это — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных страховщиком средств. Медицинское страхование позволяет гарантировать гражданину бесплатное предоставление определённого объёма медицинских услуг при

возникновении страхового случая (нарушении здоровья) при наличии договора со страховой медицинской организацией. Плательщики отчислений и (или) взносов (далее – плательщики) – лица, осуществляющие исчисление, удержание, перечисление, уплату отчислений и (или) взносов в фонд социального медицинского страхования в порядке, установленном настоящим Законом. А это:

- 1) государство;
- 2) работники;
- 3) индивидуальные предприниматели;
- 4) частные нотариусы;
- 5) частные судебные исполнители;
- 6) адвокаты;
- 7) профессиональные медиаторы;
- 8) физические лица, получающие доходы по договорам гражданско-правового характера.

Предполагается, что взнос государства составит 7% от среднемесячной заработной платы, предшествующей двум годам ранее текущего финансового года, взнос работника – 2% от оплаты труда. Отчисления работодателя – 5% от фонда оплаты труда.

Размер взносов и отчислений будет расширяться поэтапно.

Размер отчисления работодателя в 2017 году будет 2%, в 2018 году — 3%, в 2019 году – 4%, с 2020 года — 5%.

Размер отчислений будет составлять: работодатель – 5%, работник – 2%, самозанятые – 7%.

От уплаты взносов будут освобождены следующие категории граждан РК:

- дети;
- многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;
- участники и инвалиды Великой Отечественной войны; инвалиды;
- лица, зарегистрированные в качестве безработных;
- лица, обучающиеся и воспитывающиеся в интернатных организациях; лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования в форме резидентуры;
- лица, находящиеся в отпуске в связи с рождением ребенка (детей), усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;
- неработающие беременные женщины, а также неработающие лица, фактически воспитывающие ребенка (детей), до достижения им (ими) возраста трех лет;
- пенсионеры; военнослужащие;
- сотрудники специальных государственных органов; сотрудники правоохранительных органов;
- лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);
- лица, содержащиеся в изоляторах временного содержания и следственных изоляторах.

1. Пакет ГОБМП - включающий гарантированный государством объем медицинской помощи и финансируемый за счет республиканского бюджета (ГОБМП). Он будет доступен для всех граждан РК и оралманов. Он включает:

- скорую помощь и санитарную авиацию;
- медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях и в экстренных случаях;

- профилактические прививки;
- амбулаторно-поликлиническую помощь (АПП) с амбулаторно-лекарственным обеспечением (АЛО) (для непродуктивно samozанятого населения до 2020 года, т.е. до внедрения всеобщего декларирования).

2. Пакет ОСМС - включающий объем медицинской помощи сверх ГОБМП, финансируемый за счет обязательных страховых взносов государства, работодателей и работников в Фонд ОСМС. Его могут получать лица, являющиеся участниками ОСМС. В него входит:

- амбулаторно-поликлиническая помощь (в т. ч. АЛО);
- стационарная мед. помощь (за исключением социально-значимых заболеваний);
- стационарозамещающая помощь (за исключением социально-значимых заболеваний);
- восстановительное лечение и мед. реабилитация;
- паллиативная помощь и сестринский уход;
- высокотехнологичная помощь.

Основные цели осмс

- Достижение общественной солидарности путем укрепления собственного здоровья и разделения бремени охраны здоровья населения
- Обеспечение финансовой устойчивости системы за счет создания устойчивости системы к внешним факторам и росту затрат, а также прозрачности и справедливости системы
- Повышение эффективности системы через обеспечение высокой компетенции и конкурентоспособности системы, достижение конечных результатов доступности, полноты и качества услуг

Принципы ОСМС

- Универсальность

В системе ОСМС обязаны участвовать все постоянно проживающие жители (всеобщий охват) и каждый из них должен платить взносы (либо за него платит государство)

- Социальная справедливость

Взносы экономически активного населения зависят от платежеспособности т.е. доходов, а взносы за экономически неактивных платит госбюджет из общих налогов

- Солидарность

Каждый застрахованный имеет право на медпомощь оплачиваемую ОСМС вне зависимости от суммы уплаченных взносов

Ожидаемые результаты

- Доступность качественной медицинской помощи
- Система здравоохранения, способная отвечать потребностям населения
- Улучшение здоровья, увеличение продолжительности жизни
- Расширение амбулаторно-лекарственного обеспечения
- Усиление контроля качества предоставляемых медицинских услуг

Снижение уровня частных расходов (из собственного кармана) на здравоохранение

Такое понятие как страхование возникло зарубежом и стало неотъемлемой частью повседневной жизни. Все мы знаем, что в зарубежных странах особенно в США медицинское страхование достигло высокого уровня. Люди тратят огромную сумму денег даже для того что бы пройти консультацию у врача терапевта. Медицинская страховка в США дело сугубо добровольное. Нет никаких ограничений на получение услуг медицинского характера, если вы готовы оплатить их в полном объеме. Цена визита к терапевту на консультацию по причине лёгкого недомогания стартует от 300\$. По этой причине, даже обеспеченные люди предпочитают обзавестись страховым полисом.

В зависимости от ваших жизненных обстоятельств и уровня дохода, медицинское страхование в США вы можете:

- приобрести самостоятельно;
- часть расходов берет на себя государство;
- государство оплачивает страховку полностью;
- страховку полностью или частично оплачивает работодатель.

Медицина в Америке действительно очень дорога, поэтому пренебрегать страховкой нельзя. Еще один весомый аргумент в пользу того, чтобы бежать и заключать договор, — согласно Affordable Care Act, медицинская страховка является обязательной для всех легальных резидентов страны. За её отсутствие даже предусмотрен штраф (в среднем, \$350-400). Стоимость медицинской страховки в США варьирует от 200\$ с самым минимальным пакетом услуг. Средняя стоимость страховки, которую спонсирует работодатель – 500 долларов. Имеется возможность приобрести полис самостоятельно, однако далеко не все заявители могут себе это позволить. уровень медицинского обслуживания в США зависит от вашего социального статуса, финансового положения, состояния здоровья, а также возраста. Нам известно что в США заработная плата намного выше нашей, большую часть своих доходов они тратят на медицинское страхование или медицинское обслуживание. Тут возникает несколько вопросов. Готов ли наш народ тратить столько денег на медицинское обслуживание? Достигнет ли наше медицинское обслуживание такого же уровня как и в США? Что ждет людей, которые не смогут приобрести полный пакет медицинского страхования? Достаточно ли наша экономика развита для этого?

В ходе исследования был проведен опрос с целью определение отношения участников опроса к внедрению обязательного медицинского страхования. Было опрошено 50 человек.

Были заданы следующие вопросы:

- 1.Что вы знаете о ОМС?
- 2.Как вы относитесь к ОМС?
3. Как вы думаете будет ли удобным использовать ОМС?
4. Как часто вы проходите медицинский осмотр по собственному желанию?
- 5.Улучшит ли ОМС качество мед. обслуживания?

В итоге:

1). 44% (22 участника) утверждают что знают практически все о ОМС, 36% (18 участников) знают немного, и 20%(10 участников) даже не интересовались.

2). 58% (29 участников) относятся положительно, 42 % отрицательно (21 участника).

3). 58% (29 участников) считают, что будет удобным, 42 % (21 участник) считают иначе.

4). 66% (33 участника) по собственному желанию проходят осмотр крайне редко, 22% (11 участников) проходят осмотр примерно раз в год, 12%(6 участников) проходят осмотр 2 раза в год.

5) 58% (29 участников) считают что ОМС улучшит здравоохранение, 42 % считают что не улучшит (21 участника).

Выводы по итогам опроса: Большая часть людей, которые относятся к ОМС положительно, в принципе не имеют особого понятия о том, что представляет из себя данная система. Люди более старшего возраста не готовы к внедрению данной системы, так как они помнят прошлый опыт. Люди же молодого возраста относятся к этому более спокойнее и положительно. Это объясняется тем, что в данный момент все мы пытаемся перенять что-нибудь у запада, хотим жить так же как они. Молодое поколение не хочет стоять на месте и внедрение данной системы для них является рывком. Так же по итогам опроса было выявлено, что большинство людей крайне редко обращаются к врачу и проходят медицинское обследование. Легкие недомогания не являются для них причиной для беспокойства.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы: Система ОМС предлагает нам удобства, доступность, качество, но не отвечает на все интересующие нас вопросы. А вопросов возникает достаточно много. К примеру, Что будет с нашим доходом, если мы не обращались за помощью? Будет ли ваш работодатель выделять деньги с вашей заработной платы? Что если вашего дохода будет недостаточно для того чтобы получить нужное вам обследование? Говорит ли не готовность отвечать на все заданные вопросы о том, что пока ещё рано думать о внедрение данной системы. Готов ли народ снова довериться правительству? В данный момент наша страна, а самое главное наш народ находится не в самом лучшем социально-экономическом положении, и предлагать народу ОМС является риском. Почему бы не начать исправлять минусы, а не браться за что то новое? Мы хотим жить, так как живёт запад, но мы не можем взять и переступить через проблемы, которые у нас есть и начать с чего-то нового.

RELEVANCE OF ENGLISH AS AN INTERNATIONAL LANGUAGE OF MEDICINE

Toktaganov A.

Scientific adviser Zhaksybaeva Asel Marsovna

Importance of English for Medical Purpose Language has always been a matter of concern, especially when you are a student in search of a better career an ultimately a good job and handsome salary. This is therefore a big issue in the field of medicine, since this field has suddenly started gaining prominence. With globalization, internet, television people's desires to be economically fit are increasing and they are in search of better opportunities to improve their lives. Now we are a part of the people, we must accept that we are conscious about the importance of English Language and since most of us are now willing to pursue Medical, we should be aware of how important it is to know English. As far as the medicine field is concerned, there is no recognized discipline that is called medical linguistics, but perhaps there ought to be one. True that the language of medicine offers some intriguing challenges both for the patients as well as the doctors, it has also been witnessed that there is a lack of communication between the doctor and his patient. The very reason for which is Language. On a very serious note, we need not to know what the history of medicine is but we need to ponder about the present as well as the future; and the fact is that today all the most influential medical journals and magazines are written in English, and it has also become the language of International Conferences. We as human beings have now entered into the era where English for Medical is important and is one of the most important aspect of your life, an era where all the doctors have unanimously chosen one common language of communication within themselves and with their patients. Things are different whether you think from a doctor's point of view or from a patient's point of view. Where most of the doctors prefer to speak in the language that is common to all, some do fair with the patients who cannot communicate very fluently in English. But things are a little different from a patient point of view, sometimes the whole thing takes a really weird turn. While some people prefer talking in their native tongue to their doctors because they think they can better explain the problem this way, other cringe if a doctor doesn't know how to speak English very fluently. After a complete research and analysis, it is now acceptable that if the books are written in English, the syllabus is taught in English and even the exams are conducted in English, then students must simply have a working knowledge of the language. On a whole, 'English is the cut-off language for medical purposes and it should be a compulsory subject along with Anatomy, Biochemistry etc.'

How to learn the medical English you really need Avatar Languages We are an online language school offering private classes in English, Spanish and other languages. Find out more

about our innovative teaching at www.avatarlanguages.com Page 1/2 Learning the correct specialist terms is important for doctors and nurses, but there is much more to learning medical English. Students of medical English can prepare for real-life situations by using role-play to practice the language skills they need. More than terminology Medical English courses often focus on the medical terminology and specialist language. Yet doctors and nurses also need a much broader range of language skills to be effective in their work, because much of their communication is with patients or other non-medical staff, who do not use this specialized English. Real medical English Doctors and nurses need to be competent and confident using both technical and colloquial language. Medical staff often find they need to translate between the ordinary and specialized ways of talking: colleagues want to be efficient and precise, yet patients want to easily understand and be reassured that their health is in good hands. Example situation: bedside manner Bedside manner is the ability to communicate with patients in a compassionate, caring and clear way, which often means not using medical terms, but instead using more colloquial language. Bedside manner is gaining increasing recognition as an important skill. Many medical schools now include it in their training and some formal examinations (such as the USMLE) require trainee doctors to demonstrate their professional bedside manner using role-play. Doctors and nurses with good bedside manner are able to listen, support and reassure their patients; yet they also offer honest and open communication. It is not an easy balance to keep, but there are clear benefits for both the patient and the doctor. Patients feel more comfortable and they have greater confidence in their doctors; doctors gain more accurate information from their patients (and so reduce the risk of mistakes) and they build a more trusting relationship. Broader communication skills Bedside manner involves key communication skills that help the doctor or nurse relate to the patient.

- Compassionate listening allows the doctor to get a more complete picture of the patient's situation and it also helps the patient feel heard and understood.
- Politely requesting permission (to sit on the patient's bed or to take the patient's temperature) demonstrates respect to the patient, and gives them greater control in an uncertain situation.
- Translating between technical & colloquial language allows the doctor to explain medical treatment so that the patient understands. The doctor also needs to be able to accurately discuss the case with medical colleagues.
- Discussing emotions as well as physical sensations can help patients feel more comfortable. These skills are especially challenging for non-native speakers. Medical terminology may seem more accurate, but patients actually need medical staff to talk in an ordinary way. This can be difficult for doctors and nurses who are not speaking in their native language, so students of medical English need to learn and practice the language they need in real-life situations. Preparing for real-life situations

How to learn the medical English you really need Avatar Languages We are an online language school offering private classes in English, Spanish and other languages. Find out more about our innovative teaching at www.avatarlanguages.com Page 2/2 Students can make use of language classes to help prepare for specific situations at work. Simulations or role-plays allow the student to think about scenarios that are especially difficult or frequently occur. They can then prepare what they want to be able to say next time it happens.

- Frequent & difficult situations: concentrating on situations that often happen allows the non- native speaking doctor/nurse to feel both comfortable and professional in everyday situations. It is also important to consider challenging scenarios because these can be worrisome, even though they may not take place that often.
- Role-plays: students can prepare by writing out a typical conversation, correcting it with the teacher in lesson and then practicing it in a simulated dialogue. The student may want to play both roles, to better understand how patients respond.
- Phrases: learning phrases (and not just individual words) gives students small chunks of language that they can use again and again in similar (but different) circumstances. Phrases allow us to respond more quickly in conversation because we don't spend time thinking about how to construct a sentence. We use some phrases again and again, so these ones are especially good to learn.
- Relevant and motivating: when students focus on real situations the lessons are much more relevant and motivating; it also means the student is learning exactly what is needed, when it is needed.

Practice what is really needed Doctors and nurses who are not native speakers of English need to focus on the kind of language they really need to use at work. Some of this may be technical terminology, but much of it will be more colloquial and it is important to practice this informal language too. Mastering both specialized and informal English allows medical staff to work effectively and develop good professional relationships with both colleagues and patients. Students of medical English can prepare for these future conversations using role-play in language lessons. Role-plays and simulations create a safe space to experiment with a range of scenarios and to gain a sense of how different language can be used according to the situation

Секция 1 «ФИЛОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА»

ENGLISH LANGUAGE OF MEDICINE – PRESENT AND FUTURE

Aulbekova Zh.

Scientific adviser Karymsakova Umit Nurlanovna

Presently foreign language skills – important ability, and are difficult to argue with it. English for Medical Purposes (EMP) - present Such huge development of medical science and practice requires further improvement of the language of medicine.

The great Russian doctor S. P. Botkin has told still in 19 century:

"The knowledge of the modern languages plays an important role in intellectual and human enrichment of medical specialists"

Presently foreign language skills – important ability, and are difficult to argue with it. Language skills helps to strengthen friendship and mutual understanding between people. The total of languages and dialects in the world approaches five thousand. In a century information; in the century erasing borders between people, free foreign language skills allows to use more widely opening boundless opportunities.

“...in the second half of the twentieth century English emerged as the predominant lingua franca in medicine.” (Maclean and Maher 1994, The Encyclopedia of Language and Linguistics)

Today, all the most influential medical articles are written in English, and English has become the language of choice at international conferences. We have entered the era of medical English, which resembles the era of medical Latin in that, once again, medical doctors have chosen a single language for international communication. Whereas in former times new medical terms were derived from classical Greek or Latin roots, now they are often, partly or wholly, composed of words borrowed from ordinary English—e.g. bypass operation, clearance, base excess, screening, scanning—and doctors from non-English-speaking countries now have the choice between importing these English terms directly and translating them into their own language. The term bypass, for instance, is accepted in German, Dutch, Scandinavian, Italian and Romanian, whereas the French, who do not favour anglicisms, translated it to pontage. The Poles chose pomostowanie, which has the same meaning as pontage (most being a bridge), and the Russians use shuntirovanie, which is just another anglicism, being derived from English shunt. Naturalization of the English words is also quite common in some languages: in Danish, we use the verbs at screene and at skanne (to screen and to scan). English acronyms such as AIDS, CT, MR and PCR present the difficulty that usually the initials no longer fit when the English term is translated, but as a rule such discrepancies are simply ignored. AIDS, for instance, is widely accepted and has almost become a noun in its own right, though in French and Spanish it is SIDA and in Russian SPID, reflecting the order of the equivalent words in these languages.

For linguists the language of medicine is fascinating for the flow of concepts and words from one tongue to another. For medical doctors, an appreciation of the history and original meaning of words offers a new dimension to their professional language.

The relevance of English in academic and professional settings began some decades ago, in the 1960s, and it has not decreased. ESP is an exciting movement in English language education that is opening up rich opportunities for English teachers and researchers in new professional domains. ESP refers mainly to the academic needs of students and of future professionals who would seek a career in the academic environment" and the actual needs of (future) professionals at work.

Medical language is the occupational register of physicians and it is largely opaque outside the medical community. Several authors have commented on one particular feature of

medical language. McCullough (1989) and Mintz (1992) see medical language as an abstract discourse about disease and organs and emphasize its distancing function, an artifact of its commitment to objectivity. The English language, with scientific and professional development, is no longer a foreign language for other nations, but it has become a mother tongue, it is lingua franca, which used to be Latin once upon a time. English has become the lingua franca of medicine and most scientific fields since 95% of medical papers come from English speaking countries. Huge Development of Medicine In the past two centuries epochal discoveries have been made in natural sciences, particularly medicine which takes a special place since it has been as old as mankind. The new branches of fundamental medical science such as molecular biology, genetics and biomedicine have become the foundation of understanding and interpreting medicine. These disciplines have been followed by numerous clinical subdisciplines. It means that the medical science returned to the cellular level and, for the first time, scientists discovered genetic structure of the human genome, which made possible cloning of the human being. Furthermore, we are witnessing the appearance of new parasitic and viral diseases (virus synthesis was made – polio) caused by prions (SARS – severe acute respiratory syndrome, mad cow disease, avian flu, and the latest deadly form of flu caused by H1N1 virus). Finally, the most prominent has been a huge progress of modern technology and its application in medicine (electron microscope, computer, scanner, magnetic resonance imaging, ultrasound and others). The most recent trend is related to nanotechnology which implies creating machines of very minute dimensions, the size of a molecule (a nanometre is one thousand millionth of a metre!). In not so near future, it seems that those machines called nanorobots will be used in treatment (destroying viruses or cancer cells, recovering damaged cells and tissues) as well as in control of the ageing process. English for Medical Purposes (EMP) - present Such huge development of medical science and practice requires further improvement of the language of medicine. It has become necessary to create new terms not only for new illnesses and disorders but a totally new terminology for fundamental medical branches, particularly terms for state-of-the-art technology. It has been shown that the language of medicine finds it hard to keep pace with medical science and practice. It frequently describes rather than defines incompletely understood natural phenomena. Modern medicine has transgressed the boundaries of the Greco-Latin terms and must create a new terminology . Jammal (1988) comments that science flies and its terminology walks – typically at a pace that lags far behind scientific advances. New disease names emerge, and changes are observed in the meanings of established disease names. Medicine is so highly compartmentalized that, for example, one's background in surgery and emergency medicine offers little help when one is faced with a dermatology translation. This makes research crucial . The English language of medicine has been understood well and extensively studied. It serves as a model for other nations how to create their languages of medicine. There are a number of forms specific for the English language of medicine. There is a very precise and elaborate popular terminology related to illnesses (apart from the technical Greco-Latin term herpes zoster, there is a native English word shingles). Thus there is a tendency to use a descriptive term taken from everyday language rather than a learned expression (clotting rather than coagulation). Also, ordinary words with medical meaning are more frequently used (growth for tumour or temperature for fever). Such words are termed semi-technical words . Languages for medical purposes (LMPs) today In the last 30 years of the twentieth century, English has been rapidly exported from and imported into many languages through the dominant role of the U.S. in computer science and technology as well as medical technology. So, in addition to the Greco-Latin heritage there is knowing the current mix of standard English from all scientific and technological sources, including new eponyms, acronyms, abbreviations and trade names. Biochemistry, cell and molecular biology, immunology and bioengineering are the chief sources for the flood of new terms entering the medical dictionaries . According to a July 24, 1995, article in US News and World Report, about 25,000 new English words are coined every year, of which 4% make it into dictionaries. Finally,

with the increasing influence of English as an international language of medicine, there have appeared numerous anglicized terms.

The English language of medicine is very developed, it should serve as a model for all peoples as to how to build their own medicine languages. This is especially important, as it turned out that the Greek-Latin terminology is no longer sufficient for the expression of modern medicine, therefore all countries must build their own medical terminology and language of medicine in their native languages.

As you can see, health workers have many reasons for studying of English. The doctor is obliged to own medical terminology, to manage to read and to completely understand even the most difficult text devoted to medical subject. Of course, all doctors know Latin, it helps to avoid any confusion in medical concepts, but for communication the living language is all the same necessary.

The knowledge of English speaks about your education, emphasizes that you – the modern, open, aimed at self-improvement person.

The list of the used sources:

1. the side of academic oxford

http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/med_humanistika/Medicina/MHI/Relevance_English.pdf

ЛИТЕРАТУРА И МЕДИЦИНА: ТРАНСФОРМАЦИЯ ОБРАЗА ВРАЧА В РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ

Рыбченко С.Р.

Научный руководитель Игимбаева Татьяна Жакеновна

Образ врача — не самая популярная тема в отечественном литературоведении. И хотя литературоведы и культурологи не раз отмечали наличие большого потенциала в изучении данного вопроса, все же, в основном, об образах врачей в русской литературе говорится как об «имеющих большое значение» без пояснения данной формулировки, либо встречаются попытки свести их к некоему общему знаменателю, хотя в действительности они претерпели значительные изменения и могут быть подвергнуты обобщению только весьма условно. Можно согласиться, что образ врача чаще всего является одним из самых интересных, глубоких и важных не только потому, что указанный период времени богат произведениями, которые могут послужить примерами связи медицины с литературой.

Конечно, среди писателей и других деятелей русской культуры врачи тоже не были редкостью, но связь русской литературы и медицины проявляется не столько на уровне количественных упоминаний тех или иных медицинских реалий, сколько в общей атмосфере и склонности авторов, по выражению к «патографическому дискурсу». Проанализировав значительную часть русской классической литературы, сделал вывод, что большая ее часть «оказывается “печальной”». В 1924 г. М. Горький высказался о русской литературе весьма саркастически: «Русская литература — самая пессимистичная литература Европы; у нас все книги пишутся на одну и ту же тему о том, как мы страдаем, — в юности и зрелом возрасте: от недостатка разума, от гнета самодержавия, от женщин, от любви к ближнему, от неудачного устройства вселенной; в старости: от сознания

ошибок жизни, недостатка зубов, несварения желудка и от необходимости умереть». Впрочем, можно встретить и более решительные отзывы, согласно которым «моральный мазохизм и культ страдания» являются определяющими характеристиками русской литературы и культуры в целом.

Таким образом, можно сказать, что изображение врачей, их взаимоотношений с пациентами и различного рода болезней, как правило, является лишь частью общей картины «тотального заболевания общества» и не является самоцелью. Только рассмотрев трансформацию образа врача в русской литературе, можно увидеть, что он не только передает представление о медицине как о социальном явлении с присущими ему приметам времени, но и порождает новое, более глубокое его понимание. Такая трансформация генетически связана с теми изменениями, которые претерпела вся русская литература и культура на протяжении XIX века. Но здесь сразу следует оговориться, что нас, прежде всего, интересует именно изменение образа врача в литературе XIX века, а не наличие образа врача в каждом конкретном произведении.

Прежде всего, стоит отметить, что врач не всегда воспринимался как герой, ведающий не только телом пациента, но и его душой. Еще в послепетровской России считалось, что болезнь — это продолжение личности и следствие жизни пациента. Болезнь — наказание за греховную жизнь и приверженность одному или нескольким порокам. Исцелив душу, больной, как правило, излечивал и тело (этот мотив, например, достаточно распространен в житиях святых).

В традиционные романтические произведения образ врача проникает вместе со свойственной им эстетикой жизни как страдания, упадка, разрушения, муки, которая заканчивается только со смертью. Литераторы эпохи романтизма не скупаются на физиологические подробности, чтобы подчеркнуть разрыв с традицией сентиментализма. «Медицинские детализованные картины болезни, смерти и посмертного разложения выражают радикализм “новой литературы” и “новой философии”». Подобные произведения имеют много общего с народными и религиозными представлениями о душе, заточенной в телесную оболочку. Появляется своеобразный мотив любви к смерти и жажды смерти. Смерть воспринимается как лекарство от всех мирских горестей и болезней. В эстетику романтизма входят сочинение эпитафий, присутствие на похоронах, на кладбищах, разглядывание мертвых тел и т. п. Возникает мотив надежды на «потустороннее выздоровление».

В обществе наиболее распространенным представлением о теле становится понимание его как некой целостной и неизменной данности, а анатомические исследования и опыты вызывают интерес не только у ученых, но и у светской публики, многочисленные подтверждения этому можно найти в дневниках, воспоминаниях и письмах современников.

В этой связи особенно интересным представляется образ доктора Вернера из романа М. Ю. Лермонтова «Герой нашего времени», который является отчасти романтическим и отчасти реалистическим героем. С одной стороны, «он скептик и материалист, как все почти медики», а с другой — «неровности его черепа поразили бы любого френолога странным сплетением противоположных наклонностей», а «молодежь прозвала его Мефистофелем». В этом персонаже одинаково легко обнаружить как демонические черты, так и его необыкновенную человечность и даже наивность. Например, Вернер прекрасно разбирался в людях, в свойствах их характера, но «никогда не умел воспользоваться своим знанием», «насмехался над своими больными», но «плакал над умирающим солдатом». Этот персонаж указал направление, в котором развивался образ врача в русской литературе, — от доктора Крупова А. И. Герцена до Базарова И. С. Тургенева.

В эпоху великих открытий в медицине медицинской этике уделялось намного меньше внимания. Медики этого периода чаще всего изображаются в литературе нигилистами или материалистами, разочаровавшимися в человеческой природе. Если в

литературе второй половины XIX века и встречается положительный образ врача, как правило, чудаковат, одинок и несчастлив в семейной жизни. Занимаясь по роду своей профессии человеческим телом, он не разбирается в человеческой душе. Помогая людям жить, он, тем не менее, сам глубоко разочарован в жизни. Так, в русской литературе появляется образ врача, ответственного не только за здоровье человека, но и за смысл его существования. Например, доктор Крупов из одноименной повести А. И. Герцена, который начал свою карьеру врача, движимый желанием помогать людям. Он верил, что человеческое существо устроено разумно и по подобию Божьему, но, перейдя, однако, от теории к практике, обнаружил, что болезнь и патология также являются частью человеческой природы. По роду своей профессии имеющий дело, в основном, с болезнями, Крупов приходит к выводу, что ходом истории правит не разум, а безумие, что человеческое сознание больно, что не существует здорового человеческого мозга, как не существует в природе «чистого математического маятника». В романе «Кто виноват?» Крупов уже «не столько лечит, сколько размышляет о житейском и устраивает судьбы Круциферских, Бельтова и др.». Вообще во всем романе, в отличие от повести «Доктор Крупов», сделан акцент на социальную природу болезни. А. И. Герцен говорит, скорее, о «болезни общества», поэтому здесь профессия Крупова приобретает символическое значение.

Другой известный образ врача второй половины XIX в. — образ студента-медика Базарова из романа И. С. Тургенева «Отцы и дети». Этому персонажу повезло чуть больше, чем большинству врачей в русской литературе, ему посвящен не один научный труд. Достаточно будет сказать, что этот образ сильно отличается от образа доктора Крупова. Принадлежность Базарова к врачам не имеет такого глубоко символического значения, как у Герцена. Некоторые исследователи отмечают, что профессия Базарова на протяжении романа остается как бы на периферии, на первый же план выходят его уверенность в собственном знании жизни и людей, на деле же — его полная неспособность разрешить даже собственные житейские и мировоззренческие противоречия, он плохо знает и плохо разбирается даже в себе, поэтому многие его мысли, чувства, поступки оказываются такими неожиданными для него самого. Однако тема связи болезней и устройства общества не обойдена стороной и в этом произведении. Склонный к упрощениям Базаров говорит: «Нравственные болезни... от безобразного состояния общества. Исправьте общество — и болезней не будет». Многие высказывания Базарова звучат достаточно смело, однако это скорее намеки на поступки, чем сама деятельность.

Во второй половине XIX в. образ врача-нигилиста становится очень распространенным. Бытует представление о враче как о грубом материалисте, которого интересует только телесная оболочка человека. В романе Л. Н. Толстого «Анна Каренина» главная героиня, описывая общество, которое собирается за столом в ее доме, говорит о докторе: «... молодой человек, не то что совсем нигилист, но, знаешь, ест ножом». Каренина и Вронский, нарушив законы света, вынуждены собирать у себя общество практически неприличное для людей их положения. Молодой доктор кладет пищу в рот ножом, а не вилок, «ест ножом», демонстрируя свои дурные манеры. «По мнению Анны, такие дурные манеры должны были быть у “нигилистов”», — пишет С. Л. Толстой. «Вскользь брошенная толстовской героиней реплика о молодом докторе, который “не то что совсем нигилист, но ест ножом”, свидетельствует, что четкая связь между идейными позициями и бытовыми навыками была закреплена на уровне бытового сознания». То есть, когда мы говорим, что в обществе существовал образ врача как грубого материалиста, слово «грубый» можно понимать и буквально. Грубый — значит пренебрегающий красивой формой, «в которую облакаются человеческие взаимоотношения», а в конечном итоге пренебрегающий и духовными потребностями пациента.

В «Смерти Ивана Ильича» Л. Н. Толстой снова демонстрирует, насколько велика пропасть между пациентом и врачом, понимающим болезнь чисто материалистически. «Для Ивана Ильича был важен только один вопрос: опасно ли его положение или нет? Но доктор игнорировал этот неуместный вопрос. С точки зрения доктора, вопрос этот праздный и не подлежал обсуждению; существенно только взвешивание вероятностей — блуждающей почки, хронического катара и болезни слепой кишки. Не было вопроса о жизни Ивана Ильича, а был спор между блуждающей почкой и слепой кишкой...». «Страдающая личность» Ивана Ильича в глазах врача попросту отсутствует, он решает совершенно иные задачи: пытается вылечить тело пациента, в то время как истоки болезни, возможно, скрыты в его душе. «Вопрос Ивана Ильича “неуместен” в буквальном смысле — “места” для личности, переживающей опасность — угрозу для своей жизни, в этом мире не предусмотрено. Встраивание моральных дискурсов в аппараты биотехнологий приводит к усложнению практики рассказа историй болезни. Пациент в качестве личности получает в них особое “место” — место “морального субъекта”. Однако дар собственного места одновременно оборачивается его изъятием. Ведь подлинное “место” этого места профану не известно». В медицине, которая занимается только телом человека, ответов на экзистенциальные вопросы Ивана Ильича «Что со мной?», «Опасно ли мое положение?», «За что мучения?» либо не существует, либо они даются на устрашающем еще больше, непонятном для «профана» языке.

Связь литературы и медицины, пожалуй, никогда не проявляла себя так полно и разнообразно, как в творчестве А. П. Чехова, с одной стороны, вобравшего в себя опыт предыдущих поколений, с другой — придав ему новую глубину и достоверность. Нередко можно встретить мнение, что образы врачей, созданные писателем, завершают развитие этой темы и все последующие представители данной профессии (вплоть до наших современников) в отечественной литературе — это лишь вариации уже созданного. В произведениях Чехова на врача, как правило, возложена обязанность лечить не только тела, но и души своих пациентов. Бессилие медицины перед лицом людских горестей часто становится причиной душевного слома и апатии у чеховских персонажей, напротив, приближение к идеалу врачевания чрезвычайно вдохновляет их. В рассказе «Палата б» врач Андрей Ефимович Рагин сломлен именно бесполезностью медицины перед лицом смерти, неспособностью медицины подарить людям вечную жизнь, что превращает все усилия врача в «трагическое заблуждение», оттягивание неизбежного. «К чему мешать людям умирать, если смерть есть нормальный и законный конец каждого?» — спрашивает он.

В одном из самых известных произведений Чехова о врачах, рассказе «Ионыч», главный герой не столько погряз в мелочах жизни, как принято считать, сколько отказался понимать смысл бытия, если смерть «кладет предел жизни», если «в мире нет ничего, кроме телесности».

Подводя итоги, можно сказать, что образ врача в русской литературе XIX века не только один из самых распространенных, но и один из самых глубоких и наполненных по количеству тех проблем и вопросов, которые он призван был выделить и заострить. Это и вопрос социального устройства государства, и вопросы религии, морали и этики. Образ врача часто имеет большое значение, когда в произведении речь идет об основных модусах человеческого существования: заботе, страхе, решимости, совести. Это не удивительно, поскольку проникнуть в самый корень человеческого существования можно только в таких пограничных ситуациях, с которыми часто имеет дело именно врач: борьба, страдание, смерть. В русской литературе образ врача прошел длинный и интересный путь от шарлатана к романтическому герою, от романтического героя к приземленному материалисту и от материалиста к носителю морали, герою ведающему истиной, знающему все о жизни и смерти, несущему ответственность за других в самом широком смысле.

Список использованной литературы:

1. Герцен, А. И. Доктор Крупов // Собр. соч. в 9 т. / А. И. Герцен. – М. :Гослитиздат, 1955. –Т.
2. Лермонтов, М. Ю. Герой нашего времени – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007.
3. Толстой, Л. Н. Анна Каренина. – Куйбышев: Кн. изд-во, 1985. – С. 77.
4. Тургенев, И. С. Отцы и дети // Собр. соч. в 12 т. / И. С. Тургенев. – М. : Наука, 1953. – Т.
5. Чехов, А. П. Ионыч // Рассказы / А. П. Чехов. – М. : Худож. лит., 1963.

МИХАИЛ АНДРЕЕВИЧ ДОСТОЕВСКИЙДІҢ МЕДИЦИНА ҚАЛДЫРҒАН ІЗІ

Аниярова М.

Ғылыми жетекшісі Жақупбекова Дамегуль Сарсенбековна

Федор Михайлович Достоевский 30 қазан 1821 жылы, Мәскеу, Ресей империясы — 28 қаңтар (9 ақпан) 1881 жылы, Санкт-Петербург, Ресей империясы) — ең атақты орыс жазушыларының және ойшылдарының бірі.

Достоевский Федор Михайлович – Санкт-Петербург Ғылым академиясының корреспондент мүшесі (1877). Ол 1821 жылы он бірінші қарашада Мәскеу қаласында туған. Отбасында 8 бала болған, Ф.М.Достоевский екіншісі. 1843 жылы Санкт-Петербург әскери-инженерлік училищесін бітіреді. 1847 жылдан Михаил Петрашевскийдің қоғамына қатысқаны үшін 1849 жылы қамауға алынып, өлім жазасына кесіледі. Бұл жаза каторгамен ауыстырылып, 1850 – 54 жылдары Омбыда айдауда, кейін қатардағы солдат болды. 1854 жылы Омбыда Шоқан Уәлихановпен танысады, бұл таныстық Семейдегі кездесулерден соң үлкен достыққа айналды. Достоевский мен Шоқанның достығы...

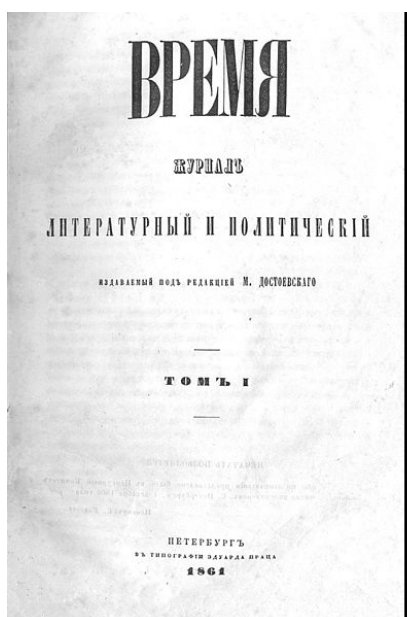


Бұл бір жағынан тарихқа белгілі талай-талай ірі азаматтардың достығына ұқсас та, екінші жағынан оларға ұқсамайтын, оқшау, ғажайып достық. Тағдыр Шоқан мен Достоевскийді ұзақ жылдар қатар жүргізіп, бір-біріне сыралғы қылып біте қайнастырған жоқ. Әуел баста, жаңылмасам, жалғыз рет Омбыда, содан кейін Семейде бірнеше мәрте, соңында Петербургте үзіп-жұлып қысқа кездесіп жүрді. Бірақ бір көргеннен өшпестей ғашық болған жырдағы жастардай — бұлар да алғашқы танысқаннан-ақ бір-біріне ықыласы қатты құлаған жандар. Алғашқы әсер, алғашқы сезім екеуін де алдамаған. Ұшырасқан сайын екеуінің бір-біріне деген достық пейілі, жақындық сезімі арта түскен. Ал, кездесу аралықтарындағы екеуінің бір-біріне жазған хаттары қандай! Сол сарғайған хат-қағаздар екі ер-азаматтың арасындағы айнымас достықты, айрықша бір пейілділікті паш еткен жоқ па!? Тіпті мәдениеті биік адамдардың сезімін білдіруге

қымсынып әзіл-оспаққа саятын жеңіл қалжыңында қанша жылылық, іштен тепсінген ықылас-мейір жатыр.

Бірақ Достоевский кейде өз сезімін ашық айтуға ұялмайды. «Неге екенін білмеймін, мен сені туған інімнен артық көремін», — дейді Шоқанға жазған бір хатында. Адам жанының ең терең де нәзік зерттеушісі өз сезіміне түсіне алмай қалыпты. «Неге екенін білмеймін...» Құдіретті сезім шынында да «Неге екенін» білгізбейді. Ойлап-толғауға, есепке салып өлшеуге келтірмей, топан суындай өн бойынды басып кетеді. Соған қарағанда Достоевский мен Шоқан достығы — ой-пікірдің қабысуы, білім дәрежесінің теңдестігі, талғам табысуы ғана емес, әлдеқайда тереңде, рухани, адамгершілік тереңінде жатқан бір үндестік болу керек. Семей Достоевский үшін ауыр қызмет орны, азап мекені ғана болған жоқ. Түңілдірген жаман аурудан кейін беті бері қараған адамдай ол өз өмірінің бірден-бір берік мақсатынан ұзақ жыл қол үзіп кеткен жазушылық еңбегіне қайтып оралды.

1859 жылы Достоевский Тверь, кейіннен Санкт-Петербург қаласында тұруға рұқсат алады. Өз ағасы Михаил Достоевскиймен бірге 1864 жылға дейін «Время» (1861 – 63) және «Эпоха» (1864 – 65) журналдарын шығарып тұрды.



1862 – 63 және 1867 – 71 жылдары шет елде болды. 1873 – 74 жылдары князь Владимир Мещерский шығарып тұрған «Гражданин» журналының редакторы болды.



Шығармашылығына тоқталатын болсақ: Достоевскийдің «Бейшаралар» (1846 қазақшаға 1955 жылы Сәйділ Талжанов аударған) атты алғашқы романы оның шығармашылық қуатын танытты. Кейінірек, «Қор болғандар мен



қорланғандар» (1861), «Өлі үйде хаттар» (1861 – 62) романдары жарық көрді. Достоевский «Ойыншы» (1866), «Қылмыс және Жаза» (1866, қазақшаға 1972 ж. Мұхтар Жанғалин аударды), «Нақұрыс» (1868, қазақшаға 1984 ж. Нияз Сыздықов аударған), «Албастылар» (1871 – 72), «Жасөспірім» (1875). «Ағайынды Карамазовтар» (1879 – 80) романдарын жазды. Жазушы шығармалары адамның ішкі дүниесіндегі қайшылықты ашып, қоғамдағы әлеуметтік мәселелерге психологиялық талдау жасайды. «Жазушының күнделігі» (1871 – 81), «Пушкин туралы сөз» (1880), т.б. әдеби-сын еңбектерінің әлемдік

эстетика тарихында алар орны ерекше. Уәлихановпен достығы туралы Достоевский «Жазушының күнделігінде» жазған, екеуінің жазысқан хаттары сақталған.

Жазушы 1881 жылдың тоғызыншы ақпанында Санкт-Петербург қаласында қайтыс болған. Семейдегі 1857 – 59 жылдары тұрған үйінде қазір Достоевскийдің әдеби-мемориалдық мұражайы (1971) бар.



Дом Достоевского, г. Подольск Московской губ.
с женой после женатбы.

Әкесі Михаил Андреевич-Мәскеудегі кедейлерге арналған аурухана дәрігері, дворян әулетінен.

Балаларды тәрбиелеуде, әкесі тәуелсіз, білімді, өнегелі және қамқор адам болған. Жазушының әкесі Подольск губерниясында көп балалы шіркеу қызметкері



отбасында дүниеге келген. 1802 жылы 11 желтоқсан Шаргород қаласындағы, Николай монастыріне жіберіледі. Семинардан кейін Мәскеудегі хирургиялық академияға тағайындалады. 1813 жылы Бородинада әскери борышын өтейді. 1816 жылы штаб-емшісі атағына ие болады. 1819 жылы Мәскеу әскери-госпиталына аударылады. 1821 жылы желтоқсан айында әскери қызметінен босатылады. Одан кейін Мәскеудегі кедейлерге арналған Марин ауруханасында науқас әйелдерге кеңесші, әрі емші ретінде тағайындалады.

1802 жылы император Павел I-нің әйелі Мария Федоровна өзінің ұлы император Александр I-ге қала жүз жылдығына арнап кедейлерге арналған аурухана салуға ұсыныс жасады. Аурухана жоспарын сарай маңындағы архитектор Джакома Кваренгиге сызуға берілді. Құрылыс 1803 жылы 28 мамырда басталды. Шіркеу айналасына тұрғызылған екі қабатты аурухана 1805 жылы көктемде құрылысы аяқтады. Бірақ ашылуы император I Александрдың таққа отырғызу күні 3 тамызға шегерілді. Аурухана қарапайымдылығымен және архитектуралық шеберлігімен ерекшеленді. Науқастар бір-бірін мазаламас үшін палаталар арасы қалың қабырғалармен бөлінді. Аурухана еуропалық стильде жасалған және әлі де осы уақытқа дейін сақталған.





1828 жылы императрица Мария Федоровна қайтыс болғаннан кейін ауруханаға оны аты беріледі—Маринский ауруханасы.

Аурухана ашылғаннан кейін хирургиялық академиядан жас дәрігерлер тартылды. 1814 жылдан бастап науқастарға қарап, көмек көрсетуге жесірлер үйінен адамдар шақырылды, оларға «қызметтерін қиын емес тек шыдамдылықты талап етеді» -деді Мария Федоровна.

Басынан бастап бас дәрігерлер болып швед дәрігерлері, ал қалған дәрігерлер немістерден тұрды. Барлық

құжаттар, диагноздар неміс және латын тілдерінде жүргізілді. Мұның жақсы жақтары болды, ол ауру түрлерімен дәрілердің атауы және құрамы латынша болды. Аурухананың хирургия бөлімінде Ресейдің тандаулы дәрігерлерінің бірі И.В.Буяльский әртүрлі дәрежедегі ота жүргізумен, Марин ауруханасын жоғары деңгейге жеткізді.

1854 жылы Қырым соғысына ауруханадан өз еркімен 7 фельдшер, 30 медбике аттанды. Бұл олардың қарапайым халық үшін бастарын қатерге тігуге дайын екенін көрсетті.

1884 жылы бас дәрігер болып С.П.Боткина тағайындалды. Осы кезде аурухана

жас дәрігерлермен әскери-медициналық академия студенттерін қабылдап, оларға тәжірибие берді. Олар аурухананың өзіндегі қызметкерлерге арналған бөлмелерде тұрды, тәжірибелі дәрігерлерден кеңес алып, науқастардың жағдайын бақылап отырды. Марин ауруханасы туындыған ауру эпидемияларымен күресе алды. Мысалы, 1832 жылы медбике Васильева холера ауруымен ауыратын науқастарды күту жөнінде үлгі көрсетті. 1845 жылы келуші науқастардың санының көп болуына байланысты архитектор А.П.Брюллова сызбасымен қосымша амбулатория тұрғызылды, оған хирургия және терапия бөлімдері ауыстырылды.



Аурухана өз қаржысынан басқа, мемлекет тарапынан да қамтамасыздандырылып отырды. Соның бірі, ханзада П.Г.Ольденбургский ауруханада 3 жыдық емдеу ісі (фельдшер) училище ашты. Дәрілер, зембилдер, төсек тартып жатқан науқастарға ыңғайлы жаңа төсектермен қамтамасыз етілді. 1889 жылы Марин ауруханасы алдына, ханзаданың ескерткіші қойылды.

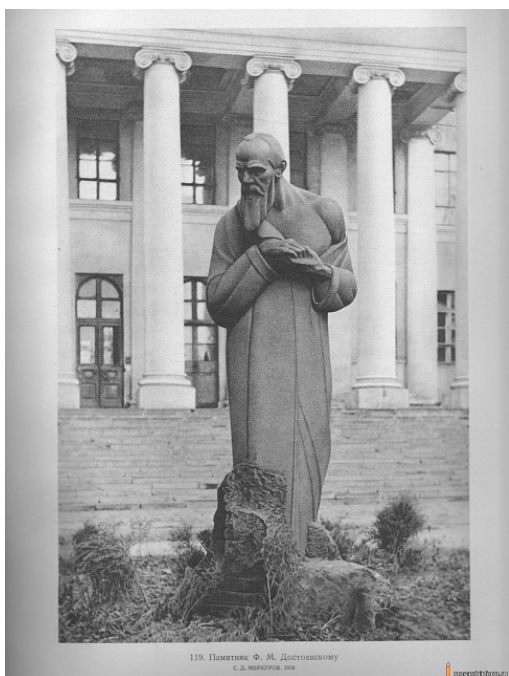
Бірақ Кеңес одағы кезінде ескерткіш дәстүрлі медицина ескерткішіне (тостағанға оратылған Асклепия жыланы) алмастырылды.



II дүниежүзілік соғыста авиабомбалардан, қару көзінен жараланған солдаттарға бірінші көмек және ота жасалып, аурухана қаралуына алынды.

Соғыс кезінде хириргия бөлімі аритилериялық бомба әсерінен бұзылды, бірақ соған қарамастан жұмысын тоқтатқан емес. Соғыс аяқталғаннан кейін бұзылған аймақтар қайта тұрғызылды .

Күні бүгінге дейін бұл аураhana өз жұмысын жалғастырып келуде, ол Санкт-Петербург қаласының орталығында орналасқан. Ауруханада қазір 1000 нан қызметкер бар, олар медицинаның әр саласында, мысалы: хирургия, нейрохирургия, гастроэнтрология, кардиология, жалпы терапия, эндокринология, офтальматология көмек беруге даяр.



Қазір, осы ауруханада дүниеге келген ұлы жазушы Ф.М.Достоевскийдің мекеме алдына қойылған ескерткіші және Марин ауруханасы ішінде жазушыға арналған мұражай бар. Осы ауруханаға көп еңбегі сіңген Михайл Андреевич Достоевский (әкесі) және оның отбасысы Марин ауруханасы тарихында өшпес із қалдырған...

ҮШ ТІЛДІ МЕҢГЕРУ – ЖАРҚЫН БОЛАШАҚТЫҢ КЕПІЛІ

Саполев М.Ю.

Ғылыми жетекшісі Сексенова Женисгуль Мейрамбековна

Бұл тақырыптың өзектілігі көп тілді мемлекеттер арасында әлеуметтік-мәдени қатынастар жасай алатын, түрлі елдердің мәдениеті, әдебиеті, тарихымен танысып, қажетін пайдалана отырып, бөтен мәдениеттің ішіне сіңіп кетпей, өзінің елі мен мәдениетін басқаларға таныта алатын санатты да саналы тұлғаны жетілдіру.

Бірнеше тілді меңгерген, әлеуметтік және кәсіптік анықтауға қабілетті мәдениетті тұлғаны дамыту және қалыптастыру. Үштілдік туралы Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаев білім және ғылым саласы қызметкерлерінің III съезінде сөйлеген сөзінде: «Ағылшын тілінің қажеттілігі әлемге тән қажеттілік, бүгінгі күн талабы.

Ал орыс тілін жақсы білу – біздің байлығымыз» десе, 2007 жылғы «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан» атты Жолдауында: «Қазақстан бүкіл әлемде халқы үш тілді пайдаланатын жоғары білімді ел ретінде танылуға тиіс. Бұлар: қазақ тілі-мемлекеттік тіл, орыс тілі-ұлттаралық қатынас тілі және ағылшын тілі-жаһандық экономикаға ойдағыдай кірігу тілі» делінген Қазақстан республикасы президенті Н.Ә.Назарбаевтың қазақстан халқына жолдауында.

Көп тілді оқыту – жас ұрпақтың білім кеңістігінде еркін самғауына жол ашатын әлемнің ғылым құпияларына үңіліп, өз қабілетін танытуына мүмкіншілігін беретін бүгінгі күнгі ең қажеттілік.

Сондықтан да Қазақстанның білім беру жүйесінде көптілді оқыту мәселесінің көтерілуінің де уақыты жетті. Әр адамның рухани-адамгершілігін арттыру үшін, бүгінгі тез өзгеріп жатқан дүниеде өмір сүріп, еңбек ету үшін жан-жақты болу қажет.

Соның бір дәлелі бүгін Қазақстанға технологиялық, ғылыми, медициналық және басқа да салаларда жаңалықтарды, әлемдік ілгері тәжірибелерден хабары болып, бұл жаңалықтарды өзінің ана тілінде халқының игілігіне пайдалану үшін халықаралық байланыстарды нығайтып, әлем аренасына шығу үшін көп тіл білетін мамандардың қажеттігі.

Ғылымда, бұл зымыраған заманда аударма шығармаларды күтумен уақыт жылжытуға болмайды. Осыған байланысты заманымыздың ең үлкен технология табысы – Интернетті толық және жеткілікті қолдану үшін де тілдер білу керек.

Қазақстан мемлекетінің жылдам дамып келе жатқан халықаралық дипломатиялық қатынастары, халықаралық сауда-саттық нарығы көп тілді білуді қажет етеді. Сондықтан болар өркениеттің маңызды қоры болып табылатын көптілділік Қазақстан Республикасында мемлекеттік саясат деңгейінде жүзеге асуда. Ол – мемлекеттің және оның жеке тұлғаларының халықаралық қатынастарда қуатын арттырудың басты құралы.

Үш тілде оқыту – заман талабы. Колледжімізде үш тілдік орта қалыптастыруға талпыныс жасалып отыр.

Еліміз біркелкі дамып келе жатқан жас мемлекет ретінде халықаралық білім қауымдастығының бір бөлшегі болуға ұмтылыс жасап отыр. Сондықтан біздің мақсатымыз білім берудегі мемлекеттік саясаттың аясында әр білім алушының қабылеті мен сұранысын есепке ала отырып, баланың өнімді дамуына, жеке тұлға ретінде қалыптасуына мүмкіндік тудыруға жұмылдыру. Ал колледж түлектерін өз білімдерін әлемдік оқу орындарында әрі қарай кедергісіз жалғастырып әкететіндей дәрежеде бәсекеге қабылетті жоғары сапалы болуға дайындау.

Осы оқыту барысында білім алушылармен деректілігін, өрісін кеңейтетін, білім мазмұнына қызықтыратын, ұлттық мәдени құндылықтарға құрметпен қарайтын және әлем халықтарының мәдениетімен танысуға мүмкіндік беретін полилингвистикалық дамыған орта мәселелерін шешу.

Сондықтан қазіргі оқу орындарында көптілді оқытуды енгізуге ұйымдастырушылық, әлеуметтік-психологиялық, лингвистикалық факторлар жан-жақты есепке алынууда.

Әлеуметтік фактор бойынша көп тілді меңгерудің қажеттігін, көп мәдениетті жеке тұлғаға қоғамның сұранысын айқындау, яғни түсіндіру жұмыстары көпшілік арасында жүргізіледі.

Педагогикалық аспектінде тілдерді оқытуға жаңаша ықпал ету, жаңа оқу-әдістемелік кешенді әзірлеу, интерактивті әдістемелер мен технологияларды пайдалану, педагогтарды мамандығына сай даярлау жұмыстары қамтылған.

Психологиялық фактор бойынша міндеттеріміз үш тілде сөйлейтін адамдарда болатын проблемаларды, бір тілден екінші тілге көшу қиындықтарын есепке алу, көптілді орта жасау шарттарын қарастыру болып табылады.

Білім беруді дамыту жөніндегі мемлекеттік бағдарламалардың ең басты талабы - әр сала қызметкерлері мемлекеттік тілімізді жетік меңгеруі қажет. Мемлекет басшысының

«Қазақстан болашағы – қазақ тілінде» деген ұстанымы әрбір қызметкердің кәсіби біліктілігін дамытудағы басты міндет болып табылады.

Кәсіби білікті маман болу жоғары оқу орындары мен арнайы оқу орындарынан басталары сөзсіз. Орта және жоғарғы оқу орнының студенттеріне мемлекеттік тілді меңгерудің басты міндеті – кәсіби тұрғыда еркін, шебер тілдесе білуге машықтандыру. Міндетті іске асыру оқыту әдістемесінің амал тәсілдерін үнемі жетілдіріп отыру арқылы шешімін таппақ.

Баяндамамды мынадай өлең жолдарымен аяқтағым келеді:

Отан деген әрбір жүрек дірілі,
Отан үшін болып келем үлгілі.
Менің, сенің үмітіміз ертеңгі,
Қазақстан-келешектің мекені.
Дарқан далам- сенің, менің қуатым,
Ата-бабам-сақтаған жез қанатым.
Салт-дәстүр, дініміз бен тіліміз,
Бола бермек мәңгі менің жалауым.

Тұғырың биік болсын, менің Қазақстаным!

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Оразбаева Ф.Ш. Тілдік қатынас: Теориясы және әдістемесі. Алматы, 2000ж.
2. Қадашева Қ. Қазақ тілін оқыту әдістемесі. Алматы, Мұрагер, 2005ж.
3. Қазақ және әлем әдебиеті №4, 2004
4. «Білімдегі жаңалық» журналы №2,3 2008ж.
5. Ф. Оразбаева «Тілдік қатынас» Сөздік –словарь; Алматы 2005 ж
6. Оразбаева Ф.Ш. Тілдік қатынас негіздері. – Алматы: Сөздік-Словарь, 2005. – 272 б.
7. Байтұрсынов А. Тіл тағылымы. – Алматы: Ана тілі, 1999. – 448 б.
8. Р.Сыздықова. Қазақ әдеби тілінің тарихы. Алматы, 1993
9. С.Мырзабек. Қазақ тілініңайтылым сөздігі. Алматы, 2001
10. Ш.Сарыбаев. Қазақ тіл білімі мәселелері. Алматы, 2000

WHY DO MEDICAL WORKERS NEED ENGLISH LANGUAGE?

Kurmasheva A.E.

Scientific adviser Zholavanova M.S.

At present, knowledge of foreign languages, especially English, is a necessity for a modern educated person for many reasons, including the reason that the foreign language enriches and disciplines the mind, expands knowledge about the culture, history, traditions and customs of the country of the studied language. English language proficiency provides a wide range of opportunities, ranging from simple communication with friends and obtaining professionally relevant information on the Internet before realizing the potential employment opportunities for prestigious high-paying jobs. Knowledge of foreign languages allows establishing broad educational, cultural and professional contacts. In the modern world, where the borders of different countries are becoming more and more easily overcome, especially for specialists in the field of medicine, the importance of English in this sphere increases. Globalization and the accelerating exchange of information require knowledge of the language of international communication and, in particular, its special terminology and usage patterns in medical and related fields.

English for medical professionals is a special type of education for the students with high school, academic or technical degree, and who are already at a certain level of proficiency when it comes to the English language. This is the trade that is highly in demand abroad.

Over the last couple of years, trained medical professionals are in demand in Austria, Germany and Norway, where, apart from the fluency in native language, fluency in English as a world language is necessary as well. Of course, medicine as a field requires, apart from the Latin terminology which is the same across the world, special education and a higher level of English, so that you can properly progress in your career and business.

No matter your specialty, as a medical professional, your foremost concern should always be the tongue. It is the tongue – and the language that is generated by it – that allows health providers to communicate with patients and medical colleagues, speak at seminars and medical meetings, and – ultimately – how to read and write medical papers.

Why do medical workers need English language ?

7 reasons

1. Find a well-paid job abroad
2. Understand the instructions for the operation of equipment, descriptions of foreign medicinal products, articles on medical topics in foreign scientific journals.
3. Participate in international conferences and symposia.
4. To conduct a discussion with foreign colleagues and defend your position.
5. To carry out successful interaction with patients-foreigners (give advice and recommendations, explain various procedures)
6. Observe all the rules of documentation in English.
7. To conduct business correspondence in English.

All this, then, explains why it is important to learn medical English. In so doing, medical professionals of all types – general practice physicians, specialists, nurses, pharmacists, paramedics, and even medical volunteers – will be better able to meet the needs of their patients, be better equipped to console the loved ones of their patients, and be better prepared to communicate with other medical professionals who speak English. Given the obvious advantages, it is easier to understand why you should learn medical English than it is to understand exactly how. Fortunately, a growing number of English language programs are offered throughout the English-speaking world to meet the needs of aspiring medical professionals.

As specialized programs, designed to foster the ability to communicate in English in a hospital or clinical setting, students should already have mastery of general (conversational) English at an intermediate or advanced level and be ready to add to their working knowledge of the language. In much the same way, because the focus is on language and not science, students should have an understanding of anatomy, of physiology, and indeed of their medical concentration in general in their native language.

Importance of English for Medical Purpose Language has always been a matter of concern, especially when you are a student in search of a better career and ultimately a good job and handsome salary. We must accept that we are conscious about the importance of English Language and since most of us are now willing to pursue Medical, we should be aware of how important it is to know English. As far as the medicine field is concerned, there is no recognized discipline that is called medical linguistics, but perhaps there ought to be one. True that the language of medicine offers some intriguing challenges both for the patients as well as the doctors, it has also been witnessed that there is a lack of communication between the doctor and his patient. The very reason for which is Language. On a very serious note, we need not to know what the history of medicine is but we need to ponder about the present as well as the future; and the fact is that today all the most influential medical journals and magazines are written in English, and it has also become the language of International Conferences. We as human beings have now entered into the era where English for Medical is important and is one of the most important aspect of your life, an era where all the doctors have unanimously chosen one common

language of communication within themselves and with their patients. Things are different whether you think from a doctor's point of view or from a patient's point of view. Where most of the doctors prefer to speak in the language that is common to all, some do fair with the patients who cannot communicate very fluently in English. But things are a little different from a patient point of view, sometimes the whole thing takes a really weird turn. While some people prefer talking in their native tongue to their doctors because they think they can better explain the problem this way, other cringe if a doctor doesn't know how to speak English very fluently. After a complete research and analysis, it is now acceptable that if the books are written in English, the syllabus is taught in English and even the exams are conducted in English, then students must simply have a working knowledge of the language. On a whole, 'English is the cut-off language for medical purposes and it should be a compulsory subject along with Anatomy, Biochemistry etc.

1. Do presentations

This is the most practical example of combining what is necessary for a doctor, with what is integral to using a new language. Medical personal need to do presentations in many aspects of everyday work from interviewing a patient; to informing a relative; to medical conferences and talks. When learning English, try to communicate a topic with your teacher or fellow medical learners. This will allow for easy assessment as to your capabilities and progress with English, as well as continual practice of a skill you will need to use most often in your profession.

2. But, remember to do both oral and written learning

While mastering presentations will be the key to your success, English for medical purposes cannot only be oral as paper work and the writing of medical journals comes hand in hand with spoken English. Equally, a language should never be learnt in only one dimension, but through exercises and assessment in reading, writing, speaking and listening.

3. Learn from your peers

Hospitals can be cliquey; English shouldn't be. Fellow peers in varying fields within the medical profession can be the perfect tool to gaining better insight into English for your career. Not only are you learning English, but you are learning it within a complex and in-depth field – medicine. It is possible to learn from your peers whether they are a porter, nurse, doctor, surgeon or a head of department. Furthermore; with advancements in technology, it is no longer necessary to be confined to a classroom and it's possible to use emails, web links, online threads and more to communicate and learn with others in your industry. English could become an fundamental part of hospital training and serve to boost communications greatly aiding the profession.

Learning a foreign language is not just a tribute to fashion, but a continuous process of obtaining knowledge, which is indispensable in the modern world. That is why it is very important to learn languages - this is a huge leap in development not only on a professional level, but also personal growth of the individual, due to which education increases and the circle of interests stimulating self-development increases.

Learning a foreign language, a person becomes more intelligent. It responds more readily to any changed external factors. Such people find answers to the questions posed much more quickly than those who have always taught and spoke only in their native language. Scientists have proved that the study of languages leads to the growth of some parts of the brain.

The list of the used sources:

1. Ron Howard. Professional English in Use. Cambridge: Cambridge University, 2010. p. 107.
2. Sam McCarter. Medicine Teacher's Resource book. Oxford, 2014. p. 78.
3. Steven S. Agabegi. New York, 2012. p. 115

4. Salager-Meyer F. Origin and development of English for Medical Purposes. Part I: Research on written medical discourse. *Medical Writing* 2014;23(1):46–48.
5. Maclean J, Santos Betancourt Z, Hunter A. The evolution of an ESP programme in Cuba. *English for Specific Purposes* 2000;19:17–30.
6. Maclean J. Professional preparation: a technique for LSP teacher education. In: Howard R, Brown G, editors. *Teacher education for LSP*. Clevedon, UK: Multilingual Matters; 1997. p. 158–75.
7. Shi L, Corcos R, Storey A. Using student performance data to develop an English course for clinical training. *English for Specific Purposes* 2001;20:267–91. DOI:
8. Basturkmen H. *Developing courses in English for specific purposes 2010*. Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2010.
9. Hussin V. An ESP program for students of nursing. In: Orr T, editor. *English for specific purposes*. Alexandria, VA: TESOL; 2004. p. 25–40.
10. Dubois BL. The use of slides in biomedical speeches. *ESP Journal* 1980;1:45–50.

ҚАЗАҚ ТІЛІ – МӘНГІЛІК ЕЛДІҢ ЖАСАМПАЗЫ

Нурекенова Б.

Ғылыми жетекшісі Муслимова Баян Оралбековна

Халық тәуелсіздігінің ең басты белгісі – оның ана тілі, ұлттық мәдениеті. Өзінің ана тілі, ұлттық мәдениеті жоқ ел өз алдына мемлекет болып өмір сүре алмайды. Дүниедегі барлық халық тәуелсіздікке ұлттық қадір-қасиетін, мәдениетін, ана тілін сақтап қалу үшін ұмтылады. Сондықтан, қазақ тілінің тарихы әртүрлі кезеңдерді бастан кешкен қазақ халқының тарихымен тығыз байланысты. Оның қалыптасуға бет алуы XI-XII ғасырлардағы Түрік қағанатының пайда болу кезеңінен басталып, XV ғасырдағы қазақ хандығы тұсында әбден қалыптасып болған еді. Қазақ тілі тарихы – түркітанудағы күрделі мәселелердің бірі. Әдетте, тіл тарихы ұлт тарихымен сабақтас өріледі.

Қазақ жұртының Еуразия кеңістігіндегі көне халықтардың бірі екені анық. «Қазақ» аталатын бір тұтас халық XV-XVI ғасырларда қалыптасса да «қазақ» этнонимі ерте замандардан мәлім болған. XI ғасырда өмір сүрген ұлы шайыр Фирдоуси шығармаларында «қазақ» сөзі этнос мағынасында қолданылған. Тарихы осылай тереңге тартқан қазақ жұртының тілінің тарихы да қатпарлы дүние. Қазақ тіл білімінің тарихы шартты түрде: а) ұлттық тіл білімі қалыптасқанға дейінгі кезең; ә) ұлттық тіл білімі қалыптасқан кезең болып екіге бөлінеді. Ұлттық тіл білімі қалыптасқанға дейінгі кезең XIX ғасырдың екінші жартысында қазақ тілінің лексикографиялық жұмыстары қауырт қолға алынып, дами бастады. Сондай-ақ, сол кезеңде 40-қа жуық сөздік жарық көрді. Ұлттық тіл білімі қалыптаса бастаған кезеңнің өзі: а) қуғын-сүргінге дейінгі кезең (1912-29); ә) қуғын-сүргіннен кейінгі кезең (1930-88) болып екіге бөлінеді. Қазақ тіл білімінің ғылым ретінде қалыптасып, дамуы А.Байтұрсыновтың есімімен тығыз байланысты. Оның қазақ тілі оқулығы ретінде жазған «Тіл-құрал» атты еңбегінде, мақалалары мен баяндамаларында тіл білімінің өзекті мәселелері сөз болады. XIX ғасырдың екінші жартысында Ы.Алтынсарин қазақ жазуын орыс графикасына негіздеуге талпыныс жасаса, XX ғасырдың басында А.Байтұрсынов қолданылып келген араб графикасын жетілдіре отырып, қазақ жазуына икемдеді.

Тіл тарихы және диалектология жеке ғылым ретінде қалыптаса қоймаса да, жекелеген мақалаларда тіл тарихы, диалектология мәселелері сөз болады. Мысалы,

Аймауытовтың «Тіл туралы» («Еңбекші қазақ», 1926, 9 наурыз), «Әдебиет тілі мен емле» («Еңбекші қазақ», 1929, 12 мамыр), Кемеңгеровтің «Қазақша-орысша тілмаш туралы түсінік» («Еңбекші қазақ», 1926, 24 қараша), «Дұрыс па? Бұрыс па?» («Еңбекші қазақ» 1926, 10 қараша), т.б. мақалаларында жергілікті тіл ерекшеліктері, кейбір сөздердің этимологиясы сөз болады. XX ғ. басында орта мектеп пен педагогикалық училищелерге арналған грамматикалық ғылыми еңбектер, сөздіктер басылып шықты. 1946 жылы Қазақстан ғылым академиясының құрылуы, оның құрамында Тіл және әдебиет институтының ұйымдастырылуы, 1961 жылдан Тіл білімі институтының бөлініп шығуы – қазақ тіл білімінің көптеген мәселелерін шешуге, ғылыми зерттеу жұмыстарының жан-жақты жүргізілуіне, мамандардың көптеп даярлануына жағдай туғызды. 1920-30 жылдардағы әдеби тілдің жай-күйі, өзіндік ерекшеліктері, жартастағы жазулар, эпиграфиялық ескерткіштер қарастырылды. Осының негізінде «Қазақ тілі тарихы мен диалектологиясы» атты 7 жинақ шықты. Диалектологиялық атластар жасалды. Тіл мәдениеті және стилистика саласындағы іргелі зерттеулер 1960 жылдан басталады. 1969 жылы Тіл білімі институтының жанынан Тіл мәдениеті бөлімі құрылғаннан кейін зерттеулер жүйелене түсті. Фольклор тілі, көркем әдебиет тілі 1970 жылдан бастап зерттелді. 1991 жылдан кейінгі қазақ тіл білімінің негізгі бағыттары: жалпыхалықтық тілдің, оның ішінде, әдеби тілдің тарихын жасау, Қазақстан аумағындағы түрлі ұлт тілдерінің өзара әсерін, қостілділік, көптілділік барысын зерттеу, жеке жазушылардың сөздігін жасау, қазақ тілінің тарихи грамматикасын жазу, диалектологиялық атлас жасау, тілдің дыбыстық жүйесін тәжірибелік тұрғыда зерттеу, шет ел сөздерінің сөздігін жасау, әртүрлі ғылым салаларына байланысты толық атаулық сөздіктер шығару, лексикография теориясындағы мәселелерді шешу, көркем әдебиет, фольклор тілін, тіл мәдениеті мен стилистика мәселелерін дамыту, қазақ тілінің дыбыс жүйесін синхрония және диахрония тұрғысынан құрылымдық, математика, лингвистиканы әдістер арқылы жан-жақты зерттеу болса, бүгінгі таңда іске асып жатыр.

Басқа түркі тілдерімен салыстырғанда, сөздік қоры жөнінен қазақ тілі – ежелгі таза қалпын сақтап келе жатқан тілдердің бірі. Қалыптасудың барлық сатыларын бастан кешірген ана тіліміз – мейлінше жетілген ұлттық тіл. Ежелгі бабаларымыздың тарихы, шежіресі және түрлі әдеби мұралары бүгінгі ұрпаққа өзіміздің осы ана тіліміз арқылы жетіп отыр. Өткен ғасырда қазақтың бас бостандығы үшін күресіп, құрбандығы болған қайраткеріміз Жүсіпбек Аймауытов: «Ана тілі – жүректің терең сырларын, басынан кешкен дәуірлерін, қысқасы жанның барлық толқындарын ұрпақтан-ұрпаққа жеткізіп, сақтап отыратын қазына» – деген екен. Елбасы Н.Ә.Назарбаев «Қазақстанның болашағы – қазақ тілінде» деген тұжырымдаманы үнемі айтып келеді. Қазақ тілі мәселесі мемлекеттік деңгейге көтерілген кейінгі жылдары бұқара жұртшылық та ана тілі үшін белсенділік танытуда. Бүгінде елімізде ұлтты ұйыстыру мен халықты біріктірудің басты факторына айналып отырған – мемлекеттік тіл екендігі баршамызға белгілі. Ең бастысы, бүгінгі жаңа қоғам, жаңа дәуірде қазақ тілінің қажеттілігі орныға бастады. Мемлекеттік тілді білу, оны меңгеру уақыт талабына айналды.

Тілдерді қолдану мен дамытудың 2011-2020 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы қабылданып, оны іске асыруда облыстық, аудандық іс-шаралар жоспары бекітіліп, жүзеге асырылуда. Бұл бағдарламада мемлекеттік қызметте, қоғамдық-саяси және әлеуметтік-кәсіпкерлік саласының барлық бағыттарында мемлекеттік тілді батыл қолданысқа енгізу көзделген. Елбасымыз өзінің «Қазақстан-2050 стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты халыққа арнаған Жолдауында тіл жөнінде: «Біз алдағы уақытта да мемлекеттік тілді дамыту жөніндегі кешенді шараларды жүзеге асыруды табандылықпен жалғастыра береміз. Кез келген тіл өзге тілмен қарым-қатынасқа түскенде ғана өсіп, өркен жаятынын әрдайым есте сақтаған жөн. Қазақ тілі – біздің рухани негізіміз. Біздің міндетіміз – оны барлық салада белсенді пайдалана отырып дамыту. Біз ұрпақтарымызға бабаларымыздың сандаған буынының тәжірибесінен өтіп, біздің де үйлесімді үлесімізбен толығымен түсетін қазіргі тілді мұраға қалдыруға тиіспіз. Бұл

– өзін қадірлейтін әрбір адам дербес шешуге тиіс міндет. Мемлекет өз тарапынан мемлекеттік тілдің позициясын нығайту үшін көп жұмыс атқарып келеді. Қазақ тілін кеңінен қолдану жөнінде кешенді шараларды жүзеге асыруды жалғастыру керек» деген болатын. Бүгінгі жаһандану заманда идея құнды, бірақ оны жүзеге асыру әрбір қазақ халқының мәңгілік міндеті екені айқын. Бұл бүгінгі аға буын мен келер буынға жүктелген жүк. Балаларымызға, немерелерімізге ата-бабаларымыздың салт-дәстүрін, еліміздің тарихын, мәдениетін, әдебиетін, тілін қалдыру тәуелсіз мемлекетіміздің іргетасының берік қалануының белгісі болмақ.

Ұрпақ тәрбиесінің маңызына қазақ зер салып, оған ерекше мән берген. Елбасымыз әр жылғы Жолдауларында ұдайы тілге тиек етіп келеді. «Қазақстандық жол – 2050: Бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» Жолдауын да Н.Ә.Назарбаев қазақ тілі туралы өзінің өте кең көлемдегі ойын жеткізіп айтты. Ал, ел мен тіл – егіз ұғым. Мәңгілік сөзі бабалардан мирас болып келе жатқан мәңгі өлмейтін қазынамыздың бірі – ана тілімен де тығыз байланысты. Олай болса, мәңгілік елдің онымен қатар жасап, бірге дамитын мәңгілік тілі болуы да шарт. Біздің мәңгілік, мемлекеттік тіліміз – қазақ тілі. Мемлекеттік тіл – мемлекеттің бүкіл аумағында, қоғамдық қатынастардың барлық салаларында қолданатын тіл болғандықтан, жүргізілетін барлық іс-қағаздары мен құжаттар мемлекеттік тілде болуы тиіс. Өйткені, өркениетті құлаш ұратын елдің өрісі қашанда білікті де, саналы ұрпақпен кеңеймек. Әлемдегі мүйізі қарағайдай елдердің санатына енуді көздеген халықтың басты мақсаты да сауатты ұрпақ тәрбиелеу. Сауатты ұрпақ тәрбиелеу дегеніміз – өз ана тілінде еркін сөйлей алатын, оны терең меңгерген ұрпақ. Ал ана тілін жақсы білмейінше сауатты сөйлеп, сауатты жазып, тіл байлығын мол қолданбайынша шын мәніндегі мәдениетті адам бола алмайтыны рас. Қазіргі таңда мемлекеттік тілді дамыту жөніндегі кешенді шараларды жүзеге асыруда, тіл жаппай қолданыс тіліне айналар күн де алыс емес. Елбасының «Мәңгілік ел» идеясы барша жастарымызды бір мақсатқа, ортақ мүддеге жұмылдыратын ұранға айналуы тиіс. Олай болса, Елбасы салған сара жолдан таймайық, елдігімізбен туған тіліміз мәңгілік жасай берсін, көк туымыз желбіреп, айбынымыз асқақтай берсін!

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Қазақ тілі. Энциклопедия. Алматы: Қазақстан Республикасы Білім, мәдениет және денсаулық сақтау министрлігі, Қазақстан даму институты, 1998 жыл, 509 бет.
2. Жұбанов Қ. Қазақ тілі жөніндегі зерттеулер. Алматы, 2010.
3. Әбілқасымов Б., Алғашқы қазақ газеттерінің тілі //Жинақ: Қазақ тілі жөніндегі революциядан бұрынғы зерттеулер, 1993.
- 4.Құрышжанов Ә., «Кітаби тіл» материалдарынан//Жинақ: Қазақ тілі тарихы мен диалектологиясы. 1960, 2 шығарма, 72-90 б.

ЧЕХОВ И МЕДИЦИНА

Решетняк С.

Научный руководитель Мустапанова Бакыт Алимгазиевна

Антон Павлович Чехов был не только классиком мировой литературы, но и врачом. В своих произведениях он дал научно оправданное отображение психических и телесных страданий человека, сумел с исключительным реализмом нарисовать внутренний мир тяжелобольного, руководствуясь знаниями и опытом, полученными им в университете и в процессе учебной деятельности. Естественнонаучное мышление и литературный талант органично соединились в писателе, что позволило ему глубже

понимать человеческую психологию и верно изображать душевный мир его героев. В выборе темы решающую роль сыграл личный мотив, так как, решив связать свою дальнейшую жизнь с медициной, а конкретно с психологией, невропатологией и психиатрией, я интуитивно выбрала и тему для литературной исследовательской работы. В данной работе представлены различные точки зрения на влияние медицинского образования на творчество Антона Павловича Чехова, а также описание и анализ некоторых произведений писателя с точки зрения медицины.

Медицинское образование писателя. Антон Павлович Чехов поступил на медицинский факультет Московского университета в 1879 году. Почему он выбрал этот факультет? Биограф Чехова, А. Измайлов, пишет по этому поводу следующее: "...это решение, по-видимому, явилось не случайно, оно было обдуманно: ещё в списке учеников, удостоившихся аттестата зрелости, в графе "В какой университет и по какому факультету желаете поступить" против имени Антона Чехова значится: "В Московский университет по медицинскому факультету". Сам Чехов в своей краткой автобиографии, переданной Г. И. Россолимо, пишет, что не помнит, по каким соображениям он выбрал медицину, но в выборе никогда не раскаивался. В студенческие годы Чехов усердно изучал медицину, аккуратно посещал лекции и практические занятия, успешно сдавал экзамены и в то же время много работал в юмористических журналах. Чехову повезло: на медицинском факультете ему в ту пору довелось слушать лекции корифеев медицины: по терапии - Г. А. Захарьина и А. А. Остроумова, по хирургии - Н. В. Склифосовского, по нервным болезням - А. Я. Кожевникова и др. Ещё в студенческие годы А. П. Чехов устраивал себе "производственную практику" и принимал больных в Чикинской больнице, находившейся в двух километрах от Воскресенска. В ноябре 1884 г. Чехов получил свидетельство, что по надлежащем испытании он определен университетским советом от 15 сентября утверждён в звании уездного лекаря. Студенческие годы позади, и Чехов с удовольствием пишет Н. А. Лейкину, что живет с апломбом, так как ощущает в своём кармане лекарский паспорт. Вскоре на дверях его квартиры появилась дощечка с надписью "доктор А. П. Чехов".

Свою практическую врачебную деятельность Антон Павлович начал в знакомой ему Чикинской земской больнице; некоторое время он заведовал Звенигородской больницей, замещая ушедшего в отпуск врача этой больницы С. П. Успенского. Из Звенигорода он писал Н. А. Лейкину, что волею судеб исправляет должность земского врача. Полдня занят приёмом больных (30-40 человек в день), остальное время отдыхает. Однако много отдыхать Чехову не приходилось, так как он не только принимал больных в земской больнице, но и исполнял должность уездного врача, выезжал с судебным следователем на вскрытия, исполнял поручения местной администрации, выступал экспертом на суде. В период своей врачебной деятельности в Воскресенске и Звенигороде, а затем и в Бабкине Антон Павлович близко наблюдал жизнь местного населения - крестьян, уездной интеллигенции, помещиков. В гуще этой жизни писатель почерпнул сюжеты для рассказов "Беглец", "Хирургия", "Мёртвое тело", "Сирена", "Дочь Альбиона", "Налим", "Ведьма" и др. Бабкинский период - счастливое время жизни писателя. Три года подряд (1885-1887) жил он здесь с семьёй в летние месяцы. М. П. Чехов, вспоминая об этой поре, пишет, что к Антону Павловичу "съезжались и сходились больные со всех окрестных деревень, так что у него образовалось нечто вроде амбулатории с целой аптекой, причём отпускать и развешивать лекарства, а также варить сложные мази лежало на моей обязанности. Антона Павловича как врача не щадили даже по ночам. Один раз за ним приехали из Карцева, за двенадцать вёрст, в грозовую ночь; он захватил с собой и меня" К Чехову обращались пациенты с самыми различными заболеваниями, что вообще было характерно для работы земского врача. Здесь и рахитичные дети, и старухи с сыпью. Есть и семидесятилетняя старуха с рожей руки, и Чехов с тревогой пишет Лейкину, что боится, что придётся иметь дело с рожистым воспалением клетчатки: будут абсцессы, а оперировать старуху ему страшно. Так провёл

Чехов три года в Бабкине. Лето 1888 и 1889 гг. он проводит в имении у Линтварёвых недалеко от г. Сум Харьковской губернии. Чехов едет туда отдыхать, однако твёрдо намерен заниматься и медицинской практикой. Везу с собой медикаменты и мечтаю о гнойниках, отёках, фонарях, поносах, соринках в глазу и о прочей благодати. Летом я обыкновенно принимаю расслабленных, а моя сестрица ассистирует мне. Это работа весёлая"Луках у Линтварёвых, как и в Бабкине, Чехов ежедневно отдавал врачебной работе по несколько часов. В 1890 г. Чехов едет на остров Сахалин. В этой его поездке и в работе на острове сказались лучшие черты Чехова-писателя, врача, гражданина. Поселившись в 1892 г. в своём имении в Мелихове, Чехов установил регулярный приём больных."Поселившись в Мелихове, - вспоминает В. И. Немирович-Данченко, - Чехов увлёкся службой земского врача, совершенно бескорыстно. Работал очень много. Как всегда аккуратный и в переписке, и со своими бумагами, он и здесь вёл систематическую статистику. Краткую *curriculum morbi* он записывал на отдельном листке в четвертушку. Помню номер верхнего листка - 738...И потом, когда Чехов перестал быть земским врачом, он как ещё и ранее, любил свою первую специальность..."Об этом же свидетельствует и Михаил Павлович Чехов:"С первых же дней, как Антон Павлович переселился в Мелихово, к нему стали стекаться больные за 25 верст. Приходили, привозили больных на телегах и далеко увозили самого Антона Павловича к больным. С самого раннего утра перед его домом уже стояли бабы и дети и ждали от него медицинской помощи. Он выходил, выслушивал, выстукивал и никого не отпускал без совета и без лекарства; его постоянной "ассистенткой" была сестра Мария Павловна. Расход на лекарства у него был довольно порядочный, так как приходилось держать целую аптеку. Будили его и ночам..."Т. Л. Щепкина-Куперник пишет, что каждое лето, куда бы Чехов ни попадал, "он или лечил крестьян, или работал в местных больницах, безвозмездно, не упуская случая пополнить своё медицинское образование. Когда он попал в Мелихово, слава его как врача разнеслась на всю округу... Особенно напряжённо работал Чехов-врач в 1892-1893 гг., когда на Серпуховский уезд надвигалась холера. В этот момент, по образному выражению известного земского врача и статистика П. И. Куркина, Чехов немедленно стал "под ружьё" Он и врач, принявший в течение 1892 г. до 1000 больных, он и организатор борьбы с эпидемией, и активный участник уездного санитарного совета, причём, по свидетельству Куркина, не пропустил ни одного его заседания. Близкое знакомство Чехова с земскими врачами дало возможность Чехову писателю отразить их жизнь в ряде замечательных произведений - в рассказах "Враги", "Неприятность", "Княгиня", в пьесе "дядя Ваня" и др.

На протяжении всей своей жизни, вплоть до ялтинского периода, когда Чехов был уже тяжело болен, он много времени отдавал практической медицине. Уже будучи знаменитым писателем, Чехов продолжал оставаться и врачом-практиком. Об этом следует писать не только потому, что эта сторона жизни А. П. Чехова освещена недостаточно, но и потому ещё, что некоторые биографы Чехова считают, что, став писателем, он практической медициной занимался, между прочим, дилетантски, что работа врача тяготила его. Антон Павлович как-то писал Суворину: "Медицина - моя законная жена, а литература - любовница. Когда надоеет одна, ночью у другой". Эта фраза дала повод некоторым биографам Чехова, в первую очередь В. М. Фриче говорить о том, что литературу Чехов любил, а медициной тяготился. Посмотрим, как эта фраза звучит, не будучи выхваченной из текста письма."Вы советуете мне, - пишет А. П. Чехов Суворину, - не гоняться за двумя зайцами и не помышлять о занятиях медициной. Я не знаю, почему нельзя гнаться за двумя зайцами даже в буквальном значении этих слов? Были бы гончие, а гнаться можно..." И далее " чувствую себя бодрее и довольнее собой, когда сознаю, что у меня два дела, а не одно. Медицина моя законная жена, а литература - любовница. Когда надоеет одна, я ночью у другой. Это хотя и беспорядочно, но зато не так скучно, да и к тому же от моего вероломства обе решительно ничего не теряют..."Таким образом, мы видим, что Чехов далёк был от того, чтобы придавать этой

фразе то значение, какое приписал ей В.М.Фриче. Наоборот, Чехов прямо заявляет, что у него хватит сил "гоняться за двумя зайцами", и что ни литература, ни медицина от этого не пострадают. Утверждая, что Чехов не был и не мог быть хорошим врачом и что медицина его тяготила, биографы Чехова говорят о том, что Антон Павлович в первую очередь был писателем и поэтому всем остальным мог заниматься только между прочим. Мешала ли медицина Чехову-писателю? И мешала, и помогала. Мешала потому, что отнимала драгоценное время и силы от самого важного и главного в его жизни - писательства. Но медицина и помогала Чехову, ибо, по его собственному признанию, обогащала его научным пониманием психологии человека и интимных сторон его внутреннего мира. Сам Чехов на этот вопрос отвечал по-разному. Так, в письме к писателю Д.В.Григоровичу он писал: "...Я врач и по уши втянулся в свою медицину, так что поговорка о двух зайцах никому другому не мешала так спать, как мне" Врачу И.И.Островскому Чехов писал из Лопасни: "Медицина - моя законная жена, литература - незаконная. Обе, конечно, мешают друг другу, но не настолько, чтобы исключить друг друга" Примерно в таком же духе Антон Павлович писал и Суворину, когда речь шла о совмещении медицины и литературной деятельности. Знание медицины оказало большое влияние на творчество Чехова. Во многих его произведениях затрагиваются вопросы медицины, он создаёт целую галерею образов врачей. Возникает вопрос: в какой же мере Чехов-врач "влият" на Чехова-писателя. М. Горький вспоминает, что Л. Н. Толстой, высоко ценивший писательский талант Чехова сказал как-то: "Ему мешает медицина, не будь он врачом, - писал бы лучше Чехов, наоборот, считал, что медицинские, естественнонаучные знания помогли ему избежать многих ошибок в писательской деятельности, более верно, глубоко раскрыть мир чувств и переживаний героев его произведений. Антон Павлович Чехов считал себя прежде всего врачом. О себе он говорил: "Я же больше врач, чем писатель..."

Внутренний мир человека с точки зрения психиатрии в произведениях Чехова. Медицина занимала большое место в жизни А.П.Чехова. Особый интерес для него, великого художника-психолога, всегда представляла психиатрия, которую, по его мнению, должен был бы знать каждый писатель. Чехов-художник с большой глубиной раскрывал психологию своих героев, их чувства и переживания, с такой научной вероятностью показывал психопатологию человека, что это граничило с точностью клинического описания. Однако изображение больной и здоровой психики никогда не было для Чехова самоцелью: оно давало ему материал для художественного творчества и больших социальных обобщений, для беспощадного разоблачения уродливых явлений современной ему действительности ("Припадок", "Палата" "дуэль", "Чёрный монах", пьеса "Иванов" и др.).

Палата №6". В рассказе "Палата 1 Чехов рисует глухой провинциальный городок дореволюционной России. В земской больнице этого городка есть палата №6, в которой помещены психически больные люди. Обитатели этой палаты отданы в полную власть больничного сторожа Никиты, человека грубого, обирающего и безжалостно избивающего больных. Чехов с большим реалистическим мастерством нарисовал картины жизни городка, больницы, палаты №6 Они воспринимались читателем как символическое изображение жизни тогдашней России, русского народа, беспощадно угнетаемого самодержавием. Рассказ "Палата №6" был восторженно встречен передовыми людьми России того времени. А.И.Ульянова-Елизарова рассказывает о том, какое большое впечатление произвело это произведение на Владимира Ильича Ленина. "Когда я дочитал вчера этот рассказ, - сказал ей Владимир Ильич, - мне стало прямо-таки жутко, я не мог оставаться в своей комнате, я встал и вышел, У меня было такое ощущение, точно и я заперт в палате №6". Пользуясь знанием психопатологии человека и владея в совершенстве психологическим анализом людей, утративших душевное равновесие, Чехов в "Палате №6" рисует картины и образ, заключающие в себе большие социальные обобщения.

"Человек в футляре". Среди сатирических образов, получивших необычайно большое социальное значение, выделяется образ учителя Беликова, главного героя рассказа "Человек в футляре". Учитель гимназии Беликов с его вечной боязнью "как бы чего не вышло", державший в страхе в течение многих лет не только гимназию, но и весь город, не случайно стал остро сатирическим социальным образом. В лепке этого образа Чехов проявил себя не только тонким психологом, но и художником, глубоко понимавшим жизнь современного ему общества. Однако образ Беликова может представить социальный интерес лишь в том случае, если он не является образом психического больного. И.М.Гейзер пишет так: "Врачи-психиатры могут найти много интересного для себя в произведениях Чехова, и доктор М.П.Никитин, психиатр по специальности, мог с полным правом заявить, что психиатры должны считать Чехова своим союзником в деле обозначения тех язв, борьба с которыми составляет призвание и задачи психиатров". Как же расценивает М.П.Никитин образ "Человека в футляре"? "...для психиатров Беликов, - считает М.П.Никитин, - кроме своего значения как карикатуры, представляется, кроме того, человеком душевнобольным. В лице его мы узнаём знакомую фигуру одного из тех преследуемых преследователей, которые, не будучи душевнобольными, нередко играют видную и, в большинстве случаев, печальную роль в общественной жизни... Вопрос о них составляет один из существенных вопросов общественной психиатрии, и художнику, который ставит подобный вопрос перед обществом, мы считаем себя вправе протянуть руку, как соратнику". Рисуя Беликова, Чехов придал ему ряд черт, отличающих его от окружающих его лиц, но заслуга художника-психолога и заключается в том, что он выбирает характерные для своего героя черты и максимально заостряет их. "У этого человека наблюдалось постоянное и непреодолимое стремление окружить себя оболочкой, создать себе, так сказать, футляр, который уединил бы его, защитил бы от внешних влияний. Действительность раздражала его, пугала, держала в постоянной тревоге". И дальше: "Ложась спать, он укрывался с головой... И было страшно под одеялом. Он боялся, как бы чего не вышло...". Это не черты психического больного. Это черты человека, которому трудно найти контакт с окружающими. И лечение такой болезни осуществляется, прежде всего, воздействием общества.

"Чёрный монах". Идея рассказа А. П. Чехова "Чёрный монах" близка к идее "Палаты №6". Чехов рассказывает здесь о том, как жизнь пошлая, мещанская губит хороших благородных людей, развивает мысль о слабости и бессилии этих людей в борьбе со злом и несправедливостью, потому что они не знали верных путей, которые могли привести к преобразованию жизни на новых началах. Все эти злободневные для того времени проблемы Чехов раскрывает в истории магистра Коврина, заболевшего манией величия. При первом чтении рассказа может показаться, что Чехова больше всего интересовала именно история болезни Коврина - так подробно и вдумчиво изображает он её от самого начала до гибели героя, так полно мотивирует все действия и поступки больного. Но эта "история болезни" Коврина перерастает в обобщение большой социальной силы. Магистр философии Коврин, утомлённый беспокойной городской жизнью и напряжённой умственной работой, приезжает в имение своего опекуна Песоцкого, чтобы отдохнуть и поправить своё здоровье. Однако и здесь он продолжает вести прежний образ жизни - очень много работает, читает зачастую сутками напролёт, мало спит... Он постоянно находится в состоянии очень сильного нервного напряжения, испытывает какой-то небывалый нервный подъём. Так Чехов постепенно раскрывает перед читателем причины психического заболевания Коврина. Яркая художественная изобразительность сочетается здесь с научной точностью описания начавшейся болезни. Сам Чехов впоследствии писал М.Меньшикову, что ""Чёрный монах" - это рассказ медицинский - история болезни. Трактуются в нём мания величия". Гуляя как-то вечером по саду с Таней, дочерью Песоцкого, Коврин рассказал ей легенду о черном монахе - о мираже, который носится во Вселенной и скоро должен появиться в земной атмосфере.

Оставшись один, Коврин мучительно пытается вспомнить, где же это, когда и от кого услышал он легенду о чёрном монахе... Вдруг, точно смерч, поднялся с земли высокий столб, который понёсся мимо него. Коврин увидел чёрного монаха, который кивнул ему головой и, ласково улыбнувшись, исчез. У Коврина начинаются галлюцинации. Он часто видит теперь чёрного монаха, который говорит ему, что он, Коврин личность, "избранник божий", что вся его деятельность посвящена самому разумному и прекрасному на Земле. Чёрный монах говорит Коврину и о том, что он принадлежит к людям, которые введут человечество в царство вечной правды. Эти галлюцинации - встречи с чёрным монахом - делаются всё чаще и чаще. Коврин заболевает манией величия. И в изображении бреда Коврина также поражает тонкое переплетение глубокой художественности и медицинской точности. Однако описание болезни героя Чехов использует и для того, чтобы острее, ярче раскрыть идею рассказа. Когда Коврин был болен, он верил в свою индивидуальную исключительность, им владели мысли о деятельности во имя счастья людей. "Быть избранником, служить вечной правде, стоять в ряду тех, которые на несколько тысяч лет раньше сделают человечество достойным царства Божия, то есть избавят людей от нескольких тысяч лет борьбы, греха и страданий, отдать идее всё - молодость, силы, здоровье, быть готовым умереть для общего блага, - какой высокий, какой счастливый удел!" - думал Коврин. Близкие Коврина заметили, что он болен, и начали лечить его. Он должен был прервать свою научную деятельность. Но, избавившись от галлюцинаций, Коврин затосковал - жизнь сытая, спокойная показалась ему скучной и ординарной. Он становится жестоким, грубым к близким, разрушает жизнь своей жены, Тани Песоцкой, забывает о прежних своих мечтах и идеалах. И только в последние мгновения своей жизни, перед смертью, когда его снова посещает чёрный монах, Коврин становится таким, каким был раньше. Он зовёт красоту и поэзию прежней жизни, с восторгом вспоминает о своей молодости, о любви в человечестве, которая жила в его сердце. Изображая последние годы жизни Коврина, заполненные узколичными заботами и мечтами, Чехов рисует внутреннее перерождение и опустошённость Коврина. Были отдельные предположения, что "Чёрный монах" написан под влиянием нервного заболевания писателя. Своё отношение к таким предположениям Чехов довольно недвусмысленно выразил в письме к Суворину от 25 января 1904 г.: "Чёрного монаха" писал я без всяких унылых мыслей, по холодном размышлении. Просто пришла охота изобразить манию величия. Монах же, несущийся через поле, приснился мне, и я, проснувшись, утром рассказал о нём Мише. Рассказы Чехова "Палата №6", "Человек в футляре" и "Чёрный монах" со всей убедительностью показывают, что знание медицины, и в первую очередь психиатрии, помогло писателю лучше и глубже изображать психический мир человека.

Телесный недуг в художественном изображении писателя. Французский врач Анри Бернар Дюкло посвятил свою докторскую диссертацию теме "Антон Чехов - врач и писатель". "В творчестве Чехова, - писал Дюкло, - множество больных, есть и описания отдельных случаев и клинические наблюдения. Но нас интересуют не патологические и эпидемиологические подробности, а то меньше, с каким Чехов несколькими штрихами, несколькими словами, даже не прибегая к научным терминам, даёт возможность читателю-медику распознать симптомы болезни и поставить диагноз. Если бы автор сам не был врачом, он поступал бы противоположным образом: он называл бы болезнь, не вдаваясь в подробности, или взял бы какое-нибудь руководство по патологии и выписывал оттуда различные симптомы, ничего в них не понимая, как это делал Золя... Писателю недостаточно видеть людей, он должен уметь наблюдать и схватывать их важнейшие черты. Так именно и поступает Чехов, который избегает приводить диагноз болезни и чаще всего заменяет медицинскую терминологию выражениями, почерпнутыми из бытовой речи. В этом сказывается манера Чехова: объективное и точное описание характерных деталей без явного показа авторского отношения" Для изображения больного Чехов никогда не прибегал к детализации, как это делали И. С.

Тургенев, Л. Н. Толстой и другие. Рисуя образ больного человека, писатель использовал ту манеру, которую он открыл в литературе, - изображение пейзажа или человека несколькими скупыми, но характерными только для такого пейзажа или только для такого человека штрихами. Эту манеру Чехов применил также при изображении больного человека. Так, например, описывая страдающего чахоткой учителя в одноимённом рассказе, он не даёт трафаретный портрет истощённого человека с красными пятнами на лице и блестящими глазами, как это было принято до него. Он приводит такие черты: больной утомился при надевании парадного костюма. Когда же больному принесли штиблеты, то у него не хватило сил натянуть их на ноги, пришлось полежать и выпить воды. Вторая деталь: больного учителя ожидают на банкете у директора фабрики, где его должны чествовать, но у самого входа в квартиру к директору он вдруг закашлялся. От кашлевых толчков с головы слетела фуражка, из рук вывалилась палка. Выбежавшие из квартиры нашли его сидящим на ступени и обливающимся потом... Писатель нарисовал портрет очень больного человека. В. Ермилов очень точно сказал: "Чехов - гениальный живописец словом". Он отметил необычайно художественное и удивительно скупое изображение Чеховым смерти ребёнка ("Враги"). Жена врача Кирилова склонилась над своим сыном. "На кровати, у самого окна лежал мальчик с открытыми глазами и удивлённым выражением лица. Он не двигался, но открытые глаза его, казалось, с каждым мгновением всё более темнели и уходили во внутрь черепа...". Так написать мог только "гениальный живописец словом" и врач. В рассказе "Чёрный монах", о котором речь шла выше, психическая болезнь магистра Коврина явилась результатом его неудовлетворённого стремления к величию. Доведённые болезнью до предела отрицательные стороны его характера разрушили его семью. Психическая же болезнь вызвала у самого Коврина чахотку. "У него горлом шла кровь. Он плевал кровью, но случалось раза два в месяц, что она текла обильно, и тогда он чрезвычайно слабел и впадал в сонливое состояние. Эта болезнь не особенно пугала его, так как ему было известно, что его покойная мать жила с точно такой же болезнью десять лет, даже больше; и доктора уверяли, что это не опасно и советовали только не волноваться, вести правильную жизнь и поменьше говорить". Описанные в "Чёрном монахе" ощущения Коврина, предшествующие кровотечениям, были хорошо знакомы писателю. Поэтому он так правдиво передаёт то беспокойство, похожее на страх, которое предшествует кровоизлиянию из лёгкого. Писателю были знакомы также слабость и сонливое состояние, наступающие после кровотечения. Слова - "эта болезнь не особенно пугала..." и т.д. повторяют рассуждения Чехова о своём недуге. Медицинское образование и врачебная практика позволяли Чехову расширять круг своих наблюдений и брать из того, что он видел, самое необходимое для своего литературного творчества.

Антон Павлович Чехов близок и дорог нам как величайший земляк и замечательный писатель. Но не следует забывать, что Чехов, несомненно, был образованным врачом своего времени. Медицинские, естественнонаучные знания обогатили его творчество и позволили ему глубже проникнуть в психологию своих героев, вернее изображать её.

Воспитанный на передовых идеях русской медицины, Чехов в своих художественных произведениях раскрывал причины массовых болезней и показывал, что пути их преодоления лежат в изменении социальных условий жизни трудящихся масс, в оздоровлении условий их труда и быта.

Чехову в своих произведениях удалось изобразить больного человека с помощью слов и выражений, понятных для рядового читателя, не прибегая к помощи научных терминов и определений. В этом-то и заключается главный талант Чехова-писателя и Чехова-врача.

Список использованной литературы:

1. Гейзер М.И. Чехов и медицина. — М.: Медгиз, 1954 — 140 с.
2. Мартынов Д.А. Странички из истории русской хирургической журналистики. А.П. Чехов и П.И. Дьяконов//Вестник хирургии. — 1941 — кн.6.
3. Фриче В.М. А.П. Чехов. Биографический очерк//А.П. Чехов. Полное собрание сочинений. — М., 1930. — т.1. — С. 26
4. Хижняков В.В. Антон Павлович Чехов как врач. — М, 1947. —С. 30
5. Чехова М.П. Из далекого прошлого//Чехов в воспоминаниях современников. — М., 1952.

ҚАЗАҚ ТІЛІНДЕГІ МЕДИЦИНА ТЕРМИНДЕРІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ

Болатова А.Г.

Ғылыми жетекшісі Сексенова Жәнісгуль Мейрамбековна

Бұл тақырыптың өзектілігі бүгінгі күні қазақша медициналық терминологияның дамуын екі кезеңге бөліп қарауға болады: алғашқы кезеңдегі мақсат медициналық терминдердің баламаларын іздестіріп, табу болса, қазіргі кезеңдегі мақсат әртүрлі қолданылып жүрген атауларды бірегейлеп, біріздендіру жұмысы.

Қазақ тілі мемлекеттік мәртебе алған алғашқы жылдардағы негізгі мақсат – латын, грек, орыс тілдеріндегі медициналық терминдердің баламаларын тауып қолдану. Алғашқы кездері қазақшасы жоқ сияқты болып көрінген көптеген терминдердің өз тіліміздегі баламаларының табылғанына қуанатын жағдай. Қазақ тілінде көптеген еңбектердің жарыққа жығуының нәтижесінде, алғашқы кезеңдегі мақсат - медициналық терминдердің баламаларын іздестіріп, табу жұмыстары аяқталып, екінші кезеңнің мақсаты – терминдердің сапасын арттырып, жоғары деңгейге көтеретін, яғни әртүрлі қолданылып жүрген атауларды бірегейлеп, біріздендіретін уақыт келді.

Ана тіліміздің мемлекеттік тіл мәртебесіне ие болуына және республикамыздың тіл туралы заңының екінші рет шығуына байланысты, қоғам өмірінде, оның ішінде медициналық орта білім беру ордаларында қазақ тілінде оқыту, денсаулық сақтау мекемелерінде құжаттар мен іс қағаздарын мемлекеттік тілде жазу күннен – күнге кеңінен қолданылып келеді.

Дегенмен де, тіліміздің толық дамуына медицинаның кейбір салаларында кездесіп жүрген қиындықтар жоқ емес. Атап айтқанда, орта медицина қызметкерлерінің саны дәрігерлерден үш есе көп екені белгілі. Сондықтан осы бағыттағы ұмыт болған мәселені ескере отырып, бірінші рет орта медицина қызметкерлеріне арналған біршама орысша – қазақша медициналық атаулардың қазақ тілінде болмысы болмағандықтан, олардың түсіндірмесі берілген..

Сөздікте медициналық атаулар заманымыздың талабына сай, халықаралық маңызы бар әртүрлі жұмыс саласында жиі кездесетін сөздер өз алдына бөлек берілген. Атап айтқанда, мейірбике ісін басқару, жетекшілік ету, менеджер, менеджмент, отбасы медицина, отбасы мейірбикесі жайлы оқушылар мен студенттердің оқу барысында және жұмыс бабында қолданылатын көптеген атауларды кездестіруге болады.

Сөздік терминкомның соңғы кезде бекітілген жаңа сөздіктермен қатар, ертеден келе жатқан медициналық атаулардың баламаларымен толықтырылған.

Бүгінгі күні қазақша медициналық терминологияның дамуын екі кезеңге бөліп қарауға болады: алғашқы кезеңдегі мақсат медициналық терминдердің баламаларын

іздістіріп, табу болса, қазіргі кезеңдегі мақсат әртүрлі қолданылып жүрген атауларды бірегейлеп, біріздендіру жұмысы.

Кеңес өкіметі саясатының нәтижесінде қазақ тілінің қолданылу аясының тарылғандығы соншалық, білім-ғылымның барлық салаларында, соның ішінде медицина саласында да қазақ тілінде білім беруді бастау үрдісі үлкен қиыншылықтарға кездескені белгілі. Себебі, көптеген медициналық терминдердің қазақ тіліндегі баламалары белгісіз болды. Сондықтан қазақ тілі мемлекеттік мәртебе алған алғашқы жылдардағы негізгі мақсат – латын, грек, орыс тілдеріндегі медициналық терминдердің баламаларын тауып қолдану керек болды. Алғашқы кездері қазақшасы жоқ сияқты болып көрінген көптеген терминдердің өз тіліміздегі баламаларының табылғанына қуандық (лучевая кость-кәрі жілік, череп-бассүйек, фасция-шандыр, подвздошная кишка-мықын ішек, орта-қолқа және т.б.).

Сол 1991 жылғы уақыттан бері, жыл сайын медицинаның барлық салаларында қазақ тілінде жарыққа шығып жатқан оқулықтар, сөздіктер, ғылыми еңбектер саны көбейе түсті, яғни медицина салаларының терминдерін іздестіру, зерттеу жұмыстары қарқынды жүргізілді. Осы уақытта көптеген анатомиялық және клиникалық терминдердің көптеген ұтымды баламалары қолданысқа енді. Сонымен қатар, шығып жатқан еңбектердегі біраз терминдер әрқалай беріліп жүрді. Мысалы: тонкая кишка – аш ішек, жіңішке ішек, ащы ішек; желчный пузырь – өтқуық, өт қалта, өт қапшығы, өт қап, өтқабы және т.с.с. Терминологияның белгілі бір даму кезеңінде терминдердің осылай әртүрлі қолданылуы әлемнің бұрыннан жоғары деңгейде дамыған тілдеріне де (ағылшын,неміс, орыс т.б.) тән құбылыс екенін атап айтқымыз келеді. Терминология мәселелерімен арнайы айналыспаған мамандар мұны түсіне бермей, бір ғалымның ұсынған терминін екіншісі сынға алып жатады, бұл жағдайда бір-бірін қатаң сынға алмай, терминдер жайында ой алмасып, ортақ пікірге келуге жол ашу керек. Бұл жөнінде Ресей медициналық Ғылымдар Академиясының академигі В.В.Куприяновтың: «Орыстың анатомиялық терминологиясын құру, жасау өте қиын жұмыс екен. Оған 100 жылға созылған уақыт кеткеніне таңдануға болмайды» - деген пікірінің (1981 ж) біздерге де тікелей қатысы барын атап өткен жөн. Сонымен, қазақ тілінде көптеген еңбектердің жарыққа жығуының нәтижесінде, алғашқы кезеңдегі мақсат - медициналық терминдердің баламаларын іздестіріп, табу жұмыстары аяқталып, екінші кезеңнің мақсаты – терминдердің сапасын арттырып, жоғары деңгейге көтеретін, яғни әртүрлі қолданылып жүрген атауларды бірегейлеп, біріздендіретін уақыт келді.

Осы мақсатта республикалық педагогикалық ғылымдар академиясы басқармасының төрағасы, академик Асқарбек Қабыкеноұлы Құсайыновтың басшылығымен, 1999-2000 жылдары ғылымның түрлі салалары бойынша, әрқайсысы 4000-5000-дей терминдерді қамтитын 31 томдық қазақша-орысша, орысша-қазақша терминологиялық сөздіктер топтамасы жарық көрген еді. Бұл сөздіктер қазақ тіліндегі терминдерді бірегейлеу үрдісіне өз үлесін қосып, айтарлықтай еңбек атқарды. Әрине, осы сөздіктер шыққаннан кейінгі уақытта ғылым, техника, медицина, мәдениет және басқа өндірістік салалар даму үстінде болды, осыған сәйкес қазақ терминологиясының ауқымы кеңейіп, дами түсті, жаңа терминдер, сұрақтар пайда болды. Осығын байланысты 2012-2014 жылдар аралығында 31 томдық сөздіктер топтамасы мамандар тарапынан қайтадан талқыланып, өзгертіліп, толықтырылып, 30 том түрінде 2014 жылы баспадан шықты. Осы сөздіктер топтамасының 14-ші томы медицина саласына арналды, бұл сөздіктің 2000 жылы жарық көрген бірінші басылымында 5000 терминдер қамтылса, соңғы басылымда 12000-нан аса терминдер қамтылды. Бұл сөздікті дайындауға медицина саласы бойынша терминология мәселесімен көп уақыттан бері айналысып жүрген белгілі ғалымдар мен мамандар қатысты. Солардың ішінде профессорлар: Ә.Н.Нұрмұхамбетов, Ж.Б.Ахметов, Д.К.Қияшев, А.Ж.Нұрмақов, доценттер: Л.Ә.Ысқақова, С.Б.Сламжанова және тіл мамандары: ф.ғ.к. А.Әмірбекова, Н.А.Төлеева, осы сөздікті дайындауға белсене атсалысты. Бұл жұмысты жүзеге асыру барысында медицина саласы бойынша жарық

көрген терминологиялық сөздіктер, оқулықтар және ғылыми еңбектер кеңінен пайдаланылды. Авторлар ұжымы талас тудырып жүрген терминдерді талқылап көптеген атауларда бірегейледі. Ал бір шешімге келе алмаған кейбір терминдер басқа сала мамандарымен болатын ортақ талқылауға ұсынылып отырды.

Педагогикалық ғылымдар академиясы қазақ тілінде әр түрлі баламаланып жүрген орыс және шет тілдік ортақ терминдері көп кездесетін бір-біріне жақын салаларды анықтап, топтастырып, ортақ талқылау жұмыстарын ұйымдастырды. Осыған байланысты екінші басылымды дайындау барысының ерекшелігі, онда бес: медицина, биология, экология, химия, дене тәрбиесі және спорт салаларының мамандары, орыс және шет тілдік осы салаларға ортақ, бірақ қазақша әр түрлі айтылып жүрген 2114 терминдерді теріп алып, жан-жақты және терең талқылаудан өткізді. Талқылаулар педагогикалық ғылымдар академиясының басқарма төрағасы бекіткенде кесте бойынша қатаң тәртіпте : төрт ай бойы аптасына үш рет, кейде сенбі күндері де өткізіліп отырды. Әр талқылау 3-4 сағатқа созылып, 20-30 адам қатысып отырды. Мұндай талқылаулар өте нәтижелі өтіп, сөздік авторлары үшін үлкен термин жасау мектебі болды. Осындай талқылаулар нәтижесінде және жалпы медициналық сөздікті дайындау барысында көптеген ұтымды терминдер ұсынылды, мысалы: автовакцина - өздік екпе, аденотом – безтілгі, акклиматизация-жерсіну, аккомодация – көзікем, акромион - топшы, аллотрансплантат - бөтен қондырым, выживаемость – өмірше, ванна –шомылғы, визуальный –көзкөрім, гербицид –арам шөп жойғы, гистотоксический – тінуыттық, головка – шоқпарбас, околощитовидная железа – қалқансерікбез, дерма – нақтері, дерматоглифика – саусақбедер, доля – үлес, зев – есін, ингредиент – құрасын, капельница – тамызғы, конституция – денемітім, миотом – бұлшықеттілгіш, моча – несеп, надколенник – тізетобық, облучение – сәулесоққы, органопластика – ағзажамау, пульс –тамыр соғыс, потенциал – қарым, потенция – күш-қуат, предплюсна – тілерсек, респиратор – демперде, сакрализация – сегізкөздену, симптом – әйгіленіс.

Ұзақ жылдар бойы қазақ тілінде дәріс беріп, медицина терминологиясын қалыптастырумен шұғылданып жүрген мамандар мен ғалымдар дайындаған бұл сөздік медициналық терминдерді бірегейлеп, біріздендіру үрдісіне қосылған қомақты үлес болып табылады.

Сонымен, «Қазақстан Республикасында білім беруді дамытудың мемлекеттік бағдарламасында» тұлғаның қалыптасуына жағдай жасау арқылы еліміздің ертеңіне жауапты мамандарды тәрбиелеу жолдарының бірі ретінде «... дүниеге жауапкершілікпен қарайтын, инновациялық, шығармашылық ойлауға дағдыланған, дүниетанымдық мәдениеті жетілген, адамгершілігі мол және білікті мамандардың жаңа ұрпағын қалыптастыру» міндеті қойылған. Бұл үштұғырлы тіл саясатын ұстанып отырған егемен елдің болашақ мамандарының мемлекеттік тілде еркін сөйлеп, оны өзі қызмет ететін салада қолдана алуы олардың кәсіби әлеуетін арттырумен қатар елжандылық қасиеттерін де қалыптастырудың басты шарты болып табылатынын танытады.

Кез келген өркениетті мемлекеттегі аса маңызды қоғамдық саланың бірі – медицина саласы. Себебі мемлекеттің басты байлығы саналатын халықтың денсаулығы – оның толыққанды ел екендігінің де басты көрсеткіші. Сондықтан медицина саласы бойынша білікті маман тәрбиелеу ісінде мемлекеттік тілдің, қазақ тілінің атқарар рөлі ерекше. Қазақ тілінің танымдық әрі коммуникативтік қызметінің сан-қырлылығын көрсететін де осы сала.

Пайдаланылған әдебиет тізімі:

1. Айтбаев О. Основы казахской терминологии.- А., 2000
2. Айтбайұлы Ө. Қазақ сөзі. – А., 1997
3. Айтбаев Ө. Қазақ терминологиясының дамуы мен қалыптасуы.-А., 1998
4. Ахманова О.С.Словарь лингвистических терминов. – М., 1966

5. Әлімбаев М. Өрнекті сөз – ортақ қазына. – А., 1967
6. Будагов В.А. Терминология и семантика// Вестник МГУ, 1972. №5, с.43
7. Қайдар Ә. Қазақ тілінің өзекті мәселелері. – А., 1998

Секция 2. «СОЦИАЛЬНО – ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

КОРРУПЦИЯ В МЕДИЦИНЕ И МЕТОДЫ БОРЬБЫ С НЕЙ

Шахмаратова А.

Научный руководитель Омирханов Максат Ерланович

Коррупция (от лат. *corruptio* — подкуп, порча, продажность) — термин, обозначающий обычно использование должностным лицом своих властных полномочий и доверенных ему прав, а также связанных с этим официальным статусом авторитета, возможностей, связей в целях личной выгоды, противоречащее законодательству и моральным установкам.

Многие виды коррупции аналогичны мошенничеству, совершаемому должностным лицом, и относятся к категории преступлений против государственной власти.

Причины возникновения коррупции:

- Низкая заработная плата государственных служащих
- Незнание законов
- Желание легкой наживы
- Частая сменяемость лиц на различных должностях
- Нестабильность в стране
- Коррупция как привычка
- Низкий уровень жизни населения
- Слабая развитость государственных институтов
- Безработица
- Незрелость институтов гражданского общества

В 2016 году Казахстан во второй раз стал участником глобального исследования «Барометр мировой коррупции Транспаренси Интернэшнл».

Если говорить о практическом опыте граждан в столкновении с коррупцией, можно отметить снижение ее уровня, однако данные опроса показывают, что настроения людей больше зависят от экономической ситуации в стране, а также ситуации в таких важных сферах, как здравоохранение, проблемы на рынке труда, в образовании и уровне преступности.

Об этом глава Министерства здравоохранения РК Елжан Биртанов заявил в пятницу, 7 марта, выступая на коллегии ведомства.

Социальные проблемы и экономические трудности в Казахстане в 2016 году вышли на первый план, отодвинув важность политической стабильности. Главными проблемами, на которые правительству необходимо обратить внимание, граждане назвали здравоохранение (**67%**), экономику (**49%**), безработицу (**43%**), коррупцию (**37%**), уровень преступности (**31%**), образование (**30%**). Такие проблемы, как инфраструктура (**16%**), экология и политическая нестабильность (по **10%**) волнуют казахстанцев значительно меньше. Проблемами миграции озабочены лишь **1%** участников исследования.

Опрос показывает, что по сравнению с 2013 годом, число граждан, готовых к активным действиям – акциям протеста, подписанию петиций, участию в деятельности неправительственных организаций, снизилось (**67% — в 2013г., 47% — в 2016г.**).

Сами граждане признались, что чаще всего платят взятки - дорожным полицейским (**47%**), за получение пособий по безработице (**33%**), в судах при рассмотрении гражданских дел (**31%**). Менее трети опрошенных заявили, что давали взятки за устройство на работу в системе образования (**23%**), за устройство ребенка в детский сад,

школу (17%), получение социальных выплат (21%), медицинских услуг (20%) и получение официальных документов в госорганах (19%).
Снизился ли уровень коррупции за последние 4 года?

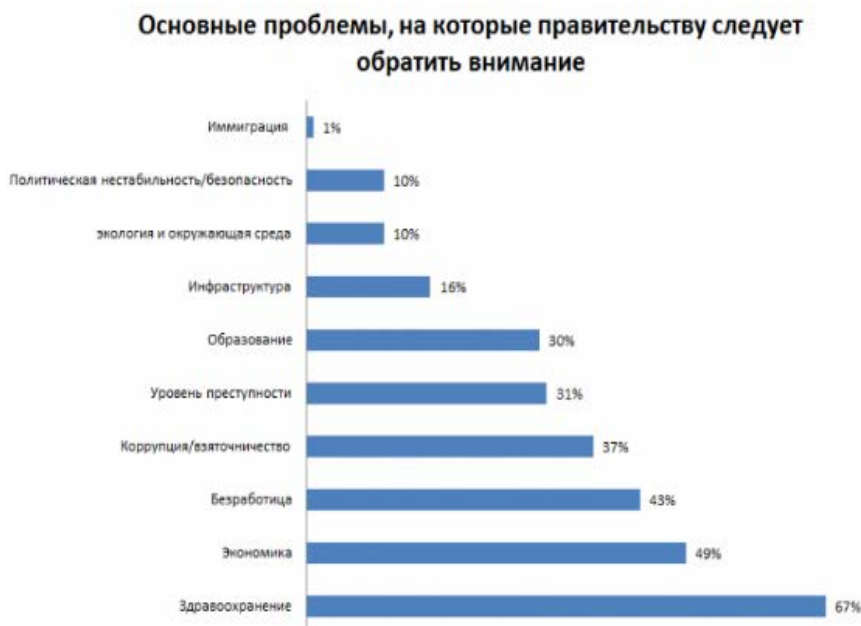


Диаграмма 1. Основные проблемы, на которые правительству следует обратить внимание

В 2016 году – 37% респондентов ответили, что согласны с этим утверждением, 32% заявили, что не заметили прогресса в борьбе с коррупцией. 22% опрошенных не определились в своем мнении.

Если сравнивать нынешние результаты с теми, что были получены в 2013 году, а тогда только 19% опрошенных ответили, что видят позитивные изменения в борьбе с коррупцией, видно улучшение показателей на 18%.

С чем это связано? Людям надоели пустые гарантии, которые политики безответственно раздают, когда речь идет о борьбе с коррупцией. Рост недоверия граждан правительству.

Стало больше арестов. Важным методом борьбы с коррупцией со стороны населения Казахстана называют отказ платить взятки.

Что касается коррупции в медицине, то плата больным врачу за медицинскую помощь имеет глубокие исторические корни. Психология пациента, что не заплатив врачу, не получишь качественную медицинскую помощь, весьма устойчива. Именно этим и объясняется широкое распространение частной, платной медицины, даже в странах с неплохой государственной. В самих же государственных больницах эта практика трансформировалась в “благодарность” больного своему лечащему врачу в форме денег или подарка.

Уровень благосостояния населения и соц. рынок определил формы и сферы, где получила распространение “благодарность” в медицине. Это хирургия, гинекология, венерология, получение различных социальных льгот (ВТЭК, получение льготного авто, больничный лист) и др., где распространилась денежная форма “благодарности” и остальные сферы, где она существовала в виде подарков.

В новейшие времена, с падением моральных критериев в обществе и в атмосфере всеобщей борьбы за выживание, в широкой врачебной среде, чье материальное положение стало просто катастрофичным, также произошли ментальные сдвиги. Намеки сменились откровенными требованиями об оплате медицинской помощи.

Однако реальностью жизни является не то, что врачи стали массово готовыми брать взятки, а то, что бедный народ не в состоянии их просто давать. Поэтому и продолжает существовать прежний табель о рангах, в соответствии с которым больные традиционно продолжают платить врачам хирургических специальностей. Эта система, с которой, по-видимому, молчаливо согласилась власть, послужила причиной того, что начался массовый переток выпускников медицинских ВУЗов в “денежные специальности”.

В результате, уже сейчас в больницах создан дефицит врачей терапевтического профиля и избыток гинекологов и хирургов. Особенно этот дисбаланс заметен в городах. Большинство из них, так никогда и не попадут в операционную, но как показывает практика, не очень обременительная работа и доходы выше среднего их вполне устраивают.

Создалось положение в медицине, когда одновременно существуют два параллельных мира. Один, в котором живет меньшинство врачей и которые за счет “благодарности”- взяток от пациентов имеет вполне обеспеченную жизнь и другой, для абсолютного большинства врачей, влачащих нищенское существование.

Подобное положение обрекает на неудачи любые, даже разумные шаги по реформе медицины и обрекает на консервацию плачевную ситуацию в нашем здравоохранении. Без решения проблемы справедливой оплаты врачебного труда все попытки реформировать здравоохранение будут безрезультатны.

И начальной точкой отсчета должно стать приведение зарплаты начинающего врача к уровню средней по стране. А если кому покажется это несправедливым, значит он должен навсегда смириться с современным положением вещей и качеством оказываемой ему медицинской помощи.

Но главное, что должны осознать все - от правительства до пациента, это то, что достойная оплата врачебного труда сегодня является уже не восстановлением исторической справедливости, а абсолютно необходимой точкой отсчета в комплексной реформе здравоохранения, без которой невозможен прогресс в борьбе за здоровье народа. Проблема взяток в медицине касается двух важных показателей: общего уровня развития здравоохранения в стране и общего уровня коррупции в стране. Средняя продолжительность жизни казахстанцев составляет 70 лет. Основными причинами смертности в стране называются болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, а также дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи и отравления. Ежегодно увеличивается объем финансирования здравоохранения. Если в 1999 году финансирование составляло около 46 млрд. тенге, то в 2012 году - более 735 млрд. тенге. В целом, согласно утверждениям чиновников от здравоохранения, за последние 10 лет финансирование возросло в 16 раз. Наибольшее их количество приходится на взятки и превышение должностными полномочиями.

Почему проблема все еще не решена? Государство прекрасно знает о проблеме и проводит круглые столы и совещания, принимает правовые документы, увеличивает финансирование, принимает другие экономические и юридические меры по борьбы с коррупцией. Однако в корне ситуация не меняется. Возможно, одной из причин этому является постановка слишком обширных задач. Другой причиной можно назвать то, что проблему мздоимства в здравоохранении пытаются решить в рамках общих антикоррупционных программ. Также среди причин можно обозначить недостаточное понимание корневых проблем: низкий уровень заработных плат медицинского персонала, недостаточное информирование населения о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи, особенности менталитета, сложности в обнаружении и наказании за взяточничество. Почему решение данной проблемы должно быть в приоритете? Коррупция в сфере здравоохранения - это вопрос жизни и смерти без преувеличений. Среди последствий можно назвать: демотивацию среди низших слоев населения к обращению за медицинской помощью из-за боязни требования взятки. Таким образом,

люди начинают заниматься самолечением, что может привести к летальному исходу; негативное воздействие на эффективность и качество оказания медицинской помощи; недоверие населения к общественным институтам, государственным программам и власти в целом. Какие меры принимаются государством на данный момент? Для создания антикоррупционной среды в отрасли проведен анализ всех возможных рисков зон, создающих условия для коррупции в системе здравоохранения.

Факты мошенничества и обогащения за счет государственных средств в области здравоохранения, несомненно, самым серьезным образом влияют на качество медицинских услуг, но есть и более страшные вещи. Препараты, содержащие наркотические вещества. В небольших дозах они незаменимы при лечении ряда заболеваний. Но из-за коррумпированности лиц, отвечающих за безопасность хранения и распространения таких препаратов, они большими партиями попадают на наркорынок. С каждым годом правоохранительными органами фиксируется все больше случаев хищения сильнодействующих психотропных и наркотических препаратов работниками медицинских учреждений, людьми, призванными спасать жизни и возвращать здоровье. Из этого можно сделать единственный неутешительный вывод – коррупция в медицине, а именно ситуация, связанная с наркотическими, психотропными и другими сильнодействующими препаратами угрожает здоровью нации. Допустимы ли подобные факты? Кто должен нести ответственность за отсутствие контроля за соблюдением правил, подбором персонала и хранением бланков рецептов?

Средства борьбы с коррупцией в основном подразделяются на два вида - предупредительным или мягкие методы, и реакционные или жесткие методы. В число мягких методов входят, например, обучение, персональная политика (например ротация) и организационно-культурное развитие, а также определенные механизмы контроля. К числу жестких методов можно отнести законы и наказания. В борьбе разных государств против коррупции применяются различные методы. Так, для этой цели разработаны телевизионные и радиопередачи, социальные кампании, обучающие курсы, информация для общественности, правовые акты, исследования коррупции, информационные буклеты, дополнения к законам и пр. В большинстве государств Западной Европы законы, которые регулируют антикоррупционную деятельность, схожи в значительной части. Одной из крупнейших борцов за наказания за коррупционные действия и назначение за них равноценных наказаний является ОЕСД рабочая группа по борьбе со взятками. Их целью является обеспечить, чтобы взяточник не остался безнаказанным в одном государстве, если в соседнем государстве наказания очень суровые. Также они пытаются следить, чтобы во всех союзных государствах действовали для чиновников действовали похожие требования.

Во-первых, создание правовой базы борьбы с коррупцией. В Казахстане с момента обретения независимости осуществлялись отдельные меры по борьбе с коррупцией, однако точкой отсчета здесь можно считать 1998 г., когда был принят первый Закон «О борьбе с коррупцией». На базе этого закона были разработаны и приняты: Государственные программы борьбы с коррупцией на 1999-2000 гг. и на 2001-2005 гг. Программные документы в наиболее систематизированном, обобщенном виде содержат те меры, которые были приняты и реализованы в рамках антикоррупционной политики. Издан ряд Указов Президента РК о борьбе с коррупцией, в том числе «О мерах по совершенствованию системы борьбы с преступностью и коррупцией» (2000 г.).

Во-вторых, создание специализированных органов по борьбе с коррупцией. Для повышения ответственности госслужащих и недопущения злоупотребления властью в 1997 г. в Казахстане был утвержден Высший дисциплинарный совет РК, а также дисциплинарные советы на местах. Затем дисциплинарный совет был преобразован в Государственную комиссию РК по борьбе с коррупцией. В 2000 г. Госкомиссия по борьбе с коррупцией была упразднена, а дисциплинарные советы на местах были переподчинены Агентству по делам государственной службы. Для противодействия коррупции в

экономической сфере учреждено Агентство РК по борьбе с экономической и коррупционной преступностью. Ныне на базе этого Агентства и Агентства Республики Казахстан по делам государственной службы образовано новое ведомство — Агентство по делам государственной службы и противодействия коррупции Республики Казахстан.

В-третьих, была проведена серьезная работа по предупреждению коррупции в сфере государственной службы. В частности, внедрена должностная квалификация с достаточно четкими стандартами обязанностей должностных лиц каждой категории и квалификационных требований, предъявляемых к ним. Сдача соответствующего экзамена и прохождение конкурса — обязательное условие занятия административных должностей (кроме категории «политических» должностей). По оценке экспертов, данная система подборки и расстановки кадров в полной мере соответствует методам построения государственной службы в западных странах.

В своем Послании народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» Глава государства Н.А.Назарбаев особо отметил повышение качества государственных услуг населению, которое должно стать важным аспектом противодействия коррупции и повышения доверия граждан к деятельности государственных органов. Для решения этой задачи необходимо объединить усилия государственных органов и институтов гражданского общества, которые с помощью населения страны смогут обуздать эту социальную болезнь

Борьба с коррупцией осуществляется на основе:

- равенства всех перед законом и судом;
- обеспечения четкой правовой регламентации деятельности государственных органов, законности и гласности такой деятельности, государственного и общественного контроля за ней;
- приоритета защиты прав и законных интересов физических и юридических лиц, а также социально-экономической, политико-правовой, организационно-управленческой систем государства;
- восстановления нарушенных прав и законных интересов физических и юридических лиц, ликвидации и предупреждения вредных последствий коррупционных правонарушений;
- обеспечения личной безопасности и поощрения граждан, оказывающих содействие в борьбе с коррупционными правонарушениями;
- защиты государством прав и законных интересов лиц, уполномоченных на выполнение государственных функций, и лиц, приравненных к ним, установления этим лицам заработной платы (денежного содержания) и льгот, обеспечивающих указанным лицам и их семьям достойный уровень жизни;
- недопустимости делегирования полномочий на государственное регулирование предпринимательской деятельности физическим и юридическим лицам, осуществляющим такую деятельность, а также на контроль и надзор за нею;

В чем суть коррупции? Человек стремится срубить больше, чем по чину и должности положено. Чин и должность — не признание заслуг и возможность самореализации, а плацдарм и доступ. Проблема не в том, что бюджетникам мало платят. Да сколько бы не платили, проблема не в деньгах, а в людях.

Для того, чтобы уровень коррупции в нашей стране начал хотя бы маленькими шагами снижаться, надо действовать систематически и прогрессивно.

- Дать полную свободу печати другим СМИ, ведущим свои независимые расследования.
- Необходимо создавать различные структуры контроля за работой чиновников.
- Постоянно совершенствовать законодательство, способное поспеть за появлением новых видов правонарушений.
- Использовать прозрачную банковскую систему для оплаты штрафов и др. денежных расчетов.

- Не делать исключений ни для кого и штрафные санкции накладывать на людей любого социального уровня.
- Увеличить материальную и социальную обеспеченность чиновников.
- Уличать сотрудников государственных органов во взяточничестве - все население должно понять, что надо начать с того, что прекратить давать взятки, что получение прибыли и увеличение доходов в краткосрочном периоде выльется в значительное ухудшение экономического развития нашей страны в долгосрочном периоде.

ОПЫТ МЕДИЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Сегизбаева Д. В.

Научный руководитель Смагулова Мария Сагындыковна

Подвиг медицинских работников в годы войны вызывает восхищение. Благодаря труду врачей было спасено более 17 миллиона бойцов, по другим данным - 22 миллиона (около 70% раненых были спасены и вернулись к полноценной жизни). Следует помнить, что в военные годы медицина столкнулась со множеством трудностей. Не хватало квалифицированных специалистов, мест в госпиталях, медикаментов. Хирургам в полевых условиях приходилось работать круглосуточно. Врачи рисковали жизнью наравне с боевыми товарищами, из 700 тысяч военных медиков погибло более 12,5%. Когда началась война, военные медики оказались в тяжелой ситуации. На фронте катастрофически не хватало врачей, особенно хирургов. Медсестры, санитары, санинструкторы в большинстве своем успели окончить только ускоренные курсы. Почти половина госпиталей и фармацевтических складов в первые же месяцы войны оказалась на оккупированной территории. Прифронтовая обстановка осенью и зимой 1941 – 1942 годов угрожала невиданными эпидемиями тифа, дизентерии, холеры... В 1941 г. в передовой статье газеты «Правда» стратегическая задача, стоящая перед медициной, формулировалась следующим образом: «Каждый возвращенный в строй воин – это наша победа. Это – победа советской медицинской науки... Это – победа воинской части, в ряды которой вернулся старый, уже закаленный в сражениях воин». В битве с врагом не на жизнь, а на смерть вместе с войсками шли по полям сражений военные медики. Под смертельным огнем выносили они раненых с поля боя, доставляли их в медицинские пункты, оказывали необходимую помощь, а затем эвакуировали в медсанбаты, госпитали и дальше в тыловые специализированные учреждения. Четко организованная военно-медицинская служба работала напряженно и бесперебойно.

Цель работы:

-Выяснить, каким образом строилась организация медицинской помощи во время Великой Отечественной войны;

-Найти свидетельства того, что и во время войны медицинская наука не стояла на месте, а развивалась, чтобы более эффективно оказывать помощь пострадавшим во время военных действий;

-Познакомиться с деятельностью медицинского персонала на фронте и в тылу.

Война, начавшаяся 22 июня 1941г., с первых дней выявила такие проблемы, которыми военно-медицинской службе пришлось заниматься впервые. Это не только спасение раненых, носрочная эвакуация госпиталей различного назначения на сотни тысяч коек на восток, это медико-санитарные задачи, организационные вопросы и многое другое. Военно-медицинская служба располагала мед. подразделениями в частях, медсанбатами в дивизиях, полевыми госпиталями в армиях из расчета по одному на

стрелковый корпус, гарнизонными и окружными госпиталями со складами медико-санитарного имущества.

Большая часть этой базы находилась в западных фронтовых районах, и перевести их на штаты военного времени не успели. В первые же дни войны было утрачено огромное количество медоборудования и имущества. Медслужба понесла значительные кадровые потери. Остро встал вопрос пополнения медицинской службы армии врачами – специалистами, санитарями – инструкторами и санитарями, вопрос организации снабжения всем необходимым.

Все эти неотложные организационные мероприятия пришлось решать в первый период войны 1941–1942 гг., в ходе боевых действий, при хаотичном массовом отступлении наших войск.

В феврале 1942 г. разработана единая военно-полевая медицинская доктрина.

Содержание этой доктрины основывается на следующих положениях:

- все огнестрельные раны являются первично-инфицированными;
- единственно надежным методом борьбы с инфекцией огнестрельных ран является первичная обработка ран;
- большая часть раненых нуждается в ранней хирургической обработке;
- раненые, подвергнутые в первые часы ранения хирургической обработке, дают наилучший прогноз.

Главной задачей медслужбы была сортировка раненых, поступающих с поля боя на перевязочные пункты. Одним из наиболее ярких показателей организованности полевой медицинской службы, имевшим первостепенное значение для всей последующей хирургической работы, являлось время поступления раненого после ранения на полковой медицинский пункт (ПМП), где ему обеспечивалась первая врачебная помощь. Основным требованием к медицинской службе было обеспечение прибытия всех раненых на полевую медицинский пункт в пределах до 6 часов после ранения и в медсанбат — до 12 часов. Если раненые задерживались на ротном участке или в районе батальонного медпункта и прибывали после названных сроков, то это рассматривалось как недостаток организации медицинской помощи на поле боя. Оптимальным сроком для оказания первичной хирургической помощи раненым в медсанбате считался срок в пределах шести-восьми часов после ранения.

Об особенностях:

- количество раненых определялось складывающейся боевой обстановкой.
- обязательный учет того, что войска в боях несут неодинаковые и неодновременно возникающие потери в живой силе.
- нехватка хирургов общего профиля и специалистов по лечению боевых повреждений органов и тканей организма.
- еще одна характерная особенность военной медицины это то, что приходится иметь дело с ранеными бойцами, подвергнувшимися исключительно большому физическому, нервно-психическому и болевому напряжению, чаще ведущему к осложнениям при лечении.

Война диктовала медицинской науке и практике свои законы. Требовалось разработать и внедрить новые методы и средства лечения и реабилитации раненых и больных бойцов, не допустить возникновения и распространения эпидемий на фронте и в тылу.

На фронте и в тылу широкое распространение получил метод местного обезболивания, разработанный А.В. Вишневым - он применялся в 85-90% случаев.

Апробация пенициллина и лечение септических процессов разрабатывалась под руководством профессора Ивана Гурьевича Руфанова.

Зинаида Виссарионовна Ермольева, получила в 1942 г. первый советский пенициллин и впоследствии активно участвовавшую в организации промышленного производства антибиотиков.

Профессор Александр Николаевич Бакулев предложил радикальную хирургическую обработку черепно-мозговых ранений с наложением глухого шва независимо от сроков оперативного вмешательства. Среди его научных работ военного времени: «Тактика хирурга при ранениях с наличием инородных тел», «Лечение абсцессов мозга при огнестрельных ранениях черепа», «Лечение огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга» и ряд других.

За работу «Инородные тела легких и плевры огнестрельного происхождения» профессор Юстин Юлианович Джанелидзе получил сталинскую премию. На протяжении военных лет он занимался проблемами сердечно-сосудистой хирургии, особенно при огнестрельных поражениях, работал над проблемами восстановительной хирургии, предложил способ остеопластической ампутации бедра, который вошел в хирургию под названием «способ Джанелидзе».

Сотни восстановительных операций при ранениях челюстно-лицевой области провел директор МГСИ профессор А.И. Евдокимов.

Совершенствованием методов пластических операций после ранений и ожогов занимался Николай Николаевич Блохин. В 1946 году издана работа «Кожная пластика в хирургии военных повреждений».

Велись исследования и разработка новых эффективных лекарственных средств, перевязочных материалов, медицинских приборов и аппаратов - «Все для фронта, все для победы!». Разрабатывались научные проблемы и другой тематики.

Среди противоэпидемических мероприятий главная роль принадлежала своевременной диагностике заболеваний, изоляции больных и лечению их на месте, в районах возникновения банно-прачечному и дезинфекционному обслуживанию войск и населения, санитарно-эпидемиологической разведке, специфической иммунопрофилактике тифов и дизентерии. Постановлением предусматривалось создание на местах чрезвычайных полномочных противоэпидемических комиссий, включавших в состав представителей гражданских властей, органов здравоохранения, санитарной службы армии, органов милиции, партийных органов. На Наркомздрав, в частности, возлагалось обеспечить поголовную иммунизацию против острых желудочно-кишечных заболеваний в городах и пунктах, общую иммунизацию призывных контингентов населения по методике, принятой в армии.

В армии для борьбы с эпидемиями были созданы санитарно-контрольные пункты, дислоцируемые на крупных и узловых железнодорожных станциях для контроля санитарного состояния личного состава войск, санитарно-эпидемиологические отряды, обмывочно-дезинфекционные роты армейского звена, инфекционно-полевые подвижные госпитали, прачечно-дезинфекционные отряды, санитарно-эпидемиологические лаборатории и другие.

Проводилась огромная работа по вакцинации и ревакцинации по эпидемическим показаниям, в частности, при выявлении эпизоотий и очагов чумы делались прививки живой чумной вакциной в районах Сталинградской и Ростовской областей.

Поливакцина НИИСИ разрешила самую сложную задачу военной медицины – однократность прививки одновременно против семи инфекций. Исключительное значение имели задачи использования противопаразитных средств, проверка и контроль за водоснабжением войск, санитарный контроль за питанием личного состава и борьба с авитаминозом, уборка мест стоянки войск и полей сражений. Весь список мероприятий очень большой и не помещается в коротком изложении. В результате внимания к вышеперечисленным проблемам, их решению медицинскими службами в период войны, в действующую армию было возвращено 90,6% всех больных солдат и офицеров.

Из опыта противоэпидемического и санитарного обеспечения боевых действий войск во время Великой Отечественной войны можно сделать следующие выводы:

- эпидемические заболевания в войсках не являются неизбежными спутниками войн, они возникают от неудовлетворительного состояния штатно – организационной структуры медслужбы и нехватки необходимых специалистов;

- предшествующий опыт в этой работе должен обязательно дополняться достижениями соответствующих наук, особенно биологических и медицинских;

- проведение плановых прививок, может быть возможным и успешным, когда схема иммунизации вакцинными препаратами является однократной, а метод простым, позволяющим в короткие сроки охватить больше массы людей.

Сотрудники института разработали ряд оригинальных методов лечения ранений, создали конструкции репонирующих, шинирующих, формирующих и заменяющих шин, аппаратов и протезов. Разработали основу и методику пластических операций на лице, с использованием пластмасс, трупного хряща, консервированных и свежих костных гомотрансплантантов, Филатовского стебля в челюстно-лицевой хирургии. Была разработана новая методика лечения переломов верхней и нижней челюстей, методика лечения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области, и многое другое. Военная медицина, как и система здравоохранения в целом, получила во время войны мощное развитие следующих направлений:

- военно-полевой хирургии;
- военно-полевой терапии;
- иммунологии;
- санитарно-гигиенического обеспечения действующей армии и тыла;
- военной патологии.

Приобретен опыт в организации медико-санитарного обеспечения действующей армии, взаимодействия руководства страны, армии и её военной медицинской службы; в подготовке медицинских кадров для нужд армии. Создана медицина катастроф.

На фронтах Великой Отечественной войны участвовали 200 тыс. врачей и около 1,5 млн средних медицинских работников разных национальностей. Наряду с ними достойную лепту во всенародное дело победы над врагом внесли и казахстанские медики. И где бы ни сражались советские воины — на линии огня или в осажденной крепости, на пятачке ли “Огненной Земли”, на защите Москвы, Ленинграда и других городов, областей или сел -всюду рядом с ними, рискуя жизнью, а часто и жертвуя ею, были медицинские работники. Сколько подвигов было совершено ими ради спасания раненых — не сосчитать.

Владимир Георгиевич Ермолаев — доктор медицинских наук, профессор, прибыл в Казахстан из Ленинградского медицинского института на должность заведующего кафедрой отоларингологии Казахского государственного медицинского института. Одновременно до 1938 года он работал главным врачом городской клинической больницы Алма-Аты, больницы Совнаркома, заместителем директора КазГМИ. Под его руководством успешно выполнялись особые задания: прием и развертывание эвакуационных госпиталей, оснащение их оборудованием, лечение раненых воинов и офицеров, подготовка медицинских работников. Одновременно он возглавлял организацию медицинской помощи населению республики, значительно увеличившемуся за счет эвакуированных, а также рабочих прибывших промышленных предприятий. В госпиталях Алма-Аты он был консультантом и участвовал в лечении раненых с поражением ЛОР-органов, проводил большую лечебную, педагогическую и научную работу. Он внедрил много новых методов лечения ЛОР раненых.

Проф. В.Г.Ермолаевым разработан новый способ лечения глухоты у раненых в форме так называемой сурдотерапии, предложен новый дифференциально-диагностический признак для отличия баротравматической и истеротравматической глухоты контузионного происхождения.

Мухамедрахим Куандыкович Тлеугабылов окончил КазГМИ в 1938 г. В первые дни войны (с 26 июня 1941 г.) постановлением Совета Народных Комиссаров КазССР был

назначен заместителем Наркома здравоохранения по кадровым вопросам, позднее утвержден первым заместителем Наркомздрава КазССР, где он работал до октября 1947 г. Он одновременно, приказом Наркомздрава СССР тов. Г.А. Митерева, был утвержден в должности начальника Главного Управления Эвакогоспиталей Наркомздрава КазССР, после профессора В.Г. Ермолаева. За время его работы он сумел одновременно организовать подготовку врачей и средних медицинских работников для работы эвакогоспиталей. Благодаря этому процент укомплектованности госпиталей врачами достиг до 75-80%, а средними медработниками полностью. Медицинские работники госпиталей вели напряженную, упорную и самоотверженную работу за спасение жизни и восстановление здоровья каждого раненого воина. В результате таких усилий процент летальности и инвалидности среди раненых и больных был весьма незначительным, а число раненых и больных, возвращенных в строй, высоким.

В труднейших условиях военного времени он сумел организовать надлежащее медицинское обеспечение рабочих оборонных предприятий и промышленности, местного и эвакуированного населения, поддержать санитарное благополучие тыла.

В связи с большим притоком эвакуированных людей, в т.ч. детей, под его руководством проведена работа в широком масштабе по сохранению санитарноэпидемического благополучия в республике. На 24 железнодорожных узлах были организованы санитарноконтрольные пункты, а на крупных станциях созданы здравпункты. В обязанность их работников входила изоляция больных, проведение санитарной обработки пассажиров, создание в местах разгрузки и размещения эшелонов с эвакуированными изоляторов и карантинных пунктов на 10-15 коек. Для своевременной госпитализации выявленных инфекционных больных в 1942 г. в республике было дополнительно развернуто 12 тыс. больничных коек.

В 1941-1942 гг. в результате массового прибытия эвакуированных детей возникали некоторые инфекционные заболевания, среди которых преобладала корь. Однако с самого начала войны, согласно указанию Наркомздрава КазССР, все дети до 3-летнего возраста без исключения были взяты на учет и обеспечены своевременной госпитализацией, что дало возможность повысить уровень медицинского обслуживания детей и снизить смертность среди них.

Это был тот период, когда служение долгу выходит за пределы науки и своей профессии и совершается во имя Родины, во имя народа. В это тяжелое время медицинские работники проявляли подлинный героизм и преданность своему отечеству, их подвиги в военные годы неповторимы.

Достаточно сказать, что на фронте и в тылу трудились свыше двухсот тысяч врачей и полумиллионная армия средних медицинских работников, показавших чудеса храбрости, небывалой душевной стойкости и гуманизма. Военные медики вернули в ряды защитников Родины миллионы солдат и офицеров. Они оказывали медицинскую помощь на поле боя, под огнем противника, а если этого требовала обстановка — сами становились воинами и увлекали за собой других. Проходят годы, уходят из жизни ветераны, но нельзя стереть войну из памяти народа. Народа, который заплатил за Победу такой ценой. Сколько бы ни минуло десятилетий, нельзя забывать о превращенных в пепел городах и селах, о разрушенном народном хозяйстве, о гибели бесценных памятников материальной и духовной культуры народа, о тружениках тыла, о детях войны, о самой главной и невозполнимой утрате — миллионах человеческих жизней, сгоревших в пожаре Великой Отечественной войны.

Он и сегодня объединяет и сплачивает нас, вселяя веру в будущее и вдохновляя на новые свершения во имя процветания.

ЗАМАНАУИ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚҰРЫЛҒЫЛАРДЫҢ АДАМ АҒЗАСЫНА ТИГІЗЕТІН ПАЙДАСЫ МЕН ЗИЯНЫ

Амангазина Г.
Айтказин Д.

Ғылыми жетекшісі Ақшалов Асет Габиденович

Зерттеу мақсаты: Әрбір оқушының жас ерекшелігіне, қабілетіне қарай дарындылығын әр түрлі әдістермен айқындау және дамыту, оның ішінде ғылыми іздеу қызметімен ұштастыру.

Зерттеу міндеттері:

- Оқушы дарындылығын әлеуметтік қажеттілігіне сай ғылыми негізінде дамыту шарттарын анықтау.

- Ғылымның әр саласынан дарынды балаларды таңдап алу және олардың шығармашылық қабілеттерін жетілдіру.

- Оқушылардың өздігінен білімдерін көтеруге, жетілдіруге белсенді әрекет жасау.
- Оқушының өз бетінше білім – дағдыларын жетілдіру барысында оқытушының ерінбей - жалықпай үлкен ізденіспен жұмыс жасауы.

- Оқушылардың ғылыми – шығармашылық жұмыспен шұғылдануы, оқушылардың оқу үрдісін жетілдіруде және мамандық таңдауда да көмегін тигізуі.

Зерттеу әдістері:

Зерттеуде баяндау, жинақтау, саралау, әдеби- ғылыми талдау әдістері басшылыққа алынды.

Қазақстан Республикасының «Білім туралы» заңында мемлекеттік саясат негізінде ең алғашқы рет «Әр баланың жеке қабілетіне қарай интеллектуалдық дамуы, жеке адамның дарындылығын дамыту» сияқты өзекті мәселелер еңгізіп отырғаны белгілі. Өйткені ғылым мен техниканы, өндірісті қазіргідей әлемдік деңгейде дамыту үшін елімізге шығармашылықпен жұмыс жасайтын білімді, жоғары дайындығы бар білікті мамандар қажет. Ал ондай мамандар дарынды балалардың ішінен шығады.

Жаңа жедел медициналық жәрдем ауруханасы ашылды Семейде 28 декабря 2013, Семейде жедел медициналық жәрдем ауруханасының жаңа ғимараты қолданысқа берілді. Айтулы шараға облыс әкімі Бердібек Сапарбаев пен Астанадан арнайы келген еліміздің Денсаулық сақтау вице-министрі Ерік Байжүнісов қатысты. Зәулім әрі кең жаңа аурухана ғимаратында сегіз стационарлық бөлімше мен медициналық университеттің алты кафедрасы орналасқан. Аурухана директоры Қайноллан Мусиннің айтуынша, жаңа емдеу мекемесінің сыйымдылығы – 325 орын. – Жаңа аурухананың құрылысы «100 мектеп, 100 аурухана» мемлекеттік бағдарламасына енгізілген болатын. Жалпы, біздің қалада соңғы 40 жылда мұндай медициналық мекеме салынбағанын ескерсек, бүгін ерекше тарихи оқиғаның куәсі болып отырмыз деп айтуға әбден болады, – деді аурухана басшысы. Жаңа аурухананың құрылысына республикалық бюджеттен 10,4 миллиард теңге бөлінгенін айта кеткен жөн. Бұл қаражаттың қомақты бөлігі, дәлірек айтсақ, 3,3 млрд. теңгесі заманауи медициналық құрал-жабдықтар алуға жұмсалған. Олардың ішінде гемодиализге арналған «жасанды бауыр» аппараты, функционалды модульдерімен қамтылған орталықтандырылған мониторинг стансасы, асқынған диализ жүйесі сияқты жаңа құрал-жабдықтар бар. – Семей қаласында ашылып отырған жаңа аурухана барлық заманауи стандарттарға сай салынған екен. Ал құрал-жабдықтармен қамтылуы жағынан аталмыш орталықты әлемдегі ең үздік медициналық мекемелердің қатарына қосуға әбден болады. Мамандардың біліктілігі де жоғары деңгейде екенін көрдім. Енді бірер жылдан кейін аурухананың клиникалық орталығы республикадағы маңдайалды орталыққа айналатынына күмәнім жоқ. Осындай алып ғимаратты бар-жоғы екі жылдың ішінде салып

бітірген мердігер компания мен құрылыс жұмыстарына бас-көз болып келген облыс әкімі Бердібек Сапарбаевқа алғыс айтқым келеді, – деді салтанатты рәсімде сөз алған еліміздің Денсаулық сақтау вице-министрі Ерік Байжүнісов. Ал облыс басшысы Семейде мұндай медициналық мекемелер бұдан былай да салына беретінін жеткізді. – Шаһарда болашақта 240 орындық балалар ауруханасы мен медицина саласының қызметкерлеріне арналған тұрғын үй кешені бой көтеретін болады. Оған қазіргі уақытта құрылысы қарқынды жүргізіліп келетін туберкулезге қарсы балалар ауруханасы мен онкологиялық диспансердің қасынан салынып жатқан, құны 13 млрд. теңгені құрайтын радиологиялық орталықты қоссақ, Семейде болашақта еліміздегі ең қуатты медициналық кластер құруға болатынын аңғаруға болады. Сондықтан қаладағы денсаулық сақтау нысандарының құрылысын жіті бақылауымызда ұстаймыз, – деді аймақ басшысы жаңа аурухананың ашылу салтанатында. Бұдан кейін аймақ басшысы Бердібек Сапарбаев пен Денсаулық сақтау вице-министрі Ерік Байжүнісов қаладағы құрылысының негізгі бөлігі аяқталып қалған туберкулезге қарсы балалар ауруханасының басында болып, нысандағы жұмыс барысымен танысып қайтты. Артынша осы күні пайдалануға берілген №6 жекеменшік емхананың тұсаукесер рәсіміне қатысты.

Қала тұрғындарына медициналық көмекті тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі шеңберінде 62 медициналық ұйым (25 жекеменшік) көрсетеді: оның ішінде 20 стационар (6 жекеменшік), 32 амбулаториялық-емханалық (18 жекеменшік).

Бүгінгі таңда қаланың медициналық мекемелерінде 1,5 мыңнан астам дәрігерлер мен 3 мыңнан астам орта медициналық қызметкерлер жұмыс атқарады.

Сапалы кәсіби медициналық білім алуды жалғастыру мақсатында біліктілікті жетілдіру ісі Қазақстан Республикасының Медициналық орталықтарында, сонымен қатар шетелде – Оңтүстік Корея, Израиль, Германия, Ресей, Франция, Латвия, Туркия, Польшада жүргізіледі.

Біліктілік санаты бар медициналық қызметкерлердің салмақтық үлесі 73%-ды құрайды.

Жыл сайын денсаулық сақтау саласына бөлінетін қаржы өсіп келеді.

Денсаулық сақтау саласының бюджеті: 2013ж. – 16,2 млрд., 2014 ж. – 18,7 млрд., 2015ж. – 16,9 млрд., 2016ж. – 19,8 млрд., 2017ж. - 14,6 млрд.

Амбулаториялық деңгейде 26 мыңнан астам науқасты 42 кең тараған, соның ішінде сирек кездесетін және ауыр аурулардан емдеуге тегін дәрілік көмек қарастырылған. Биылғы жылы 801 млн. теңгеден жоғары қаражат бөлінген.

Қалада жекеменшік және мемлекеттік – жекеменшіктік серіктестік түріндегі медициналық ұйымдардың қызмет етуіне бәсекеге қабілетті жағдай жасалуда.

Медициналық ұйымдардың жабдықталуы 83%-ға артты.

«Бес институционалдық реформаның орындалуының 100 нақты қадамы» Ұлттық Жоспарына сәйкес медициналық ұйымдарда менеджмент пен корпоративті басқару жүйесі дамып келеді. Мемлекеттік медициналық ұйымдардың дербестігін ұлғайту бақылау кеңесте рі бар шаруашылық жүргізу құқығындағы ұйымдарға ауыстыру арқылы жүзеге асырылуда. Семей қаласы бойынша 16 медициналық ұйым шаруашылық жүргізу құқығына ауыстырылды, 10 бақылау кеңесі құрылды.

Мемлекет Басшысының 2016 жылғы 15 қаңтарындағы №176 Жарлығымен бекітілген Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласының 2016-2020ж. арналған «Денсаулық» жаңа мемлекеттік бағдарламасы басталды. Ол алдыңғы бағдарламалардың логикалық жалғасы болып табылады және денсаулық сақтау саласын жақсартуды тереңдетуге бағытталған.

Тұрғындардың әлеуметтік жағдайының жақсаруы және денсаулық сақтау саласында жаңа иновациялық технологиялардың енгізілуі арқасында бала өлімі төмендеді, ана өлімі тіркелген жоқ, қан айналымы аурулары және онкологиялық аурулардан өлім төмендеді, туберкулез және онкологиялық аурулармен ауру көрсеткіші

төмендеді. Аталғандардың барлығы демографиялық жағдайдың және өмір сүру ұзақтығының жақсаруына ықпал етті.

№	Көрсеткіш атауы	2016 жыл	2016 жыл 3 ай	2017 жыл 3 ай
	Бала өлімі	9,4	8,2	8,1
	Ана өлімі	0	0	0
	Туберкулезбен ауру	59,5	15,4	13,8
	Онкологиялық аурулармен ауру	288,2	65,9	67,4
	Онкологиялық аурулардан өлім	134,2	62,6	64,1

Аталған бағдарлама аясында алғашқы медициналық көмекті, кардиологиялық және онкологиялық қызметті жақсарту жұмыстары, инновациялық технологияларды енгізу жұмыстары қарқынды жүргізіліп жатыр.

Емдеу мен зерттеуге жаңа технологияларды енгізу жалғасуда. Семей қаласының Өңірлік Онкологиялық Диспансерін заманауи жоғары технологиялық медициналық құрылғыларымен жабдықтау арқасында (компьютерлі томограф, магнитті-резонансты томограф, сызықтық үдеткіш, эндовидеоскоптық құрылғы, обырды химиоэмболизациялау әдісі) онкологиялық аурулармен ауру мен өлім көрсеткішін төмендетуге ықпал етті.

- Денсаулық көрсеткіштеріне жоспарлы түрде жету үшін тұрғындардың денсаулығын жақсарту.

- Денсаулық көрсеткіштерін орындау: онкологиялық аурулардан өлімді азайту, туберкулез ауруынан өлімді азайту, қан айналымы ауруларынан болатын өлімді азайту, бала өлімін азайту.

- Интеграцияланған денсаулық сақтау жүйесі негізінде тұрғындардың барлығына сапалы медициналық көмекті қол жетімді ету.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. О.Д.Дайырбеков, Б.Е.Алтынбеков, Б.К.Торғауытов, У.И.Кенесариев, Т.С.Хайдарова Аурудың алдын алу және сақтандыру бойынша орысша-қазақша терминологиялық сөздік. Шымкент. “Ғасыр-Ш”, 2005 жыл.

СЕКРЕТ ЗДОРОВЬЯ НОМАДОВ

Жеткенева К.

Научный руководитель Муратова Асия Алексеевна

Казахи - потомки древних кочевых скотоводческих племен, этносов, история которых исчисляется десятками, а то и сотнями лет. На таком большом отрезке времени они, постоянно ведя борьбу за сохранение своей жизни, приспособились к окружающим природным, климатическим условиям. Как это не поразительно, но из всех на свете кочевых этносов самыми высокоразвитыми в условиях кочевой жизни оказались кочевники Западной Сибири, Приаралья, Северного Китая, т.е. казахи и их предки. Тысячелетиями кочевники обходились без врачей, ветеринаров. Их вообще и в помине не было. Люди приходили на свет, росли, болели, выздоравливали, зрели, умирали,

обходились, примитивными, традиционными способами и формами лечения. Они пили кобылье молоко (саулмал, кумыс), верблюжье молоко (шубат), ели бараний и барсучий жир. Сами не подозревая об их целебных свойствах.

Сегодняшняя жизнь наполнена стрессами, экологическими проблемами, недостатком и малой доступностью натуральных продуктов, в связи с чем стремление современного человека к здоровому образу жизни и полезным продуктам из года в год только набирает силу. Это вполне понятно и логично: ведь у делового человека XXI-го века нет времени болеть. Ни для кого не секрет, что именно питание является основополагающим элементом здорового образа жизни. Во многих странах особое внимание уделяется вопросам функционального питания, к чему, как правило, относят продукты с выявленной способностью улучшать состояние здоровья. Эти продукты должны быть полностью натуральными, без каких-либо вредных химических примесей и добавок. Функциональные продукты питания обязательно должны обладать высокой биологической активностью. Именно поэтому современная медицина постепенно пришла к пониманию важности для происходящих в организме человека физиологических процессов не только питательных веществ, но и таких биологически активных компонентов пищи, как аминокислоты, витамины, минеральные вещества и т.д.

Парное кобылье молоко – саулмал. Издревле, кочевники называли парное кобылье молоко «саулмал» («мал» – по-казахски значит «скот», а «сау» – здоровый, целый, невредимый). Уже тысяча лет, Авиценна отмечал оздоравливающий эффект и свойства кобыльего молока вместе с его «удивительным сходством с человеческим естеством». Можно сказать это эликсир который придумала сама природа. По своему составу это молоко приближено к женскому молоку и переваривается быстрее, чем женское. Белки, содержащиеся в этом молоке, хорошо усваиваются. В кобыльем молоке содержится около 40 биологических компонентов, необходимых организму человека: самые значимые витамины – А, С, В1, В2, В6, В12, аминокислоты, ферменты и микроэлементы. Кобылье молоко считается лечебным продуктом и применяется при лечении нарушенного обмена веществ, как средство, предотвращающее простудные заболевания и способствующее излечению онкологических заболеваний. Кобылье молоко улучшает кровообращение, повышает мужскую потенцию, ускоряет процесс регенерации органов. Несмотря на многовековую известность саулмала не только на территории Казахстана, но и за его пределами, только относительно в последнее время люди стали обращать осмысленное внимание на его оздоравливающие свойства. Я хочу отметить, что повышенный интерес к этому уникальному продукту проявляется именно за рубежом (Германия, Франция, Бельгия, Япония, США). И это неудивительно, поскольку тенденция потребления продуктов функционального питания за рубежом уже существует несколько десятков лет, а научно доказанная область применения кобыльего молока достаточно широка и не ограничивается только медицинскими показаниями.

Не менее знаменит и кумыс, который называют белым вином скифов. Любимым напитком казахов всегда оставался кумыс, применявшийся и в лечебных целях. Для его приготовления кобылье молоко сливают в кожаный сосуд – *саба* и заквашивают его, после чего дают постоять день-два, часто взбалтывая в это время специальной мутовкой – *писпек*. Кобылиц доили пять-шесть раз в день. Сроки хранения кумыса не более 3-х суток. Кумыс и свежее кобылье молоко в отличие от коровьего богаты содержанием сахара и витаминов С.

В настоящее время отмечается тенденция роста производства кумыса при снижении поголовья, что можно объяснить особенностями мелкотоварного производства. О его целебных свойствах легенд немало. Даже великие русские писатели Лев Толстой и Антон Чехов ездили в Калмыкию «попить кумыса». В Лондоне литр кумыса стоит несколько долларов.

В Германии кобылье молоко используется в парфюмерно-косметической промышленности. Кумыс издавна применялся в Казахстане в лечебных целях, при

истощениях, анемии, цинге, рахите, расстройствах пищеварения, неврастении, а также при туберкулезе легких. Первый кумысолечебный санаторий был открыт в 1856 году в Самаре. Кумыс усиливает перистальтику желудочно-кишечного тракта, сокоотделение, кровотворение, активизирует желудочный сок, стимулирует желчеобразование и желчевыделение, подавляет рост патогенных микробов в кишечнике.

Шубат -наряду с кумысом,видное место занимает шубат(верблюжий кумыс). В напитке из верблюжьего молока присутствуют различные микро- и макроэлементы, такие как медь, кальций, магний, железо, фосфор, цинк и др. В нем в несколько раз больше витаминов С, D, В1 и В2, чем в коровьем молоке. В казахской народной медицине шубат употребляется при легочных заболеваниях, как общеукрепляющее средство при истощающих хронических болезнях. Заслуженной славой пользуется шубат при лечении туберкулеза легких.Наблюдение показывают ,что по своим свойствам и лечебному значению шубат приближается к кумысу из кобыльего молока. Традиционный казахский напиток полезен тем, кто страдает язвой желудка, астмой и туберкулезом. Он способствует нормализации функционирования поджелудочной железы, кишечника, печени, укрепляюще действует на нервную систему человека, повышает иммунитет человеческого организма к различным инфекционным заболеваниям. Его рекомендуют применять в качестве профилактического и лечебного средства при авитаминозе, сахарном диабете, истощении, малокровии, псориазе, хронических гастритах и колитах. Это прекрасный природный иммуномодулятор.

Бараний жир-курдюк пришел к нам также от кочевников. Они использовали его в еду и пили чай, натирались им. Получение бараньего жира осуществляется перетапливанием курдючных и внутренних частей. Данный продукт богат насыщенными жирными кислотами, полезными для человеческого организма. Они легко усваиваются, не нагружают систему пищеварения, обеспечивают нормальное самочувствие. Холестерин, содержащийся в умеренных количествах, также благотворно влияет на жизненно важные органы. В жире барана содержатся витамины А, В1,Е, другие полезные вещества в виде бета-каротина, стеринов и фосфатидов. Благодаря комплексу полезных элементов, удается вылечивать ожоги, раны, ссадины и другие наружные поражения. Применение внутрь этого средства облегчает состояние при простудах, бронхитах и продолжительном сухом кашле. Компрессы с бараньим салом могут применяться для детей и для взрослых. Для усиления лечебного эффекта это средство рекомендуется принимать и внутрь. Бараний жир относится к категории сильнодействующих средств, поэтому использовать его нужно осторожно. Для приготовления лечебных средств рекомендуется пользоваться жиром молодого барашка, обладающего белым цветом и слабым специфическим запахом. У старых животных сало имеет желтоватый оттенок и резкий аромат. Данный продукт имеет высокую температуру застывания, поэтому компрессы, приготовленные из него, обладают хорошим согревающим эффектом. Их разрешается делать детям старше 1 года для лечения кашля. Единственным серьезным ограничением для процедуры является температура.

Барсучий жир у кочевников служил как согревающая мазь, заживляющей мазью, дезинфицирующей мазью. Жир барсука – это его запас на период спячки. Поэтому в нем сконцентрировано достаточное количество всевозможных полезных и питательных веществ, чтобы спокойно перезимовать. Полезны эти вещества и человеку, потому что все они – необходимые для поддержания нашего здоровья, а иногда и лечения витамины и элементы.

Таким образом, используя вышеперечисленные методы лечения в наше время мы бы избежали таких страшных болезней – как онкология, туберкулез, инфекционные, сердечно сосудистые и многие другие заболевания. А по наличию высокой численности онкологических больных, ВКО занимает первое место по Казахстану.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ САЯСАТ

Қайролла Д.

Ғылыми жетекші Омирханов Максат Ерланович

Медицина (лат. medicina: medicus — дәрігерлік, емдік) — адамдардың денсаулығын сақтау мен нығайту, сырқаттарды емдеу мен аурудың алдын алу, денсаулық және жұмысқа қабілеттілік жағдайында, адамзат қоғамында ұзақ өмір сүруге жетуді көздейтін тәжірибелік іс-әрекеттің және ғылыми білімдердің жүйесі.

Саясат (гр. politika — мемлекетті басқару өнері) - алғашында мемлекеттік және қоғамдық істер немесе мемлекеттік басқару шеберлігі деген мағынаны білдірген.

2016-2020 жылдарға арналған «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасы (бұдан әрі – Мембағдарлама) «Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары туралы» Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы №923 Жарлығын, Мемлекет басшысының 2014 жылғы 11 қарашадағы «Нұрлыжол – болашаққа жол» атты Қазақстан халқына жолдауын және «Бес институционалдық реформаны іске асыру бойынша 100 нақты қадам» атты Ұлттық жоспарды іске асыру мақсатында әзірленген, денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған және 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» алдыңғы мемлекеттік бағдарламаларының қисынды жалғасы болып табылады. Денсаулық сақтау саласын реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасының (бұдан әрі – 2005-2010 жылдарға арналған мембағдарлама) негізгі шаралары саланың инфрақұрылымын құруға бағытталған болатын. Бұл кезеңде республикада 500-ден астам жаңа денсаулық сақтау нысандары салынып, 4000- нан астам аурухана мен емхана күрделі жәндеуден өткізіліп, 75 миллиард теңгеден астам сомаға заманауи құрал-жабдық сатып алынды. Сонымен бірге мамандарды жақын және алыс шетелдердің жетекші клиникаларында диагностикалау мен емдеудің жаңа технологияларына үйрету бойынша ауқымды шаралар өткізілді. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының (бұдан әрі – «Саламатты Қазақстан» мембағдарламасы) негізгі міндеті салада қаржы ағындарын басқарудың жаңа тетіктерін ендіру және денсаулық сақтау субъектілерінің экономикалық орайластырылған амалдармен өзара қарым-қатынастарымен жүйенің тиімділігіне қол жеткізу болды. Бұл тетіктердің катализаторы – пациенттердің дәрігер мен медициналық ұйымды еркін таңдауын қамтамасыз етуді, медициналық қызмет кәрсетудің бәсекелес ортасын қалыптастыруды және әрбір емдеп жазылған пациент үшін Бірыңғай тәлеуші арқылы медициналық қызметке ақы тәлеуді кәздейтін Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін (бұдан әрі – БҰДСЖ) ендіру болды.

Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау саласындағы жұмыстар Қазақстан Республикасы Конституциясына, “Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын сақтау туралы” Заңға, “Халық денсаулығы” атты мемлекеттік бағдарламаға сәйкес жүргізіледі. Қазақстан Республикасы азаматтарының денсаулығын қорғау тұрғысындағы

мемлекеттік саясат мына принциптерге негізделген: мемлекеттік денсаулық сақтау мекемелері көрсететін дәрігерлік-санитарлық, дәрігерлік-әлеуметтік, дәрі-дәрмектік көмектің мемлекеттік кепілдігін қамтамасыз ету; олардың орындалуын қадағалаудағы жауапкершілігі; денсаулығынан айырылған азаматтардың әлеуметтік қорғалуы, кепілденген дәрігерлік жәрдем шеңберіне сәйкес дәрігерлік жәрдем алудың әлеуметтік әділеттігі және теңдігі.

Республикадағы барлық мамандық бойынша дәрігер саны 50,6 мың немесе әрбір 10 мың тұрғынға 33,9 дәрігерден келеді. Орта буын медицина қызметкерлерінің саны 104,4

мың адамды құрайды (10 мың тұрғынға 74,1). Жоғары білімді медицина кадрларын мамандандырылған 6 жоғары оқу орындары даярлайды. Барлық облыс орталықтары мен ірі қалаларда орта буынды медицина қызметкерлері даярланады.

Қазақстанда тұрғындарға емдеу-профилактикалық қызмет денсаулық сақтау ісінің аумақтар бойынша тарамдалған нысандары арқылы жүзеге асырылады. Халыққа амбулаторлық-емханалық көмек көрсететін мекемелер саны 1999 жылы 3057, әйелдер консультациялары, балалар емханалары мен жеке амбулатория саны 1738 болды. Тұрғындарға стоматологиялық көмек көрсететін мекемелер саны көбейе түсті. 1990 жылы республикада 88 жеке стоматологиялық емхана жұмыс істесе, қазір олар 3 есе көбейіп, қазіргі уақыттағы саны 243-ке жетті. Сондай-ақ, халыққа стоматологиялық қызметті 1042 стоматологиялық кабинеттер де көрсетеді.

20 ғасырдың 90-жылдары жекеменшік медицина кең етек жая бастады. Ірі кәсіпорындар мен мекемелерде, ауылдық елді мекендерде санитарлық, дәрігерлік, фельдшерлік-акушерлік пунктер жұмыс істейді. Республикада (негізінен, облыс орталықтары мен Астана, Алматы қаласында) әр түрлі ауру-сырқаттарды емдейтін ірі мамандандырылған медицина орталықтары бар.

Соңғы жылдары, Қызылорда мен Жезқазған қалаларында, еліміздің экологиялы қолайсыз аймақтарының тұрғындарына көмек көрсететін ірі, қазіргі заманғы жаңа құралдармен жабдықталған медициналық орталықтар іске қосылды. 1990 жылы Қазақстанда 440 санаторий мен басқа да емдеу-сауықтыру мекемелері жұмыс істеді. Оларда 64 мың орын болды

2010 жылғы Жолдауда Президент таяу онжылдыққа нақты міндеттер қойды. Оның ішінде Нұрсұлтан Әбішұлы «Саламатты өмір салты мен адамның өз денсаулығы үшін ынтымақты жауапкершілігі қағидаты - міне, осылар денсаулық сақтау саласындағы және халықтың күнделікті тұрмысындағы мемлекеттік саясаттың ең басты мәселесі болуы тиіс» екендігін атап көрсетті.

Жоғарыда көрсетілгендерге сәйкес, сондай-ақ халық денсаулығының қазіргі жағдайына және Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіне жүргізілген талдау негізінде Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының стратегиялық басым бағыттары және іске асыру тетіктері айқындалды.

Бағдарламада ведомстваралық және сектораралық өзара іс-қимылды ескере отырып, жоспарланған іс-шараларды орындауды заңнамалық, инвестициялық, құрылымдық, экономикалық және кадрлық қамтамасыз ету жөніндегі шаралар көзделген. Медициналық қызметтердің және медициналық ұйымдардың арасындағы бәсекелестік қатынастардың нарығын құру көзделіп отыр.

Бағдарламаны іске асыру медициналық қызмет көрсетудің шығыны аз нысандарына өту үшін жағдай жасау, саланың профилактикалық бағыттылығын қамтамасыз ету, медициналық көмектің қолжетімділігі мен сапасының деңгейін арттыру арқылы денсаулық сақтау жүйесін қарқынды дамытуға, арнайы әлеуметтік қызметтерді енгізуге, сондай-ақ халықтың өзін-өзі сақтау мінез-құлқының дәйектемесі, медицина персоналының кәсіптік және жеке өсуі, денсаулық сақтау жүйесін қоғамның қазіргі талаптарына және нарықтық жағдайларына бейімдеу үшін жағдай жасауға ықпал ететін болады.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005 - 2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасын (бұдан әрі – Мемлекеттік бағдарлама) іске асыру кезеңінде мынадай белгілі бір нәтижелерге қол жеткізілді. «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының Кодексі қабылданды. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі бойынша ең төменгі стандарттар белгіленді.

Қазақстан Республикасында ана мен бала өлім-жітімін төмендету жөніндегі 2008 - 2010 жылдарға арналған, Қазақстан Республикасында қан қызметін жетілдіру жөніндегі

шаралар туралы 2008 - 2010 жылдарға арналған, Қазақстан Республикасында ЖҚТБ індетіне қарсы іс-қимыл жөніндегі 2006 - 2010 жылдарға арналған, Қазақстан Республикасында кардиологиялық және кардиохирургиялық көмекті дамытудың 2008 - 2016 жылдарға арналған, «Саламатты өмір салты» жөніндегі 2008 - 2016 жылдарға арналған салалық бағдарламалары әзірленді және енгізілді.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы

Шекараны санитариялық қорғау жүйесі қалыптасты: мемлекеттік шекарада ел аумағын аса қауіпті инфекциялық аурулардың әкелінуінен және таралуынан қорғауды қамтамасыз ететін санитариялық-карантиндік пункттер желісі кеңейтілді. Жалпы дәрігерлік практика қағидаты бойынша жұмыс істейтін бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі - БМСК) қызметін реформалау жүргізілді, қанайналым жүйесі ауруларын ерте анықтау тұрғысынан балаларды, ересек халықты профилактикалық қарап-тексеру, ұрпақты болу жүйесінің онкопатологиясын ерте анықтау тұрғысынан әйелдерді скринингтік зерттеу жүргізілуде. Дәрі-дәрмекпен тегін және жеңілдікті түрде қамтамасыз ету енгізілді; Мемлекеттік медициналық ұйымдар желісін типтеу және стандарттау жүргізілді, денсаулық сақтау ұйымдары желілерінің мемлекеттік нормативі бекітілді. Денсаулық сақтау ұйымдарының материалдық-техникалық базасын нығайту жөніндегі іс-шаралар жүргізілді. Тәуелсіз медициналық сараптама жүйесі құрылды.

2010 жылғы 1 қаңтардан бастап Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесі (бұдан әрі - БҰДЖ) кезең-кезеңмен енгізілуде, ол пациенттерге дәрігер мен медициналық ұйымды еркін таңдауды қамтамасыз етуді, медициналық қызмет көрсетудің бәсекелестік ортасын қалыптастыруды, медициналық ұйымдардың түпкілікті нәтижелерге қол жеткізуге бағытталған жұмысын және нақты шығындар бойынша медициналық қызметтерге ақы төлеуді көздейді. ҚР денсаулық сақтау министрі Е.Біртанов 2016-2019 жылдарға арналған «Денсаулық» денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламасының негізгі бағыттарының бірі қоғамдық денсаулық сақтау қызметін құру болып табылатынын атап өтті, ол халықтың денсаулығын нығайту бойынша ведомствоаралық жұмыстарды реттеумен және үйлестірумен айналысатын болады. Әлемнің көптеген елдеріндегі тәрізді, Қазақстанда да ауру мен өлім-жітім негізінен жұқпалы емес созылмалы аурулар жағдайында орын алады, ал жұқпалы аурулар олардың жалпы көлемінің 2% құрайды. Соңғы жылдары Қазақстанда жұқпалы емес созылмалы ауруларға жұмсалатын шығындардың өсуі байқалады, бұл жалпы шығындардың 95-96% құрайды. Қоғамдық денсаулық моделі ауруларды емдеуден оның алдын алу мен басқаруға назар аударуға мүмкіндік береді. Қазақстанда ол Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымымен айқындалған қоғамдық денсаулық сақтаудың негізгі он оперативті функциясының негізінде құрылады. Оның ішінде – халықтың денсаулығы мен әл-ауқатын эпидемиологиялық қадағалау, денсаулыққа қауіп төнген және төтенше жағдайларда мониторинг жүргізу және әрекет ету, денсаулықты қорғау, оның ішінде қоршаған ортаның, еңбек, тамақ өнімдерінің қауіпсіздігін қамтамасыз ету, сонымен қатар денсаулықтың нашарлауын ерте анықтаумен аурулардың алдын алу. Сонымен қатар, көрсетілген функциялардың қатарына денсаулық сақтау саласын стратегиялық басшылықпен, құзыретті кадрлармен, сондай-ақ тұрақты ұйымдастырушылық құрылыммен және қаржыландырумен қамтамасыз ету кіреді. Бұдан басқа, оның функцияларында қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы ақпараттық-түсіндіру жұмыстары мен зерттеулердің дамуына ықпал ету қамтылады. Бұл қызметтің дамуының негізгі бағыттары қазіргі кезде мыналарды қамтиды: нормативтік құқықтық база мен бюджеттік бағдарламаларды қалыптастыру, ұсынылатын қызметтер тізімін әзірлеу, инфрақұрылымды дамытуды, бірыңғай IT-платформа құруды, кадрлық әлеуетті дамытуды қамтумен денсаулық сақтау саласының әлеуетін арттыру, сонымен қатар бизнесті тарту мен мемлекеттік-жекешелік әріптестікті дамыту.

Кез келген саланың дұрыс нәтиже көрсетуі оны басқаратын адамға тікелей байланысты. Денсаулық сақтау саласының министрлер тізімі;

Аманбаев Ақсұлтан- сәуір 1992 - - 28 маусым 1991 Қазақ КСР Денсаулық сақтау министрі;

Аманбаев Ақсұлтан- сәуір 1992 - сәуір 1992 - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі;

Девятко Василий - қазан 1997 - - сәуір 1992 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі;

Көшербаев Қырымбек Елеуұлы - 1999 жылғы қаңтарда - - қазан 1997 Білім министрі, Қазақстан Республикасы Мәдениет және Денсаулық сақтау;

Көшербаев Қырымбек Елеуұлы - қазан 1999 - - 1999 жылғы қаңтарда Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі, Қазақстан Республикасы Білім және спорт;

Омарова Мария Нұрғалиқызы - қараша 1999 - тамыз 2000 - Денсаулық сақтау істері жөніндегі агенттігінің төрағасы;

Досқалиев, Жақсылық Ақмырзаұлы - қазан 2001 - тамыз - 2000 Денсаулық сақтау істері жөніндегі агенттігінің төрағасы;

Досқалиев, Жақсылық Ақмырзаұлы - 4 сәуір, 2004 - - Қазан 2001 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі;

Ерболат Асқарбекұлы - 5 сәуір, 2004 - 20 қыркүйек, 2006 - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі;

Дерновой Анатолий - 20 қыркүйек, 2006 - 20 қараша, 2008 - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі;

Досқалиев, Жақсылық Ақмырзаұлы - 20 қараша, 2008 - 7 қазан, 2010 - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі;

Қайырбекова Салидат Зекенқызы - 6 тамыз, 2014 - - 7 қазан, 2010 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрі;

Дүйсенова Тамара Босымбекқызы - 6 тамыздағы 2014 жылғы - ҚР денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрі

Біртанов, Елжан Амантаевич- 25 қаңтар 2017 - Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрі

Салыстырмалы түрде медицина саласын басқаратын адам медициналық білімі бар адам болуы міндеттіме?

Біртанов Елжан Амантайұлы (18 қазан 1971 ж.т., Тараз қаласы) - дәрігер, токсиколог, медицина ғылымдарының кандидаты.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің штаттан тыс Бас токсикологы. 1994 ж. Алматы мемлекеттік медицина институтын бітірген соң, Алматы қалалық Жедел жәрдем ауруханасының токсикология бөлімінде дәрігер-реаниматолог болды. 1994 ж. АҚШ-тағы Аризона штатының Токсикология орталығында клиникалық токсикологиядан іс-тәжірибесін жетілдіру мақсатына 4 айлық стажировкадан өтті. 1996 жылдан Қазақстандағы ақпараттық-кеңес токсикология орталығын басқарады.

Тамара Босымбекқызы Дүйсенова (1965 ж. туған, Сарыағаш ауданы) – инженер-экономист. Ташкент халық шаруашылығы институтын бітірген (1987).

Экономика ғылымда «Қазақстандық медицина саласындағы жетістіктер Батыста қол жеткізілген жетістіктермен теңдей. Елде медицина ғылымы мен медицинаны дамыту бізге көп нәрсені шешуге мүмкіндік берді. Және де кардиология, тірек-қозғалыстық аппаратты емдеу мәселелері, барлық басқа да бағыттар бойынша. Осының арқасында қазақстандықтардың өмір сүруінің орташа ұзақтығы 10 жылдың ішінде 64 жастан 72,3 жасқа дейін өсті. Міне бұл – ең маңызды жетістік», – деді Қазақстан Республикасының Президенті Н. Назарбаев.

Қолға алынған әр бағдарлама өз жемісін көрсетті және көрсету үстінде. Алға қойған мақсаттар іске асырылды. Қазақстан халқының денсаулық жағдайының жоғарылауы және өмір сүру жасының ұзаруы оның нақ дәлелі. Дегенмен әліде өзгертер және қол жеткізер

заттардың болуы, Саламатты Қазақстан және Денсаулық сияқты бағдарламалардың жалғасу керектігінің дәлелі. Тәуелсіздігін алғанына 26 жыл болған мемлекет үшін бұл үлкен жетістік.

ИСТОРИЯ КОЧЕВОЙ МЕДИЦИНЫ

Джабаева Д.

Научный руководитель Омирханов Максат Ерланович

Историю медицины можно рассматривать как социальную силу исторического развития. Азиатский мир включающий в себя территорию Казахстана представлял своеобразный коридор по которому на протяжении многих веков продвигались многочисленные племена имеющие свою медицинскую культуру и традиции врачевания.

Народная медицина существует столько, сколько само человечество.

Раны и болезни сопровождали человека всегда, необходимы были средства лечения. Прежде чем человек сделал орудие, он пробовал прикладывать к ране различные растения и употреблять их при недомогании.

История кочевой медицины очень познавательна – это философия в основе которой лежат отношения с природой, людьми, животными, растениями.

мы будем разбирать вопросы о том какова была медицина кочевых народов, их заболевания, способы диагностики и методы лечения.

у казахской народной медицины богатое прошлое. В народе накапливались и культивировались различные мед. навыки и представления. Так к примеру охота и животноводство давали значение строения и функций внутренних органов животных что способствовало знанию анатомии человека. Лекари того времени хорошо знали анатомию человека об этом свидетельствуют наличие в казахском языке 150 терминов.

казахские лекари придавали большое значение профилактике и своевременному лечению. они систематизировали заболевания на 2 группы

наружные и внутренние:

заразные (жукпалы ауру)

незаразные (кай наукас)

казахи широко пользовались средствами народной медицины стоит заметить, что методы их дошли и до нашего времени, которые базировались главным образом на многолетнем опыте.

Так лекари определяли течение и исход болезни по состоянию больного, определялось счетом пульса и тем-ры больного на ощупь, ритму сердца, цвету кожных покровов, они обращали внимание также на глаза – капилляры, состояние склеры, зрачок.

Как известно наши предки вели кочевой образ жизни для этого им приходилось затрачивать много сил, издавна знали, что для пребывания сил нужны полноценные, источники энергии, питательных веществ были – мясо, айран, талкан, ырымшик, кымыз, курт.

Кочевники издавна знали, что иммунитет это залог здоровья

Еще одной веткой древней казахской медицины было врачевание травами, именно она стала основой народной медицины.

В медицинских трактатах описано 1300 лекарственных средств растительного происхождения, 114 видов минералов и металлов, 150 видов животного происхождения.

Лечащими средствами служили растения и даже сильнодействующие, дикорастущие ядовитые вещества к примеру такие как (полынь, щавель, барбарис).

солодковый корень шиповник черемница ревен чилибуха можжевельник золотой корень гвоздика)

лекарственные препараты (сулема стрихнин ляпис)

Ядовитые препараты (хинин, квасцы, камфару, скипидар, ртуть , ртутную мазь, сулема, опиум).

Также использовались препараты животного происхождения это медвежий лебединая желчь, барсучий, сурковый, конский бараний жир.

использовались ртуть камфара нашатырь.

для лечения кишечных заболеваний употребляли отвары из щавеля, и солодкового корня

кожные заболевания – мази из ртути и сулемы

Народные лекари лечили сифилис. Они готовили из различных растений отвары, из таких растений как корни и древесную коры делали крепкие настои (тамыр дери – декокт) настоем давали 2 раза в день.

Среди кочевников имелись люди удачно лечившие переломы костей. В народе их называли костоправами (сыныкшылар). Костоправы легко и безошибочно могли вправить любые переломы конечностей, ключицы, и даже бедер, суставные вывихи.

В ходе войны, междуусобиц люди получали ранения, различные травмы, лечение которым занимались местные лекари. Лекари удаляли стрелы, перевязывали раны, останавливали кровотечения. Во- время хирургических операций употреблялись средства снижающие болевые ощущения у оперируемого – это опий, белена , конопля.

Можно сделать вывод, что во времена кочевников были развиты области медицины, которые сегодня называются хирургия и травматология.

Так, например родовспоможение у кочевников отличалось от принятого сегодня. К примеру нормальная поза рожавшей женщины была вовсе не лежа на спине как практикуется. Степные казашки рожали сидя на корточках так гораздо проще, с меньшими усилиями выдавливать плод из чрева, чтоб это не было чревато перенапряжениями внутренних органов, также они раздражали слизистую оболочку глотки промытым пером тем самым вызывали рвотный рефлекс . Поскольку перед родами желудок и кишечник очищались ,зато рефлексорный позыв отлично помогает выходу плода. Также вырабатывались вмешательства при трудных родах, при не правильном положении плода. Врачи того времени в случаи тяжелых родов делали попытки поворота плода на ножку, практиковали кесаревосечение.

в первые 40 дней жизни младенца купают в кумысе и густо соленной воде благодаря этому не возникают опрелостей и пролежней .также казахские кочевники лечили пупочную грыжу медью обкладывают зону ослабленных мышц пластинами чистой меди и прикладывают их к тельцу

кожные заболевания – мази из ртути и сулемы

Народные лекари лечили сифилис. Они готовили из различных растений отвары, из таких растений как корни и древесную коры делали крепкие настои (тамыр дери – декокт) настоем давали 2 раза в день.

Так при простудных заболеваниях органов дыхания применялись в первую очередь согревающие вещества, вызывающие потение.

Широкое применение имели и так называемые ванны (“териге тусу) в шкуре домашних животных использовали свежеснятую шкуру взрослой упитанной овцы, козы, жеребенка ,бычка , куда человек мог поместиться в сидячем состоянии.

этой целью больному давали горячую пищу – свежее мясо,бульон, чай с опиумом, отвары корней солоки, девесила, горячей мяты.

При туберкулезе легких хроническом бронхите лечили усиленным питанием, рекомендовали питаться свежим мясом употреблять кумыс шубат.

Также Туберкулез лечили с помощью недавно снятой шкуры барана в которую больного заматывали на целые сутки.

При туберкулезе легких хроническом бронхите лечили усиленным питанием , рекомендовали питаться свежим мясом употреблять кумыс шубат.

Также Туберкулез лечили с помощью недавно снятой шкуры барана в которую большого заматывали на целые сутки.

И если мы говорим о медицине кочевников стоит учесть универсальный метод лечения наших предков курдючий жир (куйрык май, бараний жир) он широко использовался при простудных заболеваниях ,также после купания новорожденного все тело ребенка мазали курдючим жиром – это поддерживало его температуру. Также при кашле обтирали грудь для прогревания. Курдючий жир использовали для лечения суставов, и от переохлаждения при зимних кочевках.

Для лечения суставов пользовались различными ваннами (сухими ,водными)Так в пустынных и полупустынных районах с середины июля когда песок прогревался до половины глубины люди прогревались в песке (сухая ванна)

Водная баня использовалась в основном в зимний период (баня ,парились в бочках)

Кочевники издавна знали о целебных свойствах соленных озер и теплых минеральных источников которых на территории Казахстана очень много. К таким источникам выезжали с начала июля лечение проходило самостоятельно такие процедуры помогали от многих наружных и внутренних суставных болезнях.

При головной боле связанное с давление крови лекари применяли кровопускание из нескольких подкожных вен: височной, лобной, локтевой, тыла кисти, подъязычной. Делали надрезы.Для остановки кровотечения сыпали свежую золу или обожженный кусок кошмы. Таким образом дезинфицировали рану кровь спекалась и останавливалась.

При появлении опасной инфекционной болезни сибирской язвы опытные лекари тут же вырезали язву острым ножом рану , обрабатывали раствором сулемы и прикладывали к ней лоскутсвежей овечьей шкуры и тонкий слой курдючего жира. Положительный результат при лечении сибирской язвы давало то же прижигание раскаленным железом , и расплавленным сургучом.

Хорошо зная опустошительные последствия чумы, холеры, тифа и натуральной оспызаболевших старались изолировать иногда оставляя их на произвол судьбы откочовывая в другие местности.Оспой заражали здоровых детей чтобы процесс протекал легче

Как бы не были эффективны новые препараты выпускающиеся современной химико-фармацевтической промышленностью, лекарственные средства пользуются доверием тысячи людей.

Изучая кочевую медицину, невольно сравниваешь ее с современной и находишь много общего. Уже тогда использовались методы, травы которые используются по сей день. Удивительно, но может сделать вывод, что во многом современная медицина берет истоки у кочевой медицины. Хотя мы привыкли, что любое достижение науки, будь то физика, астрономия, медицина, педагогика все пришло к нам из цивилизованного запада. Но если посмотреть на историю то наши предки удивительным образом не имея какие либо инструменты, лаборатории, условия для изучения смогли не только лечить, принимать роды, вставлять кости и т.д. но и систематизировать и разделить медицину на такие отрасли как хирургия и травматология, акушерство, фармакология. Причем можно сделать вывод, что каждой отраслью занимался отдельный человек.

ХАЛЫҚТЫҚ ЖӘНЕ ДӘСТҮРЛІ МЕДИЦИНАДАҒЫ ФАРМАЦЕВТИКАНЫҢ ДАМУЫ

Ғалымова Ж.С.

Ғылыми жетекшісі Қожахметов Бақытжан Капанович

Тақырыптың өзектілігі - жаһандану заманындағы еліміздің негізгі ұлт құраушы халқының тарихи санасын ояту арқылы, ұлттық құндылықтар негізінде болашақ медицина маманын дайындауда, халықтық медицина мен заманауи тағылымдарды ұштастыра білу.

Мақсаты:

Халықтық және дәстүрлі медицинаның тарихи даму кезеңдерін саралай отырып, озық үлгілі тәжірибелерін заманауи медицинада қолдану маңызын анықтау.

Фармация тарихы ғылым ретінде зерттейтін салаларын, дәрітанудың пайда болу тарихымен, фармацияның жалпы мәдениетпен, бүкіл әлемдік тарихи оқиғалармен байланысын көрсету.

Фармация тарихы –көне замандардан бастап ем –домның, дәрі-дәрмектің пайда болуымен осы күнге дейін медициналық дамуын зерттейтін ғылым.

Фармация тарихы мынадай мәселелерді зерттеуді алдына мақсат етіп қояды:

- Фармацияның дамуындағы құбылыстардың заңдылығын көрсету.
- Фармация тарихында дәрігерлік салалардың бір –бірімен жалғастығын айқындау.
- Фармацевтикалық ілімнің дамуын жалпы қоғам дамуымен байланысты екенін көрсету арқылы ой -өрісті кеңейтіп, отанға деген сүйіспеншілікті арттыру.

Фармация тарихы зерттеу, іздену әдісіне үйретеді, емдеу дағдысына бағдарлайды. Ауру түрін анықтау, наукастан сақтану, оның алдын алу Фармация тарихының зерттеу көздері. Оларды бірнеше топқа бөледі:

- Материалдық деректер, археологиялық қазбаларда табылған заттар мен түрлі деректер (памантропиялық т.б.).
- Жазбаша деректер.
- Ескерткіштерге таңба болып салынған белгілер.
- Этнографиялық деректер.
- Ауызша (фальклорлық).

Фармация тарихының дамуымен ажырағысыз байланыста. Ал әлем тарихы бірнеше кезеңдерге бөлінетіні белгілі. Сол кезеңдерге байланысты және әр мемлекеттік әлеуметтік –экономикалық жағдайына сәйкес даму жолдары кепілді түрде келесі нұсқа бойынша зерттеуге болады.

Ертеден мәдениеті мен экономикасы өркендеген Шығыс мемлекеттерінде Қытай, Үнді және Мысыр елдері жатады. Бұл елдерде мәдениет және білімтану мен қатар медицина немесе емдеу ісі қарқынды өсті. Ежелгі Шығыс мемлекеттерінде науқасты емдеу екі бағытта дамып отырды:

1. Халық медицинасы.
2. Хирургиялық емдеу (діни түсініктерге негізделген).

Шығыс мемлекеттерінің даму қарқыны алғашқы қауымдық құрылыстан, құлиеленушілік кезеңге басқа елдерге қарағанда ертерек өтуімен түсіндіріледі. Алғашқы жазу құралдарын зерттегенде әртүрлі емдеу әдістерімен қатар фармацевтикалық білімдердің дамығанын көреміз.

Ежелгі Қытай медицинасы дәстүрінің негізін философиялық «бірінші элементтік» окулар және екі қарама –қарсы ілім құрады. Ежелгі Қытай емшілеріне тән ерекше тәсілдердің бірі массаж, акупунктура (ине шаншу). Басқа да Шығыс елдерінің тұрғындары сияқты, емдік өсімдіктер, минералды заттар, жануарлардың түрлі мүшелері, әр түрлі құралдар емдік мақсатта пайдаланылады. Терімен бұлшық еттерге-тамырларын, ішкі ауруларға, өсімдік шырынын ұсынған. Ерте заманда жень –шень, лимонник, эфедра, чай,

жуа, бұрыш, аконит сияқты өсімдіктер мен олардың жемістерінің қасиеттері белгілі болған. Жануарлардың мүшелері мен органдарынан пілдің терісі, жолбарыстың қаны, бауыры, жүрегі, тырнақтары, тасбақаның тасы кең қолданылды.

Орта ғасырдағы фармацияның дамуының ерекше қасиеті, дәрі-дәрмектің құрамында ингредиенттер неғұрлым көп болса, соғұрлым оның әсерлілігі артады. Сөйтіп, дәрі жасаудың технологиялық әдісі күрделене берді. Енді дәрі жасалатын шикізаттардың қорын бір жерде сақтау керек болды. Мұндай жерді "Аптека" деп атады. "Аптека" грек сөзі, ол "Қойма" деген мағынада. Кейбір дәрі-дәрмектердің құрамында ондаған, жүздеген ингредиенттер енгізілді. Сол уақыттағы өте кең қолданылатын "Териак" қосындысының құрамында 70-ке жуық дәрі болды. "Териак" барлық дертке қарсы қолданылды, оны көпшіліктің алдында дайындап, белгілі бір ережелер бойынша науқасқа беріп отырған. Фармацевтикалық істің өркендеуі феодализм дәуіріндегі сиқырлыққа, астрологияға, алхимияға қатты әсер етті. Орта ғасырда шығыс елдерінде фармацияның дамуында ең бірінші дәріхананың ашылуы болды. Багдад қаласында 754 жылы, жалпы ғылым дами бастағанда араб медицинасы бұрынғыдан күшейе түсті. Египетті, Персияны, Үндістанды басып алған арабтар жеңілген елдерден үйрене отырып, көптеген ғылыми еңбектерін жарыққа шығарды. Медицина ғылымының тарихында орта азиялық атақты ғалым, дәрігер Ибн-Сина (Авиценна) артына ұмытылмас үлкен ғылыми мұра қалдырды. Оның медицина жайындағы трактатында дәріні суреттеуге көп орын берілген. Шығыс ғалымы, дәрігер Авиценна жан-жақты білімді ғалым болған. Оның медицина жайында 5 томдық трактатында "Дәрігерлік ғылым туралы канон" анатомия, физиология, патология, терапия, фармация, гигиена сұрақтары айқындалған. Оның алдыңғы екі томында "жай" және "күрделі" дәрі-дәрмектердің сипаттамасы берілген. Бұл еңбегінде 785 дәрі-дәрмектердің өсімдіктер және жануарлар, минералды заттардан алынған дәрілік нысандардың сипаттамасы, алу тәсілдері көрсетілген. Орта ғасырларда фармацияның дамуында Италияның оңтүстігінде Неа Йоль қаласында орналасқан Сальрена мектебі көп ықпалын тигізді. Мектеп ректоры Николай 1140 жылы Европада ең алғашқы фармакопея "Антидотарий" басып шығарды, онда дәріханада қолданылатын өлшем бірліктері көрсетті: (грамм, скрупул, драхма, унция). Кейін "Солерналық денсаулық кодексі" жарық көрді, онда әртүрлі гигиеналық және санитарлық ережелер көрсетіліп, қазіргі уақытқа дейін қолдау табуда. 1224 жылы Ұлы Рим империясының императоры Фридрих II бекіткен, фармацевттер мен дәрігерлердің міндеттері мен құқықтары туралы болды.

XIX ғасырдың 60 жылдары Қазақстанның Ресейге қосылуы аяқталды. Бұл кезде 1861 жылғы буржуазиялық реформа және соған байланысты Ресейде капитализмнің одан әрі дамыған тұсы болды. 1867-1868 жылдары реформаларға сәйкес Қазақстанның бүкіл тарихында тұңғыш рет халыққа қызмет көрсету үшін ояз дәрігерлерінің ояз фельшерлері мен әйелдер босандыратын мамандар қызметі енгізілді. XIX ғасырдың 70 жылдары Қазақстанға орыс шаруалары ауып келіп, қоныстана бастады. Ал 1906 жылғы столыпиндық жер реформасына байланысты қоныс аударулар саны қауырт өсіп кетті. Қазақстанда қоныс аударғандарға арналған медицина ұйымының пайда болуы 1902-1905 жылдары. 1902 жылы фельдшерлік пунктер, ал 1905 ж. дәрігерлік пунктер құрылды. Қазақстанда медициналық қызметтің негізгі жүйесі көшпелі болған, ал емдеу қызметі амбулаторлық негізде жүргізілген.

Ресейде дәрітанудың даму тарихы басқа халықтар сияқты алғашқы қауымдық құрылыс кезеңінен өткен. Медициналық білімнің жиналуы мен ұлғаюы есебінен дәрігерлік көмекті көрсетуге маманданған адамдар дағдылана бастады. Оларды знахарлар, ведундар деп атады. Ресейде христиан дінінің орнығуы нәтижесінде (X — XI ғ.ғ) шіркеулік — діндарлық дәрітануға алып келіп, медициналық білімдердің шіркеулерде пайда болуына себепші болды. Татар — монғол шапқыншылығы кезінде аман қалған

шіркеулер госпитальды база ретінде халыққа амбулаторлы және ауруханалық көмек көрсетіп, ал кейіннен чума (оба) ауырған адамдарды емдеуге пайдаланды.

1581 ж Кремльде алғаш рет патшаны және жанұясына қызмет ететін дәріхана ашылды. Патшаға дәрілік препараттар босату қатаң түрде қадағаланды, оған алынған дәрілер арнайы бөлмеде сақталды. Патшаға жазылған рецепттер көрсетілген препараттар туралы және адам организміне қандай әсер көрсететіндігі туралы толық мәліметтер жазылған анықтама бойынша Аптекарский приказға түсетін болған.

1672 ж алғаш рет халыққа арналған дәріхана ашылып, онда дәрілік препараттар "нұсқаулық кітап" бойынша босатылды. Дәріхана штатында дәріханашылардан бөлек дәрігерлер, алхимиктер, дистилляторшылар, емшілік және дәріханалық (оқушылар болған) мамандықты меңгерген оқушылар болды. Дәрілік түрлер өзінің сан алуандығымен ерекшелінген олар "питие", "порохи", "мазуни", "пластыри", "леваши", т.б

Көптеген препараттар аш қарынға сирек тамақтан соң белгіленген. Күндізгі доза 2 немесе 3 қабылдауға бөлінді: "таң", "түс", "кеш". 40 күн және 2 айға да созылған белгілеулер де болады. Сонымен қатар препараттың дозасының күнделікті өсуі соңынан соңғы дозаға дейін төмендетілуі іс- жүзінде қолданылған.

XVII ғ соңында Мәскеуде және 2 дәріхана біреуі Кикталық есіктер жанындағы соғыстағы мүгедектер үшін арналған госпитальде, 2-сі патша дәріханасының филиалы ретінде Измайловада ашылды.

Төңкеріске дейін дәріханалардың саны Ресей жерінде жеткіліксіз еді. Негізінен олар қала орталықтарында болды. Сондықтан село тұрғындарына дәрі-дәрмек жетікіліксіз болды.

Жеке дәріханалар үлкен болмады. Олар жылына орта есеппен 500-ден 10-мың дәріге дейін шығарып тұрды. Ал Ресейдегі барлық дәріханалар жылына 32 миллион дәрі шығарды. Дәріхананың жалпы құрылымына басты назар аударылмады. Тек алғашқы бөлмелер ғана сатып алушылардың талабына сай жабдықталды. Қалған қызмет етуші орындар тар, әрі санитарлық жағынан сәйкес емес жерлерде орналасты.

Дәріхана иеленушілер қызметкерлерінің жалпы жақсы жұмыс істеуіне жағдай туғыза алмады. Дәріханалардағы қызметкерлер тікесінен тік тұрып күніне 12-14 сағат жұмыс істеді.

Еңбек етудің ауырлығы және тұрмыстың төмендегі дәріхана шаруашылығы адамдары мен фармацевт қызметкерлерінің арасында дау туғызып отырды. Фармацевт қызметкерлерінің көтеріліс толқыны 1905-1907 жылдары Петербург, Мәскеу, Киев, Харьков, Одесса қалаларын шарпыды. Бірақ бұл сала жеке адамдардың қолында болғандықтан түбірлі өзгерістер болмады.

Бірінші дүниежүзілік соғыс басталған уақытта патша үкіметі армианы дәрі-дәрмектермен жеткілікті түрде қамтамасыз ете алмады. Фармацевтика өндірісі Германиямен тығыз байланысты болғандықтан қиыншылықтарды басынан өткерді. Сондықтан тыл мен соғыс кезеңіндегі жағдай дәрінің жоқтығынан ауыр жағдайды басынан кешіреді

Ресейге бірінші болып 1731 жылы Кіші жүз қосылды, 1740 жылы Орта жүз қосылды, ал Ұлы жүз Ресей құрамына кейінірек, 1846 жылы қосылды.

Қазақстанның Ресейге қосылуы экономикалық маңызды факторлармен байланысты болды. Мұның қазақ халқының тағдыры үшін прогрессивтік мәні болды да, оның тарихындағы өзгерісті кезең болып шықты.

Ресейге қосылғанға дейін ауырып — сырқаған адамдарды мүлдем сауатсыз, барып тұрған надан, тек өз қамын ғана ойлайтын бақсы –балгерлер "емдеп" келді. Бұлар бұл кәсіпті өз бетінше үйренген практик адамдар еді.

Кейбір тәуіп тек сынық салып, ірінді жараның аузын алып, шиқан, сыздауықты, дүңкиген жерді жарып, кішігірім хирургиялық операциялар жасап жүрді, қан алды, тіс

жұлды. Осылардың біразы ауру адамды қайғылы халге кезіктіретін. Халықтың ақшасына дәрі сататын тұңғыш дәріхана Орал қаласында 1842 жылы ашылды. Қазақстандағы осы жалғыз дәріхана көп жылға дейін істеп келді.

XX ғасырдың бас кезінде Қазақстан қалаларының бәрінде дерлік жеке меншік дәріханалар болды. Бірақ дәрі сату бұрынғысынша мандымай қала берді. Мысалы, 1910 жылы Верный қаласында жылына бір адамға 0,7 рецептпен, Семей қаласында - 0,36-дан ал Лепсі қаласында 0,08 рецептпен келді. Ресей Қазан төңкерісін жеңіп шығуы елімізде халыққа дәрілік көмек көрсету ісіне түбірлі өзгерістен енгізді. Еңбекшілер бұқарасының денсаулығын сақтау мәселесі шешілді.

Елімізде медициналық және санитарлық істерді біріктіру мақсатымен РСФСР-дің Денсаулық сақтау Халық Комиссариатын құру жөніндегі декретке В.И. Ленин 1918 жылы 1 шілдеде қол қойды. Сөйтіп бұл дата — кеңес медицинасының мелмекеттік бірыңғай ұйым болып қалыптасуының тарихи датасы болып табылады. Кеңес медицинасының бұқаралық сипатына сүйене отырып, құрылтай медициналық тегін көмекпен бірінші кезекте мемлекеттік кәсіпорындардың жұмысшылары қамтамасыз етілетін болсын деп шешті. Сол сияқты медициналық тегін көмек село халқына да көрсетілген болды. Қазақ дәріхана басқармасының бірінші төрағасы болып дәрігер Шомбалов Мәжит Мұхамедғалиұлы тағайындалды.

XX ғасырдың басында қоныстанған селоларда, темір жол бекеттерінде дәріханалар пайда бола бастады. 1907 жылы Қостанай облысының Федоровка селосында, Челкар бекетінде жеке меншік дәріханалар ашылды.

Фармацевтер саны өте баяу, жылына 2-3 адамға артып отырды. 1910 жылы олардың саны 44 болса, 1915 жылы - 64-ке жетті. Олардың ішінде 17-сі провизор әрі дәріхана иелері болды, 47-сі провизорлар көмекшісі міндетін атқарды. 1915 жылы бір фармацевтке 78000 адамнан келді. Революцияға дейінгі Қазақстанда фармацевтикалық кадрлар дайындау ісі болмады. Дәріханалар бақылаусыз болып, дәрілердің бағасы мен сапасын ешкім тексермеді. Дәрі-дәрмектер өте қымбат болғандықтан, тұрғындар дәріханаларға сирек келетін болған. 1917-1919 жылдары елде азамат соғысы жүріп жатты, аштық пен эпидемия тұрғындардың дәріханаларға келуіне әсерін тигізді.

1919 жылы кеңес үкіметі дәріханаларды жалпы халықтық етті. Олар уездік және губерниялық денсаулық сақтау бөлімшелерге берілді. Дәрімен қамтамасыз ету өте баяу жүрді, бір дәріхана 100 мыңнан аса адамға қызмет көрсетті. Осы қиын уақытта фармацияның аса көрнекті қайраткерлерінің бірі Ахмет Раимбеков болды. Ол 1880 жылы Қарқаралы ауданының Катон селосында дүниеге келген. 1917 жылға дейін Семейде, Ақмолада фельдшер болып қызмет атқарған, революциядан кейін Қарқаралыда, Көкпектіде, Катон-Қарағайда дәріханаларды басқарды. Соғыс уақыт алдында республикада 313 дәріхана болды, оның ішінде 26-сы күні-түні жұмыс атқарды, жоғары білімді фармацевтер саны 51-ге жетті. Ұлы Отан соғысы жылдары дәріхана қызметкерлерінің алдында тұрғындарды дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету мәселесі тұрды. Эвакуацияланған фармацевтермен дәріханалар штаты толықты. Қазақстандық дәріхана басқармасының шешімімен Шымкент химия-фармацевтикалық зауытында дарминдік майды шығару қайта қолға алынып, негізгі азотты-қышқыл висмут пен никотин қышқылын шығару меңгерілді. Алғашқы ғалым-фармацевтер пайда болды. Олардың бірі Салкен Хасенұлы Субханберлин, ол 1914 жылы Павлодар облысының Баян-Ауыл ауданында дүниеге келген. Қазақстанда дәріханалық істің қалыптасуы мен дамуына мынадай көрнекті фармацевтер ат салысты: Б.А. Абдрахманов, Ш.Г. Аймаков, В.А. Александров, Р.М. Водовозов, Г.С. Гершкович, М.М. Гольдман, Н.Д. Дауленов, Т.Г. Жанұзақов, Н.Д. Жучков, М.Т. Зимин, Г.Н. Канакаева, М.Л. Климинский, И.Б. Курцер, Н.Д. Кустанович, Н.Ю. Ливитин, М.А. Лоскутов, Б.А. Паникаровский, И.А. Пивень, А.И. Полумисков, И.Р. Сафран, С.Е. Таращинский, М.С. Тютюнников, К.М. Умекенов, Ф.М. Хомнюк, В.Р. Циринский, М.М. Чумбалов, М.С. Шамов.

Тәуелсіз Қазақстанның денсаулық сақтау министрлігінде ұйымдастырылған (1993) фармакологиялық комитеттің ашылуынан өзінің соңғы күндеріне дейін Николай Дмитриевич Беклемишев оның ең қадірлі мүшесі болды. Оның қатысуымен және оның зор эрудициясы мен халықаралық мәртебесінің арқасында Қазақстанда барлық халықаралық талаптарға сай дәрілік және иммунобиологиялық дәрі-дәрмектердің сараптамасы мен тіркеуінің мемлекеттік жүйесі құрылды. Ол бірінші отандық «Дәрілік заттармен жұмыс істеу ережесінің» авторы.

Қазақстанның XIX-XX жүзжылдықтарындағы дәріханалық іс пен өзін фармацевтикаға арнаған адамдар тарихы осындай.

Барлық экономикалық қатынастарда сонымен қатар фармацевтикада міндетті екі жақтың қатынасымен тығыз байланысты: сатушы және сатып алушы, өндіруші және тұтынушы. Бірақ фармацевтика сферасында сонымен бірге үшінші делдал бар, яғни ол фармацевтикалық өнімдердің жеткізілуі мен сатылуына жауап беретіндер. Отандық фармацевтика саласында делдалдардың көп мөлшерде пайда болуы Қазақстанға тән теріс жақтармен көрінеді. Ол бір дәрілік заттың тек әр түрлі аудандарда ғана емес бір қала ішінде ең төменгі және ең жоғарғы бағасының өте үлкен айырмашылығынан байқалды. Дәріханаларды дәрілермен қамтамасыз ету дұрыс басқарылмағандықтан, барлық аудандарда медициналық препараттардың азаюына, рецептурасыз және сапасы төмен дәрілерге сұраныс өте жоғарылап кетуіне алып келді. Сонымен қатар бұл мәселе қатаң конкуренция принципіне негізделген. Тауар өндіруші дәріханалардың 99% жеке меншікте. Медициналық препараттардың көтерме өндірісі мен 2400 компания айналысады. Көтерме мекемелердің негізгі бөлшегі мемлекеттік емес меншікке жатады: 84 - кіші кәсіп орын субъектілеріне, 8% - ашық акционерлік қоғам үлесіне, мемлекеттік және біріккен мекемелердің үлесіне қалған 8% келеді. Көптеген ұйымдар ірі тасмалдаушылар болып табылады. Оларда бүкіл Қазақстан территориясына дәрі тасымалдауға болатын Республикалық лицензиясы бар. Олардың көбісі Алматыда орналасқан.

1995 жылы 30 тамызда қабылданған Қазақстан Республикасының Конституциясының 29 бабында былай делінген: «ҚР азаматтары денсаулығын қорғауға құқылы» және «Қазақстан Республикасының азаматтары заңмен белгіленген тегін кепілдендірілген медициналық көмек алуға құқылы».

2000 жылы Денсаулық сақтау мен фармацевтикалық сектор жүйесінің шыңдалуы жүре бастады. Осы жылы шықты:

- ҚР 27.01. 2000 ж. № 135 «Кепілдендірілген тегін медициналық көмек көлемін бекіту туралы» Үкімет Қаулысы

2002 жылды мемлекет басшысының «Денсаулық сақтау» жылы деп жариялауы отандық фармацевтика мекемелеріне оң ықпалын тигізді.

Отандық фармацевтика мен медициналық өнеркәсіпті қолдау мен дамытуға үлкен көңіл аударылады, себебі дәрілік заттарға қажеттіліктің 6% отандық өнеркәсіпке және 94% импортқа байланысты. Ескере кететін бір жай, ҚР Үкіметі әлеуметтік ауруларға, қымбат медициналық құралдарға және санитарлық транспортқа республикалық бюджеттен бөлінетін қаржыға дәрілік заттарды сатып алуға ерекше көңіл бөледі. Бұл бағдарламаның негізгі мақсаты-ол халықты дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету. Ортаықтандырылған сатып алу әдісі жүргізілген: диабетке қарсы, туберкулезге қарсы дәрілер, лейкозиямен ауыратын науқастарға емдік дәрілер, бүйрек алмастыру операциясы жасалған науқастарды емдеуге арналған диализаторларды сатып алу, онкологиялық науқастарға арналған химиялық дәрілермен қамтамасыз ету жұмыстарын жүргізеді.

2004-2005 жылдары фармацевтикалық қызметті жетілдіру бойынша жұмыстар жалғастырылды. Бұл кезде мынандай заңдар шықты.

-2004 жылы 13 қаңтарда “Дәрілік заттар туралы” Заңы.

- 2004 жылдың 15 желтоқсанында фармацевтия Комитетінің «Дәрілік заттарды дайындау Ережелерін бекіту туралы» №142 бұйрығы шықты.

- Қазақстанда түпнұсқалық фитодәрілерді көп орталықты клиникалық зерттеу үшін көптеген базалар бар – хирургия, тамақтану, онкология, кардиология, урология, педиатрия, туберкулез ҒЗИ, бірқатар облыстық клиникалар (Астана, Қарағанды, Ақтөбе).

-2005 жылдың 14 ақпанында Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау Министрлігі «Дәрілік заттардың кері әсерлерінің мониторингісін өткізу бойынша Ережелерді бекіту туралы» №52 Бұйрығына қол қойылды.

- 2007 жылдың 12 қазанында Қазақстан Республикасы Үкіметінің №944 Қаулысымен Қазақстан

Дәрілік саясаттың негізгі міндеті – ол халықты қауіпсіз, сапалы дәрілік заттармен қажетті көлемде қамтамасыз ету, оларды дұрыс қолдану мен қабылдау, фармацевтикалық ғылымды дамыту, импортқа тәуелділікті төмендету, дәрілік заттардың сапасының халықаралық стандартқа көшуі үшін жағдай жасау, нормативті-құқықтық базаны жетілдіру.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. В.Ф.Семенченко. История фармацевции: Оқу құралы –М; НКУ «Мари», 2003-640 с.
2. С.Х. Субханбердин. Қазақстанда дәріханалық іс және дәрі-дәрмек жәрдемінің даму тарихы. Қайта шығарылған.-Алматы,2004-456 с.
3. Р.К. Биғалиева. Бүкіләлемдік медицина тарихы: оқулық –Алматы, 2004-390 бет.

МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ ЕНДІРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ: ШЕТЕЛДІК ТӘЖІРИБЕ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МОДЕЛЬ

Бегенова Н.Е.

Ғылыми жетекшісі Касенов Дастан Сансызбаевич

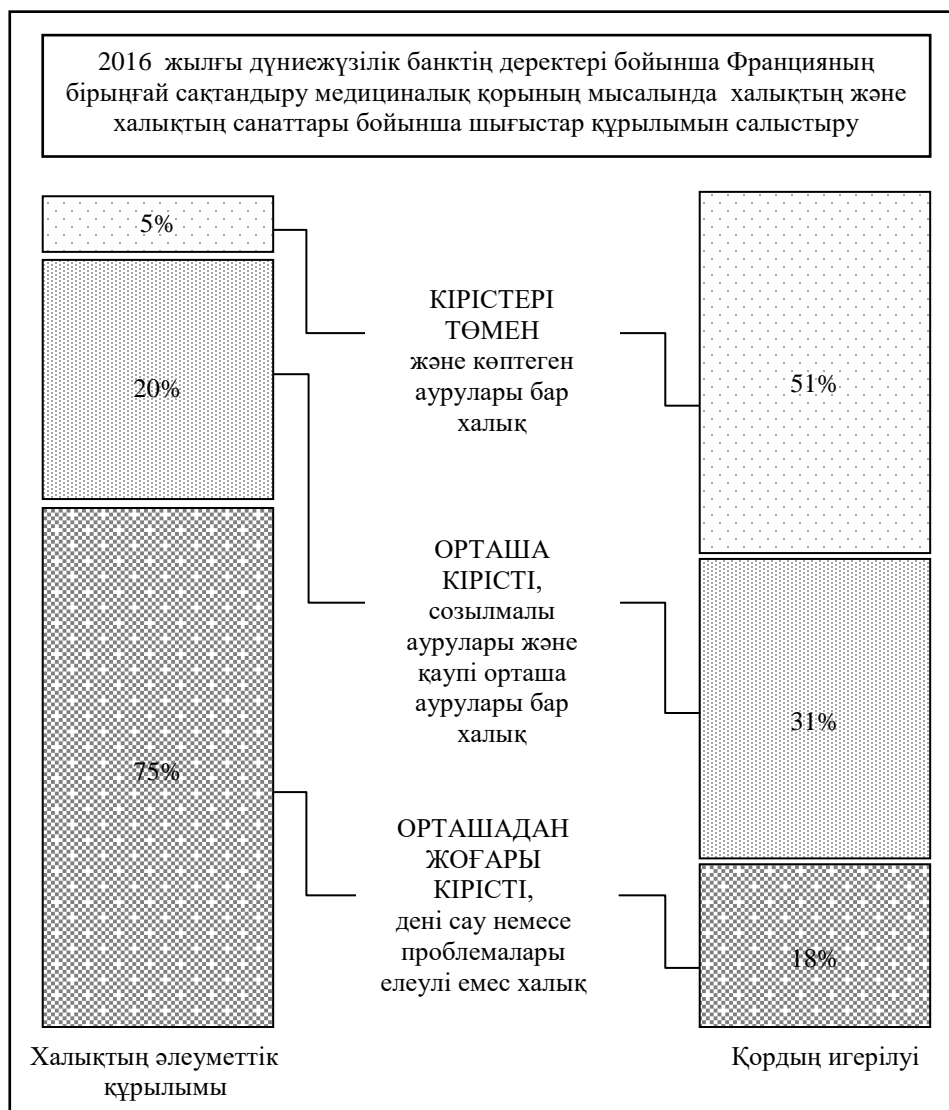
Елбасы Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан – 2050» стратегиясы – қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауында «...Басты мақсатымыз – 2050 жылға қарай әлемнің барынша дамыған 30 елінің қатарына кіру...». ...Ұлттық денсаулық сақтау жүйесін ұзақ мерзімді жаңғырту шеңберінде елдің түгел аумағында медициналық қызметтер сапасының бірыңғай стандарттарын енгізу, сондай-ақ медициналық мекемелердің материалдық-техникалық жарақтандырылуын бірігейлендіруміз қажет...» атап көрсеткен [1]. Осы міндеттерді жүзеге асыру бағытында Қазақстанның денсаулық сақтау саласын реформалау, медициналық сақтандыру мемлекеттің жұмыс берушілердің және азаматтардың ортақ жауапкершілігі қағидатының негізінде денсаулық сақтау жүйесінің қаржылық орнықтылығын нығайту, медициналық-санитариялық алғашқы көмектің басымдықпен қаржыландыруы, алғашқы көмек аурулардың алдын алу және олармен ерте күресу үшін ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің орталық буыны болмақ.

Медициналық сақтандыру – бұл жұмыс берушілердің, азаматтардың және бюджет қаржыларының сақтандырылған тұлғалардың ауру-сырқау кезіндегі, медициналық мекемелердің шығындарының орнын толтыру үшін сақтандыру жарналары есебінен жұмсалатын денсаулық сақтауды қаржыландыру барысында туындайтын қатынастар. Медициналық сақтандыру әлеуметтік мәселеге басым көңіл бөлінген экономикаға бет бұрған елдердің сақтық қорғау жүйесінің толықтай міндетті бөлігінің бірі болып табылады.

Міндетті әлеуметтік сақтандырудың тарихы Германиядан бастау алады. Германияда Отто фон Бисмарк тұсында жұмысшы тапқа міндетті әлеуметтік сақтандыруды жүзеге асыратын құқықтық нормативтік актілерді жасау қолға алынады. Германияда 1871 жылы өндірісте жазатайым жағдайдан сақтандыратын әлеуметтік сақтандыру енгізіледі, 1880 жылы медициналық көмекті қаржыландыру жүзеге асырылып, 1883 жылы ауруға шалдыққан кезде жәрдемақы берілетін болды. 1883 жылы канцлер Отто Фон Бисмарктың бастамасымен Германияда міндетті медициналық сақтандыру туралы заң шығарылады. Бұл заң бойынша белгілі бір өндірісте жұмыс істейтін қызметкерлер ауыру жағдайына сақтануға міндетті болған. Сақтандыру фондтары жұмысшылардың және олардың жұмыс берушілері міндетті төлемдері арқылы қаржыландырылатын. Әлеуметтік сақтандырудың осы түріне тарихта «Пруссиялық социализм» немесе «Бисмарк моделі» атау берілген. Кейін әлеуметтік сақтандырудың осы моделін басқа еуропа елдері де қолданысқа енгізеді. 1887 жылы Австрияда, 1898 жылы Францияда, 1894 жылы Норвегияда, 1900 жылы Жаңа Зеландияда, 1901 жылы Швецияда. Бисмарк үкіметінің денсаулық сақтау саласына байланысты қабылдаған бірнеше заңнамалары әлеуметтік сақтандырудың дамуына үлес қосты. Міндетті медициналық сақтандыруға негізделген денсаулық сақтау жүйесін кейін «Бисмарктың денсаулық жүйесі» деп атап кеткен [2].

Әлемдік тәжірибеде медициналық сақтандыру жүйесінің бірнеше модельдері бар және соған орай өзіндік ерекшеліктерге ие. АҚШ-та ерікті медициналық сақтандыру енгізілген. Құрама Штаттардағы медициналық сақтандыру толықтай дерлік жұмыс беруші тарапынан қамтамасыз етіледі. Қазіргі таңда ерікті түрде халықтың 60%-ы медициналық сақтандырылған. Израильде денсаулық сақтау ұйымдарының ең үздік заманауи технологияларды былай қойғанда, жан басына шаққандағы дәрігерлердің көптігі жағынан да алдыңғы қатарда екенін атап өту керек. Сонымен қатар, Израиль өмір сүру ұзақтығынан да алда. Әйелдер үшін бұл 79,4 жас болса, еркектер арасында — 75,5 жас. Ал нәресте өлімі жағынан ең төменгі орында. Израильдегі медициналық сақтандырудың бір ерекшелігі — халықтан денсаулық сақтау салығы ретінде міндеттелген. Азаматтарға ұсынылатын тегін науқастық кассада барлық сырқаттың емі мен дәрі-дәрмегі қарастырылған. Алайда органдардың трансплантациясы, шетелде емделу, дәстүрлі емес емделу мен тіс дәрігерінің жеңілдіктеріне азаматтар қосымша ақы төлейді. Италия үкіметі азаматтардың денсаулық сақтауына көбірек қаражат бөледі.

Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы 191 елдің денсаулық сақтау саласын жете зерттеп, Францияға ең үздік деп баға берген. Әлеуметтік сақтандыру жүйесінде жиырмадан астам сақтандыру түрлері бар. Францияда заңнама бойынша сақтандырудың бірыңғай тәртібі белгіленген. Француз халқының 80%-ы міндетті сақтандырумен қамтылған. Құрамына 90 сақтандыру компаниясы кіретін сақтандыру жүйесі ортақ ұлттық ұйым тарапынан қадағаланады. Қаржы сақтандыру салықтары арқылы толтырылады, бұл қор көлемінің 90%-ын құрайды [3]. Сонымен қатар Францияда міндетті мемлекеттік сақтандырумен қатар қосымша сақтандыру мен жергілікті сақтандыру қорлары да бар. Жергілікті сақтандыру қорлары арқылы медициналық көмекті сақтандырылмаған азаматтар алады. Францияда ондай азаматтар халықтың бар-жоғы 2%-ы ғана (1-сызба).



1-сызба. Францияның бірыңғай сақтандыру медициналық қорының мысалында халықтың және халықтың санаттары бойынша шығыстар құрылымын салыстыру

Кестеде келтірілген мәліметтерді талдау қорытындысынан келесідей негізгі қағидаттарды бөліп көрсетуге болады:

Ынтымақтастық және теңдік принциптері:

- Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру әрбір сақтандырылған адамға өзінің кірістер мен ол төлеген жарналарының тиісті сомаларына қарамастан медициналық қызметтердің бірыңғай және ауқымды пакетіне құқық береді;

- Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру кірістерінің мөлшері, нашар денсаулығы немесе аз бюджеті бар өңірлерде өмір сүруі салдарынан қолжетімділігі шектелген адамдар үшін мүмкіндіктерді ұлғайта отырып, аз қажет ететін адамдардан көбірек қажетсінетін адамдарға қарадат пен көмекті қайта бөлуге мүмкіндік береді.

Әділеттілік принципі:

- Жарналардың мөлшерлері міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға қатысушының төлем қабілеттілігіне тәуелді, яғни оның кірістеріне үйлесімді;
- төлеуге мүмкіндігі жоқ адамдар үшін – мемлекет бюджеттен ақы төлейді.

Міндеттілік принципі:

- психологиядан: бай адамдар өзінің ақшасын кедейлердің пайдасына ерікті аудармайды. Сондықтан тиімді жұмыс істеу үшін жүйе қатысудан бас тарту құқығынсыз барлығы үшін міндетті болуы қажет.

Міндетті әлеуметтік мемлекеттік медициналық сақтандыруды қаржыландыру мәселесіне қатысты Бірыңғай сатып алушы моделі Орталық және Шығыс Еуропа елдерінде кең таралған және оны ДДСҰ ұсынады.

Бірыңғай сатып алушы моделінің артықшылықтары:

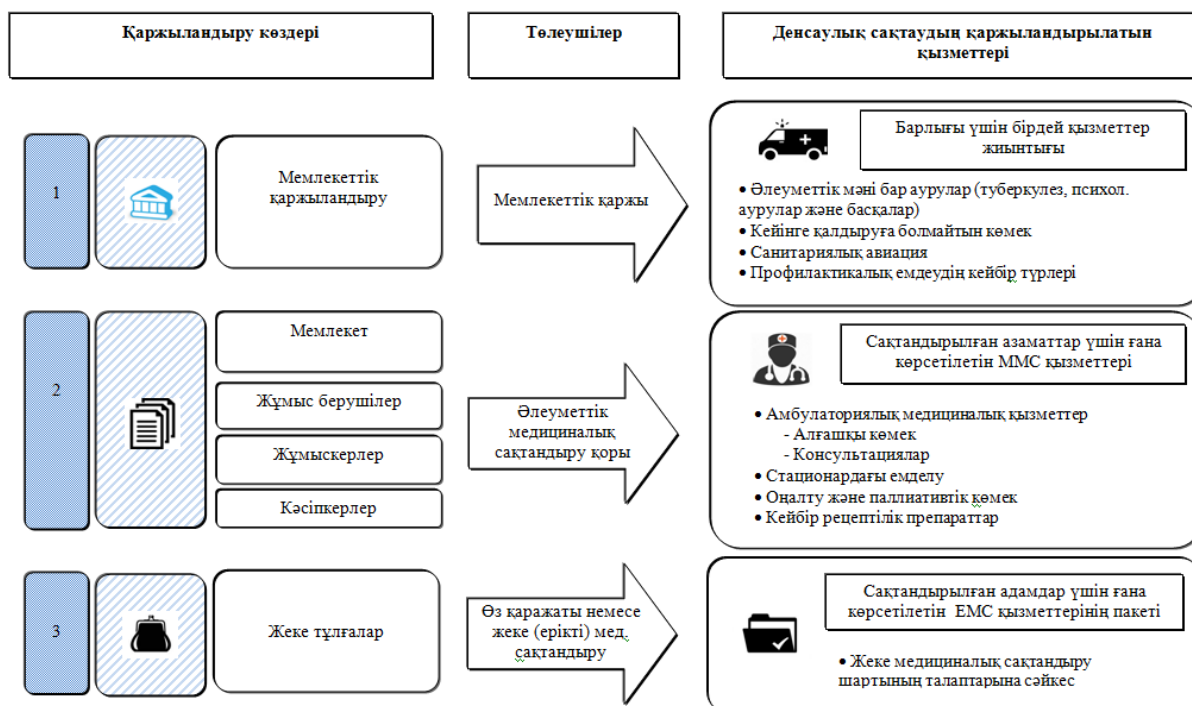
- Барлық сақтандыру қауіптерін бір қорда шоғырландыру;
- Ынтымақтастықты халықтың қажеттіліктеріне қарай қаражатты бөлу арқылы қамтамасыз ету;
- Медициналық көмектің бірыңғай пакеті және елдің әрбір тұрғыны үшін оған деген тең қолжетімділік;
- Қызметтер берушілерден медициналық көмек сатып алудың бірыңғай қағидалары;
- Стратегиялық сатып алулар барысындағы келіссөздердің қуаттылығы және денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігін арттыруға ықпал ету мүмкіндігі;
- Ұлттық денсаулық сақтау саясатын тиімді іске асыру құралы ретінде мемлекеттік монополияны сақтап қалу.

Әлемдік тәжірибелерді ескере отырып Қазақстанда өзіндік міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесі қалыптаспақ. Міндетті медициналық сақтандыру мемлекеттік әлеуметтік сақтандырудың бір бөлігі болып табылады және мұнда сақтандыру жарналарын жұмыс істеуші азаматтар үшін кәсіпорынның, ұйымның, басқа да жұмыс берушілердің қаражатынан төленеді, ал еңбекке жарамсыздар, жұмыссыздар үшін тиісті деңгейдегі бюджеттерден қаражат аударылады. Ерікті медициналық сақтандыруда сақтандыру тарифтері сақтандырушы ұйым мен медициналық мекеме арасындағы келісім бойынша белгіленеді. Сақтандыру шарттарын азаматтар жеке өзі жасайды немесе олар сақтандыру жарнасын кәсіпорынның, ұйымның, тағы да басқа пайдасынан төлеу жолымен ұжымдық нысанда жасалуы мүмкін. Еңбекшілердің өз қаражатынан төленетін ерікті медициналық сақтандыру бойынша неғұрлым жоғары деңгейде медициналық көмек көрсету көзделеді.

Арнаулы медициналық сақтандыру қорларына аударылатын міндетті не ерікті сақтандыру жарналары денсаулық сақтау мекемелерінің сақтандыру бойынша медициналық қызмет көрсетуін қаржыландыру көзі болып табылады. Азаматтардың денсаулығын қорғау саласындағы мемлекеттік саясатты іске асыру үшін дербес коммерциялы емес қаржы ұйымдары ретінде жалпы ұлттық не аумақтық міндетті медициналық сақтандыру қорлары құрылады. Әрбір сақтандырылушы елдің кез келген аумағында медициналық көмек алуға кепілдік беретін медициналық полис алады. Мемлекеттік және жергілікті денсаулық сақтау мекемелерін қаржыландыруға аударылған қаражатқа салық салынбайды.

Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесін енгізу – Елбасы Нұрсұлтан Назарбаевтың «100 нақты қадам» Ұлт жоспары аясында Үкіметтің алдына қойған тікелей міндеттерінің бірі. Бұл біздің еліміз үшін аса маңызды әлеуметтік реформа болмақ. Медициналық сақтандыру жүйесі біріншіден, тұрғындарды медициналық қызметке кететін елеулі шығындардан қаржылық тұрғыда қорғауға, жоғары сапалы медициналық қызметпен қамтамасыз етуге, медициналық қызмет көрсету жүйесінің тиімділігі және қаржылық тұрақтылығының кепілін арттыруға мүмкіндік тудырмақ. Өз кезегінде бұл медицина қызметінің тұрғындар үшін қолжетімділігін арттыруға оң ықпал етеді [4].

Дүниежүзілік тәжірибелерді саралай келе қалыптасқан Қазақстандық модел: Міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруға негізделген, қаржыландыру көздерін әртараптандырудың есебінен орнықты (2-сызба).



2- сызба Медициналық сақтандыру жүйесінің Қазақстандық моделі

Елімізде жаңа жүйені жүзеге асыру мақсатында арнайы әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры құрылмақ. Қазақстандықтар осы қорға ай сайын міндетті жарналарын аударады. Ал, қорда сақталған қаржы науқастанған жандардың емделуі үшін емханаларға беріліп отырады. Жаңа қабылданған құжаттың ережесіне сай, қазақстандықтарға медициналық көмектің екі пакеті ұсынылады. Оның алғашқысы – республикалық бюджеттен қаржыландырылатын медициналық көмектің мемлекет кепілдендірілген көлемін ұсынатын базалық пакет, мемлекет есебінен медициналық көмек алу, мұнда жедел жәрдем қызметі, санитарлық авиация, әлеуметтік ауруларға, сонымен қатар төтенше жағдайларда, профилактикалық екпе кезінде көрсетілетін медициналық көмек түрлері енеді. Бұл қызмет барлық азаматтар үшін қолжетімді. Екіншісі – жаңадан құрылатын медициналық сақтандыру қоры ұсынатын сақтандыру пакеті. Яғни, бұл пакетке енетін қызмет түрлері азаматтардың әлеуметтік медициналық сақтандыру қорына аударған жарнасы арқылы жүзеге асады. Екінші қызмет түрлерін амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарлық алмастыратын көмек, қалпына келтіру емдік-шаралары, медициналық реабилитация, паллиативтік көмек және жоғары технологиялық көмек кіреді.

Сонымен, Қазақстанда қазіргі уақытта медициналық сақтандыруды басқаруды ұйымдастыру үшін келесі ұсыныстарды жасауға болады:

– сақтандыру медицинасы жұмысын реттеп, оны халықаралық стандарттармен сәйкестендіретін Қазақстан Республикасының заңнамасы мен нормативтік-құқықтық базасын жетілдіру;

– еңбек және денсаулықты қорғау саласы аясында жұмысшылардың әлеуметтік пакетін кеңейту мақсатында ерікті медициналық сақтандыру ісіне қатысушы жұмыс берушіге салынатын салық мөлшерін төмендету бастамасын көтеру;

– денсаулық сақтау саласындағы нормативтік-құқықтық құжаттарды әзірлеу ісіне жекеменшік және сақтандыру медицинасы өкілдерін де қатыстыру;

– медициналық сақтандыру механизмдерін жетілдіріп, оны денсаулық сақтау жүйесіне енгізу.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан – 2050» стратегиясы – қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» Қазақстан халқына Жолдауы // www.akorda.kz –2015.
2. Шахов В.В. Страхование: учебник для вузов / В.В. Шахов. – М.: ЮНИТИ, 2003 – 311 с.
3. Миронов А.А., Таранов А.М., Чейда А.А. Медицинское страхование: учебник / А.А. Миронов, А.М. Таранов, А.А. Чейда. – 2-е изд. пер. и доп. – М.: Наука, 2002 – 312 с.
4. ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Ұлт жоспары – қазақстандық арманға бастайтын жол» мақаласы//«Егемен Қазақстан», 06.01.2016, 1-2 б.

ҚАЗАҚ ХАЛЫҚ ЕМШІЛІГІНІҢ ДАМУ ТАРИХЫ

Нугашева Д.

Ғылыми жетекшісі Омирханов Мақсат Ерланұлы

Бүгінгі таңда медицина саласы өте жоғары деңгейде даму үстінде. Әр халық өзінің дәстүрлі дәрігерлігіне де ерекше мән беріп, оны әлемдік медицина ғылымымен ұштасыруға барын салып отыр. Шыны керек қазір шығыс медицинаны деген атау наукасына шипа іздеген көптеген жанды өзіне тартып жүргені мәлім. Израиль, Германия, Қытай елдерінің медицинасы да жақсы сұранысқа ие. Қазақстан медицинасы да жүйелі даму жолына қадам басуда. Ал, қазақ халық емшілігі қалай пайда болды? Оның қазіргі жай-күйі, нақты қолданысқа ие болуы қалай? Жалпы қазақ бақсылары қандай дәрі дайындай білген? Бұл сұрақтарға жауапты бүгін біле аласыздар.

Еліміздегі денсаулық сақтау саласының даму және нығаю тарихы Қазақстанның бүкіл халық шаруашылығының даму тарихын көрсетеді. Республикадағы денсаулық сақтау саласы бүгінгі күні қиын жағдайда: бюджеттегі емдеу мекемелері азаматтарға қолайлы, ақысыз, білікті медициналық жәрдем көрсете алмайды, ал ақылы жәрдем алуға жұрттың бәрінің мүмкіндігі жоқ, жаңа жүйе болса әлі игерілмеген. Біз денсаулық сақтау саласын алға ілгерілету үшін ең алдымен оның даму тарихын, оны құрушыларды білуге, оларды қиын экономикалық жағдай кезінде ұзақ жылдар бойы сіңірген еңбегін ардақтауға тиістіміз.

Қазақстанның медицинасы төңкеріске дейінгі кезеңде өз бетінше дамыды, тұрғындар негізінен халық медицинасын кеңінен қолданды.

А. Васильев, А. Ячмин, А. Диваев және басқалар көрсеткендей, ХІХ ғасырда Қазақстанда медициналық қызметпен негізінен бақсылар, сынықшылар, тәуіптер айналысқан.

Бақсылар дәрі дайындай білген. Олар сол уақытта ғылыми медицинада да қолданылған көптеген дәрі – дәрмектерді пайдаланды. Бұндай дәрілерге раушан, майкене, дермене тұқымы, анар ағашы, цикорий, андыз, дермене жусаны, ашудас, күкірт қышқыл магнезии, сынап, күкірт тотияйын, мышьяк, мүсәтір спирті, азот қышқылы, хинин, апиын жатады.

Бақсылар асқазан – ішек сырқаттары кезінде әртүрлі дәрілер қолданады. Мысалы, асқазан ауырғанда рауғаш, апиын берген. Іш өткенде науқасқа жұпар жаңғағы шайының қою тұндырмасын, қарақат тұндырмасын берген. Қатты жөтел кезінде шайға немесе сорпаға салынған бұршаққынды бұрыш тұндырмасын қолданған. Халық емшілері қымызбен, шұбатпен, шөп тұнбаларымен, су – балшықпен емдеген. Қазақтың халық емшілері қымызды негізінен түберкулезді, құрқұлақты, хлорозды, қаназдықты, жүрек –

қан тамыры және асқазан – ішек сырқаттарын емдеуге пайдаланған. Жұқпалы ауруларды емдеуде халық медицинасының өз құралдары мен әдістері болған. Шәйді терлету құралы ретінде пайдаланған. Аурудың алдын алу мақсатында алапеспен ауыратындарды сау адамдардан бөлек ұстаған, шешектен, ауырғандарды тек осындай сырқаты болған адамдар ғана күткен. Шешекпен ауыратын бір адамы болса да бүкіл ауыл қонақ қабылдамаған. Жыныстық қатынас ауруларын (мерез) емдеу қарапайым, бірақ негізінде дұрыс жүргізілген. Науқас адам терісіне сынап жақпаймы жаққан, мышьяк, сынап ішкен, жараларды тотияйынмен күйдірген.

Халық емшілері тері ауруларын да емдей білген, ол үшін жақпайлар, ұнтақтар қолданған. Жақпайды, әдетте, сынаптан, күкірттен және қойдың майы қосылған басқа да заттардан дайындаған. Ұнтақ материалы ретінде ұнтақталған құрғақ жидектер, күл, күйдірілген киіз және т.б. қолданған.

XIX ғасырдың соңында Қазақстанда жұмыс істеген А. Я. Соколов бақсылар адам анатомиясын білмесе де, олардың кейбіреулері күрделі хирургиялық оталар жасаған деп көрсетеді. Тәуіптер, емшілер, сынақшылар өз тәжірибесінде түрлі өсімдіктердің тамырларын, киік мүйізі және басқа құралдарды пайдаланған. Халық Медицинасының қалыптасуы айнала қоршаған табиғи ортадағы шикізаттардың шипалық қасиеттеріне негіделген.[1]

Әсіресе өсімдіктердің және олардан алынған өнімдердің алуан түрлі аурулармен күресу құралы ретінде халық медицинасында алатын орны ерекше. Олардың құрамында биологиялық белсенді заттар молынан кездеседі. Сондықтан да өсімдіктер әлемі-ежелден күні бүгінге дейін алуан түрлі дәрі-дәрмектердің қайнар көзі болып келеді. Жалпы, табиғи шикізаттарды ежелден қолдану барысында адам организмі оған бейімделген және осыған байланысты бұл заттар ағзаларға қолайлы әсер етіп, түрлі кеселерден жеңіл айығуға мүмкіндік беретін болған. Бізде ежелден емшілік, бақсы-балгерлік дәстүрлер болғанына тарих күә. Сол кездегі бақсы-балгерлердің алғашқы тапқырлығы – олардың адам организмінде нервтердің болғанын білуі. Мәселен, ине терапиясын алатын болсақ Абылай ханың тұсында Өтеубойдақ Тілеуқабылұлы деген емші кісі болған. Ол еліміздегі күллі шөптердің емдік қасиеттерін білумен қатар, әрбір аурудың тарихын да жақсы білген. Оның бүкіл ғұмыры медицина ғылымына бағышталған. Бірде Абылайхан қатты науқастанып қалады. Сонда жиренше шешешен Өтеубойдақ Тілеуқабылұлын шақырып, ханды емдеуін сұраған деседі жұрт. Емші Абылай ханады жақсы емдеп шыққан екен. Бұған ырза болған хан оның жинағын баспадан шығарып берген. Бірақ көп ұзамай, ауылға жау шабады. Ел жан-жаққа қашқанда, емші кітаптарын қойнына басып, Қытай асқан дейді. Оның сүйегі Қытайда жатыр. Бүгінде Өтейбойдақ Тілеуқабылұлының тоғызыншы ұрпағы Қытайда тұрады. Атадан қалған мұрағат ұрпақтан ұрпаққа беріліп, жинастырылған болатын. Бірақ Қытайдағы Мәдени революция кезінде емшінің құнды еңбектерінің бірі өртеніп кетіп, екіншісі-«Ауру тарихы» атты кітабы ғана қалды. Бүгінде алып мемлекет алтын ине терапиясының қазақта алынғанын мойындап, Өтейбойдақ Тілеуқабылұлының әлгі кітабын қайта басып шығарған. Яғни, бұл жәйт теңдесі жоқ еңбектің қазіргі ғылымға да қажеттілігін аңғартады.[1]

Адамзаттың өткен ғасырлардағы өміріне зер салсақ халықтың ішіндегі киелі тылсым күш иелерінің құпиялы сырларына тосқауыл болғанымен, оның жойылуына әсер ете алмады. Тектік қасиет халықпен бірге жасасып, ұрпақтан-ұрпаққа жалғасын тапты. Өз жемісін де бере бастады. Ертеректе дәрі тапшы болса, қазір удай қымбат, химиялық құрамына да сенуге болмайды. Осындай сәтте халық медицинасында баяғы заманнан келе жатқан қазақи емнің түрлерін қолданған болатын Айта кететін болсақ мысалы

Қой құйрығы – жөтелді басып қақырықты түсіреді. Тұмаудан кейінгі созылмалы жөтелге құйрық майды ыстық сүтке ерітіп ішеді. Суық тиген баланы да құйрық маймен сыласа, жазылып кетеді.

Қойдың өкпесі – жөтелді тоқтатып, несеп жолдарының жұмысын реттейді, ісікті қайтарады. Егер жас қойдың өкпесін тілгілеп, сірке суы қосылған суға қайнатып, күнде

екі-үш тілімнен жесе, қақырықты түсіріп, өкпе демікпесін басады. Қойдың тоқ ішегін сәбидің көкбауыры ауырғанда шажырқай майын сыдырмай, дөңгеленген күйінде кіндіктің үстіне қойып, сыртынан орап қояды. Егер ішектің жылуы бәсеңдесе, торсыққа жылы су құйып, ішектің үстіне қояды. Бұл емді бала терлегенше бірнеше рет қайталайды.

Қымыз- Бие сүті ең алдымен қазақтарды кеңінен жайлаған аурудың бірі болып отырған құрт ауруына бірден-бір ем. Қазіргі кезде қымыз бен шұбаттың көптеген ауруларды, атап айтқанда өкпе ауруларын емдеуде, қан айналу жүйесіндегі қан тамырларының жұмсақтығы мен беріктігін қамтамасыз ететіні, қандағы қызыл қан түйіршіктерімен (эритроцит) гемоглобин синтезіне әсер ететіні, ағзада жүретін зат алмасу процестерін жақсартып, жалпы иммунитетті күшейтетіні анықталған.

Егер қоршаған ортадағы өсімдіктер әлемінің байлығын және алуан түрлігін ескерер болсақ, фитотерапияның мүмкіндігі мол. Өсімдік текті жаңа дәрі іздеудің келешегі зор әрі бұл өте күрделі іс. Өйткені өсімдіктердің әсер етуші затын іріктеу мыңдаған жылдардан бері жүргізіліп келеді, бірақ нәтижесі көп емес. Соңғы 20-25 жылда фитотерапияның әртүрлі әдістеріне сүйене отырып, жаңа фитопрепараттарды іздеу жүйесі түрлендіріліп отыр. Ендігі жерде өсімдік препараттарының бұрыннан белгілі түрлерін өндіруге ғана емес, сонымен қатар өсімдіктің табиғи қосылыстарының ішінен олардың әсерінің жеке жақтарын бөле отырып және осының негізінде нақты түрде жаңа дәрілер жасау маңызды болмақ. Қазақстанда бірнеше жылдардан бері отандық табиғи дәрі-дәрмектерді шығару ісі қолға алынған болатын. Бұл жұмыста едәуір ілгерушілік бар. Тұтынуға жолдама алған барлық дәрі-дәрмектердің сапалық қасиеттері, әсерлері, қауіпсіздігі тексеріліп, Мемлекеттік фармакология Комитетінде тіркелген. Олар клиникаға дейінгі және клиникалық сынақтардан түгелдей өткізіледі. Мысалы:

- 1994 жылы-2
- 1995 жылы-5
- 1996 жылы-36, олардың 9-өсімдік шикізатынан;
- 1997 жылы – 64, олардың 8-өсімдік шикізатынан;
- 1998 жылы – 68, олардың 13-өсімдік шикізатынан;
- 1999 жылы—128, олардың 25-өсімді шикізатынан;
- 2000 жылы-111, олардың 18-өсімдік шикізатынан;

Олардың ішіндегі негізгілерін атап өтейік :

Қызыл май - Бірнеше өсімдік қоспаларынан дайындалған май. Бауыр, тыныс жолдары ауруларына күйікке, ісікке және гинекологиялық ауруларға арналған.

Салсоколлин (Түймедақ) - Қаңбақ сораң өсімдігінен алынады. Зиянды заттардан пайда болатын гепатитті бауыр циррозының бастапқы кезеңінде, бауыр-өт жолдары ауруларында қолданылады.

Рувимин - Мия өсімдігінен алынған. Гепатопротектор ретінде қолданылады.

Тагосорбент – тазаланып, кептірілген саз, бетонит тәрізді. Шығыс Қазақстан обылысындағы Таған деген жерден алынады. Ас қорту жүйесінің жедел ауруларына қолданылады.

Арглабин – Тықыр жусанынан алынады. Бауырдың гетоцеллюлярлы ісігін, өкпе, сүт безі, еректердің жыныс мүшелерінің қатерлі ісіктерін емдеуге қолданылады.

Пантокрин-Бұғы (марал, теңбіл бұғы) мүйізінен алынады, Ақыл-ой және физикалық шаршауында тонизирлеуші, зат алмасуға, бұлшық ет тонусына, медицинада пантокрин өмір ұзартатын, күш беретін және сұлулықты сақтайтын зат ретінде қолданылады.

Биалм – қарағайдың табиғи шырынынан айрықша технология бойыша алынған. Өкпе кеңірдек ауруларына буын және т.б қабынуларына күйіктердің емдеуге, маса, ара , териметтер шаққанда қолданылады. [5]

Адам баласы өсімдіктерді сонау көне дәуірден бастап күні бүгінге дейін өз қажетіне жаратып, пайдасына асырап келеді. Сондықтан халық өсімдіктерді — басқа пана, жанға сая деп бағалаған. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұжымының мәліметі бойынша алдағы он жыл ішінде халықты дәрімен қамтамасыз етуде өсімдіктерден алынған

препараттардың үлесі 60 пайыздан астам болуы мүмкін. Қазақстан Республикасы территориясында алты мыңнан астам өсімдіктер түрлері кездеседі, олардың көпшілігінен қажетті дәрілер өндіруге болады. Осы уақытқа дейін олардың тек 130 түрі ғана дәрілер өндіру үшін шикізат ретінде пайдаланылады. Дәрілік өсімдіктің вегетативтік мүшелерінің анатомиялық диагностикалық белгілерін анықтау шикізатты фармакологияда пайдалануға іріктеп алу сапасын жоғарылатады. Қазақстан флорасы пайдалы өсімдіктерге, оның ішінде ерекше маңызды болып саналатын дәрілік өсімдіктерге өте бай. Бұлардан жасалатын препараттардың тиімділікке айналғаны белгілі. Соның нәтижесінде бұл күнде фитотерапия айтарлықтай дамып отыр. Соңғы кезде кейбір дәрілік өсімдіктер ысыраппен пайдаланудың нәтижесінде жойылудың шегінде немесе мүлдем жойылған. Осыған байланысты біз тек дәрілік өсімдіктерді пайдаланып қана қоймай, оларды қорғауды да насихаттауымыз керек. Қазақстанда табиғат және оның байлығы халқымыздың өмірі мен қызметінің және еліміздің әлеуеттік-экономикалық дамуының, әл-ауқаты артуының табиғи негізі, қайнар көзі болып табылады. Адам табиғатқа мейірімділікпен, сүйіспеншілікпен, қамқорлықпен қарап, үйлесімділік сақтағанда, адамзат баласы үшін табиғат – кең сарай, мәңгі тозбас құтты қоныс болады. Жер бетіндегі барлық тіршілік атаулы табиғат-анаға қарыздар. Сондықтан да Табиғатқа немкетті қарау, онымен санаспау – ана сүтін ақтамағанмен пара-пар. Адам баласы Табиғаттың ең ұлы перзенті болумен бірге, ең ұлы қамқоршысы да екенін ешқашан естен шығармауымыз керек.

Пайданылған әдебиеттер тізімі:

1. «Денсаулық» газеті №3, 2002 жыл
2. «Түркістан» газеті, 2005 жыл
3. М.Х. Дулати. Тарих-и Рашиди. – Алматы, 2003
4. Жөкебайқызы З., Сейсенбекқызы С. Тәнтану. Адам және оның денсаулығы – Алматы: «Рауан», 1992.
5. Құрманбаева Ш., Болатов С. Қазақ тілі. Денсаулық сақтау саласына арналған оқу-әдістемелік кешені. – Алматы: «Қазығұрт» баспасы, 2010.
6. Қазақстан тарихы (энциклопедиялық басылым) - Алматы: Атамұра, 2008. - 544 бет

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ФАРМАЦИЯЛЫҚ НАРЫҒЫН МЕМЛЕКЕТТІК РЕТТЕУ

Кәрібек М.

Ғылыми жетекшісі Омирханов Максат Ерланович

Мемлекеттік реттеу – мемлекеттің әлеуметтік-экономикалық өмірге қатысу нысандарының бірі, мемлекеттің жалпы мемлекеттік ресурстарды бөлуге және үйлесімділікті қалыптастыруға тікелей немесе жанама түрде ықпал етуі. Нарықтық және корпоративтік реттеумен қатар қазіргі шаруашылықты экономикалық реттеу жүйесінің құрамдас нышаны болып табылады.

Қазақстанда нарыққа өту барысында экономикалық тетіктерді қалыптастыру мемлекеттік реттеудің басты шарты болды. Мұндай шараларға елде жүргізілген баға мен сыртқы сауданы ырықтандыру, жекешелендіру, ақшаны және банктерді реформалау, валютаны реттеу және қатаң қаржы-несие саясатын жүргізу, жеке меншікті кеңінен енгізу, кәсіпорындарды сауықтыру, институционалдық өзгерістер жасау сияқты амалдарды жатқызуға болады. Соның ішінде медицина саласына келетін болсақ, бұл саланы

мемлекеттік реттеумен тікелей мемлекеттік орган ретінде ҚР денсаулық сақтау министрлігінің айналысатындығы хақ.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі - азаматтардың денсаулығын сақтау, медицина және фармацевтика ғылымы, медициналық және фармацевтикалық білім беру, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы, дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналысы, медициналық қызметтердің сапасын бақылау саласындағы басшылықты жүзеге асыратын орталық атқарушы орган болып табылады.

Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Назарбаевтың Жарлығымен Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігі және Денсаулық сақтау министрлігі болып бөлініп, қос ведомствоның басшылары тағайындалды.

Елбасының Жарлығымен Тамара Дүйсенова ҚР Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрі қызметіне тағайындалды. Тамара Босымбекқызы 1965 жылдың 11 қаңтарында Оңтүстік Қазақстан облысында туған, ұлты — қазақ, жоғары білімді, 1987 жылы Ташкент халық шаруашылығы институтын бітірді, мамандығы — инженер-экономист, экономика ғылымдарының кандидаты.

Сондай-ақ Мемлекет басшысының Жарлығымен Елжан Біртанов ҚР Денсаулық сақтау министрі болып тағайындалды. Елжан Амантайұлы 1971 жылғы 18 қазанда Жамбыл қаласында дүниеге келді. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісінің үздігі. Медицина ғылымының докторы.

Фармацевтика саласы медицина саласымен қатар қызмет ететіндіктен ондағы мәселелер тікелей ҚР денсаулық сақтау министрлігінің бақылауында болуы тиіс.

Министрлік бөлінбей тұрғанда жағдай қандай, ал қазіргі жағдай қандай?

ҚР Денсаулық сақтау министрлігі жеке-дара болып бөлінбей тұрған кезеңде еліміздің фармация нарығы аса дами алмаған еді. Өздеріңіз білетіндей министрліктің алғашқы басшысы мамандығы жағынан басқа саланың (экономист) адамы еді. Сол себепті республикамыздағы фармация нарығында еркіншілік белең ала бастады. Сәйкесінше бұл халыққа тиімсіз бола бастады. Ал Денсаулық сақтау министрлігінің басты міндеті — халыққа қызмет ету, медицина саласы мен дәрі-дәрімек нарығын халыққа тиімді ете отырып дамыту болатынын.

Кейіннен бұл саланың жеке-дара бөлініп шығуы халық үшін өте дұрыс шешім болды. Әр басшылыққа өз басшысы сайланып, денсаулық сақтау министрлігіне дәл осы саланың нағыз маманы келді. Соған орай қазіргі таңда осыған дейін белгісіз болып келген бірқатар проблематикалар табылып отыр.

Әлемдік тәжірибе көрсеткендей, фармацевтикалық өнеркәсіп өзінің қалыптасуының бастапқы кезеңінде белгілі бір мемлекеттік жеңілдіктер жүйесі болмай дами алмайды.

Қазақстанда фармацевтикалық өнеркәсіптің инфрақұрылымы нашар дамыған. Фармацевтикалық машина жасау жоқ болып отыр. Өндірілген дәрілік препараттарды өткізу жүйесі қажетті деңгейде жасалмаған. Осындай жағдайда фармацевтикалық саланы тиімді басқару жүйесін құру оның жемісті қалыптаса бастауының маңызды факторларының бірі болып табылады.

Орташа қазақстандық тұтынушының дәрілік препараттарды сатып алудың нақты көлемдері дамыған елдердегі (АҚШ, Батыс Еуропа) медициналық препараттарды тұтынумен салыстырғанда бірнеше рет (шамамен 10 рет) төмен.

Егер қазақстандық фармацевтика нарығын жалпы қарастырсақ, қазіргі кезде 6000 препараттар бар, олардың 600 дәрілері Қазақстанда өндіріледі. Дәрілік заттардың нарық көлемі жалпына 400 миллион АҚШ долларына бағаланады. Шетелдік фармацевтикалық компаниялардың 100 өкілдіктері қазақстандық нарықта әрекет етеді. Қазақстандағы дәрілік препараттардың ең ірі жабдықтаушылары болып Ресей, Германия, Франция және АҚШ саналады.

Сәйкесінше, республикада дәріханалық сату нарығының көлемі ұлғайды. Сонымен қатар көп жағдайда халық науқастанған кезде бірінші кезекте дәріханаға барады, ал дәрігерге соңғы сәтте барады.

Өзінің жеке көңіл – күйін айтқанда, қазақстандықтардың 45% өзінің денсаулығының ағымдағы жағдайын қанағаттанарлық деп бағалайды. Сонымен бірге халықтың 60 және одан жоғары жастағы өкілдері өздерінің денсаулығына жиі назаланатынын айтады және «нашар» деген баға береді.

Бірінші байлық – денсаулық болғандықтан, фармацевтика саласының қуатын арттыру да басты міндет болуы тиіс. Дәрі-дәрмек өндірушілерге қатысты шешімін таппаған мәселе шаш-етектен. Аурудың түрі көбейген сайын дәрі-дәрмектің де түрлері еселеп артып жатыр. Елімізге дәрі-дәрмектер әсіресе Қытай, Ресей, Үндістан, Германия, Түркия елдерінен көптеп жеткізіледі. Өзгенің затын таңсық көретін халқымыз дәрілердің де сырттан келгеніне көбірек назар аударады. Сол елдердің дәрі-дәрмегіне ғана сенім артатындар көп болғандықтан, отандық препараттарға сұраныс жоқ екені айдан анық. Нарықтағы үлестің 15 пайызына ғана еншілік жасайтын өзіміздің дәрілік препараттардың сапасына күмән келтіреді көпшілік. Ал тұтынушылар шетелдік өнімдердің сапасының қаншалықты екенінен мүлдем хабарсыз. Сонда да шетелдік дәрілік препараттардан шипа іздейді. Статистикалық деректерге жүгінсек, соңғы онжылдықта дәрі-дәрмек пайдалану 4 есеге өскен. Ал әр адамның қалтасынан дәрі-дәрмек үшін жылына 120-130 мың теңге шығады екен. Осынша қаражатты желге ұшырмай, алған дәрі-дәрмек дертке дауа болса жақсы ғой. Қазақстандықтардың сапасыз дәрі-дәрмектердің кесірінен ауруына ауру қосып жатқандары қаншама. Дәрілердің 85 пайызы сырттан әкелініп жатқанда, ұлттың денсаулығына кепілдік бере аламыз ба? Оның үстіне шетелдік дәрілердің біразы заңсыз жолмен жеткізілетіні де бар. Тұтынушылар түрлі дәрі-дәрмектерден ауруын асқындырып алса, кімнен жауап алады? Президентіміз де осы мәселеге қатысты сырттан келетін дәрілердің сапасын қатаң бақылауға алуды тапсырған еді. 1995 жылы елімізде 600-ге жуық қана дәрілік заттар болған. Бұл уақыттарда фармацевтика саласы қарқынды дамыған еді. 2001 жылы жоғарыдағы көрсеткіш 4000-ға жетті. Республикада 4 мыңнан астам дәрілік заттар тіркелді. Алайда ол кезде де дәрі-дәрмектің басым бөлігі шетелде шығарылған препараттар болған. Қазір Қазақстанда ресми тіркелген дәрі-дәрмектердің қатары 7 мыңнан асып жығылады. Әлемнің 80-нен астам мемлекетінен жеткізілетін дәрі-дәрмектің қауіпсіздігін қамтамасыз ету ұлттық қауіпсіздік саласының міндетіне енеді. ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінде шетелден әкелінген және елімізде өндірілген дәрілік препараттардың барлығы ҚР аумағында тіркелуі және медициналық мақсатта қолдануға рұқсат етілуі тиіс деп көрсетілген. 2014 жылы мемлекеттік тіркеу кезінде сапасында ауытқулары бар 353 дәрілік препараттардың айналымы тоқтатылған. Бұл – еліміздегі барлық препараттардың 23 пайызы. 353 препараттың 254-і шет мемлекеттерден, 75-і ТМД елдерінен келген. Ал 24-і отандық өндірістің дәрі-дәрмектері.

Отандық фармацевтика нарығында сапасы сын көтермейтін дәрілермен қатар жалған дәрі-дәрмектер де қаптап жүрген көрінеді. Жалған дәрілердің нарыққа дендеп енуі тек бізде ғана емес, әлем елдерінің көпшілігінде орын алуда. Жалпы сапасыз, жалған дәрілердің көбеюі біздің импортқа тәуелді болып отырғанымызға тікелей байланысты. Сол себепті халықаралық брендке айналған дәрі түрлерінің қолдан жасалған нұсқаларының қатары артқан. Осы мәселеге қатысты өткен жылы денсаулық сақтау саласының мамандары дабыл қаққан еді. Сол уақытта ҚР Денсаулық сақтау министрлігі жалған препараттардың 40-тан астам түрін анықтаған. Оның ішінде «Фарингосепт», «Ношпа», «Плавикс», «Мезим форте», «Сумамед» сынды брендтердің атынан шығарылған жалған өнімдер жиі кездескен. АҚШ-тың дәрілік препараттарды бақылау жөніндегі басқармасының өткен жылғы мәліметтеріне сүйенсек, жалған әрі сапасыз дәрілердің әлемдік айналымы 75 млрд. АҚШ долларын құрапты. Ал Еуропа елдерінде соңғы жылдары 7 млн.-нан астам жалған дәрілік өнімдер тіркелген. Сол жалған дәрілердің

51 пайызы Азия елдерінің еншісінде екен. Сондай-ақ, бүгінгі күні дәріханада сатылатын дәрі-дәрмектердің қымбаттығына шағымданатындар көп. Тұрғындардың шағымдануы да орынсыз емес. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының деректеріне сүйенсек, Қазақстандағы дәрі-дәрмек бағасы Армения, Молдова, Украина, Беларусь, Қырғызстан және Ресей елдерінен де қымбат екен. Армения сатылымға түсетін дәрі-дәрмегіне 7,1 пайыз ғана үстеме қосса, Украинада бұл көрсеткіш 5,5 пайыз, Ресейде 7,5 пайыз, Қырғызстанда 6,2 пайызды құрайды. Ал біздің елімізде бұл көрсеткіш 10,20,30 пайызға дейін жеткен. Егер халық пайдаланатын дәрілік препараттардың барлығы өз елімізде жасалса, сырттан келер қауіп те азаяр еді. Олардың сапасына бақылау күшейтіліп, бағасы да арзандау болар еді.

Дәріхана қызметкерлері болса, елімізде өндірілетін дәрілік препараттарға халық тарапынан сұраныс жоқ дегенді алға тартып отыр.

Бүгінгі таңда бірқатар маңызды тұстарды ескеру қажет: бағадан «СК-Фармация» ЖШС 9% мөлшеріндегі үстеме бағасы алынып тасталды, жеткізілген өнім үшін ай сайынғы 3% төлем мөлшеріндегі кредиттік желі бойынша кәсіпкерлер шығындары көзделмеген. Теңге бағамын түзеткенге дейін фармацевтикалық кәсіпорындар Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігімен бағаларды төмендету бойынша келіссөздер жүргізген болатын. Аталмыш келіссөздер қорытындысы бойынша ең қажетті дәрі-дәрмектер бағасы 20% төмендетілген болатын. Алайда бұл жеткіліксіз болып отыр.

Сонымен бірге дистрибьюторлар алдында халықты дәрілік заттармен үздіксіз қамтамасыз ету деген маңызды міндет тұр. Халықаралық GDP стандартына көшу де едәуір инвестицияны талап етеді.

Қарыздық қаражаттың шектеулі қолжетімділігі мен қымбат тұратын сертификаттау процедураларын жүргізу дистрибьюторлардың өндірістік емес шығындарын одан сайын арттыруда. Шара қолданылмаса, дистрибьюторлар жақында халыққа өнім жеткізуден бас тарту қаупі бар.

Ал мемлекеттік органдар дәрі-дәрмектер бағасын «тежеу» туралы бизнеспен келісілмеген шешімдерге сілтеме жасайды.

Сондай-ақ фармацевтикалық бизнес жолында кездесетін басқа да әкімшілік кедергілер баршылық.

«Жақында «Дәрілік заттарды фармакологиялық қадағалауды және дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың жанама әсерлерінің мониторингін жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 29 мамырдағы № 421 бұйрығы қабылданды.

Аталмыш құжатта өндірушілердің уәкілетті ұйымға дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және медициналық техниканың қауіпсіздігі жайлы мерзімді түрде жаңартылып тұратын есебін ақпаратты ағылшын тілінен мемлекеттік және орыс тіліне аударумен ұсынып отыруы көзделген. Мұндай есептер әдетте 1 мың беттен асатын көлемді құрайды. Оларды аудару кәсіпкерлер үшін 1000-5000 доллар сомасына түседі. Аталмыш шығынның препараттардың ақтық құнына кіргізілетіні түсінікті. Бұл тәртіпті де қайта қарау қажеттігін ұсынамын.

Косарлы сертификаттау түйткіліне назар аударайық

Дәрілік заттарды косарлы сертификаттауды (қауіпсіздік пен сапасын бағалау) алып тастау қажет. Қазір бұл тексеріс кәсіпкерлер есебінен шетелдік өндірістік алаңдарға барумен өндіріс жағдайын бағалау жолымен жүргізіледі. Бірақ сонымен бірге өнімнің әрбір топтамасы тексеріледі. Және де бұл шығындардың барлығы Қазақстандағы ақтық өнімнің бағасынан көрініс береді әрі бәсекеге қабілеттілігін төмендетеді.

Дертіне дауа іздегендер қазір дәрігерден бұрын, дәріханаға бас сұғатын болды. Жарнамадан көрген шетелдің дәрі-дәрмегін қымбаттығына қарамастан пайдаланады. Дәл қазіргі уақытта шетелдік дәріге деген дерттілердің тәуелділігін азайту мүмкін болмай тұр. Ол дәрі-дәрмектердің өтімділігі тым жоғары. Ал отандық фармацевтердің өзге

мемлекеттерден жеткен дәрілік препараттарды алмастыруға әлі де шамасы жетпей жүр.15 пайыздық көрсеткішпен оңаламыз ба?

Отандық препараттардың нарықтағы бүгінгі үлесі бар-жоғы 15 пайызды құрайды. Қалған 85 пайыз шетелдіктердің үлесінде. Ұлттық қауіпсіздіктің бекіткен шарты бойынша отандық дәрі-дәрмектің нарықтағы үлесі 30 пайыздан кем болмауы тиіс еді. Ал еліміз бұл көрсеткіштің тек жартысына ғана жете алды.

Алтынай ДОСЫМҚҰЛОВА, дәріхана қызметкері:

– Біздің дәріханада отандық та, шетелдік те дәрі-дәрмектер бар. Тұтынушылар көбінесе шетелден жеткізілген дәрілерді іздейді. Отандық өнімдерге аса үлкен сұраныс жоқ. Тұрғындардың барлығы телеарналардан көрген жарнамаларға сүйеніп, сырттан келген дәрілік заттарды пайдалануға тырысады. Бірақ бізде сол шетелдік дәрілердің аналогтары да бар. Олардың құрамы бірдей, тек қазақстандық аналогтардың бағасы тиімдірек. Отандық дәрілік препараттарды өндіретін «Досфарм», Шымкенттегі «Химфарм» сынды фирмалардың дәрілік препараттарының өтімділігі жоғары. Бізге республикада тіркелген дәрілердің арнайы тізімі беріледі. Сол тізімдегі дәрілерді ғана сатылымға шығарамыз. Дәріхана сөрелеріне жеткенше, дәрілердің барлығы арнайы тексеруден өтеді.

Халықты дәрі-дәрмекпен тегін қамтамасыз ету де қазір үлкен бір мәселеге айналды. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығына сәйкес, арнайы топтағы науқастарды тегін дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету туралы шешім шығарылған. Тегін дәрі алу үшін белгілі бір сықатпен ауыратын науқастар тұрғылықты жеріндегі емханада диспансерлік есепте тұруы қажет. Тегін медициналық көмектің кепілдендірілген ауқымына дәрілерді енгізу туралы шешімді кәсіби мамандардан жасақталған арнайы комиссия бекітеді екен. Дәрі-дәрмектер науқастарға тегін берілгенімен емдеуші дәрігер жасалған емнің тиімділігіне көз жеткізуі керек. Содан кейін дәрінің берілу мерзімі ұзартылады. Берілетін дәріге шек қойылмайды, науқастың емделуі үшін қажетті дәрінің барлығы тегін жазылып берілетіндігін айтып жүр дәрілік-ақпараттық талдау орталығы. Десек те, саны артқан тегін берілуге тиісті дәрілер әлі де барлық науқастарға бірдей беріліп жатқан жоқ. Дәріден қағылып жатқандардың да қатары көп. Бюджеттен қанша қаражат бөлінсе де, науқастардың тегін дәрі-дәрмекке қолы жетпей жүр. Бұған сол баяғы қағазбастылықтың кері әсері тиюде. Теңдер өткізіліп, фармациялық компаниялармен келісімшарттар бекітілгенше біраз уақыт өтіп кетеді. Сол уақыт аралығында күнделікті пайдаланатын дәрісіне қол жеткізе алмаған науқастардың дерттері асқынып, денсаулығы нашарлап кетуі әбден мүмкін емес пе? Ауылды жерлерде тегін дәрі-дәрмектен үміттілер туралы сөз айту тіптен қиын. Оларға республика, облыс, аудан арқылы жеткен дәрі-дәрмектердің қатары тым сиреп қалатыны да жасырын емес. Халық тегін дәрі-дәрмек тапшылығын әдетте жылдың басында сезінеді. Бюджет бекітіліп, тиісті құжаттар әзірленіп жатқанда, науқастар да біраз әбігерге түседі. Қажетті дәріні ала алмаған науқастар амалсыздан өз қалтасындағы қаражатқа қымбат дәрілерді сатып алады. Ал дәрі-дәрмек берілетін күн жеткенде, кезек күтіп сарсаңға түскен науқастардың алуға тиісті дәрілері толық болмай шығады. Тегін дәрі-дәрмекке толық қол жеткізе алмай жүрген жандардың бірі – Алматы облысының тұрғыны Гүлзира Алдатаева(аты-жөні өзгертілді):

- Қызым қант диабетімен ауырады. Ол тегін дәрі-дәрмек берілуге тиісті арнайы топтағы науқастардың қатарына жатады. Сол себепті біз тоқсан сайын тегін дәрі-дәрмек алып тұрамыз. Қызымның күн сайын қабылдауға тиісті дәрілері бар. Бізге ол дәрілер кейде жетпей қалып та жатады. Тегін дәрі-дәрмекке қол жеткізу оңай шаруа емес. Ең болмағанда дәрілерінің жартысына қол жеткізсек дейміз. Әйтпесе, дәріханаларда дәрілердің бағасы тым қымбат. Күн сайын қабылдауға тиісті дәрі-дәрмектерді біз әр тоқсанда бір рет аламыз. Ол дәрі ұзаққа жетпейді. Сондықтан өз қалтамыздан қаражат шығарып сатып аламыз. Қызымыздың денсаулығы үшін ешнәрседен қашпаймыз. Десек те, мемлекет тарапынан көрсетілетін көмек те бізге

біраз жеңілдік әкелер еді. Қазір біз ай сайын кемінде 50 мың теңгеге дәрі сатып аламыз. Тегін дәрінің қолға тигенін күтіп отыра алмаймыз.

Қазақстандағы фармацевтика саласын өркендету үшін елімізде барлық мүмкіндіктер бар деп айтсақ қателесе қоймаспыз. Бұл саланы аяғынан тұрғызуға ғылыми әлеуетіміз жетеді. Оған қоса қазақтың киелі жерінен көп жерде кездесе бермейтін емдік қасиеті бар жүзден астам дәрілік шөптердің түрін табуға болады. Фармацевтика саласында жұмыс атқарып келе жатқан өндіріс орындары да жоқ емес. Қазір Шымкентте «Химфарм» АҚ, Алматыда «СП Глобал-Фарм», «Нобел АФФ», «Нұр-Май-Фарм» ЖШС сынды ірі фармацевтика зауыттары, Павлодардағы «Ромат-Фарм», Қарағандыдағы «Фитохимия» ғылыми-өндірістік холдингі, Астанадағы «Ұлттық медициналық холдингі» сияқты кәсіпорындар жұмысын жалғастыру үстінде. Десек те, фармацевтика саласына инновациялық жобалар мен қуатты кәсіпорындарды әлі де көбірек тарту керек. Жұмыс жасап жатқан зауыттарға жаңа серпін беруге көшкен жөн. Бұл зауыттарға қоса дәрілерді өндейтін шағын зауыттар мен цехтардың іске қосылуын қолға алсақ, отандық препараттарымыздың үлесін арттыруға сеп болар еді. Бұл дамыған елдердің тәжірибесінде бар дүние. Сондай-ақ, мамандар жағы шетелдік дәрілердің көшірмесін, яғни генериктердің үлесін арттыруды да қолға алуды ұсынып отыр. Өйткені бұл дәрілік препараттарды төмен бағада сатудың және халықты дәрі-дәрмекпен тегін қамтамасыз етудің ыңғайлы жолы. Генериктердің үлесін арттырсақ, жоққа тән дәрілердің саны артатындығын айтады сала мамандары. (Генерик – халықаралық патенттелген дәрілік препараттың көшірмесі.) Сол арқылы шетелдік дәрі-дәрмекке кеткен шығынның 50 пайызға жуығын үнемдеуге болады екен. Халықаралық талаптар бойынша генерик құны дәрінің түпнұсқасының бағасының 70 пайызынан қымбат болмауы тиіс. Қазіргі уақытта Ұлыбритания, Қытай, Ресей сынды дамыған мемлекеттерде дәрілердің көшірмесін пайдалану кең етек алған. АҚШ бір жылда генериктерді пайдалану арқылы 734 млрд. доллар үнемдеген. АҚШ-тан өзге көптеген мемлекеттер де генериктерді «экономикалық тиімді емдеу бағдарламаларында» қолдануда. Генериктерді медицина мамандары қымбат дәрілердің баламасы ретінде тағайындайды. Ол патентпен қорғалмайды. Егер түпнұсқалық дәрінің белсенді компоненттері болса, патентпен қорғалады. Генериктерді бір ғана емес, бірнеше фирма өндіріп шығара алады. Олардың қасиеті түпнұсқалық препаратқа ұқсас. Мамандар генериктерді жалған дәрі-дәрмекпен шатыстырмау қажеттігін ескертеді. Генериктердің басты артықшылығы – бағасының арзандығы. Ал емдік қасиеті, құрамы, салмағы бәрі түпнұсқамен бірдей. Генериктердің қолданылуы оларды қолжетімді етіп қана қоймай, шығын мөлшерін азайтады, өнім түрін көбейтуге жол ашады, дәрілік заттарды дұрыс қолдануды қамтамасыз етеді.

Өкінішке орай, бүгінде көптеген препараттар еркін түрде сатылады, бұл халыққа белгілі бір қауіп төндіреді. Күн сайын әлемде жүздеген дәрі-дәрмек жасалады, оларды дұрыс пайдаланған жағдайда, ауруды жеңуге болады, ал керісінше жағдайда денсаулыққа ауыр зардап келтіреді.

Рецептсіз дәрі-дәрмектерді сатып алу үшін бұрынғыдай дәрігердің ұсынысы қажет болмайды. Оған аурулардың жеңіл түрін емдеуге арналған препараттар жатады. Ал мөлшерлеу мен қолдану ұзақтығын білуді қажет ететін дәрі-дәрмектер астаналықтарға дәрігердің тағайындауынсыз сатылмайтын болады.

Бүгінгі таңда халықтың басым бөлігі дәрілерді таныстарының, әріптестерінің, туған-туыстарының ұсынысымен алады және сауалнамаға сәйкес елорда тұрғындарының 18–20% ғана дәрігердің кеңесіне құлақ асады.

Бүгінде адамдардың көпшілігі өзіне-өзі дәрігер: ауыра қалса емханаға емес, дәріханаға жүгіреді. Өзіне-өзі диагноз қойып, қандай дәрі ішу керектігін де өзі шешеді. Мұндай әдет жер шары тұрғындарының 67%-ына тән екен.

Соған орай әрбір препараттың тек дәрігердің тағайындаған рецептімен ғана сатуды енгізсе дұрыс боларма еді дегім келеді.

Қазақстандағы фармацевтикалық нарықтың дамуын талдау келесідей қорытындылар жасауға мүмкіндік береді:

— әрекет етуші фармацевтикалық өндірістер ескірген және модернизацияны талап етеді;

— мемлекеттің салықтық және инвестициялық саясатын жетілдіру жағында заң шығаратын базаны өзгерту қажет;

— салаға салынған инвестициялардың аз көлемдері оның дамуын тежейтін фактор болып отыр;

— мемлекет жағынан саланы нашар басқару;

— дәрілік препараттардың қауіпсіздігін, тиімділігін және сапасын мемлекеттік бақылаудың жеткіліксіздігі;

— төлем қабілеттілігі төмен сұраныс халықты арзан және тиімділігі аз дәрілік препараттарды қолдануға бағыттайды.

Қазақстанның фармацевтикалық индустриясының қалыптаса бастауының кезеңіне қарай дәрілік препараттарды өндірушілерді қолдаудың оңтайлы жүйесін жасау қажет. Бұл жүйе тікелей дотациялардың есебінен емес, инвестицияларды тарту, несиелік жолдар және мемлекеттік тапсырыстар арқылы қалыптасу тиіс. Сонымен бірге республиканың фармацевтикалық өнеркәсібінің дамуына шетел инвестицияларын тарту үшін қолайлы жағдайларды қамтамасыз ететін заң шығарушы базаны құру қажет.

Секция 3. «МЕДИЦИНА В ЕСТЕСТВОЗНАНИИ»

МАТЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ

Смаилова М.

Научный руководитель Оралбаев Жалгас Шарипович

Математика — наука о структурах, порядке и отношениях, которая исторически сложилась на основе операций подсчёта, измерения и описания форм реальных объектов. Математические объекты создаются путём идеализации свойств реальных или других математических объектов и записи этих свойств на формальном языке.

Математика не относится к естественным наукам, но широко используется в них как для точной формулировки их содержания, так и для получения новых результатов. Математика — фундаментальная наука, предоставляющая языковые средства другим наукам.

Выдающийся итальянский физик и астроном, один из основателей точного естествознания, Галилео Галилей (1564-1642) говорил, что "Книга природы написана на языке математики". Почти через двести лет родоначальник немецкой классической философии Иммануил Кант (1724-1804) утверждал, что "Во всякой науке столько истины, сколько в ней математики". Наконец, ещё через почти сто пятьдесят лет, практически уже в наше время, немецкий математик и логик Давид Гильберт (1862-1943) констатировал: "Математика - основа всего точного естествознания".

В медицинских образовательных учреждениях роль математики неприметна, поскольку во всех случаях на первый план, естественно, выдвигаются медицинские и клинические дисциплины, а теоретические, в том числе математика, отодвигаются на задний план, как предмет базового высшего образования, не учитывая, что математизация здравоохранения в мировом пространстве происходит стремительно, вводятся новые технологии и методы, основанные на математических достижениях в области медицины.

Любой врач или медицинский работник подтвердит, что не раз вспоминал и использовал ту же таблицу умножения или правила подсчёта рациональных чисел. Однако ценность математики в таких менее строгих науках как «медицина и биология» - нередко ставится под сомнение.

Леонардо Да Винчи

Витрувианский человек - рисунок, сделанный **Леонардо Да Винчи** примерно в 1490-92 годах, как иллюстрация для книги, посвященной трудам Витрувия. Рисунок сопровождается пояснительными надписями, в одном из его журналов.. На нем изображена фигура обнаженного мужчины в двух наложенных одна на другую позициях: с разведенными в стороны руками, описывающими круг и квадрат. Рисунок и текст иногда называют каноническими пропорциями. При исследовании рисунка можно заметить, что комбинация рук и ног в действительности составляет четыре различных позы. Поза с разведенными в стороны руками и не разведенными ногами, вписывается в квадрат ("Квадрат Древних"). С другой стороны, поза с раскинутыми в стороны руками и ногами, вписывается в круг. И, хотя, при смене поз, кажется, что центр фигуры движется, на самом деле, пуп фигуры, который является настоящим её центром, остается неподвижным. Впоследствии по этой же методике Корбюзье составил свою шкалу пропорционирования, повлиявшую на эстетику архитектуры XX века. Далее идет описание соотношений между различными частями человеческого тела. В сопроводительных записях Леонардо да Винчи указал, что рисунок был создан для изучения пропорций (мужского) человеческого тела, как оно описано в трактатах

античного римского архитектора Витрувия(Vitruvius), который написал следующее о человеческом теле:

"Природа распорядилась в строении человеческого тела следующими пропорциями: длина четырёх пальцев равна длине ладони, четыре ладони равны стопе, шесть ладоней составляют один локоть, четыре локтя - рост человека. Четыре локтя равны шагу, а двадцать четыре ладони равны росту человека. Если вы расставите ноги так, чтобы расстояние между ними равнялось 1/14 человеческого роста, и поднимите руки таким образом, чтобы средние пальцы оказались на уровне макушки, то центральной точкой тела, равноудаленной от всех конечностей, будет ваш пупок. Пространство между расставленными ногами и полом образует равносторонний треугольник. Длина вытянутых рук будет равна росту. Расстояние от корней волос до кончика подбородка равно одной десятой человеческого роста. Расстояние от верхней части груди до макушки составляет 1/6 роста. Расстояние же от верхней части груди до корней волос - 1/7. Расстояние от сосков до макушки составляет ровно четверть роста. Наибольшая ширина плеч - восьмая часть роста. Расстояние от локтя до кончиков пальцев - 1/5 роста, от локтя до подмышечной ямки - 1/8. Длина всей руки - это 1/10 роста. Начало гениталий находится как раз посредине тела. Стопа - 1/7 часть роста. Расстояние от мыска ноги до коленной чашечки равно четверти роста, а расстояние от коленной чашечки до начала гениталий также равно четверти роста. Расстояние от кончика подбородка до носа и от корней волос до бровей будет одинаково и, подобно длине уха, равно 1/3 лица."

1) Математические методы широко применяются в медицине. **Математика** всем нужна. Наборы чисел, как ноты, могут быть мертвыми значками, а могут звучать музыкой, симфоническим оркестром... И медикам тоже. Хотя бы для того, чтобы грамотно прочесть обычную кардиограмму. Без знания азов математики нельзя быть докой в компьютерной технике, использовать возможности компьютерной томографии... Ведь современная медицина не может обходиться без сложнейшей техники.

В настоящее время широко применяются математические методы в биофизике, биохимии, генетике, физиологии, медицинском приборостроении, создании биотехнических систем. Развитие математических моделей и методов способствует расширению области познания в медицине; появлению новых высокоэффективных методов диагностики и лечения, которые лежат в основе разработок систем жизнеобеспечения; созданию медицинской техники.

В последние годы активное внедрение в медицину методов математического моделирования и создание автоматизированных, в том числе и компьютерных, систем существенно расширило возможности диагностики и терапии заболеваний.

2). Большое место в современной медицине занимает математическая статистика. Статистика (от латинского status — состояние дел) - изучение количественной стороны массовых общественных явлений в числовой форме.

Вначале статистика применялась в основном в области социально-экономических наук и демографии, а это неизбежно заставляло исследователей более глубоко заниматься вопросами **медицины**.

Основателем теории статистики считается бельгийский статистик Адольф Кетле (1796-1874). Он приводит примеры использования статистических наблюдений в медицине: два профессора сделали любопытное наблюдение относительно скорости пульса - они заметили, что между ростом и числом пульса существует зависимость. Возраст может влиять на пульс только при изменении роста, который играет в этом случае роль регулирующего элемента.

Число ударов пульса находится, таким образом, в обратном отношении с квадратным корнем роста. Приняв за рост среднего человека 1,684 м, они полагают число ударов пульса равным 70. Имея эти данные, можно вычислить число ударов пульса у человека какого бы то ни было роста.

Самым активным сторонником использования статистики был основоположник военно-полевой хирургии Н. И. Пирогов. Еще в 1849г., говоря об успехах отечественной хирургии, он указывал: «Приложение статистики для определения диагностической важности симптомов и достоинства операций можно рассматривать как важное приобретение новейшей хирургии».

Прошли те времена, когда применение статистических методов в медицине ставилось под сомнение. Статистические подходы лежат в основе современного научного поиска, без которого познание во многих областях науки и техники невозможно. Невозможно оно и в области медицины. Медицинская статистика должна быть нацелена на решение наиболее выраженных современных проблем в здоровье населения. Основными проблемами здесь, как известно, являются необходимость снижения заболеваемости, смертности и увеличения продолжительности жизни населения. Соответственно, на данном этапе основная информация должна быть подчинена решению этой задачи.

3). Математика играет одну из главных ролей при создании и применении лекарств. Лечебный эффект лекарства зависит не только от вида составляющих, но и от пропорций, в которых они входят в него. Фармацевт должен уметь решать задачи на пропорцию и концентрацию растворов. На упаковке лекарства мы можем прочесть состав и количественные показатели ингредиентов, активных веществ, указания о норме и времени приема лекарства – и это тоже математика.

4). Математические основы компьютерной томографии были заложены задолго до появления первых рентгеновских компьютерных томографов. Еще в 1917 году математик И. Радон предложил метод решения обратной задачи интегральной геометрии, состоящий в восстановлении (реконструкции) многомерных функций по их интегральным характеристикам.

5). Математика широко применяется в микрохирургии глаза. Например, лазерная коррекция зрения - там очень точные расчеты. Ведь погрешность всего лишь в пару миллиметров в операции на глаза может стоить человеку зрения.

Один из учёных-медиков провел математическое моделирование и вывел формулу расчета параметров разреза глаза для его надежной герметизации без наложения швов у детей. $L = f/3 + h/\sin\alpha$. Где L – длина канала, необходимая для надежной герметизации; f – ширина канала; h – толщина роговицы; $\sin \alpha$ – это синус угла, под которым осуществляется вход в переднюю камеру. Проведенные расчеты выявили прямую пропорциональную зависимость длины тоннельного разреза фиброзной капсулы глазного яблока от его ширины и явились обоснованием для клинического применения экстракции катаракты и имплантации интраокулярных линз у детей через тоннельный разрез без наложения швов.

Этим примером можно показать, как знание математики может помочь работе врача.

Все действия лазера управляются компьютером, в который закладывается программа, с данными рассчитанными индивидуально для каждого пациента с максимальной точностью определяющая объем лазерной коррекции. " И даже для того, чтобы правильно подобрать очки, нужна математика.

б). Математика широко применяется в **кардиологии**. Современные приборы позволяют врачам «видеть» человека изнутри, правильно устанавливать диагноз и назначать эффективное лечение. Созданием таких приборов занимаются инженеры, использующие аппарат физико-математических исследований. Ритмы сердца и движение математического маятника, рост бактерий и геометрическая прогрессия, формула ДНК - все это примеры применения математических расчетов в медицине.

В далеком 17-ом столетии математик из Швейцарии Эйлер разработал модель гидрогазодинамики, а помогло ему в этом изучение процесса движения крови в сосудах.

Но по-настоящему гидрогазодинамику начали использовать в диагностировании болезней лишь несколько лет назад.

Команда ученых под руководством доктора Венециани применяет математические и компьютерные модели для исследований кровотока в применении к практической диагностике кардиологических заболеваний.

К примеру что бы рассчитать Частоту сердечных сокращений существует определенная формула $ЧСС=60с/R-R(мм)*t$, где R-R расстояние между двумя зубцами. Так же подчеркиваю, что кардиограмма делается по двум скоростям – это 25мм/с. и 50мм/с. Где время для 25мм/с. = 0.04с., а для 50мм/с = 0.02с. Чтобы определить электронную ось сердца и найти определенный угол т.е. Альфа, нужен необходимый график, который очень похож на график функции, которую мы проходим по курсу геометрии. По графику мы видим, если угол альфа от +30 до +69 градусов, то это считается нормой. Второй случай, где угол альфа находится от 0 до +30 градусов, то это считается горизонтальной ЭОС. Третий, если от 0 до -90 градусов, то это считается отклонением ЭОС влево. Четвертый график, от +91 до +180, то это отклонение ЭОС вправо. И последний график, от +70 до +90 – это вертикальная электронная ось сердца. Значит как мы определяем этот угол альфа, здесь так же есть своя математическая формула и это сумма трех основных зубцов QRS.

Данная работа позволила усовершенствовать диагностирование сердечной болезни новорожденных – гипоплазии левого желудочка. Применяя методы компьютерного моделирования, врачи отныне способны определить идеальную величину и участок размещения искусственной аорты. Вживление синтетической аорты выполняется, чтобы обеспечить жизнеспособность младенца в ожидании трансплантации органа.

На сегодняшний момент, используя математические методы, доктор Венециани старается спрогнозировать, как поведет себя аневризма, дабы установить с максимальной точностью, нужно ли хирургическое вмешательство. Первым делом ученые составляют уравнение, описывающее кровоток, потом выполняют геометрические модели тела больного человека, составляют модель движения крови, а потом сопоставляют полученную информацию. Математика помогает исследователям определить давление крови на стенки сосудов и дать медикам максимальное количество сведений о пациенте.

7). Математика тесно связана с педиатрией. Ведь с математики начинается все. Ребенок только появился, а первые цифры в его жизни уже звучат: дата рождения, рост, вес. Вот многие, я уверена, не знали, что кормление ребёнка требует подсчёта формул. Или то, что есть формулы подсчёта давления у новорождённого ребёнка. Сколько должен ребенок весить при определенном росте, какое должно быть давление, какой рацион питания применять?

Да и родители о математике не забывают. Готовя ребенку пищу, взвешивая его, они постоянно используют математические расчёты. Ведь нужно решить элементарные задачи: сколько еды нужно приготовить для любимой крохи? В акушерстве также используется математика, например чтобы узнать какой срок беременности мы подсчитываем по формуле данные взятые у мамы.

Для этого в педиатрии применяют математические формулы. Например,

Массу тела ребёнка до 10 лет в кг можно вычислить по формуле: $m = 10+2*n$, где 10 – средний вес ребёнка в 1год, 2 – ежегодная прибавка веса, n – возраст ребёнка. Массу тела ребёнка после 10 лет в кг можно вычислить по формуле: $m = 30+4(n -10)$, где 30 – средний вес ребёнка в 10 лет, 4 – ежегодная прибавка веса, n – возраст ребёнка

Рост ребёнка после года можно вычислить по формуле: $75+6n$ Где 75 – средний рост ребёнка в 1 год, 6 – среднегодовая прибавка, n – возраст ребёнка. Продолжительность сна можно рассчитать по формуле: для детей до года количество часов сна в сутки равно $22-1/2m$, где m –число месяцев; для детей старше года – $16 - 1/2n$,

где n – число лет. Питание детей с 1 года до 7 лет. Суточный объём пищи вычисляется по формуле: $1000 + 100n$ (мл), где n – число лет.

Вышеперечисленные области применения математики далеко не все. На многих знакомых нам медицинских приборах и аппаратах мы увидим шкалы – на градуснике, тонометре, ростометре, весах, шприцах, пробирках для взятия анализов крови. Также в медицине очень много математических формул, например: для расчета пульсового давления; подбора линзы при замене хрусталика; во введении жидкости и электролитов больным с дегидратацией и мн. др.

Такая важная отрасль медицины, как хирургия также не может обойтись без математики. Все аппараты работают на компьютерных программах, составление которых без знания математики просто невозможно.

Без математики невозможно не только сделать лечебные и диагностические приборы, но и работать на них. Ведь все программы, на которых работают эти приборы, составляются для компьютера по предварительным расчётам.

На основе вышеизложенного можно сказать, что медицинская наука, конечно, не поддаётся формализации, но огромная эпизодическая роль математики в медицине несомненна. Все медицинские открытия должны опираться на численные соотношения. А методы теории вероятности (учёт статистики заболеваемости в зависимости от различных факторов) - вещь в медицине необходимая. В медицине без математики шагу не ступить. Численные соотношения, например, учёт дозы и периодичности приёма лекарств. Численный учёт сопутствующих факторов, таких как: возраст, физические параметры тела, иммунитет и пр.

Медики не должны закрывать глаза хотя бы на элементарную математику, которая просто необходима для организации быстрой, четкой и качественной работы. Каждый врач должен отметить для себя значение математики. И понять, что не только в работе, но и в повседневной жизни эти знания важны и намного упрощают жизнь.

ХИМИЯ ПӘНІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗЫ

Мамаева А.

Ғылыми жетекшісі Анапьянова Айна Дарменовна

Бұл тақырыпты таңдаған себебім?

- Медицинаға химияның қарым-қатынас туралы көбірек білу үшін?
- Қандай препараттар ауруларды емдеу үшін пайдаланылады?
- Олардың химиялық аттарын білу;
- Химиялық элементтердің адам ағзасындағы ролін білу.

Мақсаты:

- Медицинаға химияның қарым-қатынас туралы көбірек білу ;
- Қандай препараттар ауруларды емдеу үшін пайдаланылады;
- Олардың химиялық аттары білу;
- Медицинада қолданылатын аспаптар түрлерін білу;
- Медицинада қолданылатын дәрілердің адам ағзасына әсерін толық білу үшін;
- Адам ағзасындағы химиялық элементтердің үлесі, ағзада алатын рөлі жөнінде

түсінік беру.

«Химияны жетік меңгермеген адамның дәрігер болып қалыптасуы мүмкін емес» деген М.В.Ломоносов.

XXI ғасыр заманауи технологиялар мен адамзаттың қарқынды дамуының ғасыры. Химия – тарихтағы ең маңызды ғылымның бірі болып табылады. Адам өміріндегі жаңа

өнертабысың дамуына ықпал етеді. Адам өмірінің қай саласын алсақ та химиямен байланысты тығыз екеніне күнделікті көзіміз жетіп отырады.

Медицинада Химия маңызды рөл атқарады. Осы ғылымды пайдалану, фармацевтика өнеркәсібін дамытуға, протездік стоматология, мед-қ протездеу және басқа да салада үлесін қосып. Ол сондай-ақ жаңа емдеу технологияларының қарқынды дамуына ықпал етеді. Сондықтан егер химиялық элементтердің біреуінің жоқ болуы немесе жетіспеуі ағзадағы қалыпты жағдайды бұзады. Керісінше, ағзадағы қандай да бір элементтің шамадан тыс болуы да зиян. Тіпті, қазір тағамнан улану да көбейіп кетті. Мәселен, соңғы кезде диоксин деген у пайда болды. Ол фосфор қалдықтарының ауада азот қышқылдарымен қосылуы арқылы түзіледі. Адам ағзасының әлсіреп, иммундық жүйенің төмендеуіне де осылардың әсері бар.

Адамның ағзасы химиялық элементтерді әр түрлі концентрациялайды, яғни микроэлементтер мен макроэлементтер әркелкі таралады. Микроэлементтердің көпшілігі бауырда, сүйек және бұлшық ет ұлпаларында жиналады. Бұл ұлпалар — көптеген микроэлементтердің негізгі қоры. Элементтер кейбір мүшелерге тән әрі ол жерде концентрациясы жоғары болады. Мысалы, мырыш — қарын асты безінде, йод — қалқанша безінде, фтор – тіс кіреуесінде, алюминий, мышьяк, ванадий — шашта, кадмий, сынап, молибден — бүйректе, қалайы — ішек ұлпаларында, стронций — қуық безінде, сүйек ұлпасында, барий — көздің пигментті қабатында, бром, марганец, хром — гипофизде және тағы басқаларда жиналады.

Химиялық элементтердің ағзадағы мөлшерінің өзгеруіне әр түрлі аурулар әсер етеді. Мысалы, рахитпен ауырғанда фосфорлы-кальцийлі алмасу бұзылады да ағзадағы кальцийдің мөлшері төмендейді. Нефритпен ауырғанда электролитті алмасудың бұзылуының әсерінен ағзадағы кальцийдің, натрийдің, хлордың мөлшері азаяды да магний мен калий көбейеді. Ағзадағы макро және микроэлементтердің мөлшерін гормондар реттеп отырады.

Кейбір элементтердің мөлшері адам ағзасында жасы ұлғайған сайын өзгеріп отырады. Мысалы, кадмийдің бүйректегі және молибденнің бауырдағы мөлшері қартайғанда жоғарылайды. Жас ұлғайған сайын кейбір мырыш, ванадий және хром сияқты микроэлементтердің мөлшерлері кемиді.

Фтордың жетіспеушілігінен тіс жегісі, йодтың жетіспеушілігінен зоб, молибденнің артық мөлшерінен подагра пайда болады.

Адам ағзасының 60 пайызы судан, 34 пайызы органикалық, 6 пайызы бейорганикалық заттардан тұрады. Органикалық заттарға көміртегі, сутегі, оттегі, сондай-ақ, бұлардың қатарына азот, фосфор, күкірт жатады. Ағзадағы бейорганикалық заттарда міндетті түрде мынадай 22 элемент болады: Ca, P, O, Na, Mg, S, B, Cl, K, V, Mn, Fe, Co, Ni, Cu, Zn, Mo, Cr, Si, I, F, Se. Мысалы, егер адамның салмағы 70 кг болса, онда 1700 грамм кальций, 250 грамм калий, 70 грамм натрий, 42 грамм магний, 5 грамм темір, 3 грамм мыс болады. Атап айтар болсақ, мәселен, кальций мен фосфор сүйекте, ал хлор тұзды қышқыл түрінде асқазан сөлінде кездеседі.

Егер химиялық элементтердің біреуінің жоқ болуы немесе жетіспеуі ағзадағы қалыпты жағдайды бұзады. Керісінше, ағзадағы қандай да бір элементтің шамадан тыс болуы да зиян.

Темір. Бұл элементтің рөлі денсаулық үшін өте зор. Егер темір жетіспесе, баршамызға белгілі анемия немесе қаназдық ауруы пайда болады. Оның мөлшері көрсетілген шамадан төмен болса, қанның қызыл жасушасының, яғни, гемоглобиннің түзілуі бұзылып, тыныс алу қызметі нашарлайды. Темір жетіспеген кезде тері бозарады, тырнақ жұмсарады, әрі тез сынады, ауыз қуысы және ас-қазанның сілекейлі қабаты бүлінеді.

Йод. Қалқанша безі мен гипофиздің жұмысын жақсартады. Радиация әрекетінен қорғап, радиоактивті йодтың жиналуын ескертеді. Бұл элементтің жетіспеуі негізгі зат алмасу процесін төмендетеді. Ағзадағы йодтың аз болуы ең әуелі орталық жүйке жүйесіне

әсер етеді. Йод жетіспеушілігі иммундық жүйені әлсіретеді, ісік дамуының қатерлілігін арттырады, ең алғашқы кезекте қалқанша безінің ауруын қоздырады, зоб ауруын туғызады.

Кальций. Адам ағзасында 1000-1200 грамм кальций болады, соның 99 пайызы сүйекте, тіс кіреу-кесінде, ал 1%-ы ішкі жасушада, қан құрамында маңызды роль атқарады. Қазақстандағы әрбір үшінші әйелде және әрбір бесінші ер адамда кәрі жілік және сан сүйегінің сынығы бар. Нақты айтқанда, елімізде жарты миллионға жуық адам остеопороз ауруының зардабын тартуда. Ал бұл тікелей осы кальций элементінің жетіспеуі салдарынан туындайды екен. Кальций сүйектің саулығы мен беріктігін сақтайды.

Магний. Адамға күніне шамамен 400 мг магний керек. Магний жетіспеген кезде көңіл-күй құбылады. Адам ашуланшақ, жылауық болады, ұйқысы нашарлайды. Жүрек соғысының ырғағын қалып-қа келтіреді, тамыр кеңейтуге атсалысып, оттегімен қамтамасыз етуге көмектеседі, сондықтан да магнийді жүрек ауруына шалдыққан науқастарға қолданады.

Мыс. Егер ағзада мыс жетіспесе, бауырда қорланған темір гемоглобинмен байланысқа түсе алмайды. Мыстың мөлшерінің аз немесе көп екендігінің көрсеткіші — адамның шашы. Мыстың мөлшері төмендеген кезде немесе жетіспеген жағдайда шаш тез ағарады. Мыс қанға оттегінің өтуін қамтамасыз етеді. Мыс көптеген ферменттердің құрамына кіреді, ұлпалардағы тотығу реакциясын жылдамдатады.

Селен. Бұл элемент иммундық жүйені қалыптастыруға ерекше әсер етеді. Ол жетіспегенде бұлшық ет әлсірейді. Әлсіздік, әсіресе, жүрек бұлшық етінде айқын білінеді.

Калий. Қан қысымын төмендетеді. Жүрек қағысын реттейді.

Дәрілік заттар органикалық және бейорганикалық болып бөлінеді. Органикалық: өндіруге арналған шикізат: табиғи газ, мұнай, таскөмір, тақтаастар мен шөптік өсімдіктер. Бейорганикалық: шикізат өндіруге арналған: тау жыныстары, кен, газ, теңіз және өзен сулары, химиялық өдіріс қалдықтары.

Дәрілік заттар фармакологиялық және химиялық болып жіктеледі. Фармакологиялық жіктеу медициналық практикада неғұрлым ыңғайлы болып табылады. Химиялық жіктеу дәрілік заттардың синтезімен жұмыс жасайтын химиктер үшін неғұрлым ыңғайлы болып табылады.

Химия және фармакология. Фармакология – дәрі-дәрімек туралы ғылым, тірі организмге әр түрлі химиялық заттардың әсері, денеге дәрлерді енгізу тәсілдері және дәрілердің өзара әрекеттесуі.

Натрий хлориді – химия өнеркәсібінде кеңінен қолданылатын заттек. Ол хлорды, каусти содасын және сабын, хлорлы ағартқыш, глазулар мен керамика үшін, ал металлургияда тағамдарды консервілеу, теріні тазарту, жолды мұздан тазарту үшін, суды жұмсарту, өнеркәсіптегі көптеген тағамдарды, яғни минеральды су, ауыз шаятын сұйықтық және ас тұзының құрамының сапасы үшін аса қажет. 0.85-0.9° натрий хлорид ерітіндісі физиологиялық ерітіндіге жатады. Натрий хлоридінің судағы изотоникалық ерітіндісі (0.9%) детоксикация ретінде, дене жүйелерінің сусыздану жағдайын түзету үшін, басқа да препараттардың еріткіші ретінде пайдаланылады. Гипертоникалық ерітінді (10%ерітінді) церебральды ісіну кезінде қосалқы осмолитикалық диуретик ретінде пайдаланылады. Қан қысымын көтеру үшін, натрий және хлор иондарының тапшылығы жағдайында, күміс нитратынан улану кезінде жараларды емдеу үшін қолданылады. Натрий хлориді ерітіндісі офтальмотологияда противоотечный әсері бар.

- **Натрий гидроксиді** (ас содасы) асқазан сөлінің жоғары қышқылы, асқазан жара ауруы, 12елі ішек қыжылы, қант диабеті кезінде ішке қолданылады. Күйікте, тұмауға ингаляция жасау, ринит, конъюнктивит, соматит, ларингит кезінде сыртқа қолданылады.

- **Натрий бромиді және калий бромиді** медицинада тыныштандыратын дәрі ретінде қолданылады. Ми қыртысының қозуы мен тежелудің арасындағы бұзылған арақатынасты қалыпқа келтіреді.

- Калий немесе натрий иодиді су ерітінділеріндегі, ерітіндідегі спирт немесе иод ерітіндісі ретінде дезинфекция және қан қысқыш ретінде қолданылады.
- Кальций карбонатын CaCO_3 тек ішке кальций препараты терінде ғана емес, адсорбтаушы және қышқылды бейтараптандырушы ретінде қолданады.
- Оттегі газы медицинада анестезия үшін қолданылады. Таза оттегіні улану және кейбір ауыр аурулар кезінде белгілейді.
- Калий перманганаты медицинада кеңінен қолданылады. Оның сұйытылған түрін дезинфекция жіне қан қысқыш ретінде қолданады.
- Пероксид водороды 3% массалық үлесі бар ерітіндіні дезинфекциялауға және қан қысқыш реінде қолданады. Бұл сұйықтық сондай-ақ ластанған ауыс қуысы және қолқанығ іріңді жаралары кезінде, шырышты қабатты өңдеуде және емдеуде, мұрыннан қан тоқтатуға пайдаланылады.
- Натрий сульфаты декагидрат $\text{Na}_2\text{SO}_4 \cdot 10\text{H}_2\text{O}$ (Глауберова тұзы). Медицинада глауберова тұзын слабительный ретінде қолданады. Барий және қорғасын тұздарын улану кезінде антидот ретінде қолданады.
- Барий сульфаты медицинады ерімейтін және қатты рентгендік сәулені жұтып, тоқтата тұру қабылетіне байланысты пайдаланылады. Суспензия түрінде ол рентгеноконтраст құралы ретінде асқазан-ішек жолданының рентгеноскопиясын жасауға пайдаланылады.
- Мырыш сульфаты гептагидрат $\text{ZnSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$ көз тамшыларын дайындау үшін тұтқыр антисептика ретінде қолданылады.
- Темір (II) сульфаты гептагидрат $\text{FeSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$. Медицинада ағзада темір тапшылығы салдарынан туындайтын анемияны емдеу үшін қолданылады, сондай-ақ әлсіздік кезінде пайдаланылады.

Полимерлердің медицинада қолданылуы. Полимерлер медицинада жаңадан аса тиімді препараттар мен залалсыздандырғыштар жасау үшін қолданылады. Медицина саласында полимерлік материалдардан, медициналық аспаптар, арнаулы ыдыстар және дәрілік препараттарды ораушының түрлі көріністерін дайындауда қолданылады. Медицинада қолданылатын полимерлік материалдардың ассортименті, жыл сайын артып келеді. Бұл төмен қысымды полиэтилен, пенополиуретан, полипропилен, эпоксидті, полиэфирлі және силикон полимерлер. Арнайы желімдер табылды олар операция кезінде жіпті алмастырп, тіндік желім ретінде пайдаланылады.

Салицил қышқылы. Салицил қышқылы - белсенді ингредиент талдың қабығы. Тіпті XIX ғасырда. ол ревматизм және зәр қышқылы диатез емдеу үшін қолданылады, және ол көптеген есірткі өндіру үшін негіз ретінде қызмет етеді, өйткені, бүгінде ол, көп мөлшерде синтезделген зат болып табылады. Салицил қышқылы әлсіз, антисептикалық тітіркендіргіш және (жоғары концентрациясы) қасиеті бар және тері ауруларын емдеу үшін жақпа және шешімдер жергілікті медицинада пайдаланылады. Салицил қышқылы туындыларн, сондай-ақ медицина (натрий салицилаты) пайдаланылады, оның амид және ацетилсалицил қышқылы (аспирин) ыстық түсіруші, қабынуға қарсы және ауыруды басатын агенттер ретінде пайдаланылады.

Ацетилсалицил қышқылы қабынуға қарсы, ыстықты түсіретін, сондай-ақ ауыруды басатын әсер береді. Ацетилсалицил қышқылының қабынуды басатын әсері оның қабыну ошағында өтетін үдерістерге ықпалымен түсіндіріледі: қылтамырлар өткізгіштігінің азаюымен, гиалуронидаза белсенділігінің төмендеуімен, АТФ түзілуін тежеу арқылы қабыну үдерісін энергетикалық қамтамасыз етудің шектелуімен және т.б. Ыстықты түсіретін әсері термореттеудің гипоталамустық орталықтарына ықпалымен байланысты. Анальгетикалық әсері ауыру сезімталдығы орталығына ықпалымен және салицилаттардың брадикининнің альгогендік әсерін азайту қабілетімен жүзеге асады.

Қорытындылай келе, осы баяндаманың материалын жазу үшін, мен көп нәрсені үйрендім және мені қызықтырған сұрақтарға жауап таптым. Медицина мен химияның

байланысының өте тығыз екенін білдім. Сондықтан химияны жетік меңгеру болашақта жақсы маман болуымызда үлесі зор.

АСЫЛ ТАСТАРДЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

Апсеитов К.

Ғылыми жетекші Дюсекина Лаззат Орынбековна

Ерте замандарда асыл тастың емдік қасиетін ашып, оны шипалық маңызына қарай бөліп қадірлеп, әрі қастерледі. Асыл тастарды ұдайы зерттегенде адам мүшелерінің рухани-энергетикалық потенциалдық өрісін ретке келтіретіні анықталған. Асыл тастармен емдеу әдісі мыңдаған жылдар бұрын Индияда аюрведалық тәсіл бойынша пайдаланылды. Сырттан келетін кез келген кері әсер күші адамның денесінде, ойында, санасында күшті өзгеріс туғызады. Егер асыл тасты бірге алып не тағып жүрсе, ол теріс энергияның кері әсерін тоқтатуға, кері қайтаруға немесе денеге сіңгенде оны өңдеп, адам қуатын бір қалыпқа келтіруге көмекетеді. Асыл тас сіздің “сорылған”, “жоғалған”, “шашылған” қуаттарыңыздың орнына жаңа толықтырушы оң қуаттар жинайды. Оның тепе-теңдікке келуіне зор әсер етеді.

Асыл тастың мұндай қасиетін Гиппократ та, ибн Сина да, әл-Бируни де, Ж. Баласағұн да, әл-Фараби де т.б. толық дәлелдеп берген. Десе де, асыл тастарды әсер ету қасиетіне қарай бөледі. Бұлай бөлуде адамның жынысына, жасына, өңіне, психологиялық танымына, қоғамдағы роліне және материалдық жағдайлары мен басқа да ерекшеліктеріне сүйенсе керек.

Тастар адамның қуатын толықтырушы ғана емес, оны қорғаушы да. Асыл тастардың ішінде тіл мен көз сұғының кері әсерін қайтаратыны да кездеседі. Көптеген асыл тастар сыртқы ортамен шағылысқанда адамның денесінде жаңа резонансты толқынды биоөріс туғызады да, оның қалыпқа келуіне әсер етеді.

Асыл тастардың да өңі әртүрлі болады. Олардың тоғыз түрі бар (өңсізтас, көк-жасыл, көк немесе күлгін, сары, ашық қызыл, көкшіл, сары немесе алтын түсті, қарат.с.с.).

Сыйлыққа берген немесе ұрпақтан-ұрпаққа жалғасып, мұралыққа қалдырылып отыратын асыл тастардың қасиеті өте жоғары болады.

Бұл тастардың басқа тастармен салыстырғанда өзінің иесін қауіп-қатерден, тіл мен көзден, өрттен, найзағайдан, “зұлым күштерден”, құлап қалудан және сыртқы басқа әсерден қорғауда да маңызы зор.

Асыл тастардың әсері кейде астрологиялық күнтізбеге де, туған жылға да, сондай-ақ планеталар мен асыл тастың өзара байланысына (мәселен Күн тасы, Ай тасы, Шолпан тасы, Жұлдыз тасы, Марс тасы, Юпитер тасы, Сатурн тасы және Нептун тасы) да байланысты екенін білген жөн. Кейбір тастар бір-бірімен энергия алмасатын қасиетке ие болуы ықтимал.

Тіпті жағдайы барлар жетінің әр күніне әр түрлі тастар тақса, адамның күш қуаты артып, ішкі-сыртқы қарсы теріс әсерге қорғаныс қабілеті молаяды екен.

Асыл тастардың жеке қабілетіне келсек, гауһар, маржантас, қайрақтас – араққұмарлыққа, інжу, маржантас, күкірт – аллергияға, гауһар, маржан, жасылтаст.б. – бронхы ауруына, інжу, қорғасын, маржантас – геморройға, мыс, інжу, маржан тас – бас ауруға қарсы әсер етеді.

Асыл тастардың емдік және ерекше қасиеттеріне келетін болсақ:

Алтын – өмір жасты ұзартады, қарт адамдардың бойына әл қуат береді, қауіпті аурудан қорғайды, уланғаннан емдейді. Ағзадағы иммундық процесті қалыпты етеді. Көне Грекия мен Римде алтынды (пластинкаларын) ауызға салып, тамақ ауруларын емдеген екен. Сондай-ақ қазіргі медицинада да алтын қоспалары кеңінен қолданылады.

Ғалымдар алтынның адамға тигізетін залалы да бар екенін дәлелдеп шықты. Канадалық ғалымдар алтын бұйымдардың адам ағзасына тигізетін әсерін зерттей келе күтпеген шешімге келді. Олар алтын бұйымдардың қызу қанды адамдардың көңіл-күйіне кері әсерін тигізетінін, тіпті депрессияға түсулеріне себеп тудыратынын айтады

Мамандар бұл шешімге келе отырып, алтын бұйымдардан мүлдем бас тарту керектігін алға тартпайды. Алайда, олар қызу қанды адамдарға ұйықтар алдында алтын бұйымдарын шешіп жатуға кеңес береді. Себебі, адам ұйықтап жатқанда оның ағзасы әлсіз болады. Химия негіздерін медицина саласына енгізуші ғалым Парацельс жүрек ауруларына шалдыққанда алтынмен емдеу қажеттігін айтады.

Күміс – шикан сырқаттарын, ірің мен қанды кептіреді. Бактерицидтік және антисептикалық қасиетке ие. Әрі қабынуға да қарсы әрекет ете алады. Бір сөзбен айтсақ, табиғи бактерицидтік металл. Бактерияның 650 түріне қарсылық білдіре алады екен.

Қазақ халқы ежелден күмістің адам ағзасына пайдасы бар деп сеніп, күміс ыдыстан тамақ ішіп, күміс әшекейлер тағып, сәби дүниеге келгенде нәрестені күміс теңге салынған суда шомылдырып.

Емшілер өте ерте заманда-ақ күмістің қасиетін ерекше бағалаған. Мысалы, Үндістанда, Египетте, Ресейде күміс қосылған суды түрлі ауруларға ем ретінде пайдаланған. Адамдар мұндай судың өмірлік қуат беретін ерекше сиқыры барлығына сенген. Күмістің бұл қасиеттеріне ХІХ ғасырдың аяғында ғана мән беріп, зерттей бастапты. Күміс сумен әрекеттескенде иондалып, оның құрамында ұзақ сақталады. Сондықтан күміс қосылған су ағзадағы көптеген зиянды микроағзаларды жояды. Адам ағзасының тұмау және жұқпалы ауруларға төтеп бере алмауының себебі иммундық жүйедегі күмістің азаюынан болады. Күміс тек қана ауру тудыратын элементтерді жойып қоймай, ағзадан зиянды токсиндер мен микробтарды шығарады. Тіпті ағзада аз ғана күміс жетіспеушілігі байқалған жағдайда адамның жұмыс істеу қабілеті төмендеп, қорғаныш қасиеті азайып, тез шаршау пайда болады. Шетелдік дәрігер Роберт Бекер күміс иондарының адам ағзасындағы жасушалардың көбеюіне әсер ете алатындығын дәлелдеген. Ол өзінің ғылыми кітабында күміс иондарының қатерлі ісік ауруына шалдыққан адамдардың жасушаларын қайта тірілтіп, көбеюіне көмегі барлығын жазған.

Сірә, алтын-күміс қасықпен ас ішу тек қана байлықтың көрінісі ғана емес, салауаттылықтың да белгісі болса керек. Күмістің емдік қасиеті аса жоғары. Ол тістің қызыл иегін бұзылудан сақтап, бактерияларды жойып, асқазан-ішек жолдарын тазалайды.

Алмаз – ізгілік пен ерлікті бейнелейді. Көкшіл реңді асыл тас жас аналардың бойтұмары іспеттес болады. Алмаз – шаршау және зат алмасуды жандандырады, асқазан ауруларына қарсы қорғанысты күшейтіп, ұйқысыздықты жояды. Алмазды қартаюға қарсы агент ретінде пайдаланады. Оның нәзік жарқырауынан шығатын әсер адамды ынталандырады, жасартады, бүкіл жүйке жүйесінің жұмысына жағымды әсер етеді, ми қызметін ынталандырады. Алмазы бар сақина иесін қорғайды, денесін қуаттандырады.

Гауһар(бриллиант) – ұмытшақтықты емдейді, тері аурулары, шизофрения және депрессияға қарсы тұруға көмектеседі, бүйрек тастарын болдырмайды. Гауһар – қуатты тербелістері өте жұқа және оның жүрек, ми және барлық нәзік (эфирлік) тіндерді қуаттандыруға қабілеті бар.

Жақұт(сапфир) – опасыздық пен қорқыныштан қорғайды. Сүйген жанын өзіне қарату үшін еуропалық әйелдер жақұт ұшқынымен магниттелген ыдыстан тамақ берген. Ол жүрек аурулары, әйел аурулары, демікпе, алапес ауруына шипа бола алады. Бүйрек және зәр шығару жолдарының аурулары, бас ауруы, қант диабеті, артрит, инсульт, депрессия, эпилепсия, және тері аурулары үшін табиғи тас жақұт терапиялық көмек.

Қуық, бүйрек және зәр шығару жолдарының ауруларының алдын алу үшін жақұт таспен кристалданған суды пайдалану керек. Күні бойы суды аз-аздан жұтып ішіп, суды жаңартып отыру керек. Жақұт тасты үнемі тағып жүру арқылы тері ауруларынан арылуға болады. Эпилепсия ауруына сары жақұт жақсы көмектеседі. Мұнда денемен үйлескен жақұт сақина жасыл реңк беруі мүмкін. Егер жақұт күміспен көмкерілген болса, онда ол

омыртқа аурулары, соның ішінде ревматизм, буын ауруларына жақсы көмектеседі. Көп теріс энергия жинаған жақұтты тазалаудың ең оңай жолы – үш секунд сайын суық суға малып алу қажет. Осылайша тас барлық жинақталған теріс энергиядан арылып, қайта пайдалануға дайын екенін атап өткен жөн.

Замартас (изумруд) – қуаныш пен көңілділік сыйлайды. Ұмытшақ немесе көзі нашар көретін әйелдер оны мойнына таққан. Бұл асыл тас ұзақ өмір сүруге кепілдік береді. Дел-салдықтан арылтып, ойды ширатады. Жасыл түсті замартас көздің шаршағанын басады, сонымен қатар жүйке жүйесін тыныштандырады. Замартас қабынуды емдеуге көмектеседі, инфекциямен күресу, қуық және зәр шығару жолдарының ауруларына пайдалы. Бұл тас диабетті, күйікті емдейді, жүректің ауруы, қан қысымын төмендетеді және псориазды емдеуге көмектеседі. Бауырды емдеу, асқазан, жөтел, туберкулез және ұйқысыздық ауруларына шипа болады.

Алтындалған табас (топаз) – ұмытшақтық пен ұйқы қашуды жазады. Көз тиюден сақтайды, дәм сезу күшін арттырады. Иммундық жүйесін нығайтады суықтан қорғайды, ас қорыту органдарының, бауыр, қалқанша без, өт көпіршік және көкбауыр тіндерінің регенерациясын тездетеді. Топаз – психикалық ауруға, жүйке тозуы кезінде энергияны қайта қалпына келтіруге көмектеседі, жүйке бұзылуын, қорқынышты басады.

Александрит – қан айнаруды жақсартады, қанды тазартып, тамырларды бекіте түседі. Александрит тасын қазіргі медицинада лазермен емдеуде қолданады. Лазермен емдеуде жасыл түсті александрит тасы қолданылады.

Ізгілікті циркон (гиацинт) – күйгелектік пен ашушандықтан арылтады. Ертеде мінезі жеңілтек әйелдер көбінесе осы тасты пайдаланған. Бұл тастың ағзаны жасартуға ықпалы зор, бауырда жиналған артық заттарды шығаруға көмектеседі.

Сары цирконий іш қатуы кезінде, асқазан бұзылуына, үрейден арылуға көмектеседі, тәбетті жақсартады. Ұйқысыздық пен күйзеліс кезінде жақсы көмектеседі. Мұрыннан қан кетуде көмектеседі. Көк циркон – ағза жұмысының бұзылуын қалпына келтіреді, семіздікпен күресуде көмектеседі. Қара циркон – әдетте суықтан туындаған суық, пневмония, бронхит, тонзиллит және басқа да аурулар кезінде пайдалануға болады. Сары немесе түссіз циркон – жүректің ишемиялық ауруын жеңілдетеді.

Қызыл лал (шпинель) – күннің өткір сәулесінен қорғайтын болған. Қарт кісілер бел ауруын жеңілдетуге тағады. Лалдың дәрілік қасиеттері көне заманнан бері белгілі. Тағы бір белгілі емші Парацельс түрлі аурулардың алдын алу үшін осы тасты ұнтақ түрінде пайдаланды. Ол, қызыл тас көз ауруларын емдейді деп сенген. Қан айналымын жақсартады, иммунитетті күшейтеді. Бел аймағындағы ауырсынуды, асқазан ауруларын жеңілдету үшін осы лалды киюді ұсынамыз. Кейбір елдерде, емшілер жұқпалы ауруларды емдеуде лалды пайдаланады. Осы ғажайып тас тәбетті азайтады.

Фируза (бирюза) – адамдардың арасындағы жаулық пен араздықты бәсеңдетеді. Ұдайы мойынға тастамай тақса әйелдер сары ауруға ұшырамайды. Фируза да адам секілді, жасына қарай түрін ақшылдан көгілдірге, көктен жасылға өзгертіп тұрады. Иесіне әлде бір қауіпті жағдай төнсе, фируза оның көз алдында күңгірт тартып жүре береді. Ал жазылмайтын ауруы бар адам тақса ол мүлдем “сөніп” қалады.

Көгілдір фируза – ұйқысыздықтан арылуға, бойкүйездіктен арылуға көмектеседі. Ол жүрек, өкпе, бауыр және асқазан үшін пайдалы. Көгілдір фируза – көруді нығайтады, бас ауыруын басады, суық тиюді емдейді, тері регенерациясына ықпал етеді.

Аметист – маскүнемдіктен қорғайды, адамның жүрегін ізгілікке толтырып, аумалы-төкпелі ойдан сейілтеді. Егер әйел адам оны жастығының астына жастанып жатса жақсы түс көреді. Аметистпен бетті сипап әжім мен секпілді кетіруге болады. Күйзелістен арылтады, мидың оң жарты шарында белсенділігін арттырады. Ол қан айналымын реттейді және жақсартады. Психиканың бұзылуынан емделуге көмектеседі, сананың барлық деңгейлерін үйлесімді, ақыл және тұлғаны көп жақты дамуын күшейтеді.

Аңыздар бойынша, аметист сөйлеу кемшіліктерді жояды. Улануға қарсы қолдануға болады.

Агат – тіл-көзден сақтайтын қара тас. Бойындағы ауруыңды бәсеңбетіп, есту қабілетінді жақсартады. Агат иесіне көптеген ауруларды жеңуге көмектесе алады, бірақ оны дұрыс кию керек. Сырғасын – тұмау, жөтел ұзаққа созылған кезде кию керек. Ал тістің түрлі аурулары кезінде – моншақ түрінде кию керек. Буын ауруларыңды – білезік түрінде кию керек. Жүрек ауруларына шалдыққан адам агаты бар сақинаны сол қолының саусақтарына киген дұрыс. Ұйқысыздыққа шалдыққан, уайымға бейім адамдар сақинаны оң қолының ортаңғы саусағына кию керек. Агаттың радиацияның әсерінен қорғайтын қасиеті де бар.

Яшма – суық реңді бұл тас болашақтың көзге көрінбейтін пердесін ашады. Қызыл яшма қан аққанды тоқтатып, иіс сезу қабілетін күшейтеді. Ал күнгірт түстісі удан және қастандықтан сақтайды. Көру қабілетін жақсартады. Қызыл яшма жүрек және қан айналымын ынталандырады, қан тоқтатуға көмектеседі, әйелдер ауруларын емдейді, ішкі секреция бездерінің қызметін жақсартады. Жасыл Яшма асқазан жұмысын және ас қорытуды жақсартады. Сары Яшма асқазан-ішек жолдарының жұмысын жақсартады.

Гагат – бұл таспен сіреспе мен буын ауруын емдейді. Аурудың алдын алу үшін тастың түйіршіктерін пайдаланған. Гагат тасы күйзелісті басады.

Айтас (лунный камень) – қояншық ауруы мен бүйрек шаншығанын емдейтін болған. Көптеген елдерде бұл тастың ықпалымен айдын зиянды қабілеттерінен қорғау үшін деп саналады. Бүйрек, бауыр және көкбауыр - ежелгі заманнан бері, гематит қан тазартады деп қабылдау бар органдарын нығайтады. Оны қан айналымы бар органдарға қоюға ұсынылады.

Жадейт (нефрит) – әсіресе Шығыс елдерінде жоғары бағаланған. Ол жетпіс жеті ауруға ем әсіресе, ревматизмге жақсы шипа болған. Жадейт адам энергиясына оң әсерін тигізеді. Ежелгі заманнан бері бұл бүйрекке арналған дәрілік мақсаттарда пайдаланылды. Жақында жарияланған зерттеулерге сәйкес, жадейт жүйке жүйесін нығайтады, қан қысымын тегістейді, қан тамырларын жұмсартыды, қан құрамын жақсартады, ер потенциалын нығайтады. Қытай мен тибет медицинасында жадейт жақсы энергетикалық тұрақтандырғыш ретінде пайдаланылады. Емшілер асыл жадейт адам биоэнергетикасын теңестіреді деп санайды, эмоциялық заряд береді. Ол бедеулікпен күресуге көмектеседі. Жүректің бұлшықет күшін қатайтатын қызғылт нефрит, ақ жадейт иммунды жақсартуға көмектеседі, және жасыл реңктері бүйрек функциясына оң әсер етеді. Нефриттан жасалған моншақтар және білезіктер жүрекке жағымды әсер етеді, қан қысымы, ауа-райының әсеріне қарсы қорғайды.

Лағыл (рубин) – минерал, корундтың бір түрі. Ол бірінші класты асыл тас. Лағыл тобына қызыл жақұт, шпинель, пироп, турмалин, тағы да басқалар жатады. Лағылдың жасанды түрлері 19 ғасырдың аяғында-ақ шығарыла бастаған болатын. Лағыл – зергерлік тас. Негізінен, лағыл – адамның психикасына күшті әсер етіп, оның мінезін ұштай түседі. Мейірімді жан бұрынғыдан да мейірімді, қатал адам бұрынғыдан да қаталданып кетеді. Олай болса, лағыл көзі бар жүздікті сыйларда оны мінезі қандай адамның тағып жүретінін есіңізге алып, ойланыңыз. Асыл тастардың тылсым сырын зерттеушілердің түсіндіруінше, адамдар лағыл жүздіктерді елді өзіне тәнті еткісі келген де, бойын сенімсіздік жайлап алғанда тағу қажет деп ақыл айтады. Мұндай сәттерде әлгі лағыл көзі бар бұйымдар адамдардың ой-санасына, бойына күш-қуат қосады. Және де лағыл сақинаны дұрыс пайдаланып, дұрыс тағып жүрсеңіз ол сіздің денсаулығыңызға ешқандай зиянын тигізбей, қайта өзіңізге даңқ пен байлық әкелетін көрінеді.

Зергерлердің қолынан шыққан әсемдік заттар – халқымыздың ұлттық мәдениетінің алтын қазынасына айналған асыл мұра. Қазақ зергерлерінің ардақ тұтар мақтанышы, әсіресе, әйел затына әшекейі аса жарасымды асыл бұйымдар. Олар әйелдің ажарын ашып, сұлулығын паш етумен қатар діни сенім, салт-дәстүр, әдет-ғұрыпқа байланысты маңызымен де ерекше дәріптеледі. Адамзат сонау бағзы заманнан бері көргеннің көз жауын алатын жүздеген түрлі асыл тастарды сән салтанат үшін, денсаулық үшін

пайдаланып келген белгілі, бірақ табиғаттың бұл сыйы ашық-шашық жататын дүние болмағандықтан осы құндылықтарды сақтау мақсатында.

Өмірде біреулер асыл тасы бар, жүзік, білезікті қолына, сырғаны құлағына, алқаны мойнына жәй әшейін сәндік үшін тақса, кейбіреулер оның адамға энергия беру көзі, ғарышпен байланысқа түсіру құралы екенін біледі. Ал енді ғалымдардың айтуынша, осы асыл тастардың барлық қасиеттерін бойына жинаған бір мысқалдайыәркімнің денесінде де бар. Табиғатта жетілген элементтер түрінде кездесетін алмаз, көмір, өзен тастары адамның организміне қажет болғандықтан, өзінің саналы күш-қуатымен оның белгілі орталықтарына әсер ете алады. Яғни, ғалымдардың дәлелдеуінше, жүзіктегі, білезік, алқа, сырғадағы асыл тастар адамның энергия қабылдау көздерінде жетпей тұрған күш-қуатты ғарыштан жинап береді. Таңғажайыптылығы сол, адамдар саусағына жүзік кигізгенінде ол өз энергиясымен де, минерал ретіндегі табиғатымен де, түсімен де сәйкестене кетіп, үндес энергетикалық орталыққа тартыла бастайтын болып шықты. Атап тұрып айтсақ, сары түсті тастар өзінің бойындағы минералдарымен дененің осы минералдары бар 3-энергетикалық орталығына (манипура – үндіс тілі), ал қызыл түсті тастар төменгі энергетикалық орталыққа (муладхара) қарай тартылады.

Адамның қолдары түрлі орталыққатартылу қабілетіне сәйкес әртүрлі аураға ие. Бас бармақта – қызыл түсті аура, сұқ саусақта – қызғылт сары аура, ортаншы саусақта сары түсті аура, аты жоқ саусақта – көкшіл – күлгін, шынашақта – жасыл түсті аура бар дейді зерттеушілер. Тек аты жоқ саусаққа барлық түсті тасы бар жүзіктерді киюге болады екен. Себебі, бұл саусақтың космостық көкшіл-күлгін түсі қалған энергетикалық орталықтардағы түстерді басқарып отыратын көрінеді. Тағы бір зерттеушілердің анықтаған қызық жағдайы, егерде сіз ортаншы саусағыңызға сары топаз көзді жүзік кигеніңізде сіздің денеңізде энергия жеткіліксіз болса, тас жарқ- жұрқ етіп, ғарыштан күш-қуат жинап оны тиісті орталыққа (асқазан түбіндегі) береді.

Сары, қызғылт сары түсті тастар адамның физикалық табиғатына өте жақын. Сол себепті мұндай тастарды барлық адамдар тағып жүре алады. Жасыл түсті тастар бойында жақсылығы мен жамандығы алмасқан, алайда түбінде жақсылығы жамандығын жеңетін адамдарға тән екен. Күлгін түсті тастар көк (ғарышқа тән) және қызыл (динамикалық) түстердің қоспасынан құралғандықтан, оның адамға әсері өте айрықша өткір.

Келешекте асыл тастардың емдік қасиетін ғылыми түрде қолданатын медициналық орталық ашылса деген ұсынысым бар.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Н.Құдайбергенова. Мир камня, 22 тома, М, 1986
2. Ахметов Г.Л. Карбункулы лалы и яхонты, Алматы «Қазақстан»
3. «Қазақстан әйелдері» журналы 1985 ж №2
4. «Дидар» газеті «Алтайдың асыл тастары», 2000 ж .

МОЛОДЕЖЬ И НАРКОТИКИ

Ахметканов А.

Научный руководитель Туменбаева Нагима Садыковна

В современных исследованиях среди основных причин, способствующих преимущественной наркотизации именно несовершеннолетних и молодежи, выделяют факторы социальные (в том числе микросоциальные), психологические и биологические.

К социальным факторам относят особенности современной социально-политической и экономической ситуации в стране, доступность наркотических веществ, «моду» на него, степень грядущей ответственности, влияние группы сверстников, потребляющих наркотики.

Психологические факторы включают привлекательность возникающих ощущений, желание получать удовольствие и одновременно - страх из-за возможности причинить вред своему здоровью. Но главный психологический фактор, обуславливающий легкость и быстроту приобщения к потреблению наркотика — это тип акцентуации характера. Наиболее подвержены наркотизации гипертимные, т.е. авантюрные, не выносящие регламентации подростки, а также циклоидные (с проявлением маниакально-депрессивного психоза в легкой форме), лабильные (неустойчивые) и эпилептоидные — со злобно-тоскливым, весьма неустойчивым типом характера и психопатией. Профилактика наркомании среди подростков еще не вовлеченных в употребление наркотиков, но склонных к этому по психологическим причинам, весьма затруднена.

Среди биологических факторов приобщения к наркомании особо выделяют следующие: индивидуальную устойчивость к данному наркотику; отягощенную алкоголизмом наследственность; органическое поражение головного мозга; хронические заболевания печени и почек с нарушением функций. Но важнейшим из биологических факторов является природа того вещества, которым злоупотребляет подросток или молодой человек.[1]

Возрастные психологические особенности подросткового периода (склонность к раздражительности, подчиняемость, повышенная внушаемость, слабость воли и др.) ускоряют формирование желания употреблять наркотические средства.

Сложность лечения наркомании зависит и от факторов, которые привели к употреблению наркотиков.

На первый взгляд, основные проявления наркоманий (токсикоманий) имеют много общего. Например, каждый из интоксикантов разрушает организм и в короткие сроки приводит их потребителей к трагическим последствиям. Общее также в том, что на первых порах прием наркотиков создает иллюзию освобождения от земных трудностей и проблем, оттого и появляется у слабовольного человека желание вновь и вновь пережить «блаженство», достигающееся ему «даром», без затрат собственной энергии, без борьбы и труда.

В то же время каждое наркотическое средство отличается существенными, свойственными только ему особенностями воздействия на организм человека в зависимости от биохимической природы активного начала в составе конкретного наркотика.

— согласно определению ВОЗ — химический агент, вызывающий ступор, кому или нечувствительность к боли. Термин обычно относится к опиатам или опиоидам, которые называются наркотическими анальгетиками[1]

Наркотические средства — вещества синтетического или естественного происхождения, препараты, растения, включенные в Перечень наркотических средств, психотропных веществ, подлежащих контролю, в соответствии с законодательством, международными договорами, в том числе Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 года.

Термином наркотическое средство (наркотик) называют вещества, отвечающие трём критериям

Медицинский критерий — вещество, лекарственное средство, которое оказывает специфическое (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.) действие на ЦНС, что является причиной его немедицинского потребления.

Социальный критерий — немедицинское потребление рассматриваемого вещества принимает большие масштабы, и наносимый вред приобретает социальную значимость.

Юридический критерий — средство официально признано наркотическим и включено в перечень наркотических средств.[2]

Все наркотические вещества имеют общий механизм влияния на организм, так как являются ядами. При систематическом употреблении они вызывают следующие фазы изменений в организме.

Первая фаза — защитная реакция. При первом употреблении наркотические вещества оказывают на организм токсическое (отравляющее) действие, и это вызывает защитную реакцию — тошноту, рвоту, головокружение, головную боль и т.д. Никаких приятных ощущений при этом, как правило, не бывает.

Вторая фаза — эйфория. При повторных приемах защитная реакция ослабевает, и возникает эйфория — преувеличенное ощущение хорошего самочувствия. Она достигается возбуждением наркотиками рецепторов (чувствительных структур) мозга, родственных эндорфинам (естественным внутренним стимуляторам, вызывающим чувство удовольствия). Наркотик на этой стадии действует как эндорфин.

Третья фаза — психическая зависимость от наркотиков. Наркотик, вызывающий эйфорию, нарушает синтез (выработку) эндорфинов в организме. Это приводит к ухудшению настроения человека, и он начинает стремиться получить удовольствие от приема наркотических веществ (алкоголь, наркотики и т.д.). Это еще более ухудшает синтез естественных «гормонов удовольствия» и усиливает желание принимать наркотические вещества. Постепенно развивается навязчивое влечение человека к наркотику (это уже болезнь), которое заключается в том, что он постоянно думает о приеме наркотических средств, о вызываемом им эффекте, и уже при мысли о предстоящем приеме наркотического вещества у него повышается настроение.

Представление о наркотике и его эффекте становится постоянным элементом сознания и содержания мыслей человека: о чем бы ни думал, чем бы ни занимался, он не забывает о наркотике. Как благоприятные он расценивает ситуации, способствующие добыванию наркотиков, а как неблагоприятные — препятствующие этому. Однако на этой стадии заболевания окружающие, как правило, ничего особенного в его поведении еще не замечают.

Четвертая фаза — физическая зависимость от наркотиков. Систематическое употребление наркотиков приводит к полному нарушению системы, синтезирующей эндорфины, и организм перестает их продуцировать. Поскольку эндорфины обладают болеутоляющим действием, то прекращение их синтеза организмом, принимающим наркотические вещества, вызывает физическую и эмоциональную боль.

Чтобы избавиться от этой боли, человек вынужден принимать большую дозу наркотического вещества. Так развивается физическая (химическая) зависимость от наркотических веществ. Решившись отказаться от приема наркотиков, человек привыкший к ним, должен пережить период приспособления, занимающий несколько дней, прежде чем мозг возобновит производство эндорфинов. Этот неприятный период называется периодом абстиненции («ломки»). Она проявляется в общем недомогании, снижении работоспособности, дрожании конечностей, ознобе, болях в различных частях тела.

Постепенно влечение больного к наркотику становится неудержимым, у него появляется стремление немедленно, как можно скорее, во что бы то ни стало, вопреки любым преградам достать и принять наркотическое вещество. Это стремление подавляет все потребности и полностью подчиняет себе поведение человека. Он готов снять с себя и продать одежду, унести все из дома и т.д. Именно в таком состоянии больные идут на любые антисоциальные действия, в том числе преступления.

На этой стадии развития болезни человеку требуются значительно более высокие дозы наркотического вещества, чем в начале заболевания, потому что при систематическом употреблении его наступает устойчивость организма к яду (развивается толерантность).

Пятая фаза — психосоциальная деградация личности. Она наступает при систематическом и длительном приеме наркотических веществ и включает эмоциональную, волевую и интеллектуальную деградацию.[2]

Эмоциональная деградация заключается в ослаблении, а затем полном исчезновении наиболее сложных и тонких эмоций, в эмоциональной неустойчивости, проявляющейся в резких и беспричинных колебаниях настроения, а одновременно с этим и в нарастании дисфории — устойчивых нарушений настроения. К ним относятся постоянная озлобленность, подавленность, угнетенность.

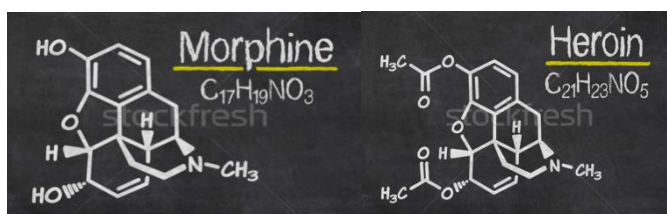
Волевая деградация проявляется в неспособности сделать над собой усилие, довести до конца начатое дело, в быстрой истощаемости намерений и побуждений. У этих больных все мимолетно, и верить их обещаниям и клятвам нельзя (обязательно подведут). Они способны проявить настойчивость только в стремлении раздобыть наркотическое вещество. Это состояние у них носит навязчивый характер.

Интеллектуальная деградация проявляется в снижении сообразительности, неспособности сосредоточиться, выделить главное и существенное в разговоре, в забывчивости, в повторении одних и тех же банальных или глупых мыслей, стремлении рассказывать пошлые анекдоты и т.д.

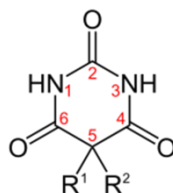
Опиум — сильнодействующий наркотик, получаемый из высушенного на солнце млечного сока, добываемого из незрелых коробочек опийного мака. Содержит около 20 алкалоидов. В традиционной медицине благодаря высокому содержанию морфиновых алкалоидов использовался как сильное болеутоляющее средство. Однако он быстро вызывал наркотическую зависимость и теперь применяется лишь как сырье для получения медицинских препаратов (морфина, кодеина, папаверина и других), а также для синтеза наркотика героина.

Героин — диацетилморфин, 3,6-диацетильное производное морфина, или диаморфин — полусинтетический опиоидный наркотик.

Чистое вещество — белый кристаллический порошок. Неочищенный продукт — горьковатый, серовато-коричневый порошок в виде мелких кристалликов с неприятным запахом.

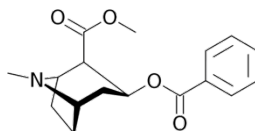


Барбитураты — группа лекарственных средств, производных барбитуровой кислоты, оказывающих угнетающее влияние на центральную нервную систему. В зависимости от дозы их терапевтический эффект может проявляться от состояния лёгкой седации до стадии наркоза.

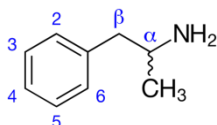


Кокаин — алкалоид тропанового ряда, метиловый сложный эфир бензоилэргонина, широко распространённый наркотик:181. Обладает местным анестезирующим действием и мощным стимулирующим воздействием на центральную нервную систему человека, вызывая чувство эйфории. Кокаин, как и циннамилокаин и руксиллин, представляет собой метиловый эфир бензоилированного эргонина. Все три алкалоида при

гидролизе распадаются до экгонина, то есть данное вещество является общим для всех трёх алкалоидов «скелетом».

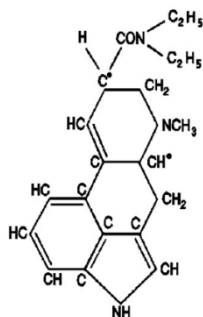


Амфетамины — класс соединений, включающий собственно амфетамин и его производные. Многие амфетамины обладают заметными психоактивными свойствами и являются распространёнными наркотиками. Некоторые из них находят также ограниченное применение в медицине



Марихуана, официальное название каннабис — психоактивное средство, получаемое из конопли. Воздействие на организм человека связано с содержащимися в конопле психоактивными веществами, самый действенный из которых — дельта-9-тетрагидроканнабинол.

ЛСД — полусинтетическое психоактивное вещество из семейства лизергамидов. Химические названия: N,N-диэтиламид лизергиновой кислоты; N,N-диэтиллизергоиламид. Условные названия и шифры: LSD; LSD-25; Lysergide, Delysid. [3]



Проведено анкетирование среди обучающихся 1-х курсов по выявлению знаний о наркотиках и отношении к ним. Принимало участие 67 респондентов.

Вопросы анкетирования, результаты ответов респондентов в %

1. Знаете ли Вы, что такое наркотики?
 - А. Да 63
 - В. Нет 3
2. Откуда Вы впервые узнали о наркотиках?
 - А. от друзей 5
 - В. из газет, журналов, телевидения и т.п. 38
 - С. из видеофильмов 17
 - Д. от родителей 11
 - Е. от преподавателей 12
 - Ф. познакомился с человеком, который употребляет наркотики
 - Г. прочитал(а) в специальной литературе 3
 - Н. видел(а) на улице
3. Знаете ли Вы где можно купить или достать наркотики?
 - А. да, знаю много таких мест 4
 - В. да, знаю одно такое место 4
 - С. нет, не знаю 59
4. Слышали ли Вы, что кто-то из сверстников употребляет наркотики?

- A. Да 25
 B. Нет 45
5. Сколько у тебя друзей и просто знакомых?
 A. нет друзей и знакомых 4
 B. 15-20 человек 22
 C. 25-35 человек 8
 D. 40-50 человек 8
 E. больше 50 человек 23
6. Какое количество твоих знакомых, как ты думаешь, принимают наркотики?
 A. нет таких 39
 B. 2-3 человека 13
 C. 5-6 человек 5
 D. 8-10 человек 6
 E. 15-20 человек 1
 F. больше 20 человек 1
7. Как ты думаешь, почему может возникнуть желание попробовать наркотик?
 A. это поднимает авторитет в глазах других ребят 13
 B. это интересно - посмотреть, как изменится настроение? 20
 C. это поможет досадить родителям 1
 D. неудобно отказываться, когда все пробуют 5
 E. это дает ощущение самостоятельности и независимости 6
 F. позволяет расслабиться 22
 G. если жизнь становится безразличной 8
 H. связано с жизненными обстоятельствами 9
 I. если нет смысла жизни 5
 J. когда тебе некуда пойти 13
 K. когда человек испытывает сильную боль 3
 L. избавиться от проблемы 22
 M. словить кайф 6
 N. когда нечего делать 5
 O. помогает, когда плохо на душе 19
 P. по глупости 6
 Q. модно 5
 R. изменить на время действительность 5
 S. от одиночества 10
 T. заглушить боль и обиду 6
 U. достигнуть состояния творчества 6
 V. затрудняюсь ответить
8. Если человек употребляет наркотики, то это:
 A. замечательно, так как наркотики дают ощущение полного кайфа 1
 B. нормально, так как иногда можно позволить себе расслабиться подобным образом
 C. ненормально, так как за этим следует зависимость от наркотиков 32
 D. очень плохо, так как этого человека ждет полная деградация личности 28
 E. глупо 21
 F. опасно, так как вскоре приведет к смерти 25
 G. вредит здоровью 19
 H. отразится на потомстве 8
 I. это не человек 26
 J. это может толкнуть на преступление 8
 K. затрудняюсь ответить
9. Довелось тебе хотя бы раз попробовать наркотик?
 A. Да 3

- В. Нет 64
10. Если ты попробовал наркотик, то какой?
А. Да 6
В. Нет 49
11. Если бы ты захотел ради интереса на спор достать наркотик, сколько бы времени тебе понадобилось для этого?
А. 10-15 минут 2
В. полчаса-час 5
С. около 2-3 часов 4
D. полдня 2
E. сутки 1
F. несколько дней 10
G. неделя и больше 19
12. Знаешь ли ты, где можно пройти курс лечения от наркотической зависимости?
А. Да 29
В. Нет 34
13. Твой пол:
А. Мужской 18
В. Женский 49
14. Твой возраст:
А. 12 лет
В. 13 лет
С. 14 лет
D. 15 лет 8
E. 16 лет 38
F. 17 лет 19
15. Кто из родителей живет в твоей семье?
1. и папа и мама 49
2. только папа 3
3. только мама 12
4. нет родителей 12
16. Как бы ты оценил материальное положение своей семьи?
1. живем в достатке 42
2. не шикаем, но и не бедствуем 24
3. еле-еле сводим концы с концами 1
4. живем за чертой бедности 1
5. затрудняюсь ответить 2
17. Образование твоих родителей:
1. незаконченное среднее 10
2. среднее, средне-специальное 38
3. незаконченное высшее, высшее 20
18. Профессия твоей матери:
1. Рабочая 16
2. служащая производственной сферы 5
3. служащая государственных органов 10
4. инженерно-технический работник 1
5. руководитель предприятия, учреждения 4
6. медицинский работник 4
7. педагог 6
8. предприниматель 3
9. безработная 4
10. работник сферы обслуживания 2

11. творческая интеллигенция 1
12. домохозяйка 10
13. пенсионер
19. Профессия твоего отца:
 1. Рабочий 20
 2. служащий производственной сферы 5
 3. служащий государственных органов 6
 4. инженерно-технический работник 10
 5. руководитель предприятия, учреждения 3
 6. медицинский работник 1
 7. педагог 5
 8. предприниматель 2
 9. безработный 2
 10. работник сферы обслуживания 2
 11. творческая интеллигенция 3
 12. пенсионер

Результаты ответов респондентов показывает.

Среди первокурсников знание о наркотических веществах еще не достаточно. Очень малое количество респондентов читали научную литературу, в основном ознакомлены от друзей, от родителей, и преподавателей. Пробовали ли наркотики ответили «да»- 4, «нет» - 49. Из 64 опрошиваемых 4 пробовали, и они являются несовершеннолетними вызывает тревогу.

Общеизвестно, что предупреждение любых недугов, в том числе и социальных, гораздо эффективнее, нежели лечение запущенной болезни. На примере США и некоторых европейских стран уже доказана действенность антинаркотического воспитания, основанного на использовании различных форм профилактической работы с молодежью по предупреждению наркомании.

Профилактика — это система комплексных государственных и общественных, социально-экономических и медико-санитарных, психолого-педагогических и психогигиенических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, на всемерное укрепление здоровья.

Список использованной литературы:

1. Комиссаров Б.Г. «Подросток и наркомания» (Ростов-на-Дону, изд-во «Феникс», 2001 г.);
2. Пятницкая И.Н. «Профилактика токсикоманий у подростков: задачи наркологии и психиатрии» (Москва, Издательский центр «Академия», 1999);
3. Бабаян Э.Л. «Наркомании и токсикомании» (Под ред. Г.В.Морозова., Москва, 1998 г.)

КОМПЬЮТЕР ЖӘНЕ МЕДИЦИНА

Әскербекова Ә.Б.

Ғылыми жетекшісі Шабданова Шынар Тлеугажиевна

Баяндамада компьютер мен медицинаның байланысы жайлы ақпарат берілген. Компьютердің медицина саласының негізгі құралдарының бірі екендігі, компьютер

көмегімен науқастың диагнозын қоюды жеңілдетуге болатыны жайлы айтылған. Медициналық информатиканың негізгі мақсаты компьютерлік технологияларды пайдалану арқылы медицинадағы жоғары сапалы денсаулық сақтау қызметін қамтамасыз ету туралы мағлұмат берілген.

Қазіргі уақытта компьютерлер мен медицинаның байланысы өте тығыз, және электронды есептеуіш машиналарының медицинадағы маңызы өте зор.

Жалпы **ақпараттық технологияларға** анықтама бере кетсем - ақпараттық нарықта алға қойған мақсаттарға қол жеткізу үшін саяси субъектілер қолданатын әртүрлі әдіс-тәсілдер мен техникалар. Ақпараттық технологиялардың мақсаты, адамның талдау жасай отырып, нәтижесінде белгілі бір әрекетті орындау арқылы шешімдер қабылдай алатындай ақпаратты өндіру болып табылады. Медицинадағы ақпараттық үрдістерді медициналық информатика қарастырады. Ақпараттық технологиялар медицина мен денсаулық сақтаудың барлық салаларында қолданылады. Қазіргі уақытта, медициналық информатика ғылымының тәуелсіз саласы ретінде айқындалып отыр және медициналық пәндер арасында алатын өз орны бар.

Денсаулық сақтау – мемлекет саясатының маңызды бағыттарының бірі. Елбасы «Дағдарыстан жаңару мен дамуға» Қазақстан халқына жолдауында денсаулық сақтау ұйымдарының жаңартылуына, ауруханаларға жөндеу жұмыстарын жүргізуге, олардың заманауи құралдармен жабдықталуына, білікті мамандар даярлауға ерекше мән беріп отыр.

Жыл сайын Республикалық және жергілікті бюджет есебінен бөлінген қаражат арқасында және демеушілік көмекпен қажетті медициналық құрал-жабдықтар, жаңа ақпараттық технологиялармен жабдықталады. Мысалы: Бейне эндоскопия – диагностикалаудың және емдеудің қазіргі заманғы, жоғары ақпараттылық әдісі. Құрылғы арқылы хирургиялық шара қолданусыз, адамның ішкі құрылысындағы ауруларды көруге болады. Аталмыш диагностикалау әдісінің ерекшелігі – оның нақтылығы және дәлділігі.

Электронды аптека жайлы мағлұмат бере кетсем: 2017 жылдың 14 ақпанында денсаулық сақтау министрлігінде фармацевтика, медицина өнеркәсібі мен медициналық қызметтер комитетінің денсаулық сақтау жүйесіндегі түйткілді мәселелерінің **бірі** дәріханаларды электронды қызметке көшіру жайлы кеңейтілген отырысы өтті.

Кеңес басқосуында фармацевтика саласындағы емдік дәрі-дәрмектердің, медициналық мақсаттағы бұйымдардың бағасын реттеу және оларды өткізу, емдік дәрі-дәрмекті тіркеу, фармацевтикалық өнімдерді экспорттау және патенттеу заңнамасы мәселелері талқыланды.

Астана қаласындағы медициналық технологиялар және ақпараттық жүйелер орталығының электронды сайты арқылы – электронды дәріхана туралы, тауарлар каталогы жайлы толық ақпарат алып, онлайн тапсырыс беруге болады. Тапсырыс 500 теңгеден басталады және тауарды алғаннан кейін төлем жүргізіледі. Электронды дәріхана адресі info@apteka.ehealth.kz.

Семей қаласының интернет аптекасы жайлы ақпарат бере кетсек :басты бетте жалпы дәрі-дәрмектердің түрлеріне қарай 5- топқа бөлген: 1-топ: дәрілік препараттар, 2-топ: жалпы препараттар, 3-топ: дәрі-дәрмектерге арналған контейнерлер, 4-топ: антибиотиктер мен антимикробты препараттар, 5-топ: асқазан-ішек жолдарын емдеуге арналған табиғи препараттар берілген. Және әрбір бөлімде дәрілердің бағалары мен басқа ақпарат алуға болады.

Медициналық информатика - медицина және информатика арасындағы өзара әрекеттесу нәтижесі болып табылатын қолданбалы медициналық-техникалық ғылым болып табылады. Медицинаның комплекстік әдіс-тәсілдеріне информатика құралдар жиынтығын ұсынады.

Медициналық информатиканың зерттеу пәндеріне - биологиялық, клиникалық және алдын алу мәселелері болса, медициналық информатиканың зерттеу объектісі ретінде -денсаулық сақтау саласындағы жүзеге асырылатын ақпараттық технологиялар

болып табылады. Медициналық информатиканың негізгі мақсаты компьютерлік технологияларды пайдалану арқылы медицинадағы жоғары сапалы денсаулық сақтау қызметін қамтамасыз ету болып табылады.

Медициналық ақпараттық жүйелердің классификациясы. Денсаулық сақтау салаларының негізгі элементі ақпараттық жүйе болып табылады. Медициналық ақпараттық жүйелердің классификациясы иерархиялық принципіне негізделеді, және көп деңгейлі денсаулық сақтау құрылымдарына сәйкес келеді. Базалық деңгейдегі медициналық информатика жүйесі, негізгі мақсаттары- әртүрлі мамандандырылған дәрігерлердің жұмыстарын компьютер арқылы жеңілдету. Олар білікті мамандардың тапшылығы кезінде лабораториялық-диагностикалық жұмыстардың сапасын жоғарылатуға мүмкіндік береді.

Медициналық информатика - тез дамып келе жатқан ғылым саласы.

Компьютер көмегімен орындалатын жұмыстар атқаратын қызметтеріне байланысты мына ретпен бөлінеді: 1. Ақпараттық-анықтамалық жүйелер (қолданушының сұранысы бойынша медициналық ақпаратты беру және іздеуге арналған), 2. Консультациялық-диагностикалық жүйелер (науқастардың патологиялық жағдайларын ақпараттық сүйемелдеу үшін, емдеу әдістері мен науқастың диагнозын қою), 3. Компьютерлік құралдар жүйесі (науқастың органдарын тікелей көру арқылы байланысты жүзеге асырады).

Компьютерлерді жасап шығару кезеңінде 1945 жылы атақты математик Джон Фон Нейман «Компьютер-ақпаратты өңдеудің әмбебап құралы»-деп айтқан болатын. Алғашқы компьютерлердің көлемі өте үлкен ауқымды болса, техника мен электрониканың дамуына байланысты компьютерлер көлемі қарапайым жазу үстеліне қойып жұмыс істеуге болатындай болып көлемі өзгерді.

Медицинаға информатика бірнеше салыстырмалы тәуелсіз бағытта ене бастаған. Бұлардың ең маңыздысы: компьютерлік томография, мониторинг жасау, лабораториялық диагностика, медициналық кибернетика, медицина аппараттарын жасау.

Медицина даму саласының алдыңғы қатарында орын алып келеді. Компьютерді медицинада ең алғаш 1967ж. Олдендорф ЭЕМ-ді магниттік-резонанстық томографта пайдаланған. Кейінірек 1971 жылы Хаусфилда МР-тың томографында дербес компьютерлер кеңінен қолданылады. Қазіргі уақытта информатика өте тез дамып жатқан ғылым. Дербес компьютерлер біздің күнделікті қолданатын құрылғымызға айналуда.

Компьютердің медицинада қолданылуы:

1. Өз қызметтері бойынша мәліметтер базасын жүргізу (науқастарды тіркеу, дәрі-дәрмектерді есепке алу)
2. Халықаралық жаңалықтар туралы жедел ақпарат алу (емдеудің жаңа әдістері, жаңа дәрі-дәрмектер және т.б.)
3. Науқастарға компьютерлік диагностика жүргізу.

Компьютерлік томография Қазақстан Республикасындағы ең жетілдірілген аппаратурасына ие. Компьютерлік томографияның басым бағыттары әрқашан да ауруларды ерте анықтау және дәлдеп анықтайтын маманданған диагноздау болып табылады.

Компьютерлік томографиясы (КТ) – қарапайым талдаудан бастап, күрделі ангиографиялық зерттеулерді де, соның ішінде коронарографияны да жүргізетін бірден-бір аппарат арқылы орындалады. КТ – нысанды рентген сәулесінің жіңішке шоғы арқылы айналдыра сканерлеу жолымен алынған суретті компьютерлік қайта құрылымдауға негізделген көп қатпарлы рентгенологиялық зерттеу. Бастапқы суреттер алынған соң, олар жұмысшы станцияда өңделеді, бұл кез-келген қажетті кеңістіктегі бейнелерді алуға және неғұрлым дәл және сенімді ақпарат үшін күрделі компьютерлік қайта құрылымдауды жүзеге асыруға мүмкіндік береді.



Сурет 1. Компьютерлік томография

СИМЕНС фирмасының Компьютерлік Томографы. Сәулеленудің минималдық мөлшерінде (90 % төмен) бір көрініс арқылы ағзаны жан жақты толық тәптіштеп, бір суретті 5 секундқа жеткізбей жүректің және басқа ағзалардың жоғары сапалы көрінісін беретін компьютерлік томограф. Басқа тәсілдермен анықталмайтын күрделі және қабаттасқан ақауларды анықтайды.

Қазіргі заманда медицинада ақпарат көлемі өте ауқымды болғандықтан компьютер көмегіне зәру, атап айтқанда қан құрамын тексеретін лабораторияларда, ультра дыбыстық зерттеулерде, компьютерлік томографияда , электрокардиографияда және т.б көптеген салаларында қызмет етеді. Жалпы ауруханаларды алатын болсақ- хатшы отыратын орыннан бастап(жылдық есептер, өтініштер, бұйрықтар), бухгалтерияда

(компьютер көмегімен айлық еңбек ақыларды есептеу), әкімшілікте (инвентарлық қондырғыларды есепке алу жұмыстары), дәрігерлерде , қабылдау бөлімінде (науқастарды қабылдау және тіркеу жұмыстары) компьютер көмегіне жүгінеді.

Және де дәрігерлер қазіргі уақытта интернет көмегімен заманға сай әдебиеттерді де қарап шығу мүмкіндіктері бар. Көбінесе компьютерлік технологиялар электрокардиографияда, рентгенологияда, эндоскопияда, ультрадыбыстық зерттеулерде және лабораторияларды қолданылады.



Сурет 2. «Dent Card» бағдарламасы

Тағы бір жаңа технологиялардың бірі- науқастың қалтасында жүретін амбулаториялық картасы. Қазіргі уақытта Европа мен Россия елдерінде кең тараған бағдарламаның бірі смарт-картаның көмегімен жасалған «Dent Card» деп аталатын бағдарлама кеңінен қолданылады, ол картада науқас жайлы толық ақпарат жиналады. Бұл картаның көмегімен тез және дәл қай жерде, қалай сақтандырылғаны жайлы жадыда ақпарат жазылған.



Сурет 3. Радиовидеограф цифрлік рентгені.

Ал стоматологиядағы компьютер қызметін айтатын болсақ ең көп тараған бағдарлама «радиовидеограф» деп аталатын цифрлық рентген жүйесі қолданылады. Бұл жүйе көмегімен тістің және пародонттың суретінің әртүрлі фрагменттерін дәл көруге болады. Ең көп тараған бағдарлама түрлерінің бірі- Gendex, Trophy бағдарламалары.

Қазіргі заманға сай медицинаны информатизациялау дегеніміз- медициналық аппараттарды компьютерлеу болып табылады.

Медицина қызметкері практика жүзінде тексерілген және дәл ақпаратқа ие болса, сонымен қатар ақпараттық технологиялармен қаруланған болса, онда өз мақсатына жетуде және диагнозды дәл қоюда мүмкіндігі өте жоғары болып табылады.

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

1. Электронды сайт: informatikagmk.ucoz.ru
2. Герасевич В. Самоучитель. Компьютер для врача. Петербург, 20-512с.
3. Гельман В.Я. Медицинская информатика: практикум (2-е издание), Питер 2002г-480с.

БЕСЦЕННЫЙ ДАР ПРИРОДЫ

Баймуринова А.

Научный руководитель Рахметова Светлана Владимировна

Цель:

Изучение положительного влияния растительных и натуральных добавок на свойства твердого мыла и косметических масок

Задачи –

1. Изучить теоретический материал по химическому составу твердого мыла и косметических масок.
2. Выяснить влияние соответствующих ингредиентов на кожу и на здоровье в целом
3. Изучить лекарственные растения, минералы и вещества, традиционно используемые в косметологии
4. Уметь применить свойства натуральных ингредиентов при создании косметического мыла и маски с лечебным и косметическим эффектами.

Сегодня большинство людей стремится вести здоровый образ жизни. Это касается не только питания, напитков, привычек, одежды, материалов, но и косметики, которой мы пользуемся ежедневно для ухода за собой. Большинство людей отдают предпочтение косметике, изготовленной из естественных, природных компонентов, так называемой

биокосметике. Благодаря тому, что она насыщена активными элементами, ее применение обеспечивает действенный и длительный эффект. При применении нет противопоказаний, необходимо лишь учитывать индивидуальную непереносимость.

Гипотеза 1

Отрицательное действие щелочных ингредиентов в мыльных средствах можно нейтрализовать растительными добавками, сохраняя при этом свойства ПАВ

Теоретическая часть

Изучил состав твердого мыла промышленного производства и функции их основных ингредиентов:

- Поверхностно-активные вещества (ПАВы).

Вещества химического происхождения, их функция – очистка от жира. Мыло с большим количеством поверхностно-активных веществ удаляет защитный слой кожи, снижает иммунитет.

- Консерванты.

Сохранение свойств продукции, защищая от воздействия бактерий .

- Красители.

Основная функция красителей - это создание цвета.

- Структурообразователи

Усиление моющих способностей. Предотвращают вязкость мыла и его распад на кусочки.

(*Стеариновая кислота* - она не токсична, не вызывает проблем со здоровьем).

- Сольвенты.

Основная их роль - это придание нового запаха мылу, заглушая исходный.

- Стабилизаторы (антиоксиданты).

Предотвращение окислительных процессов в мыле. К ним можно отнести:

- Антибактериальные вещества.

Усиление действия антисептических свойств мыла. Можно встретить:

-*Триклозан, борная кислота, березовый деготь, триклокарбан*

- Дезодорирующие добавки.

Основная их роль - это скрыть посторонние запахи.

-*Метанол, щелочные вещества*

Они предназначены для омыления жирового сырья. Они нейтрализуют жирные кислоты, удаляют защитный слой кожи, снижают иммунитет.

К этой группе относятся:

-*Едкий натр, кальцинированная сода*

- Диэтаноламин

• Диэтаноламин (сокращенно DEA) – соединение, которое очень легко преодолевает защитный барьер кожи; вступая в химическую реакцию с консервантами на основе азота, канцерогенное вещество, являющееся причиной развития рака печени и почек.

- Триклозан

• Триклозан – это пестицид, однако в косметической промышленности он используется как антибактериальное средство. Из-за его применения у бактерий развивается устойчивость к антибиотикам. Под действием триклозана в организме женщины меняется уровень полового гормона эстрогена, что признано фактором риска в развитии рака груди.

Лаурилсульфат натрия

• Лаурилсульфат натрия (SLS) – эмульгатор и очищающий агент, распространенное вещество из списка опасных ингредиентов косметической продукции. Образует нитрозамин – соединение, обладающее канцерогенными свойствами. Делает

кожу более восприимчивой ко многим химическим соединениям, в т.ч провоцирующих рак.

- Использование промышленного мыла, в котором много отдушек, красителей и повышена щелочная среда, приводит к сухости и преждевременному старению кожи

Практическая часть

Мною проведен эксперимент по созданию наиболее безопасного лечебного твердого мыла с растительными добавками.

Для этого изучил влияние на кожу человека и использование в косметологии следующие растения и вещества:

- Цетрария исландская

В косметологии экстракт слоевищ исландского мха используется как противовоспалительное и снимающее раздражения средство, они обладают сильным антибактериальным действием

- Череда

Ранозаживляющее средство, регенерации клеток, повышает иммунитет. Очень важна череда и при лечении кожных заболеваний. Является отличным профилактическим и лечебным средством при экземах, дерматитах, угрях.

- Крапива

Лечение и профилактика различных проблем кожи – себорея, сыпь, и в качестве средств для ежедневного ухода за кожей лица.

- Лаванда

Лечение воспалений на коже, снимает раздражение и шелушение кожи, способствует регенерации клеток, делая процесс заживления прыщей бесследным для кожи.

- Календула

Сильный антисептик для жирной и склонной к образованию прыщей кожи, средство для омоложения, помогает предотвратить преждевременное образование морщин.

- Мед

Улучшает внешний вид и структуру кожи. При регулярном применении стягиваются поры, ускоряется деление клеток, сохраняется влага, исчезают прыщи и угри.

- Прополис

Консервант для натуральных веществ, обладает антиоксидантными свойствами. Лечение угревой сыпи. Рекомендуются для стареющей увядающей кожи.

- Мумие

Возвращает упругость и здоровый цвет, также защищает от преждевременного старения, успешно берется с мимическими и возрастными морщинками. Также используется для избавления от прыщей, сыпи или акне.

- Эфирное масло пихты

Препятствует появлению возрастной пигментации кожи, улучшает ее цвет, обладает легким отбеливающим эффектом. Отлично очищает поры, питает клетки верхнего слоя — эпидермиса, устраняет мелкие морщинки

- Эфирное масло лаванды

Помогает в борьбе с экземой и различными дерматитами, бактерицидное действие.

- Репейное масло

Много витаминов, протеинов, минеральных солей, дубильных веществ, которые великолепно влияют на состояние кожи, омолаживая её и придавая ей свежий вид

- Масло виноградных косточек

Содержит витамин Е - помогает сохранить молодость кожи, устраняет потерю влажности, предотвращает иссушение, дряблость, образование морщин.

- Масло миндальное

Замедляет процесс старения кожи, защищает ее от вредного УФО. Для изготовления мыла мы использовали мыльную основу с наиболее безвредными химическими веществами (Лаурилсульфат натрия заменил на более безопасный лауретсульфат натрия) и добавил изученные мной природные ингредиенты.

Мы создали следующие виды твердого мыла:

- «Медовое»
- «Пихтовое»
- «Лавандовое»
- «Мумие»
- «Цетрария исландская»

Данные сорта мыла содержат природные компоненты и ПАВ с менее щелочной рН. Проведено тестирование изготовленного продукта в течение 1 года. В ходе тестирования приняло участие 8 человек. Тестирование проводилось в течение 1 года. Участники эксперимента отмечают, что состояние кожи рук и лица заметно улучшилось, по сравнению с использованием магазинного мыла. Ранее я обращал внимание, что часто, особенно в зимнее время, после мытья рук кожа становилась сухой, требовалось использование крема. Мытье рук мылом собственного производства снижает сухость кожи, что положительно отражается на ее здоровье. Также кожа лица стала более чистой, в том числе уменьшилось количество черных точек. Мыло при этом также обладает хорошим пенообразованием, прекрасно удаляет грязь.

Вывод

Использование природных добавок и ПАВ в мыле «Медовое», «Пихтовое», «Лавандовое», «Мумие», «Цетрария исландская» не снижает моющие свойства данного продукта, а заметно улучшает его косметическое и лечебное воздействие на кожу. При длительном использовании снижается количество угревой сыпи, быстро заживают мелкие раны, нет сухости кожи.

Гипотеза 2

Создание эффективных косметических масок с лечебным эффектом, возможно с использованием природных компонентов без добавления парабенов.

Теоретическая часть

При изучении состава косметических средств по уходу за кожей я обратил внимание на содержание в них опасных веществ – парабенов. Подробно изучил их происхождение, функции и действие на организм человека

Виды парабенов

Парабены не являются изобретением ученых, а являются собой естественные вещества, которые содержатся в растениях. Например, бензойная кислота содержится в клюкве и бруснике, применяется в фито-терапии в качестве противомикробного средства. Для лечения ран и ожогов используют кору ивы, в составе которой содержится оксibenзойная (салициловая) кислота. В голубике присутствует метилпарабен - противомикробное действие. Получены синтетические парабены, которые можно встретить в косметических средствах и в пищевых продуктах

Парабены подразделяют на следующие виды:

- Обыкновенные — метилпарабен (E218), этилпарабен (E214), пропилпарабен (E216), бутилпарабен, бензилпарабен.
- Специфические — изобутилпарабен, изопропилпарабен, бензилпарабен и их натриевые соли.

Общее действие парабенов:

Плюсы:

- обладают противогрибковыми и антибактериальными свойствами

- самый эффективный консервант, который обеспечит длительное хранение косметического средства и пищевого продукта, исключая нарушение их свойств и качеств.

Минусы:

- провоцируют аллергию (зуд, шелушение, раздражение кожи);
- замедляют процесс регенерации клеток, что ускоряет старение тканей;
- отрицательно влияют на сосуды, щитовидную железу.
- накапливаются в организме
- достигнув критической массы внутри организма, начинают действовать на эндокринную систему, влияя на развитие злокачественных клеток
- парабены по своему действию схожи с эстрогенами, обладают легкими эстрогенными действиями

Шампуни, гели для душа, для бритья, кондиционеры, зубные пасты, дезодоранты, маски, кремы, декоративная косметика и т.д. — все они содержат в своем составе компоненты, предотвращающие расслоение и непригодность к использованию. Полное отсутствие консервантов в косметике декоративного и лечебного характера — невозможно.

Чем же можно заменить парабены

В настоящее время аналога парабенам не существует.

Главное преимущество парабенов – они не дают размножаться бактериям.

Чтоб обойтись без консервантов, следует изготавливать косметику, опираясь на растительные экстракты. Большой популярностью пользуются консерванты на растительной основе, например, прополис, вытяжка из березовой листвы и черемухи, сосновая кора, водоросли морские, эвкалиптовое масло, и масло чайного дерева, а также витамины С и Е. Хранят такую косметику в холодильнике, и срок годности ее не будет превышать 30 дней.

Практическая часть

Опираясь на теоретический материал по данной теме мы решили создать безопасную косметическую маску без содержания парабенов, на натуральной основе

Для этого мы изучили влияние на кожу человека и использование в косметологии следующие растения и вещества:

- Цетрария исландская

Противовоспалительное средство, содержит лишайниковые кислоты(усниновая кислота). Обладает сильным антибактериальным действием.

- Череда

ранозаживляющее средство, способствует регенерации клеток, активизирует обменные процессы, повышает иммунитет. Важна при лечении и профилактики кожных заболеваний.

- Прополис

Натуральный консервант, имеет биоактивное действие и обладает антиоксидантными свойствами. Применяется для проблемной кожи, а также для стареющей и увядающей.

- Мумие

Восстанавливает увядающую кожу, возвращает ей упругость и здоровый цвет, устраняет морщины. Также успешно лечит угревую сыпь.

- Эфирное масло пихты

Препятствует появлению возрастной пигментации кожи, улучшает ее цвет, обладает легким отбеливающим эффектом, устраняет мелкие морщинки

- Масло виноградных косточек

содержит витамина Е, который обладает омолаживающим эффектом

- Желатин

Содержит коллаген, он поможет преобразить дряблую, вялую, усталую кожу, утратившую упругость и эластичность, скорректировать расплывшийся овал лица.

Желатин применяют и как «отбеливатель» кожи – например, веснушки или возрастные пигментные пятна под его воздействием теряют яркость. Пользоваться желатином как косметическим средством полезно не только в возрасте, но и молодым женщинам, у которых только начинают проявляться первые морщинки.

Желатин применяют и как «отбеливатель» кожи – например, веснушки или возрастные пигментные пятна под его воздействием теряют яркость. Созданная косметическая маска обладает следующими эффектами – регенерирующий, питательный, противовоспалительный, увлажняющий, тонизирующий, а также эффект лифтинга и сужающий поры. Протестировано в течение 6 месяцев на желающих в количестве 9 человек.

В ее составе использовались следующие ингредиенты

- Цетрария исландская
- Череда
- Прополис
- Мумие
- Эфирное масло пихты
- Масло виноградных косточек

По отзывам тестируемых, данный продукт соответствует заявленным свойствам и косметическим эффектам.

Вывод:

При создании косметических масок вместо парабенов возможно использовать консервант прополис и цетрарию. Использование натуральных компонентов сокращает срок хранения данных средств до 1 месяца, но заметно улучшает их воздействие на здоровье кожи.

Список использованной литературы:

- 1) Брюс Лури и Рик Смит. Ссылка: <http://toxintoxout.ca/>
- 2) Автор: Черная Валентина. Ссылка: <http://tutknow.ru/beauty/5548-parabeny-v-kosmetike.html>
- 3) <http://fb.ru/article/46117/chto-takoe-lauretsulfat-natriya> (Автор Ирина Бабина)
- 4) <http://shampun.com.ua/content/lauretsulfat-natriia> (Переведено с Американского источника)
- 5) Книга Азбука красоты . Автор: Мария Панченк
- 6) Азбука красоты. Популярная семейная энциклопедия. Редактор: Н. Дубенюк.
- 7) Книга "Естественная косметика: мыло и маски, кремы и тоники без химии своими руками" автора Елена Янковская. Ссылка: http://bookz.ru/authors/elena-ankovskaa/estestve_360/1-estestve_360.html

ҚАРАҒАЙДЫҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ РОЛІ

Тілеуханова Г.

Ғылыми жетекші Дюсекина Лаззат Орынбековна

Қарағай – қарағай тұқымдасына жататын, мәңгі жасыл, қылқан жапырақты ағаш кейде бұта. 500-600 жылға дейін өмір сүреді. Ең биік түрлері 50-60 метрге жетеді. Қылқанының түсі түріне қарай сары, көкшілдеу, жасыл және қою жасыл болады. Қарағай сондай-ақ тез өсетін қылқанжапырақтылардың бірі. Жер шарында жүзден аса түрі болса, оның жиырма шақты түрі көгалдандыруда қолданылады. Олардың ішінде бұтағы тік

өсетін және жайыла өсетін түрлері де бар. Жай және тез өсетін түрлері бар. Биіктігі екі метрден аспайтын “тауқарағайы” деген түрі бар.

Қазақстан жері ұлан-байтақ болғанымен орманды алқабы жерінің аз ғана бөлшегін алып жатқаны белгілі. Орман, ағаш тек қана табиғаттың сұлулығы үшін ғана қажет емес, оның қоршаған ортаға, адаммен бүкіл жан-жануарлардың денсаулығына, ағзасына тигізер пайдасы шексіз. Орманды алқаптар болмаса жер шөлейт далаға айналу, құм басу факторларының орын алу қаупі өте зор. Ал қарт Ертістің екі жағалауында орналасқан Семей қаласының жағдайы басқа қалаларға қарағанда орман саласы бойынша алатын орны ерекше. Дүние жүзінде кілең қарағай ғана өсетін екі жер бар, бірі Канада мемлекетінде болса екіншісі Қазақстанның Семей қаласының іргесінде. Қысы – жазы жап-жасыл болып, бір шеті Семей болса, екінші шеті Ресейдің Алтай өңіріне дейін созылып жатқан қарағайлы орман. Ауасы да ерекше таза әрі шипалы. Сондықтан туберкулезді емдеу санаторийі, балалар демалатын лагерьлер, кәсіпорын, мекемелердің демалыс базалары осы орманның Ертіс өзеніне жақындаған тұсында орналасқан.

Қарағайдың медицинадағы маңызы

Қарағай – тек әдемі ағаш қана емес, табиғаттағы дәрігер деуге де болады. Қарағайдан зиянды бактерияларды жоятын ерекше ұшқыш зат – фитонцид бөлінеді.

Қарағайлы, шыршалы орманның адам денсаулығына зор пайдасы бар. Демалыс үйлері, санаторийлер осындай қарағайлы орман ішіне салынады. Себебі: оның ауасы таза, әрі шипалы. Әсіресе, өкпе ауыруына және көптеген ауруларға шипасын жүргізеді. Қарағай ағашы – адам ағзасына керекті дәрумендерге, минералды тұздарға, қышқылдарға, шайыр мен эфир майына, крахмал, дәрумендер «С», «В», «К», «Р» - тағы басқа пайдалы заттарға бай. Қарағай өнімдері медицинада толығымен емдік қызмет атқарады. Қарағай шайырын тіс пен қызыл еттің мықтылығын және тазалығын сақтау үшін шайнауға болады. Демікпені емдеуде, өкпе туберкулезі, иммунитет, асқазан ауруы, жөтел, орталық нерв жүйесін емдеуде, қан тоқтатуда, аллергиялық жараларды жазуда, суық тиюді емдеуде, ағзаның жалпы жағдайын жақсартуда қарағайдың пайдасы зор.

Медицинада қарағай бүршіктері кеңінен қолданылады, сондықтан да көптеген сауықтыру орындары қарағайлы орман аймағына салынған. Қарағайлы орман тез буланғыш заттар бөліп шығарады, олар ауадағы зиянды, әсіресе, туберкулез бактериясын жояды. Кәдімгі қарағай қабынуға қарсы, дезинфекциялық, қан тазартатын, өт, сәулелермен улануды жоятын қасиеттері бар. Сондай-ақ авитаминозды емдеу үшін дәрілік препарат ретінде пайдаланылады. Туберкулез ауруына қарсы қарағай бүршігінің спиртпен тұндырмасы пайдаланылады. Бұл тұнба қақырық түсіруге, адамның дем алысын жақсартуға, ауру мен микробтарға қарсы және ағзаны тазартуға көмектеседі. Және осы тұнбаны жөтелгенде, өкпеге суық тигенде, асқазан жарасымен ауырғанда да пайдалануға болады.

Қарағайлы орманның ауасында серуендеу – аурудан сауығуға немесе аурудың алдын алуға көмектеседі. Қарағайлы орман ауасы – жүйке жүйесі ауруларынан сауығуға көмектеседі және жаратылыстағы өте күшті антидепрессант. Қарағайдың ауасын жұта жүріп, ағаштардың сыбдырын тындай жүріп, күнделікті күйбең тіршіліктен демалып, адамның ішкі жан дүниесі тұрақтанады. Қарағайдың хош иісі ароматерапияда қолданылады және өте керемет релаксант болып табылады, ал қарағайдың қылқан жапырақтарынан ванна жасау – жүйке ауруларына өте күшті ем болып табылады.

Цинга – теңізшілер арасында кең тараған аурулардың түрі, осы аурудан атақты Биллем Баренц және Витус Беринг қайтыс болған. Бұл ауру дәрумендердің жетіспеушілігінен пайда болады. Егер осы ұлы жаңалық ашушылар қарағайдың қылқан жапырағындағы дәрумендердің бар екенін білгенде цинганын құрбаны болған жүздеген адамды құтқарып қалу мүмкін болатын еді.

Қарағайлы ормандардың адам ағзасына ешқандай теріс әсерлері жоқ, бір мезгілде қан қысымын қалыпқа келтіре отырып, барлық эндокриндік бездер тамаша режимінде жұмыс істей бастайды.

Қарағайды фармацевтикада қолдану

Қарағайдан жүйкені емдеуге - 70%, өкпе, бауыр дәрілерінің- 75%, ағзаны тазартуға -80%, қақырық түсіретін дәрілердің- 80%, қан тоқтатын дәрілердің- 65% алынады. Қарағай – дәрілік ағаш, одан терпентин майы, скипидар, сірке суы алынады. Жас қылқанынан С витамині (концентрат), эфирмайы алынады. Дәрілік құрамында биологиялық белсенді заттар, бактерицидтік және қабынуға қарсы әсері бар шикізат қамтылған. Қарағайдың діңінде шайыр көп мөлшерде болады. Одан скипидар мен канифоль алынады.

Қарағайдың қара майын тері ауруларына жақпа май ретінде пайдаланады. Қоректік заттары жеткілікті қарағай қылқанының түсі қанық болады. Одан скипидар және антисептикалық тазартылған препараттар, жергілікті тітіркендіргіш препараттар алынады. Олар ревматизм, подагра, невралгия, тыныс алу органдарының қабыну аурулары үшін сырттан жақпа май, бальзамдар және басқа да қоспалар ретінде пайдаланылады. Қарағай шайыры (Вишневское мазь) түрлі тері ауруларын емдеу үшін жақпамай ретінде пайдаланылады.

Қарағайдың әсіресе жас қылқандары С, К витаминдері және каротинге өте бай келеді. Сондықтан одан арнайы тұнба жасап ішуге болады. Ол үшін 30 г жас қылқанды салқын сумен жуып, суы бар ыдысқа қойып, 20 минут қайнатады. Содан кейін дәмін аздап өзгерту үшін қант қосады. Күнделікті ішуге тұнбаны жаңадан дайындап отыру керек. Қарағай бүршігінің тұнбасы жоғары тыныс жолдарын емдеуге пайдаланады. Ол үшін 10 г бүршікті ыдысқа салып, үстіне бір стакан қайнаған ыссы су құйып, тұндырады. Осы тұнбаны бір күнде ішеді. Қарағай қылқандарынан витаминді сусын жасаудың тағы бір түрі бар. 50 г жас қылқанды езіп, үстіне 2 стакан қайнаған ыссы су құйып, 2 сағат қараңғы жерде тұндырады. Тұнып болғаннан кейін дәкемен сүзіп, аздап сірке қышқылын тамызып қант қосу керек. Бұл тұнбаны жаңа күйінде бірден ішу керек. Көп тұрса витамині азаяды. Бір стакан қарағай қылқандарынан жасалған тұнбада лимон шырынымен салыстырғанда витамин мөлшері 5 есе артады.

Швецияда қарағайдың қылқан жапырағынан жасалған дәрілердің көмегімен маусымдық аллергияны емдеудің жаңа әдісі қолданыла бастады.

Қарағайдың қылқан жапырағының қайнатпасы мен тұнбасы тіс ауруының және қызыл иектің қансырауына қарсы таптырмас бағалы дәрі болып есептеледі. Бүгінгі күнде қарағайдың қылқан жапырағының сірінділері (экстракт) көптеген тіс пасталардың, емдік жақпа майлардың құрамында кездеседі.

Қарағайды өз өлкемізде көптеп өсіріп, оларға күтіммен қарауын өз достарыма ұсынамын. Қарағайдың емдік қасиетіне байланысты халық еміне арналған қоспа жасау әдістері мен қолдану ерекшеліктері жөнінде кітапшалар шығарылып көпшілік оқырмандарға ұсынылса. Халық еміне байланысты қоспа жасау әдістері күнделікті тұрмыста қолданысқа енгізілуіне ұсыныс жасалынса.

Семей өңіріндегі қарағайлы орман – табиғаттағы күшті экологиялық жүйе. Ол халқымыздың байлығы, баға жетпес қазынасы. Сондықтан оны қорғау тек мемлекеттің емес, әрбір адамның міндеті. Табиғатты таза ұстау, оны қорғау, экологиялық орта қалыптастыру біздің еліміз, адам баласының келешегі үшін қажет. Сондықтан Семей орманындағы экологиялық күрес – өмір үшін күрестің негізі болып табылады.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Аллабергенұлы, Д. Отанымыздың байлығы мен сұлулығы // Дидар. - 2008. - 24 маусым. - Б. 2.
2. Әлімбек, Қ. Орман мәселесі басты назарда // Ертіс өңірі. - 2009. - 3 маусым. - Б. 5.
3. Кенжебеков, Б. Орманды табиғаттан қорғайық // Семей таңы. - 2009. - 4 маусым. - Б. 10.
4. Сағимұратов, Е. Орман мәселесі ойландырады // Семей таңы. - 2009. - 13 тамыз. - Б. 9.

ДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ

Сахарова Н.

Научный руководитель Туменбаева Нагима Садыковна

В современном мире существует большое количество безалкогольных газированных напитков, которые пользуются большим спросом у населения, особенно у детей и подростков. Это напитки имеют сложный химический состав, а природные компоненты присутствуют в небольшом количестве (малый процент натурального сока) или отсутствуют вовсе. В медицине уже зафиксированы заболевания или нарушения в организме, связанные с регулярным употреблением лимонада (нарушения в работе почек, печени, сердечно-сосудистой системы, повышение риска развития диабета, ожирения, болезни Альцгеймера, остеопороза, гипогликемии...). Даже разовое употребление лимонада может вызвать аллергию, отравление, а больным фенилкетонурией пить лимонад запрещено категорически. Если лимонады изобретены давно (в 1767 году, в Англии), то энергетические напитки - молодое изобретение (начало 1980-х годов), в них совершенно отсутствуют природные компоненты и противопоказаний у них больше (запрещены детям до 18, беременным и кормящим женщинам, лицам, с нарушением нервной, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем) [2,4]. Несмотря на вредность, эти напитки пользуются спросом и находятся в продаже в свободном доступе. Регулярное употребление газированных и энергетических напитков может привести к привыканию.

Наше исследование актуально тем, что наглядно демонстрирует действие газированных напитков разных цветов и сортов на органические объекты (животной и растительной природы). Нами была предпринята попытка установить связь этого действия с составом напитков. Кроме того, нам хотелось бы еще раз привлечь внимание к проблеме употребления лимонадов и энергетических напитков.

Обзор информационных источников:

Типовой состав лимонада: Сахар или сахарозаменители. Диоксид углерода (E-290). В пищевой промышленности диоксид углерода обозначается как E 290 и используется как консервант. Считается неопасной пищевой добавкой.

Сахарный колер (E150). Имеет 4 кода: E150b, E 150c, E 150d. Хоть этот краситель разрешен, у него есть побочные эффекты.

Ортофосфорная кислота (E338) - регулятор кислотности. Неограниченно растворима в воде, образует растворы любых концентраций. Пищевую ортофосфорную кислоту применяют в производстве газированной воды и для получения солей (порошки для изготовления печенья, сухарей). При употреблении в больших количествах приводит к разрушению зубов и потери в костях кальция.

Лимонная кислота (E-330) - бесцветные кристаллы. Широко распространена в природе. Соли лимонной кислоты (цитраты) используют в пищевой отрасли промышленности, в качестве кислот, консервантов, стабилизаторов. Необходимо отметить, что лимонная кислота (E-330) по своей силе слабее ортофосфорной кислоты (E-338) при удалении накипи, ржавчины и т.д.

Бензоат натрия (E-211) - консервант пищевых продуктов в производстве повидла, мармелада, меланжа (кондитерское производство), кильки, кетовой икры, плодово-ягодных соков, полуфабрикатов. Бензойную кислоту (E-210), бензоат натрия (E-211) и

бензоат калия (E-212) вводят в некоторые пищевые продукты, в качестве бактерицидного и противогрибкового средств. Продукты, содержащие бензоаты натрия и кальция, не рекомендуется употреблять астматикам и людям, чувствительным к аспирину. Кофеин – энергетический компонент. Ароматизаторы подразделяются на натуральные, идентичные натуральным и искусственные [1, 2, 4, 5].

Состав исследованных видов газированных напитков

Coca-Cola Компонентами классического варианта напитка являются: сахар; краситель: сахарный колер (E150), кармазин (азорубин) (E122); ортофосфорная кислота (E338); кофеин; натуральные ароматизаторы; двуокись углерода.

Различий в составе колы в стекле, банке или пластике нет. Но бывает разная степень насыщения углекислым газом при производстве напитка. Связано это с разными стандартами на разные виды упаковки. Напиток *Coca-Cola* производится всегда по одной технологии и в одинаковых условиях, вне зависимости от того, в какую тару он будет впоследствии упакован — пластиковую или стеклянную бутылку или алюминиевую банку [3].

Энергетический напиток BurnIntenseEnergy

BurnIntenseEnergy (Burn Максимальный заряд) – безалкогольный сильногазированный, энергетический напиток.

Состав: вода, сахар, регуляторы кислотности (лимонная кислота, цитрат натрия), диоксид углерода, таурин, глюкуронолактон, натуральные и идентичные натуральным ароматизаторы, красители (карамель и красный очаровательный АС), кофеин (не более 350 мг/л), консервант сорбат калия, инозитол, теобромин, экстракт гуараны, антиокислитель аскорбиновая кислота, витамины: В3 5,8 мг/л, В5 1,1 мг/л, В6 0,6 мг/л, В12 0,28 мг/л.

Кофеин в сочетании с глюкозой дает прилив энергии, снижает усталость, повышает работоспособность и концентрацию внимания. Одна баночка энергетического напитка *burn* содержит примерно такое же количество кофеина, как одна чашка кофе.

Таурин — аминокислота, необходимая организму для улучшения энергетического обмена. Таурин участвует в жизненно важных процессах человеческого организма — способствует детоксикации организма, связывая вредные вещества и ускоряя их выведение из организма. Являясь аминокислотой, таурин содержится во многих продуктах питания, например (мг/кг): Темное мясо птицы (курица — 2000, индейка — 3000), белая рыба — 1720, кальмары — 3600, морские гребешки — до 9000, «*BurnIntenseenergy*» — 1050.

Инозитол — универсальный компонент живых организмов, находится в них в свободном состоянии, участвует в метаболизме углеводов, играет важную роль в регулировании нервного импульса. *Burn «IntenseEnergy»* содержит 120 мг инозитола на литр (30 мг в 0,25 литровой банке).

Гуарана — тропическое растение, источник природного кофеина. Однако вклад гуараны в общий кофеин незначителен. Другая функция гуараны — ароматический компонент.

Теобромин — алкалоид, сходный по химической структуре с кофеином, тоже обладает стимулирующим действием, но в несколько раз менее интенсивным [1, 5].

Mirinda

Состав: очищенная питьевая вода, сахар, двуокись углерода, натуральные экстракты и натуральные ароматизаторы.

7UP

В состав напитка вплоть до 50-х входил литий. Кроме того, для разнообразия вкусовых ощущений начали использоваться натуральные (и не только) ароматизаторы — так появились вишневый и апельсиновый 7UP. В составе этих напитков наряду со всевозможными искусственными добавками можно обнаружить натуральный яблочный сок. Состав: вода питьевая подготовленная, сахар, диоксид углерода, натуральный

ароматизатор «Лимон», натуральный экстракт лайма, регуляторы кислотности цитрат натрия, лимонная и яблочная кислоты [5].

MountainDew

Состав: вода, сахар, лимонная и аскорбиновая кислоты, гуммиарабик, бензоат натрия, диоксид углерода, цитрат натрия, кофеин, сложные эфиры. В последнее время во всём ассортименте продукции MountainDew находятся заменители сахара. Часто добавляют сироп из кукурузы, в котором находится огромное количество фруктозы. Аспартам кладут в диетическую версию напитка, а сахар – только в MountainDewThrowback.

ElFresco

Состав: вода подготовленная, сахар, концентрированные соки яблока и лайма, лимонная кислота, экстракт черной моркови, натуральные ароматизаторы "улучшитель вкуса", "гранат", "мята", натуральный краситель карамельный колер, бензоат натрия [6].

Как действуют газированные напитки на организм?

Многообразная, хорошо обыгранная, часто повторяющаяся реклама популярных газированных напитков, их сладкий вкус, приятный аромат, разнообразные цвета и яркие этикетки создают серьезную угрозу для здоровья детей и подростков. Наиболее серьезными последствиями регулярного и частого употребления газированных напитков являются заболевания органов пищеварения; ожирение, сахарный диабет и кариес; мочекаменный диатез и мочекаменная болезнь; аллергия. Дошкольникам и детям, страдающим любым видом гастритов, гастродуоденитом, имеющим предрасположенность к сахарному диабету или мочекаменной болезни, употребление газированных напитков абсолютно противопоказано. Категорически нельзя пить газировку натошак. Лучше заменить ее молочными продуктами, натуральными соками, компотами и фруктами.

Излишний сахар сжигает дополнительное количество витаминов группы В и приводит к ожирению и диабету. Сладкие шипучки содержат лимонную, яблочную или ортофосфорную кислоту, которая повреждает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, а также постепенно растворяет эмаль зубов, вымывая из нее кальций. Такие же процессы происходят в костях. Поэтому длительное регулярное употребление сладких газированных напитков может стимулировать развитие остеопороза.

Соли фосфора, содержащиеся в газировке, образуют нерастворимые и совершенно неусвояемые соединения с кальцием, которые быстро выводятся из организма. Это неблагоприятно сказывается на формировании костной ткани ребенка. Недостаток кальция может проявляться также повышенной возбудимостью, бессонницей, раздражительностью, болезненностью десен, замедлением роста.

Во всех газированных напитках обязательно присутствуют консерванты, бензоат натрия (Е 211) или сорбит калия (Е 202), а также красители и ароматизаторы. Все эти вещества, а также сами газы, оказывают неблагоприятное воздействие на слизистую оболочку всего пищеварительного тракта. Это может привести к возникновению воспалительных заболеваний, вплоть до эрозий.

Для изучения действия перечисленных синтетических напитков проведено исследование со следующими природными материалами: петрушка, огурец, яичная скорлупа (белая), кости (куриные, свежие).

При постановке опыта мы отметили, что при погружении объектов в газированные напитки сразу же начинается интенсивное газообразование, чему способствует наличие в составе напитков диоксида углерода. Больше всего образовалось пузырей в напитке *MountainDew*, как мы полагаем, за счет наличия в составе сложных эфиров (добавляющихся в напитки для более стойкого газообразования).

Погруженные в цветные напитки объекты приобретали слабое окрашивание, при погружении мяса жидкости через час мутнеют. Из лимонадов окрашивание отсутствует только в *7up*, так как в его составе отсутствуют красители. Спустя два дня мясо и кость,

погруженные в воду, были убраны по причине гниения. В напитках гниение отсутствовало, характерного запаха не отмечалось.

Через неделю мы отметили появление плесени на органических объектах, которая имела разный цвет (черный либо зеленый). Плесень была убрана, а объекты оставлены в напитках. Через месяц плесень была отмечена только на огурце в пробирке с *Coca-Cola*, в *MountainDew* и *ElFresco* огурец к этому времени полностью сгнил (табл.2). Мы полагаем, что отсутствие плесени в остальных напитках объясняется наличием в их составе сорбата калия, замедляющего процесс развития плесени.

Кроме того, отмечено насыщенное окрашивание в бурый, оранжевый и розовый цвет скорлупы и огурца. Это мы объясняем высоким содержанием красителя в составе напитков (табл.4). В пробирках с кока-колой отмечено выпадение красителя в бурый осадок.

В некоторых напитках произошло консервирование (сохранение формы, отсутствие гниения) мяса и огурца. Мы полагаем, что в лимонадах этих сортов повышенное содержание консервантов. В других лимонадах, а так же в энергетическом напитке отмечалась мацерация мяса (оно становится желеобразным, легко отделяется от кости)

Через 10 дней после начала опыта мы отметили, что скорлупа в разных напитках приобрела разные свойства: в *Coca-cola* и *MountainDew* она стала мягкой, в *Mirinda* сохранила свою форму, в остальных напитках скорлупа стала ломкой и крошащейся. Мы полагаем, что и в том и в другом случае происходит вымывание кальция из скорлупы, за счет воздействия регуляторов кислотности, особенно ортофосфорной кислоты, входящих в состав напитков (образование нерастворимых соединений солей фосфора с кальцием, которые быстро выводятся из организма) Через месяц мясо было оставлено только в энергетическом напитке, оно стала желеобразным, гниение по-прежнему отсутствовало. Мы отметили консервацию листа петрушки во всех напитках. В воде произошло обесцвечивание листа, а сама вода позеленела (по причине растворения хлорофилла). Полностью сгнил огурец в *MountainDew* и *Elfresco*, а в *Mirinda* он стал очень ломкий

Наибольшая степень консервации органических объектов, в частности мяса, отмечена в энергетическом напитке. По нашему мнению, этому способствует наличие в его составе кофеина, теобромона, таурина, глюкуронолактона и экстракта гуараны, которые являются различными синтетическими и природными стимуляторами.

Частью нашего опыта стало исследование действия на те же органические объекты нагретых напитков (*Coca-cola*, *Burn*). Нам хотелось узнать, будет ли замечен результат распада аспартама (заменителя сахара), содержащегося в коле, и сравнить с результатами в энергетическом напитке (не содержащем аспартам). Через неделю после погружения объектов мы не нашли существенных различий в результатах опыта с холодным и нагретым энергетическим напитком, гниение и брожение и в том и в другом случае отсутствовало. В нагретой коле мы отметили интенсивное брожение в емкостях со всеми объектами. Известно, что после нагревания аспартама в газированной воде до температуры 30 градусов по Цельсию основное его количество распадается на формальдегид, метанол и фенилаланин (опасные для здоровья химические соединения) [8]. Возможно, зафиксированные нами наблюдения связаны с содержащимся в *Coca-cola* аспартамом.

По результатам исследования можно дать следующие рекомендации:

1. Употребляйте газированные напитки в ограниченном количестве.
2. Употребления энергетических напитков желательно избегать полностью.
3. Употребляйте газированные напитки только в охлажденном виде, как того и требует производитель.
4. Обращайте внимание на информацию, указанную на этикетке продукта (состав, ограничения по здоровью).

5. Напоминаем вам, что действие напитков на скорлупу и кость можно соотнести с действием на наши зубы, а так же костную систему (особенно во время роста человека), а действие на мясо можно соотнести с действием на внутренние органы (желудок).

По результатам исследования можно сделать следующие выводы:

1. лимонады и энергетические напитки оказывают на органические объекты консервирующее действие, вызывают окрашивание и газообразование, а так же способствуют разрушению и вымыванию кальция из кальцийсодержащих объектов.

2. Органические объекты, помещенные в воду, подвергаются быстрому гниению, консервации не происходит, гниение идет до полного распада, чего не наблюдается в случае газированных напитков.

3. Различное действие напитков на органические объекты связано с различиями в их составе.

4. Нами предложены рекомендации по употреблению лимонадов и энергетических напитков.

Список использованной литературы:

1. Пищевая химия: Учебник для студентов вузов, 'Технология продуктов питания'/ А.П. Нечаев, Светлана Евгеньевна Траубенберг, А.А. Кочеткова; Нечаев, Алексей Петрович.- 2-е издание, переработанное и исправленное. - СПб.: ГИОРД, 2003.- 640 с.
2. <http://www.nature-product.ru/spravochnik/spravochnik/limonad>

МЕДИЦИНА РЕНТГЕН САУЛЕЛЕНУДІ ҚОЛДАНУДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ

Амантаева Н.Е.

Ғылыми жетекші Мухамадиева Рано Аскарвна

Рентген сәулесі – бұл ұзындығы шамамен 80-нен 10 нм электромагниттік толқындар. Алу тәсіліне қарай рентген сәулелену тежеулік және сипаттамалық болып екіге бөлінеді.

Рентген түтігі – рентген сәулесінің ең кең тараған көзі, екі электродты вакуумдық құрылым. Қыздырылған катод электрон бөледі. Анод немесе антикатод қиғаш жазықталып пайда болған рентген сәулесін түтік осіне бұрыштап бағыттайды. Анод жазықтығы вольфрамнан жасалған.

Диагностикалық түтіктер үшін рентген сәулелерінің көзі нүктелі болғаны маңызды-ол үшін электрондарды анодтың бір нүктесіне шоғырландыру қажет(аноды айналмалы рентген түтігі). Антикато́д (анод) затының атомдық ядро және атомдық электрондары электростатикалық аймағымен бөлінген электрон тежеледі нәтижесінде тежеулік рентген сәулелену пайда болады. Электрондар тежелгенде қуаттың тек бір бөлігі рентген сәулесінің фотонын құруға, қалған бөлігі анодты қыздыруға жаратылады. Көп электрондар тежелгенде үздіксіз спектрлі рентген сәулелері пайда болады.

Қысқа толқынды тежеулік сәулелену деп аймақтан электронмен қабылдаған қуат толығымен фотон қуатына өтуін айтады. Қысқа толқынды сәулелердің өту қабылеті жоғары(қатаң сәулелену). Ұзын толқынды рентген сәулелер жұмсақ деп аталады. Рентген түтігінде кернеуді ұлғайта отырып сәулелену спектрі құрамын өзгертеді сөйтіп қысқа толқынды сәуле үлесі жоғарылайды. Егер катодта қыздыру температурасын жоғарылатса түтікте электрондар эмиссиясы және ток күші өседі.

Бұл рентген сәулелену фотондар санының ұлғаюына әкеледі. Сипаттамалық рентген сәулелену пайда болады егер рентген түтігінде кернеуді жоғарылата берсе (спектр тұтас сызғыш сияқты).

Рентген сәулеленудің медицинада қолдануының ең маңыздыларының бірі – бұл диагностикалық мақсатпен ішкі мүшелерді сәулемен тексеру. Диагностика үшін 60-120кэВ қуатты фотондар қолданылады – бұл фотоэффект. Фотоэффект деп рентген сәулелерінің атоммен жұтылуы, нәтижесінде атомның ішкі терең қабаттарынан электрондардың ұшып шығуы. Оның маңызы фотон қуатының үшінші дәрежесіне қарсы пропорционалды, сондықтан қатаң сәулеленудің өту қабілеті жоғары және жұтқыш-зат атомдық нөмірінің үшінші дәрежесіне пропорционалды. Түрлі тіндердің рентген сәулелерін жұтуындағы елеулі айырмашылық адам денесінің ішкі мүшелерін көлеңкелеп көруге мүмкіншілік береді.

Рентгенодиагностика екі нұсқада қолданылады:

1. Рентгеноскопия - бейнені рентгенолюминисценттік экранда қарау
2. Рентгенография – бейне фотоленкаға түсіріледі

Егер тексерілетін мүше және айнала қоршаған тін шамамен бірдей рентген сәулесін әлсіретсе, онда арнайы контрасттық заттар қолданылады. Мысалы: асқазан және ішектің көлеңкесін көру үшін қоймалжың барий сульфаты массасы қолданылады.

Рентген сәулесінің ерекше қасиеті- ол арқылы ешқандай микроскоппен көруге Н құалғанын көруге болады. Рентген сәулелері арқылы атомдарды 100 млн және одан да көп есе үлкейтіп көруге болады. Рентген сәулесінің ашылуының ғылыми зор маңызы бар. Бұл сәулелерді пайдалану біздің өмірімізбен бірге қайнасып кетті. Ғылымның және техниканың кейбір тараулары рентген сәулесін пайдалану нәтижесінде өсіп нығайды. Рентген сәулесінің ерекше қасиеттерінің бірі- оның ағашқа, киімге, адам денесіне, тіпті металдарға өтіп кететіндігінде. Адамның өн-бойына зиян келтірмей, аурудың ішкі органдарын толық тексеріп шығуға осы қасиетінің көмегі мол.

Ал рентген сәулелері көзге бірден көрінбейді. Оны тек аспаптардың көмегімен ғана көруге болады, денеге кіріп сіңгенде ол сәулелер денені басқа затты кейбір нәрселердің көмегімен қараңғы жерде ғана жарық береді(яғни бұны люминисценция дейді).

Осыдан барып адамның сүйектері мен ішкі органдарының ауру-сауын көзбен көірп ажыратады. Мұны рентгеноскопия деп атайды. Рентген сәулесінің бір бөлігі шашырап кетеді де, енді біразы денеге сіңіп қалады, ал 3-ші бір бөлігі денеден өтіп экранға жарық түсіріп сүйектер мен ішкі органдардың көлеңкесін көзге көрсетеді. Рентген сәулелері денеге кіргенде тканьдегі заттардың атом салмағына байланысты олар әр түрлі кедергілерге ұшырайды. Мысалы: сүйек етке қарағанда ауыр сондықтан ол рентген сәулесіне көбірек кедергі болады да, экранда қарайып көрінеді. Өкпе мен жүрек клеткаларының құрылымдары да әртүрлі . Өкпенің ішінде үнемі ауа болатындықтан жүрек пен сүйекке қарағанда да экранда ол ақ болып көрінеді.

Әр түрлі дәрі-дәрмектертерді қолданғанда жазылмай жүрген ауруларды ионизациялау сәулелерімен емдегенде көпшілігі өте жақсы нәтиже беріп жүр. Мұны рентгенотерапия деп атайды.

Сәулелің түрі заттың тегіне байланысты, қандай заттың алынуына байланысты және ол рентген сәулесінің түсуі тоқтағанға дейін жарқырап тұра береді. Өзі жарқырайтын зат бұл кезде сол күйінде қала береді де, тек трубкадағы ток тоқталса-ақ болғаны жарқырау да тоқталады. Бұл сияқты басқа түрлі сәулелер дененің жарқырауы флюосценция деп атлады.

Рентгеноскопия осы құбылысқа негізделген. Дененің рентген сәулесі берген көлеңкесі арнаулы экранға түсіріледі да сол көлеңке зерттеледі. Рентген сәулесінің ерекше қасиеті оның толқынының өте қысқалығы. Дәрігерлер рентген сәулелері

ашылысымен-ақ адам денесін қарау үшін оларды «Х» сәулелері деген атпен қолдана бастады. Бұл сәулелердің көмегімен адамның ішкі мүшелерін, жарақатын байқап аурудың түрін қатесін біліп ауруды емдеудің жолын табуға мүмкіндік туды.

Рентгенологияның жаңа табыстары практикалық және ғылыми медицина салаларын онан әрі дамытуда үлкен жол ашты. Әсіресе туберкулез ауруымен куресу де рентгенологияның маңызы өте зор. Рентгенге түсіріп зерттеу дәрігерге өкпенің жаралы жері мен тыныс мүшелерінің туберкулез құрты түскен орындарын анық көрсетеді.

Рентгенологиялық зерттеудің урологиядағы ролі де өте зор. Соңғы жылдары бүйрек ауруын емдеудің жаңа оңай жолдары табылды. Адамның қан тамырына сергозин дейтін сұйық зат жіберіп, сол арқылы бүйрек, қуық және қуық –дәрет жолдарын суретке түсіреді. Бұл әдіс арқылы бүйрек және қуықтағы ауруларды дер кезінде және дұрыс айыруға болады.

Рентгенология акушерствода да қолданылады. Рентген арқылы әйелдердің жүкті немесе жүксіздігін ажырату қиын емес.

Рентген сәулелері арқылы адам денесіндегі жат текті заттарды табуға болады.

Адам сүйектерін зерттеуде де рентген сәулелері қолданылады: егер сүйек сау ондағы минералды заттардың табиғи мөлшері, құрамы дұрыс болса, онда сүйек рентген суретінде айқын, ал ауру болса немесе қимылсыз тұрғандықтан онда минералды заттар азая бастаса, сүйек рентгенографияда өзгеше болып көрінеді. Сондықтан сүйектегі минералды заттардың азайып – остеопороз немесе кобеюін остеороскелез күнбе күн бөліп отыру үшін рентген сәулесімен бақыланады. Ішкі ауруларда ойық жара ауруларын, обыр диагнозын анықтауда қолданылады. Асқорыту мүшелерін рентгенологиялық зерттеу үшін контрасттық заттар барий сульфатын ішкізіп жүргізеді.

Рентгенология жүрек ауруын зерттеуде де маңызы зор: ангиокардиография, вазография. Жүрек орналасуы, қызметі туралы маңызды мәлімет береді (декстракардия).

Рентген сәулелері биологияны зерттеуде де өте зор маңыз атқарды.

ГИДРОСФЕРА - КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЗЕМЛИ И ЕЕ РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ

Шахмаратова А.Е.

Научный руководитель Акимбаев Айдын Канатбекович

Вода (оксид водорода) — бинарное неорганическое соединение с химической формулой H_2O . Молекула воды состоит из двух атомов водорода и одного — кислорода, которые соединены между собой ковалентной связью. При нормальных условиях представляет собой прозрачную жидкость, не имеющую цвета (при малой толщине слоя), запаха и вкуса. В твёрдом состоянии называется льдом (кристаллы льда могут образовывать снег или иней), а в газообразном — водяным паром.

Около 71 % поверхности Земли покрыто водой (океаны, моря, озёра, реки, льды) — 361,13 млн. км². На Земле примерно 96,5 % воды приходится на океаны, 1,7 % мировых запасов составляют грунтовые воды, ещё 1,7 % — ледники и ледяные шапки Антарктиды и Гренландии, небольшая часть находится в реках, озёрах и болотах, и 0,001 % в облаках.

Гидросфера (от др.-греч. ὕδωρ — вода и σφαῖρα — шар) — водная оболочка Земли. Её принято делить на Мировой океан, континентальные поверхностные воды и подземные воды.

Большая часть воды сосредоточена в океане, намного меньше — в ледниках, континентальных водоёмах и подземных водах. Солёные океанические воды составляют 96,4 % объёма гидросферы, воды ледников — 1,86 %, подземные воды — 1,68 %, а поверхностные воды суши — немногим более 0,02 %

Океаны покрывают около 71 % земной поверхности. Средняя их глубина составляет 3800 м, а максимальная (Марианская впадина в Тихом океане) — 11 022 метра. Океаническую кору слагают осадочный и базальтовый слои. В водах Мирового океана растворены соли (в среднем 3,5 %) и ряд газов. В частности, верхний слой океана содержит 140 трлн. тонн углекислого газа и 8 трлн тонн кислорода.

Поверхностные континентальные воды занимают лишь малую долю в общей массе гидросферы, но тем не менее играют важнейшую роль в жизни наземной биосферы, являясь основным источником водоснабжения, орошения и обводнения. Сверх того эта часть гидросферы находится в постоянном взаимодействии с атмосферой и земной корой.

Воду, которая находится в твёрдом состоянии (в виде ледников, снежного покрова и в вечной мерзлоте), объединяют под названием криосферы.

Биологическая роль воды

Вода играет уникальную роль как вещество, определяющее возможность существования и саму жизнь всех существ на Земле. Она выполняет роль универсального растворителя, в котором происходят основные биохимические процессы живых организмов. Уникальность воды состоит в том, что она достаточно хорошо растворяет как органические, так и неорганические вещества, обеспечивая высокую скорость протекания химических реакций и в то же время — достаточную сложность образующихся комплексных соединений.

Кровь, лимфа, межклеточная, внутриклеточная жидкость, слеза, слюна, пот, желудочный сок, сок поджелудочной железы, желчь, моча, кишечные выделения и выделения из половых или дыхательных путей — это всё вода с растворёнными в ней веществами.

Чем больше концентрация воды в любой биологической жидкости, тем выше скорость взаимодействий молекул: быстрее доставляются питательные вещества клеткам, быстрее пополняются энергетические запасы, быстрее выводятся побочные продукты биохимических реакций, быстрее проходят процессы обновления и восстановления.

Человек начинает испытывать жажду, когда количество воды в его теле уменьшается на 1-2% (0,5- 1,0л). Потеря 10% влаги от веса тела может привести к необратимым изменениям в организме, а потеря 20% (7 - 8л) уже смертельна.

Исследованиями ученых уже доказано, что употребление достаточного количества воды может свести к минимуму боли в спине, мигрени, ревматические боли, а также понижение уровня холестерина в крови и кровяного давления, уменьшая тем самым вероятность сердечного приступа. Потребление достаточного количества воды — это один из лучших способов предотвратить образование камней в почках. Так как вода не содержит солей, жира, холестерина и кофеина, то, соответственно, она по-другому выводится из организма.

Регулярное потребление воды улучшает мышление и координационные действия мозга. Головной мозг и весь организм будут достаточно заряжены нужными веществами, если вода, которую мы пьем, будет высокого качества, то есть, будет богата минеральными веществами. Здоровый человек не должен ограничивать себя в питье, но гораздо полезнее пить часто и понемногу. Вредно выпивать сразу много жидкости, так как вся жидкость всасывается в кровь, и, пока ее избыток не будет выведен из организма почками, сердце получает излишнюю нагрузку.

На рубеже XX—XXI вв. все больше внимания стала привлекать к себе глобальная проблема водных ресурсов. Загрязнение окружающей среды приводит к тому, что источники питьевой воды становятся непригодными к употреблению.

Недостаток водных ресурсов негативно сказывается на качестве жизни обычных людей, мешает решать задачи социально-экономического развития многих беднейших стран мира.

Проблема недостатка водных ресурсов в Центральной Азии тесно переплетается с экологической проблемой, поскольку интенсивное использование рек, впадающих в Аральское море, привело к обмелению последнего. А усыхание Арала, в свою очередь, стало причиной целой цепи негативных экологических явлений в этом регионе. По сравнению с 60-ми годами XX в. в 10 раз выросла соленость воды, происходит засоление почвы, дуют пылевые и солевые ветры, вымирает флора и фауна, резко ухудшилось здоровье населения Приаралья, особенно женщин и детей.

Недостаток пресной воды на сегодняшний день испытывает 1/3 населения планеты. Нехватка воды привела к тому, что в Голландии и Японии чистую воду везут из Норвегии, а затем продают ее в магазинах. В Гонконг доставляют воду танкерами. Развитые страны могут позволить себе покупку чистой пресной воды, и готовы тратить деньги на ее перевозку и доставку. Но, если вернуться к африканским племенам, то им такая роскошь не по карману, а вода нужна, как и всем.

Также одной из глобальных проблем планеты являются болезни, передающиеся через воду.

Экспертами ВОЗ установлено, что 80% всех болезней в мире связано с неудовлетворительным качеством питьевой воды и нарушениями санитарно-гигиенических норм водоснабжения.

Заболевания человека, которые связаны с водой, подразделяются на четыре типа:

- Заболевания, вызываемые водой, зараженной болезнетворными микроорганизмами (тиф, холера, дизентерия, полиомиелит, гастроэнтерит, ВИРУСНЫЙ гепатит А);

- Заболевания кожи и слизистой, возникающие при использовании загрязненной воды для умывания (от трахомы до проказы);

- Заболевания, вызываемые моллюсками, живущими в воде (шистосоматоз и ришта);

- Заболевания, вызываемые живущими и размножающимися в воде насекомыми – переносчиками инфекции (малярия, желтая лихорадка и т. п.)

Для возникновения этих заболеваний благоприятны:

- неорганизованное водопотребление;
- недостаточное количество воды;
- соответствующие природные условия для распространения и выживания в объектах окружающей среды инфекционного начала;

- технические нарушения на водозаборных, водоочистных сооружениях и водопроводах;

- аварии на канализационных и очистных сооружениях;

- сброс неочищенных сточных вод в водоемы;

- несоблюдение элементарных норм личной гигиены.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что роль воды для человека огромна. Сегодня каждый человек может создать для себя условия сохранения бесценного водного баланса путем правильной организации питьевого режима.

Вода благодаря своим поистине уникальным свойствам является одним из важнейших факторов жизнеобеспечения на Планете. Наша жизнь полностью зависит от воды.

Подвод итоги можно отметить что, вода для человека является не только для утоления жажды, но и лечебным препаратом, который продлевает жизнь. Хотя и в последнее время ситуация по состоянию воды в городах ухудшается жизнь человека без воды невозможна. Существует множество способов очистки воды, чем на современном этапе человечество и занимается.

ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ЕМДІК ШИПАЖАЙ ОРЫНДАРЫ

Талайбекқызы Н.

Ғылыми жетекші Дюсекина Лаззат Орынбековна

Туризмді дамытуда Қазақстанның келешегі мол және тартымды өлкесінің бірі Шығыс Қазақстан облысы болып табылады. Мұнда туристтерді қызықтыратын көптеген әр-түрлі климаттық аймақ, баға жетпес мәдени және тарихи ескерткіштер, туристік қызметтердің сан алуан түрі. Бүгінгі күнде облысымыздың аумағында тuroператорлық және турагенттік қызметтерді жүзеге асыратын 108 туристік ұйым, 16 туризм нұсқаушысы, 117 орналастыру орны, 84 демалыс орындары, 5 демалыс үйі, 34 емдеу-сауықтыру шипажайы, жиынтық көлемі 1723072 га немесе Шығыс Қазақстан облысы аумағының 6,0 % - ын құрайтын 14 республикалық маңызы бар ерекше қорғауға алынған нысан бар.

Облыс шегінде бірнеше рекреациялық аймақтар анықталған: Бұқтырма жағалауы, Сібір көлдері, Алакөл көлі, Катон-Қарағай, Глубокий аудандары, Риддер, Өскемен қалаларының маңы.

Катонқарағай ауданындағы шипажайлар

Катонқарағай ауданында 9 пантомен емдеу орындары жұмыс істеуде. Катонқарағай ауылында «Тұлпар», «Аққайың» қонақүй-сауықтыру кешені ашылып, жұмыс істеуде. Бұл кешенде пантомен емдеу, фитоемдеу, релакстерапия, массаж сияқты емдік - сауықтыру шаралары ұсынылады.

Шығыс медицинасында мүйізді үгітіп немесе ұнтақтап, осы түрінде дәрмек ретінде қабылдаған.

Панты дегеніміз - бұғының сырты нәзік, жұқа терімен «қапталған», іші қанға толы, қатпаған мүйізі. Мамыр-маусым айларында пісіп-жетіледі. Панты өскен кезде маралдың организмі 25 келіге дейін сүйек тінін (ткань) бөледі. Бірде-бір жануар мұндай өсім бермейді.

Марал мүйізінің күші жайлы орыстар XVIII ғасырдың аяғында қытайлардан білген. Қытайда марал мүйізінен жасалатын дәрі-дәрмектің рецепті туралы алғашқы жазба б.з.д. 168 жылдары жазылған. Қазіргі Қытайда маралдың мүйізі мен басқа да бөліктері кіретін дәрінің 76 түрі жасалатын көрінеді

Мүйізді бұғының қаны адам ағзасына түскенде қалыптан ауытқуды туралап, жасушалық деңгейдегі бұзылған зат алмасуды орнына келтіретін шипа болып табылады. Нәтижесінде иммунитет күшейіп, жараның орны тез бітіп, сүйек құрылымы жылдам қалпына келеді және зерделілік пен физикалық жағдай жақсарайды, қартаю процесі бәсеңдейді.

Маралдың қанынан пантогематоген жасайды. Оның негізінде жасалған дәрі-дәрмектер адамға күш-қуат беріп, тістердің өсуіне әсерін тигізеді және зәр шығаратын қуықтағы тастарды ерітіп, сүйектердегі іріңді жараларды емдеп, ашуланшақтықты жояды деп саналады.

Марал мүйізінің сорпасы Алтайда өсетін 18 түрлі дәрілік шөппен бірге қайнатылған соң, оның буы қысыммен түтік арқылы фитобөшкеге беріледі. Сорпа буы теріні, бұлшық етті нәрлендіреді. Өйткені, сорпа құрамында липидтер, фосфолипидтер, амин қышқылы, дәрумендер сынды жасушалардың иммундық жүйесін нығайтатын, қан құрамын жақсартатын заттар бар.

Алакөлдің адам денсаулығына маңызы

Үржар ауданы аумағындағы Алакөл және Арасан көлдері балшық және сумен емдейтін негізгі көлдер болып табылады.

Алакөл көлі, аумағы бойынша Қазақстанның ішкі су тоғандары ішіндегі үлкендігі жағынан екінші және республиканың ағынсыз көлдері арасында жалғыз терең көл болып табылады.

Су беттерінің жоғарғы температурасы 24-26 градусқа жетеді.

Арасан көлі Тарбағатай жотасының үстінде жатыр. Теңіз деңгейінен биіктігі 250 ш. Көлдің ұзындығы 800 м., ені 500 м., ауданы 0,4 шаршы км.

Бұл көлдің негізгі емдік факторлары балшық және минералды су болып табылады.

Көлдің кейбір жерлерінде 3-4 метрге жететін минералды су асты қабатында бүкіл әлемге әйгілі Сақы, Тамбукан (Пятигорск), Муялды көлдерінің емдік балшықтарына ұқсас емдік балшық шөккен.

Арасан-Алакөл курорттық аймағы Үржар ауданы аумағында орналасқан және жыл сайын шілдеден тамызға дейін 3 мыңға дейін туристерді қабылдайды.

Арасан-Алакөл курорттық аймақтарының негізгі проблемасы халықаралық стандарттарға сәйкес келетін инфрақұрылымның болмауы, тұрғын үй мен тамақтандырудың төмен сапасы, қызмет көрсету сапасы мен деңгейінің сәйкессіздігі, сондай-ақ жағалау аймағының тазалық мәселелері болып табылады.

Көгілдір бұғаз (Голубой залив) минералды тұздармен емдеу орны

Ол 1000 – 1200 м биіктікте тектоникалық жарықтар арқылы тереңнен шығып жатқан қайнар бұлақ су көзі. Суы шипалы. 1954 – 64 ж. бұл арада бірнеше ұнғымалар қазылып, минералды судың құрамы мен шипалық қасиеттері зерттелді. Суы арынды, жер бетінен 0,2 – 5,5 м биіктікке дейін көтеріледі. Деңгейін 7,5 – 15 м-ге төмендеткенде тәулігіне 130 – 670 м³ су алынады. Химиялық құрамы хлорлы-сульфатты натрийлі, минералдар 0,5 – 0,6 г/л. Суының температурасы 34 – 44°С аралығында. Судың құрамындағы элементтер мөлшері: кремний қышқылы (50 – 88 мг/л), фтор (8 – 9,7 мг/л), бром (0,3 – 0,5 мг/л), бор (0,2 мг/л), молибден (0,03 мг/л), вольфрам (0,003 мг/л). Суда еріген газдың құрамында азот (63,6%), көмір қышқыл газы (10,02%), аргон (1,05%), гелий (0,15%), т.б. бар. Көгілдір бұғаз минералды суы жүрек, қан айналу, қозғалыс, жүйке, өкпе-бауыр, тері және гинекологиялық, т.б. көптеген ауруларға ем.

Бұл емдік шипажайдың адам ағзасына пайдасы денедегі остехандроз, артрит-ортроз аурулардың алдын алады. Яғни, нақты айта кететін болсақ ыстық субұрқаққа ем алушы 10-15 минут көлемінде отырады. Бұл процестен соң ағзадағы барлық тұздар сыртқа шығады.

Жоғарыда айтылғандарға орай, Шығыс Қазақстанда емдік туризмді дамыту үшін үлкен мүмкіндіктер бар деп қорытынды жасауға болады.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Бейсенова Ә.С., Қирабаев Ә.С. Қазақстанның географиялық атласы.- Алматы: "Атамұра", 2013.- 104 бет.
2. "Қазақ Энциклопедиясы", 9 том [Электронды ресурс]: <http://www.kit.gov.kz/html/koncepcia.html>
3. Депутат Д.Назарбаева: Формирование имиджа Казахстана за рубежом должно вестись системно // [Электронды ресурс]: <http://www.zakon.kz/4593836-deputat-d.nazarbaeva-formirovanie.html>
4. Дуйсенғалиев Т. Мировой опыт развития туристической индустрии в применении к нашей стране // [Электронды ресурс]: <http://www.zakon.kz/217500-mirovoj-opyt-razvitija-turisticheskoyj.html>

МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ИХ РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ

Суюндуков Е.

Научный руководитель Туменбаева Нагима Садыковна

Как мы знаем человеческий организм представляет собой сложный механизм, где подобно инженерии, все взаимосвязано, взаимозависимо и требует чётких дозировок. Белки и углеводы, витамины и микроэлементы являются частью этого механизма. Итак, рассмотрим работу важной „инженерной детали” — микроэлементов, которые представляют собой целую группу веществ.

Но все таки стоит рассмотреть их роль в организме роль микроэлементов в организме человека. Микроэлементами называются содержащиеся в человеческом организме в малом количестве химические элементы. И хотя их в нашем теле всего лишь тысячные доли, они составляют 4% нашего веса, но микроэлементы нужны для нормального функционирования организма. Поступают эти мелкие вещества с пищей, водой, воздухом, а отдельные органы имеют запасы нужных микроэлементов. Их функции в организме различны, много металлов входит в ферменты и тем самым обеспечивает их активность. Существует около двухсот металлов-ферментов. Некоторые микроэлементы входят в состав активных соединений. Так, к примеру, йод — компонент гормонов щитовидной железы, железо — гемоглобина, магний — хлорофилла. [1]

И нехватка микро элементов приводят к ряду заболеваний. Дефицит микроэлемента:

Железа - вызывает нарушение образования эритроцитов (эритропоэза); нарушение роста; усталость в течение всего дня и частые ночные пробуждения; увеличение риска инфекционных заболеваний; анемию, неестественную бледность кожи; общее ухудшение самочувствия; ломкость волос и ногтей; частые головные боли; раздражительность; поверхностное и учащенное дыхание; желудочно-кишечные заболевания; запоры и трещины в уголках рта.

Магния - вызывает апатию, зуд, мышечную дистрофию и судороги; заболевания желудочно-кишечного тракта; нарушение сердечного ритма; старение кожи; страхи; нервозность; нетерпение; бессонницу; головную боль; постоянное чувство усталости; неконтролируемое раздражение. При недостатке магния, организм "крадет" его из костей. При длительной недостаточности магния в организме наблюдается усиленное отложение солей кальция в стенках артериальных сосудов, сердечной мышце и почках.

Калия - вызывает мышечную дистрофию, паралич мышц, нарушение передачи нервного импульса и сердечного ритма, а также отеки и склероз.

Кальция - вызывает остеопороз, судороги. Понижение его концентрации в крови чревато нарушениями функций нервной системы. При избытке кальция в организме происходит его отложение в различных органах и тканях.

Натрия - вызывает гипотонию, тахикардию, мышечные судороги.

Фосфора - вызывает нарушения роста, костные деформации, рахит, остеопороз. Недостатку фосфора способствует избыток кальция при дефиците белков и витамина D, проявляется это потерей аппетита, апатией, снижением умственной и физической работоспособности, похуданием. Избыток нарушает всасывание кальция из кишечника, тормозит образование активной формы витамина D, связывает часть кальция в крови, что ведет к его выведению из костей и отложению солей кальция в почках и кровеносных сосудах.

Йода - вызывает базедову болезнь (диффузный токсичный зоб), которая характеризуется повышением функции щитовидной железы, сопровождающееся увеличением ее размеров, вследствие аутоиммунных процессов в организме, а также замедление развития центральной нервной системы.

Марганца - вызывает похудание, дерматит, тошноту, рвоту.

Кобальта - вызывает увеличение синтеза нуклеиновых кислот. Кобальт, марганец и медь предупреждают раннюю седину в волосах и улучшают исостояние, а также участвует в общем восстановлении организма после тяжелых заболеваний.

Меди - вызывает анемию.

Фтора - вызывает нарушение роста; нарушение процесса минерализации. Недостаток фтора вызывает кариес. Избыток фтора вызывает остеохондроз, изменение цвета и формы зубов, костные наросты.[2]

Цинка - вызывает нарушение роста, плохое заживление ран, отсутствие аппетита, нарушение вкуса, а также увеличения размеров простаты.

Селена - вызывает анемию, кардиомиопатию, нарушение роста и образование костной ткани. Высок риск заболеваний раком прямой кишки, молочной железы, матки и яичников, простаты, мочевого пузыря, легких и кожи.[2,3]

Хрома - заставляет организм работать с удвоенной энергией, чтобы поддерживать сахарный баланс. В результате возникает острая потребность в сладком. Избыток хрома в пыли вызывает заболевание астмой.[1,2]

Молибдена - вызывает нарушение обмена серосодержащих аминокислот, а также нарушения функций нервной системы. [1,2]

А теперь рассмотрим роль отдельных микроэлементов в организме человека.

1. Калий. Принимает активное участие в работе нервной системы человека, его мышц, управляет балансом кислот, электролитов и жидкости. Важную роль играет в передаче нервных импульсов и если в организме не хватает калия, возможны скачки давления, риск инсульта, особенно у людей в возрасте, возрастает. Калий поддерживает сбалансированную среду в клетках, в каждой из них содержится максимальное количество этого микроэлемента. Если количество калия в клетках непостоянно, это может привести к достаточно серьезным сбоям функционирования сердечной мышцы. В здоровом организме нет недостатка этого микроэлемента, поскольку во многих продуктах питания его содержится в достаточном количестве. При нехватке калия его можно найти в сухофруктах, орехах, картофеле, капусте, грибах, зелени, чае, сельдерее, моркови, бобовых, печени. Отметим, что при варке продуктов калия теряется очень много.

2. Железо. Без него человеческий мозг начинает ощущать нехватку кислорода, за транспортировку которого и отвечает этот микроэлемент. У людей с нехваткой в организме железа ухудшается память, они апатичны, бледны, соображают медленно, утрачивается абстрактное мышление, теряется внимание. Недостаток железа может произойти вследствие различных заболеваний, например таких, как хронические болезни желудочно-кишечного тракта, при большой потере крови и т.д. В достаточном количестве железо можно найти в печени, гречке, бобовых, мясе, шпинате и пр. Особое условие: мясо и печень не должны быть жирными, поскольку жир мешает усваиваться железу, кроме того мясные блюда не следует запивать кофе или чаем.

3. Цинк. При остром дефиците этого микроэлемента ухудшается образование новых клеток, не восстанавливаются поврежденные, что влечет за собой преждевременное старение организма. Для детей и подростков нехватка в организме цинка особенно опасна, поскольку они перестают развиваться должным образом, хуже срастается костная ткань, не заживают раны. От цинка зависит иммунитет человека, и для защиты организма от болезней ему часто назначаются препараты, содержащие этот микроэлемент. При стрессах цинк теряется очень быстро, кроме того он усиленно покидает организм при несбалансированных диетах. Содержится цинк в тыквенных семечках, баранине, кедровых орешках, фасоли, горохе, яйцах, селедке. Лучше всего он усваивается из мяса, нежели из растительной пищи.

4. Кальций. Необходим для того, чтобы кости и зубы оставались крепкими, участвует в правильном сокращении мышц (сердечной в том числе), в расщеплении белков и жиров. Особенно важен он людям после 30 лет, когда начинает снижаться

костная масса. Содержится этот микроэлемент в молочных продуктах, мясе, рыбе, горохе, фасоли, зеленых овощах. Полезно принимать его совместно с витамином D, который транспортирует его по назначению.

5. Йод. От него зависит скорость обмена веществ и прочие важнейшие процессы в организме. Оказывает существенное влияние на умственное развитие детей. Содержится в морепродуктах, соли, водорослях и пр. Советуется добавлять в пищу именно йодированную соль.

6. Марганец. Очень полезен для беременных женщин, поскольку способствует формированию плода. Важен для нервной системы человека, его дефицит приводит к ухудшению памяти, бесплодию, проблемы с функционированием мозга. Содержится в орехах, злаках, бобовых, свекле, ржи и пр.[3]

Сложно переоценить роль содержащихся в организме человека минеральных веществ. В ферментах присутствует большая их часть, кроме того минеральные вещества принимают участие в витаминном обмене. Для нормального иммунитета наличие микроэлементов в организме просто необходимо, при их нехватке невозможно говорить о нормальном кровообразовании, регенерации тканей, прочих внутриклеточных процессах. Для того чтобы правильно ответить на вопрос о том, какие именно полезные микроэлементы нужны организму каждого человека, следует знать их основные источники поступления. Как уже было сказано, самыми естественными источниками минеральных веществ служат вода и еда, причем в разных местностях в воде может содержаться избыточное их количество, а в других напротив, недостаток. Людям, стремящимся поддерживать правильный баланс минеральных веществ в организме необходимо учитывать особенности той местности, где они проживают, а кроме того контролировать содержание микроэлементов в традиционных продуктах питания, часто присутствующих в их рационе.

В заключении можно сделать следующий вывод в зависимости от количества содержащихся в организме минералов их разделяют на ультраэлементы, микроэлементы и макроэлементы. Для нормального самочувствие и стабильной жизнедеятельности, все мы должны точно знать, какие полезные микроэлементы нужны организму человека.

Список использованной литературы:

1. Ковальский В.В. Геохимическая среда и жизнь, М. , 1982, библиогр.;
2. Коломийцева М. Г. и Габович Г.Д. Микроэлементы в медицине, М. , 1970;
3. Ноздрюхина Л.Р. Биологическая роль микроэлементов в организме животных и человека, М. , 1977, библиогр.

БЕЗОПАСНОСТЬ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

Калкешов А.

Научный руководитель Султанбеков Айбек Егеубаевич

Цели и задачи: познакомить учащихся с таким явлением Интернета, как социальные сети, рассмотреть основные популярные социальные сети, их особенности; проанализировать статистические материалы, в ходе обсуждения и дискуссии выявить положительные и отрицательные стороны влияния социальных сетей и интернета в целом на жизнь и здоровье людей (в особенности – обучающихся); провести ликбез по основным вопросам, касающимся интернета и социальных сетей в целом; выявить и рассмотреть признаки интернет-зависимости, методы борьбы с данной зависимостью и меры ее профилактики; сделать выводы о влиянии интернета в жизни современного общества.

Расширение системы внеурочной деятельности посредством ученической конференции с целью представления учащимся свободы выбора и самостоятельности при подготовке материалов к конференции, увеличив тем самым долю научно-технического содержания, отработка умения работать с информацией, обобщать и систематизировать полученную информацию, умения выступать, четко и ясно озвучивать материал и отстаивать свою точку зрения, умения вступать в логические дискуссии, умения слушать и возможность быть услышанными. Отработка умения работать в коллективе, уважение чужого мнения, правильной системы ценностей и адаптации в общественном пространстве.

Не так давно в Интернете появилось такое явление, как социальные сети, и буквально за пару лет они стали настолько популярны, что теперь практически у каждого Интернет-пользователя есть своя страничка в той или иной социальной сети. Сегодня они прочно вошли в нашу жизнь и стали ее неотъемлемой частью. На нашей конференции мы попробуем разобраться с понятием «социальная сеть»: что это такое, зачем нужно, какие бывают социальные сети, в чем их удобство и в чем они бывают опасны.

Социальная сеть – это сайт. Только сайт не совсем обычный. Мы привыкли получать какую-то информацию, заходя на тот или иной ресурс. На автомобильных сайтах мы можем узнать о машинах, на медицинских – о медицине, на компьютерных – о компьютерах. А вот на сайтах социальных сетей как таковой информации нет. Такие сайты предназначены, в первую очередь, для общения.

Выглядит это следующим образом: Вы открываете сайт социальной сети, регистрируетесь на нем (то есть отвечаете на несложные вопросы), заполняете небольшую анкету. После этого, исходя из заполненной Вами анкеты, Вы можете найти своих знакомых и друзей, с которыми учились или учитесь в одном учебном заведении, работаете или работали в одной компании, отдыхали в одном доме отдыха и так далее. Также при помощи социальной сети и своей анкеты Вы сможете познакомиться с людьми со схожими интересами и увлечениями.

То есть, социальная сеть – это сайт, который объединяет людей по каким-то признакам. Можно сказать, что любой сайт на определенную тему, где посетители могут общаться друг с другом (при помощи форума или чата, например), является социальной сетью. Но это не совсем верно.

Социальная сеть – это, в первую очередь, то место, где Вы можете составить портрет своей личности и найти нужные Вам контакты.

Вообще-то, само понятие «социальные сети» исключает платную регистрацию. Самые крупные и известные социальные сети бесплатны. То есть, для того, чтобы стать их участником не нужно платить за регистрацию. Советую очень настороженно относиться к предложениям платного вступления в ту или иную социальную сеть.

Можно, конечно, разделить социальные сети на типы в зависимости от содержания. Социальные сети для поиска людей, для любителей музыки, для сбора новостей, для видео, фото и так далее. Но, как я уже говорил, это не совсем верно. Современное понятие социальных сетей – это сайты, на которых есть все и сразу, но с упором на личную информацию и поиск контактов. Поэтому поговорим о конкретных социальных сетях. Начнем с самых известных в мире, но, тем не менее, не особо популярных в нашей стране, социальных сетях.

Facebook (Фейсбук)

Facebook - крупнейшая на планете социальная сеть, объединяющая более 955 миллионов пользователей. Facebook переведен более чем на 60 языков мира и занимает первое место по посещаемости во многих странах своего присутствия.

Была основана 4 февраля 2004 года Марком Цукербергом и его соседями по комнате во время обучения в Гарвардском университете (в США) — Эдуардо Саверином, Дастином Московицем и Крисом Хьюзом.

Первоначально веб-сайт был доступен только для студентов Гарвардского университета, затем регистрацию открыли для других университетов Бостона, а затем и для студентов любых учебных учреждений США. Начиная с сентября 2006 года сайт доступен для всех пользователей Интернета в возрасте от 16 лет, имеющих адрес электронной почты.

Основу "Фейсбук" составляют страницы пользователей, страницы групп пользователей и страницы приложений, которые могут быть как представительствами компаний, фирмы, организации в "Фейсбук", так и страницей, на которой размещены допущенные администрацией скрипты какой-нибудь программы, например, популярной игры. Фейсбук позволяет создать профиль с фотографией и информацией о себе, приглашать друзей, обмениваться с ними сообщениями, изменять свой статус, оставлять сообщения на своей и чужой «стенах», загружать фотографии и видеозаписи, создавать группы (сообщества по интересам).

Уже в процессе регистрации пользователь встречает знакомых или друзей. И индивидуальные страницы пользователей, и страницы групп обладают различным набором функций, которые периодически расширяются. В группу можно объединиться по какому-нибудь признаку, например, по интересам. На странице группы ведется календарь мероприятий, собраний. На «стене» группы есть возможность размещать объявления о будущих встречах, поездках, вечеринках. У каждой группы есть свои собственные ветки обсуждений различных насущных проблем, в которых можно писать свои комментарии, оценивать комментарии других членов этой группы с помощью кнопки «Нравится» или «Like». Действие нажатия на кнопку «Нравится» называется по ее английскому названию - «Лайк». Слово это уже давно вышло за рамки социальной сети Facebook и вошло в обыденную жизнь. Тут и там можно услышать: «Я тебя лайкнул». Это значит, поставил отметку о том, что ты мне нравишься.

На странице группы и каждого пользователя есть «Стена». Когда-то «Стена» была только фишкой Facebook, теперь же ее скопировали очень многие социальные сети, например Российская социальная сеть «ВКонтакте». На стене пользователя или открытой группы (а группы бывают открытые и закрытые) кто угодно может написать свои мысли, разместить фотографии, «повесить» ссылку. Кстати, если пользователь оставляет на стене ссылку на посторонний сайт, система Facebook самостоятельно анализирует ее, создает анонс и ставит маленькую фотографию, скопированную со страницы, на которую ведет ссылка.

Можно с уверенностью сказать, что работа в Facebook - это очень увлекательное занятие, которое может доставить очень много приятных минут (например, когда находишь давнего друга, с которым не виделся много лет) и пользы, если с помощью Facebook вы решили делать свой бизнес.



Twitter (Твиттер)

О Twitter слышали почти все, очень многие имеют там учетные записи и очень активно работают в них. Кто-то знакомится и общается с интересными людьми, кто-то раскручивает свою фирму, делая ей рекламу, кто-то пишет репортажи с мест интересных событий, привлекая в свою ленту новые и новые тысячи читателей. Созданный Джеком Дорси в 2006 году, «Твиттер» вскоре завоевал популярность во всем мире.

Любой подписавшийся на вашу ленту, начинает следить за вами - читать ваши сообщения в своей ленте. В Твиттере есть возможность вести личную переписку с такими же пользователями этой супер-популярной соц. сети. Причем переписку можно сделать невидимой или открыть ее всем, кто читает вашу ленту или ленту вашего адресата.

Чем интереснее новости, которые вы публикуете, тем больше пользователей подписывается на вас и ограничений здесь нет. У одного пользователя может быть несколько миллионов читателей. Читаемых вами может быть тоже сколько угодно, только существует один строгий запрет - нельзя подписываться на более чем 2000 человек в сутки.

Почему нельзя подписываться на много человек сразу? Дело в том, что в Твиттере, как и в обычной жизни действует правило вежливости. Если человек подписался на тебя, то ты должен подписаться на него. Следуют этому правилу конечно не все, но очень многие, особенно, западные пользователи. Поэтому, чтобы ограничить неестественно-быструю популяризацию молодых учетных записей, еще не имеющих достаточного количества записей, в Твиттере было придумано такое ограничение.

В Твиттере появляется всё, что написали те, кого вы сами выбрали. Но Твиттер имеет определенные ограничения, которые отличают его от других платформ и дают ему скорее преимущества, чем недостатки.

Первое. Сообщение в Твиттер не может быть длиннее 140 символов, включая пробелы. В первые дни кажется, что это очень неудобно, но потом привыкаешь и начинаешь осознавать неоспоримое преимущество этого ограничения, которое сильно влияет на информативность ленты новостей.

Второе. С Твиттером работают не только в обычных браузерах, но и в специальных программах. Твиттер доступен абсолютно всем мобильным платформам и при наличии доступа в Интернет, читать и писать в Твиттер можно с любого мобильного телефона, смартфона или планшета.

Третье. В Twitter можно отвечать на публикации других пользователей. Чтобы ответить на чужое сообщение, надо начать сообщение со знака @, после которого набрать имя пользователя, которому вы хотите ответить. Этот ответ будут видеть все, включая того, кому вы отвечаете, даже если он не подписан на вас.

Четвертое. В Твиттере можно посылать личные сообщения тем, кто следит за вами. Они не будут видны другим людям.

Пятое. В Твиттере имеется возможность создавать списки, с помощью которых можно разбить тех, кого вы читаете по определенным группам. Например, можно создать список “Тенториум” и поместить туда всех ваших друзей, которые имеют к нему отношение. Можно разделить людей, пишущих на разных языках, расставив русский в один список, английский - в другой, а французский - в третий.

Для чего нужен Twitter? Для быстрого и успешного освоения Твиттера, надо понять, что ваш Twitter - это не только блог, и не только средство общения, и получения новой информации, - это мощный инструмент для того, чтобы рассказать о себе, своих увлечениях и привязанностях миллионам и миллионам пользователей по всему миру. И не только рассказать, но и сделать их своими единомышленниками и друзьями.

YouTube (Ютьюб)

Сегодня очень сложно найти человека, который бы не слышал такое слово как «YouTube» (Ютьюб). Но далеко не каждый знает, что же это такое. YouTube представляет собой сервис, который известен во всем мире. Он позволяет всем желающим пользоваться видеофайлами. С его помощью можно размещать, редактировать, комментировать и просматривать видео на просторах Интернета.

Сегодня YouTube по праву считается наиболее востребованным видеохостингом в мире. Плюс ко всему, данный сайт занимает третье место по посещаемости. Более четырех миллионов людей каждый день заходят на данный ресурс. Для того чтобы пользоваться YouTube, достаточно просто зарегистрироваться.

Стоит отметить, что сайт был основан на территории Сан-Бруно зимой 2005 года. Его основателями являются Стив Чен, Чад Хёрли и Джавед Карим. Первая запись на сайте появилась 23 апреля 2005 года. Видео, которое начало историю сайта, длилось всего девятнадцать секунд. Оно называется «Я в зоопарке». На нем Джавед Карим, один из

основателей Ютуба, рассказывает о слонах и говорит следующее: «Круто, что у этих ребят очень, очень, очень длинные хоботы»

Сейчас 300 часов записей загружается на самый известный видеохостинг в мире каждую минуту. Самый популярный ролик — клип на песню корейского поп-певца Psy «Gangnam Style», который был просмотрен жителями Земли более 2 млрд раз.

Уже в конце 2005 года сервис стал популярным на просторах многих стран. В 2006 YouTube выкупила мировая компания Google, которая владеет им и сегодня.

Как уже было сказано, на сайте может зарегистрироваться любой пользователь Всемирной паутины. Для этого нужно создать свой электронный ящик на сайте Google.com. После этого, вы получите доступ ко всем сервисам и службам Google. Регистрация позволяет оценивать видео других пользователей, отправлять свои материалы и создавать целые каналы. Но стоит отметить, что не все видео можно загрузить на сайт. YouTube выдвигает ряд требований к материалу.

Во – первых, добавляемое видео не должно нарушать закон про авторское право. Во – вторых, видео не должно длиться более пятнадцати минут. И в – третьих, видео не должно нарушать законодательства. В противном случае, материал будет удален. Полный список ограничений можно найти на сайте.

8 июля 2011 года YouTube полностью поменял дизайн сайта, 2 декабря 2011 года YouTube запустил новую версию интерфейса сайта. В то же время, новая версия логотипа YouTube была введена в более темный оттенок красного.

Главные перемены связаны с упрощением и облегчением интерфейса. Многие элементы теперь сгруппированы по-другому, что позволяет отображать на экране больше полезной информации. Система 5-звездочных рейтингов заменена на «двухбалльную» – нравится/не нравится. В комментариях самые рейтинговые записи показаны отдельно, кроме этого, также проще найти ответы автора видео другим пользователям. Кнопка подписки на видеоканал, а также все доступные на этом канале ролики теперь отображаются вверху страницы: в YouTube приняли во внимание тот факт, что перед добавлением канала в избранное пользователь хочет быстро оценить и другие видеоматериалы, чтобы окончательно выяснить, подходит ему данный канал или нет.

Сегодня многие люди зарабатывают при помощи YouTube. Для этого нужно или стать партнером сайта, или зарабатывать на показе рекламы. Также можно создать свой блог, что приносит неплохой заработок. Подробности можно найти на самом сайте YouTube.



Instagram (Инстаграм)

Инстаграм (Instagram) – это социальная фотосеть, где вы выкладываете фотографии и даёте им краткое описание. Кроме того, инстаграм – это бесплатная программа, предназначенная для того, чтобы пользователи могли делиться с миром своими фотографиями. Основа функционала программы инстаграм такова: пользователь делает фотографию, затем применяет к ней один из стандартных цифровых фильтров, то есть обрабатывает ее, и затем может поделиться получившейся картинкой со своими друзьями через любую социальную сеть, включая собственную сеть инстаграм.

Разработка Инстаграм началась в Сан Франциско Кевином Систром, а был он запущен в Октябре 2010 года. Изначально программа Инстаграм работала только на Apple. Однако, в Апреле 2012 года появилась версия Инстаграм для Android (версий от 2.2).

Правила использования довольно просты: чтобы пользоваться Инстаграм пользователь должен быть старше 13 лет; владелец аккаунта несет полную ответственность за всю активность произведенную с данного аккаунта. Как и в Твиттере в Инстаграм у вас могут быть читатели (подписчики на аккаунт), а также вы сами можете

подписываться на аккаунты других пользователей данной сети. В Твиттере публикуется: происходящее в вашей жизни в данный момент, что вас интересует, интересная информация, ссылки - то есть всё это в текстовом виде в пределах 140 символов, а также к твиту можно прикрепить изображение. В Инстаграм наоборот – основой являются ваши фотографии, которые связаны с вашей жизнью, интересами и предпочтениями, к которым можно дать краткое описание. Размещённые вами фотографии пользователи могут комментировать, а также «лайкать» (делать знак того, что ваша фотография им понравилась), то же самое можете делать и вы с фотографиями пользователей сети Instagram.

Инстаграм можно использовать как свой личный фотоархив, как приложение для обработки фотографий и как социальную сеть, чтобы делиться со своими подписчиками фотографиями, которые передают фрагменты вашей жизни. Очень часто Инстаграм используют музыканты, актёры и прочие видные деятели, чтобы делиться эпизодами своей жизни.

Пользоваться Instagram достаточно просто. Для этого вы должны установить на свой смартфон бесплатное приложение с одноимённым названием. Приложение доступно для всех пользователей Apple и Android. Затем нужно зарегистрироваться на сервисе и авторизоваться в приложении – после этого вы можете в полной мере пользоваться Инстаграм. Для Инстаграм могут использоваться как имеющиеся в памяти телефона фотографии, так и сделанные встроенной камерой с помощью данного приложения. Перед публикацией очередного изображения в своём аккаунте производится инстаграм фотографии.

Инстаграм фотографии – это обработка фотографий с помощью специальных фильтров, которые имеются в программе Инстаграм. Даже находясь в закрытом режиме приложение проинформирует вас о «лайках» ваших фотографий и о новых комментариях к ним.

Довольно популярно в Инстаграм – это фотографирование еды и размещение данных фото на своём аккаунте, зачастую это какие-либо оригинальные блюда из кафе и ресторанов.

Других, более мелких, социальных сетей очень много. Практически в каждой стране есть своя популярная *социальная сеть*. Обычно – это клон Facebook с некоторыми отличиями. Причем, странно то, что Facebook.com переведен практически на все языки мира и функционирует также по всему миру, но в каждой стране, как правило, есть свой суперпопулярный клон Facebook. И Россия не исключение.

Одноклассники

Одноклассники - это социальная сеть, в которой Вы можете зарегистрироваться, загрузить фотографию, указать свои данные. Что это даст? Во-первых можно найти своих дальних родственников, старых друзей, потерянных одноклассников, которые раскиданы по всему миру. Во вторых - фотогалереи, где можно просматривать фото своих знакомых и хвастаться своими фотографиями, фото питомцев, ставить оценки и оставлять комментарии к ним. В третьих можно просто найти себе друга, ограничений нет.

Но, как следует из названия, этот сайт предназначен, в первую очередь, для поиска одноклассников. Ведь большинству людей интересно, как сложилась жизнь тех, кто вместе с ними прошел школьные годы: кто чем занимается, где живет, как сложилась семейная жизнь.

На этом сайте как раз люди и рассказывают о себе, находят потерянных школьных друзей, обмениваются контактами. Причем, благодаря этой социальной сети можно найти не только одноклассников, но и однокурсников, армейских приятелей, коллег по работе – в общем, всех с кем когда-либо пересекались жизненные пути. Можно даже найти человека просто по имени и фамилии, возрасту, стране и городу.

Создатель сайта - Альберт Михайлович Попков, разработал и создал сайт в начале 2006 года как хобби, но количество пользователей, зарегистрировавшихся на сайте, росло в геометрической прогрессии, поэтому основателем проекта было принято решение о создании полноценного сайта. К июлю 2007 года социальная сеть «Одноклассники» увеличила свою аудиторию до 4 миллионов пользователей.

Прогресс не стоит на месте и из обычного сайта для общения одноклассники превратились в мощный развлекательный центр. На данный момент на этом сайте можно слушать музыку, играть в игры, назначать встречи, организовывать сообщества и т.д. Общения стало больше.

Аудитория сайта одноклассники (ok.ru) – это люди разного возраста. Если сравнивать ее с другой популярной русскоязычной социальной сетью Вконтакте, то там, как правило, люди моложе, чем в одноклассниках.

В связи с этим существуют некоторые особенности в плане общения и размещения информации о себе. Вконтакте, например, люди любят повеселиться: шутивная форма общения, веселые фотографии, забавные комментарии. Одноклассники же – более серьезная социальная сеть, и это чувствуется во всем: более «официальные» фотографии, манера общения, темы для обсуждения.

Как таковых правил здесь не существует. Общайтесь, знакомьтесь, дружите в свое удовольствие. Но, конечно, имеются определенные ограничения. Например, нельзя нецензурно выражаться и оскорблять чувства других людей. Но обычно они и так понятны любому воспитанному человеку, хотя, к сожалению, не все их соблюдают.

Вконтакте

Когда-то в Интернете появился сайт под названием Фэйсбук (facebook.com). Смысл его заключался в том, что пользователь мог там бесплатно заполнить страничку о себе, указав место, где он учился. На основе этих данных система выдавала страницы людей, которые, вероятнее всего, учились вместе с ним. Со временем на этом сайте появились новые возможности, в том числе поиск не только по месту учебы, но и работы.

В итоге получился такой вот поисковик людей со множеством дополнительных функций, который прозвали социальная сеть. Фэйсбук был не единственным подобным сайтом, но стал самым популярным и востребованным в мире, затмив все остальные.

В 2006 году русский парень Павел Дуров решает открыть подобную социальную сеть, только русскоязычную (тогда у Фэйсбука еще не было русской версии). Называет он ее Вконтакте.

На удивление этот сайт очень быстро становится известным и буквально за год обходит по посещаемости уже действующий на тот момент Одноклассники (ok.ru). Ресурс изначально создавался в качестве социальной сети российских студентов и выпускников, позднее стал называть себя «современным, быстрым и эстетичным способом общения в сети». В январе 2015 года ежедневная аудитория сайта составляла 70 миллионов человек в день.

Бесконечно совершенствуясь, эта соцсеть стала не только самой популярной в России, но и одним из самых популярных сайтов в мировом Интернете (по некоторым данным 6-е место в мире).

Контакт – это краткое название социальной сети Вконтакте. Расположена она по адресу в Интернете vk.com. Это крупнейший русскоязычный сайт для общения и отдыха.

Чтобы получить доступ к ресурсам Kontakta, необходимо зарегистрироваться на сайте. После регистрации пользователь получает:

- Личную страницу, куда можно добавить информацию о себе, фото и видео;
- Поиск по базе зарегистрированных пользователей и доступ к их страницам;
- Возможность смотреть фильмы, слушать музыку, играть в игры, а также участвовать в тематических сообществах.

Чем Контакт так хорош? В общем-то, всё, что есть Вконтакте, имеется и в Одноклассниках. Но только Контакт по всем параметрам лучше.

Люди. В основной массе пользователи здесь более продвинутые. А это означает, что они лучше разбираются в современных технологиях и требовательнее к их качеству. Благодаря этому Вконтакте практически не бывает системных ошибок, то есть сайт работает стабильнее.

Видео и музыка. Любой пользователь может легко и безболезненно загрузить сюда аудио или видео файл со своего компьютера. В итоге здесь собраны миллионы видео роликов, передач, сериалов, фильмов и мультфильмов. Ну, и, конечно, очень много музыки. Все это можно не только послушать или посмотреть, но и, используя дополнительные программы, скачать на свой компьютер.

Группы. Тематические сообщества отличаются не только разнообразием, но и качеством информации. Публиковать размытые картинки и низкопробные видеоролики считается дурным тоном. Тексты должны быть актуальные, интересные и хорошо оформленные.

Мой Мир – социальная сеть сайта Mail.ru. Помимо почты этот сайт предоставляет массу других возможностей: добавление фотографий, музыки и видео, поиск знакомых и друзей и так далее. Для этого Вам необходимо зарегистрироваться на этом сайте, то есть создать почтовый ящик, и настроить Мой Мир.

Работа со статистической информацией (объяснение и дискуссия) (самостоятельное заполнение формы положительные и отрицательные стороны социальных сетей) по окончании заполнения – обсуждение и дискуссия.

Вероятные положительные стороны

Проблемы социальных сетей

- Возможность поддерживать общение с друзьями по всему миру;
- Возможность быстрого получения помощи в решении какой-либо проблемы;
- Возможность демонстрировать свои успехи - например, делиться хорошо удавшимися фотографиями;
- Возможность учиться в сотрудничестве.
- При неиспользовании настроек приватности можно, самим того не желая, распространить частную информацию;
- Необдуманно сделанные записи могут показать тебя в дурном свете;
- Твои друзья могут опубликовать фотографии с тобой, которые тебе не нравятся;
- В киберпространстве возможно издевательство/нападки;
- Распространение вирусов.

Подводя итог, можно сказать, что социальная сеть сегодня – это, в первую очередь, инструмент для общения on-line, который нам предлагает Интернет, и у каждого выбор, пользоваться им или нет. Социальные сети так плотно слились с общественной жизнью человека, что нельзя уже и представить, как он без нее будет существовать.

Секция 4. «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»

БРУЦЕЛЛЕЗ

Зацепина И. О.

Научный руководитель: Омирханова Райхан Бозтаевна

Бруцеллёз (*лат. brucellosis*) - общее инфекционное заболевание, системный ретикулоэндотелиоз с преимущественным поражением опорно-двигательной, нервной и половой систем. Первое описание бруцеллёза было сделано Гиппократом более 2000 лет назад. Первое научное описание бруцеллёза было сделано в 1861 году английским военным врачом Мэрстоном. В 1887 году британский врач Дэвид Брюс выделил микроорганизм, вызывающий бруцеллёз, у нескольких зараженных пациентов на острове Мальта. Широкое распространение среди людей отмечалось в 18 и 19 веках в странах, расположенных в бассейне Средиземного моря. На протяжении своей истории у этой болезни было много разных названий, в том числе мальтийская и средиземноморская лихорадка, а также волнообразная лихорадка (благодаря рецидивирующему характеру лихорадки, возникающей во время болезни). В 1897 г. датские ученые Банг и Стриболд установили, что массовые аборт у коров вызывает микроорганизм, названный *B. abortus bovis*. В 1914 г. Траум обнаружил очень сходный микроорганизм, названный *B. abortus suis*, при массовых абортах у свиней. Для диагностики бруцеллеза в 1897 г. Райтом была предложена серологическая реакция агглютинации, а в 1922 г. Берне разработал внутрикожную аллергическую пробу, облегчающую распознавание болезни. Долгое время мальтийская лихорадка у людей и массовые аборт у домашних животных считались самостоятельными заболеваниями. В 1918 – 1920 гг. Ивенс, Мейер и Фезье, изучая биологические свойства возбудителя мальтийской лихорадки и массовых аборт у крупного рогатого скота, обнаружили их чрезвычайную близость. Эти исследования явились основанием объединить указанных возбудителей, в том числе и возбудителя массовых аборт у свиней, в одну родовую группу под наименованием *Brucella* (в честь Брюса), а вызываемые ими заболевания именовать бруцеллезом.

Возбудитель заболевания — группа микроорганизмов рода бруцелл. Патогенными для человека являются три: возбудитель бруцеллёза мелкого рогатого скота (*Brucella melitensis*), возбудитель бруцеллёза крупного рогатого скота (*Brucella abortus*), возбудитель бруцеллёза свиней (*Brucella suis*), возбудитель бруцеллеза собак (*Brucella neotomae*), возбудитель бруцеллеза овец (*Brucella ovis*)/

Возбудители бруцеллеза — неподвижные грамотрицательные бактерии, способные паразитировать внутриклеточно. Известно 6 типов возбудителей бруцеллеза и 17 биоваров. Заражение людей происходит алиментарным путем (через молоко или молочные продукты) или при контакте с животными и продуктами животноводства (уход за скотом, особенно помощь при отелах, обработка туш и т.д.).

Проведя статистический анализ по Казахстану, выяснилось что в Казахстане есть проблемы с бруцеллезом у животных, которые в дальнейшем приводят к заболеванию людей. Бруцеллез является проблемой не только Казахстана, но и таких стран как: Испания занимает первое место по бруцеллезу, Польше (редкие случаи их отмечают только у ветеринаров и у приезжающих из стран Средиземноморья), Россия (присутствует только на Кавказе), Дагестане, Ближний Восток, а в таких странах Европы и США заболевание не распространено широко. Казахстан оказался в тройке лидеров по количеству впервые выявленных случаев бруцеллеза в последние пару лет. Дело в том, что в СССР, а потом и в странах СНГ дважды в год проводилась обязательная вакцинация скота. Но для вступления в ВТО было решено ликвидировать вакцинацию в Казахстане, так как применявшийся ранее вариант вакцинирования штаммом-82, как считают

специалисты из ВТО, слишком сильная вакцина и может привести к заболеванию. Еще одной причиной отказа называют запрет на торговлю мясом вакцинированных животных в странах ВТО. В результате этого решения в Казахстане начались массовые заболевания животных, от которых заражаются люди. В Казахстане растет количество скота, заболевшего бруцеллезом. Если в 2015 году положительная реакция на эту болезнь была зафиксирована менее чем у 200 голов КРС, то с начала 2016 года - уже более чем у 500. Специалисты объясняют это в первую очередь увеличением количества исследованных животных. Вот например, от бруцеллеза пострадали жители села Семипалатного Кызылжарского района, где в 2016 году было выявлено 34 головы больного КРС, хозяевам которого предписано отправить скот на санитарный убой до 27 мая 2016 года. Санитарный убой – это не уничтожение животных, а забой с последующим обеззараживанием мяса, которое потом идет на колбасу и консервы. Им выплатят за забой скота на перерабатывающих предприятиях только половину рыночной стоимости, вторую же половину им должно доплачивать государство.

Проникнув в организм человека через кожу или слизистые оболочки, бруцеллы сначала попадают в регионарные лимфатические узлы, а затем в кровь. Из крови возбудитель фиксируется органами ретикулоэндотелиальной системы (печенью, селезенкой, костным мозгом, лимфатическими узлами), в которых формируются вторичные очаги инфекции. Они являются источниками длительной бактериемии. В результате развивается генерализация процесса с образованием метастазов (специфических гранул) преимущественно в опорно-двигательной, нервной и половой системах. Развивается сенсибилизация организма с различными аллергическими проявлениями. Болезнь принимает хроническое течение со сменой обострений и ремиссий, постепенным затуханием процесса, выздоровлением на длительный период. Формируется иммунитет, но не длительный (через 3—5 лет возможна реинфекция). На проявления бруцеллеза существенно влияет и вид бруцелл, вызвавших заболевание. Наиболее тяжёлое течение бруцеллеза — мелитенсис, остальные вызывают более лёгкие формы.

При исследовании под микроскопом поражённых бруцеллёзом органов и тканей видны характерные гранулёмы, весьма похожие на туберкулёзные, редко однако подвергающиеся казеозному некрозу. Исключение составляет инфекция *B. suis*, при которой часто наблюдаются абсцессы.

Инкубационный период составляет 1—3 недели. Заболевание развивается, как правило, постепенно и не имеет специфических черт. Но больные обычно предъявляют четыре основные жалобы:

- перемежающаяся боль в суставах, преимущественно в нижних конечностях, иногда весьма сильная и мучительная.
 - повышение температуры тела в виде длительного субфебрилитета (до 38 °С) или волнообразного типа с резкими подъёмами и падениями.
 - усиленная потливость, испарина, иногда ночная потливость.
- резкая слабость и упадок сил.

По классификации Г.П.Руднева выделяют следующие формы бруцеллеза:

- 1) острый – длительностью до 3 месяцев
- 2) подострый - длительностью до 3-6 месяцев
- 3) хронический – более 6 месяцев
- 4) резидуальный.

По классификации Н.И.Рагоза различают следующие формы:

- 1) форма первично-латентная;
- 2) форма остросептическая;
- 3) форма первично-хроническая метастатическая;
- 4) форма вторично-хроническая метастатическая;
- 5) форма вторично-латентная.

Вариантами течения являются формы: септико-метастатическая и первично-хроническая метастатическая.

Первично-латентная состояние практического здоровья. При ослаблении защитных сил она может превратиться или в остросептическую, или в первично хроническую метастатическую форму. Иногда микро симптомы: небольшого увеличения периферических лимфатических узлов, иногда повышается температура тела до субфебрильной, повышенная потливость при физическом напряжении. Они считают себя здоровыми и сохраняют работоспособность.

Остросептическая форма лихорадкой (39—40 °С), температурная кривая волнообразная, неправильного (септического) типа с большими суточными размахами, повторными ознобами и потами. Самочувствие остается хорошим (при температуре 39 °С и выше может читать книги, играть в шахматы, смотреть телевизор). Отсутствуют и другие признаки общей интоксикации. Не угрожает жизни больного, даже без этиотропного лечения она заканчивается выздоровлением. Все группы лимфоузлов умеренно увеличены, некоторые чувствительны. К концу первой недели — увеличение печени и селезенки. При исследовании крови лейкопения, СОЭ не повышена. Главным отличием является отсутствие очаговых изменений (метастазов). Без антибиотикотерапии длительность лихорадки 3—4 недели и более.

Хронические формы иногда развиваются сразу, минуя острую, иногда спустя время после остросептической формы. По клинике первично-хроническая метастатическая и вторично-хроническая метастатическая формы не различаются. Отличие — наличие или отсутствие остросептической формы в анамнезе. Клиника: длительную субфебрильную температуру, слабость, повышенную раздражительность, плохой сон, нарушение аппетита, снижение работоспособности. Генерализованная лимфаденопатия мягкие, чувствительные или болезненные при пальпации, отмечаются мелкие очень плотные безболезненные склерозированные лимфоузлы (0,5—0,7 см в диаметре). Увеличение печени и селезенки. На этом фоне выявляются органные поражения, наиболее часто со стороны опорно-двигательного аппарата, затем идут нервная и половая системы. Боли в мышцах и суставах, преимущественно в крупных, полиартрит, при новом обострении появляются другие по локализации метастазы. Периартрит, параартрит, бурситы, экзостозы, не отмечается остеопорозов. Суставы опухают, подвижность в них ограничена, кожа над ними нормальной окраски. Нарушение подвижности и деформация обусловлены разрастанием костной ткани. Поражается позвоночник, чаще в поясничном отделе. Типичны сакроилеиты (симптом Эриксона: на стол на спину или на бок и производят давление на гребень верхней подвздошной кости при положении на боку или сдавливают обеими руками передние верхние гребни подвздошных костей в положении на спине. При одностороннем сакроилеите боли на пораженной стороне, при двухстороннем — боли в крестце с двух сторон). Симптом Нахласа, укладывают на стол лицом вниз и сгибают ноги в коленных суставах. При подъеме конечности боль в поражённом крестцово-подвздошном сочленении. Симптом Ларрея на стол на спине, врач берётся обеими руками за выступы крыльев подвздошных костей и растягивает их в стороны, при этом появляется боль в поражённой стороне (при одностороннем сакроилеите). Симптом Джона—Бера: больной в положении на спине, при давлении на лонное сочленение перпендикулярно вниз боль в крестцово-подвздошном сочленении.

Миозиты боли в поражённых мышцах. Боли тупые, продолжительные, интенсивность их связана с изменениями погоды. При пальпации определяются более болезненные участки, а в толще мышц прощупываются болезненные уплотнения различной формы и размеров. Фиброзиты (целлюлиты) в подкожной клетчатке на голених, предплечьях, спине и пояснице. Размеры от 5—10 мм до 3—4 см мягкие овальные образования, болезненные или чувствительные. В дальнейшем они

уменьшаются, могут полностью рассосаться или склерозируются и остаются на длительное время в виде небольших плотных образований, безболезненных.

Поражение нервной системы: невриты, полиневриты, радикулиты. Поражение центральной нервной системы (миелиты, менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты) редко, протекают длительно и тяжело.

Изменения половой системы у мужчин — орхитах, эпидидимитах, снижении половой функции. У женщин сальпингиты, метриты, эндометриты. Возникает аменорея, может развиваться бесплодие. У беременных женщин часто возникают аборт, мертворождения, преждевременные роды, врождённый бруцеллёз у детей.

Вторично-хроническая форма протекает так же. Вторично-латентная форма отличается от первично-латентной тем, что она чаще переходит в манифестные формы (рецидивирует).

Диагностика бруцеллеза.

Лабораторный диагноз:

1) Посев крови на питательные среды положителен в 50—70 % случаев у больных бруцеллёзом:

- 2) реакция Райта — положительна на 10-й день;
- 3) реакция Кумбса — диагноз хронического бруцеллёза;
- 4) 2-меркаптоэтанол-аглютининный тест;
- 5) реакция Хеддлсона;
- 6) кожная проба Бюрне.

Антибиотикотерапия: два, три препарата из следующих: тетрациклин, стрептомицин, доксициклин, рифампицин, гентамицин — только при остром бруцеллёзе, в сочетании с препаратами, проникающими внутрь клетки, бисептол, нетилмицин. Наиболее эффективны в лечении бруцеллёза у людей фторхинолоны (ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин), самый эффективный из них — флероксацин.

Возможные схемы:

- Доксициклин 45 дней + стрептомицин или гентамицин 14 дней
- Доксициклин + нетилмицин (некоторыми авторами упоминается как самая результативная схема)
- Доксициклин + рифампицин
- Фторхинолоны + Доксициклин, или нетилмицин, или рифампицин
- Фторхинолоны в монотерапии
- Триметоприм/Сульфаметоксазол (бисептол) + рифампицин

Бруцеллёз переходит в хроническую форму в 37-80 % случаев, особенно при несвоевременном или неадекватном лечении.

Прогноз бруцеллеза.

Бруцеллёз редко становится причиной смерти. Даже до появления антибиотиков смертность при нём не превышала 2 % и была в основном обусловлена эндокардитом. Однако бруцеллёз нередко заканчивается инвалидностью. Тяжесть остаточных дефектов зависит от вида возбудителя. Самые тяжёлые последствия оставляет бруцеллёз, вызванный Brucella melitensis. Одна из причин инвалидности — неврологические расстройства, в том числе поражение спинного мозга и параплегия. Описана нейросенсорная тугоухость как осложнение менингоэнцефалита и лечения стрептомицином.

Основой профилактики является комплекс санитарно-ветеринарных мероприятий, направленных на снижение заболеваемости бруцеллезом сельскохозяйственных животных. Контроль за качеством продуктов, запрещено употребления молочных продуктов от больных бруцеллезом животных без обеззараживания. В районах, неблагополучных по бруцеллезу козье-овечьего типа, проводят прививки сухой живой протвобруцеллезной вакциной. Прививкам подлежат постоянные и временные работники

животноводства, а также работники мясокомбинатов. Прививки проводят накожным методом однократно. Ревакцинация через 8-12 месяцев накожно половинной дозой вакцины, установленной для вакцинации.

Из проведенного исследования можно сказать, что следует уделить особое внимание тому, что в Казахстане в данное время отменили вакцинацию животных, что привело к большему риску заражения не только животных, но и людей. Так же следует следить за стерильностью молочных продуктов и мяса. Не покупать мясные изделия на открытых рынках.

Список использованной литературы:

1. А.П. Казанцев, В.С. Матковский «Справочник по инфекционным болезням

СҮТ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРЛІ ОБЫРЫ

Айдарханова А.

Ғылыми жетекшісі Рахматуллин Айдос Бауыржанович

Сүт безінің обыры (СБО) – әйелдер арасында ең жиі кездесетін онкологиялық ауру. Соңғы 10-15 жылда бірқатар дамыған елдерде осы аурудан болатын өлім-жітімнің едәуір азайғандығы байқалады. Әрине, жағдайдың мұндай беталысы ең алдыменен халықтың СБО туралы білімінің арта түскендігі мен аурудың ерте анықталып, кешенді ем қабылдануының нәтижесі болса керек.

Сүт безінің обыры – Европа, Америка, Азия елдерінің әйел адамдардың арасында ең кең тараған ісік түрі болып табылады. Жыл сайын әлемде бұл аурудың миллионан астам жағдайы тіркеледі, ал орташа өмір сүру ұзақтығы 80 жас екендігін ескерсек сүт бездерінің обырымен ауру қаупі 12,5% құрайды. Соңғы 20 жылда обырдың осы түрімен аурудың тұрақты тенденциясы байқалады, әсіресе қалалар мен мегаполистерде . 1985 жылдан бері әйелдер арасындағы онкологиялық аурулар ішінде 31,2% құрай отырып бірінші орында тұр. Жыл сайынғы профилактикалық тексеру ісіктерді ерте диагностикалауда маңызды рөл атқарады. Дегенмен, көптеген науқастар дәрігерге ісіктің айқын белгілерімен келеді, бұның өзі әрі қарай аурумен күресуде қиындық туғызады. Бұған себептердің бірі – аурудың ерте диагностикалау қажеттілігінің маңызын түсінбеушілікте. Қазіргі таңда көптеген , ғалымдар обыр жасушаларының пайда болу механизмдерін белсенді түрде зерттеуде, алайда біршама мәселелер әлі де түсініксіз болып қалуда. Кез келген басқа да онкологиялық ауру сияқты сүт безі обыры да бұрынғыдай сұм ажалға әкелуі мүмкін зұлым ауру болып қала береді

Этиологиясы: Әрбір нақты жағдайда сүт безінің обырының не себептен пайда болғанын нақтылап айту мүмкін емес. Тек белгілі бір дәрежеде обырға әкелетін ықпалдарды атап айтуға болады. Обыр жасушаларының пайда болуына сүт бездерінің қалыпты жасушаларының мутациясының әсерінен пайда болатыны белгілі. Канцерогендердің әсерінен жасушалардағы генетикалық материал өзгереді. Нәтижесінде қалыпты жасушалар обыр жасушаларына айналады. Жасуша жиі – жиі бөлінген сайын канцерогендердің әсерінен обыр жасушаларына айналу қаупі өсе түседі. Сүт безі обыры кезінде канцерогенезді арттыратын көптеген факторларды болады. Атап айтқанда, эстроген гормонының мөлшерінің артуы немесе оның басқа гормондармен салыстарғанда мөлшерінің көбірек болуы, менструалды циклдың әртүрлі бұзылыстары, түсіктер және лактацияның болмауы, қалқанша безінің қызметінің бұзылыстары, бүйрекүсті бездерінің

жұмысының ауытқушылықтары, және т.б. Ер адамдарда да сүт безінің обыры кездеседі, бірақ әрине әйел адамдарға қарағанда сирек және көбінесе гинекомастия фонында.

Сүт безі обырымен ауру қауіпін жоғарлататын факторларға жатады: ерте менархе (11-12 жас); кеш алғаш босану (28-30 жас); плацентаның көлемі мен салмағының үлкен болуы туылған қыз нәрестеге қауіптілік туғызады, аборттар, әсіресе алғаш босануға дейін, жатыр түтіктерінің созылмалы қабыну аурулары, эндометриоз, аналық без кисталар және т.б. 65 жастан асқаннан кейін бүйрекүсті безі эсторгендері мен салмақтың көбеюіне байланысты қауіптіліктің екінші шыңы пайда болады. Қауіп факторының үш тобы:

- ✓ репродукцияға байланысты (босану/түсіктер, лактация, менархе жасы), қосарланған гинекологиялық аурулары;

- ✓ генетикалық жақындылыққа байланысты: жақын туыстарында қатерлі ісіктердің болуы, әсіресе әйел жыныс мүшелерінде және сүт бездерінде;

- ✓ зат алмасу және гормональды бұзылыстарға байланысты, соның ішінде құрамында эсторгендері бар гормональды препараттарды қабылдаумен байланысты.

Сүт безі обырының кезеңдері:

0 саты

Бұл саты инвазивті емес обырдан тұрады. «Инвазивті емес» термині ісік өзінің пайда болу шегінен шықпағандығын білдіреді. Осындай сүт бездерінің ісіктеріне, мысалы, лобулярлық карцинома *in situ* немесе ағымдық карцинома *in situ*.

I саты

Бұл саты инвазивті сүт безінің обырынан тұрады. Бұл жағдайда обыр жасушалары көршілес орналасқан тіндерді зақымдайды. Бұл кезде келесі белгілер анықталады:

мөлшері 2 см дейінгі қатерлі ісік;

лимфа түйіндері зақымдалмаған.

II саты

Бұл сүт безі инвазивті обырының сатысы, бұл ретте мынадай белгілер көрініс алады:

2 см-ден 5 см-ге дейінгі қатерлі ісік;

Қолтықтасты бөлігінде лимфа түйіндері ісік жақта зақымданған жердегідей орналасады. Осы жағдайда лимфа түйіндері бір-біріне жабыспаған. Бұл обырдың үшінші сатыға өтпегендігінің белгісі. Бұл ретте сүт безінің қатерлі ісігі кез-келген мөлшерде бола алады.

III саты

Бұл саты А және В кіші сатыларына бөлінеді.

III А сатысы

Бұл келесі белгілермен сипатталатын инвазивті обыр болып табылады:

5 см немесе одан артық сүт безінің қатерлі ісігі;

Лимфа түйіндерінің едәуір үлкеюі. Осы жағдайда лимфа түйіндері бір-біріне астындағы тіндермен жаспырылған.

III В сатысы

Осы сатыда ісік кез-келген мөлшерде бола алады, алайда осы жағдайда ол кеуденің терісіне, кеуденің қабырғасына, не ішкі кеуде лимфа түйіндеріне өтеді. Кеуде обырының III В сатысы қабынбалы обыр деп аталатын кеуде обыры жағдайлардың 5 – 10 % кездеседі, алайда ол сүт обырының өте күрделі формасы болып табылады. Сүт безі обырының бұл формасының ең ерекше сипаты сүт безі терісінің қызаруы болып табылады. Ол ісікті сипап қарап білгенде терінің басқа бөліктерінен жылырақ болады. Кейде тері апельсин қабығы тәріздес түрге немесе бөртпелер түріне және т.б. өзгереді. Сүт безі бөлігінің толықтай немесе оның бөлігінің қатаюы байқалады. Өте жиі обырдың осы формасын сүт безінің қарапайым қабынуы – маститпен шатастыруға болады.

IV саты

Обырдың осы сатысының өзіне тән белгілеріне мыналар жатады:

Қатерлі ісік кеуде торынан тыс жерлерге, қолтық облысына және ішкі кеуде лимфа түйіндеріне таралады;

Сонымен қатар, қатерлі ісік бұғанаүсті (бұғана үстінде орналасқан) лимфа түйіндеріне, сондай-ақ өкпе, бауыр, сүйектерге және бас миынатаралуы мүмкін.

Сүт безі обырын анықтау (диагностиксы)

Егер дәрігер қарап тексерген кезде ісікке күманданса, УДЗ, маммография тағайындап, сүт безінің пункциясын (биопсию) жасайды. Ісіктің таралу үрдісін бағалау үшін сүйек скантиграфиясы (радиоизотоптық зерттеу), құрсақ қуысының мүшелерінің ультрадыбысты зерттеуі, өкпе рентгенографиясы, компьютерлік томография қолданылады. Сүт безі обырын ерте анықтаудың негізгі әдісіне рентгендік зерттеу — маммография жатады. Бұл зерттеуді уақтылы жүйелі түрде жасап отыру ісікті ерте кезеңінде анықтап дер кезінде ем жүргізілуіне септігін тигізеді. Түзіліс аықталған жағдайда да диагнозды нақтылау үшін де маммография жасалады. Қосымша зерттеуді әрқашанда ультрадыбыстық зерттеу арқылы және сүт безін пункциялау арқылы жүргізеді. Өмірде көбінесе әйел өзі сүт безінде түзлістің пайда болған байқап, онкологқа келеді. Маммография. Бұл әдісті етеккір оралымының алғашқы фазасында жүргізген жөн. Маммография жүргізген кезде: дәрігер қарау кезінде анықталған өзгерістерді нақтылауға, қатерлілігінің дәрежесін, екінші сүт безіне таралуын анықтауға мүмкіндік береді. Ескере кететін бір жағдай, тіпті аз мөлшердегі сәулелік жүктеме болғанның өзінде жас әйелдерге бұл әдісті қолданған қауіпті болып табылады.

Дуктография – сүт жолдарын жасанды контрастирлеу. Бұл әдіс өзекшілік өзгерістерді диагностикалауда қолданады. Сонымен қатар емізіктен қанды бөліністер бөлінген жағдайда жасалынады. Бұл процедураларды қабыну аурулары болған кезде, сүт безінің айқын қатерлі ісігі болған кезде жасауға болмайды. УДЗ. сүт безінің кез келген ауруларында кеңінен қолданылады және бұл әдіс басқа әдістерге қарағанда жас әйелдерге қолдануда қауіпсіз болып табылады. Бірақ микрокальцификаттарды (ісіктің микроскопиялық бастамаларын) ультрадыбысыты зерттеу арқылы анықтау мүмкін емес. Компьютерлік және магнитті-резонансты томография. Бұл екі әдіс көбінесе сүт безінің жергілікті метастаздарын анықтау (өкпедегі, бас миындағы, сүйектердегі, бауырдағы), сонымен қатар операциядан кейін рецидивтерді диагностикалауда қолданады. Биопсия. Негізінде қорытынды диагноз қоюға мүмкіндік береді. Ол арнайы инемен жүзеге асырылады және 40 жасқа дейінгі әйелдерге қолдануға болады, бірақ процедура нәтижесі әрқашан сенімді бола бермейді. Егер ісіктік қатерлілігіне белгілер көп болса және операциялық кірісу жоспарланған болса биопсия міндетті түрде жасалуы керек.

Емі. Гистологиялық диагноз тек операция кезінде анықтауға мүмкіндік болады, яғни операция кезінде қолтықасты лимфа түйіні кесіліп, жедел гистологияға жіберіледі. Сол кезде хирург қажетті операцияның масштабы туралы болжай алады. Негізгі әдіс ол – ісіктің резекциясы. Егер ісіктің диаметрі 2-5 см болса, онда тимэктомия жүргізіледі (ісікті, сүт жодарын, өзектерін және ісікке жақын жатқан тіндерді алып тастау), сосын сәулелік терапия жүргізу. Егер 5 см асып кетсе, онда толық сүт безін алып тастау, яғни мастэктомия жүргізіледі.

Қосымша гормональды терапия (тамоксифен) және химиотерапия жүргізіледі.

МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРІНІҢ КОММУНИКАТИВТІ БІЛІКТІЛІГІН ҚАЛЫПТАСТЫРУ

Қасенова А.А

Ғылыми жетекшісі Баелов Айдос Адылұлы

Дәрігердің коммуникативті дағдыларды жүргізе алу дәрежесі дәрігердің науқаспен, әріптестерімен жақсы қарым-қатынас құра алуына оң әсерін тигізері сөзсіз. Емхана дәрігері коммуникативті дағдыларды жоғары дәрежеде жүргізе алса, бұл емхананың да, дәрігердің де беделін асырады. Сол себепті, дәрігер басқа дәрігердің де, өзінің де коммуникативті дағдыларды жүргізу дәрежесін бағалай алуы тиіс. Дәрігердің коммуникативтік дағдылары, оның адамгершілік, психологиялық қасиеттеріне байланысты болады. Дәрігердің бұл қасиеті хирургиялық мамандықтарда, төтенше және жедел жәрдем көрсетуде маңызы өте зор. Мұнда дәрігердің жайлы мінез-құлқы, көңіл-күйі, шыдамдылығы, өркөкіректігі, жеңілтек мінезділігі оның әріптестерімен қарым-қатынас құруына, медициналық ұжымда қалыпты қызмет атқаруына талай қиыншылықтар тудырады және бұл жағдай жұмыс нәтижесін жоққа шығарады.

Дәрігер жұмыс бабы бойынша орта және кіші буынды медициналық қызметкерлерімен де тығыз қатынаста болады. Олармен дұрыс қарым-қатынас құруы, тіл табысуы, міндеттерін бір бағытта атқаруы емдеудің нәтижесіне оң әсер беретіні ақиқат.

Науқас пен дәрігер арасындағы қарым-қатынас дәрігер жұмысында өте маңызды орын алады. Дәрігер мен науқас және оның туысқандары бір-біріне сенім тудыратын қатынас жасағанда ғана ем нәтижелі болуын күмән тумады. Науқас дәрігерге сенім білдірсе, қарапайым емге де күмәнсіз қарайды.

1. *Медицина қызметкерінің коммуникативті білгерлігі-кәсіби* маңызды қасиет. Мамандығына байланысты медициналық қызметкер үнемі және тығыз, қарқынды қарым-қатынас жасауға мәжбүр болады: науқастармен және олардың туыстарымен, жақындарымен, басқадай медициналық қызметкерлерімен (дәрігер, әріптестері, мейірбикелер, кіші мейірбикелер, мекеме әкімшілігімен т.б). Тиісті мамандық дәрежеге және табысқа жету үшін медициналық қызметкер қатынасу білгерлігін, басқа адамдармен қарым-қатынас тәсілдерін, үнемі дамытып, жетілдіріп отыруы қажет. Науқаспен тиімді психологиялық жанасу арқылы нақтылы түрде және толық мәлімет жинастыру мүмкіншілігі туады. Медициналық қызметкердің алдында тұрған мәселелердің нәтижелі шешілуі, ауру адаммен сенімділігін және түсіністік жағдайға жетуі, оның қарым-қатынас икеміне, яғни коммуникативті білгерлігіне байланысты.

«Тілдесудің коммуникативті жағы» Коммуникативті процесс және коммуникативті дағдылар туралы ұғым. Ортақ әрекеттесудің қажетті шарты –ара қатынас жасау арқылы адамдар арасында жанасу бекітіліп, дамуы, ақпарат алмасуы, бірін-бірі тануы және қоса әрекеттесуі. Ара қатынастың негізінде жататын коммуникативтік үрдіс, яғни ақпараттың бір адамнан басқа адамға немесе бір топқа тасымалдануы және бұл хабарды басқалардың қабылдауы.

Психологияда - негізгі құзыреттілік ,сала ерекшелігіне қарамастан барлық мамандар бойынан табылу керек деп қарастырылған, себебі құзыреттілік маман біліктілігінің негізін құрайды, оның ішінде

- ақпараттық
- коммуникативтік (қатынастық)
- әлеуметті-құқықтық құзыреттілік көрсетілген

Коммуникативті білгерлік (компетенттілік) дегеніміз-медицина қызметкерлерінің басқа адамдармен (науқас және оның жақындары мен туыстары, дәрігер, әріптестері, кіші мейірбикелер т.б) коммуникация тәсілдерін нәтижелі қолдана білу арқылы қарым-қатынас жасау қабілеті. Медицина қызметкерінің емдеу шараларының дәлдігі мен дұрыстығына

күдікті болмаған және медициналық қызметкерге толық сенім білдірген жағдайда ғана науқас қажетті процедураларды сеніммен өтеді. Алайда, медицина қызметкері мен науқас арасында мұндай психологиялық жанасу тұрақтанбаса, ол нұсқаулықтарды немқұрайлы орындап, басқа медициналық қызметкерге бас бұрып немесе өзін-өзі емдеуге мәжбүр болады. [4, 3-4 б.б.]

Коммуникативтік құзырет-бірлесіп жұмыс істеуді бағалау, адамдар арасындағы сенімділік, бірін бірі түсіну, тыңдау, сыйлау, этикет сақтау, дәстүрді білу, дау жан-жалды шеше алу, бұзылған қатынастарды түзету, өз қателігін түсіне білу, топпен жұмыс жасай алу, орындаушылардың жұмысын дұрыс ұйымдастыру, басқару шешімдерін таба алу және қолдана білу қабілеттері.

Кәсіби адаптация-бұл жұмысқа жаңа түскен адамның өз ортасына біртіндеп төселіп, бейімделуі. Төселудің алғашқы кезеңі өндірістік практика кезеңінде, негізгі жағы нақты жұмыс үстінде жүзеге асады. Мамандық таңдауда қазақ жастары Ж.Аймауытовтың «Жан жүйесі және өнер таңдау» атты еңбегінен де «Мамандықтың жаманы жоқ» бірақ мұның кез-келгеніне икемділік қажет, бұл жай күнелту, тамақ асыраудың жолы ғана емес, үлкен өнерді, зор шеберлікті қажет ететін нәрсе» дейді. [2, 15 б.]

Сонымен, медициналық қызметкердің коммуникативтік маңызды қасиеттеріне келесілер жатады: адамгершілігі, адамға назар аударуы, мамандығын сүйю, қайырымдылығы, кішіпейілдігі, әдептілігі. Жақсы көңіл-күй жағдайында жанасу құрастыратын медициналық қызметкердің тұлғалық қасиеттеріне науқастар өте жоғары баға береді.

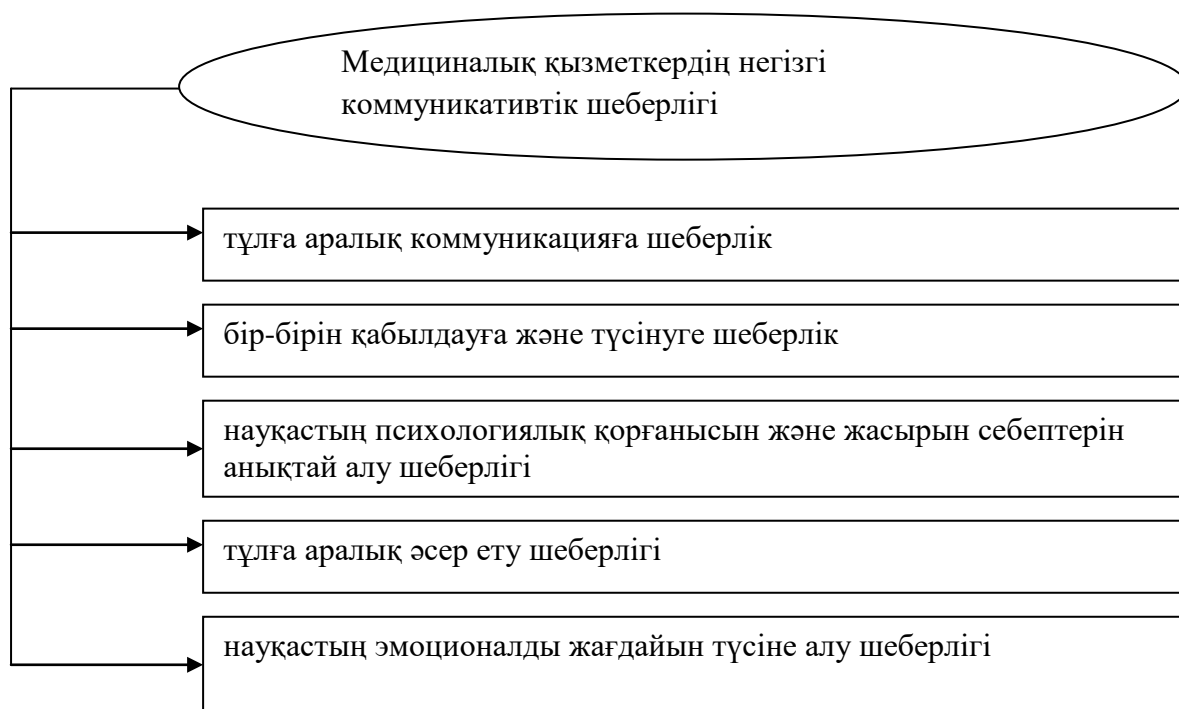
Медициналық қызметкерде психологиялық біліммен қатар (тұлға түрлері, темперамент, қақтығыстарды шешу қабілеті т.б), коммуникативтік тұрғыдан білгерлік жоғары болған жағдайда, оның науқаспен қатынасы арнайы біліктілікпен құрастырылады, мысалы жанасу құруды білуі, тыңдай білуі, коммуникацияның вербальды емес белгілерін білуі, сауалдар құрастыруы.Сонымен қатар, медициналық қызметкер өз эмоцияларын, яғни көңіл –күйін тұрақты ұстай білуі, құпияны сақтауға қабілеттілігі, өз реакцияларын бақылап қадағалауы, әдеп сақтай білуі де мағыналы.

Медициналық қызметкерінің тиімді ара қатынасы дегеніміз - ол ауру адамды дұрыс түсінуі және науқастың ойы мен көңіл-күйіне, сөзіне сәйкес әрекеттесуі. Науқастың көңіл-күйіне қарамай, оның ашулы, ызалы, қайғылы, қобалжу және өкінішті жағдайлыболуында да, медициналық қызметкер онымен әрекет жасай білу және қарым-қатынас құруға даяр болып, өз мамандық мәселелерін шешеді. Осыған байланысты медициналық қызметкерінің ең маңызды кәсіби қасиетіне жататыны-оның коммуникативтік төзімділігі (толеранттығы). [3, 154-157 б.б.]

Коммуникативтік потенциал - бұл медициналық қызметкердің мүмкіндігі туралы сипаттама, ол оның қатынасының сапасын білдіреді. Қарым – қатынаста медициналық қызметкердің компетенттілігі екі құрама бөліктен тұрады: тұлғаның коммуникативтік қасиеті - қарым-қатынасқа қажеттілігін сипаттайды, сұхбаттасуға және коммуникация жасауға қабілеттілігі – науқаспен сұхбаттасу, жанасу кезінде жағдайды өз қолында ұстай білу қасиеті, белсенділікті көрсете білу қабілеттілігі, науқас жағдайына эмоционалды көмектесе алуы, өзінің алдындағы жекеше іс-әрекетінің бағдарламасын орындай білуі.

Медициналық қызметкердің ең негізгі қасиеттерінің бірі болып науқастарға нақтылы әсер ете алуы саналады. Бұл - маманның коммуникативтік қасиеттеріне тікелей байланысты.

Коммуникативтік қабілеттілік - медициналық қызметкер мен науқастың сұхбаттасуы кезінде байқалады. [1, 17-22 б.б.]



Сызба 1. Медициналық қызметкердің негізгі коммуникативтік шеберлігі

Коммуникативтік компетенттік сияқты тұлғалық коммуникативтік мәдениет, бос орында пайда болмайды, ол қалыптасады. Медициналық қызметкердің коммуникативтік білгерлігі -айналадағы адамдармен тұлға аралық және профессионалды тәжірибесінің әсерінен қалыптасу дәрежесі. Бұл оған қарым-қатынаста және профессионалды сферада, функционалды жетістіктерге жету үшін қажет. Коммуникативтік компетенттілік, медициналық қызметкердің өзіне тән қасиеті ғана емес, сонымен қатар, қоғамда, атап айтқанда, денсаулық сақтау жүйесінде болып жатқан өзгерістерге және осыған орай маманның өзінің әлеуметтік бейімделу қабілеттілігіне байланысты болады.

Медициналық қызметкерінің коммуникативті білгерлігін қалыптастыратын психологиялық сипаттамалар- оның қатынасу икемділігі, науқаспен араласуы, қарым-қатынасты дамытуы, науқастардың туыстарымен, басқа да адамдармен әрекеттесуі, түрлі әлеуметтік жағдайларда араласуы, тәжірибе жинауы, түрлі әрекет жасауы негізінде құралады. Бұл арқылы медициналық қызметкер тұлғасының қалыптасқан психологиялық ерекшеліктері негізінде әрекеттесу, оның коммуникативтік білгерлігін дамытады.

Коммуникативтік білгерліктің құрылуының негізінде медициналық қызметкер тұлғасының келесі психологиялық сипаттамасы жатады: барлық адамдармен бірге болу ынтасы, бір әлеуметтік топқа жатуы, қоршаған ортамен жақсы көңіл –күйде әрекет жасауы, тұлға аралық қатынасқа кіруі. Арада түсініспеушілік туғанда және араласудың өршігуі кезінде бейбіт жағдайды қалыптастырып, әр жақты тыныштандыру, оқиғаға дұрыс және дәл баға беру.

<i>Аффилиация</i>	<p>Медициналық қызметкер тұлғасының науқаспен жанасуға ықпалдануы, олармен әрекетке түсуге ынталануы. Адамға басқа адамдардың қажеттілігін аффилиация дейді. Психологиялық ішкі жағынан аффилиация-сенім және жақындасу сезімі, ал сырттан – көпшіл болу, басқалармен әрекетке түсуге ынта білдіру, үнемі адамдар арасында болуға тырысу. Осы себептен аффилиация қасиеті медициналық қызметкерге науқастармен мамандық тұрғысынан қатынас құруға, оларға жәрдем беріп, бірге әрекеттесуге көмектеседі, мамандық бұзылыстарынан (деформациялардан) сақтандырып, қорғайды.</p>
<i>Эмоционалды тұрақтылық</i>	<p>Медицина қызметкерінің коммуникативті білгерлігін қамтамасыз ететін келесі психологиялық сипаттама - бұл көңіл-күйдің тұрақтылығы (эмоционалды тұрақтылық) - медицина қызметкерінің салмақтылығы, біркелкі күйде болуы, эмоцияларын және тәртібін сақтап, бақылау. Эмоционалды тұрақтылық, медициналық қызметкер аурулармен қарым-қатынас құруға жәрдемдесіп, түсініспеушіліктен сақтайды.</p>
<i>Идентификация</i>	<p>Ұғыну үшін өзін басқа адамның орнына қою арқылы өзін-өзі сезініп, түсіну, өз мінездемесіне басқа адамды сәйкестендіру арқылы, оның ой-пиғылын түсініп тануы, яғни басқа адамды өзімен салыстыру.</p>
<i>Рефлексия</i>	<p>қатынасушы медициналық қызметкерде «науқас мені қандай түрде сезініп таниды, түсінеді»-деген ой тууы. Осыған байланысты қатынасқан адам өз әрекетін қалыптастырып, бағалап, кейбір мінездемелерін өзгертеді. Кәдімгі өмір жағдайында, бір адамның басқа адамдар туралы мәліметінің жетіспеушілігіне байланысты, олардың іс әрекетінің негізгі себептерін білмеуінен, бір-біріне көрсеткен мінез-құлқының себептерін жалған түрде түсініп, өзінше жорамалдайды.</p>
<i>Эмпатия</i>	<p>науқастың уайымын эмоционалды түрде медициналық қызметкер өз басынан өткергендей сезінуі, науқастың қайғы-қасіретіне ортақтасуы, науқастың қайғысына психологиялық тұрғыдан қосылуы, қоса қайғыруы, оның ішкі ойын сезінуі («мен сенімен біргемін»). Бұл-тиісті дәрежеде медициналық қызметкер-науқас коммуникациясын қамтамасыз ететін психологиялық құбылыс. Эмпатия ұғымында медициналық қызметкер өзін науқастың орнына қоюы арқылы, өз ішкі сезімдері арқылы науқастың жан дүниесін түсінуге тырысуын білдіреді.</p>

<p><i>Сенситивтілік (сезімталдық)</i></p>	<p>Қоршаған адамдардың теріс көзқарасын қабылдау қабілеті. Мысалы, емдеу кезінде пациенттердің теріс қатынасын бақылап, медициналық қызметкер өз тәртібін тиісті өзгертіп, емдеу арқылы науқаспен қатынасты дұрыстайды. Сонымен қатар, сенситивтілікті жоғары сатыларына жеткізуге де болмайды, себебі ол медициналық қызметкердің өз-өзіне көзқарасы мен өзін бағалауын төмендетеді, оның аффилиативтік қабілетіне кедергі жасайды. Бұл – медициналық қызметкер жұмысының сапасына да әсер етуі мүмкін. Ол медициналық қызметкерге де психикалық әсер етеді, эмоциялық бұзылысқа әкеп соғуы мүмкін.</p>
---	--

Кесте 1. Медициналық қызметкердің психологиялық мінездемелері

Медициналық қызметкердің коммуникативті білгерлігін қортындылай келе - бұл өнер, аурулармен араласып, қарым-қатынас жасау икемділігі. Бұл өнер-болашақ медициналық қызметкердің оқу орнында оқып жүрген кезден қалыптаса бастап, кейін өз бетімен маман ретінде қарым-қатынас жасағанда әрі қарай дамиды. Әсіресе түрлі ауру адамдармен қатынасу жасағанда, медициналық қызметкердің білгерлік тәжірибесі өсе түседі: психологиялық қасиеті әртүрлі, әр жастағы, әр білімді, әр мамандықтағы және әлеуметтік жағдайы әрқандай адамдармен араласу медициналық қызметкердің тәжірибесін толықтыра түседі.

Медициналық қызметкердің кәсіптік беделі-медициналық қызметкердің бейімділігін құрастыратын компонент. Оның мағыналы элементтері- медициналық қызметкердің сенімділік білдіретін тәртібі. Түрлі төтенше, қауіпті ситуациялар туса да, медициналық қызметкер абыржығанын, қобалжығанын науқасқа сездірмеуі тиіс. Медициналық қызметкер өзін сенімді түрде ұстауы, науқас алдында оның коммуникативтік білгерлігін, ситуацияны бақылай алатын қабілетін көрсетіп, науқасқа сенім беріп, бұл жағдайдың сәтті аяқталуына күмәнсіздігін тудырады.

Медициналық қызметкердің кәсіптік беделін, оның вербальды емес сипаттары да құрастырады: қатынасуға ашық позасы, коммуникативтік жесттері, мимикасы, сөйлеу ырғағы, т.б. Бұлар медициналық қызметкердің беделін өсіріп, науқас адамның сенімін тудырады, ұсынылған ақпаратты оның күмәнсіз қабылдауына ықпал жасайды.

Ауру адамның медициналық қызметкерге қолайсыз, ол қаламайтын жекеше ерекшеліктері, оның жағымсыз қасиеттері, пікір-қылықтары, ойлау стереотиптері мен әдеттеріне медициналық қызметкердің төзе алуы оның коммуникативтік төзімділігін көрсетеді. Науқас медициналық қызметкерге түрлі сезімдер тудыруы мүмкін : ұнау немесе ұнамау, сүйкімді немесе сүйкімсіз. Алайда, медициналық қызметкердің психологиялық дайындығы негізінде, ол ситуацияны түзетіп, түсініспеушіліктің алдын-алады немесе қолайсыз қатынасты тоқтатып, ауру адаммен достық, психологиялық жанасу түрінде қарым-қатынас құрады. Осы арқылы өзінің коммуникативті біліктілігін одан әрі арттыра түседі.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Жумасова К.С.«Психология» 2006[1, 17-22 б.б.]
2. Аймауытов, Ж. «Психология» 1995[2, 15 б.]
3. Фрейд З «Психология бессознательного» 1990 [3, 154-157 б.б.]
4. Пушкина Т.П «Медицинская психология»1996 [4, 3-4 б.б.]

МЕДИАЦИЯ ВО ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Касилова В.

Научный руководитель Чукреев Максим Павлович

Что такое медиация? Почему это слово сегодня звучит все чаще? Чем полезна медиация, для чего она нужна, какая от нее польза? Медиация – это инструмент разрешения споров и конфликтов между сторонами. Благодаря приемам медиации можно разрешить практически любой спор, при этом после завершения медиации стороны практически всегда остаются довольны. В чем причина наших споров и конфликтных ситуаций? Конечно, каждый из нас всегда считает себя правым в споре или даже обиженным, мы бываем в ярости и чувствуем себя оскорбленными. И когда человек попадает в конфликтную ситуацию, всегда найдутся коллеги, друзья и советчики чтобы «научить как правильно» из нее выйти. Чаще это совет: «Иди в суд!!!». Но мало кто задумывается над такими вопросами: «А то решение, которое вынесет суд, будет ли вообще мне выгодно?» «А сколько стоят мои нервы?» «Что я приобрету и что потеряю, обратившись в суд? Соразмерны ли мои приобретения моим тратам?» Медиация ориентирована именно на выявление реальных интересов и потребностей не одной стороны, а обеих сторон, которые таким или иным образом оказались в ситуации конфликта. И говоря о применении медиации именно в сфере здравоохранения, споры в сфере оказания медицинских услуг – это очень большой спектр различных споров. Одними из наиболее актуальных, злободневных для слушателей, наверное, являются споры между пациентом и теми, кто оказывает медицинские услуги. В то же время мы должны понимать, что эти споры, они гораздо шире, спектр этих споров, и вовлечены в них могут быть как медицинские учреждения, отдельные врачи, сам персонал медицинского учреждения, и вплоть до фармкомпаний и тех, кто обеспечивает медицинские учреждения всеми необходимыми системами жизнеобеспечения.

Целью данной работы является ответить на два вопроса:

1. Выявить правовые аспекты взаимоотношения между врачом и пациентом;
2. Выделить проблемы, возникающие между медицинским персоналом и больными;

Задача:

1. Выяснить, каким образом можно предотвратить проблемы возникающие в взаимоотношении врачей и пациентов?
2. Разработать рекомендации по урегулированию споров.

Медиация во врачебной деятельности

Медиация - способ разрешения споров, технология бесконфликтной коммуникации и управления человеческим взаимодействием, в котором стороны находятся либо в конфликте, либо не могут найти взаимовыгодное решение.

В Республике Казахстане Закон РК «О медиации» вступил в силу 5 августа 2011 года. Согласно официальной информации Генеральной прокуратуры РК, в 2012 году в Казахстане судами рассмотрено порядка одного миллиона дел, из них около 600 000 гражданских дел, 300 000 административных дел и 40 000 уголовных дел. Ежегодно в судебные процессы вовлекаются около двух миллионов граждан Казахстана. Институт медиации в Казахстане не развивается ввиду недоверия и незнания гражданами (работниками) своих прав и возможностей положительного разрешения спора. В настоящее время, в каждом регионе страны, в каждом городе присутствуют организации медиаторов, либо их представители, которые могут оказать практическую помощь в разрешении споров и конфликтов без обращения в суды и иные правоохранительные органы. В 2012 году Президент РК Н.А. Назарбаев в статье «Социальная модернизация Казахстана: 20 шагов к Обществу Всеобщего Труда» отметил следующие моменты

относительно медиации: «Сегодня надо усилить работу по созданию и использованию структур и процедур медиации, в том числе в сфере трудовых отношений. Структуры медиации надо создавать в национальных и крупных частных компаниях»

Принципы медиации:

- Добровольность
- Конфиденциальность
- Искренность намерений относительно разрешения конфликта
- Непредвзятость посредника
- Правомочие сторон
- Неформальность и гибкость процедуры медиации

Преимущества медиации:

- Экономия времени
- Снижение стоимости процесса разрешения спора
- Возможность влиять на результат
- Конфиденциальность процедуры
- Возможность сохранения или восстановления деловых взаимоотношений с партнерами
- Возможность предотвратить возникновение подобных конфликтов в будущем
- Гарантия исполнения решения (в случае успешной медиации)

В период масштабных социально-политических преобразований в нашей стране по инициативе Президента Республики Казахстан разработана государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық Қазақстан» на 2016 – 2019 годы, где намечены пути модернизации системы здравоохранения. Государственная программа развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы разработана в соответствии с Указом Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года», Посланием Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 14 декабря 2012 года «Стратегия «Казахстан-2050»: новый политический курс состоявшегося государства», Посланием Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана от 11 ноября 2014 года «Нұрлыжол – путь в будущее» и Национальным планом Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева «100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» и является логическим продолжением предыдущих государственных программ реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы и «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Реформирование здравоохранения, в первую очередь, должно сопровождаться расширением законодательной базы и качественными изменениями правовых механизмов. Если рассматривать права медицинского персонала, то они значительно уступают по отношению к правам пациента. Наблюдается недостаточное разъяснение возникающих проблем защиты прав врачей. Напротив, защите прав пациентов посвящено огромное количество статей, книг, радио и телепередач. Постоянно ведутся дискуссии о неудовлетворительном качестве медицинских услуг, о нарушении прав граждан, обращающихся за медицинской помощью, об огромных очередях, все эти факторы приводят к образованию споров и непониманий. При этом обилии информации безосновательно замалчиваются проблемы нарушения прав врачей, отсутствия соответствующей «современным реалиям» законодательной базы в области здравоохранения, правовой защищенности самих медицинских работников. Отсутствие знания законодательства влияет на профессионализм медицинских работников. Не лучшим образом решают данную проблему и юридические службы в учреждениях здравоохранения. В этой ситуации, когда в суды и правоохранительные органы поступает все более значительное количество гражданских исков с требованием возмещения вреда и заявлений о привлечении к уголовной ответственности медицинских работников в связи с

их профессиональной деятельностью, когда в Республике Казахстан отсутствуют организации, осуществляющие защиту медицинских работников, и как правило, врач остается один на один с проблемой своей правовой защищенности. Интересен и зарубежный опыт. Так, например, в Англии существует Общество медицинской защиты. Многие врачи являются членами этого общества. Любой врач, состоящий в этой общественной организации, имеет право направить в нее заявление с просьбой о предоставлении защиты, об участии в суде на его стороне в случае обвинения в совершении врачебной ошибки. В штате этой организации имеются профессиональные юристы, которые специализируются на медицинском праве, в частности, на делах о врачебных ошибках. В этой связи хотелось бы назвать основные нормативно-правовые акты, регламентирующие взаимоотношения «врач-пациент» в Республики Казахстан: Конституция Республики Казахстан, Уголовный, Административный, Гражданский, Трудовой и Семейный кодексы, Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.); республиканскими законами: «О защите прав потребителей», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О медицинском страховании граждан в Республики Казахстан» и другими.

Основным документом, регламентирующим работу врача, является Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 10.07.2012 г.) статья 182.

Перспективы развития медиации в медицине

В настоящее время в разных странах многое делается для того, чтобы взаимоотношения врачей и пациентов стали более конструктивными. В США, где медиация применяется уже ни одно десятилетие и обращение к медиатору происходит в 75-85% случаев конфликтные ситуации, споры в области медицинских услуг — не исключение. В Великобритании в структуре лондонского Центра эффективного разрешения споров выделено специальное подразделение – центр медицинской медиации.

В некоторых областях России многие медики проходят обучение основам медиации.

Конечно, не все конфликты в медицине можно урегулировать с помощью медиации. Однако, говоря о применении медиации в медицине, следует понимать, что речь идет также о культуре отношений в сфере, где она должна быть на высоте, и где, по нашему мнению, этот уровень в большей степени зависит от тех, чья профессия — слышать людей, сострадать им и помогать.

Преимущества урегулирования медицинского спора путем медиации

Неужели с пациентом можно договориться? — Думаю, что не только можно, но и нужно очень стараться сделать это. И причин для этого много. Глобальная заключается в том, что пациент и врач (или медицинское учреждение) начинают слышать друг друга. Это очень важно, потому что только в конструктивном диалоге каждая сторона находит правильные тон и вектор поведения для того, чтобы конфликтов было меньше, выявляются системные ошибки, недостатки в работе некоторых врачей и учреждений, растет уважение к медицине и к тем, в чьих руках жизнь и здоровье граждан.

В результате эффективных переговоров, с одной стороны, решаются проблемы пациента и удовлетворяется его главный интерес — здоровье, с другой стороны, сохраняется доброе имя и деловая репутация врача или медицинской организации, если по разным причинам дело не приобрело огласку.

Недостатки разрешения медицинских споров в суде для сторон

Из практики разрешения медицинских споров в суде можно вывести следующую аксиому «в суде выигрывает одна сторона, но проигрывают обе». Проигрыш состоит не только в потере времени, финансовых средств, эмоциональном перенапряжении и нежелательной для сторон конфликта огласке его обстоятельств. Победа врача или медицинской организации над пациентом порой лишает первых двух стимула сделать

объективные выводы из ошибок, что может привести к новым проблемам в работе. Для проигравшего дело пациента — это повод уверовать в несправедливость, не гуманность правосудия и, конечно же, в его коррумпированность.

Не следует забывать также о том, что спор между врачом и пациентом практически всегда сопровождается огромным количеством жалоб со стороны последнего в вышестоящие инстанции и контролирующие органы, что влечет многочисленные проверки работы и конкретного врача и всей медицинской организации.

Введение института медиации не повысит культуру нашего общества. Наоборот, в случае, если культура нашего общества повысится достаточно для этого, то институт медиации будет необходим, и он будет востребован. Поэтому, лучше пострадавшему пациенту либо пострадавшему медицинскому учреждению, обратиться к какому-то медиатору, который будет вести переговоры и мирить, чем к платному адвокату. Вот обращаться к медиатору, имеет смысл в следующих случаях. Во-первых, если присутствует большее доверие к нему, чем к тому адвокату, которому вы платите деньги. Это вряд ли, потому что в нашей деятельности люди привыкли к тому, что кому я плачу деньги, тот, естественно, будет работать на меня лучше, чем человек, которому будут платить деньги, скажем, обе стороны. Всегда будет подозрение: не работает ли медиатор, изображая из себя объективного посредника, на другую сторону? Причем бояться этого будет и медицинское учреждение, и пациент в равной степени. Потому что у медицинского учреждения есть свой юрист обязательно, если это крупное учреждение, а если юрист не требуется так часто, его нет в штате, то обращаются к адвокату для решения конкретной проблемы. Второй момент, если у соглашения, которое будет заключаться с помощью медиатора, будет больше юридическая, правовая сила по сравнению с мировым соглашением, которое заключается в суде, либо с соглашением сторон, которое заключается во внесудебном порядке. Это не так, потому что соглашение у медиатора будет иметь ровно такую же правовую силу, как просто соглашение сторон. И если кто-то из участников переговоров захочет обратиться в суд, то он не будет исполнять данное соглашение. И третий момент – это в том случае, если достижение мирового соглашения с помощью медиатора будет более быстро, эффективно и гарантировано, чем в суде либо с помощью адвокатов двух сторон. Практика показывает, что на сегодняшний день невозможно, кроме как путем переговоров двух заинтересованных сторон, двух юристов, достичь этого мирового соглашения.

Список использованной литературы:

1. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV «О здоровье народа и системе здравоохранения»;
2. Закон Республики Казахстан «О медиации» (с изменениями и дополнениями по состоянию на 31.10.2015 г.);

ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІ

Айдынқызы Н.

Ғылыми жетекшісі Секей Серікболат

Жүрек – қан тамырлар жүйесі — денедегі қан немесе гемолимфаның үздіксіз қозғалысын қамтамасыз ететін тамырлар мен қуыстардың жүйесі. Адам мен барлық омыртқалы жануарларда және кейбір жоғары сатыдағы омыртқасыз жәндіктерде қанайналым жүйесі тұйықталған, яғни қан тек бір-бірімен толық байланысып жалғасып жатқан қан тамырлары арқылы ғана қозғалады.

Қан тамырлары (лат. *vasa sanguinea*) — адам мен жануарлар организмнің жүрек-тамырлар жүйесіне жататын, қабырғасы серпімді келген түтікше мүшелер.

Артериялар мен вена тамырлары қанды тасымалдаушы тамырларға жатады. Олардың қабырғасы қалың. Түтікше мүше ретінде артериялар мен веналардың қабырғалары үш қабықтан құралған: ішкі - интима, ортаңғы — медиа, сыртқы - адвентиция. Микроайналым арнасы қан тамырларының қабырғалары арқылы қан мен оны қоршаған ұлпалар арасында зат алмасу процесі жүреді. Қан тамырларының ішкі беті эндотелиймен астарланған. Вена тамырлары интимасында жүрекке қарай ғана ашылатын қақпақшалар (клапандар) болады.

Кесте 1. Қантамырлардың қызметі

Артериялар	Веналар	Қылтамырлар
1. Қанды жүректен алып шығып, мүшелерге таратады	Қанды мүшелерден жүрекке тасымалдайды	Артериялар мен веналарды бір-бірімен байланыстырады
2. Қабырғасындағы бұлшықет талшықтары қалың әрі серпінді	Қабырғасындағы бұлшықет талшықтары жұқа әрі нашар дамыған	Микроскопиялық өте ұсақ, қабырғасы бір қабатты
3. Қан қысымы жоғары	Қан қысымы өте төмен	Қан қысымы шамалы
4. Көпшілігі тереңде бұлшықеттердің арасында жатады	Теріге жақын да, тереңде де жатады	Дененің барлық мүшелеріне таралады
5. Ең ірі артерия тамырлары - қолқа және өкпе артериясы	Ішіндегі қақпақшалар қанды кері бағытқа өткізбейді. Ең ірі вена тамырлары - төменгі, жоғары қуысты веналар және 4 өкпе веналары	Қылтамырлар арқылы газ және заттар алмасады, қан баяу ағады, ұсақ артериялар мен ұсақ веналарды байланыстырады

Адам денесінде қан тарататын тамырлардан екі тұйық жүйе - үлкен және кіші қанайналым шеңбері түзіледі. Үлкен қанайналым шеңбері - жүректің сол жақ қарыншасынан қолқа артериясы қантамырынан басталады. Оттекке қаныққан қан алдымен қолқаға, одан ірі және ұсақ артерия қантамырларына жеткізіледі. Қан артерия қантамырларымен ішкі мүшелерге, жүректің өзіне, бұлшықеттерге, сүйектерге барады. Мүшелерде артерия қантамырлары тарамдалып, қылтамырларға бөлінеді.

Қылтамырлардың жұқа қабырғалары арқылы қан дене жасушаларына қоректік заттар мен оттекті таратады. Жасушалардан көмірқышқыл газын қажетсіз өнімдерді жинап, вена қанына айналады. Вена қаны вена қантамырлармен жүректің оң жақ жүрекшесіне құяды.

Ондағы вена қаны өкпе артериясы қантамыры арқылы өкпеге келеді. Өкпеде артерия қантамырларынан түзілген қылтамырлар торында газ алмасады. Қан оттекке қанығып, көмірқышқыл газынан тазартылады да, вена қаны артерия қанына айналады. Одан төрт өкпе вена қантамырлары арқылы артерия қаны жүректің сол жақ жүрекшесіне құйылады. Қан сол жақ жүрекшеден сол жақ қарыншаға өтіп, қайтадан үлкен қанайналым шеңберінің қантамырларына бағытталады. Кіші қанайналым шеңбері - жүректің оң жақ

қарыншасынан басталып, өкпеге қан тартады, жүректің сол жақ жүрекшесімен аяқталады. Қанның үлкен және кіші шеңберінде айналу уақыты 23—27 секунд. Үлкен қанайналым шеңберінде қан барлық мүшелерге оттегі мен қоректік заттарды тасиды. Кіші қанайналым шеңберінде - қан оттекке қанығып, көмірқышқыл газдан тазартылады. Жүрек — іші қуыс бұлшықетті мүше. Ересек адам жүрегінің салмағы 250-300 грамм. Жүрек кеуде қуысының сол жағына таман орналасқан. Оның дәнекер тканінен түзілген жүрек қабы қаптап тұрады. Жүрек қабының ішкі беті жүректі ылғалдайтын және жиырылу кезінде үйкелісті кемітетін сұйықтық бөліп шығарады. Жүректің құрылысы оның атқаратын қызметіне сай келеді. Ол тұтас арқылы екі — сол жақ және оң жақ бөлікке бөлінген. Ал жүректің әр бөлігі бір-бірімен жалғасқан екі бөлімнен: жоғарғы — құлақшадан және төменгі — қарыншадан тұрады. Қарыншаға қарағанда құлақшаның қабырғасы әлдеқайда жұқа. Бұл құлақша жұмысының оншалықты көп болмауына байланысты. Ол жиырылған кезде қан қарыншаларға өтеді. Қарынша бүкіл тамырларды бойлай қан айдап, көп жұмыс атқарады. Көп жұмыс істейтіндіктен, сол жақ қарыншаның бұлшық еті оң жақ қарыншаның қабырғасынан қалың болады. Әрбір құлақша мен қарыншаның шекарасында жақтаулы қақпақшалар болады, олар сіңір талшықтары арқылы жүректің қабырғасына бекінеді. Бұл жақтаулы қақпақшалар. Құлақша жиырылғанда қақпақшаның жақтаулары қарыншаның ішіне қарай салбырап, босап қалады. Сондықтан қан құлақшадан қарыншаға еркін өтеді. Қарынша жиырылғанда қақпақшаның жақтаулары тығыз жабылып, құлақшаның кіре беріс жолын бітейді, сондықтан қан тек бір бағытта — құлақшадан қарыншаға қарай ағады, одан қан тамырларына барады. Жүрек үш қабаттан тұрады.

Сыртқы жұқа қабаты – эпикард.

Ортаңғы қалың бұлшық етті қабаты – миокард.

Жұқа қабаты – эндокард деп аталады.

Ересек адамдарда жүректің салмағы 250 – 330 г-дай, ұзындығы 10 – 15 см, көлденеңі 8 – 11 см, қалыңдығы 6 – 8,5 см. Шамамен жүректің үлкендігі әркімнің өзінің жұмған жұдырығындай болады.

Жүректің қызметі дегеніміз - жүрек циклінің үш фазасы: құлақшаның жиырылуы, қарыншаның жиырылуы және жүректің жалпы босаңсуының ырғақты түрде алмасуы. Ең алдымен, жүрекше жиырылып, қанды бос қарыншаға итереді, оған 0,1 с уақыт кетеді; екінші кезеңі – қарыншалардың жиырылуы (қан қолқа мен өкпе артериясына итеріледі), оған 0,3 с, ал үшінші кезеңі – жүрекшелердің де, қарыншалардың да босаңсуы (диастоласы), мұны жалпы пауза деп атайды, оған 0,4 с уақыт кетеді. Жүректің осындай жұмысына 0,8 с уақыт кетеді. Ересек адамның жүрегі минутына 72 – 75 рет соғады.

Анемия - (гр. *αναμία*, қан аздығы) ауырған адамның қаны «сұйылып» кетеді, бұл аурудың сипаты ағза қан деңгейін қалыпқа келтіріп үлгергенше қанның азайып немесе жойыла бастауымен байланысты айқындалады. Үлкен жарақаттар алғанда, аузы ашылып кеткен асқазан жарасы, іш сүзегі (дизентерия) негізіндегі қанның тоқтамауы адамды анемия ауруына шалдықтыруы мүмкін. Қанның қызыл түйіршіктерін жойып жіберетін безгек (малярия) ауруы да анемия дертін қоздырушы болып табылады. Күнделікті тамақ рационында темір құрамдас заттардың болмауы да осы ауруды қоздырып, ушықтыра түседі.

Әйелдердегі анемия дертін қоздыруға етеккір келген кезде немесе дұрыс тамақтанбай ағзасы әлсіреген әйелден босанған кезде тоқтамай аққан қанның да тигізер салдары бар. Әсіресе анемияның ауыр түрімен құрсағындағы баласына керекті қосымша қан мөлшерін қамтамасыз етуге тиісті жүкті әйелдер ауыруы мүмкін.

Балаларда анемия олардың ішегін тамағында темір құрамдас заттардың жетіспеушілігінен де және оларды 6 айлығынан кейін қосымша тамақтандырмағандықтан да болады. Көбіне жас балалардағы анемия себептерін олардың нематодты (паразит) құрттарды жұқтыруы созылмалы іш өту және іш сүзегімен ауыруы туындатады.

Терінің бозарып, қуарып өңі қашады

Қабак үсті терісінің өңі кетіп, бозарады:

- Тіс қызыл еті қаны қашып ағарады.
- Тырнақ ағарып кетеді, әлсіздену, тез шаршау пайда болады
- Анемияның ауыр түрінде бет-аяқ ісініп, жүрек соғысы жиілейді, демігу пайда

болуы мүмкін.

- Топырақ, бор жеуге әуес балалар мен әйелдер әдетте анемия зардабын шегеді.

Құрамы темірге бай тағамдармен тамақтаныңыз. Ет, балық және тауық еті құрамында темір мөлшері көп. Көкбұршақ, асбұршақ, жасымық (чечевица), қанық жасыл жапырақты көкөністерде де темір бар. Сондай-ақ асты темір қазан, құтыларға пісіргеннің пайдасы зор. Организмнің темірді сіңіріп қабылдауы үшін негізгі тағамға қоса көкөніс пен жеміс-жидек жеген дұрыс, кофе мен шәйді тамақтанып болғаннан соң ішу керек.

Миокард инфаркті - тәж артериясы миокардтың оттегіге мұқтаждығын қамтамасыз ете алмауынан дамиды. Миокардтың ишемиялық некрозы. Миокард инфарктісімен сырқаттанатын науқастардың саны 1000 адамға шаққанда 2,87 – 3,08% - ын құрайды. ЖИА –ның бұл түрі көбіне 40-тан асқан шақта дамиды және 50-56 жас аралығында бұл аурумен сырқаттану едәуір жиілейді. Ер адамдар әйелдерден 5-2 есе жиі ауырады. Соңғы кезде миокард инфарктісінің жиілігі екі есе көбеюге жақындаған.

Миокард инфарктісінің негізгі себебі – тәж артерияларының стеноздаушы артеросклерозы. Миокард инфаркті дамуының тікелей себептері:

- 1) тромбоздың салдарынан тәж артериясының окклюзиясы;
- 2) артеросклероз түймедағының арасында қан құйылып ісінуінен тәж артериясының бітелуі;
- 3) критикалық стеноз нәтижесінде тәж артериясының түйілуі;
- 4) тәж артериясының критикалық стенозы кезінде миокардтың оттегіге сұранысының күрт артуы (мәселен ауыр дене қызметінен симпатoadренал жүйесі белсенділігінің аса жоғарылауынан).

Аталған тікелей себептермен бірге миокард инфарктісінің дамуында келесі бейімдеуші факторлардың маңызы зор: тәж артерияларының тармақаралық коллатеральдік байланыстарының жеткіліксіздігі, қанның тромбтар түзу қасиетінің артуы, микроциркуляциялық бұзылыстар.

Миокард инфарктімен ауру жиілігі сырқат адамның жасы ұлғайған сайын артады. Н.А.Мазурдың мәліметіне сүйенсек, 1000 адамға шаққанда миокард инфарктімен ауыру 30-39 жаста 0,76% болса, 60-64 жас аралығында 17,1% деңгейінде болады. Миокард инфарктінің 80% клиникалық көрінісінде егде және қарт адамдарда ауырсыну синдромымен көрініс береді. Бірақ осы жастағы адамдарда жасына байланысты ауырсыну сезімталдағын сезу жоғарылығы өзгеруіне байланысты ауырсыну синдромы анық байқалмайды.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қазіргі уақыттағы жүрек-қан тамыры ауруларының эпидемиясы тамақтану құрамының өзгеруіне тікелей байланысты деп отыр. Қоршаған ортаның 80 пайыздан артық жағымсыз факторлары адам ағзасына жеген тамағы арқылы әсер етеді. Артық салмақ және семіздік, жүрек-қан тамыры ауруларының, қант диабеті және басқа да күрделі аурулардың қауіпті факторы болып табылады. Сондықтан адамдардың дұрыс тамақтану мәдениетінің де маңызы зор. Жүрек-қан тамыры ауруларын қоздыратын тағы бір себеп - стресс, торығу, ол адамдарды жасына қарамай, жүрек талмасына ұшыратады. Адамның көңіл-күйінің денсаулыққа әсері мол. Көңіл күйдің толқуы, мазасыздануы, біріншіден, адамның миы арқылы беріледі. Жағымсыз эмоциялар вегетативтік жүйені қоздырады, одан барып ағзадағы қан айналымына, ішкі органдарға, эндокриндік бездердің қызметіне әсер етеді. Соның салдарынан ағзадағы гормондардың балансы бұзылады. Оның әсері жүрек соғысының, ырғағының бұзылуына, қан қысымының көтерілуіне, бұлшық еттердің, қан тамырларының тартылуына апарады. Мидың қан айналымы нашарлайды, мидың клеткаларында оттегі жетіспеушілігі пайда болады. Жүректің, мидың қан тамырларының қысылуы инфаркт, инсульт сияқты ауыр

жағдайға алып келуі мүмкін, немесе жүректің ишемиялық ауруы, гипертония, асқазан жарасы сияқты созылмалы ауруларға ұшыратады Жүрек-қан тамыры ауруларына әйелдерден гөрі ерлер көп шалдығады. Мұндай тенденция 50-55 жасқа дейін, яғни әйелдердің жыныстық гармондарының жұмысы бәсеңдеген тұсқа дейін сақталады. Алдын – алуға, немесе жеңуге болатын қауіпті факторлар- холестериннің жоғары деңгейі, артериалды гипертония, темеку шегу, қант диабеті, семіздік, түрлі күйзелістер болып саналады.

Жүрек-қан тамыры ауруларының пайда болуына әкеліп соқтыратын тағы бір фактор ол - темекі шегу. Орта есеппен алғанда темекі шегу адам өмірін 7-10 жылға қысқартады екен. Темекі шекпейтіндерге қарағанда темекі шегетін адамдар миокард инфарктісіне шалдығуы екі есе көп, ал, осы аурудан қайтыс болатындар саны темекі шегетіндер арасында шекпейтіндермен салыстырғанда 4 есеге артық. Бүгінгі таңда жүрек-қан тамыры ауруларының алдын- алу үшін мынадай маңызды нәрселерді есте сақтау керек:

- Ең алдымен темекіден толықтай бас тарту қажет;
- Тиімді тамақтану ережелерін сақтау;
- Майлы тамақтардан бас тарту, тұзды пайдалану мөлшерін азайту - тәулігіне 4 грамм, құрамында калийі мол (бұршақ, өрік, құрма, теңіз қырыққабаты) тамақтарды көп пайдалану, сарыуызды барынша аз пайдалану;
- Көкеніс пен жеміс-жидектерді барынша мол пайдалану;
- Алкогольді ішімдікті белгіленген мөлшерде ғана пайдалану;
- Дене белсенділігін арттыру, семіздіктен сақтану;
- Қандағы холестерин құрамын үнемі тексеріп, бақылап отыру;

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы қазіргі уақыттағы жүрек- қан тамыры ауруларының эпидемиясы тамақтану құрамының өзгеруіне тікелей байланысты деп отыр. Қоршаған ортаның 80 пайыздан артық жағымсыз факторлары адам ағзасына жеген тамағы арқылы әсер етеді. Артық салмақ және семіздік, жүрек- қан тамыры ауруларының, қант диабеті және басқа да күрделі аурулардың қауіпті факторы болып табылады. Сондықтан адамдардың дұрыс тамақтану мәдениетінің де маңызы зор. Жүрек-қан тамыры ауруларын қоздыратын тағы бір себеп - стресс, торығу, ол адамдарды жасына қарамай, жүрек талмасына ұшыратады. Адамның көңіл-күйінің денсаулыққа әсері мол. Көңіл күйдің толқуы, мазасыздануы, біріншіден, адамның миы арқылы беріледі. Жағымсыз эмоциялар вегетативтік жүйені қоздырады, одан барып ағзадағы қан айналымына, ішкі органдарға, эндокриндік бездердің қызметіне әсер етеді. Соның салдарынан ағзадағы гормондардың балансы бұзылады. Оның әсері жүрек соғысының, ырғағының бұзылуына, қан қысымының көтерілуіне, бұлшық еттердің, қан тамырларының тартылуына апарады. Мидың қан айналымы нашарлайды, мидың клеткаларында оттегі жетіспеушілігі пайда болады. Жүректің, мидың қан тамырларының қысылуы инфаркт, инсульт сияқты ауыр жағдайға алып келуі мүмкін, немесе жүректің ишемиялық ауруы, гипертония, асқазан жарасы сияқты созылмалы ауруларға ұшыратады Жүрек-қан тамыры ауруларына әйелдерден гөрі ерлер көп шалдығады. Мұндай тенденция 50-55 жасқа дейін, яғни әйелдердің жыныстық гармондарының жұмысы бәсеңдеген тұсқа дейін сақталады. Алдын – алуға, немесе жеңуге болатын қауіпті факторлар- холестериннің жоғары деңгейі, артериалды гипертония, темеку шегу, қант диабеті, семіздік, түрлі күйзелістер болып саналады

Жүрек-қан тамыры ауруларының пайда болуына әкеліп соқтыратын тағы бір фактор ол - темекі шегу. Орта есеппен алғанда темекі шегу адам өмірін 7-10 жылға қысқартады екен. Темекі шекпейтіндерге қарағанда темекі шегетін адамдар миокард инфарктісіне шалдығуы екі есе көп, ал, осы аурудан қайтыс болатындар саны темекі шегетіндер арасында шекпейтіндермен салыстырғанда 4 есеге артық. Бүгінгі таңда жүрек-қан тамыры ауруларының алдын- алу үшін мынадай маңызды нәрселерді есте сақтау керек:

- Ең алдымен темекіден толықтай бас тарту қажет;
- Тиімді тамақтану ережелерін сақтау;
- Майлы тамақтардан бас тарту, тұзды пайдалану мөлшерін азайту - тәулігіне 4 грамм, құрамында калийі мол (бұршақ, өрік, құрма, теңіз қырыққабаты) тамақтарды көп пайдалану, сарыуызды барынша аз пайдалану;
- Көкеніс пен жеміс-жидектерді барынша мол пайдалану;
- Алкогольді ішімдікті белгіленген мөлшерде ғана пайдалану;
- Дене белсенділігін арттыру, семіздіктен сақтану;
- Қандағы холестерин құрамын үнемі тексеріп, бақылап отыру;

Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе айтарым- дәрігер ауру адамды емдейді, ал, аурудың алдын алу әрбір адамның өз тірлігі.

Жүрек - қан тамыры аурулары әлемнің көптеген дамыған елдерінде денсаулық сақтаудың басты проблемаларының біріне айналып отыр. ҚР бойынша жүрек – қан тамыр аурулары қазіргі таңда өте қарқынды даму үстінде. Жүрек – қан тамыр аурулары көбіне ересек адамдарды не мүгедектікке шалдықтырады, немесе өлімге әкеліп соқтырады. Жалпы өлім-жітімнің 52 пайызын жүрек-қан тамыры аурулары құрайды. Еуропада жыл сайын осы ауру салдарынан шамамен 3 миллион адам қайтыс болса, Ресейде 1 миллион адам, ал Қазақстанда 80 мың кісі осы аурудан көз жұмады. Жүрек-қан тамыры ауруларына әкеліп соқтыратын басты себептер қандай? Басты себеп адамдардың өз денсаулығына көңіл бөлмеуінен десек, сонымен қатар жағымсыз экологияның да салдары жетерлік. Әсіресе, соңғы жылдары инфаркт пен инсульттен болатын өлім тым жиілеп барады. Оның негізінде, атеросклероздан басқа, адамдардың жүйке жүйесінің шаршауы, олардың дәріменсіздікке ұшырап, депрессияға түсуі жатыр. Статистикалық негіздемелерге сүйене отырсақ осыдан 50 жыл бұрын жүрек талма ауруы адамдарда ауру пайда болған, ал қазіргі таңда жыл өткен сайын жүрек талма ауруы жасару үстінде. 2014 – 2016 жылғы статистикалық мәліметтерге сүйенсек бұл ауру 30 жасқа жасарған. Жүрек – қан тамыр жүйесі ауруы Семей қаласында 100000 адамға шаққанда 2005 жылы 1984 адам, 2009 жылы 2517 адам болды, яғни 13% - ға артты. Осының бәрін қорытындылай келе айтарым - дәрігер ауру адамды емдейді, ал, аурудың алдын алу әрбір адамның өз қолында.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Смагул А.Е.

Научный руководитель Керимбаева Айдана Досановна

Труд медицинских работников, полный психического, морального и этического напряжения, принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека; работники здравоохранения — это одна из социальных групп населения, которая не только испытывает на себе все реальные проблемы современной общественной жизни, но и сталкивается с самыми разнообразными проблемами своих пациентов и их родственников, что в конечном итоге обуславливает значительную социально-психологическую нагрузку. Высокий уровень нервно-психического напряжения в ряде профессий подчеркивается многими исследователями, но не уточняется, а что как это отражается на самих медицинских работниках с учетом принятых в настоящее время подходов к оценке негативных эффектов социальной и медико-психологической рефлексии экстремальных ситуаций, которые особенно типичны для работающих в отделениях с высоким уровнем летальности у медицинского персонала; не рассматривается специфика их взаимоотношений с тяжелобольными и их родственниками, в том числе и с родственниками умерших пациентов, особенно

с учетом происшедшей трансформации биоэтических подходов в медицине и новых форм организации медико-психологической и социальной хотя современная трактовка здоровья индивида подразумевает его физическое, духовное и социальное благополучие.

Цель работы - изучить психологические особенности сестринского процесса.

Несмотря на развитие технологий в медицине, последние исследования доказали, что ни одна техника не может заменить личного труда медицинского работника и его непосредственных отношений с пациентом, больной нуждается в заботе, помощи, поддержке и неудовлетворенность этих ожиданий приводит к изменениям психического состояния пациента. Психическое состояние пациента играет важную роль в лечении. Болезнь нередко сопровождается тревогой и страхом, поэтому разумнее всего начинать выстраивать отношения с пациентом с психотерапевтического воздействия. Условиями исцеления являются «безоценочные отношения к пациенту и принятие его таким, каков он есть, сострадание и сочувствие к нему, а также искренность и честность поведения». Медицинская сестра всегда, осознает она это или нет, производит на больного определенное впечатление, которое и является основой дальнейшего взаимодействия. Для выздоровления важна сама атмосфера, в которой пребывает больной. Часто оздоравливающее действие оказывают слова, мимика, жесты, поведение медицинского персонала. Добросовестная медсестра всю жизнь совершенствуется в манипуляционных навыках, заканчивает не одни курсы повышения квалификации, но гораздо меньше внимания уделяет владению таким могущественным орудием, как слово, которое постоянно находится в ее руках. Не следует забывать, что большинство пациентов достаточно внушаемы. Давно замечено, что фальшивые таблетки (они называются «плацебо») тоже помогают лечить больных. Конечно, они помогают меньше, но разница с настоящими лекарствами во многих случаях не слишком велика. Это значит, что медсестра больше воздействует на психику, чем на соматику. Странно, но «процент эффективности плацебо колеблется от 50 до 80 по сравнению с настоящими лекарствами, даже такими заслуженными, как анальгин». Плацебо оказались действенными и при лечении раковых заболеваний. В одном исследовании около трети пациентов, получавших плацебо-химиотерапию, полностью облысели. В целом плацебо — блестящая иллюстрация роли психики в возникновении и лечении болезни, а также важности психотерапии: лечит не лекарство, а медработник. Не медики решают, заниматься им индивидуальной психотерапией или нет. Просто они занимают такое положение в обществе, что каждый ожидает от них психологической помощи и поддержки. Медработник всегда оказывает сильное воздействие на психику, и единственное, что он может свободно выбрать, - это влиять ему в положительном или отрицательном смысле, на пользу или во вред больному. Таким образом, специфика профессионального труда медсестры, обеспечивающей сестринскую помощь, состоит в том, что: - труд ориентирован на больного человека, чрезвычайная сложность которого определяется особенностями функционирования его физиологических систем в период заболевания, а также нарушением социальных связей. В отличие от здорового человека, личность больного изменяется и дополняется теми особенностями, которые привносит в нее болезнь.

✚ характер поведения медсестры может влиять на течение болезни и состояние больного, тем самым ее профессиональное общение примыкает к таким факторам профессиональной деятельности, влияющим на пациента, как санитарно-противоэпидемический режим, лечебные и диагностические процедуры;

✚ отсутствие у медсестры знаний, умений и навыков профессионального общения делает ее абсолютно профессионально непригодной.

Также важным психологическим фактором в работе сестры является доверие. Больной верит врачу и сестре, он чувствует себя в безопасности, знает, что будет сделано все для его выздоровления. Он может спокойно отдыхать, без напряженности. Если же у него есть сомнения относительно лечащего персонала, то эти сомнения выражаются в

беспокойном поведении, требовании особых исследований, консилиума, приглашения специалистов, "дорогих зарубежных лекарств". В атмосфере такого недоверия каждое слово персонала воспринимается больным как угроза, как проявление враждебности. При этом неудовлетворение просьб больного, опаздывание с выполнением просьбы усугубляет у больного чувство беспомощности и зависимости.

Умение хранить тайну больного усиливает доверие. Часто сестры не обладают этим умением, рассказывают о том, что случилось в соседней палате, распространяют вести о тяжелобольных, тем самым вызывая страх и беспокойство у больных. Сплетни, фамильярность, дурной тон в разговоре очень мешают созданию нормальных отношений между сестрой и больными, мешают контакту с ними в ходе лечебной деятельности.

Важной задачей является способность сестры понять больного. Этот вопрос встает неминуемо в процессе ухода за больным. Знание того, что означает заболевание для больного, как он на него реагирует, что стимулирует его к должному отношению к своей болезни или, что мешает ему в этом, позволяет выработать индивидуальный подход к больному, который бы учитывал особенности личности больного, его привязанности, уровень умственного развития и образованности. Однако сближения с больным только на основе умственных способностей и индивидуальных особенностей не достаточно. Многие исследователи подчеркивают роль сочувствия в работе с больными, способности "вжиться" в страдания больного. Каждой медицинской сестре, каждому врачу следует пользоваться девизом: представь себя на его месте.

Другим важным мотивационным принципом психологической работы сестры с больным является умение выслушать больного. По образному выражению И.Харди: "говорить — серебро, молчать — золото, слушать — бриллиант". Сестра должна научиться слушать с интересом, первый шаг сближения часто возникает именно тогда, когда больной облегчит свою душу перед медицинской сестрой. Если такая беседа проходит должным образом, то больной успокаивается, мучившие его страхи и беспокойство исчезают, спадает внутреннее напряжение, т.е. достигается одна из важнейших задач психологии обращения с больными — рассеивание страхов и беспокойства больных.

Большую роль в создании контакта с больным играет учет всех оттенков поведения больного. Жесты, мимика, характер речи, ударение в разговоре могут быть средствами выражения самых различных эмоций. Точно так же больные по выражению лица персонала, улыбке, голосу читают их мысли и часто с тревогой ожидают прихода сестры, чтобы понять по ее мимике, что его ожидает.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет четыре функции сестры:

- обеспечение помощи пациентам и руководство ею. Это означает содействие, профилактику, лечение, реабилитацию или поддержку отдельных лиц, семей и групп людей;
- обучение пациентов, клиентов и персонала медико-санитарной помощи. Эта функция включает обеспечение информацией для поддержания здоровья, санитарное просвещение, оценку результатов просветительных программ, оказание помощи медицинским сестрам и другому персоналу в приобретении новых знаний и навыков;
- деятельность в качестве члена бригады медико-санитарной помощи. Эта функция подразумевает эффективное сотрудничество с другими людьми при планировании, организации, управлении и оценке сестринских служб как составной части общей службы здравоохранения;
- развитие практики сестринского дела через критическое мышление и научные разработки. Это означает разработку новых методов работы, определение сферы исследований, участие в таких исследованиях и использование принятых и соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов при проведении научных исследований в сестринском деле. Достижения современной научной

мысли неуклонно ведут к постоянному совершенствованию медицинской практики, внедрению в нее новых методов исследования, диагностики и лечения, что в свою очередь требует сложной аппаратуры и все более конкретной специализации знаний медиков. Однако все это таит в себе известную опасность. Постепенно медицинское мышление сосредоточивается на патологии отдельных систем и органов, такая узкая направленность заслоняет восприятие пациента в целом, затрудняет восприятие личности страдающего человека со всеми ее особенностями. Действительно, работа различных специализированных отделений типа палат или блоков интенсивной терапии (ПИТ, БИТ) доказала, что никакие даже самые современные завоевания техники не могут заменить личное участие медицинского работника, его непосредственные отношения с пациентами. Больной человек, стремясь освободиться от болезни, выздороветь, ожидает помощи, поддержки, заботы. Эти ожидания, свойственные человеку в любой ситуации, более остро проявляются во время болезни. Неудовлетворенность этих ожиданий часто проявляется в изменении психического состояния пациента. Психологическое состояние человека имеет решающее значение, как в возникновении болезни, так и в формировании особенностей ее течения, определяет развитие и успех лечебных воздействий. Элементы психологического подхода к лечению можно видеть уже у врачей древности. В арсенале лечебных средств египетской медицины наряду с химическими, физическими и биологическими использовались и психические формы влияния на больного, в частности словесное, мимическое и пантомимическое воздействия.

В нашей стране медсестре-руководителю, медсестре-менеджеру приходится действовать в сложных условиях нестабильности, дефицита ресурсов и ограниченных возможностей персонала. Очевидно, что для успешного выполнения этих ролей медсестре недостаточно только знаний по уходу за пациентами. Профессор менеджмента Макгильского университета в Монреале Генри Минцберг в своей работе «Природа управленческого труда» выделил и описал 10 управленческих ролей, которые в различной степени, по его мнению, принимают на себя руководители в разные периоды своего труда. Все роли он разделил на 3 большие группы.

Первая группа — межличностные роли, или роли при работе с людьми. Первая роль — лицо организации, ее глава. Выполняя ее, менеджер представляет организацию в официальных сферах, служит своеобразным символом организации. Вторая роль — связной. Менеджер выступает как информационно-коммуникационный центр при осуществлении внутренних и внешних контактов. Третья роль - лидер, осуществляющий руководство внутри организации.

Вторая группа — информационные роли, или роли при работе с информацией. Здесь руководитель бывает в роли получателя информации (приемник) для контроля за деятельностью организации; в роли передатчика информации внутри организации; в роли представителя, передающего информацию за пределы организации.

Третья группа — роли, связанные с принятием решений. Это роль предпринимателя - человека, принимающего решения, направленные на развитие организации; роль стабилизатора - умение предотвращать проблемы; роль распределителя ресурсов - временных, финансовых, кадровых; роль человека, принимающего важнейшие решения во время переговоров с другими организациями.

Для результативного исполнения этих ролей медсестре желательно обладать определенными личностными качествами, ей необходимы знания, умения, навыки. Согласно схеме управленческих умений менеджеров Роберта Каца, успешный руководитель должен обладать концептуальными умениями, умениями взаимодействовать с людьми, техническими умениями.

Концептуальные умения — умения работать с идеями: стратегически определять цели организации, выявлять и создавать условия для ее развития.

Умения взаимодействовать с людьми предполагают умения создавать и поддерживать команду, предотвращать и регулировать конфликты, проводить совещания,

собеседования, обучать, консультировать, советовать, аттестовывать своих сотрудников и в целом способствовать развитию персонала.

Технические умения - умения работать с оргтехникой, с планами, графиками, отчетами, документацией, ресурсами, знание технологических процессов, осуществляемых на подведомственном участке. Эти умения необходимы менеджерам всех уровней низшего, среднего, высшего, но в разной степени. Менеджеры высшего уровня более нуждаются в концептуальных, нежели в технических умениях, в отличие от менеджеров низшего уровня. Реформирование сестринского дела, появления новых направлений деятельности и, как следствие, постепенное изменение статуса медицинской сестры, приводят к необходимости ее профессиональной подготовки в области теоретической и практической научной психологии. Но программа обучения в медицинских училищах и колледжах построена таким образом, что знания медсестер о психических свойствах и состояниях личности, о структуре общения, умения действовать в критических ситуациях не используются на практике.

Это связано с рядом причин.

- ✚ Отсутствие учебных пособий, созданных для медицинской сестры базового уровня подготовки

- ✚ Недостаточное количество квалифицированных преподавателей психологии, имеющих и сестринскую специальность, и психологическую, и опыт практической работы.

- ✚ Отсутствие мотивации у студентов, а затем и у практикующих медсестер к самопознанию и саморазвитию.

- ✚ Недопонимание со стороны руководителей высшего и среднего звена, а также некоторых врачей необходимости наличия у любой медицинской сестры психологических знаний и умений.

- ✚ Использование соответствующих Государственному образовательному стандарту курсов Общая психология, Социальная психология, Медицинская психология, а также спецкурсов для формирования научных знаний у студентов

- ✚ Формирование умений и навыков практической работы с пациентами в ходе учебной и производственной практики

- ✚ Обеспечение условий для личностного роста, формирования навыков эффективного профессионального общения, овладения методами психической саморегуляции, снятия тревожности, повышения уверенности в себе, развития рефлексии, эмпатии и других профессионально значимых качеств в ходе социально – психологических тренингов.

- ✚ Использование системы психологических задач и упражнений на практических занятиях для развития профессионального мышления.

Успешная реализация этого процесса позволит воспитать у студентов потребность в постоянном личностном росте, развить способность к решению психологических проблем, сформировать поведенческие навыки.

Таким образом, в результате проведенного исследования, я выяснила, что психологический аспект в работе медицинских сестер заключается в умении подойти к каждому больному, найти ключ к его личности, создать контакт с ним. Также психические факторы имеют большое значение в повседневной лечебной деятельности. Целью заботы медицинской сестры является не только физическое здоровье больного, но и его психическая уравновешенность. Забота сестры заключается не только в ее действиях, но и в ее словах. Помимо содержания слов сестры, очень важно как их говорят, эмоциональная окраска речи. Важным фактором в работе медицинских сестер является доверие больных и вера в свое выздоровление. Медицинская сестра способна и должна играть важную роль в лечебном процессе, в деле просвещения и обучения больных самопомощи, искусству жить со своим заболеванием.

Список использованной литературы:

1. Абдуллаева М. М. Семантические характеристики профессиональной направленности медиков. Автореф. дисканд. психол. наук. М., 1993. — 24 с.
2. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. — СПб.: Речь, 2003. — 444 с.
3. Соложенкин В. В. Психологические основы врачебной деятельности. М.: Академический Проект, 2003. — 304 С.
4. Урванцев Л. П. Психологические аспекты оптимизации деятельности врача: проблемы и перспективы // Научные основы прикладной психологии. М., 1989 — С. 29–30.
5. Ясько Б. А. Психология личности и труда врача. Курс лекций. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. — 304 с.

ОЦЕНКА МАССЫ ТЕЛА И ХАРАКТЕРА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ОРГАНИЗМЕ У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА. АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА

Орехов В.

Научный руководитель Омирханова Райхан Бозтаевна

Нормальная масса тела является средней величиной, то есть величиной, которая наблюдается у конкретной группы людей (одного роста, пола, возраста и т. д.). Однако величина нормальной массы тела достаточно индивидуальна и находится в зависимости от ряда факторов (тип конституции, пол, раса, возраст, рост и т.д.). Насчет пола и роста никаких споров нет. А вот относительно возраста, по мнению большинства ученых, вес полностью стабилизируется примерно к двадцатипятилетнему возрасту. Именно в этом возрасте вес соответствует норме. И тут-то и возникают споры. Ведь масса тела не постоянна, она растет примерно на восемь процентов от показателя нормы у большинства людей, кроме людей в пожилом и старческом возрасте (в этот период вес несколько снижается). Поэтому нормой считается тот вес, который наблюдается чаще. Но он не идеален.

Также доказано, что тип конституции сильно оказывает влияние на массу тела. При этом учитываются три типа телосложения:

- Нормостенический тип, для которого характерны пропорциональные размеры тела и гармоничное развитие костно-мышечной системы.
- Астенический тип, который характеризуется стройным телом и слабостью развития мышечной системы, при этом, если сравнивать с нормостеническим типом, у этого типа продольные размеры тела и грудной клетки преобладают над размерами живота, а длина конечностей — над длиной туловища.
- Гиперстенический тип, характеризуется хорошей упитанностью, отличается длинным туловищем и короткими конечностями, а поперечные размеры тела и живота относительно преобладают над размерами грудной клетки.

Средние показатели нормальной массы тела для оценки величины избыточного веса и ожирения являются приблизительными. Более точно их можно рассчитать только при определении процентного содержания жировой ткани в организме. Только показатели мышечных и жировых компонентов в общем объеме массы тела могут действительно показать, что избыток веса является следствием ожирения или обусловлен сильно развитой мускулатурой. Но в реальности этот вопрос возникает только при наличии

несущественного превышения веса нормы. К тому же нормативы процентного содержания жира в организме носят достаточно индивидуальный характер. При его расчете любым способом показатель имеет значительную погрешность.

Слишком высокий или чрезмерный уровень веса способствует развитию заболеваний сердца и сердечнососудистой системы, а также другим серьезным болезням. Показатель индекса массы тела или ИМТ был разработан социологом и статистиком из Бельгии Адольфом Кетеле в 1869 году. Именно поэтому этот показатель еще называют индексом Кетеля.

По исследовательским данным, в группу риска входят женщины, чей объем талии не превышает 88сантиметров, и мужчины с превышением показателя в 102см. Но здесь следует учесть один важный момент, совсем без жира женский организм нормально функционировать не будет, поэтому смысла в том, чтобы полностью избавиться от жира, нет. Это опасно! Ведь именно в этой прослойке жира у женщин находятся эстрогены, которые отвечают за самочувствие, а также сохраняют упругость и молодость кожи.

Была проведена работа по оценке массы тела и характера распределения жировой ткани в организме у студентов группы БЛ-202, в количестве 14 человек из них 6 юношей и 8 девушек в возрасте 17-18 лет.

Были исследованы показатели роста и веса каждого, а также объем талии и объем бедра, а также данные о перенесенных заболеваниях ЖКТ (гастриты, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатиты, холециститы, дискинезии желчевыводящих путей) и анемии.

Таблица 1. Таблица индексов массы тела (ИМТ)

Классификация	ИМТ	Риск для здоровья
Анорексия нервная, выраженный дефицит массы тела	менее 16 (1)	Очень высокий
Недостаток веса	от 16 до 16,9	Высокий
Пониженная масса тела	от 17 до 18,4(2)	Повышенный
Нормальный вес	от 18,5 до 24,9(11)	Отсутствует
Избыточный вес	от 25 до 29,9	Повышенный
Ожирение I степени	от 30 до 34,9	Высокий
Ожирение II степени	от 35 до 39,9	Очень высокий
Ожирение III степени (морбидное)	более 40	Чрезвычайно высокий

Фактическую массу тела и его поперечные размеры определяют утром, натощак, после посещения туалета. Утром же целесообразно и измерение роста (длины тела).

С помощью сантиметровой ленты определяют окружность талии (на уровне самого «узкого» участка тела выше пупка) и окружность бёдер (на уровне самого «широкого» участка тела ниже талии).

1. Определение идеальной массы тела

Идеальная масса тела (МТ, кг) для мужчин:

$$\text{ИМТ} = \text{Рост} - 100 - \text{Рост} - 100 \setminus 20.$$

Для женщин в знаменателе используют цифру 10: они должны быть «легче» мужчин из-за большего содержания в их организме жировой ткани.

Сравнивают в процентах фактическую массу тела с идеальной (должной), приняв последнюю за 100%. Нормальным считается фактический показатель, отличающийся от должного не более, чем на 10%.

2. Определение весо-ростового показателя Кетеле

Весо-ростовой индекс Кетеле рассчитывают как частное от деления МТ (кг) на рост (м) в квадрате. Наименьшая смертность в настоящее время соответствует параметрам 22-30, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний -23-25.

3. Тип распределения жировой ткани в организме определяется путем деления окружности талии на окружность бедер. При «женском» (наиболее благоприятном для здоровья) типе распределения этот показатель не превышает 0,8, при «промежуточном» типе — равен 0,81-0,99, при «мужском»-1,0 и более. Последний при избыточной МТ является наименее благоприятным, т.к. обычно сочетается с нарушениями липидного обмена, характерными для атеросклероза.

Таковую же информацию может дать соотношение окружности талии и роста: в норме оно не должно превышать 50%.

По результатам исследований были получены следующие результаты:

Таблица 2. Результаты исследования.

	Рост (см)	Вес (кг)	Идеальная масса тела	Бедро	Талия	Заболевание
1.	177	73,500	77	102	84	Гастрит
2.	166	58	66	89	68	Анемия
3.	174	64	74	98	82	Гастрит
4.	186	76	86	104	80	
5.	160	55	60	91	71	
6.	155	57	55	90	70	
7.	163	50	63	90	63	Гастрит, анемия.
8.	163	60	63	99	77	
9.	164	72	64	102	90	СД
10.	177	49	77	91	72	
11.	168	51	68	90	58	Гастрит
12.	168	51,5	68	91	73	
13.	176	59	76	84	71	
14.	171	62	71	93	73	

Таблица 3. Типы распределения жировой ткани

	Индекс массы тела	Индекс Кетеле	Тип распределения жировой ткани
1.	7,7	23	0,8
2.	6,6	21	0,76
3.	3,7	21	0,8
4.	4,3	22	0,8
5.	6	21	0,8
6.	5,5	23	0,7
7.	6,3	19	0,7
8.	6,3	23	0,7
9.	3,2	26	0,8
10.	5,7	15	0,7
11.	6,8	18	0,6
12.	3,4	17	0,8

13.	3,8	19	0,8
14.	7,1	21	0,7

Вывод:

по ИМТ: в целом в контрольной группе с выраженным дефицитом массы тела-1, с пониженной массой тела-2 (из них 1 страдает хроническим гастритом). И 11 человек с нормальными показателями массы тела. Очень высокий риск для здоровья определяется у одного студента. Повышенный риск - у двоих студентов. У остальных риск для здоровья отсутствует.

По типу распределения жировой ткани в организме:

1 «женский» (наиболее благоприятный для здоровья) тип распределения жировой ткани у 14 студентов.

В норме этот показатель не должен превышать 0,8. В контрольной группе - от 0,6-0,8.

При «промежуточном» типе этот показатель равен 0,81- 0,99.

При «мужском» типе – 1-0 и более. Последний при избыточной массе тела является наименее благоприятным так как обычно сочетается с нарушениями липидного обмена характерно для атеросклероза.

Пути коррекции веса с выраженным дефицитом массы тела и пониженной массы тела сводится к рациональному питанию с использованием в пищу животных и растительных белков, растительных жиров, физические упражнения для наращивания мышечной массы, соблюдение режима дня и отдыха, здоровый образ жизни, регулярные занятия спортом. Необходимо пройти скрининговое обследование (УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, уровень гемоглобина, холестерина, билирубина, амилазы.)

Анализ пищевого рациона

Был выявлен средний вес студентов группы по формуле:

общий вес студентов/на количество студентов.

Этот показатель равен 59,8 кг.

Средний рост- 169 см.

Общая идеальная масса тела: $\text{рост}-100= 169-100=69 \text{ кг.}$

1. Суточная калорийность продуктов питания:

69кг (ИМТ) *46ккал (параметр рассчитанный на кг массы тела лиц III профессиональной группы-студенты)=3174 ккал. в сутки.

Питаться лучше 4 раза в день.

При 4х разовом питании потребление пищи распределяют так:

Завтрак-25%-793ккал

Обед-40%-1269ккал

Полдник-15%-476ккал

Ужин-25%-793ккал

При 3х разовом питании:

Завтрак-25%-793ккал

Обед-50%-1587ккал

Ужин-25%-793ккал

Последний прием пищи за 2 часа до сна, т.к. съеденная на ужин пища должна перевариться.

2. Суточное количество белка

1,0г * ИМТ= 1,0 * 69кг=69г.

3. Суточное количество жира

Не должен превышать более, чем 20% от количества принимаемого белка-82,9гр.

4. Доля животных белков и растительных жиров от общего количества принимаемых с пищей белков и жиров. Эти показатели не должны быть менее 55 и 25%.

Скорректировав свой рацион мы сможем уменьшить проявления хронических болезней. Так например: снизив количество перца в ваших блюдах, вы с легкостью позабудете об изжоге и гастрите. В состав газированных напитков входят различные ароматизаторы и красители, которые неблагоприятно действуют на желудочно-кишечный тракт, провоцируют кариес, приводят к вымыванию кальция из костей, поднимают уровень сахара в крови. Фаст-фуды приводят к увеличению массы тела. Не случайно ученые называют их – «жиры-убийцы».

Существуют 2 крайности в питании:

1. Переедание- человек получает с пищей больше калорий, чем расходует, что приводит к избыточному телесному жиру.
2. Недоедание- человек получает с пищей недостаточное количество калорий и питательных веществ, что приводит к уменьшению массы тела и (или) дефициту питательных элементов.

Профилактика лишнего веса.

1. Следите за ИМТ, индексом Кетеле, типом распределения жировой ткани.
2. Следите за калорийностью рациона по приведенным формулам.
3. Ограничьте употребление животного жира.
4. Ограничьте употребление легкоусвояемых углеводов, сахара до 30гр.
5. Потребляйте большое количество овощей (кроме картофеля) и фруктов (до 1 кг. В сутки).
6. Частый прием пищи- до 5-6 раз в день, но в небольших количествах.
7. Увеличение физической активности и выполнение различных физических упражнений.

Каждый человек в состоянии заботиться о собственном здоровье. Вести здоровый образ жизни совсем не сложно. Движение к этой цели должно быть постепенным - шаг за шагом. Каждый шаг продлевает активные годы нашей жизни. И хочется закончить статью замечательным выражением:

«Одно только поколение правильно питающихся людей возродит человечество и сделает болезнь столь редким явлением, что на них будут смотреть как на нечто необыкновенное».

Список использованной литературы:

1. И. Федюкович « Анатомия и физиология человека» 2010 г.

ҚАЛҚАНША БЕЗ ОБЫРЫ ЖӘНЕ СӘУЛЕЛЕНУ ӘСЕРІ

Қадырова А.М.

Ғылыми жетекшіі Талғатұлы Асылбек

Қалқанша без - үш гормон бөлетін (тироксин, трийодтиронин және кальцитонин) ішкі секреция безі. Негізгі қызметі:тироксин гормоны барлықзаталмасуға (нәруыз бен май) қатысады;

2) ағзаныңөсуі мен дамуынаәсер етеді;

3) жүйкежүйесі мен жүрекжұмысыныңқозуынарттырады.

Қалқанша без барлық омыртқалы жануарларда болатын ішкі секреция бездерінің ішіндегі ең ірісі. Қалқанша без көмекейдің алдыңғы жағына орналасқан. Ересек адамдарда оның салмағы шамамен 30-60 г, пішіні таға тәрізді, бірімен-бірі өзара байланысқан екі бөліктен тұрады. Қалқанша безде іші шырышты затқа толы қуыстар бар. Шырышты заттан тироксин гормоны бөлінеді, ал оның құрамында йод болады. 50 жастан әрі қарай қалқанша бездің салмағы мен мөлшері кішірейеді. Жаңа туған баланың қалқанша безінің салмағы 1-2 г.

Қызметі:

1) тироксин гормоны барлық зат алмасуға (нәруыз бен май) қатысады;

2) ағзаның өсуі мен дамуына әсер етеді;

3) жүйке жүйесі мен жүрек жұмысының қозуын арттырады. Қалқанша бездің қызметі бұзылғанда пайда болатын ауытқулар. Қалқанша безден бөлінетін гормондар жетіспесе, адам микседема (грекше «туха» - шырыш және «oedema» - ісіну) ауруына шалдығады.

Аурудың белгілері:

1) ағзада зат алмасу 30-40%-ға дейін бәсеңдейді, әсіресе нәруыз алмасуы бұзылады;

2) терінің астына су жиналады, тері құрғап, дене ісінеді;

3) дене температурасы төмендейді;

4) жүрек соғысы баяулайды;

5) қозғалысы бәсеңдеп, ойлау қабілеті нашарлайды; шашы түсіп, сирейді.

Ауруды тироксин гормонымен емдейді. Тироксин гормонының синтезделуі ағзада йодтың болуына байланысты. Адам йодты, йодты калий, йодты натрий түрінде тағаммен қабылдайды. Адам денесінде 30-50 мг йод болса, соның, шамамен 15 мг қалқанша безде кездеседі.

ҚБ қатерлі ісігі тиреоидты эпителий жасушаларынан дамиды (фолликулярлы, парафолликулярлы). Қалқанша бездің обыры (ҚБО) өте сирек сырқат болып табылады. Басым жағдайда сөз жоғары дифференцирленген ҚБО жөнінде айтылады, оның кешенді емі салыстырмалы түрде кеш сатылардың өзінде науқастардың жоғарғы өлім көрсеткіші мен қанағатты өмір сапасын қамтамасыз етеді.

Иондаушы радиацияның тироциттерге канцерогенді әсер ету мехазмін мынандай сатыларға жіктейді:

Жедел саты, жасушаның сәулемен зақымдалуы, олардың радиациядан кейінгі қалпына келу және неопластикалық тасымалдануы

Жасырын саты, жедел сатыдан кейін дамиды және айқын неоплазия белгілері пайда болғанға дейін созылатын пролиферация

Түзілген ісіктің өсу сатысы

Басым жағдайда белгісіз. Жиі радиациялы түрткі талқыланады. Сыртқы радиацияның ҚБО тудыруы жөніндегі мәліметтер нақты емес. ¹³¹I-Т34 диагностикалық және терапевтік мөлшері ҚБО индуцирлеуі жөніндегі мәліметтер жоқ. Жас балалар мен 20 жастан төмен жастарда сыртқы сәулелену ҚБО шақыратыны сәл шындыққа жанасады (әдетте папилярлы). Чернобыль атом станциясында болған жарылыстан кейін 1985-1993

жылдар аралығында балаларда ҚБО жиілігі 34 есе жоғарылаған. Ал жалпылама йод профилактикасы іске асырылған көрші Польша мемлекетінде мұндай жағдай орнамаған. Осыған орай радиактивті йодтың канцерогенді әсері йод тапшылығы болғанда ғана ҚБ-дің изотопты белсенді сіңіруі нәтижесінде байқалады деген қорытынды жасауға болады.

Йод тапшылығы немесе оны артық мөлшерде қабылдау ҚБО сырқаттанудың абсолютті жоғарылауына әкелмейді, бірақ йод мөлшері қалыпты аймақтарда ҚБО-ның агрессивті фолликулярлы түрі салыстырмалы түрде сирек кездеседі.

2 типті көптеген эндокринді неоплазия синдромы (КЭН-2: ҚБМО+ феохромоцитома; 9.2 бөлімді қараңыз) шеңберінде медуллярлы обырдың (ҚБМО) даму себебі 10-хромасоманың ұзын иығында RET-протоонкогенінің мутациясы болып табылады. Осындай мутациялар ҚБО папиллярлы әсіресе, радиация индуцирлеген түрінде кездеседі (5–30%). Сонымен қатар, жоғары дифференцирленген ҚБО кезінде p53 ісігінің супрессоры мутациясы, gas-онкогенінің гиперэкспрессиясы және бірқатар басқа да генетикалық өзгерістер дамиды. ҚБМО үш түрде кездеседі: спорадикалық (75%), шектелген отбасылық (5%), отбасылық КЭН-2 шеңберінде (20 %).

Қалқанша без обырының дамуын төрт сатыға жіктейді:

I саты – ісік локальды орналасқан, қалқанша без капсуласын деформацияланбаған, метастаздар болмайды.

II саты – жалғыз ісік, безді деформациялайтын не метастазсыз көптеген түйіндер және капсуланың деформациясы.

III саты – біржақты лимфа түйіндеріндегі метастазбен ісіктің болуы.

IV саты – капсуладан өсіп шығатын немесе көршілес тіндер мен ағзаларды басатын ісіктер, сонымен қатар екі жақты лимфа түйіндердің зақымдалуы.

V саты – айналадағы тіндер мен ағзаларға жайылған ісік, сонымен қатар жақын жатқан және алыс орналасқан ағзалардағы метастаздар

Гистологиялық ісіктің типі	Клиникалық сипаттамасы
Папиллярлы тип	Ерте жаста. Ісіктің баяу дамуы. Әдетте лимфа түйіндеріне метастаз береді
Фолликулярлы тип	Ерте және орта жаста дамиды. Гематогенді жолмен метастаз береді(сүйек, өкпе).
Медуллярлы тип	Ерте жаста.Көбінде генетикалық бейімділік анықталған. Тез дамиды.
Анапластикалық тип	Егде жаста. Қысу синдромы белгілері тән.
Ұсақ жасушалы тип	Ісік тез өседі. Локализденген ісік
Лимфома	Орта жаста дамиды.

Қалқанша без обырының симптомдары

Дауыстың қарлығы, жұтынудың бұзылуы, жөтел тұншығу, еңтігу, ауырсыну Тершендік Тәбетінің бұзылысы, дене салмағын жоғалту Тез шаршағыштық Іш қатулар Мойында түйінді түзілістің пайда болуы не мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы

Зерттеу жұмыстары интернет желісі арқылы мемлекеттік онкологиялық мекемелеріндегі тіркеу-есептеу құжаттарымен жүргізілді.

2009-2015 жылдар аралығында ең алғаш рет қалқанша без обыры анықталған науқастар арасында жүргізілді. Зерттеу барысында қалқанша без обыры алғаш кездескен 2543 науқас тіркелген. Науқастарды жас бойынша бөлген кезде, ең жиі кездесетін 46-55 жас (26,4%) аралығы. 2003-2008 жылдар аралығында 4 903 науқас тіркелген болатын. Ең жиі кездесетін жас 50-60 жас аралығында кездескен. Қазақстанда қалқанша без обыры соңғы жылдарда азайған. Қалқанша без обырымен науқастардың орташа жасы жасарған. Динамикада аурудың кездесу жиілігі төмендеп келеді.

Емшара:

Хирургиялық - қалқанша без қатерлі ісігі бойынша негізгі емдеу хирургия болып табылады. Бұл операция дене тінінің ішінара немесе жалпы жоюды көздейді. қатерлі ісік түрінде байланысты, дамыту, метастаз және басқа да болжамдық көрсеткіштердің оның кезеңі әр түрлі көлемдері операцияны қарастырады. Жалпы тиреоидэктомия- қалқанша безінің толық жою. Гормональды науқасты қалыпқа үшін мұндай емдеу кейін белгіленген өмір бойы гормондық терапия болып табылады.

Барлығы тиреоидэктомия- салауатты бөлігін қоспағанда барлық дерлік қалқанша ісік бөлігін жою, гипертиреоз бұрын пациент байқалғанда Егер қалқанша бөлігінің қалған гормонының жеткілікті мөлшерін өндіруге қабілетті болса, көп жағдайда, гормондық терапия қажет емес.

Тиреоидэктомия - қалқанша бір үлесі туралы эксцизии. Мұндай араласу қатерлі ісікке ең шектеулі болып табылады, бірақ тек емханада уақтылы ем пайдалануға болады.

Жұмыс барысында, аймақтық лимфа түйіндерін (мойын сылынуы) алып тастауға болады немесе метастаз тарау қауіпі болады, қайталануы кезінде мойын және көкірек лимфа түйіндерінің жылы метастатикалық зақымдануы жою үшін қосымша операция қажет болуы мүмкін.

Папиллярлы және фолликулярлы карциномада органның толық жою, сондай-ақ радиоактивті йод (- радиоактивті йод терапия Rit) бар емді пайдаланылуы мүмкін. Бұл зат капсула немесе дәмсіз сұйықтық болып келеді, науқасқа қабылдауға қолайлы. Радиоактивті йод молекулалардың қабылдағаннан кейін тиреоцит жылы, сондай-ақ метастазы жиналады және көп жағдайда оларды жоюға. ісік радиотерапия кезде - тиімсіз радиоактивті йод қолданылады. Қазіргі заманғы ұғымдар тікелей сәулелерінде емдеу, әдетте операция алды және операция кезеңдерінде тиімсіз болып табылады. Бірақ радиоактивті йод терапия жақсы нәтижелер көрсетеді және айтарлықтай болжам береді.

ТТГ басым терапия.

Операциядан кейін емделушіге, ынталандыру тиреоцит азайту үшін қолданылады. Гипофиз гормонын ТТГ (тиреотропты гормон) өндірілген деңгейін азайту мақсатында гормондық терапия жүргізіледі.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Лысенко И.И.

Научный руководитель Арыкбаева Асем Аскаровна

Врачебная деятельность относится к трудным профессиям. Человек, посвятивший себя медицине, несомненно, должен иметь к ней призвание. Стремление оказать помощь другому человеку всегда считалось полезным качеством личности и должно было быть воспитано с детства. Не случайно известный писатель и врач В.В. Вересаев писал, что научиться врачебному искусству невозможно, точно так же, как и искусству сценическому или поэзии.

№	Психолого-педагогические качества медицинского работника	Характеристика психолого-педагогических качеств медицинского работника
1.	Гуманизм врача.	<p>Больной, прежде всего вправе ожидать от врача искреннего желания помочь ему и убежден, что иным врач и быть не может.</p> <p>Гуманизм, сознание долга, выдержка и самообладание в отношениях с больными, совесть всегда считались главными характеристиками врача. Впервые эти морально-этические и нравственные нормы врачебной профессии были сформулированы врачом и мыслителем древности Гиппократом в его знаменитой "Клятве".</p>
2.	Врачебная тайна (конфиденциальность)	<p>Во взаимоотношениях врача и больного не последняя роль принадлежит умению врача хранить врачебную тайну. Обычно она включает в себя три вида сведений: о болезнях, об интимной и семейной жизни больного. Врач — не случайный обладатель этих сведений, сокровенных переживаний и мыслей больных. Они доверяются ему как человеку, от которого рассчитывают получить помощь.</p>
3.	Общая и профессиональная культура	<p>Требования к личности врача, его внешнему облику и поведению постепенно оформились в специальном учении — медицинской деонтологии.</p>
4.	Деонтология	<p>Раздел этики, рассматривающий проблемы долга и должного нравственного профессионального поведения. В отечественной медицине деонтология всегда понималась как учение о долге врача не только перед больными, но и перед народом. Труд врача, его поведение всегда рассматривались как большое дело общества.</p>

Таблица 1. Психолого-педагогические качества медицинского работника

В профессиях, связанных с взаимодействием «человек-человек», профессиональная усталость — это прежде всего усталость от другого человека. Это совершенно специфический вид усталости, обусловленный постоянным эмоциональным контактом с большим количеством людей. Особенно это относится к профессии врача, так как она предъявляет большую требовательность к личности профессионала и предполагает принятие ответственности за жизнь и здоровье другого человека. В значительной степени

появлению усталости могут способствовать особенности работы в здравоохранении (дежурства, работа по сменам), чрезмерно большой прием.

Утомление врача отрицательно сказывается на его профессиональной деятельности и тем самым на его пациентах. Последствия утомления могут быть самыми разнообразными. Они могут проявляться в нетерпеливости и раздражительности — врач сокращает время приема каждого пациента, стремится как можно быстрее закончить вызывающую утомление работу, а у пациента при этом создается впечатление, что врач хочет от него отделаться, не воспринимает серьезность его жалоб и в целом относится к нему неуважительно. На пациента такой врач производит впечатление рассеянного, занятого своими проблемами, а зачастую и просто некомпетентного. Невнимательность и поспешность могут приводить к неосторожным высказываниям с психической травматизацией больного (ятрогениям) и даже к прямым врачебным ошибкам необоснованному диагнозу или неудачно выбранному лечению. Переживание собственной профессиональной несостоятельности при нарастании врачебных ошибок, трудности концентрации, затруднения в восприятии нового материала являются причиной травматизации самого врача, приводят к чувству недовольства результатами своей деятельности. Его состояние может усугубляться и возникновением конфликтов как с администрацией (из-за претензий к неудовлетворительной работе), так и с коллегами (вследствие вызванного утомлением раздражения) и с пациентами (из-за врачебных ошибок, отсутствия психологического подхода, неквалифицированных высказываний).

Для создания взаимопонимания и положительных отношений между врачом и больным важно первое впечатление больного о принимающем его или лечащем враче. Здесь важно все: его мимика, жестикация, тон голоса, выражения, внешний вид врача. Если больной видит врача неопрятного, невыспавшегося, то он теряет веру, считая, что человек, не способный заботиться о себе, не может заботиться и о других и быть надежным в своей работе. При первом контакте с врачом у больного должно создаться впечатление, что врач понимает больного и хочет ему помочь. При этом врачу следует учитывать, в каком состоянии пришел к нему на прием больной. Напряженность, недовольство больного, который был вынужден добираться к врачу неудобным транспортом и который долго ждал своей очереди в приемной, не должны настраивать врача на враждебное отношение к больному.

Первое впечатление больного о враче может сложиться под влиянием эффекта «трансфера» (переноса), о котором писал З.Фрейд. Согласно этому эффекту, врач подсознательно может напоминать больному какую-нибудь эмоционально значимую личность из его детства, например отца или мать. В зависимости от того, какие у больного были отношения с отцом (или матерью), в отношении врача проявится та же тенденция — либо положительная (доверие к врачу), либо отрицательная (подозрительность, враждебность).

С другой стороны, отношение врача к больному, проявление к нему симпатии или антипатии может зависеть от «переноса эстетического стереотипа». Красивые люди скорее вызывают симпатию и доверие, чем некрасивые. Поэтому внешне симпатичный больной вызывает у врача большую симпатию, даже если в действительности он требует меньшей помощи, чем больной, возбуждающий своим внешним видом антипатию. Врач не должен показывать больному всем своим поведением, что он торопится, что у него на приеме много больных. Проявляя терпение и такт, он должен дать больному высказаться о его переживаниях, проблемах, жалобах, опасениях. Иначе больной будет жаловаться, что врач его «вообще не выслушал», а иногда даже полагает, что он не был обследован как следует, хотя ему было сделано все необходимое, что им пренебрегают как личностью. Большая необходимость дать выговориться относится не к экстраверту, а к интроверту, так как он скрытен, несмел, преувеличенно скромнен и поэтому скрывает свои проблемы, жалобы, а иногда и симптомы заболевания. В результате врач получает для лечения такого больного поверхностную информацию.

Важным фактором установления взаимопонимания между больным и врачом является доверие первого ко второму. Оно определяется профессиональным статусом врача, его возрастом (более старший кажется и более опытным, знающим), внешним видом (солидная комплекция, в очках), видом услуг, оказываемых врачом, — платные или бесплатные (в первом случае доверие больше). Манера поведения врача тоже оказывает влияние на возникновение к нему доверия больного. Доверие возникает легче, если врач спокоен и уверен, но не надменен, если манера его поведения быстрая, решительная, настойчивая и сопровождается человеческим участием и деликатностью.

Больной теряет доверие, а медицинский работник теряет авторитет в том случае, если у больного создается впечатление, что медицинский работник является тем, что называют «плохой человек». Такое впечатление может возникнуть из различных наблюдений. Например, больной слышит, как медицинский работник плохо говорит о своих коллегах, видит, как он надменно относится к подчиненным и подхалимно — к начальству, замечает, как он берет в свое пользование что-нибудь из казенного инвентаря или пищу, предназначенную для больных, наблюдает в нем проявления тщеславия, недоступности критике, болтливости, злорадства. Тщеславность проявляется, например, в том, что врач не просит о консультации более опытного коллегу или преувеличивает больному тяжесть его заболевания, чтобы получить после выздоровления больного большее признание и восхищение. Более серьезные личные недостатки медицинского работника могут привести больного к предположению, что врач или сестра с такими качествами не будут добросовестными и надежными и при исполнении своих служебных обязанностей.

Развитие положительных взаимоотношений врача с больными может осложняться наличием у него неблагоприятных черт характера (несдержанности, избыточной эмоциональности, замкнутости).

Выделяют несколько типов личности врачей, которые определяют особенности его общения и взаимоотношения с больными (Р. Конечный, М. Боухал, 1974).

Личность безапелляционного типа обладает чрезмерным самомнением, высказывает свое мнение в безапелляционной манере, заменяя предположение, вероятность полной уверенностью. Такие врачи легко внушают больному свои мнения и взгляды. Самоуверенность и недостаточное самообладание приводят к тому, что врач при больном открыто критикует своих коллег, лечивших больного раньше. В результате вызывает недоверие больного как к лечению, так и к обследованию. Самоуверенный врач злоупотребляет своей властью над больным, переносит на него свое недовольство и гнев, первоначально возникший в других ситуациях, делая из больного «козла отпущения». Врача может раздражать и то, что, несмотря на все его усилия, состояние больного не улучшается. И тогда сознательно и бессознательно он считает виноватым в этом больного. Другой тип личности врача — неуверенный и сомневающийся. Больной расценивает колебания врача как доказательство тяжести и даже неизлечимости его болезни. Врач может усиливать это впечатление, если размышляет вслух, говорит больному о всех возможных диагнозах, оставляет больного вследствие размышлений без лечения.

Л.А.Цветкова показала, что для неуспешных врачей характерны следующие отрицательные особенности: низкая эмпатийность, заниженное отношение к людям как ценности, отрицательная направленность интеракции, игнорирование психологического состояния пациента, отсутствие отношения к пациенту как активному соучастнику лечения, отсутствие готовности прийти на помощь.

Спецификой общения врачей с больными является то, что во многих случаях они вынуждены сообщать больному малую дозу правды о тяжести неизлечимого заболевания и прогнозе на будущее, т. е. манипулировать больным ради того, чтобы не вызвать у больного тяжелое психическое потрясение. Ведь многие люди, узнав о неизлечимости своей болезни, впадают в депрессию, бросают творческую работу, начинают злоупотреблять алкоголем. Известны и случаи суицида.

Однако скрывание правды имеет и отрицательные стороны: больной ведет себя неадекватно и несоответственно своему состоянию: пренебрегает лечением, может вступить в брак, провести какие-либо финансовые мероприятия, поскольку он рассчитывает на выздоровление. Поэтому среди врачей имеется и другая точка зрения: врач должен сообщить больному правду о неблагоприятном прогнозе. Это оправдано в тех случаях, когда существует действительная надежда на выздоровление или когда больной все равно догадается об имеющемся заболевании по проводимым с ним медицинским процедурам, поскольку многие люди уже имеют определенные знания в области медицины.

Модель	Роль врача	Описание модели
Активно-пассивная	Выполняет свою работу без участия пациента	Основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений
Покровительственная	Объясняет пациенту, что необходимо сделать, чтобы помочь ему. Выполняет роль наставника	Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима
Информативная	Роль компетентного технического эксперта	Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает
Интерпретивная	Консультирует больного и помогает ему принять решение. Выполняет роль советника	Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам
Совещательная (договорная)	Вовлекает пациента в обсуждение, в течение которого помогает ему осознать приоритеты, касающиеся здоровья	Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение

Таблица 2. Основные модели построения взаимоотношений врача и больного

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья. Вслед за этим, согласно первой из них (*активно-пассивной*), следует лишь объявление больному, как в дальнейшем предполагается с ним поступить (когда прооперировать

или какой лекарственный препарат назначить), согласно же второй (*покровительственной*), врач доносит до пациента избранную информацию, которая позволяет больному лишь согласиться с той тактикой лечения, которую избрал доктор.

Информативная модель никогда не использовалась в нашей практике и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. От него ожидается лишь грамотное выполнение своих обязанностей по постановке диагноза и сообщению больному возможностей лечения. Другими словами, врач является продавцом услуг, а пациент — покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

Интерпретивная модель мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным — это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель — совещательная, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение. Совещательная модель изменяет роль больного в самом процессе диагностики и лечения. Из пассивного объекта вмешательств он становится активным соавтором, но также и лицом, несущим определенную ответственность за свое здоровье. В этой связи модель получила свое развитие и в отношении информированного согласия пациента на проведение ему диагностической или лечебной манипуляции, а также на его участие в проведении научного исследования.

КАНЦЕРОГЕНЕЗ

Калембекова А.

Ғылыми жетекші Секей Серікболат

Канцерогенез дегеніміз — рак (ісік) ауруының пайда болу процесі. Рак (ісік) ауруы ХХ ғасырдағы адамдардың ең қауіпті ауруларының бірі.

Рак (ісік) ауруының жасушаларының кәдімгі дене жасушаларынан 2 ерекшеліктері болады: 1) кәдімгі дене жасушалары санаулы рет қана бөлініп, содан кейін бөлінуін тоқтатып өліп қалатын болса, рак (ісік) жасушалары шексіз бөлініп өсуге қабілетті. Сондықтан да олар ағзаға механикалық зиян келтіріп, өсіп көбейе береді де ақырында оның өлуіне алып келеді; 2) рак жасушалары жайылып метастаз береді, яғни оның кейбір жасушалары лимфа не қантамырлар арқылы басқа мүшелерге, ұлпаларға таралып, сол жерлерде жаңа ісіктер пайда болады.

Ағзалардың бөлінуге қабілетті кез келген жасушалары ісікке айнала алады. Бірақ, олар қалайша, ненің әсерінен рак (ісік) жасушаларына айналады, әлі толық шешілмеген мәселелер. Дегенмен, қазіргі кезде белгілі болғаны — рак (ісік) жасушаларында гендер қызметінің реттелу механизмінің бұзылуы салдары екендігі. Екінші бір толық шешілмеген мәселе — рак (ісік) ауруы тұқым қуалай ма, жоқ па? Бұл тұрғыдан екі түрлі гипотезалар айтылып жүр: бірі — рак (ісік) ауруы тұқым қуалайды десе, екіншісі — тұқым

қуаламайды деп болжамдайды. Қалай болғанда да рак (ісік) ауруының пайда болуының негізгі себептері — сомалық мутациялар және вирустардың әсері екендігі анықталып отыр. Қазіргі кезде рак (ісік) ауруының кем дегенде 3—4 түрінің тұқым қуалайтындығы дәлелденген, олар: ретинобластоманың бір түрі, Фанкони анемиясы (қан аздылығы), пигменттік ксеродерма және нейрофиброматоз. Рак (ісік) ауруының көпшілігі сомалық мутациялардан басталады.

Сомалық мутациялар адамдардың дене жасушаларында әр түрлі мутагендік факторлардың — радиация сәулелерінің, ультракүлгін сәулелерінің, химиялық заттардың әсерінен түзіледі. Сомалық мутациялар алғаш жеке жасушада пайда болып, оның тағдыры сол жасуша тіршілігіне байланысты болады. Егер осы мутация әсерінен жасуша өліп қалса пайда болған сомалық мутация да сол жасушамен бірге жойылады, ал егер мутацияланған жасуша әрі қарай бөлініп көбейетін болса, онда сол жасушаның ұрпақтарының бәрінде де мутация сақталынады. Канцерогенездің сомалық мутация болжамымен қатар вирустық болжамы да белгілі. Вирустардың рак (ісік) ауруын туғыза алатындығы туралы болжамдар ерте кезден ақ белгілі. Бірақ, тек 1950 жылы американ ғалымы Р.Делебекко кемірушілерді маймыл вирусымен зақымдап, оларда рак (ісік) ауруының пайда болғанын зерттеп анықтаған. Соңғы кездері кептеген рак (ісік) және лейкоз ауруларының вирустар әсерінен болатындығы анықталды.

Ісік туғызатын вирустар. Олар құрамында ДНҚ бар вирустар немесе РНҚ-сы бар ретро вирустар болуы мүмкін. Олардың бәрінің клетка-иесінің геномымен үйлесе алатын бірегей қабілеттері бар. Ісік вирустарының бұл ғажайып ерекшеліктерін ресейлік вирусолог Л.А.Зильбер болжап айтқан.

Алғашқы ісік тудыратын вирустарды тауықтарда 1910 ж. П.Раус ашқан. Саркомадан алынған клеткасыз сүзбені екенде жаңа ісіктер пайда болады. Жұқтыратын агент РНҚ-сы бар ретровирус (Раус саркомасының вирусы), яғни оның тұқым қуатын молекуласындағы РНҚ-дан кері транскриптаза көмегімен ДНҚ синтезделеді де клетка-иесінің геномынан орын алады.

Гиппократ теориясында-«ішкі ісіктерге ем жүргізбеу,себебі операция науқасты ісікке қарағанда тез өлтіреді», -деген

Р.Вирховтың теориясында-«қатерлі ісік ауруы көбінесе жарақаттанған теріде пайда болады», -деген

Рим дәрігері Авл Корнелий Цельс теориясында-«ісікті емдеудің алғашқы сатысында оны хирургиялық жолмен алып тастауды,ал соңғы сатысында ешқандай ем көрсетпеу керек», -деген

Неміс дәрігері Рудольф Вирховтың теориясында-«ісік жасушалары кәдімгі сау жасушалар сияқты құрастырылады және ісіктің миграциясы бойынша таралады », -деген

Д.Конгейм теориясында-«қатерлі ісік ауруы сомалық мутациядан болады»-деген

Неміс дәрігері Отто Варбург теориясында-«сілтілік ортада рак клеткалары өспейді»

Холстед теориясында-«канцерогенездік заттардың адам ағзасына кері әсер етіп қатерлі ісікке апатрады»-деген

3.Канцерогендік заттар жеке ісік кеткаларының өсуін және бөлінуін қолдайтын заттар. Канцерогенді заттар көптеген адам ісіктерінің себебі болады.Олар тамаққа сыртқы ортадан түседі, немесе ұзақ сақталғанда, жылытып, ысытқанда да пайда болуы мүмкін. Химиялық канцерогендердің ішінде өте залалдысы көп-циклді ароматы көмірсутегілер (КАКС) және нитрозаминдер. Химиялық канцерогендер ауадан, судан, топырақтан тағамға, көкөністерге, жеміс-жидектерге жұғады. Малдарда аз кездеседі (етте, сүтте), ал тағамдарды сақтағанда, өндегенде, ас даярлағанда олар көбейеді.

Нитрозаминдер консервленген тағамдарда көп болады, сонымен қатар шұжықтарда, өңделген көкөністерде, тәтті тағамдарда да кездеседі. Негізінде нитрозаминдер ағзада нитриттер мен нитраттардан өндіріледі.Жоғарыда тағамды дайындау мен өңдеу кезінде, канцерогендік заттар мен нитрозаминдер пайда болады

дедік. Олар әсіресе, аса артық қыздырған майларда, оған пісірілген ағамдарда, қалыптан тыс ұлғайып, ағзаға зиянды әсер етуі жоғарлайды.

Этил спирті майларды ерітіп, канцерогендік химиялық заттардың белсенділігін артырып, асқазан шырышты қабатына зиянды әрекетін күшейтеді. Жоғарыда тағамды дайындау мен өңдеу кезінде, канцерогендік заттар мен нитрозаминдер пайда болады дедік. Олар әсіресе, аса артық қыздырған майларда, оған пісірілген тағамдарда, қалыптан тыс ұлғайып, ағзаға зиянды әсер етуі жоғарлайды.

Бензпирен-қуыру және грлиль дайындауда пайда болады, темекі түтінінде олар көп.

Пиролиз-ақуызды өнімдерді духовкада ұзақ жылытуынан пайда болады.

Пероксид-майдың қатты жылытуынан пайда болады

Ең танымал физикалық канцерогендер-иондаушы сәулелер. Ультракөгілдір терімен толығымен жанасады және сол себепті тері рагы пайда болуна ісер етеді. Гамма және рентген адам ағзасына еркін кіретіндіктен, адам ағзасына кез-келген радиогендік ісіктер пайда етеді. Ұзақ механикалық немесе ұлпалардың қыздыру түршігуі де кілегейлі қабаттарда және теріде ісіктердің пайда болуын жоғарғы факторы болып табылады. 1895 жылы рентген сәулелері ашылғаннан кейін 1909 жылы ең алғаш радиацияның ісік туындату мүмкіншіліктері туралы пікір айтылды. Ренгенологтарда тері обыры мен сүйек саркомасы дамуының мүмкіншіліктері байқалды. Адамдарда рентген сәулелерімен жалпы сәулелендірудің нәтижесінде ісік пен лейкоздардың дамуы жиілейді. Хиросима, Нагасаки қалаларында 1945 жылы АҚШ атом бомбасын жарғаннан кейін, Семей полигонында 1949 жылдан бастап атом бомбасын сынаулардан соң бұл аймақтардың тұрғындарының арасында лейкоз дерті мен ісіктер жиі кездесетін болды. Ультра-күлгін сәулелер әсерінде тері рагы мен меланома дамиды.

Канцерогенезге әкелетін кәсіби факторлар. 1775 жылы Англияда Персивал Потт мұржа тазалайтындардың обырын хабарлады: бала күнінен көп жылдар түгін шығатын мұржаларды тазалайтын адамдардың ұма терісінде, санының және құрсақ терілерінде обыр ісігі пайда болатыны байқалған. Бұл обырдың себебі пештің күйесі болады деген пікір айтылды. Осыдан кейін көп зерттеушілер обыр ісігін жануарлардың терісіне тас көмір қара майын жағу арқылы тәжірибеде алуға кірісті. Тек 1918 жылы жапон зерттеушілері Ямагива мен Ишикава осы жолмен қоянның құлағында тері обырын алды. Осыдан бастап химиялық канцерогенезді жүйелі түрде зерттеу басталды. Артынан әртүрлі химиялық заттардың әсерлерінен ісіктің басқа түрлері де дамитыны белгілі болды. Көптеген кәсіптік рактар да әртүрлі химиялық заттардың әсерінен дамиды. Мысалы, хош иісті аминдерге жататын анилин, бензидин, 2-нафтиламинмен жұмыс істейтін адамдардың көпшілігінде 5 жылдан кейін қуық рагы пайда болады. Ренгенологтарда, басқа дәрігерлерге қарағанда тері рагы 8 есе жиі ұшырайды. Анилин бояу өндірістегі жұмысшылардың қуық рагымен ауруы.

Ісік (латынша-tumor, blastoma, грекше-neoplasma, орысша-опухоль)- дерттік өзгерістерге ұшыраған жасушалардың тым артық өсіп-өніп кетуін айтады. Ісіктің қазіргі кездегі халықаралық түрлері ісік гистогенезі негізінде құрылған; яғни ісікті әртүрлі топтарға бөлгенде оның қайсы тіннен пайда болғандығы, қатерсіз не қатерлі екендігі есепке алынады. Организмнің кез келген ағзасы немесе тіні ісік көзі бола алады. Қазіргі уақытта барлық ісіктерді 7 топқа бөледі:

1. Арнайы даму орны жоқ эпителийлі ісіктер (жеке ағзаға тән емес ісіктер).
2. Сыртқы және ішкі секреция бездері мен жамылғы эпителий ісіктері (жеке ағзаға тән ісіктер).
3. Мезенхималық ісіктер.
4. Меланин түзуші тін ісіктері.
5. Жүйке жүйесі мен ми қабықтарының ісіктері.
6. Қан жүйесінің ісіктері.
7. Тератомалар.

Барлық ісіктерді гистологиялық құрылысына, клиникалық көріністеріне қарап қатерсіз, қатерлі ісіктер деп бөледі.

Қатерсіз ісіктер әдетте ұзақ уақыт өседі және ағзаны аса қатты өзгерістерге ұшыратпайды. Қатерсіз ісіктер айналасындағы тінге бойламай, оларды ығыстыра (экспансивті) өседі, олардың құрылысы өзі дамыған ағзаның құрылысына сәйкес болады, яғни гомологиялық ісіктер қатарына жатады. Метастаз бермейді, хирургиялық жолмен алып тастағанда кейбір сирек жағдайда болмаса қайта өспейді. Қатерсіз ісіктер өте үлкейіп кеткенде ғана жанындағы ағзаларды басып механикалық тұрғыдан олардың қызметін бұзады.

2014ж	1179	3184	77
2015ж	885	3284	68
2016ж	650	2800	44

Кесте 1. Семей қаласында сүт безінің қатерлі ісігі 100 адамға шаққанда

Қатерлі ісіктерге клеткалық атипизм тән. Оларды түзуші клеткалар өзі өсіп шыққан ағза не тін клеткаларынан өзгеше болып гетерологиялық ісіктер қатарына жатады. Қатерлі ісіктер жер бетіндегі халықтың,әсіресе жасы ұлғайған адамдар арасындағы өлімнің негізгі себептерінің бірі.Бұл аурудың ерекшелігі,көп жағдайларда патологияның себебін анықтау мүмкін болмайды,себебі олар ауру адамдарда көзге көрінетін нақты себептері жоқ жағдайда байқалады.Қатерлі ісік науқастың күйін өте нашарлатуға,жалпы жазылуына кері әсер етеді және метастаз береді.

Ерте кездегі ғалымдардың жазбалары бойынша ісіктерді емдеу б.з.д 1600 жыл ежелгі Египетте папирустармен жазылған.Бұл жазбада сүт безінің көптеген формалары жазылған,ем ретінде ісік күйдіру жазылған.Сонымен қоса Египетте беткей ісік емін маймен қолданылған.Ол майдың құрамында мышьяк болған.Рамадияндар осыған ұқсас жазба қалдырған:емді хирургиялық жолмен мышьяк қолдану арқылы жасаған.Емнің дәрежесіне қарай ісікті хирургиялық жолмен алып тастағаннан кейін жараны құрамында өсімдік майлары және мышьяктары бар маймен өңдеу керек.Болжам бойынша олар қалған жасуша ісіктерін жою қасиеттеріне ие болған.

Ісік өсуінен алдын-ала сақтандыру обыр алды және дисгормондық жағдайларды ерте анықтап емдеуге негізделеді. Сонымен бірге қоршаған ортаның тазалығы үшін және әртүрлі зиянды әдеттермен күресуді қажет етеді.

Емдеу тәсілдерінің жалпы негіздері мынаған бағытталған:

1. хирургиялық емдеу – ісікті сау тіннің көлемінде дер кезінде отап тастау;
2. химиотерапия үшін жасушалардың өсіп-өнуін тежейтін дәрі-дәрмектер қолдану;
3. ісік жасушаларының өсіп-өнуін тежеу мақсатында иондағыш сәулелерді қолдану;
4. организмнің қорғаныстық күштерін көтермелеу және жетілдіру.

Емдеу үшін еркін радикалды тотығуды тежейтін антиоксиданттар, ісік өсуін туындататын вирустарға қарсы интерферондар, иммундық жүйені қалпына келтіретін дәрі-дәрмектер, зат алмасудың бұзылыстарын жөнге келтіретін витаминдер т.с.с. заттар қолданылулары керек.

Радиациялық ем - ісік жасушаларын өлтіру үшін пайдаланылатын физикалық фактор болып табылады. Радиациялық терапия кезінде қатерлі ісік жасушаларын жоюға радиацияның жоғары дозасы пайдаланады.Радиациялық сәуле ісік клеткаларының бөлінуіне,олардың ұлғаюына кедергі жасайды.

Химиотерапия – ісікті емдеудің арнайы әдісі. Химиотерапия ісік жасушаларының дамуын тоқтатады. Химиотерапия - фармакологиялық (цитотоксикалық) есірткі арқылы ісікті емдеу курсының жалпы атауы

Физиотерапия бойынша физикалық жаттығу, адам ағзасына жылулық әсер, лазер, электромагнит арқылы емдеу және оңалту негізгі әдістерінің бірі. Жылы және суық, электромагнит, ультрадыбыстық, лазерлік, магнит өрісі, ультракүлгін, инфрақызыл және емдік балшық, су, массаж: физиотерапияның табиғи және физикалық факторларды кезінде пайдаланады. Физиотерапия айтарлықтай қажетті дәрі-дәрмектер санын азайтуға көмектеседі.

Оперативтің ем-ол негізгі ем. Оның мақсаты ісікті оперативті жолмен алу. Жаңа пайда болған ісіктердің ұшын скальпельмен, ісікті капсуланы зақымдап ашпай аралас тоқымалардан ажыратады. Ісік қоректендіретін қан тамырларын үзеді. Жараға тегіс салады. Қатерлі ісік кезінде жасалатын операция жаңа пайда болған өсіндіні сау тоқымалардың аумағынан жергілікті лимфа түйінділерімен бірге алу. Операция жара кезінде алынып жатқан ісік, ісіктен кобею торшаларының түспеуін қадағалайды.

Ісіктің аралас емі-көбінесе аралас емнің мына түрлері қолданылады: хирургиялық және сәулелік, хирургия және химиотерапия, хирургия және гормонотерапия.

Шымкенттік ғалымдар түйе сүтінен лактоферрин затын алу әдісін ойлап тапты. Дәрігерлер оны қатерлі ісікке қарсы қосалқы ем ретінде пайдалануға болатынын айтады. Оны зеттеуге ұлттық институтқа тапсырыс берген. Зерттеу қорытындысы бойынша түйе сүтінен антиоксиданттық, қабынуға қарсы қабілеті бар препарат алуға болатыны дәлелденді.

ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ ИНСУЛЬТ

Түсіпханова А.

Ғылыми жетекшісі Шакенова Алтынгуль Жумабековна

Қазіргі кездегі ересектермен қатар жастардың да өмірін жалмап бара жатқан, дамыған елдер мен қоса дамушы елдерде де еңбекке қабілеттіліктің ерте жоғалуы мен өлімнің басты себептерінің бірі- инсульт болып табылады. Қазақстан Республикасында да ауру-сырқаулар мен өлім құрылымында көшбасшылық орын алып отыр.

Инсульт дегеніміз — бас қан айналым жүйесінің жедел бұзылуы, миға қанның кетуі, мидың субарахноидальды қабатына қан құйылу мен мидың инфарктісі (ишемиялық инсульт). Инсульттің барлық жағдайының 70-85% ишемиялық инсультты құрайды, ал геморрагиялық инсульт (қан құйылу) төрт есе аз болады. Көбінесе, инсультке артериалды гипертония себепші болып келеді. Оған 50-ден асқан азаматтар жиі ұшырасады. Бірақ қызу өмір ағымы мен жоғары эмоционалдық жүктеме, гиподинамия мен дұрыс тамақтанбауға байланысты соңғы уақытта инсультке жастар да ұшырасып жатады. Инсультпен ауыратындарды емдеу мен сауықтыру ұзақ уақытты талап етеді. Сондай-ақ, өлім пайызы жоғарылап, әлеуметтік бедел мен еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі байқалуда.

Жыл сайын ДДСҰ мәліметтері бойынша әлімде қазіргі таңда инсультты басынан өткерген 50 миллионнан астам науқас тіркелген. Жыл бойындағы инсульттар жиілігі 1000 тұрғынға есептегенде 1,5-нан 7,4-ке дейін құрайды. Қазақстанда жыл сайын жүрек-қан тамырлары аурулары мен инсульттен зардап шегетіндердің қатары көбейіп барады. Аурудың көптігі бойынша еліміз ТМД елдері арасында Ресей мен Украинадан кейінгі үшінші орынды иеленеді. Аталған аурулардың салдарынан еңбек қабілетін жоғалтушылар саны күрт өскен. Жыл сайын Қазақстанда 49 мыңнан астам инсульт алу оқиғасы тіркеледі. Ал Астанада биылғы жылдың соңғы тоғыз айдың ішінде 161 адамға «инсульт» деген диагноз қойылып, диспансерлік есепке алынған. Инсультқа көбіне 60-70 жастан асқан егде

адамдар ұшыраса, бүгінде 40-50 жас аралығындағы жандардың шалдығуы жиілеген. Бұлауруғашалдыққандардың орташа жасы 67 болғанымен, олардың 29 пайызы еңбекке қабілетті 60 жасқа дейінгілер. Ресми деректерге жүгінсек, әйелдердің 60, ер адамдардың 40 пайызын инсультқа душар болады. Яғни, инсультті басынан кешкен 80% адам мүгедек болып қалады, олардың ішінен 25% қалған өмірінде тұрақты күтімді қажет етеді. Біздің елде ИИ ауруы жылына 0,5% ға көбеюде. Инсультке шалдығу 60-тан 75 жасқа дейінгі аралықта жоғары болады. Мысалы 50-59 жас аралығында инсульт науқастылығы 1000 адамға 7-ден келсе, 70-75 жас аралығында ол 1000 адамға 20-дан болады.

Инсульт бұрынырақта тек егде жастағы адамдарға тән ауру деп есептелсе, бүгінде 15-20 жасқа жасарды. Мұның себептері көп. ХХІ ғасырдағы экономикалық реформалар, жаһандану, түрлі технологиялық дамулар қоғам өмірінің сапасына әсер етуде. Бұлардың барлығы адам денсаулығына кері әсер тигізбей қоймайды. Бүгінде жастардың көлікпен жүруі, майлы, тез дайындалатын фаст-фуд өнімдерін тұтынуы, көп уақытын компьютер, теледидар, ұялы телефонның алдында өткізуі инсульттің қаупін күшейтеді. Бұған қоса, шылым шегу, спирттік ішімдіктер тұтынуы - инсульттің негізгі факторлары. Инсультке әкелетін тағы бір себеп - күйзеліс. Бүгінгі жастардың көбі күйзелісте жүреді, сәйкесінше шылым шегеді, арақ ішеді.

Инсульт (лат. *insultus* — соққы, қыспа талу, инсульт) — ми тканінің зақымдалуын, оның қызметінің, мидағы қан айналысының кенеттен бұзылуы; осының салдарынан миға қан құйылады, немесе ми тамырлары бітеліп қалады (тромбоз). Инсульт – шұғыл медициналық көмекті қажет етеді. Ол миға қан келуі тоқтаған кезде пайда болады. Миға қан келуі тоқтаған бірнеше минуттан кейін ми жасушалары тіршілігін жоя бастайды.

Инсульттің пайда болуының негізгі факторлары:

Жоғары артериалдық қысым (50%). Жоғары артериалдық қысым – инсульттің дамуының негізгі қауіп факторы. Артериалдық қысым жоғары саналады, егер ұзақ уақыт бойы 140/90 мм.сын.бағ. деңгейінде немесе одан асатын болса. Егер қант диабеті болса немесе бүйректің созылмалы ауруы болса, 130/80 мм.сын.бағ. және одан асатын деңгей жоғары саналады. (мм.сын.бағ. - миллиметр сынап бағаны - артериалдық қысымды өлшеуде қолданылатын бірлік).

Темекі шегу. Темекі шегу қантамырларын зақымдауға және артериалдық қысымды арттыруға қабілетті. Темекі шегу нәтижесінде оттегінің қажетті көлемін организмнің барлық тіндеріне жеткізу төмендейді. Пассивті темекі шегу де қантамырларын зақымдауы мүмкін.

Диабет (8%);. Диабет организмнің инсулинді сіңіруінің бұзылысында немесе жеткіліксіз өндірілуінің салдарынан қандағы қанттың жоғары деңгейімен сипатталатын ауру.

Жүрек аурулары (33%). Жүректің ишемиялық ауруы (коронарлық артериялардың ауруы), кардиомиопатия, жүректің жеткіліксіздігі және жүрекшенің фибрилляциясы да тромбының түзілуіне ықпал етеді, тромбылар инсультке апаруы мүмкін.

Мидың аневризмалары немесе артериялық-веналық мальформациялар (АВМ). Аневризма – бұл артерияның қабырғасының шар тәрізді дөңестігі, ол созылуы және жарылуы мүмкін. АВМ – бұл зақымданған артериялар мен веналардың өрімі, ол да мида жарылуы мүмкін. АВМ туғаннан болуы мүмкін, бірақ, көбінесе, олар жарылғанға дейін анықталмайды.

Жасы және жынысы. Инсульттің пайда болу қаупі жас ұлғайған сайын артады. Жас кезде инсульт әйелдерге қарағанда ерлерде жиі кездеседі. Бірақ, инсульттен әйелдер өлім-жітімге жиі ұшырайды. Ұрықтануға қарсы таблеткаларды қабылдаған әйелдерде инсульттің пайда болу қаупі біршама жоғары.

Инсульттің пайда болуының басқа да қауіп факторлары бар, олардың көпшілігін бақылауға алуға болады:

Алкоголь және наркотик тұтыну (29,6%).

Қандағы зиянды холестериннің жоғары деңгейі
Дене белсенділігінің болмауы (гипокинезия (36%))
Дұрыс тамақтанбау
Семіздік(23%)
Күйзеліс және депрессия(76%)
Васкулит (қан тамырларының қабынуы) және қанның ұюының бұзылысы секілді кейбір аурулар

Инсульттің симптомдары:

Кенет әлсіздік
Паралич (салдану) немесе беттің, қолдың, аяқтың жансызданып, ұйып қалуы, әсіресе, дененің бір жағында
Естің қалыпты болмауы
Сөйлеу мен түсінудегі мәселелер
Бір немесе екі көздің де көруіндегі бұзылыстар
Тыныс алудағы мәселелер
Бас айналуы, жүрудегі қиындықтар, тепе-теңдікті немесе қимыл үйлесімін жоғалту және түсініксіз құлаулар

Естен тану

Кенет және күшті бас ауырсынуы

Инсульттің түрлері

Ишемиялық инсульт миға оттегіге қаныққан қанды жеткізетін артерияның бітелуінде пайда болады. Бітелу ишемиялық инсульттің де себебі - тромбы салдарынан болады.

Ишемиялық инсульттің екі түрі бар: тромболиялық және эмболиялық. Тромболиялық инсультте қан ұйындысы (тромб) миға қан жеткізетін артерияда түзіледі.

Эмболиялық инсультте қан ұйындысы немесе басқа заттек (мысалы түйіндақ немесе май материалы) қан ағымымен мидың артериясына түседі. (қан ағымымен қозғалатын тромб немесе түйіндақтың бөлікшесі эмбол аталады).

Инсульттің екі түрінде де тромб немесе түйіндақ оттегімен қаныққан қанның миға баруын тежейді.

Ишемиялық инсульттің пайда болу қаупі көптеген ауруларда артады.

Мысалы, атеросклероз кезінде түйіндақ аталатын майлы заттектер артериялардың ішкі қабырғасында жинақталады. Біртіндеп түйіндақ қатаяды және артерияның саңылауын тарылтады, бұл кезде тіндер мен ағзаларға (мысалы, миға және жүрекке) қан баруы шектеледі.

Артериядағы түйіндақ жарылуы мүмкін. Тромбоциттер түйіндақтың зақымданған жерінде жинақталады және тромб түзіп, жабысады. Бұл тромбылар артерияны ішінара немесе толығымен бітеуі мүмкін.

Түйіндақтар организмнің кез келген артериясында түзілуі мүмкін, оның ішінде, жүректің, мидың және мойынның артерияларында.

Мойынның екі жағындағы екі негізгі артериялар ұйқы артериясы аталады. Бұл артериялар оттегіге қаныққан қанды миға, бетке, шаш түбіне және мойынға жеткізеді.

Түйіндақтар ұйқы артериясында жинақталғанда ұйқы артериясының ауруы аталатын жағдай пайда болады. Ұйқы артериясының ауруы көптеген ишемиялық инсульттің және ТИШ себебі болады.

Мұның салдарынан ми жасушалары зақымданады.

Атеротромбатикалық (АТИ) бас миын қандандыратын ірі артерияларда тромбтың түзілуімен жүретін атеросклеротикалық өзгеріс. Кардиоэмболиялық КЭИ кардиогенді тромбэмболиямен байланысты, көбінесе жүрекше жыбырымен көрініс табады. Гипертониялық микроангиопатияның нәтижесінде лакунарлы инсульт дамиды. Жүрек қан тамырлық жүйенің гемодинамикалық өзгерісі және бас миының қанайналымы қажеттілігінің сәйкес келмеуінің нәтижесінде гемодинамикалық ишемиялық инсульт (ГИ)

дамиды . Микроциркуляторлы инсульт (МИ) – гемореологиялық микрооклюзия механизмі бойынша дамиды . Ишемиялық инсульттің патогенетикалық түрі, жас пен жынысына қарай өзгереді. Жастарда - кардиальды себепке байланысты дамиды церебральды ишемия, ал егде жастағыларда – тромбоз және тромбоэмболия

Геморрагиялық инсульт артерияның жарылуында және миға қан құйылуында пайда болады. Аққан қан жағынан қысым мидың жасушаларын зақымдайды.

Геморрагиялық инсульттің екі түрі болады: ми ішілік және субарахноидальды.

Ми ішілік түрінде қантамырының жарылуы және қан құйылуы мидың өзінде болады.

Субарахноидальды түрінде қантамырының жарылуы және қан құйылуы мидың бетінде болады. Бұл кезде қан құйылуы мидың ішкі және ортаңғы қабығының арасында болады.

Екі түрінде де қан құйылуы салдарынан мидың ісінуі және бассүйек ішілік қысымның артуы пайда болады. Ісіну және қысым мидағы жасушалар мен тіндерді зақымдайды.

Геморрагиялық инсульт жоғары артериалдық қысымның, аневризманың және артериялық-веналық мальформациялардың (АВМ) салдарынан пайда болуы мүмкін.

Ең қауіпті түрі — геморрагиялық инсульт. Мұндай кезде адам есінен танып қалады. Инсульттің бұл түріне шалдыққандардың 70 %-ы көз жұмады. Ал ишемиялық инсульт алған адамның миына қан дұрыс бармайды. Уақытында дәрігер көмегіне жүгінсе, аурудан толық айығып кетуге болады.

Диагностикалық тексерулер және процедуралар

Инсультті анықтау үшін жүргізілетін тексерулер:

Мидың компьютерлік томографиясы (КТ) – рентген сәулелерінің көмегімен мидың айқын, толық суретін алуға мүмкіндік беретін, ауырсынусыз тексеріс. Тексерудің бұл түрі, көбінесе, инсульт болғаннан кейін бірден өткізіледі.

КТ инсульт кезіндегі қан кетуін немесе ми жасушаларының зақымдануын көрсетеді. Сондай-ақ, тексеру симптомдардың себебін құрайтын басқа да мидың ауруларын анықтауға мүмкіндік береді.

Мидың магниттік-резонанстық томографиясы (МРТ)

Ағзалар мен дененің құрылымының айқын суретін алу үшін МРТ кезінде радиотолқындар және магниттер қолданылады. Бұл тексеріс кезінде ми тінінің өзгерістері және ми жасушаларының зақымдануы анықталуы мүмкін.

МРТ тексерісі КТ орнына немесе оған қосымша түрде тағайындалуы мүмкін.

Компьютерлік томографиялық ангиография және магниттік-резонанстық ангиография

КТ-ангиографияда (КТА) және магниттік-резонанстық ангиографияда (МРА) мидағы ірі қан тамырларын көруге болады. Бұл тексерулер дәрігерге тромбының орналасуы және мидағы қан ағымы туралы ақпарат береді.

Каротидтік сонография – ауырсынусыз және зиянсыз тексеру, бұл кезде ұйқы артериясының қабырғасын ішінен тексеру үшін ультрадыбыс қолданылады. Бұл артериялар миға оттегімен қаныққан қанды жеткізеді.

Каротидтік сонографияда ұйқы артериясындағы атеросклероздық түйіндақтар және тарылулар болуын көруге болады.

Бұл тексеруге ультрадыбыстық доплерография жатады. Ультрадыбыстық доплерография – арнайы тест, ол арқылы тамырлардағы қан ағымының жылдамдығы мен бағыты туралы айтуға болады.

Каротидтік ангиография – бұл ұйқы артериясын көрнекі ету үшін бояғыш және арнайы рентген сәулелері қолданылатын әдіс.

Бұл тексерудің барысында катетер аталатын түтік шаптың аумағында (жамбастың жоғары тұсында) орналасқан артерияға орнатылады. Осыдан кейін түтік жоғары қарай ұйқы артериясының біреуіне жылжиды. Дәрігер контрастылық заттекті осы арқылы ұйқы

артериясына енгізеді. Бояғыш артерияларды рентген суреттерінде көрінетіндей етуге көмектеседі.

Жүрек тексерулері

Электрокардиография (ЭКГ) – қарапайым, ауырсынусыз тексеру, ол жүректің электрлік белсенділігін тіркейді. Тексеру жүректің жиырылуының жиілігін және ырғағын көрсетеді (ұдайылығын). ЭКГ кезінде жүректің әр бөлігі арқылы өткен кездегі электр сигналдарының күші мен синхрондығы да тіркеледі.

ЭКГ жүрек мәселелерін анықтауға көмектеседі, олардың инсультке апаруы мүмкін. Мысалы, тексеру барысында жүрекшенің фибрилляциясы немесе жүрек талмасы анықталуы мүмкін.

Эхокардиография

Эхокардиография (ЭхоКГ) - ауырсынусыз тексеру, бұл кезде дыбыс толқындары жүректің бейнесін алу үшін қолданылады. Тексеру жүректің өлшемі мен пішіні, жүрек камерасы мен қақпақшалары туралы ақпарат алуға көмектеседі.

ЭхоКГ жүректегі тромбы және аорта мәселесін анықтауға мүмкіндік береді. Аорта – басты артерия, ол оттегімен қаныққан қанды жүректен дененің барлық бөліктеріне таратады.

Қан талдауы

Дәрігер қан талдауын инсультті анықтау үшін қолданады. Қандағы қант деңгейін анықтау (глюкоза). Қандағы глюкозаның төмен деңгейінде инсультке ұқсайтын симптомдар болуы мүмкін. Қандағы тромбоциттер мөлшерін анықтау. Тромбоциттер – қанның ұюына көмектесетін қан жасушалары. Тромбоциттердің ауытқылы деңгейі – қан ұюының бұзылысының немесе тромбоздық бұзылыстардың (ұюдың жеткіліксіздігі) белгісі болуы мүмкін.

Сонымен қатар инсульттің белгілерін айырып танудың «КСҚ» деп аталатын үш негізгі тәсілі арқылы қарапайым жолмен анықтайды. Яғни, науқасқа: К – «күліңіз» деу керек. Инсульт кезінде адамның жымиюы қисық, ерін шетінің бір жағы төменге, екінші жағы жоғарыға бағытталуы мүмкін. С – «сөйлеңіз» деу керек. Қарапайым сөйлемді айтқызу керек, мысалға: «терезеден күн күлімдеп тұр». Инсульт кезінде көбінде (бірақ әрдайым емес) сөздер анық емес естіледі. Қ – «қолды көкке көтеру» деу керек. Егер науқастың екі қолы біркелкі көкке көтерілмесе – бұл инсульттің белгісі болып табылуы мүмкін. Диагностиканың қосымша әдістері: науқастан тілін шығаруды сұраңыз. Егер де адамның тілі қисық немесе теріс формалы болса және бір жаққа немесе екінші жаққа майысса, бұл белгілерден де инсультті танып білуге болады. Науқас адамнан алақанын жоғары қаратып қолын алдына қарай созып, көзін жұмуды сұраңыз. Егер де қолдарының біреу еріксіз бүйіріне немесе төменге «кетіп қалса» - бұл да инсульттің бір белгісі. Егер, науқас аталған тапсырмалардың біреуін болсын орындай алмаса, дереу жедел жәрдемді шақырып, көмекке келген медицина қызметкерлеріне барлық белгілерді сипаттап беру керек.

Инсульт профилактикасы

Инсульттің алғашқы және екінші реттік профилактикасы бар. Алғашқы профилактика мидағы қанайналымына жауап беретін тамырлар патологиясын, гипертония ауруын, артық дене салмағын жоюға бағытталған. Екінші реттік профилактика инсульттің қайталануына жол бермеуге бағытталған, оған түйіндерді жоюға және алдын алуға бағытталған дәрі-дәрмектің немесе хирургиялық араласудың көмегімен қол жеткізуге болады.

Базисті және дифференциалды терапияны қатар жүргізу арқылы дұрыс еммен камтамасыз етуге болады.

Базисті терапияны эпилептикалық статус және өмірге қажетті қызметтердің бұзылысын басу үшін қолданады. Бұл ем тек инсульттің түрін және оның бар-жоғын анықтағанға дейін жүргізіледі.

Дифференциалды терапия - инсульттің ишемиялық және геморрагиялық түрлері анықталғанда қолданылады. Ол тек ауруханада ғана жүргізіледі.

Базисті терапия бір-бірімен байланысқан үш компоненттен тұрады:

1. Өмірге қажетті қызметтерді коррекциялау- тыныс алуды, гемодинамиканы, жұтынуды қалыптастыру, эпилептикалық статусты басу.

2. Инсульт әсерінен болған гомеостаздық бұзылыстарды түзеу — бассүйек ішілік қысымды төмендету, су электр тепе-теңдігін түзеу, қышқыл — негіздік жағдайды және инфекцияның алдын алу.

3. Метаболикалық қорғаныс, мидың дисфункциясын басуға, церебральді қан айналымының жедел бұзылысын жоюға: антигипоксантиларды, нейротрофикалық және мембрана стабилизаторларды, антогонист глутаматтарды қолдануға болады.

Дифференциалды емес терапия

1. Тынысты қалыптандыру- жоғарғы тыныс жолы мен ауыз қуысын тазалау.

2. Естен тану кезінде-оксигенотерапия. Брадипноэ, тахипноэ (ТАЖ-35-40 мин. ішінде), цианоздың өршуінде - өкпені жасанды желдендіру.

3. Артериалды гипертензиясы болса (сист. арт. қысым-200 мм с.б.б, диаст.арт. қысым-110 мм с.б.б) қысымды баяу түсіру керек, өйткені ми ишемиясы тууы мүмкін.

- эналаприлат тамыр ішіне тамшылатып .

- магний сульфатын тамыр ішіне баяу тырысу синдромы болған жағдайда тағайындалады

4. Артеиалды гипотензияда (сист.арт. қысым- 100 мм .с.б.б.) тамырға тамшылатып полиглюкин немесе пентокрахмал .

5. Тырысу синдромы дамыса диазепам бастапқы мөлшері тамырға, бұлшық етке енгізеді.

6. Қайталамалы құсықта, қатты ықылық тигенде:

- метоклопромид бұлшық етке;

- пиридоксин гидрохлориді натрий хлорид ерітіндісімен тамырға;

7. Бас ауырғанда: кеторолак 30 мг бұлшық етке.

Инсульттің қайталануына жол бермес үшін медицинада каротидтік эндартерэктомия әдісі қолданылады. Каротидтік эндартерэктомия-ұйқы артериясына жасалатын ота. Ол ишемиялық инсульттің алдын алу үшін қолданылатын ең жақсы профилактика болып табылады. Алдымен науқасқа ультрадыбыстық зерттеу, КТ, МРТ, ангиография және т.б. тексерулерді жүргізе отырып түйіндақтың мөлшері мен орналасқан жері анықталады. Ишемиялық инсульт кезінде ұйқы артериясындағы түйіндақты жояды. Қазіргі кезде технологияның дамуына байланысты ғалым-медиктер ишемиялық инсультті емдеудің басқа ем-шараларының тиімділігін зерттейді, мысалы, артерия ішілік тромболизис және церебралдық ишемия кезінде қолданылатын механикалық эмболэктомия.

Артерия ішілік тромболизисте катетер аталатын ұзын икемді түтікті шаптың аумағында (жамбастың жоғары тұсында) орналасқан артерияға орнатады. Осыдан кейін түтік жоғары қарай ұсақ ұйқы артериясына жылжиды. Ол арқылы дәрігер мидағы тромбыны бұзатын дәрілік препараттарды енгізе алады.

Церебралдық ишемия кезіндегі механикалық эмболэктомия барысында артериядан тромбылар алып тасталынады. Бұл кезде катетер ұйқы артериясы арқылы мидың зақымдалған бөлігіне өткізіледі. Осыдан кейін тромб артериядан катетер арқылы алынады.

Геморрагиялық инсультті емдеу

Геморрагиялық инсульт артерияның жарылуында және миға қан құйылуында пайда болады. Оны емдеудің бірінші қадамы мидағы қан кетуін іздеуге және себебін жоюға бағытталған.

Ишемиялық инсульттен айырмашылығы - геморрагиялық инсультті емдеуде антиагреганттар және қанды сұйылтатын препараттар қолданылмайды, себебі, олар қан кетуін күшейтуі мүмкін.

Егер жоғары артериалдық қысым миға қан құйылуының себебі болса, дәрігер оны төмендету үшін дәрі тағайындайды. Бұл қанның әрі қарай кетуінің алдын алады.

Хирургиялық емдеу геморрагиялық инсультті емдеуде қажет болуы мүмкін. Операциялардың бірнеше түрі бар - аневризманы клиптеу (қысқыш салу), спиралдық эмболизация және артериялық-веналық мальформацияны (АВМ) қалпына келтіру.

Аневризманы клиптеу және спиралдық эмболизация

Егер аневризма (артерияның қабырғасындағы шар тәрізді дөңестік) инсульттің себебі болса, дәрігер аневризманы клиптеуді және спиралдық эмболизацияны ұсынуы мүмкін.

Аневризманы клиптеу аневризманы мидың қан тамырларынан оқшаулау мақсатында жасалады. Бұл операция аневризма аумағындағы қан кетуін тоқтатуға көмектеседі, сондай-ақ, оның қайта жарылуының алдын алады.

Ем-шара кезінде хирург мида тілік жасайды және аневризманың түбінде кішкентай қысқыш орналастырады. Операция жалпы наркозбен жасалады. Операциядан кейін бірнеше күн бойы қарқынды емдеу бөлімшесінде бақылауда болу қажет.

Спиралдық эмболизация - аневризманы емдеудің аса күрделі емесе ем-шарасы. Хирург катетер аталатын түтікті шаптың аумағындағы артерияға орналастырады. Әрі қарай түтік жоғарыға аневризма орналасқан жерге жылжиды.

Осыдан кейін түтік арқылы аневризмаға кішкентай спираль енгізіледі. Спираль тромбының қалыптасуына ықпал етеді, ол аневризмадағы қан ағымын тежейді және оның қайта жарылуының алдын алады.

Спиралдық эмболизация жалпы наркозбен, ауруханада жасалады.

Инсульттен кейін қалпына келу (реабилитация) қажет болуы мүмкін. Реабилитацияға сөзбен жұмыс істеу, физио- және еңбекпен емдеу кіреді.

Медициналық реабилитация – науқас ағзасының еңбекке қабілеттілігін қалпына келтіруге және оның ауру нәтижесінде пайда болған мүмкіндіктерінің компенсациясына бағытталған медициналық шаралардың жиыны. Мүгедектердің реабилитациясы – оның өмірінің сапасын арттыру. Мүгедектердің профессионалды реабилитациясы – еңбекке жарамдылығын жекеше немесе толығымен қалпына келтіру. Мүгедектердің еңбектік реабилитациясы – оларға шамасы келетін жұмысты даярлау. Мүгедектердің әлеуметтік реабилитациясы – өмірінің сапасын жақсарту. Медицина – әлеуметтік реабилитация – аурудың, жарақаттың нәтижесінде қабілетін жоғалтқан науқастардың физикалық, психологиялық және әлеуметтік дәрежесін қалпына келтіру.

Қазіргі кезде 6 негізгі реабилитационды аспект бар:

Психологиялық: психикалық жағдайды емдеу.

Медициналық – емдік: диагностикалық сұрақтар.

Физикалық: емдік дене шынықтыру, еңбек терапиясы.

Профессионалды: жаңа профессия таңдау.

Әлеуметтік: науқас- отбасы» т.б сұрақтарды шешу.

Экономикалық: реабилитация өткізуге кеткен шығынын есепке алу.

Қайта қалпына келу сатысының басталған уақытын, әдетте, инсульт алған сәттен бастап екінші және алтыншы апталардың арасында анықтайды. Бұл уақытта әртүрлі клиникалық белгілерді байқауға болады.

Әдеттегідей, бастапқыда бұлшық ет әлсізденуі кезеңі — гипотония байқалады. Кейде ол ұзақ уақытқа созылуы мүмкін. Бұлшық ет әлсіздігіне байланысты, зақымдалған жақта қимылдау мүмкін болмай қалады. Қозғалыс белсенділігін жоғалту үнемі дерлік сенсорлық бұзылыстармен қатар жүреді. Сондықтан да, науқас үшін бұл – ең қиын кезең.

Бұл кезеңде массаж, миостимуляциялық физиотерапия тағайындалады.

Бұлшық ет тонусын қалпына келтіргеннен кейін артық тонуспен немесе гипертонуспен сипатталатын құрысу кезеңі басталады. Гипертонус дененің асимметриясын, бойлық ось айналасындағы айналымның жеткіліксіздігін, жердің тартылыс күшіне бейімділіктің жойылуын, қимыл жүйелігінің жоғалуын және қолдың қорғаныс үшін бүгілуінің жойылуының тудырады. Кейбір жағдайларда тәлтіректеу пайда болып, үйлесімділіктің бұзылуы мүмкін.

Қозғалысты және жүрісті бұрынғы қалпына келтіру негізінен ерте қалпына келтіру кезеңінде (6 айға дейін) жүретінін атап өту қажет, сол кезде біршама күрделі қозғалыс машықтарын (өзіне-өзі қызмет көрсету, тұрмыс және еңбек машықтары) бұрынғы қалпына келтіру біршама ұзақ мерзімге созылуы мүмкін. Сөйлеуді бұрынғы қалпына келтіру инсульттен кейінгі бірінші жылда жүреді, бірақ ұзағырақ уақытқа – 3 жыл және одан да ұзаққа созылуы жиі кездеседі.

Инсульт-ол бастың қан айналым жүйесінің жедел бұзылуы. Бастағы ми қан тамырларының зақымдануы және қан тамыр жүйесінің түрлі ақауларының сал немесе тіпті өлімге алып келуін туғызатын ауру. Артериялық қысымның тұрақсыздығы, қан тамырлар ауруы, жүрек-қан тамырлар ауруы, қант диабеті, қан тамырлар атеросклерозы, зат алмасу бұзылуы инсультқа алып келетін факторлар. Ем тек қана стационарда жүргізіледі. Инсульттің алдын-алу, әрбір адамның өмір сүру салтына, әдет-қылықтарына, қаншалықты салауатты өмір салтын ұстануына байланысты. «Ауырып ем іздегенше ауырмайтын жол ізде» демекші, ең алдымен аурудың алдын алған дұрыс. Ол үшін өмір салтын (темекі шегуден бас тарту, дұрыс тамақтану, салауатты салмақты және дене белсенділігін қолдау) өзгерту керек.

Жыл сайынғы Қазақстан президенті Нұрсұлтан Назарбаев халыққа жолдауында “Қазақстандықтардың орташа өмір сүру ұзақтығын 72 жасқа жеткізу және өлім көрсеткішін 30% төмендету. Бұл маңызды мақсат,біз міндетті түрде нәтижеге қол жеткізуіміз керек”,-делінген. Сондықтан да қазірде ДДСҰ инсультті ғаламдық індет деп жариялап, 29 қазан – Дүниежүзілік инсультпен күрес күні деп бекітті. Әлемнің 42 елінде Инсультпен күрес күні аталып өтіледі. Оның барысында өңірлерде алғашқы медициналық- санитарлық көмек ұйымдарында ашық есік күндері ұйымдастырылып, невропатолог, кардиолог, терапевт және реабилитолог мамандары тегін кеңес береді. Бүгінде Республикада 40 инсульт орталығы жұмыс істесе, 2020 жылға дейін тағы 28 инсульт орталығын ашу жоспарланған.Нәтижесінде 2016 жылы алдыңғы жылмен салыстырғанда инсульттан көз жұматындардың саны 39,3 пайызға төмендеді.

КОМПЬЮТЕР ОЙЫНДАРЫНЫҢ БАЛА ПСИХИКАСЫНА ӘСЕРІ

Сулейменова А.А

Ғылыми жетекшісі Баелов Айдос Адылұлы

Компьютер адамзаттың өркениет жолымен дамуына ықпал ететін басты құралдардың бірі екені даусыз. Қай салада болмасын компьютер кеңінен қолданылып, адамдар тіпті онсыз өмір сүруін елестете алмайтындай дәрежеге жетті. Қазіргі таңда біз қаласақ та, қаламасақ та, баланы компьютерден, MP-3, MP-4, i-Pod пен ұялы телефондардан тыс елестету қиын. Басқасын былай қойғанда, мектеп қабырғасында жүргізілетін біраз пәндердің тапсырмалары компьютерсіз орындалмайды. Себебі «Интернеттен біраз қосымша ақпараттар жинап барып, үй тапсырмасын ойдағыдай орындауға болады», – дейді мамандар. Байқап отырсаңыз, компьютер, интернет жөніндегі біздің алғашқы сөзіміздің өзі оның пайдасын айтудан басталып кеткен екен.

Оның өмірімізге, кеңінен енгені соншалықты, бала біткен ойыншықпен емес, компьютермен ойнап, өзінің өміртанымын ғаламтордағы желі ішінде қалыптастырады. Қазіргі күнкөріс қамы мен заман ағымының күрделілігі, көптеген ата-аналар тәулік бойы балаларының тыныс-тіршілігіне бақылау жасай алмай, олар шектен тыс бейне монитордың алдында отырғандықтан денсаулығына зор зиянды әсер алады [1].

Ғаламтордың тек пайдалы жағын ғана емес, бір уақыт зиянды жағын да айта отырған абзал. «Әнім де сен – агент, сәнім де сен – агент» деген әуен күн сайын салмақтанып, өзекті мәселелердің біріне айналып барады. Тек, біз ғана емес, компьютер ойынын жастарына насихаттаған басқа елдер де бұған бүгінгі таңда алаңдаулы. Оған біраз мысалдарымыз да дайын: 2002 жылы наурыз айында 21 жастағы американдық Шон Вили виртуалды EverQuest онлайн ойынында жеңіліске ұшырап, өзіне-өзі қол жұмсаған болатын. Ол ол ма, шетелде 17-18 жастағы жеткіншектер арасында айлап далаға шықпайтыны көп кездеседі. Тіпті, кейбіреулері онлайн ойыннан бір сәтке де қол үзбес үшін агорафобиямен (ашық кеңістіктен қорқу) ауырамын деп мүгедектік алуға тырысқан екен. Психологтардың зерттеуінше, компьютерде ойнағанда адамның ойлау қабілеті, эмоциясы төмендеп, тек көру қабілеті және рефлекстері жақсы жұмыс істейтін көрінеді. Ал, көгілдір экран бетіне үңіліп, ойынға берілген адам бүкіл дүниені ұмытып, ессіз күйге түседі.

Ол аз десеңіз, балалар соңғы кезде етек алған тендонит деп аталатын дертке ұшырауда. Психологтардың зерттеуінше, компьютерлік ойын үстінде адамның ойлау қабілеті, эмоциясы төмендеп, тек көру қабілеті және рефлекстері жұмыс істейді екен. Қияли әлемге жіпсіз байланғандардың көпшілігі күнделікті өмірде іс-қимыл траекториясы мен қашықтықты есептеуде қателіктерге бой алдырады. Себебі 3D – бейнелер кеңістігі шынайы өмірге мүлдем ұқсамайды.

Компьютердегі атыс-шабыс, төбелес сияқты ойындардың зияны талай айтылып жүр. Футбол ойнағанда алдымен адам көз жанары құрып, жүйкесі нашарлап, жан дүниесі құлдырай бастайды екен. Бұл өзгеріс көзге көрінбейді, тіпті, сезілмейді де.

Алайда тек 2002 жылы наурыз айында 21 жасар америкалық Шон Вили виртуалды EverQuest онлайн ойынында жеңіліске ұшырап, өзіне-өзі қол жұмсағаннан кейін ғана әлем дәрігерлері дабыл қақты. Қазіргі кезде ғаламторға еркін ену мүмкіндігі бар 17-18 жас шамасындағы жеткіншектердің арасында дәл осы компьютерлік ойындар үшін айлап далаға шықпайтындары да кездеседі. Тіпті, кейбіреулері он-лайн ойынынан бір сәтке де қол үзбес үшін агорафобиямен (ашық кеңістіктен қорқу) ауырамын деп мүгедектік алуға тырысқан екен.

Психологтардың зерттеуінше, компьютерлік ойын үстінде адамның ойлау қабілеті, эмоциясы төмендеп, тек көру қабілеті және рефлекстері жұмыс істейді екен. Қияли әлемге жіпсіз байланғандардың көпшілігі күнделікті өмірде іс-қимыл траекториясы мен қашықтықты есептеуде қателіктерге бой алдырады. Себебі, 3D-бейнелер кеңістігі шынайы өмірге мүлдем ұқсамайды.

Осының кесірінен физикалық іс-әрекетке тек адам саусақтары түсіп, тендонит — қол саусақтары сіңірлеріне шамадан тыс күш түсіру нәтижесінде пайда болатын дертке ұшырайды. Әлемде компьютермен жұмыс жасайтын әрбір екінші адам осы аурумен ауыратын көрінеді.

Дәрігерлердің айтуынша, әсіресе, жас бүлдіршіндер виртуалды әлемнің арқасында уақыт еншісінен тысқары қалып, айналадағы шынайы тіршілікке қызығушылығы төмендейді. Ол ас ішу уақытын өткізіп, ұйқы тәртібін бұзып, сыртқы келбеті мен жеке гигиенасына аз уақытын бөледі. Сөйтіп, саусақтары пернетақта басып отырғандай қалтырап, бас ауруы жиілеп, көздері ашып, ұйқы барысында көретін түстерінің мазмұны өзгеріп, арқасы да сыр бере бастайды. Компьютерлік ойындарды көп ойнайтын адамдар көп жағдайда мойын остехондрозы, геморрой және простатит ауруларына ұшырайды [2].

Халықаралық денсаулық сақтау ұйымының дәлелдеуінше, бүкіләлемдік ғаламтор желісі жеткіншектерге физикалық, психологиялық жағынан айрықша зиянды. Ең

алдымен, баланың көру қабілеті төмендейді, себебі, бұлшық еттері қатаймаған жасөспірімнің көздері шаршайды. Сондай-ақ, компьютер алдында көп отыру жас балдырғанның омыртқа сүйегін зақымдайды. Қозғалыссыз отыру, қолмен ғана бірыңғай жұмыс істеу, содан ағзаға салмақ түсуі баланың жүйке қызметін бұзып, мойнына тұз бен суықтың жиналуына (остеохондроз) әсер етеді. Және де жамбас сүйектің үнемі қозғалыссыз қалуы қабынуы (простатит) мен тоқ ішектегі тамырдың кеңеюі (геморрой) ауруына ұшыратады.

Британдық биологтар арнайы зерттеу жүргізе келіп, мынандай қорытынды жасап отыр: «Әлеуметтік желілерде үнемі отыру ми қызметіне де кері әсер етеді, гормональдық тепе-теңдікті бұзады, иммунитетті нашарлатады, мұның бәрі адамның жүйкесі мен ой-санасына белгілі бір мөлшерде ауыртпалық түсіреді». Өздеріңізге белгілі, жүйкеге салмақ түсуі дегеніңіз - ойлау қабілетінің төмендеуі, көңіл бөлу мен есте сақтаудың кемуі, бас ауруы мен ұйқысыздық, көңіл күйдің құлазуы.

Ғаламтор жеткіншектер үшін реферат, музыка мен фильмдер, суреттер, ойындар көшіріп алу, бір-бірімен хат жазысу үшін қажет. Олар өздерін мазалаған сұраққа да ғаламтордан жауап іздейді. Алайда ғаламтордың қаупі де аз емес. Мысалы, ресейлік ғалымдардың айтуынша, бүкіләлемдік шырмауық-торда экстремистік және террористік сипаты бар, қырықтан астам сайт жұмыс істеп тұр. Ал оның жастарымыздың ой-санасы мен дүниетанымын теріс жолға бағыттап, оларды қылмысқа азғыратыны мәлім. Жазғы демалыста жеткіншектердің ғаламторды пайдалануын зерттегендер айтады: «Биыл жасөспірімдердің 4 пайызы жыныстық қатынасты көрсететін әлемдік желілерді көрген, 14,5 пайызы беймәлім адамдармен кездесуге келіскен, 19 пайызы парносайттарға енген, 38 пайызы зорлық-зомбылық туралы ақпараттарды тамашалаған, 16 пайызы нәсілшілдік мазмұндағы сайттарға кірген» - деп. Мінеки, қазіргі таңда көптеген жеткіншектердің өзіне-өзінің қол жұмсауының бір сыры осында жатқан тәрізді [3].

Жастарды ғаламтордың зиянынан сақтандыру үшін кез келген ата-ана баласына оны пайдаланудың шарттарын айтып түсіндіруге, ондағы ақпараттардың үнемі шындыққа жанаспайтынын, оған сын көзімен қарау қажеттігін, ол ақпараттарды кітаптағы, энциклопедиядағы ресми газет-журналдардағы ақпараттармен салыстырып, қабылдау керектігін ескертуге тиіс. Және де ғаламтордағы зорлық-зомбылыққа, қылмысқа, жыныстық бұзылуға тәрбиелейтін бағдарламалардан, діншілдік, нәсілшілдік туралы ақпараттардан сақтандыру – ата-аналар мен ұстаздардың да негізгі міндеттерінің бірі. Осы орайда есте болатын бір жағдай, он жасқа дейінгі балалар ата-анасы рұхсат берген сайттарға ғана еруге тиіс. Бұл ақпараттық технологиялар мамандарының, дәрігерлердің талабы. Ең бастысы, кәмелетке жасы толмаған балалардың электронды поштасына еруге ата-анасының мүмкіндігі болуға тиіс. Ол ең бірінші, сол баланың қауіпсіздігі, бақытты болашағы үшін қажет. Әсіресе, балалар он төрт жасқа толғанында өз-өзімен болып, оқшаулана бастағанында, ата-анасы олардың беймәлім адамдармен ғаламтор арқылы танысуына жол бермеуге міндетті. Мамандардың ақыл-кеңесіне құлақ ассақ, ғаламтор балаларға қауіпсіз болсын десек, оны үнемі жаңа бағдарламалармен жабдықтап, спамфилтр орнатуымыз, қауіпсіздік туралы ақпараттарды біліп отыруымыз керек. Баламыздың ғаламтордағы компьютерлік ойындарға тәуелділігін тексеріп, сол бойынша тиісті шаралар қолданып отыруымыз да – ата-аналық парызымыз [4].

Сонымен бірге компьютерді пайдалану үдерісінде жиі-жиі үзіліс жасап, оған балама іс-әрекеттермен бала уақытын толтырған жөн екен.

Мысалы, «Ана мен бала» сайтында мынандай кеңес берілген: «3-4 жастағы дені сау балалар үшін күнделікті компьютерді пайдалану уақыты 10-15 минуттан аспауы керек. Ал 5-6 жастағы балалар үшін 20-30 минут, 7-8 ж. балалар үшін 40-60 минут, 9-12 ж. балалар үшін 1-1,5 сағат мөлшерінде монитор алдында отыруға болады. Жеті жасқа дейінгі балаларды аптасына 3-4 реттен артық отырғызбауға тырысыңыз. Балаңыздың ұйқысы тыныш болуы үшін кешке немесе ұйықтар алдында оны компьютерге жақындатпау

керек». Бұл ақыл дұрыс-ақ делік. Ал іс жүзінде ата-аналар сол компьютер алдында отыратын уақытты шектеуде балаларына әлдері келмей жатқаны шындық.

Енді негізінен компьютерлік ойынға тәуелді болып қалатын адамдардың мінез-құлқы мен әдеттеріне тоқтала кетейік. Әдетте компьютерлік ойындардан арқандаулы бұзаудай шыр айналып шыға алмай қалатындар өзіне сенімсіз, жалтақ, жуас, жеке жүретін бұйығы балалар. Ол айналасындағы адамдардан дос таппай, іштей өзін жалғыз, қорғансыз, керексіз сезінетіндіктен ол қоғамнан оқшауланып, өзініңөлемін – виртуалды әлемді ашады. Виртуалды әлем шын мәнінде жоқ, иллюзиялық дүние болғанымен, ол сол ғажайып ғаламда «өмір сүреді». Сондай-ақ компьютерлік ойындарға тәуелділік бойында құмарпаздық, еліктегіштік, өз еркін билеу дәрежесі төмен мінез-құлқы тән адамдарды тез меңдейді. Бұл кесел, әсіресе балалардыңөтпелі кезеңінде тез жабысады. Өйткені бұл кезеңде ол ата-анасының кейбір шектеулерімен келіспей, ер жеткендігін мойындатқысы келіп, өзінше әрекет етуге ұмтылатын уақыты. Сөйтіп, ол ата-анасы қол сұға бермейтін әлгі жұмбақәлемге кіріп алып, содан шыққысы келмейді. Компьютерлік ойындардағы бәрін қиратып, түп орнымен жоққылып жібере алатын, бәрі қолынан келетін ғажап күші бар, ержүрек батырдың кейпіне еніп алған ойыншы өзін кек алушы, билеуші, билік айтушы, не істесе де өзі білетін еркін адам ретінде сезінеді. Ойыншы компьютерлік ойында «бас батыр» ретінде қиратып, өртеп, ұрып жығып жеңіске жеткен сайын адреналині көтеріле -көтеріле ол көтерілмей қалса, өзін жаман сезінетін ауруға тап болады. Сондықтан ол енді күнделікті осы ойыннан адреналинніңқанындағы өзгерістері болып тұруы үшін әлгіндей ойынға құмарланып, іздеп тұратын болады. Кейде компьютерлік ойыннан апталап, айлап бас көтермейтін жастар шынайы өмір мен компьютердегі қиял әлеміндегі өмір екеуінің ара жігін ажырата алмайтын да жағдайға тап болып, сүйікті ойындарында басты кейіпкер кісі өлтірушілер, басқыншылар, басқа планеталықтар, жындар, шайтандар болса, ойындағы қатыгездікті өмірде де жасағысы келеді. Бұл – жастарды кісі өлтіріп, тонап, өртеп жіберуге итермелейтін тағы бір психологиялық фактор.

Мұның бәрі дұрыс-ау. Дегенмен баланың тұтас ғұмырына алтын арқау боп тартылар оның рухани, имани әлемін Мәңгілік құндылықтармен толтырмайынша, жоғарыдағы шаралар уақытша тірлік, мардымсыз іс-әрекет боп қала ма деген ой мазалауда.

Компьютерлік ойынға тәуелділікпен ауыратын адамдарды қандай белгілері арқылы ажыратуға болады:

- компьютерді қосқан кезде керемет ләззат алып, виртуалды әлеммен байланысқа түскенше байыз таппай кететін адамдар;
- ойынға отырса дүниені ұмытып, қанша уақыт өтіп кеткенін білмей қалатындар;
- әр сәт сайын ойынды одан ары қарай ұзартып, тоқтай алмай ойнай бергісі келетіндер;
- ойнау мүмкіндігі болмай қалған кезде өзінен-өзі ашуланып, өзін жайсыз сезініп, құлазып жүретіндер;
- компьютермен ғана сырласып, адамдармен сиыспай, жолдас-жораларымен, ата-анасымен керісіп қала беретіндер.

Міне, бұл ойынкұмарлардың мінез-құлқына тән белгілер. Ал олардың сырқаттығын білдіретін сыртқы белгілер мынандай:

1. Көздің құрғауы;
2. Тәбеттің болмауы;
3. Марғаулық;
4. Ұйқының бұзылуы.

Заманауи жетік технологияларды шамадан тыс пайдалану оны тұтынушылардың, әсіресе, жасөспірімдердің жүрегін қатайтып, айналасындағы адамдар мен тіршілік атаулыға деген олардың мейірімдерін азайтатынын ескертіп өттік. Ал жүрек шіркін адам болмысының генераторы екені – анатомиялық жағынан баяғыда-ақ анықталған жайт. Баса

айтатын нәрсе: рух, иман деңгейінде жүректің атқаратын қызметін ағзамыздағы өзге бірде-бір мүше атқара алмақ емес. Бұл орайда ұлы Тұжырымдарға жүгініп көрсек... Пайғамбарымыз Мұхаммед салла Аллаху әлейһи уәссалам: «...Адам денесінде бір кесек ет бар. Егер ол жақсы болса, онда күллі дене – жақсы. Егер жаман болса, онда күллі дене бұзылады. Шындығында ол – жүрек», – деген екен [5].

Қорытындылай келетік болсақ, қазіргі таңда біз қаласақ та, қаламасақ та, баланы компьютерден, MP-3, MP-4, i-Pod пен ұялы телефондардан тыс елестету қиын. Басқасын былай қойғанда, мектеп қабырғасында жүргізілетін біраз пәндердің тапсырмалары компьютерсіз орындалмайды. Себебі «Интернеттен біраз қосымша ақпараттар жинап барып, үй тапсырмасын ойдағыдай орындауға болады», – дейді мамандар. Байқап отырсаңыз, компьютер, интернет жөніндегі біздің алғашқы сөзіміздің өзі оның пайдасын айтудан басталып кеткен екен. Өзіміздің тәуелсіз еліміздің ұрпақтарын зиянды құбылыстар мен заттардан аулақ ұстап ұлтық нақышта, яғни ұлтық ойындарымызды мысалға; қыз қуу, асық, көкпар, алтыбақан, алдарыспан, ақ сүйек т.б ойындарымызға неге үйретпеске.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Қопаева К “Компьютерлік ойындардың зияны қандай?” мақала 01.04.2010 ж, Мақаланың сілтемесі: <http://www.aktobegazeti.kz>
2. Смағұлова Ш, Байтугелова Н, Наурызбаева Т. «Балалардың дене және психикалық денсаулығына қатыгездікті және зорлық-зомбылықты, порнографияны насихаттайтын аудио-бейне өнімдердің, компьютерлік және ақпараттық тасымалдағыштардың әсер етуі. Олардың адамгершілігін қорғау» Астана-2010
3. Әбдірайымова Г. «Интернет бізге керек пе?» Мақала, Білім әлемі 2006-№11
4. Әбділда А. «Ғаламтор кітап орнын баса алама?» Мақала, Қазақстан- Zaman, 2007-№36
5. Үркімбаев Н. «Компьютер баланың қасы ма, досы ма?» Мақала, «Ана тілі» газеті, 01.08.2011 жыл

ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛАТНЫЙ ГАРАНТИРОВАННЫЙ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Кусябгалиева К.

Научный руководитель Омирханов Максат Ерланович

Сейчас медицина идёт в ногу с техническим прогрессом, и довольно быстрыми темпами. Лекарства, какими бы они ни были хорошими и сколько бы жизней они ни спасли и ни продлили, являются чаще всего вспомогательными методами на пути здоровья. Действительно, хроническим больным они продлевают жизни. Дают возможность жить более качественно и вообще в некоторых случаях, жить. Но к счастью, на сегодняшний день работает система социального обеспечения. Что такое социальное обеспечение?

Социальное обеспечение-форма выражения социальной политики государства, направленная на материальное обеспечение определенной категории граждан из средств государственного бюджета и специальных внебюджетных фондов. Лекарственные средства распределяются по областям и аптекам при помощи прохождения тендера.

Тендер-это конкурентная форма отбора предложений на поставку товаров, оказание услуг или выполнение работ по заранее объявленным в документации условиям, в оговоренные сроки на принципах состязательности, справедливости и

эффективности. Контракт заключается с победителем тендера- участником, подавшим предложение, соответствующее требованиям документации, в котором предложены наилучшие условия. Ежегодно в тендерах участвуют такие крупные компании как: ТОО «Евроазияфарм», ТОО «Жалын-ПВ», ТОО «Акниет», ТОО «Асфарм» и др.

В Восточном Казахстане некоторым категориям пациентов положены бесплатные лекарства. К страдающим относятся люди, страдающие онкологией, диабетом гипертонией и другими заболеваниями. А это множество пациентов! Государство выделяют деньги на медикаментозное лечение граждан, потому что необходимые таблетки и порошки зачастую стоят не малые деньги.

Категории граждан и виды заболеваний. В поликлинику с просьбой выписать льготные медикаменты частенько обращаются пенсионеры и другие люди. Но из-за ограниченного количества лекарств льготное лечение получают лишь те группы людей, которые состоят на диспансерном учете и входят в список, утвержденным приказом Министерством РК. К этим группам относятся:

- дети с вирусом ВИЧ до 14 лет (спецтерапия);
- беременные: железодефицитная анемия и йододефицит (профилактика и лечение);
- беременные с вирусами ВИЧ-инфекции, СПИД;- дети и подростки, состоящие на диспансерном учете: железодефицитная анемия, болезни ЖКТ (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, дуоденит), пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма;

- лица, не достигшие 18 лет: гипофизарный нанизм, раннее половое развитие, фенилкетонурия, церебральный паралич, гемофилия, бронхиальная астма.- все категории онкологических заболеваний, включая гемобласты и апластическую анемию, психические заболевания, эпилепсия, диабет (сахарный и несахарный), болезнь Паркинсона, туберкулез, состояние после операции пересадки почки. На приобретение лекарств с льготной 50-процентной скидкой по-прежнему могут рассчитывать граждане с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, хронической обструктивной болезнью легких, пневмонией и язвенной болезнью.

- новорожденные (профилактика и лечение);
- дети до 1 года, раннее искусственное или смешанное вскармливание; - дети до 3 лет, лечебное питание по медицинским показаниям;

- дети до 1 года (за исключением детей до 2 месяцев, подлежащих госпитализации);
- пневмония (неосложненная форма), обструктивный бронхит, острый бронхит, ОРЗ, острый фарингит/тонзиллит, средний и/или наружный отит, стоматит, железодефицитная анемия, острые кишечные инфекции (диарея), рахит (профилактика и лечение);

- дети от 1 года до 5 лет: пневмония (неосложненная форма), обструктивный бронхит, ОРЗ, острый фарингит/тонзиллит, железодефицитная анемия, острые кишечные инфекции (диарея), энтеробиз.

1. Рецептурные препараты только по рецепту! Правила выписывания рецептов и отпуска лекарственных средств по рецепту врача

2. Рецепты на получение лекарственных средств бесплатно или на льготных условиях дополнительно подписываются руководителем и заверяются печатью организации здравоохранения. Заведующий фельдшерско-акушерским пунктом заверяет рецепт на получение лекарственных средств бесплатно или на льготных условиях своей подписью и печатью фельдшерско-акушерского пункта.

3. Не допускается выписывать рецепты на лекарственные средства, не зарегистрированные и не разрешенные к применению в Республике Казахстан.

4. Рецепты выписываются с учетом возраста больного и характера действия, входящих в состав лекарственного средства ингредиентов.

5. Содержание и номер рецепта на бесплатное и льготное получение лекарственных средств отражаются в амбулаторной карте больного. Бланки рецептов

регистрируется в специальной книге учета бланков рецептов по форме согласно приложению 3 к настоящим Правилам. 6. Рецепты выписываются разборчиво с обязательным заполнением всех предусмотренных в бланке граф. Исправления в рецепте не допускаются.

7. В рецепте допускаются сокращения согласно приложению 4 к настоящим Правилам.

8. Способ применения лекарственного средства обозначается на государственном или русском языке с указанием дозы, частоты и длительности приема. Не допускается ограничиваться общими указаниями ("Известно", "Внутреннее", "Наружное").

9. На одном рецептурном бланке выписывается одно лекарственное средство.

10. При выписывании лекарственного средства в дозе, превышающей высшую разовую, врач в рецепте обозначает дозу лекарственного средства прописью и восклицательным знаком. При несоблюдении врачом данного требования фармацевтический работник отпускает прописанное лекарственное средство в половине установленной высшей разовой дозы.

11. Рецепты не выписываются на лекарственные средства, применяемые исключительно в организациях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь (средства для ингаляционного и неингаляционного наркоза и другие).

12. Рецепты действительны в течение семи дней.

13. При выписывании лекарственных средств (за исключением лекарственных средств, отпускаемых из аптек бесплатно и на льготных условиях), больным, нуждающимся в постоянном (длительном) лечении, срок действия рецептов устанавливается до 1 месяца. В данном случае на рецептах должна быть надпись "По специальному назначению", скрепленная подписью врача и печатью организации здравоохранения.

14. Рецепт, не отвечающий вышеперечисленным требованиям и/или содержащий лекарственное средство из несовместимых компонентов, считается недействительным.

15. Недействительные рецепты погашаются штампом "Рецепт недействителен", регистрируются в специальном журнале учета неправильно выписанных рецептов согласно приложению 5 к настоящим Правилам.

При этом фармацевтический работник отпускает больному выписанное лекарственное средство, за исключением лекарственных средств, содержащих несовместимые компоненты, и передает информацию о неправильно выписанном рецепте руководителю организации здравоохранения.

16. Отпуск лекарственных средств по рецептам бесплатно или на льготных условиях осуществляется аптечными организациями, имеющими соответствующие договоры с местными органами государственного управления здравоохранением.

17. При необходимости отпуска лекарственного средства в количестве, указанном в рецепте, допускается нарушение оригинальной упаковки с обязательным указанием на аптечной упаковке наименования аптечной организации, лекарства, количества, дозировки, серии и срока годности.

18. Рецепты на лекарственные средства, выписанные в организациях здравоохранения Республики Казахстан, действительны на территории всей республики, за исключением рецептов на бесплатный или льготный отпуск лекарственных средств, действительных в пределах административно-территориальной единицы республики (район, город, область).

19. Сроки хранения рецептов на лекарственные средства:

1) отпущенные бесплатно и на льготных условиях - 3 года;

2) прочие - 3 месяца.

20. По истечении срока хранения рецепты подлежат уничтожению.

21. Для уничтожения рецептов создается комиссия в составе руководителя и материально-ответственных лиц аптечной организации.

Комиссия составляет акт об уничтожении, в котором указывается прописью количество уничтоженных рецептов. Все бы хорошо, но в последнее время выяснилось, что за бесплатные препараты горожане платят очень дорого. Платят временем потраченным на поиски бесплатных лекарств. Платят пошатнувшимся самочувствием, которое неминуемо становится хуже без жизненно важных препаратов. Платят, наконец, и в прямом смысле слова, когда вынуждены покупать препараты за собственные средства то, что положено им бесплатно.

В 2016 году получение бесплатных лекарств стало таким большим вопросом.

Ежегодно увеличивается количество людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Почему столь выросло в прошлом году число диспансерных больных именно по болезням системы кровообращения? По сообщению облздрав, таких больных стало сразу на 20159 человек. Также, увеличилось число больных и артериальной гипертензии. Сразу на 16 454 человека. По ишемической болезни сердца на- 5 792 человека. По хронической обструктивной болезни легких на- 2013 человек. Из исследований стало ясно, что сначала, в октябре 2016 года, выделили 366 млн. 234 тыс тенге, и эти средства ушли на погашение долгов поставщикам, так как они снабжали аптеки лекарствами за свой счет.

В чем была причина задержки?

1. Не согласованность врачей по нозологиям.
2. Очень много назначают разных препаратов одной фармакологической группы.
3. Слабое информирование врачей.

Один из потенциальных поставщиков не прошел тендер на поставку лекарств по ряду заболеваний, заявку отклонили в процессе рассмотрения. Конкурс выиграли другие компании.

Предприниматель счел, что решение тендерной комиссии было незаконным и обратился с иском в специализированный межрайонный экономический суд по ВКО. В ходе долгих разбирательств служители Фемиды вынесли решение: признать недействительными договора на поставку тех препаратов, которые хотел поставлять бизнесмен.

В результате, бесплатные лекарства по десяти заболеваниям уже перестали поступать в аптеки области. Среди тех, кого перестали обеспечивать препаратами оказались гипертоники, пациенты, перенесшие операции на сердце и сосудах, люди, страдающие сердечными недугами и множество других граждан, состоящих на диспансерном учете в поликлиниках.

До 16 февраля, дня подведения итогов тендера, за поставку лекарств отвечали поставщики предыдущего года. И их запасов не хватило. Потому что в середине месяца люди приходили в аптеку с рецептами, выписанными в начале февраля. А в область завезли лекарства в таком количестве, чтобы их хватило до марта, то есть рассчитывали на вторую половину февраля и начало весны. Но запасов не хватило из-за того, что в аптеку стали обращаться с рецептами, выданными ранее. Пока были перебои с поставками, десятки тысяч больных, главным образом люди пожилые, вынуждены были покупать жизненно важные препараты за счет своих скромных пенсий и зарплат. В итоге выбор не велик-либо покупай лекарства за свой счет, либо помирай!

Что нужно сделать, чтобы больные получали бесплатные препараты во время и в нужном количестве?:

1. Тендера нужно проводить в конце текущего года во избежание конфликтных ситуаций в части обеспечения своевременного населения на последующий год.

2. Обеспечить согласование в части обеспечения больных по нозологиям. В виду назначения лекарственных препаратов одной группы и фармакологического действия. Назначение в большом количестве мочегонных препаратов. Например: По диагнозу АГ, больным с повышенным артериальным давлением выписывают препарат «Индап». Он обладает мочегонным свойством. И препарат «Триграмм». Он тоже обладает мочегонным

свойством. Но выписывается он на рецепте по диагнозу ХСН. То есть врачи могут выписать разные препараты но с одним фармакологическим действием. В итоге больной употребляет в 2 раза больше нормы мочегонных препаратов. Что приводит к вымыванию из организма калия и магния

3. Выписывать только месячную норму препаратов.

4. Врач должен грамотно проинформировать больного.

5. Выписывать рецепты без ошибок.

Но употребляя большое количество лекарственных средств человек может и навредить себе как и морально так и физически. Не стоит забывать и о здоровом образе жизни. По чаще гуляйте на свежем воздухе. Старайтесь как можно больше выезжать на природу с семьей. Занимайтесь спортом. По чаще улыбайтесь. Берегите себя и своих близких.

Мазмұны

ПЛЕНАРЛЫҚ ОТЫРЫС

Нұрланова А.Д. ИНСУЛЬТ ЖӘНЕ ОНЫҢ ТҮРЛЕРІ	3
Сегизбаева Д. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ В КАЗАХСТАНЕ	6
Toktaganov A. RELEVANCE OF ENGLISH AS AN INTERNATIONAL LANGUAGE OF MEDICINE	10

Секция 1 «ФИЛОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА»

Aulbekova Zh. ENGLISH LANGUAGE OF MEDICINE – PRESENT AND FUTURE	13
Рыбченко С.Р. ЛИТЕРАТУРА И МЕДИЦИНА: ТРАНСФОРМАЦИЯ ОБРАЗА ВРАЧА В РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЕ	15
Аниярова М. МИХАИЛ АНДРЕЕВИЧ ДОСТОЕВСКИЙДІҢ МЕДИЦИНА ҚАЛДЫРҒАН ІЗІ	19
Саполев М.Ю. ҮШ ТІЛДІ МЕҢГЕРУ – ЖАРҚЫН БОЛАШАҚТЫҢ КЕПІЛІ	23
Kurmasheva A.E. WHY DO MEDICAL WORKERS NEED ENGLISH LANGUAGE?	25
Нурекенова Б. ҚАЗАҚ ТІЛІ – МӘҢГІЛІК ЕЛДІҢ ЖАСАМПАЗЫ	28
Решетняк С. ЧЕХОВ И МЕДИЦИНА	30
Болатова А.Г. ҚАЗАҚ ТІЛІНДЕГІ МЕДИЦИНА ТЕРМИНДЕРІНІҢ ҚАЛЫПТАСУЫ	37

Секция 2. «СОЦИАЛЬНО – ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАЗАХСТАНСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Шахмаратова А. КОРРУПЦИЯ В МЕДИЦИНЕ И МЕТОДЫ БОРЬБЫ С НЕЙ	41
Сегизбаева Д. В. ОПЫТ МЕДИЦИНЫ ВО ВРЕМЯ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	46

192

Амангазина Г., Айтказин Д. ЗАМАНАУИ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚҰРЫЛҒЫЛАРДЫҢ АДАМ АҒЗАСЫНА ТИГІЗЕТІН ПАЙДАСЫ МЕН ЗИЯНЫ	51
Жеткенева К. СЕКРЕТ ЗДОРОВЬЯ НОМАДОВ	53
Қайролла Д. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ САЯСАТ	56
Джабаева Д. ИСТОРИЯ КОЧЕВОЙ МЕДИЦИНЫ	60
Ғалымова Ж.С. ХАЛЫҚТЫҚ ЖӘНЕ ДӘСТҮРЛІ МЕДИЦИНАДАҒЫ ФАРМАЦЕВТИКАНЫҢ ДАМУЫ	63
Бегенова Н.Е. МІНДЕТТІ ӘЛЕУМЕТТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ САҚТАНДЫРУДЫ ЕНДІРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ: ШЕТЕЛДІК ТӘЖІРИБЕ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАНДЫҚ МОДЕЛЬ	68
Нугашева Д. ҚАЗАҚ ХАЛЫҚ ЕМШІЛІГІНІҢ ДАМУ ТАРИХЫ	73
Кәрібек М. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ФАРМАЦИЯЛЫҚ НАРЫҒЫН МЕМЛЕКЕТТІК РЕТТЕУ	76
Секция 3. «МЕДИЦИНА В ЕСТЕСТВОЗНАНИИ»	
Смаилова М. МАТЕМАТИКА В МЕДИЦИНЕ	83
Мамаева А. ХИМИЯ ПӘНІНІҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ МАҢЫЗЫ	87
Апсеитов К. АСЫЛ ТАСТАРДЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ	91
Ахметканов А. МОЛОДЕЖЬ И НАРКОТИКИ	95
Әскербекова Ә.Б. КОМПЬЮТЕР ЖӘНЕ МЕДИЦИНА	103
Баймуринова А. БЕСЦЕННЫЙ ДАР ПРИРОДЫ	106
Тілеуханова Г. ҚАРАҒАЙДЫҢ МЕДИЦИНАДАҒЫ РОЛІ	112

Сахарова Н. ДЕЙСТВИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ГАЗИРОВАННЫХ НАПИТКОВ НА ОРГАНИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ	114
Амантаева Н.Е. МЕДИЦИНА РЕНТГЕН САУЛЕЛЕНУДІ ҚОЛДАНУДЫҢ ФИЗИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ	118
Шахмаратова А.Е. ГИДРОСФЕРА - КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ЗЕМЛИ И ЕЕ РОЛЬ В МЕДИЦИНЕ	120
Талайбекқызы Н. ШЫҒЫС ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ЕМДІК ШИПАЖАЙ ОРЫНДАРЫ	123
Суюндуков Е. МИКРОЭЛЕМЕНТЫ И ИХ РОЛЬ В ОРГАНИЗМЕ	125
Калкешов А. БЕЗОПАСНОСТЬ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ	128

Секция 4. «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ»

Зацепина И. О. БРУЦЕЛЛЕЗ	136
Айдарханова А. СҮТ БЕЗІНІҢ ҚАТЕРЛІ ОБЫРЫ	140
Қасенова А.А МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРІНІҢ КОММУНИКАТИВТІ БІЛІКТІЛІГІН ҚАЛЫПТАСТЫРУ	143
Касилова В. МЕДИАЦИЯ ВО ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	148
Айдынқызы Н. ЖҮРЕК – ҚАН ТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІ	151
Смагул А.Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ	156
Орехов В. ОЦЕНКА МАССЫ ТЕЛА И ХАРАКТЕРА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ЖИРОВОЙ ТКАНИ В ОРГАНИЗМЕ У СТУДЕНТОВ 2 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА. АНАЛИЗ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА	161
Қадырова А.М. ҚАЛҚАНША БЕЗ ОБЫРЫ ЖӘНЕ СӘУЛЕЛЕНУ ӘСЕРІ	166

Лысенко И.И. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА	168
Калембекова А. КАНЦЕРОГЕНЕЗ	173
Түсіпханова А. ЕРТЕ ЖАСТАҒЫ ИНСУЛЬТ	177
Сулейменова А.А. КОМПЬЮТЕР ОЙЫНДАРЫНЫҢ БАЛА ПСИХИКАСЫНА ӘСЕРІ	184
Кусябгалиева К. ПРОБЛЕМЫ БЕСПЛАТНЫЙ ГАРАНТИРОВАННЫЙ ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ	188