

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ӘЛ-ФАРАБИ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ
КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ

МЕДИЦИНАЛЫҚ ФАКУЛЬТЕТІ – ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖОҒАРЫ
МЕКТЕБІ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ – ВЫСШАЯ ШКОЛА ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

III ХАЛЫҚАРАЛЫҚ
ФАРАБИ ОҚУЛАРЫ

Алматы, Қазақстан, 2016 жыл, 4-15 сәуір

«ФАРАБИ ӘЛЕМІ»

Студенттер мен жас ғалымдардың
халықаралық ғылыми конференциясының
МАТЕРИАЛДАРЫ

Алматы, Қазақстан, 2016 жыл, 11-14 сәуір

III МЕЖДУНАРОДНЫЕ
ФАРАБИЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

4-15 апреля 2016 г., Алматы, Казахстан

МАТЕРИАЛЫ

Международной научной конференции студентов
и молодых ученых

«ФАРАБИ ӘЛЕМІ»

11-14 апреля 2016 г., Алматы, Казахстан

III INTERNATIONAL
FARABI READINGS

April, 4-15, 2016, Almaty, Kazakhstan

MATERIALS

of the International Scientific Conference of Students
and Young Scientists

«FARABI ALEMI»

April, 11-14, 2016, Almaty, Kazakhstan

Алматы

«Қазақ университеті»

2016

Редакция алқасы:

медициналық факультетің – ҚДСЖМ-нің деканы
м.ғ.д., қауымдастырылған профессор *Қалматова Ж.А.*
м.ғ.к. *Ұсатаева Ғ.М.*, м.ғ.д., профессор *Сапарбеков М.Қ.*

«**Фараби әлемі**» студенттер мен жас ғалымдардың халықаралық ғылыми конференциясының материалдары. Алматы, Қазақстан, 2016 ж. 11-14 сәуір. – Алматы, 2016. – 122 б.

ISBN 978-601-04-1888-2

ISBN 978-601-04-1888-2

© Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ, 2016

ҚАЗІРГІ ТАҢДАҒЫ ЖАҢА ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Қазіргі жағдайда денсаулық сақтаудың әлеуметтік мәселелері қосымша жауапкершілікті және денсаулық сақтау жүйесіне қосымша өкілеттілікті беруді талап етуіне байланысты жаңа қоғамдық денсаулық сақтау ұйымдастырылды.

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтау бұрынғы «қоғамның бар күшімен ұйымдастырылған» және дәстүрлі қоғамдық денсаулық сақтаудың орнына емес оның одан әрі жалғасуы және дамуы болып саналады, ол саясаттың жетілдіруіне, денсаулықты сақтауға, аурулардың алдын алуға, экономикалық даму кезінде әлеуметтік теңдікке жетуге бағытталған.

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтау санитария функцияларын, халық денсаулығын қорғау, қадағалау және реттеу, ұлғайтылған жаңа функциялары мен толықтыру дәстүрлерін сақтаған (WHO, Geneva, 1995).

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтау – ұйымдастыру диапазоны кең шаралар жүйесі, оған алғашқы және дәрігерлік медициналық көмек, денсаулықты нығайту және салауатты өмір салтын қалыптастыру, жұқпалы аурулармен күрес жүргізу, қоршаған ортаның гигиенасын жақсарту кіреді. Бұл жүйе, сектораралық және қоғамның жаңаруының негізі болып, халық денсаулығын қорғау мемлекеттік саясатының негізі болып табылады.

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтау қоғамның жеке адамдардың денсаулығын нығайтуға және қорғауға, санитарлық шараларды сәйкестеуге, қоршаған ортаны қорғауға, халық денсаулығын нығайтуға, жекешеленген және жалпы алдын алу бағдарламалары мен алдын алу, қайта қалпына келтіру қызметтерінің және ұзақмерзімді күту бөлімшелерінің ұйымдастыру жұмысын координациялауға кешенді тәсілдерді қолдануға негізделген (Т.Х. Тульчинский 1999).

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтаудың ерекшеліктері:

1) жүйелі түрде мәселелерді шешу
2) сектораралық қарым - қатынас
3) барлық деңгейде мәселелерді шешу – мемлекеттік органдар, бұқаралық ақпарат құралдары, тербеліс тобы, жеке меншік және мемлекеттік мекемелер, өнеркәсіп, спорт және ойын-сауық индустриясы, заңдылықтар, құқықтық органдар.

4) Әрқашан халық денсаулығы жағдайының экономикалық, эпидемиологиялық және әлеуметтік аспектілеріне мониторинг жасау

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтау келесі сұрақтарға жаңа тұрғыдан қарайды:
1. *Экономика сұрақтарына.* Шектелген қаржыны тарату мәселесін шешудегі негізгі бағыттардың бірі алғашқы медициналық-санитарлық көмек пен мамандандырылған көмектің универсалды қарым-қатынасты анықтау және азаматтардың, жұмыс беруші мен мемлекеттің жауапкершілігін анықтай келе денсаулық сақтаудың қаржыландыру жүйесін таңдау болып табылады. Шектелген қаржы жағдайында максималды тиімділік талаптарына сәйкес минималды қосалқы тиімділік беретін үлгіні таңдау қажет.

2. *Желілі формадағы медициналық информатика.* Жаңа технологияларды тарату тиімді коммуникациялық жүйесіз мүмкін емес. Медициналық ақпаратты жүйелері, ақпаратты қолданушылардың енжарлары емес, серіктесті ынталандыратын үрдістің белсенді қатысушысы түрінде құрылуы тиіс.

3. *Менеджмент.* Кез келген заманауи денсаулық сақтау жүйесі жоғарғы күрделі деңгейдегі ұйым болып саналады, онда таңдалып алынған жұмысқа берілген және жоғарғы білімді адамдар жұмыс істейді. Егер ол адамдар жоғары ынталандырылған, жақсы білім алған және бірлесе әрекеттесетін топта жұмыс істесе, онда емделуші қамы үшін шектелген ресурстарды тарататын денсаулық сақтау жүйесі құрылды деп есептеуге болады. Егерде олардың машықтары мен зерделері айтарлықтай себептермен, мысалға, нашар ұйымдастыру, бюрократтылық, тиімді тәртіпті қолдаудың жоқтығы, қажетті ақпараттың болмауынан аяғына дейін пайдаланылмаса онда, денсаулық сақтау жүйесі минималды жылдамдықпен жұмыс істейтін болады. Ол өз кезегінде өте үлкен ауқымдағы ресурстарды пайдаланады және де халықтың денсаулық жағдайына ешқандай әсері болмайды.

Сондықтанда, барлық деңгейде менеджмент - ол жаңа қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы зерттеу және оқыту аймағы болып табылады.

4. *Денсаулық мүддесіндегі серіктестік.* Жаһанданудың тереңдетілуі және кеңейуі денсаулық сақтау жүйелерінің әр-түрлі даму үлгілерінің алмасуын көрсетеді. Төмен табысты мемлекеттерде денсаулық сақтау жүйесі басқа жерден экономикалық ресурстардың кірісін талап ететін айта кету керек. Адам денсаулығына тиетін жаһанды қауіп-қатерлермен жанжақты, бірлесіп күресуге болады. Қоғам денсаулығы жоғары дәлелденген жергілікті адамдар ресурстарына байланыстығының шынайлығын қолдаған серіктестік болуы керек.

Жаңа қоғамдық денсаулық сақтаудың даму бағыттары.

1. *Өкілеттіліктің кеңейуі* - әкімшілік-саясаттық шаралар түрінде – халық денсаулығын қалыптастыруға байланысы бар министрстволар мен ведомство жұмысының мемлекеттік функциялары мен өкілеттілігін үйлестіретін жаңа мемлекеттік орган құру. Өз елінде немесе шет елдерінде сыйлы және атағы бар ұйымдастырушы, осы денсаулық сақтау мекемесінің басшысы болып жұмыс істеуі мүмкін. Мұндай ведомстваның басшы жұмысында міндетті түрде жұртшылық, ашықтық, қол жетерлік болу қажет. Мысалы: облыстық денсаулық сақтау департаментінің басшысы және әкім меңгерушісі бір адам болса, жаңадан қойылған мақсаттарға тиімді шешім табуға болады.

2. *Денсаулық сақтауды басқарудағы бұқарашылдық.* Әлемдегі дамушы елдерде денсаулық сақтауды дамыту ережесі, жетекшілерге есеппен бірге жариялылық арқылы таңдау жасауды алға қояды, мысалы, Финляндияда жергілікті деңгейде жақсы денсаулық сақтау жүйесін құру.

3. Өкіметтің жоғарғы деңгейлерінен бастап, *денсаулық сақтаудағы менеджментті жақсарту.* Көп салалы мамандар қатарынан команда құру өзекті мәселе болып келеді. Басты мақсат: денсаулық сақтау – мемлекеттік саясаттың маңызды бөлігі және оған мемлекет жетекшісі мен оның басқару мүшелері жауапкершілік алады.

4. *Денсаулық сақтаудың әлеуметтік бағытын күшейту* - осы сұрақты шешу барысында әртүрлі ведомствалар бірігуінің күшеюі. Осы мәселені шешуде халықты белсенді түрде тарту және медициналық-әлеуметтік қызмет жүйесін кеңейтіп және құруды ұйғарады.

5. *Денсаулық сақтау мамандығы құрылымының өзгеруі дегеніміз* – медициналық-психологиялық сипаттағы медициналық-экономикалық және медициналық-әлеуметтік саладағы «біріккен» мамандар саны.

Қоғамдық денсаулық сақтау дамуындағы әлемдік тәжірибе.

Жаңа ХХІ ғасыр жаһандануында әлемдік өркениет пен соғыстың болуы, жалпы адамдық жаңа мінез-құлық стандарттарының, мәдениетінің, қоғамдық өмірдің қалыптасып, енуі ақырында әртүрлі ауруларға алып келетін мынадай себептермен байланысты болуын шамалайды:

1) жаңа түзілістер, тынысалу жолдары мен жүрек қан тамыр жүйесі аурулары себепші болатын, өлім мен жоғары ауру деңгейіне алып келетін қолайсыз (темекі шегу, алкогольдік сусындарды шамадан артық пайдалану, ретсіз тамақтану) өмір сүру;

2) жастардың ойланбай қатерге бас тігетін мінез құлықтары (нашақорлық, маскүнемдік, қылмыс жасау), уланулар, жарақаттанулар, жыныстық қарым-қатынас арқылы берілетін аурулар, ЖИТС себепші болатын өлім мен аурушылық;

3) туа біткен ақаудың дамуына және хромосомдық бұзылыстарға алып келетін экологиялық мәселелер;

4) әлеуметтік қолайсыз өмір сүру салты (кедейлік, жұмыссыздық, көшіп-қонулар және т.б.), аурудың туындауына себепші болатын қолайсыз жайттар (қан аздық, жұқпа, қарсы тұру қабілетінің бұзылуы және т.б.);

ХХІ ғасырда денсаулық сақтау жүйесінің дамуы халықтың денсаулығына ведомства аралық, сектор аралық жалпы жауапты, клиникалық медицинаның үздіксіздігі және бірігуі түрінде болатындығы шамаланады.

Қазақстандағы жаңа қоғамдық денсаулық сақтау дамуының келешегі мен мәселелері.

Сөзсіз, әлемдегі ең жақсы денсаулық сақтау жүйесінің жетістігіне бұрынғы негізін сақтап қалу жатады. Қазақстанда қазіргі таңда МПСЗ мен дәрігерлер саны және емдеу-профилактикалық мекемелердің құрылымы мен жүйесі жеткілікті мөлшерде. Денсаулық сақтау жүйесі толығымен республикадағы халықтың медициналық қызметке негізгі қажеттілігін қанағаттандырады.

ҚР денсаулық сақтау жүйесінің кемшіліктері – денсаулық сақтаудың өзіндік үлгілерін іздеуде үнемі ауысып отырушылық (медициналық жүйенің үш үлгісі – бюджеттік, бюджеттік-сақтандыру және бюджеттік-бағдарламалық) және де бүгінде ол Президент Н,Ә Назарбаев көрсеткендей «үш жүйенің қалдықтарынан тұрады».

1. Қазіргі денсаулық сақтаудың құрылымы мен жүйесіндегі жүзеге асқан, оның барлық мәселелері, міндеттері мен жетістіктері дәстүрлік клиникалық медицина (әртүрлі ақаулар мен аурулар кезінде денсаулық сақтау);

2. Қоғамдық денсаулық сақтау (денсаулықты нығайту және аурудың алдын алу) – халықтың денсаулығын нығайту мен сақтауда сектор аралық жауапкершілікті, аурудың жаңа жағдайларын ескертуді қалыптастыруда жаңа міндеттерді шешу.

Әдебиеттер:

1. Аканов А.А., Куракбаев К.К., Чен А.С., Ахметов У.И. Организация здравоохранения Казахстана. – Астана-Алматы, 2006. – 232 с.
2. Аканов А.А., Нурманов К.Д., Арингазина А.М. и соавт. Общественное здравоохранение: основные подходы и принципы определения и удовлетворения потребностей человека. – Алматы, 2007. -136 с.
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Часть 1. Общественное здоровье. – М.: Медицина, 2003. – 368 с.
4. Тульчинский Т.К., Вараваикова Е.А. Новое общественное здравоохранение: Введение в современную науку. - Иерусалим, 1999. - 1049 с.
5. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. - С.-Петербург, 2000.- 914 с.

*Багирова Р.Р., Токтамисова Ж.Е.
ЮКГФА, г. Шымкент
Научный руководитель: Куандыков Е.К.
к.м.н., и.о. доцента ЮКГФА, г. Шымкент*

НЕДОСТАТОЧНАЯ ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОР ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Программа по физическому воспитанию в вузе не в состоянии полностью устранить отрицательные последствия гипокинезии студентов, поскольку занимает небольшой процент времени. Занятия в рамках учебного времени не должны быть единственным способом реализации потребности в движении. Увеличение объема двигательной активности в режиме дня, учебы и отдыха должно стать для них жизненной необходимостью, способной формировать в их сознании стремление к физическому совершенству и здоровому образу жизни [1].

Двигательная активность различных слоев населения и проблемы, с ней связанные представляют собой один из важнейших факторов формирования общей культуры общества, в котором здоровье человека – не только медицинская проблема, но также экономическая, социальная, медико-психологическая и педагогическая. Двигательная активность и ее показатели создает фундамент здоровья формирующего воспитания молодежи [2].

Формирование физической активности студентов на сегодняшний день является актуальной всеобщей проблемой, так как полноценная жизнь невозможна без спорта и только здоровое будущее обеспечит национальную безопасность страны, благополучие и процветание страны. Именно поэтому в рамках учебно-воспитательного процесса, спортивно-оздоровительной работы в Казахстане в организациях образования предусматривается проведение президентских тестов [3,4].

Не все студенты справляются с нормативами президентских тестов по физической культуре, поэтому данный вопрос приобретает все большую актуальность. Это связано с тем, что образ жизни большинства студентов характеризуется снижением физической активности, отсутствием интереса к физической культуре и спорту, что приводит к ухудшению здоровья и росту числа различных заболеваний у студентов.

Целью исследования является определение недостаточности двигательной активности подрастающего поколения в современных условиях.

Материалы и методы. Для определения физической активности студентов и участия в спортивной жизни был проведен анализ результатов президентских тестов. Рассматривалось всего 80 обучающихся студентов 2 курса медицинского факультета. Из них юношей 22 (28%), девушек 58 (73%). Также получены результаты 52 (39%) учащихся 11-х классов средней общеобразовательной школы г. Шымкент. Из них юношей 29 (56%), девушек 23 (44%). Для сравнения результатов было использовано Постановление Правительства РК от 15.04.2015 № 238 «Правила проведения президентских тестов физической подготовленности населения Республики Казахстан».

Наряду с этим было проведено анкетирование по определению приверженности к спорту, состоящее из 21 вопроса. В исследовании приняло участие 200 респондентов. Выборку составили обучающиеся студенты 1-4 курсов в возрасте 18-24 лет, а также учащиеся 10-11-х классов общеобразовательных школ.

Респондентам было предложено ответить на вопросы, самостоятельно оценить своё отношение к занятию спортом, физической культурой в университете и в свободное от учебы время (посещение фитнес – центров, спортивных секций, дополнительных занятий по физкультуре).

Результаты и обсуждение. В результате было установлено, что некоторые учащиеся не совсем справляются с нормативами. Результаты студентов показали, что норматив на контрольное упражнение бег 100 м выполнили 41% юношей, 12% девушек. Бег на дистанцию 1000 м успешно сдали 17 % девушек, на 3000 м. среди юношей норматив успешно сдали 18%. Подтягивание успешно выполнили 23% юношей. Подъем туловища из положения, лежа на спине, выполнили 26% девушек. Прыжки в длину с места сдали их успешно 41% юношей и 21% девушек. Анализ результатов показал тенденцию к низкой физической активности и к снижению интереса к занятиям физической культурой и спортом.

Большинство респондентов, 37% студентов, на подготовку к учебным занятиям в день тратят по 3-4 часа, 5 часов и более - 34% студентов, что тоже сказывается на ограниченности свободного времени. Утреннюю зарядку «постоянно выполняют» - 4% студентов, «иногда» - 68% и «вообще не делают зарядку» - 28 %. Основной причиной, являлась нехватка времени, недосыпание, сложность пробуждения по утрам и лень. Среди студентов 61% совсем не занимаются физкультурой дополнительно, 11% несколько раз в неделю, 20 % несколько раз в месяц, что тоже свидетельствует о низкой двигательной и физической активности.

Выходные дни для активного отдыха (походов, занятий спортом) используют 44% студентов постоянно. Спортивные секции, кружки «совсем не посещают» 83% студентов, «постоянно посещают» 6% студентов, «иногда посещают» 11% студентов.

У всех респондентов есть желание посещать спортивные секции, кружки, фитнес-центры, но основными преградами этому считают: недостаточность времени (76%), нехватка денежных средств (15%), отсутствие близости от дома или вуза спорткомплекса, и занятость на дополнительной работе в свободное от учёбы время - 9%.

На вопрос «Сколько необходимо средств в (тг.) месяц для занятия в спортивной секции, кружке, в который вы хотели бы записаться?», большинство опрошенных указали – 4000-5000 тг., 6000-8000 тг.

На вопрос «Часто ли вы устаете после уроков?» подавляющее большинство студентов (75%) ответило «да, очень сильно устаю», 25% - «иногда устаю». Студенты «не всегда высыпаются» - (61%), «постоянно не высыпаются» – 36% и вполне достаточно высыпаются всего 3%. При этом быструю утомляемость при физических нагрузках 80% респондентов испытывает «изредка», «не испытывает» 14%, «всегда наступает быстрая утомляемость» у 6% опрошенных.

Анализ результатов опроса позволил сделать вывод, что 67% студентов получают информацию в области физического развития и здоровья в интернете. Специальная литература является источником информации для 5% студентов, от преподавателей на занятиях предоставляется информация 10% студентам, для некоторых (3%) источником информации является семья и друзья.

Оценка состояния своего здоровья: «отлично - болею очень редко» составили - 15% студентов, «хорошо–изредка испытываю некоторые недомогания» - 79%, «удовлетворительно – нередко различные недомогания» - 4% студентов.

Анализ результатов школьников показал, что некоторые школьники также не совсем справляются с нормативами. Так по бегу на дистанцию 100 м успешно сдали 10% юношей, 9% девушек, по подтягиванию среди юношей выполнили 62%. Упражнение подъем туловища из положения, лежа на спине среди девушек выполнили 13% девушек. Контрольное упражнение прыжок в длину с места успешно сдали только 7% юношей и 4% девушек.

Утреннюю зарядку по утрам постоянно делают 42% школьников, иногда выполняют 28% школьников, и вообще не делают зарядку 30% школьников. Причиной этому в 55% случаях является нехватка времени, недосыпание и 12% лень.

Таким образом, в ходе проведенных нами исследований мы выявили, что у существенного большинства студентов снижена физическая активность, определенное количество студентов ведет пассивный образ жизни.

Для повышения физической активности и качественного улучшения показателей физической подготовленности требуется создание необходимых условий: активно вовлекать молодежь в

различные оздоровительные, физкультурно–спортивные мероприятия, создавать условия и повышать мотивацию к занятию физической культурой и спортом.

Важно сформировать у студентов убеждение о том, что здоровье человека и жизненный успех невозможно без движения, занятий физической культурой и спортом, при этом следует акцентировать осуществление физических упражнений на принципах самовоспитания и самосовершенствования студентов.

Литература:

1. Кабачкова А.В., Фомченко В.В., Фролова Ю.С. двигательная активность студенческой молодежи. Вестник Томского государственного университета. Выпуск № 392 / 2015.
2. Климацкая Л. Г., Шпаков А. И., Ласкене С. Журнал Двигательная активность как фактор формирования здорового образа жизни студенческой молодежи. Сибирское медицинское обозрение Выпуск № 1 / том 67 / 2011.
3. Холодов Ж. К. Теория и методика физического воспитания и спорта: учеб. пособ. для вузов / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов. - 2-е изд. - М. : Академия, 2002. - 480 с.
4. Постановление Правительства РК от 15.04.2015 № 238 «Об утверждении правил проведения президентских тестов физической подготовленности населения РК».

Мусирова А.Е.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы

Шымкент қаласы.

Жетекшісі: аға оқытушы Бекқұлова А.А.

БАТЫРЛАР ЖЫРЫНДАҒЫ ЭТНОГРАФИЯЛЫҚ ДЕРЕКТЕР ТУРАЛЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Батыс пен Шығыстың тоғысқан жерінде өзіне тән, ерекше мәдениетін қалыптастырған, Далалық өркениеттің негізін салған қазақ халқы тату-тәтті өмір кешуде. Бұл елдің тарихын сарғайған сары парақтардан кездестіруге болғанмен, нағыз өзінің немесе өзі жазған төл тарихын қағаздан табу қиынға соғары анық. Ал оның тарихын оқи алу үшін жазу-сызуды білу, тілді білу, ғылымды білу жеткіліксіз, ол үшін қазақтың сырлы руханиятын білмек керек.

«Оқу мен жазудың жоқтығынан жазылған шежіре болмаған. Естігенін ұмытпайтұғын құлағының тесігі бар, кеудесінің есігі бар, ұқпа құлақ жандар болған. Сондай жандардың айтуымен кеудесі хат, естігені жад болған қариялар кейінгіге ауыздан ауыз алып айтуымен үлгі-өсиет қалдырған», - деп Мәшһүр Жүсіп Көпейұлы айтқандай, фольклорлық мұраларымыздың бүгінгі күнге дейін жетуінің себебін ғана емес сонымен қоса осы жолдар арқылы ата-бабамызға мінездеме береді.

Атақты тарихшы Е.Бекмаханов: «Фольклорлық материалдың маңыздылығы сонда, ол тарихи оқиғалар мен жеке адамдарға дәл және көбінесе дұрыс бағасын береді, себебі тарихты жасаушы және суреттеліп отырған оқиғалардың тікелей қатысушысы халықтың өзі болып табылады.» – десе, Е.Бекмахановтың ойын белгілі фольклортанушы О.Нұрмағамбетова жалғастыра отырып: «В его фольклорном репертуаре наряду с песнями, сказками, пословицами и поговорками имеется много традиционных эпических произведений, отражающих жизнь и историю казахского народа с древних времен до наших дней.» – дейді. Алаштың бір туар азаматы Ә.Бөкейханов: «Тарихтың екінші түрлісінің (мұны орыс тілінде история культуры дейді) пайдаланғаны – жұрттың болмыс-салты, рухани мәдениетінің дәрежесі. Бұлардың бәрі сол жұрттың сол заманғы тіккен үйінен, киген киімінен, ұстаған аспаптарынан; сөздерінен білінеді. – Анық тарих – осы екіншісі. Бұған жем нәрселер (материал) жақсы, шын ақындар шығарған, бұзылмаған жырларда болады.» [1]

Сонымен осы фольклордың маңыздылығына келген уақытта ғалымдарымыздың ойы бір жерден шығып отыр. Халықтың тұрмыс болмысын, рухани мәдениетін көрсеткен тарих қана анық тарих екеніне бізде толығымен қосыламыз. Ал ондай тарихты біздер қайдан оқи аламыз? Міндетті түрде жырлардан, шежірелерден, мақал-мәтелдерден, аңыз-әңгімелерден, тіпті әжеміздің қызықтыра айтқан ертегісінен, анамыздың ыңылдап айтқан бесік жырынан да ести аламыз. Себебі сол жыр я аңыз-әңгіме т.б. өзінің пайда болған уақытының көңіл-күйін білдіреді. Әрине фольклорда таңғажайып эпизоттар да өте көп кездеседі. Ол айтушының әңгімелеп отырған ертегі, аңыз, әңгімесінің, немесе жыршының жырлаған жырын әрлендіріп, көркемдейтін, тыңдаушысын қызықтыру үшін міндетті түрде қосылатын алынбас элементтер. Сондықтан осы жерде кәсіби тарихшылардың рөлі артады. Бұл жайында А.Байтұрсынов: «Тарихшылар халық басынан кешкен

түрлі уақиғалардың мағлұматын, сымға тартқандай, сынға салып, мінсіз етіп, дұрыстап өткізеді.» [2] - дейді. Фольклорды зерттегенде де тарихшылардың соның ішінде әсіресе деректанушылардың еңбегі зор болмақ. Себебі, деректанушылар дерекке салынған артық жерлерін ашыратып, сынға салып, тек шындыққа жақын мәліметтерді алады.

Е.Бекмаханов қазақтан шыққан тұңғыш тарих ғылымының докторы ретінде фольклорлық деректермен жұмыс істейтін келешек зерттеушілердің нақты міндеттерін де көрсетіп берді. Ол: «Зерттеушінің аса маңызды міндеті; шындықты қиялдан ажыратып қана қоймай, сонымен бірге фольклорлық материалдарда хабарланатын фактілерді мүмкіндігі болғанша тексеру, оларды архивтік және әдебиеттік деректермен салыстыру. Жекеленген өлеңдердің әр түрлі нұсқаларын салыстырып, олардың о бастағы тексін табу да сондайлық қажет», — дейді [3]. Ғалымның бұдан жарты ғасыр бұрын айтқан бұл ұсынысының бүгінгі күнде актуальдылығы әлденеше есе артып отыр. Қазақтардың тәуелсіздік алуына байланысты өз тарихына, оның қайнар көздеріне деген қызығушылығының артуы, фольклорлық материалдармен жұмыс істей білу қажеттігін де арттырып отыр.

Е.Бекмахановтың деректану саласында айтқан пікірлерінің бірі — әр түрлі фольклорлық деректердің шынайылық дәрежесінің де әр түрлі деңгейде болып келетіндігі және бұл факторды да зерттеушілердің ескеруінің қажеттілігі. Ол: «Ақырында, фольклор материалды бағалағанда, оның өзіне тән сипатын ескеру керек. Мәселен, айталық, өлең мен поэманың суреттейтін оқиғасының дұрыстығының дәрежесі көтерілісті көзімен көрген және оған қатысқан адамдардың аузынан жазылған әңгімелердің дұрыстығы дәрежесінен төмен болады, ал мұндай әңгімелерді түп қазық деректер болып табылатын мемуарлық материал ретінде күмәнданбай қарау ләзім», — деп , маңызды деректанулық тұжырым жасайды.

Қазақ халқының анық тарихынан мәліметтер беретін, оның ішінде этнологиялық құнды деректер алуға болатын кен қазынамыз — фольклор. Филология ғылымдарының докторы, фольклортанушы ғалым С. Қасқабасов бұл мәселеге байланысты ойын тыңдасақ: «Фольклор адам тіршілігімен тікелей байланысты, оның болмысының бір бөлшегі. Сондықтан ол адам өмірінің барлық жағын бейнелейді, шаруашылығынан, тұрмысынан, әдет-ғұрпынан, салт-санасынан толық мәлімет береді... халық тарихындағы маңызды оқиғаларды қамтып, солардың негізінде жаңа шығармалар туындап, тарихи қайраткерлер жайында әңгімелейді... Фольклор халықтың өзінің тарихқа қатысын, көзқарасын танытады, маңызды оқиғалар мен көрнекті тұлғаларға берген халықтың бағасын, қарым-қатынасын көрсетеді» [4] - дейді.

Халықтың жадында сақталып, атадан балаға ауыздан-ауызға беріліп келген басты мұраларымыздың бірі — батырлар жыры. Батырлар жырын филологиялық тұрғыдан зерттеп жүрген ғалымдарымыз баршылық. Бірақ әлі күнге дейін Қазақстан тарих ғылымы тұрғысынан өз орнын алған жоқ. Оның себептерінде белгілі. Бірақ бүгінгі таңда батырларымызды дәріптейтін, жоғымызды түгендейтін уақыт жетті.

А.Байтұрсынов: «Батырлар әңгімесінің құны қандай деген мәселеге келсек, мұнда айту тиіс: бұрынғы жаугершілік заманда халық тән есебінде болғанда, батырлар жан есебінде болған. Сондықтан батырлар турасындағы әңгіме — халықтың жаны, рухы турасындағы әңгіме; халықтың батырлары қандай болса, халықтың рух жағы да сондай болған. Ертеке жырдағы батырлар сипатына қарасақ, ол жырлар халықтың рухы нағыз көтерілген шағында шыққанын байқаймыз» [5]. Яғни халықтың ішкі тарихын, рухын, мәдениетін тану үшін батырлар жырына баса көңіл аударуымыз қажет. Мысалға, «Қобыланды» жырын этнологиялық дерек көзі ретінде қарастырсақ. Негізінде аталмыш жырдың көптеген нұсқалары бар. «Қобыланды жырын» терең зерттеп, қазақ, орыс тілдерінде еңбектер жазып, докторлық диссертациясын қорғаған, қазақтың аяулы қызы Оразгүл Нұрмағанбетова былай деп жазады: «Қазір қолымызда «Қобыланды батыр» жырының (жыр, ертегі, аңыз-әңгімелердің бәрін қосқанда) 29 нұсқасы бар. Мұның 26-сы Қобыланды батыр жайындағы жырлар, аңыз-әңгімелер де, 3-і Қобыланды батырдың балалары жайындағы жырлар». Көріп отырғанымыздай жырдың көптеген нұсқалары бар. «Қобыланды батыр шынайы тарихи тұлға. Ерліктің символына айналған тарихи қайраткер. Қазақ халқының қаһармандық жырындағы ең танымал батыр, қазақ эпосына кейіпкер болған тарихи адам.

2006 жылдың 26 тамызында Қобда ауданының Жиренкопа ауылында Қобыланды батырдың сүйегі қайта жерлеу рәсімі өткізілді.» [6] - дейді Ақтөбе облыстық тарихи-өлкетану музейінің директоры Е.Құрманбеков. Яғни «Қобыланды батыр» жырының маңыздылығы да сонда оның өмірде болған батыр екендігі. Сондықтан жырда міндетті түрде сол кездің өмірі жайлы құнды мәліметтер кездесетіндігі.

Мақаламызда Әлихан Бөкейхановтың «Қара қыпшақ Қобыланды» атты сыни рецензиясын айналып кете алмаймыз. Қобыланды батыр өмірде болса онда оның қай уақыттарда өмір сүргенін

анықтауды қажет етеді. Ә.Бөкейханов: «Сондағы Тоқтамыс ханның тоғыз батырының біреуі қара қыпшақ Қобыланды:

Қараңғыда жол тапқан,
Қысылғанда сөз тапқан.
Тайқазан қақпақ жауырынды,
Қолағаш тоқпақ айдарлы,
Кісі ақылына ермеген,
Қиын жолға жүрмеген;
Қара Қыпшақ Қобландым.
Хан Тоғымға не дейсің?

Тоқтамыс хан Шыңғыс ханның үлкен ұлы Жошы нәсілінен. Бұл Ақсақ Темірмен соғысып, жеңіліп қашқан. Бұл Қобыландының ісі XIV ғасыр ортасы болуға лайық...

Арғынның атасы Дарқожа Абулхайыр ханның қазысы екен. Ғаділ билік айтқанынан Ақжол атанған. Қара қыпшақ Қобыланды да ханға сүйкті екен. Сондықтан бұл екеуі күндес болған. Күндестікпен Қобыланды батыр Ақжолды өлтіріп кеткен. Әз Жәнібек хан Қобыландыны өлтірем деп сұрағанда, қалың қыпшақ бұзылады деп, Абулхайыр хан бере алмаған. Шәкәрімнің жазуынша, «Қара қыпшақ Қобыландыда нең бар еді құлыным» деген қазақ мақалы Ақжол атасы Құдан жылауынан қалған. Бұл екі ханның заманы 1450-інші жылдар. Бұған қарағанда Қобыланды 15-інші ғасыр ортасындағы жігіт болады. Онда Тоқтамысқа жігіт бола алмайды. Мұны Едіге жырына ақын қосқан болады» - деген пікірлер айтады. Ш.Уәлиханов: «Қазақ, қырғыз, өзбек, ноғайдың ауыз әдебиеттерінің бір түрі батырлар туралы жырлар. Бұлардың көбі Алтын Орда дәуірінде болған тарихи адамдар туралы. Соған қарағанда бұл жырлар XIV ғасырдың ақырында, XV-XVI ғасырларда жасалған сияқты...» - дейді. «Қобыланды батыр Ақжолға тұстас болса, оның жорықтары 15-інші ғасырда болған. Жақсы, көркем жырда сол уақыттағы қазақтың болмыс-салты көрініп тұруға лайық» - деп Ә.Бөкейханов айтқандай, жырда қазақ халқының орын алған тұрмыс-салт, қару-жарақ, мал атаулары халық, ру—тайпа атаулары және т.б. мәселелерге көңіл аударсақ.

Зерттеп отырған қандайда бір деректі ғылыми айналымға қосу үшін деректанулық сыннан өткізу қажет, оның маңызды шарасының бірі – сыныптау. Белгілі деректанушы ғалым Қ.Атабаев бұл мәселеге байланысты: «...тарихи деректер теңізінде дұрыс жол табу, тарихи зертеулерде оларды тиімді және пайдалы етіп қолдана білу қажеттілігі оларды сыныптау проблемасын туғызады. Басқаша айтқанда, деректерді ортақ қасиеттері бар, бірақ бір-бірінен ерекше белгілермен айырылатын категорияларға бөлу.» [7] - дейді.

Енді «Қобыланды» жырындағы этнологиялық деректерді сыныптағанда төмендегідей нәтиже алдық.

Салт-дәстүр
Діни дүниетанымы
Қару-жарақ аттары
Жер-су атаулары
Төрт-түлік малдың түстері, атаулары
Уақыт айырулары
Ойын-сауық
Ат әбзелдері мен құрал-саймандары
Халық, ру-тайпа аттарының атаулары
Кәсіптері
Киім-кишек
Таңбалары.
Адам аттары
Тамақ атаулары
Дәрі аттары
Шөп атаулары
Салық түрлері

Халқымыз өміріне қатысты нақты оқиға тарихын зерттеу барысында фольклорлық мәліметтерді пайдалануда, немесе белгілі бір фольклорлық туындыны дерек көзі ретінде арнайы қарастыруда қазақ фольклортанушыларының еңбектерінің тигізер көмегінің мол екендігі даусыз. Себебі, оларда ауыз әдебиеті туындыларының тарихилығын зерттеу бағытында едәуір істер атқарылып, нақты ғылыми нәтижелерге қол жеткізген фольклортанудың негізгі проблемалары анықталып, әдістемелері жасалған. Мысалы, Р.Бердібай: «Эпоста тарихи шындықтың бейнеленуі

деген аса күрделі, теориялық мәні бар мәселе. Белгілі бір туындыда тарихи шындықтың нақтылы камтылу заңдылығы қандай екенін ажырату - фольклортанудың ең күрделі проблемаларының бірі. Бұл, кең мағынасында алғанда, эпоста шындық пен қиялдың, көркемдік жинақтаудың ара қатынасын анықтауға апаратын мәселе»,— деп [8], фольклортанудың түйінді проблемасы туралы айта келе: «Эпостанудың әдістемелік мәселелері» атты еңбегінде: «Тарихи романдардың жасалу процесін талдауға жазушы-суреткердің өз куәлігі, күнделіктері, хаттары, жинаған материалдары, замандастарының болжамдары көп көмек керсетеді, Ал әуел баста ауызша жаратылған эпостың «анатомиясын» жіліктеп, бөлшектеп зерттеу анағұрлым қиын, Жазба әдебиет туындыларында авторлық аңсар басым жатса, фольклор жаратылысында халықтық мұрат алғы кезекке шығады. Оның үстіне көркемдік суреттеу тәсіліндегі күрделі айырмашылықтарды қоссақ, мұның алғашқысында типтендіру, соңғысында әсірелеу күшті болатынын аса елеулі фактор деп қараймыз», — деп, жазба әдебиет пен ауыз әдебиеті туындыларының пайда болуын талдаудың өзіндік ерекшеліктерін және олардың деректік айырмашылықтарын көрсетеді,

Қорыта айтқанда, бүгінгі таңда «Қобыланды батыр» жыры болсын я басқада қандайда бір эпостық жырлар болсын әлі де қазақ тарихының негізгі дерек көзі ретінде толығымен өз орнын алған жоқ. Фольклор халқымыздың этнологиялық дерек ретінде де құндылығы зор. Сондықтан да тарихшылар алдында ғылыми тұрғыдан фольклордың қазақ халқының бірінші кезекте тұратын тарихи дерек көзі ретінде алға шығарып, маңыздылығын арттыру мәселесі күнтізбесінде тұр.

Пайдаланған әдебиеттер тізімі:

1. Бекмаханов Е. Қазақстан XIX ғ. 20-40 жылдары. в. Алматы: Қазақ Университеті, 1992; Жеті томдық шығармалар жинағы. 5 том. (Ғылыми мақалалар жинағы). Павлодар: "ЭКО" ҒӨФ, 2005. -266 С.
2. Байтұрсынов А. Шығармалары. - Алматы, 1989. -216 б.
3. Бекмаханов Е. Қазақстан XIX ғасырдың 20-40 жылдарында А., 1994, 42 бет
4. Қасқабасов С. Миф пен эпсаның тарихылығы. / Қазақ фольклорының тарихылығы. А., 1993 ж. 82 б.
5. Байтұрсынов А. Ауыз әдебиеті. Шығармалары. Алматы, 1989.
6. Нұрмағамбетова О. «Қобыланды батыр» эпосының негізгі варианттары және олардың өзара байланысы. / Өмір өрнектері. Астана, 2004, 237 б.
7. Атабаев Қ. Қазақстан тарихының деректанулық негіздері. А., 2002;
8. Бердібаев Р. Қазақ эпосы. Алматы, 1982. 196 б.

*Павлова Е.В., Сакиева Ш.С., Магай Л.Н.
Южно-Казахстанская Государственная
Фармацевтическая Академия г.Шымкент*

РОЛЬ ИНВЕСТИЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Эксперты Всемирного банка, оценивая беспрецедентное улучшение состояния здоровья населения в XX веке, пришли к двум очевидным выводам: во-первых, экономическое развитие и рост доходов положительно влияют на улучшение здоровья населения, но не являются единственным ключевым фактором и, следовательно, единственной стратегией достижения прогресса в области охраны здоровья в будущем; во-вторых, основой для существенного улучшения здоровья, даже если доходы растут медленными темпами или стагнируют, является технический прогресс в самом широком смысле. Таким образом, все больше исследователей приходят к выводу, что значительное улучшение здоровья населения в течение прошедшего столетия связано не столько с повышением благосостояния, сколько с ускорением научно-технического прогресса.

Без преувеличения можно утверждать, что проблемы модернизации отечественной системы здравоохранения стоят наиболее остро, поскольку являются следствием ее развития в сложных общественно-политических и социально-экономических условиях и лишь отчасти унаследованы от прошлой системы, а большей частью – впервые возникли в современной рыночной среде. Отечественное здравоохранение, пройдя через несколько этапов кризисов, десятилетиями финансируемое по остаточному принципу, не обладающее гибкой структурой управления и переживающее внутренний кризис, оказалось не в состоянии быстро, адекватно и эффективно реагировать на быстро меняющиеся потребности общества.

В рамках Стратегии индустриально-инновационного развития Республики Казахстан на 2003-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 17 мая 2003 года № 1096, основной задачей отрасли здравоохранения определяется создание и развитие собственного научного и инновационного потенциала. Причем, государственная политика в области здравоохранения наряду с традиционными направлениями, такими, как разработка и осуществление комплекса мер государственной медико-социальной и правовой поддержки здравоохранения, укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, будет ориентировать здравоохранение на внедрение современных медицинских технологий, включая применение клинических протоколов диагностики и лечения, с акцентом на ресурсосберегающие, экономически эффективные методы, повышающие доступность для населения медицинской помощи.

Сегодня становится очевидным, что использовавшиеся прежде механизмы управления системой, службами и организациями здравоохранения оказались несовершенными в современных условиях. В результате проводимых реформ усиливается роль и место рынка в секторе здравоохранения.

С 1 января 2010 года в республике внедрена Единая Национальная система здравоохранения. Постановлением Правительства Республики Казахстан от 19 ноября 2009 года № 1887 утверждены Правила, которые определяют порядок обеспечения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи. В рамках реализации Единой национальной системы здравоохранения по свободному выбору пациентов заключены договора на оказание специализированной медицинской помощи с 24 НИИ, НЦ и республиканскими клиниками.

Принцип свободного выбора пациентом медицинской организации реализовали через республиканское и региональные бюро госпитализации, размещенных в Республиканском информационно-аналитическом центре Министерства здравоохранения и его 16 филиалах более 175,8 тысяч пациентов для плановой госпитализации. Из них более 94% пациентов выбрали клиники внутри своей области, до 3% пожелали лечиться в стационарах других регионов и около 3% пациентов предпочли лечение в республиканских клиниках, в том числе сельских жителей около 1/3.

Согласно медико-статистическим данным, за период с января по май 2010 года в стационарах круглосуточного пребывания пролечено 977 898 больных при плане 825 938, что составило 118% выполнения предельных объемов или 49,3% от годового плана. Из всех регионов наибольший удельный вес отклонения от плана наблюдается по Костанайской (135%), Актюбинской (130%), Мангыстауской (128%). По квотам пролечено 29352 больных. Выполнение усредненного плана предельных объемов составило всего 87,6%. Невыполнение плана отмечается практически по всем регионам, кроме Жамбылской (105%) и Павлодарской (113,4%) областям. Высокоспециализированную медицинскую помощь (ВСМП) получили 29352 чел., что на 18,7% больше, чем за аналогичный период 2009 г. (23861 чел.). Объем стационарной помощи в сравнении с аналогичным периодом 2009 года снизился с 1189678 до 1048944 пролеченных больных по всем источникам финансирования, то есть сократился на 12%. За первое полугодие 2010 г. объем стационарной помощи по бюджетной программе увеличился на 1,2% по сравнению с прошлым годом (977 898 чел., и 965717 чел. соответственно). Рост экстренной госпитализации наблюдается практически по всем регионам. Удельный вес больных госпитализированных по экстренным показаниям по республике в целом составил 64,3% (61,2% в 2009 г.). Следует отметить однако, что по г. Алматы удельный вес больных госпитализированных по экстренным показаниям снизился по сравнению с 2009 г. на 2,9% (73,3% и 70,4% соответственно). Наибольший удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям отмечен в Актюбинской области (70,3%) и по городу Астана (69,4%). Объем пролеченных больных по источникам финансирования составил по республике в целом 96 %, объем «бесплатной» стационарной помощи составил всего 2,8%, «платно» получили стационарную помощь 6834 пациента или 0,7% от всех пролеченных. В дневном стационаре за первое полугодие 2010 г. пролечено 122 220 больных при плане 370 290, что составило 33 % по республике в целом или 13,8% от годового плана. Ниже республиканского показателя отмечается по г. Алматы (20,8%) и Алматинской (21,9%) области. Госпитальная заболеваемость снизилась на 10,1% в сравнении с аналогичным периодом 2009 года. Уровень госпитализации детей в 2010 году на 23,6% меньше, чем в 2009 г. Повысился показатель летальности среди взрослого населения с 1,1% до 1,3%. Мониторинг реализации ЕНЗ в регионах выявил наличие постоянного свободного коечного фонда (18,5%) наряду с перевыполнением плана предельных объемов. При этом на оставшихся 81,5% койках было выполнено 107% от предельных объемов госпитализации, за счет увеличения оборота койки на 30%.

Помимо оценки состава затрат и результатов, связанных с реализацией инвестиционных проектов в системе здравоохранения, проведено изучение общественного мнения по актуальным проблемам здравоохранения. В целом население демонстрирует достаточную степень удовлетворенности качеством медицинской помощи и полученных услуг в поликлинике, так, более двух третей респондентов удовлетворены состоянием своего здоровья после проведенного лечения в амбулаторно-поликлинических организациях. Несколько меньше довольны казахстанцы качеством услуг в стационаре. Достаточно четко по результатам анкетирования обозначилась тенденция к изменению отношения к традиционно признаваемому высоким качеством медицинской помощи, предоставляемой в стационарах, а также уровню квалификации и профессиональных качеств медицинских работников больничных организаций. 60% респондентов отметили улучшение профессионального качества специалистов здравоохранения за прошедшие два года; 70% опрошенных – улучшение лекарственного обеспечения, а также оснащенности организаций здравоохранения медицинской техникой. Более половины позитивно оценивают применение новых методов диагностики и лечения в больницах.

Данные факты практически все опрошенные связывают с проводимыми в отрасли реформами, отмечая, что многие мероприятия Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы запланированы и проводятся с учетом пожеланий медицинских работников - дифференцированный подход к заработной плате, создание более благоприятных условий для работы, строительство и введение новых организаций здравоохранения, расширение доли государственных грантов для поступающих в медицинские учебные заведения.

Кроме таких традиционных способов финансирования, могут быть использованы и иные способы финансирования здравоохранительной деятельности, которые могут оказаться заметно выгоднее банковского кредита.

Одним из способов такого финансирования является лизинг. В настоящее время законодательная база по лизингу включает в себя традиционное определение финансовой аренды, которое отвечает классификационным признакам, установленным международными стандартами финансовой отчетности. Закон Республики Казахстан «О финансовом лизинге» от 5 июля 2000 года № 78 регулирует отношения, возникающие в процессе финансового лизинга, и направлен на привлечение инвестиций на основе лизинговой деятельности.

Однозначно можно выделить неоспоримые преимущества лизинга, а именно:

- из оборота не отвлекаются значительные объемы средств (в среднем первый авансовый платеж составляет от 15 до 30% от стоимости оборудования или иного предмета лизинга).
- лизингополучатель не несет риски, связанные с условиями исполнения международного контракта.
- вознаграждение по финансовому лизингу (выплата процентов) освобождается от обложения НДС.

В случае, если намеченный проект включен в список наиболее приоритетных секторов экономики для привлечения прямых отечественных и иностранных инвестиций, возможно получение налоговых льгот и преференций, т.к. понятие инвестиции включает в себя предметы лизинга, с момента заключения договора лизинга. Размер платежей по лизингу, в отличие от выплат по кредитам, полностью подлежит исключению из налогооблагаемого дохода у лизингодателя, что дает возможность лизинговым компаниям предлагать более низкие процентные ставки по финансовому лизингу, чем по кредитам.

Таким образом, лизинг является уникальным инвестиционным инструментом, который позволяет приобрести необходимые средства производства за счет внешнего долгосрочного финансирования. При этом основным обеспечением для лизинговой компании является не залог, а ее право собственности на переданное в лизинг имущество. По окончании срока лизинга при условии выплаты всех лизинговых платежей, лизингополучатель имеет возможность получить право собственности на лизинговое имущество.

Бюджетные инвестиции финансируются из республиканского или местного бюджета и направляются на увеличение стоимости активов государства за счет формирования и увеличения уставных капиталов организаций здравоохранения путем реализации бюджетных инвестиционных проектов.

С использованием бюджетного метода установлены положительные моменты планирования бюджетных инвестиций:

- сформирована единая система планирования бюджетных инвестиций, основанная на программных документах;
- с учетом требований Бюджетного кодекса повышается качество планирования проектов;
- ежегодно увеличивается объем финансирования программ развития;

Отрицательные моменты:

- администраторами бюджетных программ не выработана система максимального охвата проблем отрасли с учетом региональных особенностей, что влечет возникновение дополнительных вопросов при обсуждении проекта; республиканского бюджета в Парламенте Республики Казахстан

Частный сектор медицинских услуг играет очень важную роль для всей системы здравоохранения, создавая конкуренцию и демонстрируя возможности повышения качества услуг и улучшения сервиса. Определяющим фактором эффективного развития частного сектора в здравоохранении является спрос на предоставляемые услуги и их достаточная окупаемость. Главные причины недостаточной конкуренции на рынке медицинских услуг связаны с высокой капиталоемкостью проектов по созданию новых медицинских организаций, большими коммерческими рисками, отсроченной окупаемостью и необходимостью постоянного компромисса в плане стоимости услуг. Кроме того, любые субъекты здравоохранения, даже частные, находятся в зоне повышенного внимания со стороны государственных контролирующих органов. Перечисленные обстоятельства определяют практическое отсутствие на рынке таких видов частных услуг, как педиатрическая, терапевтическая, первичная медицинская помощь, хотя существует явный недостаток объемов услуг по данным видам помощи. Частный медицинский сектор редко предоставляет такого рода услуги, в основном, весь рынок коммерческих услуг по этим видам помощи представлен платными услугами бюджетных организаций. При этом существуют профили медицинских специальностей, в которых явно лидирует рынок частных услуг: по статистике самой востребованной платной медицинской услугой (40% рынка) является стоматология, следом идут урология, гинекология, и проведение лабораторных анализов для установления диагноза. Объединяющим признаком для данных видов услуг является прибыльность бизнеса при сравнительно незначительных вложениях и минимальной профессиональной ответственности. Участие в данном секторе услуг частных организаций станет фактором усиления конкуренции и улучшения уровня сервиса и качества медицинских услуг. Единственное условие для осуществления этих надежд – всесторонняя поддержка государства. Необходимо при поддержке государства отработать механизм создания и функционирования частных организаций в условиях бизнес-инкубатора с последующим тиражированием опыта на другие регионы. Разработать отраслевую программу по развитию частного сектора в первичном звене медицинской помощи и сфере медико-социальной помощи (больницы длительного ухода, центры реабилитации и т.п.).

Активное вовлечение предпринимателей в сектор здравоохранения, предоставляющий низкодогодные социально-значимые услуги, при реализации комплекса мер государственной поддержки создаст условия для решения целого ряда вопросов: развитие проблемных для системы здравоохранения направлений, реализация принципа социальной ответственности бизнеса перед обществом, улучшение качества и доступности медицинской помощи для населения в целом.

Одной из новых форм привлечения и использования инвестиций является практика государственно-частного партнерства (ГЧП) – взаимодействие государственного и частного секторов, предусматривающее полную или частичную передачу субъектам частного сектора ответственности за оказание услуг, традиционно относящихся к сфере ответственности государственного сектора, на условиях адекватного распределения между его участниками рисков, ответственности и выгод, а также при сохранении контроля со стороны государства. Формы ГЧП условно можно разделить на три большие группы: контракты на управление и содержание; контракты на эксплуатацию и содержание; контракты на проектирование, строительство, финансирование и эксплуатацию (в том числе концессии). Данная классификация лишь условная, так как на практике каждая страна самостоятельно и независимо определяет ГЧП и его виды. Изучение мирового опыта государственно-частного партнерства в проектах социальной инфраструктуры показало, что государственно-частное партнерство имеет ряд преимуществ, которые могут способствовать развитию инфраструктуры здравоохранения.

Преимущества внедрения ГЧП в здравоохранении

ГЧП – эффективный метод привлечения частных инвестиций

Дает возможность поэтапного (отсроченного платежа) погашения займа в течении 5-15 лет.

Привлекается носители передовых технологий, специализирующиеся на строительстве и управлении объектов здравоохранения

Компания выполняет полный цикл работ по проекту, что обуславливает

Последующая передача в долгосрочное управление объекта компании

→ Позволяет снять нагрузку на бюджет страны и оптимизировать государственные расходы. Возможность начала строительства многих объектов уже в 2009-2010 гг.

→ Способствует качественному выполнению проектировочных и строительных работ на стратегически важных объектах здравоохранения.

→ Полностью интегрированные системы строительной архитектуры, медицинского оборудования и информационных систем больницы

→ Создается стимул для постановки компанией наиболее эффективных бизнес-процессов в запущенном объекте

По окончании срока контракта государство получает объект здравоохранения, функционирующий в соответствии с мировыми стандартами качества медицинских услуг.

Таким образом, очевидны преимущества государственно-частного партнерства:

- для государства: высвобождение бюджетных средств; использование средств частного сектора для строительства новых государственных объектов здравоохранения; обеспечение развития инфраструктуры более ускоренными темпами и возможность предоставления более качественных услуг; привлечение не только средств, но и опыта частного сектора в области инвестиционного менеджмента; преимущества управления объектами здравоохранения профессиональными частными компаниями; передача риска/ответственности частной компании; поддержание технического состояния зданий и оборудования на должном уровне;

- для частного сектора: новые инвестиционные возможности и соответственно новые источники дохода; рост имиджа на рынке; новые рынки и развитие бизнеса; государственная частичная финансовая и административная поддержка для снижения капитальных затрат;

- для населения (бенефициаров услуг): обеспечение оптимального соотношения «цена – качество»; развитие инфраструктуры и более высокое качество услуг; положительный мультипликативный эффект.

Следует подчеркнуть возможные риски ГЧП: слабая законодательная и институциональная система; неподготовленность участников ГЧП; сложность процедур; недостаток понимания ГЧП и требуемого объема работы; политические риски; риски неплатежеспособности; асимметричность знаний и ресурсов.

Сарсенова Г.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы

Шымкент қаласы

Жетекшісі: Абдурахманов Н.А.

ӘУЛИЕЛІК КУЛЬТТИҢ ЗЕРТТЕЛУ ТАРИХЫ ЖАЙЛЫ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕР

Халқымыздың сан ғасырлық болмыс-бітімі, дүниетанымы, өзі өмір сүрген ортасын, табиғат әлемін танып-білуге ұмтылған көзқарасы мен түсінігі бүгінгі ұрпаққа әпсана, миф, аңыз ретінде жетіп отыр десек те, осыны біртұтас ғылыми негізде зерттеп түсіну, сол арқылы байырғы таным негізіне үнілу, қалай да болмасын қажет дүниенің бірі.

Бұрынғы аңыз, әңгіме, оқиғалар сұлбасын деректік құжаты мен заттық айғағын тым көмескі көрсетуге тырысу, немесе идеологияға жат құбылыс ретінде баға беру өткен қоғамның басты ұстанымы болды. Өйткені, өткенді ұмыттыру, тарихынан жирендіру саясаты ұлттың зердесін отарлаудың негізгі құралы.

Біздің негізгі міндетіміз Сыр өңірінде өмір сүрген, ислам дінінің халық арасына таралуына ықпал еткен, сол кезеңнің өзінде өзінің кереметтерімен бас идірген адамдар тарихын ғылыми түрде зерттеу және баға беру болып табылады.

Орта Азияны мекендеген халықтардың өміріндегі әулиелік культтің алатын орны, оның исламға дейінгі наным-сенімдерінің негіздерін зерттеген ғалымдар тобын арнайы қарастырамыз.

Орта Азиядағы дінтанушылар арасындағы қомақты зерттеу С.П. Толстовқа тән. Ғалым Сырдария мен Амудария өзендерінің аралығын «тарих музейі» деп атап, онда тұрған халықтардың рухани мәдениетін тарихи жағынан қайта қалыптастырды. Ол археологиялық зерттеулерді этнографиялық материалдармен ұштастыра отырып жүргізді. «Древний Хорезм» атты зерттеуі Орталық және Алдыңғы Азия халықтарының діни наным-сенімдері, ислам дінінің исламға дейінгі жергілікті салт-дәстүрмен өзара байланысына арналған этнографиялық аса бағалы еңбек болып табылады [1].

Осы автордың Орталық Азияның ежелгі культтеріне байланысты «Религия народов Средней Азии» атты арнайы очеркінде Кавказ және Орталық Азияда әулиелік культ зерттелінбеген деп, басты назарға алуды ұсынады. Халықтардың мәдениеті мен тұрмысына этнографиялық бақылау жасау арқылы олардың мәдениетінің, шаруашылығының, қоғамдық топтасуының формасын және дүниетанымының өзара тығыз байланысын айқындады. Діндер байланысында рухани мәдениеттің дәстүрлі даму ерекшеліктерін анықтады.

Белгілі ғалым-этнограф Г.П. Снесаревтың еңбектерінің де шоқтығы биік. Кеңестер Одағы Ғылым Академиясы, Хорезм археология-этнографиялық экспедициясының арнайы отрядының 1954-1961 жылдары жүргізілген жұмыс нәтижелерінде, Орталық Азия негізінен Хорезм өзбектерінің исламға дейінгі наным-сенімдері қарастырылған «Реликты домусульманских верований и обрядов у узбеков Хорезма» монографиясында жасаған тұжырымы мынадай: «Мұсылман әулиелеріне зиярат жасау – Орта Азияның рухани өмір құбылысында анық байқалады, арнайы діннің құрамдас бөлігі ретінде белгілі исламға дейінгі культ қалдықтары сақталып қалды. Әулиелік культі тұтастай алғанда өз кезегінде барлық әлемдік діндер шеңберінде көпқұдайшылыққа жол беру болып табылады» [2]. Бұл еңбектің атап айтар ерекшелігі – Орталық Азия территориясын мекендеген түркі халықтарының барлығының ежелгі дүниеден қалыптасқан наным-сенімдерді басынан бірдей өткергенін ашып көрсетуі болды.

«Хорезмские легенды как источник по истории религиозных культов Средней Азии» атты еңбегінде Орта Азиялық мұсылмандық әулиелер культіне тоқталады. Бұнда автордың 1950-1960 жылдары Өзбекстанның Хорезм облысы мен Түркменістан, Қарақалпақстан территориясынан жиналған тарихи-этнографиялық, фольклорлық мәліметтері енгізілген.

Г.П. Снесарев былайша жүйелейді: «Әулиелер жөніндегі «кадрлардың» көпшілігі сакральды, тарихи жағынан алғанда өмір сүрген жандар, әрқайсысының өзіндік өмірбаяны бар, көбірек немесе азырақ миф араласқан. Бұл өмірбаяндарға талдау жасау әлеуметтік себептерін анықтағанда сол немесе басқа тұлғаға айналдырады, бұл атеистік жұмыс тәжірибесінде қажет. Бірақ бұл арнайы талдауды талап етеді, кейде исламға дейінгі агиологиямен сәйкестендіріледі». Г.П. Снесарев еңбектерінің құндылығы – ежелгі қалыптасқан діни сенімдерге аса басымдылық беруінде. Кейінгі этнографтар жұмыстарымен салыстырғанда Орта Азиямен көптеген ұқсастықтарды байқауға болады.

О.А. Сухареваның еңбектерінде зерттелінген әулиелер құрамы неғұрлым жан-жақты. Бұнда наным-сенімдерде исламға дейінгі құдайлар мен рухтардың тікелей қабылдануын тарихи тұлғалар арқылы анықтап, өз кезеңінде аса қызығушылық танытты. «Орта Азия топырағындағы ислам мифологиясы ежелгі діндер мен культ элементтерінің өзіндік ерекшелігімен анықталып, исламмен бірігіп кетті» деп атап көрсетеді.

О.А. Сухарева зерттеулерінің ерекшелігі Орта Азияны мекендеген өзбек және тәжік халықтарының діни сенімі мен ислам діні арасындағы байланысты жергілікті агиология мәселесімен қарастыруды ұсынды [3].

Ежелгі наным-сенімдер мен діни сенімдерге қызығушылық білдіргендердің бірі С.А. Токарев. Дін пайда болғанға дейінгі болған барлық сенімдердің қалыптасуын жүйелі зерттеп, талдау жасады [4]. Кеңес дәуірінде Орталық Азияны мекендеген халықтардың ежелгі діни сана-сезімі, оның ішінде ертеден қалыптасқан шаманизм, анимизм, тотемизм мәселелерін де алғаш көтерді.

Орта Азия халықтары арасындағы әулиелік культін жіктеуге талпынған ресейлік этнограф Б.Н. Басилов болды. Бірақ бұл ғалым зерттеу еңбектерінде исламға дейінгі наным-сенімдер негізінде пайда болған шаманизм, аграрлық культ, ата-бабаға табыну, ежелгі анимистік және тотемистік сенімдерге нақты дәлелдер келтірумен ғана шектеледі. Агиологиялық объектілерді жан-жақты қарастырмаған.

«Культ святых в исламе» атты еңбегінде ол Қорқыт атаға токталады: «Қорқыт культі бәрінен жоғары дәрежеде (қазіргі күнге дейін) қазақтарда сақталып қалды. Қазақтар Қорқытты бақсылардың пірі, әлемде пайда болған алғашқы әнші және бақсы санайды». Б.Н. Басилов бұл еңбегінде Орта Азия мен Қазақстан халықтары арасындағы бақсылық өнерді арнайы зерттеген.

Б.Н. Басилов пен Дж.Х. Кармышеваның қазақ жеріндегі ислам діні, оның таралу аймағы, жергілікті халықтың рухани өмірінде алатын орны жөнінде «Ислам в Казахстане» атты еңбегі жарық көрді [5].

С. Демидов «Туркменские овляды» еңбегінде қожалардың Орта Азия территориясына келуін, соның ішінде түркімен әулиелерін алтыға бөліп топтайды, Мұхаммед пайғамбар халифтерін де әулиелер деп талдайды. Бұл монографияда Орта Азияда пайда болған исламның мистикалық бағыты суфизмді талдап, ишандар мен ишанизм мәселесін алғаш қарастырса, түркімен халқының діни сенімдерін, «әулиелі» жерлерге сыйыну, зиярат жасау мәселелерін зерттеп, әлемдік діндердің (ислам, христиан, будда) «әулиелік» жерлерге көзқарастарын анықтайды [6].

Т. Баялиева монографиясында қырғыздардың рухани өміріндегі исламға дейінгі әулиелік культін жаңа этнографиялық материалдар негізінде зерттеп, ежелгі наным-сенімдермен ислам діні синкреттік тұтастыққа айналғанын көрсетеді [7].

Ферғанадағы әулиелік орындарға байланысты Р.Я. Рассудованың мақалаласында әулиелі орындардың исламдық бағытта қалыптасқандығын, сол кезеңнің тарихынан мәлімет беретіндігін айтады [8].

Қазақ жеріндегі әулиелік мәселесін зерттегендерді екі топқа бөліп қарастыруға болады.

Біріншісі Қазан төңкерісіне дейінгі зерттеген ғалымдардың еңбектерінде әулиелі жерлердегі мазарлар жөнінде кейбір мәліметтер ғана кездеседі.

Олар негізінен қазақ жерін аралаған, немесе зерттеген саяхаттанушылар мен шығыстанушылар. Бұнда әулиелер жөнінде өздерінің көзімен көрген, яки естігендерін қағазға түсірген, сипаттап жазудан аспаған. Олар көбінесе түркі халықтарының діни болмысының негіздері мен тарихи дамуы, ислам дінінің сол кезеңдегі тарихи дәуірге байланысты халықтар арасына таралуына тоқталған. Әсіресе, XVIII-XIX ғасырлардан бастап, Орта Азияға, соның ішінде Қазақстанға келген саяхатшылар мен зерттеушілер көптеген тарихи-этнографиялық, әдеби, мәдени сонымен қатар діни мәселелерді зерттеп, өз ойларын қорытқан. Ал, біз қарастыратын мәселе әулиелер, қасиетті адамдар жөнінде нақтылы жазылғандары санаулы.

К.Г. Залеманның Хақим-ата әулиеге (Сүлеймен Бақырғани) байланысты мақаласын ерекше атап өтуге болады. Онда әулие туралы нақты мәлімет берумен қатар шығыс тілінде осы әулиеге арналған қосымшаны да береді [9].

Ш.Ш. Уәлиханов біздің зерттеуімізге тікелей қатысы бар «Следы шаманства у киргизов» деген этнографиялық еңбегінде қазақтың әдет-ғұрып, этнографиясынан ертеден орын алған түрлі наным-сенімдерді зерттеген.

Шоқаннан өзге XIX ғасырдың аяғы мен XX ғасырдың басында қазақ халқының этнографиясы жөнінде материалдарды көптеп жинаған, түрік халықтары, соның ішінде қазақ этнографиясын зерттеуге айрықша еңбек сіңірген ғалымдар арасынан В.В. Радлов пен Ә.А. Диваев есімдерін ерекше құрметпен атаймыз.

В.В. Радлов Орта Азия халықтарының этнографиясын зерттеумен ғана шектелмей, келелі ғылыми еңбектер жазады. Қазақ халқы арасындағы жыр-аңыздарды, ежелгі әңгімелерді жинақтап, зерттейді. Ол қазақ халқы жүздеген жылдар бойы ислам дінін тұтынып келе жатқанымен, бұл діннің жұртшылық санасына толық сіңбегендігін де жете аңғарған.

Ол өз ойын былайша білдіреді: «Дін шарттарын бұлайша сырттай ғана атқару дәстүрлі мәдениетті ірітіп жіберер исламның әсер күшін тежеп, алғашқы таза түркілік сипатын толық сақтауына мүмкіндік жасағанын айтуға міндеттіміз».

Ә. Диваев көбіне Сырдария мен Жетісу қазақтарының этнографиясын зерттеген. Сыр өңіріне қатысты халық шығармаларын жинап бастыруда еңбегі ерекше. Автор ел арасын аралап, бақсылар туралы хикаялар, демонологиялық әңгімелерді, аспан әлеміне, аң-құсқа байланысты мифтерді жинастырып, «Туркестанский сборникке» және ПТКЛА (Протоколы Туркестанского кружка любителей археологии) жинақтарында, «Этнографические материалы», «Этнографические обозрения» деген газет, кітапшаларда жариялап отырған, сонымен қатар Сыр бойының тарихи-археологиялық ескерткіштерін зерттеуге де ықылас қойған [10].

Әрине, өзінің тарихи шығу тегінсіз ешқандай наным-сенім әлеуметтік күшке айнала алмасы ақиқат. Тек тарихи сабақтастықтың нәтижесінде саналы әрекеттің қай-қайсысы да тұрмысқа еніп, дамиды. Мейлі ол жарамды, жарамсыз болсын, бір ұрпақ дүниеге әкелген рухани қазына келесі

ұрпақтың рухани дүниесінің бастауы болмақ. Мұсылмандық жолын ұстанып жүрміз дейтін халқымыздың санасында исламмен қатар шамандықтың араласып жатуы содан. Тек әулиелерге табыну емес, халық жадында берік орнығып қалған бақсылық, естірту, жоқтау, көңіл айту, ас беру, бейіт тұрғызу, басына белгі қою, мінген атын тұлдау, жерленетін жерді лақаттау деген сияқты ырымдар мен салт-дәстүрлер ислам дініне ешқандай да сәйкес келмейді.

Ғылым мен білім дамыған осы күні кейбір ғалымдарымыз айтып жүрген біз мұсылманбыз, тек қатып қалған құран мен шарифат жолымен жүреміз дегенді айтпас бұрын, қазақтардың түркілік кезеңде тәңірлік дінде болғанын, тәңіріге дейін әртүрлі діни сенімде болғанын ескеруіміз қажеттігін де қайталап еске саламыз.

Әлденеше ғасырлық тарихы бар әулиелік культтің толыққанды зерттелуі – жарқын болашақтың ісі. Бірақ біз осы зерттеу жұмысымызда әзірге қолда бар азды-көпті деректердің өзінен-ақ халықтың әулиелік культінің тамыры тереңде жатқандығы айқын аңғарылса керек.

Негізінен ғалым-этнографтар ерекше қасиеті бар адамдар жөнінде сипаттап жазудан аспаған. Жалпы бұл еңбектерде тек ата-баба культі, әулиелік жөнінде қысқаша мағлұмат беріледі. Қазақ халқының рухани мәдениетінің, яғни діннің әулиелік культ бір бөлшегі ретінде ғана қарастырылған. Арнайы зерттелінген еңбектер жоқтың қасы. Біздің тұжырымымыз бойынша, бұның себебі, ұзақ уақыттар бойында, әулиелік қазақтардың рухани мәдениетінің жалғасы ретінде бағаланбауында жатыр.

Бүгінгі күні ел тәуелсіздігіне орай республикамыздың барлық аймақтарында баспалардан түрлі деңгейдегі ғылыми, әдеби, тағылымы мол көркем әдебиеттер жарыққа шығуда.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Толстов С.П. Религия народов Средней Азии. Вступительный очерк // Религиозные верования народов СССР: в 2-х т. – М.-Л., 1931. – Т. 1. – С. 241-279.
2. Слесарев Г.П. Реликты домусульманских верований и обрядов у узбеков Хорезма. – М.: Наука, 1969. – 336 с.
3. Сухарева О.А. К вопросу о культе мусульманских святых в Средней Азии // Труды Института истории и археологии АН УзССР. – Ташкент, 1959. – Вып. 2. – С. 159-178.
4. Токарев С.А. Ранние формы религии и их развитие. – М.: Наука, 1964. – 399 с.
5. Басилов В.Н. Культ святых в исламе. – М.: Мысль, 1970. – 144 с.
6. Демидов С. Туркменские овляды / Ред. канд. ист. наук В.Н. Басилов. – Ашхабад: Ылым, 1976. – 196 с.
7. Баялиева Т.Д. Религиозные пережитки у киргизов и их преодоление. – Фрунзе: Илим, 1981. – 100 с.
8. Рассудова Р.Я. Культурные объекты Ферганы как источник по истории орошаемого земледелия // Советская этнография. – 1985. – № 4. – С. 96-104.
9. Залеман К.Г. Легенда про Хахим-ата // Изв. Имп. акад. наук. Серия V. – СПб., 1898. – С. 105-110.
10. Диваев Ә. Өзбектердің шығу тегі туралы // Туркестанские ведомости. – 1900. – № 97. – 4-5 бб.

*Калматаева Ж.А., Калиева Д.А.
Казахский Национальный
университета им.Аль-Фараби
г.Алматы*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА, КАК ИНСТРУМЕНТА УПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Опыт прогрессивных государственных и частных зарубежных медицинских организаций убедительно доказывает, что в современном медицинском пространстве стабильность развития и повышение эффективности управления невозможны без активного использования риск-менеджмента, как неотъемлемой составной части системы управления организацией здравоохранения, вне зависимости от ее профиля, специфики деятельности и перечня предоставляемых медицинских услуг [1,2].

При этом система управления рисками в конечном счете направлена на достижение необходимого баланса между «доходами и расходами» [3].

В обобщенном виде по данным некоторых авторов [4,5,6], «Дорожная карта» риск-менеджмента в здравоохранении состоит из следующих последовательных этапов:

- выявление причин возникновения рисков;

- идентификация, анализ и оценка рисков;
- формирование Программ антирисковых мероприятий;
- принятие управленческих решений на основе производственной оценки;
- выработка антирисковых управленческих воздействий;
- снижение риска до необходимого уровня;
- анализ и оценка достигнутых результатов.

Суть управления рисками в организация здравоохранения состоит в том, чтобы заблаговременно определять причины и факторы, которые могут негативно влиять на достижение запланированных результатов в основной и финансовой повседневной деятельности.

Использование системы риск-менеджмента особенно актуально для медицинских организаций, которым государство за пределами своих гарантий, предоставляет право хозяйственной самостоятельности в выборе способов обеспечения доходности, а также для частных медицинских организаций, которые функционируют в условиях свободного рынка.

Управление рисками – это способность менеджмента организации здравоохранения предугадывать возможные внешние и внутренние опасности, которые могут негативно повлиять на реализацию запланированной стратегии. С другой стороны – это готовность предупреждать также опасности путем принятия упреждающих тактических и стратегических управленческих решений.

Какие же цели преследует, и какими инструментами должен располагать риск-менеджмент в современной организации здравоохранения ?

Следует особенно подчеркнуть, что управление рисками в организации здравоохранения, требует четкого распределения ответственности и полномочий между главным врачом, его заместителями, руководителями структурных подразделений и вспомогательных служб. При этом процесс риск-менеджмента должен сопровождать управленческие решения, принимаемые на всех уровнях управления и должен быть составной частью основной и вспомогательной деятельности .

Прежде всего, это касается управления доходами и рационального распределения финансовых ресурсов на стратегических направлениях, обеспечивающих устойчивое и планомерное развитие организации здравоохранения, а также их повседневного контроля за экономической эффективностью производственных расходов. Здесь принципиально важно оценивать и предупреждать риски, которые могут исходить от финансирующих организаций; поставщиков лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, продуктов питания, а также коммунальных услуг.

Другим, не менее важным инструментом риск-менеджмента является обеспечение конкурентоспособности организации здравоохранения на рынке государственных и частных медицинских услуг.

Центральное место в решении этой важнейшей задачи должно принадлежать повышению эффективности инвестиционно-инновационных процессов. Инвестиции, обеспечивающиеся за счет собственных средств, должны, прежде всего, направляться на разработку и внедрение тех высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые обладают наибольшей социальной востребованностью на рынке государственных и частных медицинских услуг.

Решение этой важной медико-социальной задачи видится в изменении парадигмы подготовки и переподготовки высококвалифицированных медицинских кадров и формировании новой философии качества и безопасности оказываемых высокотехнологичных медицинских услуг. Стратегией обучения врачей за рубежом должно стать не только получение новых знаний в различных областях клинической медицины, но, прежде всего – практическое освоение новых медицинских технологий непрерывной медицинской помощи, оказываемой больным с наиболее распространенными и редкими заболеваниями. Эти технологии должны быть основаны на применении международных стандартов качества и безопасности лечебно-диагностического процесса, пациентов и персонала.

Наконец, формирование у персонала индивидуальной ответственности, корпоративной солидарности, консолидация и нацеленность коллективов на решение тактических и стратегических задач, является базовой основой использования современных технологий риск-менеджмента в здравоохранении

Список использованной литературы:

1. Руководство по риск-менеджменту / Д. А. Марцынковский, А. В. Владимирцев, О. А. Марцынковский; Ассоциация по сертификации «Русский Регистр». Санкт-Петербург: Береста, 2007.

2. Поляков Р.К. Развитие риск-менеджмента в предпринимательстве: концептуальный подход. Management in Russia and Abroad Journal.-2008.-№1.-С.34-37.
3. Fischer, Michael Daniel; Ferlie, Ewan. "Resisting hybridisation between modes of clinical risk management: Contradiction, contest, and the production of intractable conflict". Accounting, Organizations and Society 38 (1): 30–49. [doi:10.1016/j.aos.2012.11.00](https://doi.org/10.1016/j.aos.2012.11.00)
4. Ступаков В. С., Токаренко Г. С. Риск-менеджмент. М.: Финансы и статистика, 2005.-110с.
5. ИСО 436:2004. Руководство по риск-менеджменту. Справочник по AS/NZS 4360:2004. — Jointly published by Standards Australia International Ltd. and Standards New Zealand, 2004.
6. Руководство к интеграции систем менеджмента / Д. А. Марцынковский, А. В. Владимирцев, О. А. Марцынковский; Ассоциация по сертификации «Русский Регистр». Санкт-Петербург: Береста, 2008.

Б.С.Ашимова¹, Ж.А. Калматаева², Т.И. Белихина³, К.Н. Ансаликов³

¹ КМУ «ВШОЗ», Алматы

² КазНУ имени аль-Фараби, Алматы

³ НИИ радиационной медицины и экологии, Семей

ОЦЕНКА УЩЕРБА СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ

В настоящее время профилактическую медицину интересуют главным образом так называемые управляемые риски, которые могут быть предотвращены или значительно снижены либо на государственном, либо на индивидуальном уровне. В нашем исследовании установлены значения относительных рисков развития рака молочной железы и рассчитаны ущербы здоровью в когорте женщин, проживающих на территории прилегающей к Семипалатинскому ядерному полигону, которые позволят осуществить количественную оценку доли фактора риска в структуре заболеваемости населения, что в дальнейшем поможет оценить ущерб здоровью, необходимый для долгосрочного медико-социального прогнозирования.

Довольно объемная работа была выполнена коллективом областного онкодиспансера и сотрудниками НИИ радиационной медицины и экологии по изучению и анализу онкозаболеваемости (в том числе женской репродуктивной системы), среди населения отдельных территорий ВКО, прилегающих к полигону. Было показано, что при достижении доз облучения, превышающих 250 и более мЗв, в группах экспонированных лиц и их потомков, регистрировались риски онкологических заболеваний, иногда превышавшие 1,9-2,0. Структурные изменения онкологических заболеваний, которые впервые были зарегистрированы в период 1990-2010 гг. продолжали регистрироваться, проявляясь значительным превышением удельного веса рака молочной железы женщин. Причем за этот период существенно снизился возраст лиц с впервые установленным онкозаболеванием. Так, в возрастных стратах 20-39 лет при дозах облучения родителей 250,0 и более мЗв, относительные риски рака молочной железы женщин составляли 1,65-1,78 и, в некоторых случаях, почти в 2 раза превосходили показатели контрольной группы.

По раку молочной железы женщин – относительные риски этой локализации рака в основной группе почти в 2 раза превышали таковые в группе сравнения (рисунок 1). Уровни рака молочной железы женщин в основной группе колебались в пределах 62,1-64,5 случая на 100 000 населения, в группе сравнения 52,6-54,9 случая, среднегодовой RR в основной группе - 1,85, в группе сравнения - 1,56 ($p < 0,05$; 0,05).

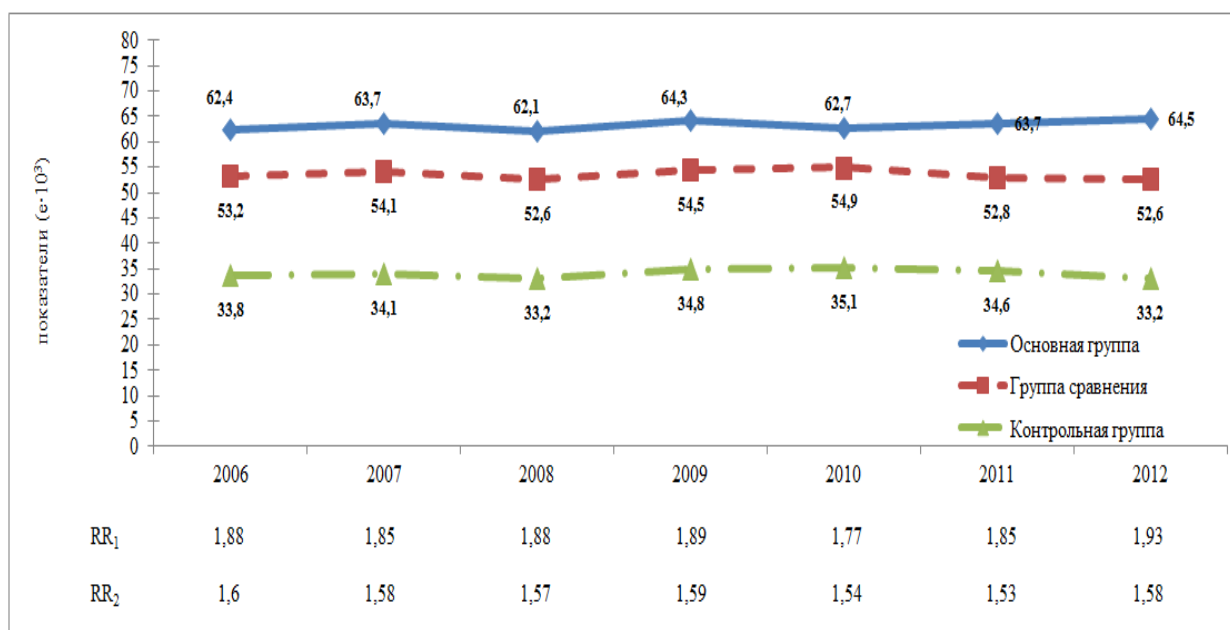


Рисунок 1 - Динамика распространенности уровней рака молочной железы женщин в исследуемых группах (случаев на 1000 населения)

В результате исследования выявлено, что среднегодовой уровень рака молочной железы женщин в основной группе составил 62,7 случая на 100 000 населения (таблица 1).

Таблица 1. Распределение дополнительных к ожидаемым радиогенным случаям рака молочной железы женщин

Нозологические формы заболеваний и локализации ЗНО	Группы исследования								R
	Основная группа				Группа сравнения				
	Среднегодовой уровень	R	R, %	Дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи	Среднегодовой уровень	R	R, %	Дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи	
Рак молочной железы женщин (на 100 000 населения)	2,7	,93	8,2	0,2	2,8	,58	6,7	9,4	,58

Как следует из таблицы 2, ущерб здоровью в основной группе по раку молочной железы составил –24,8 дополнительных к ожидаемым случаям соответственно, в группе сравнения 10,0 дополнительных к ожидаемым случаям на 1000 населения.

Таблица 2- Возрастное распределение дополнительных к ожидаемым радиогенным случаям рака молочной железы у женщин (случаев на 100 000 населения)

Онкологические заболевания, отдельные локализации	Группы исследования								R
	Основная группа				Группа сравнения				
	Среднегодовой уровень	R	R, %	Дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи	Среднегодовой уровень	R	R, %	Дополнительные к ожидаемым радиогенные случаи	

ии рака				радиоген ные случаи				радиоген ные случаи	
Рак молочной железы женщин									
30- 39 лет	-			-	-			-	
40- 49 лет	10,5	,56	5,8	3,7	-			-	
50- 59 лет	25,2	,79	4,0	4,0	19,4	,35	5,9	5,0	,2
60 лет и больше	24,3	,71	1,5	10,1	19,3	,35	5,9	5,0	,0
Все го	60,0		1,3	24,8	38,7		5,8	10,0	,48

В возрастной страте 50-59 лет уровень этой локализации рака в основной группе составил - 25,2 случая на 100 000 населения, в группе сравнения-19,4, в контрольной группе -14,0 случая RR=1,79; 1,35 (p<0,05; 0,05). В возрастной страте 60 и старше лет относительные риски в основной группе и в группе сравнения по раку молочной железы составили -1,71; 1,35 (p<0,05; 0,05) (таблица 2).

Таким образом, полученные результаты свидетельствовали о наличии выраженных отдаленных онкологических эффектов в группах лиц, подвергавшихся радиационному воздействию в диапазоне доз – 271,5 -257,0 мЗв и их потомков во втором поколении. Установлено, что наиболее высокая чувствительность заболеваний рака молочной железы к действию ионизирующей радиации, в исследуемых диапазонах доз, зарегистрирована в возрастных стратах 30 и старше лет.

Установленные риски рака молочной железы женщин позволяют формировать основные направления медицинских мероприятий на региональном уровне, направленные на снижение негативного влияния факторов радиационного риска в данной когорте женщин, подвергавшихся прямому облучению. Подобный подход может быть использован при аналоговых радиационно-гигиенических ситуациях на других территориях РК.

Жолдасбекова А.С.
КМУ «ВШОЗ», Алматы
Научный руководитель:
д.м.н., профессор Ж.А. Калматаев,
КазНУ имени аль-Фараби, Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Введение. Наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ) является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности от ССЗ представляет собой прямую угрозу здоровью населения и приводит к значительному экономическому ущербу. Одним из эффективных путей лечения больных с ИБС являются кардиохирургические операции, в том числе с использованием современных методов (эндоваскулярная баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий, аорто-коронарное шунтирование) реваскуляризации миокарда. Ближайшие и отдаленные результаты кардиохирургических операции в дальнейшем во многом зависят от адекватно, полноценно и качественно проведенных реабилитационных мероприятий, определяющих восстановление физической работоспособности, качества жизни и профессиональную трудоспособность пациентов [1]. Одним из основных показателей эффективности реабилитации является качество жизни (КЖ) больных. Это связано, в частности, с тем, что риск самой операции, физические и моральные

страдания первых дней после операции, а в наши дни и связанные с ней большие финансовые издержки, могут не перекрываться положительным влиянием операции на течение заболевания, в связи с чем изменения КЖ после операции должны рассматриваться, наряду с другими итогами оперативного вмешательства (Ключанцева Т.С., 2006).

В связи с этим, одним из приоритетных направлений в отечественном здравоохранении на современном этапе является разработка новых подходов к оказанию медицинской помощи, способствующих повышению качества жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [2].

Цель работы - изучить современные подходы к оценке качества жизни пациентов с ИБС после реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной медицинской литературы по проблеме за последние 10 лет, изучены официальные статистические данные.

Результаты и обсуждение. Наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием (ССЗ) является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ежегодно в мире умирает от сердечно-сосудистых заболеваний около 17 миллионов человек. Сердечно-сосудистые заболевания занимают II место в структуре заболеваемости, I место — инвалидности и смертности от неинфекционных заболеваний. В Европе каждый шестой мужчина и каждая седьмая женщина умирают от инфаркта миокарда (ВОЗ, 2012, European Heart Network 2012).

Болезни системы кровообращения (БСК) продолжают занимать лидирующее место в общей структуре заболеваемости и смертности населения в Казахстане. За последние годы в стране отмечается снижение роста заболеваемости болезнями кровообращения с 2454 на 100 тыс. человек в 2012 году до 2394 – в 2014. Несмотря на достигнутые за последнее десятилетие значительные успехи в профилактике и лечении ИБС, она по-прежнему доминирует в структуре заболеваемости и причин смертности [3].

Изучение качества жизни у больных, страдающих сердечно-сосудистой патологией, в настоящее время представляет большой научный и практический интерес для оценки эффективности проводимых диагностических, лечебных и профилактических мероприятий [4]. В настоящее время стало очевидным, что традиционный подход к оценке состояния больного лишь по объективным показателям является недостаточно комплексным, так как не может дать информацию обо всех сферах жизнедеятельности человека. В современных научных исследованиях в качестве интегрального показателя для оценки состояния больного и эффективности терапии широко используется качество жизни [5].

В медицине качеству жизни впервые стали уделять внимание в 1947 году, когда была опубликована работа профессора D. Karnofsky «Клиническая оценка химиотерапии при раке». В своем исследовании ученый попытался оценить некоторые составляющие качества жизни у больных и предложил методы нефизиологического исследования характеристик болезни. Дальнейшее изучение этой проблемы было продолжено в 60-70 годах XX века. Впервые словосочетание «качество жизни» было упомянуто в 1966 г, когда J.R. Erkinon отметил необходимость всестороннего изучения последствий болезни. Официально термин «качество жизни» был признан в 1977 г., когда составил рубрику Cumulated Index Medicus. Этот аспект здоровья вызывал все больший интерес по мере нарастания неудовлетворенности населения медицинской помощью, когда на фоне бурного развития фундаментальных знаний в медицине недостаточно внимания уделялось базовым потребностям человека [6].

Существует несколько определений качества жизни. По мнению экспертов ВОЗ, под качеством жизни следует понимать интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанную на его субъективном восприятии. С другой стороны, качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как «степень жизненного благополучия, которая определяется соответствием между реальным и желаемым состоянием индивидуума, на которое влияют как объективные (прежде всего степень функционального дефекта), так и субъективные (эмоциональные, социально-психологические и др.) факторы» [7].

Качество жизни является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. Традиционно это понятие имеет, как бы, три составляющих. Во-первых, оно охватывает разные стороны жизни человека: условия жизни, профессиональную деятельность, домашнюю обстановку. Во-вторых, медицинские аспекты качества жизни: влияние самого заболевания и наступающих в результате болезни ограничений, а также влияние лечения на жизнедеятельность больного. Наконец, собственно качество жизни: жалобы больного, его функциональные возможности, восприятие жизненных изменений, связанных с

заболеванием, общее благополучие [8, 9]. Тем самым, этот термин включает в себя физическое, психологическое и социальное благополучие так, как его воспринимает сам пациент, и позволяет качественно оценить влияние на перечисленные составляющие таких факторов, как болезнь и методы лечения.

Сердечно-сосудистые заболевания были одним из первых разделов клинической медицины, где стали проводиться крупномасштабные исследования КЖ. С одной стороны, это связано с большой распространенностью данной патологии, с другой – с тем, что КЖ у пациентов с заболеваниями сердца и сосудов является важным критерием тяжести состояния и эффективности проводимой терапии [10].

Основным инструментом изучения качества жизни являются профили (оценка каждого компонента качества жизни в отдельности) и опросники (для комплексной оценки). И те и другие могут быть общими (оценивать здоровье в целом) и специальными (для изучения конкретных нозологий). При этом, по мнению ряда авторов, все они не оценивают клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как больной переносит свою болезнь [11]. В каждом опроснике есть разделы, оценивающие физическое состояние и психосоциальный статус пациента. Если опросник оценивает КЖ вне связи с возрастом, полом, состоянием здоровья, то он относится к неспецифическим. Наиболее известные неспецифические опросники – это предложенный ВОЗ опросник WHOQOL, европейский EQ-5D. Также к неспецифическим относится опросник SF-36, включая его производные, такие как короткая форма SF-36 и SF-12. Отличием данного опросника от других неспецифических является то, что он оценивает КЖ человека в связи с состоянием его здоровья, но без учета конкретной нозологии. Так как мы анализируем КЖ пациентов для того чтобы в дальнейшем попытаться улучшить его, то информации, полученной при анализе неспецифических опросников, бывает недостаточно для выполнения такой задачи. По этой причине разрабатываются и валидируются специфические опросники, вопросы которых учитывают специфику того или иного заболевания [12].

Во многих разделах медицины разработаны специальные опросники оценки КЖ. Они рассматриваются как наиболее чувствительные методы контроля за проводимым лечением конкретных заболеваний, что обеспечивается наличием в них специфических в отношении этих патологий компонентов. При помощи специальных опросников оценивается какая-либо одна категория КЖ (физическое или психическое состояние), или КЖ при конкретном заболевании, или определенные виды лечения.

Наиболее часто из специальных опросников кардиологии применяется:

Сиэтловская анкета качества жизни при стенокардии (Seattle Angina Questionnaire)

Анкета для оценки качества жизни при стенокардии (Angina Pectoris Quality of Life Questionnaire).

Анкета для оценки специфической активности (Specific Activity Questionnaire)

Анкета для оценки качества жизни после инфаркта миокарда (Quality of Life after Myocardial Infarction)

Анкета для оценки профиля здоровья в кардиологии (Cardiac Health Profile).

Каждый опросник отличается объемом исследования, временем, необходимым для заполнения анкет, способами заполнения и количественной оценкой показателей КЖ. Большинство опросников переведены на все основные языки с соответствующей адаптацией к ним [13].

Заслуживает внимания исследование КЖ больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с целью изучения отдаленных эффектов кардиохирургических операций (чрескожную транслюминальную коронарную ангиопластику — ЧТКА, аортокоронарное шунтирование — АКШ, транслюминальную лазерную реваскуляризацию, прямую коронарную атерэктомии) [14]. Большое число исследований посвящено изучению КЖ при длительном отдаленном наблюдении после операции АКШ. Так, в работе Л.А. Эфрос и его коллег исследование качества жизни проводилось с помощью международного опросника EuroQol EQ-5D-5L (version 1.0, 2011 в сочетании с визуализирующей аналоговой шкалой). В исследовании были включены больные, которым после коронарного шунтирования определена инвалидность III группы. Было установлено в отдаленном послеоперационном периоде наличие проблем по всем компонентам качества жизни. Различий уровня качества жизни по возрастным группам не было. Среди 3,4 % опрошенных наблюдалось полное отсутствие проблем. Субъективная оценка качества жизни пациентами показала существенный разброс по компонентам опросника. Среди двух групп больных (с ухудшением и с улучшением качества жизни) по основным факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, клинико-функциональным и социально-демографическим характеристикам статистически

достоверных различий не было, за исключением высокой частоты встречаемости в группе лиц с ухудшением качества жизни – ожирения ($p = 0,047$). Результаты исследования свидетельствуют о наличии различий уровня качества жизни у больных с ограничением трудоспособности в отдаленном периоде [15].

Существенно влияла на КЖ после операции занятость на работе до АКШ. У больных, не работавших до операции, КЖ после операции улучшалось независимо от того, возвращался больной к труду или нет. Вместе с тем у тех, кто работал до операции и вернулся к труду после АКШ, изначально низкий показатель КЖ после АКШ значительно улучшился ($+2,6+0,7$; $p<0,01$), тогда как у тех, кто работал до операции, но не вернулся к труду после АКШ, КЖ ухудшилось ($-0,4+0,9$; $p<0,01$). Можно предположить, что первым больным изначально была свойственна высокая мотивация к труду и после операции они были рады любым положительным изменениям в своем состоянии. Не исключено, что другие больные не отличались столь высокой трудовой мотивацией и могли использовать операцию на сердце как вполне оправданный повод к уходу на инвалидность, что, как правило, приводит к снижению КЖ [16]. Peric V. и соавт. (2008) также исследовали влияние различных клинических характеристик, данных инструментальных исследований и пола на КЖ больных после КШ. Установлено, что факторами, способствующими снижению КЖ после проведения КШ, являются женский пол, наличие сахарного диабета, низкая фракция выброса левого желудочка, а также возникновение послеоперационных осложнений [17].

Реваскуляризация миокарда у больных ИБС остается одним из важнейших методов лечения. Но на качество жизни влияет не только хирургическое лечение. Многочисленные исследования выявили несколько факторов риска при сердечно-сосудистых заболеваниях, которые влияют на качество жизни больных ИБС после операций на сердце. Эти факторы: предоперационное качество жизни, пол, исходно сопутствующие заболевания (АГ, ХОБЛ, инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет) и послеоперационные осложнения (инфекция, кровотечения, послеоперационный инсульт). К предоперационным факторам относятся: демографические (пожилой возраст, мужской пол); кардиологические (повторные и тяжелые инфаркты миокарда, сердечная недостаточность); другие соматические (соматическая патология, низкий масса-ростовой индекс); неврологические (инсульт в анамнезе, интракраниальное поражение сонных артерий); психопатологические (психическая патология, потребность в психотерапии в период предоперационной подготовки) факторы; полифармакотерапия; зависимость от алкоголя и других психоактивных веществ [18, 19, 20].

Выводы. Таким образом, оценка КЖ пациентов с ИБС на сегодняшний день является одним из важных показателей эффективности хирургического лечения. Для хирургической реваскуляризации доказано достоверное улучшение КЖ в различные сроки после вмешательства при отсутствии серьезных осложнений оперативного лечения. Наиболее выраженное улучшение данного показателя наблюдается у высокосимптоматичных больных, имеющих до операции значительное снижение КЖ, обусловленное ИБС. Современные стандарты исследования КЖ позволяют получить достоверные данные о параметрах КЖ кардиохирургического больного, как в клинической практике, так и при проведении клинических исследований.

Список литературы:

1. Демченко Е.А. Проблемы оценки экономической эффективности кардиореабилитации больных после коронарного шунтирования / Экономическая кибернетика: системный анализ в экономике и управлении: сборник научных трудов. Выпуск №25 / под ред. В.П. Чернова. - СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2012. С. 54-65.
2. Об утверждении Положения об организациях здравоохранения, оказывающих кардиологическую, интервенционную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Республики Казахстан: Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №647 от 22 сентября 2011 года // Режим доступа: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31088700
3. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2013 году // Статистический сборник МЗСР РК. – Астана, 2015. – 360 с.
4. Балева Е.С., Алёшкина О.Ю. Перспективы исследования качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. –2011. – Том 1. № 7. – С. 43-44.
5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. - 2-е изд. - М.: ЗАО «ОЛМА МедиаГрупп», 2007. - 320 с.
6. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013.– №1. –С. 119-133
7. Куандыков Е.К., Абдрахманов Ж.С. Качество жизни как один из информативных методов оценки состояния больного (Обзор литературы) // Валеология. – 2010. – №3. – С. 9–12.
8. Колесник В.С. Оценка качества жизни в медицине // Российский семейный врач. – 2002. – №1. – С. 23–26.

9. Петров В.И. Базисные принципы и методология доказательной медицины // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – Т. 38, №2. – С. 3–9.
10. Яновский Г.В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения // Укр. кардиол. журнал. – 2005. – №1. – с.16-20.
11. Вассерман Л.И. Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных соматической патологией // Сибирский психиатрический журнал. – 2008. – №27. – С. 67–71.
12. Комелягина Е.Ю., Уварова О.М., Анциферов М.Б. Русскоязычная версия опросника для оценки качества жизни больных с периферической полинейропатией: валидация и перспективы применения // Сахарный диабет. –2014. – Т.17, № 2. – С. 56 – 65.
13. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Тюрин В.П., Ионова Т.И., Исследование качества жизни в кардиологии // Вестник международного центра исследования качества жизни. –2007. –№9-10. – С. 4 - 14.
14. Herlitz J., Brandrup-Wognsen G., Evander M.H. et al. Quality of life 15 years after coronary artery bypass grafting // Coron Artery Dis. – 2009. – Vol. 20, № 6. – P. 363-9.
15. Эфрос Л.А., Самородская И.В. Изучение качества жизни больных после коронарного шунтирования в отдаленном периоде среди инвалидов // Вестник ЮУрГУ. Серия «Образование, здравоохранение, физическая культура» . – 2013. – Т.13, № 2. – С. 110-116.
16. Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы // Кардиология. – 2010. – Т.50. № 4. – С. 66-78.
17. Peric V. et al. Predictors of worsening of patients' quality of life six months after coronary artery bypass surgery // J. Card. Surg. – 2008. – Vol. 23, № 6. –P. 648-654.
18. De Smedt D., Clays E., Annemans L. et al. Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: results from the EUROASPIRE III survey // International journal of cardiology. – 2013. – Vol. 168, № 2. – P. 898-903.
19. Grothusen C., Attmann T., Friedrich C. et al. Predictors for long-term outcome and quality of life of patients after cardiac surgery with prolonged intensive care unit stay // Interventional medicine & applied science. – 2013. –Vol. 5, № 1. –P. 3-9.
20. Wang L., Wu Y.Q., Tang X., Li N. et al. Profile and Correlates of Health-related Quality of Life in Chinese Patients with Coronary Heart Disease // Chin Med J. – 2015. –Vol. 128, № 14. – P. 1853-61.

*Сайдангазин Д.Д., Усатаева Г.М.
ВШОЗ КазНУ имени аль-Фараби, Алматы*

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В Г. АСТАНЕ

Актуальность исследования. В Республике Казахстан травмы, ожоги и отравления в структуре общей смертности населения занимают второе место, а у детей в возрасте от 0 до 14 лет - первое место среди всех причин смерти. По уровню детской заболеваемости от внешних причин Казахстан занимает лидирующую позицию среди стран Европейского региона [1].

Признание ВОЗ травматизма и смертности от него, как предотвратимых состояний и начало активной научной и практической деятельности по изучению природы травматизма и определяющих его факторов привело к тому, что, начиная с середины прошлого столетия в развитых странах, отмечается неуклонное снижение и стабилизация низких уровней смертности от воздействия внешних причин. Однако травматизм и смертность от него продолжают оставаться одними из самых важных проблем систем здравоохранения в большинстве стран мира [2].

Астана-столица Республики Казахстан, является быстрорастущим городом с увеличивающимся населением за счет миграции и естественного прироста. Травматизм в структуре заболеваемости детей занимает одно из ведущих мест, поэтому целенаправленные профилактические мероприятия приобрели первостепенное значение. Кроме того, исследований по изучению детского травматизма по городу Астане ранее не проводилось.

Все вышеизложенное определило цель и задачи данного исследования.

Цель исследования. Проанализировать особенности детского травматизма в городе Астане для совершенствования профилактической работы.

Задачи исследования:

1.Изучить распространенность травматизма среди детей в возрасте от 0 до 14 лет в городе Астане в 2013-2015 гг.;

2.Установить причины и механизмы получения травм детьми в возрасте от 0 до 14 лет, обратившихся за помощью в травматологический пункт и ГКП на ПХВ № 2 городская детская больница города Астаны;

Материалы и методы исследования. Объектами исследования явилось: травматическое событие неумышленного или умышленного характера, которое привело к обращению в травматологический пункт или госпитализации ребенка в возрасте от 0 до 14 лет, проживающего в городе Астане.

Единица наблюдения – ребенок в возрасте от 0 до 14 лет 11 месяцев и 29 дней получивший травму. Для сбора первичного материала и интерпретации полученных данных использовался комплекс методов:

- Сплошной метод
- Выкопировка данных (учетная и отчетная документация)
- Эпидемиологический метод
- Статистический метод

Для проведения исследования нами использованы статистические данные: Комитета по статистике Министерства национальной экономики РК (МНЭ РК), Министерства здравоохранения и социального развития РК (МЗиСР РК), Республиканского центра электронного здравоохранения (РЦЭЗ) г. Астана, № 2 детской городской больницы г. Астана. Период исследования составил 3 года (2013-2015 гг.).

Результаты исследования:

За изученный период 2013-2015 гг. наблюдается рост заболеваемости детей вследствие воздействия внешних причин в г. Астане. Если в 2013 году показатель составил 588,5 на 100000 человек соответствующего населения, то в 2014 и 2015 гг. – 594,5 и 601,2 на 100000 человек соответственно (рисунок 1).

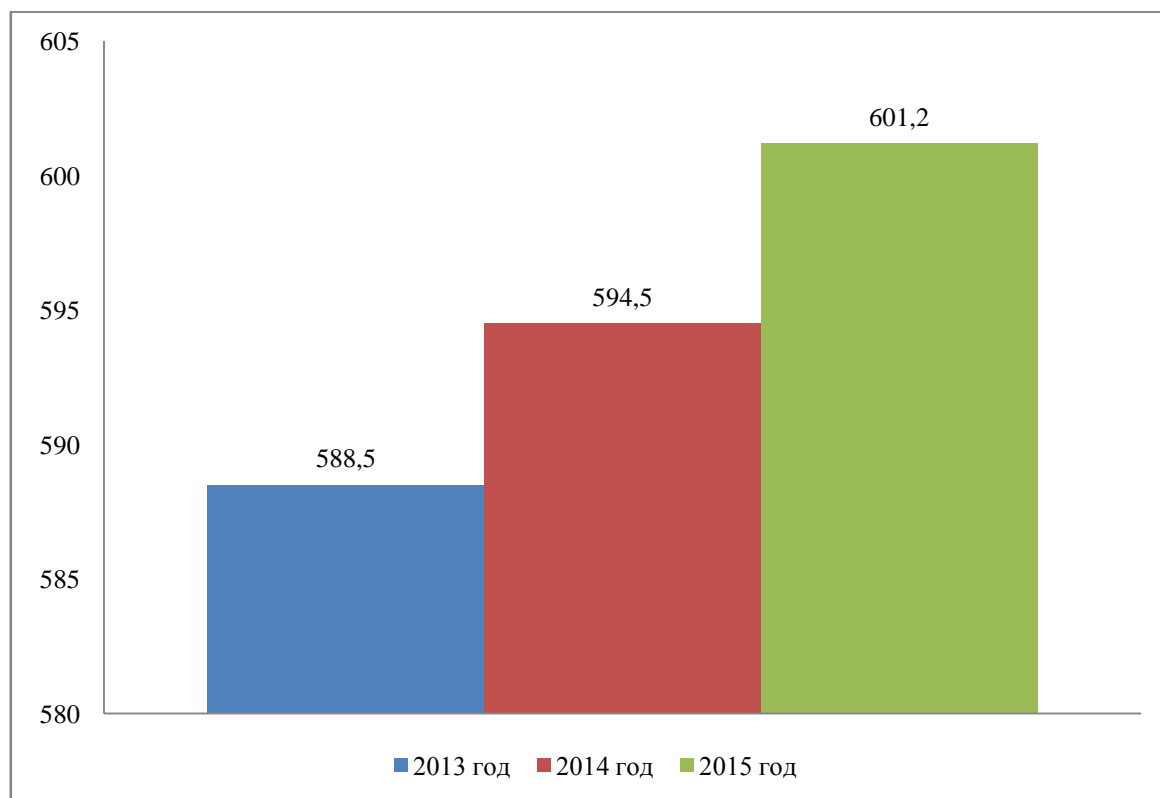


Рисунок 1 - Заболеваемость вследствие воздействия внешних причин среди детей в возрасте 0-14 лет за 2013-2015 года в г. Астане (на 100000 человек соответствующего населения)

Соотношение травмированных детей по полу составило примерно 1:2 в среднем за три года. В 2013 году среди всех травмированных детей в г. Астане 67% составили мальчики. В 2014 году процент травматизации детей мужского пола практически не изменился и составил 64%. В 2015 году процент заболеваемости детей мужского пола вследствие воздействия внешних причин составил 66%. В целом, данные показатели соответствуют данным, полученным большинством исследователей в различных странах мира.

В возрастной структуре преобладающее большинство за три года наблюдения составили дети в возрасте 6-14 лет (70% - в 2013 году, 66% - в 2014 году и 69% в 2015 году). Дети в возрасте до 1 года, подвергшиеся воздействию внешних причин, составили, в среднем, 4,3%. Дети в возрасте 1-6 лет (дошкольники) заняли промежуточную позицию между детьми грудного возраста и детьми школьного возраста (в 2013 году – 26%, в 2014 году – 29%, в 2015 году – 4,0%).

Большинство детей, обратившихся в травматологический пункт больницы, по поводу травматического события, были госпитализированы. В 2013 году из 10 детей было госпитализировано 7, в 2015 году было такое же соотношение. В 2014 году процент госпитализированных детей вследствие воздействия внешних причин составил 62%.

В среднем, после получения повреждений большинство детей (65%) было доставлено в больницу службой скорой помощи. Самообращение за помощью в стационар было отмечено в 30% всех случаев. Врачи поликлиник направляли детей с травмами в ДГКБ № 2 в 2,5% от всех случаев. В 2015 году отмечается рост доставки детей в травматологический пункт больницы службой скорой помощи и снижение роли поликлиник в направлении детей с травмами в стационар.

За изученный период времени основными видами повреждений по месту происшествия были бытовые и уличные травмы. В 2013 году бытовые травмы составили в общей структуре 48%, т.е. почти половину, в 2014 году – 39%, а в 2015 году – 34%. Удельный вес уличного травматизма за 2013-2015 гг. вырос с 37% в 2013 году до 45% в 2015 году. Кроме того отмечается рост спортивного травматизма с 5% в 2013 году до 11% в 2015 году. Уровень травматизма вследствие дорожно-транспортного травматизма оставался стабильным в течение изучаемого промежутка времени (рисунок 2).



Рисунок 2 – Распределение травм среди детей 0-14 лет по месту получения в 2013 -2015 гг. в г. Астане.

Использование эпидемиологического подхода в исследовании такого явления, как детский травматизм, позволяет выявить причины, обстоятельства и другие особенности, относящиеся к травматическому событию, включая социально-демографические характеристики пострадавшего. Полученная информация позволяет определить приоритетные направления в профилактике травматизма. При планировании исследований и разработке профилактических программ, направленных на снижение травматизма среди детей, необходимо учитывать возрастно-половые особенности детского контингента при проведении профилактических мероприятий. Необходимо

проводить целенаправленное обучение специалистов общественного здравоохранения, работников центров укрепления здоровья и первичного звена практического здравоохранения по вопросам профилактики травматизма среди детского населения. Для совершенствования организации травматологической помощи детскому населению необходимо использовать данные эпидемиологических исследований для планирования кадрового потенциала и подготовки специалистов, для улучшения оснащенности необходимым лечебно-диагностическим оборудованием и расходными материалами.

*Асилтаев А.К.
КГМУ, г. Караганда, РК
Научный руководитель:
преподаватель Г. Т. Абуова
Кафедры эпидемиологии и
коммунальной гигиены*

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В В ГОРОДЕ КАРАГАНДЫ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), вирусом гепатита В поражен практически каждый третий житель Земли

В Республике Казахстан, часто регистрируются гепатиты В и С типов. Ежегодно официально регистрируется от 40 до 60 тыс. больных [1-3].

Актуальность: Заболеваемость вирусным гепатитом В (ВГВ) остается одной из наиболее актуальных проблем в здравоохранении Казахстана.

Цель работы: изучение особенностей проявления эпидемического процесса вирусного гепатита В (ВГВ) среди населения г.Караганды.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости вирусным гепатитом В, с использованием учетно-отчетной документации ДЗП за 2009-2015гг.

Результаты и обсуждения: за 2009-2015 годы зарегистрировано 557 случаев ВГВ среди населения г.Караганды из них: 380 хронической формы (68,2%), 177 острой (31,8%), среднегодовой темп прироста (Тсн/пр) составил 18,9%. Высокие показатели заболеваемости зарегистрированы в 2013 и 2014гг., (32,6 и 38,8‰ соответственно). Низкие показатели в 2011 году –6,8‰ и 2012 году –4,8‰. Прогнозируемый уровень заболеваемости на ближайшие время - 27,9%. Оценивая полученные данные можно допустить, что если в 2016 году сохранится отмеченная тенденция, то заболеваемость может принять любое значение пределах от 16,9 до 36,2‰.

Из эпидемиологического анамнеза больных ВГВ за период 2009-2015гг., установлены основные пути передачи инфекции: потребители инъекционных наркотиков составили -22%, люди с беспорядочными половыми связями -29,5%, различные манипуляции в лечебных учреждениях - 47,2%, инфицированные в процессе гемотрансфузии- 1,3% .

Выводы Таким образом среди населения г.Караганды, отмечается выраженная тенденция к росту заболеваемости вирусным гепатитом В.

Использованная литература:

1. Әміреєв С.Ә. Эпидемиология. Оқулық/С.Ә. Әміреєв, Ж. Темірбеков. –Ақтөбе: А-Полиграфия. 1-т.: Жалпы эпидемиология. –2012.-584 с.
2. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология. Учебник для медицинских вузов. 3-е издание, исправленное и дополненное. – М. «ГЭОТАР –Медиа», 2012. –1008с.

*Байзулда А.М., Гнедкова И.Н.,
Кабыкенова А.Д., Файрушина А.А.
КГМУ, г. Караганда, РК
Научный руководитель: Лапшина Л.Н.
КГМУ, г. Караганда, РК*

ОСОБЕННОСТИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ НАПИТКОВ СТУДЕНТАМИ КГМУ

Актуальность исследования. Студенчество - это особая группа населения, которая подвергается влиянию комплекса факторов, характерных для вуза: новая социальная среда, новый тип деятельности и новые условия жизни. Систематическое недосыпание, малое пребывание на воздухе, недостаточная двигательная активность, выполнение учебной работы во время, предназначенное для сна, курение – все эти факторы оказывают неблагоприятное влияние на состояние здоровья молодых людей. Жизнь современных студентов неупорядочена и хаотична. Адаптация в коллективе, умственные нагрузки, физиологические изменения, присущие данному возрастному периоду, требуют значительного нервно-эмоционального напряжения, которое необходимо снимать [2,6]. Сделать это можно по-разному (занятия спортом, активный отдых, хобби), а можно с помощью энергетических напитков, которые вошли в моду в последние годы и употребление которых распространено среди различных групп населения, в том числе студенческой молодёжи [3,4]. Способность кофеина улучшать настроение общеизвестна, как и то, что употребление напитков, содержащих кофеин и алкоголь, приводит к значительному повышению двигательной активности, улучшению показателей статической и динамической выносливости мышц [1]. Высказывается предположение об их негативном влиянии на организм [5].

Цель исследования: определить особенности употребления энергетических напитков студентами медицинского вуза.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования выступили 200 студентов Карагандинского государственного медицинского университета 3-5 курсов, разделённые по половому признаку (54% - девушки и 46% - юноши). В качестве метода использовано анкетирование с последующим статистическим анализом заполненных анкет. Опрос проводился на анонимной основе.

Результаты:

На основании данных анкетирования были выявлены следующие результаты. Основную часть анкетированных - 78% - составила возрастная группа в возрасте 21-22 лет. Установлено, что 35,5% респондентов хотя бы раз в жизни пробовали энергетические напитки, 38,5% анкетированных употребляли энерготоники от случая к случаю и только 1% опрошенных употребляет их постоянно. 25% респондентов не пробовали энергетические напитки. Анализируя частоту потребления энергетиков по гендерному признаку (таблица 1), выявили, что представители мужского пола реже пробовали, но чаще принимали энергетические напитки. Среди женщин отмечаются единичные случаи постоянного употребления энергетических напитков.

Таблица 1 - Частота потребления энергетических напитков

Ответ в анкете	Мужчины		Женщины	
	n	%	n	%
Пробовал хотя бы 1 раз	27	37,5	42	55,2
От случая к случаю	45	62,5	32	38,5
Постоянно употребляю	-	-	2	1,0

Подавляющее большинство студентов (93%) употребляет энерготоники не чаще 1 раза в месяц; 6,0% - 2-3 раза в неделю и 1,4% - каждый день. Количество энергетических напитков, употребляемых за один приём, в большинстве случаев не превышает объёма стандартной банки (330 миллилитров). Следует отметить, что каждый четвёртый респондент, употребляющий энергетики, имел опыт потребления энергетических напитков совместно с алкоголем. При этом мужчины в

большей степени, чем женщины предпочитали употреблять энергетические напитки совместно с алкоголем.

Анализируя поводы к употреблению энергетических напитков (рис.1), нами установлено, что в большинстве случаев это было связано со сдачей экзаменов. Четверть респондентов указывали причину употребления энергетических напитков «ничего делать, скучно». Каждый пятый респондент связывал употребление энергетических напитков с радостным событием или утолением жажды. В единичных случаях поводом для принятия этих напитков послужило желание испытать новые ощущения и стрессовые ситуации.

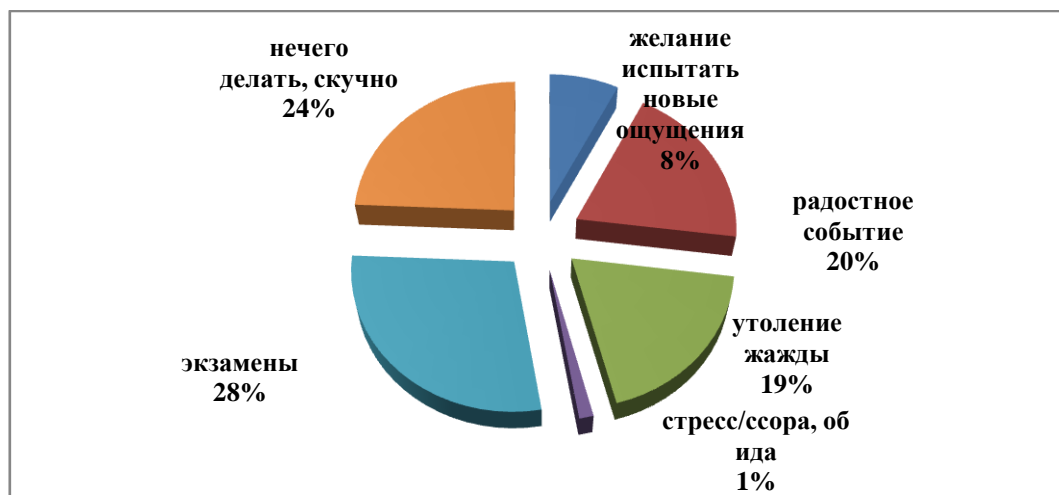


Рис.1 – Повод к употреблению энергетических напитков

Основные ощущения у анкетированных непосредственно во время приёма энергетических напитков описывались как увеличение работоспособности (32% респондентов), учащение сердцебиения (12%) и улучшение настроения (13%). При этом большинство респондентов не наблюдали изменений в состоянии, а в единичных случаях отмечалось ухудшение настроения. При анализе отдалённых ощущений, возникающих после приема энерготоников, установлено, что большинство (47%) как мужчин, так и женщин не отмечали никакого их действия. Возникновение бессонницы отмечал каждый третий, учащённое сердцебиение каждый шестой респондент, головная боль и усталость возникала в единичных случаях.

Несмотря на то, что большинство респондентов считают энергетические напитки вредными, только 26% исключают их из употребления. При этом на вопрос «Возникает ли у вас желание употреблять энергетические напитки» большинство из респондентов ответили отрицательно, а каждый третий респондент дал утвердительный ответ.

При выборе энергетических напитков (рис.2) респонденты чаще всего обращали внимание на название, четверть респондентов изучали состав напитка, только каждого пятого интересовала цена, в единичных случаях – объем банки.

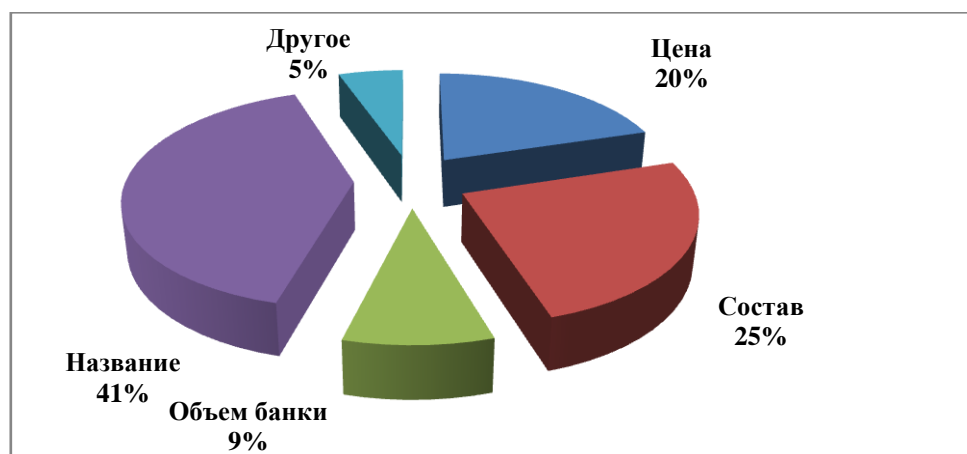


Рис.2 Приоритетные параметры при выборе энергетических напитков

Выводы

Большинство студентов из числа анкетированных (75%) употребляют энергетические напитки с частотой не более одного раза в месяц, при этом у четверти из них зафиксировано употребление их совместно с алкоголем (среди мужчин чаще, чем среди женщин). Удельный вес респондентов, не употребляющих напитки среди мужчин и женщин, существенно не отличается (21,7% и 27,8% соответственно).

Изучение причин употребления энергетических напитков показало, что в одинаково большом проценте случаев не только стрессовые состояния во время сдачи экзаменов (28,4%), но и банальная скука (24,4%), способствуют тому, чтобы начать потреблять указанные напитки для снятия значительного нервно-эмоционального напряжения и поднятия настроения.

Необходимо проведение санитарно-просветительной работы среди студентов в виде бесед, встреч за круглым столом, раздачи брошюр, расклеивания плакатов, содержащих информацию о вреде энергетических напитков. Исследования в данном направлении представляются актуальными и перспективными в отношении улучшения качества жизни, а значит и уровня здоровья у молодежи.

Список литературы:

1. Анучин А.М., Ювс Г.Г. Сравнительный анализ эффективности действия эргогенных компонентов энергетических напитков (кофеина и горько-апельсина) в сочетании с алкоголем//Вопр.питания. - 2014.- Т.83.- №1. - С.61-66.
2. Батрымбетов С.А. Медико-социальные факторы здоровья студентов//Проблемы соц. медицины, здравоохранения и истории медицины. – 2008.-№2.-с.9-11.
3. Застрожин М.С., Дрожжина Н.А. Эпидемиологические аспекты потребления энергетических напитков на территории Российской Федерации//Вопр. питания.- 2015. - Т.83- №2. - С.19-23.
4. Калинина А.Г., Торховская Т.И., Забирова И.Г., Суркова Л.А. Влияние на организм употребления компонентов «энергетических напитков»//Вопр.наркологии. - 2013. - №2. - С.92-105.
5. Пометов Ю.Д., Ковалёва А.В., Демешина И.В. и др. Физиологические эффекты сочетанного потребления «энергетических» напитков и алкоголя»//Вопр.наркологии. - 2004. - №4. - С.52-58.
6. Поскурякова Л.А./ Гигиеническая оценка питания и здоровья студентов//Гигиена и санитария.- 2008.-№3.-С.49-54.

Куат А. Б., Өтеген Ұ. Д.

КГМУ, г. Караганда, РК

Научный руководитель: Темирғалиев К. А.,

к.ф.н., доцент, заведующий кафедрой

«Истории Казахстана и СПД» КГМУ

КУЛЬТУРА, ТРАДИЦИИ, РЕЛИГИЯ И ЗДОРОВЬЕ

На развитие медицины, а также на изменение качества здоровья казахского народа в течение многих веков влияли культура, религия и традиции, которые не исчезли бесследно и продолжают оказывать огромное влияние на здоровье населения Казахстана и в наши дни. История медицины как наука и предмет преподавания играет важную роль в формировании будущего специалиста здравоохранения – носителя прогрессивного мировоззрения и высокой культуры. Не зная прошлого, нельзя овладеть настоящим и невозможно двигаться в будущее. Ознакомившись с историей медицины Казахстана можно ознакомиться с фактами, как на протяжении всей истории культуры казахского народа возникали и развивались навыки и умения и лечить болезни, правила соблюдения личной и общественной гигиены. Элементы медицины, зародившиеся в трудах великого ученого Аль-Фараби, «отца» медицины-Гиппократ так же оказали значительное влияние на развитие не только отечественной, но и мировой медицины.

В народной медицине Казахстана следует отличать многовековые эмпирические народные знания от различных магических способов лечения, которые были не только бесполезными, но и вредными для организма больного. При этом большинство из магических способов лечения являлись следами шаманизма (в Казахстане имели популярность т.н. баксы- одно из разновидностей шаманов по мнению Ч.Валиханова)

Территория Казахстана в 6-7вв. была связана Великим Шелковым путем из Средней Азии в Китай, благодаря этому между государствами стали распространяться не только медицинские знания,

но и эффективные лечебные препараты, в число которых входили медицинские книги, лекарства животного, минерального и растительного происхождения. Известно, что в 19-20 вв. в Туркестанском крае широко применялись 227 лекарственных средств растительного происхождения, например: полынь, девясил, ревен, чилибуха, можжевельник, золотой корень, гвоздика, среди них были и сильнодействующие ядовитые вещества – хинин, квасцы, камфара, скипидар, ртуть, ртутная мазь, сулема, опий. Большая часть этих же растений используются в современной медицине, и оказывают положительное влияние на здоровье людей, как это предполагалось и во времена Гиппократ (4 в. до н.э.).

Касательно опасных инфекционных заболеваний казахский народ был так же осведомлен. При появлении сибирской язвы опытные лекари тут же вырезали язву острым ножом, рану обрабатывали раствором сулемы и, прикладывая к ней лоскут свежей овечьей шкуры или тонкий слой курдючного жира, забинтовывали. Положительный результат при лечении сибирской язвы давало также прижигание раскаленным железом или расплавленным сургучом. Хорошо зная опустошительные последствия чумы, холеры, тифа и натуральной оспы, заболевших старались изолировать, иногда даже оставляя их на произвол судьбы на месте стоянки, немедленно откочевывая в другие места. Выпски натуральной оспы были наиболее часты и опустошительны. Поэтому уже в то время казахи знали о том, что оспу можно прививать, а из-за нехватки оспопрививателей люди часто прививались сами, то есть искусственно заражали здоровых детей, чтобы процесс заболевания протекал легче. В нынешнее время используются недавно созданные вакцины, например Варилрикс. Разумеется, все эти меры, хотя и не могли пресечь опасности инфекционных заболеваний, были основаны на многовековом опыте, ценных догадках о возможности их предупреждения. Говоря о медицине Казахстана нельзя не сказать о молочно-кислых продуктах... При рахите диспепсии народные лекари давали ребенку кисло-молочные продукты, которые благодаря имеющимся в них кислотам, усиливают аппетит, легко перевариваются и благотворно действуют на пищеварение. Кумыс является одним из самых древних целебных средств в казахской народной медицине. Народные врачи применяли его для лечения цинги, малокровия, болезней желудка и сердечнососудистой системы и особенно чахотки (туберкулез легких). В современном Казахстане количество зарегистрированных случаев туберкулеза в последние годы превышает эпидемиологический показатель в 2-3 раза. По уровню заболеваемости туберкулезом Республика Казахстан занимает лидирующее положение среди стран СНГ и Европы. Кумыс был введен в рацион питания пациентов туб.диспансеров не только Казахстана, но и некоторых других стран.

Профилактикой многих заболеваний служил здоровый образ жизни, которому сопутствовали культура и традиции казахского народа. Свидетельством этому являются широко распространенные пословицы народа. Например: «тәні саудың -жаны сау», «емнің алды – еңбек», «тазалық – саулық негізі, саулық - байлық негізі», «шынықсаң - шымыр боласың», «көзің ауырса, қолыңды тый, ішің ауырса - аузыңды тый». По этим пословицам мы понимаем, что казахский народ поощрял физический труд, гигиену, лечебные диеты. Игры, состязания, отказ от спиртных напитков (кроме кумыса) и наркотических веществ, уложившиеся в традиции, а также кочевой образ жизни, составлявший основу культуры казахского народа предполагали физический труд, гигиену и здоровое питание. Профилактикой многих заболеваний ЗОЖ считал и Гиппократ, живший в 5-4 в.в. до н.э.

Гиппократ считают отцом медицины, т.к. он вложил огромный вклад в развитие медицины, дал начало таким отраслям как диетология, деонтология, учению о темпераментах и многое другое, также Гиппократ первым записал сочинение, передававшееся из поколения в поколение под названием «Клятва», ныне она узнаваема как «Клятва Гиппократ», которая выражала основополагающие морально-этические принципы поведения врача. «Клятва» содержит 9 этических принципов: обязательства перед учителями, коллегами и учениками; принцип непричинения вреда; обязательства оказания помощи больному; принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного; принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии; принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам; обязательство об отказе от интимных связей с пациентами; обязательство личного совершенствования; врачебная тайна. Отсюда и идет вклад в этику и деонтологию: врачу должны быть присущи трудолюбие, приличный и опрятный вид, постоянное совершенствование в своей профессии, серьёзность, чуткость, умение завоевать доверие больного, умение хранить врачебную тайну. Думаю из-за неисполнения данных принципов в наше время стал весьма популярным вопрос «актуален ли Гиппократ сегодня?» При этом отвечая на этот вопрос многие, кто отвечает на этот вопрос отрицательно упускают из виду большинство других заслуг Гиппократ кроме «Клятвы», вклада в этику и деонтологию. Гиппократ дал начало учению о

темпераментах, разделив всех людей на 4 группы в зависимости от преобладания в их организме одного из 4-х жидкостей-холерик, флегматик, сангвиник и меланхолик. По словам И. П. Павлова, «уловил в массе бесчисленных вариантов человеческого поведения капитальные черты». Это разделение людей по темпераментам используется по сей день в коммуникативных навыках, в том числе и в медицине.

Гиппократ ввел и использовал такие методы обследования больного как перкуссия, аускультация, пальпация (в примитивном виде), которые со временем развиваясь с изобретением определенных аппаратов стали неотъемлемой частью обследования пациента в наше время.

Гиппократ также известен как выдающийся хирург древности. В его сочинениях описываются способы применения повязок (простые, спиральные, ромбовидные, «шапочка Гиппократа» и др.), лечения переломов и вывихов с помощью вытяжения и специальных аппаратов («скамья Гиппократа»), лечения ран, фистул, геморроя. Вправление вывиха плеча по методу Гиппократа – одно из самых широко распространенных методов вправления вывихов плечевого сустава в наше время, один из методов также широко использовавшегося в средневековом Казахстане. Кроме этого Гиппократ описал правила положения хирурга и его рук во время операции, размещения инструментов, освещение при операции. Данные правила учитываются сейчас с учетом новых аппаратов, инноваций.

Большое значение при лечении, Гиппократ уделял соблюдению «диеты», под которой понимал не только правильное питание, но и весь образ жизни, включая физическую активность, использование теплой одежды и т.д. Гиппократ изложил принципы рациональной диетологии и указал на необходимость питать больных, даже лихорадочных. С этой целью указал на необходимые диеты при различных заболеваниях. Этим диетам при различных заболеваниях соответствуют определенные столы, показанные соблюдению пациентам современным врачом. В трактате «О режиме» он подробно описал направление, которое в будущем будет называться профилактической медициной. В этом произведении подробно описывалось то, каким образом можно свести к минимуму вероятность заболеть той или иной болезнью. Касательно диеты имеются крылатые слова Гиппократа, перекликающиеся с вышеназванными пословицами казахского народа: «Действие диетических средств продолжительны, а действие лекарств — скоропреходящи», «Гимнастика, физические упражнения, ходьба должны прочно войти в повседневный быт каждого, кто хочет сохранить работоспособность, здоровье, полноценную и радостную жизнь», «Как суконщики чистят сукна, выбивая их от пыли, так гимнастика очищает организм», «Пьянство отцов и матерей — причина слабости и болезненности детей».

Гимнастика, физические упражнения сейчас в Казахстане получили процветание. Этому способствует пропаганда ЗОЖ, изменения в сознании казахстанцев. Особенно спорт получает большую распространенность среди студенческой молодежи, т.к. получает популярность мысль, что «быть здоровым -это модно». Кроме того, распространение физической культуры всесторонне поддерживается и получает должное внимание со стороны правительства нашей страны. Доказательством этого могут выступать различные программы, где одним из главных вопросов является распространение спорта среди молодежи; а также право казахстанской молодежи, всех трудящихся на систематические занятия физической культурой и спортом, законодательно закрепленное Конституцией Казахстана.

Парламент Республики Казахстан принял постановление "О дальнейшем подъеме массовости физической культуры и спорта", в котором наряду с другими задачами, подчеркивается необходимость повышения уровня научных исследований по важнейшим направлениям развития физической культуры и спорта. Это постановление - новое подтверждение неустанной заботы правительства о здоровье и физическом развитии людей, о создании условий для дальнейшего развития всей казахстанской системы физического воспитания.

Физическая культура и спорт как продукт определенных исторических условий развития казахстанского общества составляют совокупность исторически возникших результатов духовной деятельности людей.

За 25 лет Независимости под руководством Президента Казахстана Нурсултана Назарбаева проделана большая работа по развитию массового спорта и спорта высших достижений. В Послании 2010 года одним из стратегических приоритетов развития на ближайшее десятилетие Глава государства определил укрепление здоровья казахстанцев, а в Послании 2011 года «Построим будущее вместе!» подчеркнул необходимость пропаганды здорового образа жизни, использования созданной в стране спортивной инфраструктуры.

Одним из важнейших условий ее решения является поднятие престижа занятия спортом, что наблюдается в данный момент, а также формирование сферы досуга, которая будет не только способствовать ведению здорового образа жизни, но станет доступной и привлекательной для современной молодежи, станет сферой, предоставляющей широкие возможности для осуществления потребностей в самореализации. Важны также пропаганда и вовлечение всех слоев населения в занятие спортом.

Несомненно, более здоровая и подготовленная нация внесет гораздо больше вклада в рост конкурентоспособности страны. Массовый спорт является необходимым условием успешного развития современного казахстанского общества и достижения национальных стратегических интересов. Молодежь независимого Казахстана - это люди новой формации, в полной мере ощутившие неизбежность государственности и независимости своей страны; это люди, умеющие свободно мыслить и ответственно действовать, люди, стремящиеся к постоянному самосовершенствованию и улучшению стандартов жизни, в том числе качества здоровья. Физическое здоровье молодежи - стратегический капитал страны и важный фактор ее современного развития. И проблема здорового образа жизни – это проблема каждого человека, а не абстрактного государства. А ведь у современной молодежи Казахстана мы можем наблюдать активное стремление заниматься спортом. Ведь спорт – это самый главный союзник здорового образа жизни, помогает укреплять здоровье, улучшать своё физическое состояние, самочувствие, обеспечивает прилив бодрости и хорошее настроение. Усилия государства направлены на развитие и материальное обеспечение инфраструктуры культуры - спортивных сооружений, внешкольных, вне учебных студенческих учреждений образования, способствующих развитию досуга и интересов молодого поколения, разработку государственных и региональных программ по развитию физической культуры и спорта.

Таким образом, для создания более конкурентоспособной молодежи, нужно в первую очередь стремиться качественно улучшить здоровье молодежи через формирование здорового образа жизни, новых ценностных ориентиров, среди которых неприятие вредных привычек и стремление заниматься спортом. Поэтому проблема формирования, а затем поддержания высокого уровня физической активности, утверждения ЗОЖ средствами физкультуры, спорта и туризма является весьма актуальной.

Жиеналиева.Н.Ш

ҚММУ, Қарағанды қаласы

Жетекшісі: оқытушы Омарова.Д.Р.

Микробиология кафедрасы

ӘР ТҮРЛІ ЖОЛМЕН ЖАСАЛҒАН ҚҰРТТЫҢ ПАЙДАСЫ МЕН ОНДАҒЫ МИКРОФЛОРАНЫ ЗЕРТТЕУ

Өзектілігі:

Бұл жоба қазақ халқының ұлттық сүт қышқылды тағамы құрттың пайдасы мен ондағы лактобактерияны зерттеуге арналған.

Іші - бауырымыз құрысып - тырысып, көзіміз қарауытқанда, дәруменіміз азайып кетті деп шығамыз. Ондайда банан, киви, апельсин жеу керек деп ақыл айтатындар да табылады[1]. Осы біздің атам қазақ апельсин көрмей өсті ғой, олар неге құлап, талып қалмаған деп таңғаламыз. Сөйтсек, олардың ішкен - жегені нағыз дәрумендердің көзі екен. Адам ағзасындағы сүйек ұлпаларының мықты болуы үшін ең қажет элемент фосфор болса, дәстүрлі әдіспен жасалған құрт құрамында фосфор 0, 51%, ал кальций 2, 3% мөлшерінде кездеседі екен[2]. Ал қуаттылығына келсек, 1 құрт 268, 8 - 401, 38 қуат береді. Химиялық құрамы мен калориясы жағынан қала дүкендерінде әр құрттар көптеп сатылады. Қазақ құрты ақуызға өте бай – 52, 6% [3].

Зерттеудің мақсаты: Құрттағы пайдалы микрофлораның санын және сапасын анықтау.

Әр түрлі өндіріс орынан алған құрттың зерттеу жұмысын жүргізу және сапасын салыстыру.

Зерттеу материалдары мен әдістері:

Зерттеуге алынған материал

1-Натиже фирмасы Қарағанды қаласында дайындалған.

2-Шапағат фирмасы Қарағанды қаласында дайындалған құрт.

3-Қолдан дайындалған құрт (Шығыс базарынан алдық)

Зерттеу әдістері:

Әдіс Микроскопиялық құртты физроствормен езіп қосып араластырып мазок жасадық және грам әдісімен , метилен көгімен боядық.

Әдіс Бактерологиялық құрттың ертіндісін дайындадық 1:10,1:100,1:1000 физиологиялық ертіндіге ірбір ертіндіні лакт агарға ектік. Лактобактерияларды анықтау үшін ектік.Сабуро ортасына саңырауқұлақтарды анықтау үшін.

Зерттеу нәтижелері және оны талдау.

Бактериялар бифидобактериялар құрттың үлгісінде табылмады,лактобактериялардың саны ең жоғары - Натиже фирмасының өнімдерінде. Себебі 1:10,1:100,1:1000 қатынасында лактобактериялар табылған саңырауқұлақтар 1:10,1:100 қатынасында аз мөлшерінде. Шапағат фирмасының құртында лактобактериялардың саны төменірек көбінесе саңырауқұлақтар сонда саңырауқұлақтар мен лактобактериялар симбиоз ретінде көрінеді. Саңырауқұлақтардың беткі жағында лактобактериялар жабысып тұр. Ең төмен лактобактерияның саны қолдан жасалған құртта. Қолдан жасалған құртта негізгі микрофлорасы саңырауқұлақтар және сүт қышқылды стрептококктар.

Қорытынды :

Құрттың тағамдық пайдасы мен қатар биологиялық белсенділігі анықталған.Оның биологиялық сапасы өндірілуіне тәуелді.

Біздің зерттеуіміз бойынша жоғары сапалы құрт- Натиже фирмасы дайындаған құрт болып табылды.

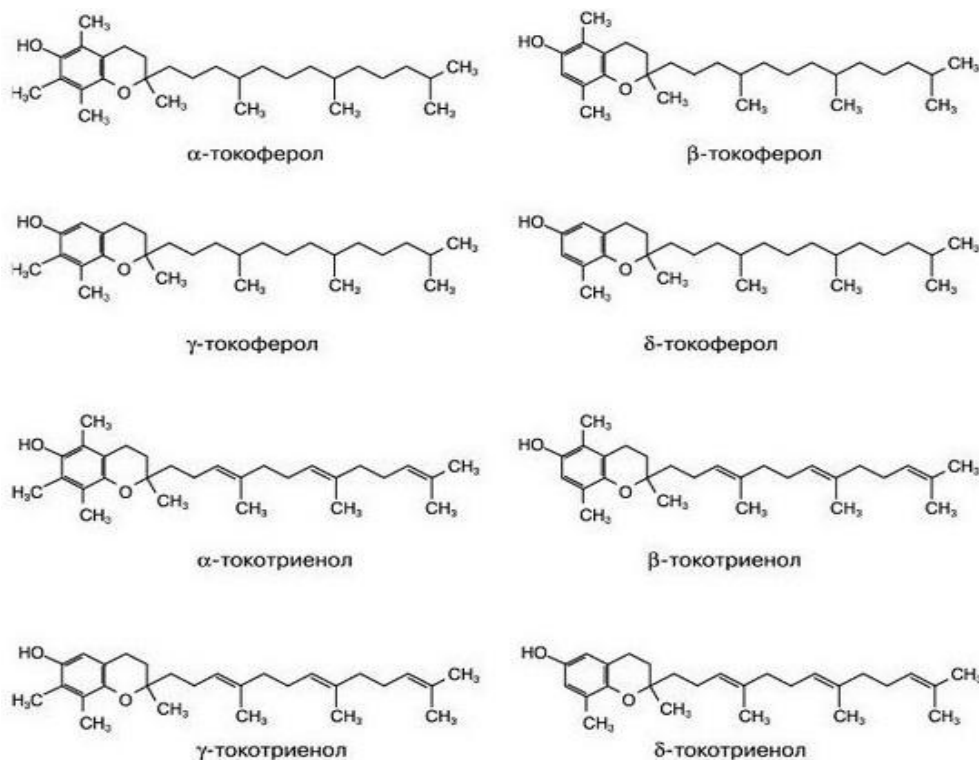
Әдебиеттер:

1. Кенжеахметұлы С., Қазақтың дарқан дастарқаны, Алматыкітап 2007 ж.
2. Анфимова Н. А., Татарская Л. Л. Аспазшылық, Просвещение 2002 ж.
3. Матюхин З. П. Тамақтану, гигиена және физиология негіздері, Просвещение 1999 ж.

*Ж.Қ. Жұмаханова, Ж.К. Ақтөкен, О.М. Сағындыков
ҚММУ, Қарағанды қаласы
Ғылыми жетекші: х.ғ.к. Ж.К.Тухметова*

Е ДӘРУМЕНІНІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ ФУНКЦИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Е дәрумені (токоферол) маңызды антиоксидант болып табылатын майда еритін дәрумен. Табиғатта биологиялық белсенділігі мен ағзада атқаратын қызметі бойынша сегіз түрлі изомерлері бар.Е дәруменінің табиғи және синтетикалық қосылыстары 4 токоферол (α , β , γ , δ) және 4 токотриенол (α , β , γ , δ) формаларында болады (сур.). Олардың ішіндегі ең маңыздысы табиғатта кеңінен таралған және белсендісі α -токоферол болып табылады. α -Токоферол табиғатта белсенді болып келетін RRR-оптикалық изомерлік формада кездеседі [2].



RRR- α -токоферол - әлемдік тұрғыда көптеген жылдар бойы кеңінен танылған табиғи дәрумен. Бұл дәруменнің антиоксиданттық белсенділігі *in vivo* жағдайында әртүрлі биологиялық модельдерде бірнеше рет дәлелденген. Ол радикалдар белсенділігін тежеп, кортикостерон, уропепсиноген сияқты күйзеліс көрсеткіштерінің деңгейін төмендетеді және морфологиялық өзгерістерді азайтады [6].

Антиоксиданттық белсенділігінен басқа, α -токоферол қабынуға қарсы әсерге де ие. Ол қабынуға қарсы цитокиндер секрециясын төмендетеді, адам моноциттерінен некрозды ісік факторларының босап шығуын қамтамасыз етеді [4]. α -Токоферолдың қабынуға қарсы мүмкіндіктері *in vivo* тәжірибелерінде расталған. Сонымен қатар Е дәрумені жасушаның тыныс алуына да қатысады [3].

Соңғы жылдары α -токоферолдың әсерлері бойынша зерттеулер клиникалық және тәжірибелік кардиологияда жүргізілген. Эпидемиологиялық зерттеулердің бірінде қан сарысуындағы α -токоферолдың жоғары деңгейі мен жүрек-қантамырлар жүйесі аурулары дамуының төмендеуі арасында оң корреляция анықталды. Е дәруменінің атеросклерозға қарсы әсері бірнеше рет расталған. Гипергликемия және гиперхолестеринемия белгілері бар тышқандарда атеросклероз дамуы туындаған. Е дәруменін жануарлар ағзасына енгізу арқылы атеросклерозды өзгерістердің өршуі тежелді. Атеросклерозға қарсы күресте Е дәруменінің алуан түрлі феномендері қарастырылған. Біріншіден антиоксиданттық белсенділігінің көмегімен ТТЛП (тығыздығы төмен липопротеидтер) тотығуын тежейді және олардың асқын тотықтарының түзілуіне кедергі жасайды. ТТЛП асқын тотықтары простациклинсинтезаны тежеп, атеросклероз дамуын туындатады [3]. Бұл айтылғандардың барлығы қантамырлардағы тромбтың түзілуін баяулатады. Басқа жағынан қарағанда, Е дәрумені қандағы ТТЛП және триглицеридтің деңгейін төмендетіп, қантамырлар қабырғасын тазартуға қабілетті тығыздығы жоғары липопротеидтердің (ГЖЛП) мөлшерін арттырады [3].

Атеросклероз дамуының және асқынуының алдын алу үшін антиоксиданттық қана емес, бұл дәруменнің басқа да әсерлері қарастырылған. Астмамен ауыратын жас тышқандарда α -токоферолдың антиоксидантты әсеріне тәуелсіз қабынуға қарсы белсенділігі анықталған [5].

Бұған дейін зерттеушілер α -токоферолдың липидтердің асқын тотығу процесіне, тромбоциттер агрегациясына, қабыну реакцияларына оң әсері жайлы мәліметтерді иемденіп келсе, 1996 жылғы жарияланған Кембридждік кардиалды антиоксиданттық зерттеулердің (CHAOS) нәтижесінде α -токоферолдың кардиопротекторлы қасиеттері анықталды. Аталған зерттеулер барысында жүрек-қантамырлар патологиясы науқастарына ұзақ мерзімге (510 күнге дейін) созылған

400-800 МБ/тәул мөлшерде RRR- α -токоферол тағайындалды. Терапия кезінде миокард жиілігі бақылау тобымен салыстырғанда 72%-ға азайды [1].

Диабетпен ауыратын науқастарда Е дәруменін қолдану жүрек-қантамырлар жүйесіне оң әсерін тигізеді. Е дәруменінің төмен деңгейінде 2-типті диабеттің даму жиілігі артады. Бірқатар мәліметтер бойынша 3 ай көлемінде Е дәруменін 100 МБ/тәул қолдану диабеттің 1 типімен ауыратын науқастарда ұлпалардың гликозилдену дәрежесінің төмендеуіне және триглицеридтердің қан айналымындағы мөлшерінің азаюына әкеледі [1].

Е дәруменінің жүрек-қантамырлар жүйесіне әсері оның көптеген физиологиялық әсерлерінің бірі болып табылады. «Токоферол» деп аталуының өзі организмнің репродуктивті функциядағы рөлін көрсетеді (грек тілінен «токо» - ұрпақ және латынша «ferre»- әкелу). Жануарлардың аталықтарында Е дәруменінің жетіспеушілігі кезінде атабездің бұзылуы пайда болады. Әйел адамдарда дәруменнің жетіспеушілігі ұрық пен плацентаның бұзылысын тудырып, түсік тастауға әкеледі [2]. Әйел адамдарда бұл дәруменнің жетіспеушілігі жатыр қызметінің бұзылысына әкеледі. Ұсынылып отырған препарат комплекстік терапияда климакс периодындағы өзгерістердің қарқындылығын азайтады. Ұрықтың дұрыс жетілуі үшін осы дәруменді жүкті әйелдерге тағайындайды. Әсер ету спектріне келер болсақ, болашақ нәрестенің ағзасындағы нәруыз және майлардың сіңірілуінде, жасушаның тыныс алуында, ми, қан, жүйке, бұлшықет жұмысына маңызды әсерін тигізеді [3].

Е дәруменінің тағы бір маңызды қасиеті – иммунитетті тұрақтандыру. Көрсеткіштер бойынша Е дәруменінің бар болғаны 200 МБ/тәул мөлшерін қолдану арқылы қарт науқастардың иммунитеті жақсара түскен, антидене өндірілуі 6 есе артқан, терінің аллергияға сынама көрсеткіші жақсарған. Басқа тесттен өткен доза мөлшерінің (800 және 60 МБ/тәул) тиімділігі төмен болды. Бұрын айтылғандай Е дәрумені ағзада қабыну процестерін тежейді. Ол лейкотриендер мен простагландиндердің түзілуін тежеп, сауығуды жылдамдатады, тимусты қорғауға қабілетті. Е дәруменін аз дозада қабылдау барлық жастағы адамдарға суық тию ауруларына тұрақтылықты жоғарылатады, әсіресе егде жастағыларға пайдалы. Мұндай жағдайда оның дозасы 200-400 МБ/тәул құрайды, препаратты қабылдау бірнеше айға созылуы мүмкін [1].

Жүйке жүйесі ауруларының ауыр түрін емдеуде Е дәруменінің маңызы зор. Препараттың үлкен дозасы Альцгеймер және Паркинсон ауруларымен ауыратын науқастардың жағдайын жақсартады. Паркинсон ауруы кезінде Е дәрумені 3200 МБ/тәул дозасында 3 г С дәруменімен кешенді түрде пайдаланылады. Альцгеймер ауруы кезінде бас миы жасушаларының дегенерациясының баяулауы Е дәруменінің күнделікті 2000 МБ дозасында қабылдағанда анықталды [1].

Сонымен қатар Е дәруменінің тағы бір емдік қасиеті белгілі: препаратты қосымша қабылдағанда қол мен аяқта жансыздану және шаншу сезімдері төмендейді.

Онкологиялық ауруларды алдын-алу және емдеу шаралары бойынша Е дәруменінің рөлі жайлы ғылыми жұмыстар аз емес. Бірқатар онкологиялық аурумен ауыратын науқастарды тексеру барысында қандағы Е дәруменінің мөлшері неғұрлым төмен болса, ісіктің даму қаупі соғұрлым жоғары болады. Көптеген зерттеулерде Е дәруменінің жетіспеушілігі мен бірқатар қатерлі ісік ауруларының (ішек жолдары, жатыр, сүт бездері, өкпе қатерлі ісіктері) арасындағы тәуелділік байқалған. Ер адамдардың қуық асты безі ісігінің дамуының төмендеуі 50 мг α -токоферол және β -каротинді қабылдағанда байқалған. Онкологиялық аурулар профилактикасы үшін Е дәруменінің дозасы жеке таңдалады және 400 МБ басталады [1].

Е дәруменінің офтальмологиядағы қолданысы туралы да мәліметтер көп. Атап айтқанда, α -токоферолдың төменгі концентрациясы катарактының даму қаупін жоғарылатады [2]. Е дәрумені артриттер кезінде буындардағы ауруды жеңілдетеді, ағзаны оттегімен қамтамасыз ете отырып, спортпен айналысу барысында ағзаның физикалық жүктемеге шыдамдылығын жоғарылатады.

Сонымен, ғылыми әдебиеттерден алынған мәліметтерді қорытындылай келе, Е дәрумені кең ауқымды әсері бар, емдік қасиеттері тиімді, бірақ әлі зерттеулері жалғасатын, көптеген аурулар кезінде профилактикалық пайдасы бар бірегей дәрілік препарат болып табылады.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Аткинс Р. Биодобавки: Природная альтернатива лекарствам. - Минск, 2004. - 790 с.
2. Булгаков С. // Врач. - 2007. № 8. - С. 44-47.
3. Харкевич Д.А. Фармакология. Учебник для вузов. - М.: Гэотар-Медиа, 2005. - 715 с.
4. Devaraj S, Jialal I. Alpha-tocopherol decreases tumor necrosis factor-alpha mRNA and protein from activated human monocytes by inhibition of 5-lipoxygenase. Free Radic Biol Med. 2005;38:1212-1220.

5. Okamoto N., Murata T., Tmai H. et al. Effects of alpha tocopherol and probucol supplements on allergen – induced airway inflammation and hyper responsiveness in a mouse model of allergic asthma // *Int.Arch.Immunol.*-2006.-Vol.338, №7. – P.315-321
6. Tsiatkitzis K., Kourounakis A.P.lani E. et. Al. Stress and active oxygen species – effect of alpha-tokopherol on stress response *Archiv der Pharmazie.*-2005.-Vol.338, №7.-P.315-321.

Navdeep Gaur
Karaganda State Medical University
Heads: senior teacher Zhienbekova A.Zh.,
teacher Sabiden G.S.

HEALTHY LIFESTYLE AMONG PUPILS OF VOCATIONAL LYCEUMS

Health is such a condition of an organism when functions of all his organs and systems are in dynamic balance with external environment. Developments and preservations of physiological, psychological and social functions are the cornerstone of health. It is possible to prevent consequences only by means of regular cultivation of one's abilities, active, healthy lifestyle, systematical control of general physical and mental state [3,4].

The healthy lifestyle includes the following basic elements: rational work-rest schedule, eradication of addictions, optimal motoring condition, personal hygiene, balanced diet [4,5].

Rational work-rest schedule is a necessary element of a healthy lifestyle. At the correct and strict regimen the accurate and necessary rhythm of organism functioning is developed which creates optimal conditions for work and rest and by that promotes strengthening of health, improvement of working capacity and increase of labor productivity [1,6]. In the observed cases of persons' overstrain and overfatigue, not work, but the wrong work regimen is guilty [2]. It is necessary to distribute correctly and skillfully forces during performance of both physical and intellectual work.

The following and one of main criterion of a healthy lifestyle is eradication of addictions (smoking, alcohol, drugs). Human's healthy lifestyle is inconceivable without categorical refusal from everything that causes irreparable injury to an organism. The question in this case is about habits which gradually undermine health [5]. These violators of health are the reason of many diseases, sharply reduce life expectancy, reduce working capacity, have pernicious effect on health of youth and on health of their future children [1].

Studying of the vocational lyceums pupils' attitude towards the questions of meeting the requirements of a healthy lifestyle in the conditions of study and extracurricular time was a research objective. Object of research were pupils of 1-2 years of vocational lyceums no. 1,3,30 of the city of Karaganda. Questionnaire developed by us consisting of 12 questions which reflects pupils' attitude towards accomplishment of healthy life style was used for research.

300 pupils of vocational lyceums have been interrogated. Results of the conducted survey have shown that 88,5% of pupils have answered the question "what led you to vocational lyceum" that they want to obtain a profession; «what encouraged in choosing this profession» - 84,5% of pupils chose this profession by themselves; 82,5% of pupils "like the specialty"; 94% answered no the question "whether in-service training has influence on health"; 80,0% have meal 3-4 times a day; 90,0% "have meal in canteen" once a day; 69,8% keep "healthy lifestyle", are engaged in different sport types; "absence of diseases" is noted at 78,8% of pupils; 53,7% do not have "addictions" (smoking, use of drugs, alcoholism). 68.5% of pupils put "health" on the first place among life values, on the second place – "happy family life" – 17,4%, and on the third "financially secure life" – 8,5%. 67,5% of pupils prefer to work within their specialties.

The obtained data allow to draw a conclusion that the principles of the healthy lifestyle during study and extracurricular time in the environment of studying youth are observed by most of the interviewed pupils of vocational lyceums (70% of all respondents); the created skills of the healthy lifestyle at these pupils allow to cultivate such qualities as discipline, orderliness, organization, purposefulness.

Шертаева Әйгерім
С.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы
Ғылыми жетекшісі: Умирбекова З.К.

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА МИКРОНУТРИЕНТТІК ЖЕТКІЛІКСІЗДІКТІң ТАРАЛУ ДЕҢГЕЙІ (ТТА, ЙТЖ МЫСАЛЫНДА)

Зерттеу жұмысының мақсаты студенттер арасында темір тапшылықты анемия мен йод жетіспеушілік аурулардың таралу жиілігін анықтау болатын.

Күнделікті қолданыстағы тағамдарда микронутриенттердің жеткіліксіздігі ағзадағы өтетін үрдістердің бұзылуына әкеліп соғатыны белгілі. Бұл қазіргі заманда көптеген елдерде қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Ағзасында йод жетіспеушілігі байқалған жүкті әйелдер дүние жүзі бойынша жыл сайын өмірге 18 миллион ақыл-ойы толық жетілмеген бала әкеледі. Ал жасы 6-24 ай аралығындағы балалардың арасында ағзадағы темір ионының жетіспеушілігі 40-60% баланың ақыл-ойының дамуын тежейді.

Тамақ рационында тек екі ғана микроэлементтің – темір мен йод жетіспеушілігі адамның іскерлік қабілетінің азаюына, денсаулығының нашарлауына себепкер болады және балалардың қалыпты жетілуін баяулатады.

Соңғы жылдардағы статистика бойынша Қазақстан тұрғындары арасында осы екі микронутриенттің жетіспеушілігі тіркеліп отыр. Мәселені зерттеу мақсатында Алматы қаласының әртүрлі жоғарғы оқу орындарында оқитын жасы 17-21 аралығындағы 100 студент сауалнамаға тартылды және алынған мәліметтер өңделіп, сараптама жасалды.

Студенттердің ішінде 70-і қыз бала, 30-ы ер балалар болатын. Оларға темір тапшылықты анемия (ТТА) мен йод тапшылығы ауруларына қатысты белгілі бойынша және олардың алдын-алу үшін қолданылатын шаралар туралы әр түрлі сұрақтар қойылды. Сауалнама қорытындысы бойынша күнделікті тамақтануда ет өнімдерін 90% ер балалар және 73% қыздар жиі қолданатыны белгілі болды. Ағзадағы темір жетіспеушілікті анықтайтын айқын белгі бор, кесек жеуге деген құмарлық. Осы жағдай студенттер арасында 89% қыздарда және 10% ер балалар арасында кездесті.

Сауалнамаға жауап берушілердің ішінен ер балалардың 70%-ы мен қыздардың 90%-ы темірмен және йодпен байытылған тағам түрлерінен мүлдем білмейтіндерін айтты. Балық және теңіз тағамдарын ер балалардың 63% - айына бір рет, 23% - аптасына бір рет қолданса, қыздар арасында бұл көрсеткіштер 70% және 15% құрады. Қалқанша без тұсында үлкею және жұтыну кезінде өзгерістер барлығын 81% қыз балалар және 85% ер балалар байқағандарын айтты. Терінің құрғауы студенттер арасында ер балаларда 40%, ал қыздар арасында 50% кездесті.

Қорытындылай келе, студенттер арасында ТТА мен ЙТЖ ауруларының кездесу жиілігі жоғары екендігі байқалды. ТТА-ға 25-30% қыздар мен 20-25% ер балалар күдіктілігі анықталды. Сондықтан, студенттердің тағам мәзірін йод және темірге бай өнімдермен қамтамасыз ету қажет. Бұл аурулардың алдын алу мақсатында, жастар арасында дұрыс тамақтануды насихаттау бағытында жұмыстар жүргізілуі керек. Жылына 2 рет сайын гемоглобин деңгейін және қалқанша без деңгейін тексеруден өткізіп тұрған абзал.

Әдебиет:

1. Дзахмишева И.Ш. Профилактика йододефицита функциональными продуктами питания // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10-11. – С. 2418-2421.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki>.

Оразумбекова Б.К.

*С.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы
Ғылыми жетекшісі: ф.ғ., доцент Сатаева Л.Г.*

ҚАЗАҚСТАНДА ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ РЕФОРМИРЛАУДЫҢ САРАПТАМАСЫ

Өзектілігі. Біздің соңғы жылдары Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінің қызметіне жүргізген зерттеулеріміз келесі үрдістерді анықтады: - орташа өмір сүру ұзақтығы төмендеді;

- әлеуметтік маңызды аурулар көрсеткіштері өсті;
- дәрігерлердің, стационарлар мен амбулаторлы емханалардағы төсек саны азайды;
- жалпы өлім көрсеткіші жоғары сандарда қалуда;
- қоғамның мүгедектену қаупі бар, еліміздің экономикалық белсенді бөлігінің еңбектік әлеуетінің төмендеуі;
- медициналық және дәрілік көмек қолжетімділігі төмендеді.

Мақсаты – ҚР денсаулық сақтау жүйесі мен дәрілік қамтамасыз ету үрдістерін зерттеу.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ.

Нәтижелер мен талқылаулар. Жалпы республика бойынша әлеуметтік маңызды аурулар санының өсуі қашып құтыларсыз десек болады, себебі денсаулық сақтау жүйесіне мемлекеттік шығын ең төменгі көрсеткіштерде. Зерттеу жұмысының көрсеткені Қазақстанның ұлттық қауіпсіздігі мен егемендігінің негізгі бөлшегі ретінде денсаулық сақтау жүйесінің ұзаққа әрі тұрақты дамуы үшін қажет:

- ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің барлық көлеміндегі мемлекеттік басқару жүйесі мен дәрежесін, заңдық негізін дамыту;
 - осы бағытта мемлекеттік деңгейде жаңа тетіктерді тарту, инвестициялық мемлекеттік және жеке меншік ресурстарды меңгеру;
 - қаржылай ресурстарды ең басты, ғылыми, қала құрылысы сияқты жобаларға жұмсау, яғни отандық фармацевтикалық өндірісті дамыту;
- Республикалық фармацевтикалық мекемелердің (ұйымдардың) нарықтық шарттарда қол жеткізген жағымды өзгерістері де бар:
- өзіндік қаржыландыру мен өзін өзі жетілдіру;
 - баға қою, финанстық-несиелі тұтқалар тетіктері арқылы тауар-қаражаттық қатынастарды тиімді пайдалану;
 - өнімді сатуды ынталандырудың түрлі әдістерін пайдалану;
 - дәріханалық қызметкерлердің еңбекке деген қызығушылығын арттыру;
 - өз кәсіпорны (мекемесі) мен оның бәсекелестерінің күш жігерін бағалай білу;
 - технологиялық және сату бағдарламаларының икемділігі.

ҚР нарықтық экономикаға өтуі әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарды дәрімен қамтамасыз ету үрдісіне кері әсерінде тигізді. Отандық өндірушілер жергілікті шарттарды жақсы біледі, бірақ әлемдік фармацевтикалық өнімдерді өндірушілермен қатаң бәсекелестікке түсуде. Сол себепті бұрыштың басына соңғы тұтынушыларды – дәріханалар мен кейде емдеу-профилактикалық мекемелерді қоюда. Қазақстанда басқа да дамыған елдермен салыстырғанда ауру құрылымы ұқсас болғанымен, бір адамға шаққандағы дәріні тұтыну көрсеткіші әлдеқайда төмен. Біздің жүргізген зерттеу жұмысының барысында ҚР дәрілік препараттарды жеткізуші алдыңғы қатарлы елдер талданды. Бүгінгі таңда ҚР фармацевтикалық нарығына дәрілік заттарды әкелетін елдер қатарына Ресей, Германия мен Үндістан кіреді.

Қорытындылар: Талдау жұмыстары ҚР дәрілік заттар толықтай жеткілікті екендігін көрсетті, сондықтан қазіргі таңда біздің еліміздің және барлық елдердің денсаулық сақтау ұйымдарының басты проблемасы болып әсіресе әлеуметтік маңызы бар ауруларды емдеуде дәрілік препараттарды ұтымды пайдалану мен емдеуші дәрігерлердің дұрыс тағайындауы болып табылады.

Әдебиеттер:

1. Аканов А.А. Қазақстандағы қоғамдық денсаулық сақтаудың: концепциялары, проблемалары мен болашағы // Алматы, 2001, С.101.
2. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесіндегі реформалар мен олардың ДДҰ құжаттарына сай әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратындарды дәрімен қамтамасыз етудегі шынайылыққа әсері (бағдарламалық баяндама) // «Адам және дәрі» Жалпыресейлік конференция материалдары – Мәскеу – 2007. – С. 11 – 14

Оразумбекова Б.К.
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, город Алматы, РК
Научный руководитель: Джумабаева С. М.,
преподаватель, КРМУ,
консультант Бегадилова Т.С.
к.м.н., доцент, КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова
кафедра «Микробиология, иммунология и вирусология»

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОФЛОРЫ РУК ВРАЧЕЙ И СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Актуальность: На руках ученые насчитывают от 100 до 200 разновидностей бактерий. Большая часть микрофлоры рук является абсолютно безопасной и нужной для человека, но все-таки

на руках есть условно-патогенная микрофлора. При наступлении благоприятных условий могут развиваться разные болезни «грязных рук». Мытье рук водой уменьшает процент бактерий кишечной палочки до 8% , а мытье рук с водой и обычным мылом снижает образцы с бактериями до 23% . Получается, что на наших руках после использования общественного туалета все равно будут находиться опасные для здоровья бактерии.

Цель: Количественное сравнение обсемененности рук врачей и студентов бактериями.

Материалы и методы исследования: Проведение анкетирования для выявления частоты мытья рук врачами и студентами. Забор проб с рук врачей и студентов для количественного сравнения роста бактерий, а также определить морфологические и тинкториальные свойства, выделенных штаммов. В анкетировании приняли участие 30 врачей и 30 студентов, из них 20 врачей и студентов приняли участие в эксперименте.

Результаты:

На среде Эндо из 2-х анализов врачей дали рост 2 материала в кол-ве 10 КОЕ, из анализов студентов был получен сливной рост.

На среде ЖСА из 4-х смывов врачей было получено в общем 30 КОЕ, из 7 материалов студентов 218 КОЕ.

На кровяном агаре у всех 10 врачей и 10 студентов дали рост. У врачей общее количество колоний составило 183КОЕ и соответственно у студентов 325КОЕ.

На среде Сабуро из материалов врачей не было роста, у 1 студента выросли 2 колонии.

На МПА 9 смывов из рук врачей дали рост, у студентов все 10 смывов. Общее количество колоний у врачей 84 КОЕ, у студентов 158 КОЕ.

Выводы: У врачей среднее число колоний 12 КОЕ, а у студентов это число составляет 22 КОЕ, т.е. в два раза больше обсемененность у студентов. По результатам исследования рук студентов также были выявлены условно-патогенные бактерии относящиеся к энтеробактериям (кишечные бактерии), грибы (Candida), стафилококки и стрептококки. Обсемененность рук студентов превышает допустимое количество бактерий на руках. Виды выделенные по ходу нашего исследования соответствуют видам входящим в нормофлору рук. Все эти бактерии могут вызвать разные заболевания. Кишечная палочка, попадая в слаборезистентный организм вызывает гастроэнтериты, острые кишечные расстройства. Candida может стать причиной развития кандидозов. После всех исследований все участники были ознакомлены с результатами исследования и получили рекомендации по соблюдению правил гигиены рук.

Список использованной литературы:

1. Инфекции и антимикробная терапия Том 2/№ 3/2000 «Особенности эпидемиологии и микробиологии госпитальных инфекций».
2. Мониторинг заболеваемости ВБИ в медорганизациях г.Алматы за 2011 -2013 г.г.
3. Bacteriological assessment of stethoscopes used by medical students in Nigeria: implications for nosocomial infection control. World Health Popul 2008; 10: 53–61.
4. Chaves F, Ivarez MG, Sanz F, Alba C, Otero JR. Nosocomial spread of a staphylococcus hominis subsp. novobiosepticus strain causing sepsis in a neonatal intensive care unit. J Clin Microbiol. 2005;43:4877–9.
5. Nathens AB, Chu PT, Marshall JC. Nosocomial infection in the surgical intensive care unit. Infect Dis Clin North Am 1992;6:657-775.

Оразумбекова Б.К.

С.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы

Ғылыми жетекшісі: ф.ғ., доцент Сатаева Л.Г.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МЕН ДӘРІ- ДӘРМЕКТЕРМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖҮЙЕСІ

Тақырыптың өзектілігі

Негізгі тізімдегі дәрі-дәрмектер, ағымдағы денсаулық сақтау жүйесінің шарттарына сәйкес, жекеленген азаматтар мен қоғамға кез келген уақытта, қажетті мөлшерде, ыңғайлы дәрілік түрде, кепілді сапа мен бағада қолжетімді болуы қажет.

Қоғам денсаулығының көрсеткіші – бұл денсаулық сақтау жүйесінің жұмысының тиімділігін анықтаудағы ең негізгі көрсеткіштердің бірі болғанымен, олар қоғамдағы адамдар кірісінің деңгейіне, сауатына, тұрмыс-салтына, қолжетімді әрі сапалы медициналық көмек көрсетілу деңгейіне, экологиялық жағдайға тікелей байланысты.

Қоғам денсаулығын нығайтудағы бастаушы және бағыттаушы болып денсаулық сақтау Министірлігі табылуы тиіс. [1,2]

Негізгі тізімдегі дәрі-дәрмектер қатарына дәрілік препараттарды таңдау үрдісі ең алдымен оның ДДҰ ұсынған емдеу сызбасында қолданылуына байланысты. Препарат негізгі аурулардың емдеу сызбасына қосылған соң, Негізгі тізімдегі дәрі-дәрмектер қатарына халықаралық патенттелінбеген атауының, дәрілік түрі және мөлшерінің көрсетілуімен енгізіледі. Бұл ақпараттар тізімдегі барлық препараттарға қатысты, сонымен қатар қолдануға көрсеткіштер, қарсы көрсеткіштер, мүмкін болатын жанама әсерлерімен Пішіндемеге (формуляр) енгізіледі.

Талқылама

Ең алдымен біз ҚР ҒЗИ, ЕПМ-гі әлеуметтік маңызды аурулармен емделіп жатқан науқастардың негізгі жастық санаттарын зерттедік. Зерттеу жұмысы көрсеткендей, әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастардың басты бөлігінің отбасындағы кіріс көлемі бір адамға 150 ден 200 доллардан келеді, яғни 44 % құрайды. Сұхбат алынған адамдардың көпшілігінің кірісі күн көру деңгейінен төмен. Сұхбат алынғандардың ішінде отбасында бір адамға шаққандағы кіріс көлемі айына 200 доллардан артық қаражатты құрайтын тек 92 адам, яғни 11%. Тек осы науқастар санаты өздерінің материалдық жағдайларын қанағаттанарлық санайды.

Сонымен, респонденттердің (жауап берушілердің) басым бөлігі дәрілік препараттарға қосымша шығын шығара алмайды, яғни тең төлемде қаражат жұмсауға қатыса алмайды, ол шектелген қаржылық мүмкіндіктеріне байланысты (100 адам не 12%).

Кірісі барлар дәрілік препараттарды сатып алуға көлемді шығыс шығаруға мүмкіндік бермейді. Осыған орай, біздер жүргізген зерттеу жұмысы барысында әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастардың қазіргі таңдағы шығыстары талданды.

Белгіленіп отырғандай, дәрілік препараттарға шығын көлемінің күрт өсуі ерекше абыржуды тудырып, саяси көзқарастарды да аз қызықтырмайды, бұл мәселе бір қарағанда экономикалық бақылауға оңай көнеді де. Бірақ мұндай әсер жиі алдамшы болып келеді. [1,3]

Қорытындылар:

1. Кіші құрылымдағы дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісін талдау, нарықтық жағдайларда дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісінің саудаланып кеткенін көрсетті, ол өз кезегінде әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарға дәрілік көмек көрсету сапасына кері әсерін тигізуде. Бөлшек саудалы (розничной) жеке меншік дәріханалық мекемелердің басым екендігі – 98% және көтерме фармакологиялық ұйымдар – 100% екендігі анықталды. ҚР аймақтарындағы бөлшек саудалы дәріханалық мекемелер мен дистрибьютерлік жүйенің біркелкі таралмауы дәрілік заттармен қамтамасыз етуге теріс әсерін көрсетеді. Республикамызда денсаулық сақтау ұйымының фармацевтикалық

құрылымында жүргізілген реформалардың нәтижесінде мемлекеттік дәріханалық ұйымдар аздаған көлемде қалды. Дистрибьюторлар отандық дәрілік заттарды дамытуға экономикалық тұрғыда қызығушылық танытпайды, ол өз кезегінде айтылып отырған санаттағы науқастарға дәрілік заттардың экономикалық қолжетімділігін төмендетеді.

2. Заманауи шарттарда фармацевтикалық өнімдерді өндірушілерге мемлекеттік қолдау көрсету қажет (күшіне енген нормативті-құқықтық актілерді, дәрілік көмек көрсету үрдісін дамытудың институционалды тетіктерін дамыту, әрі олардың фармацевтикалық өнімдерін өндірудегі қауіптерді төмендетумен қамтамасыз ету).

Сонымен, ҚР айтылып отырған санаттағы науқастарды дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісін ары қарай дамытуда дәрімен қамтамасыз ету ұйымдары жоғарыда көрсетілген барлық сұраныстарды қанағаттандырып, қазіргі күнгі барлық ауыртпалықтарды шешуі тиіс.

Әдебиеттер:

1. Афанасьев А.М. Дәрілік заттармен айналысатын ұйымдардың басқармасының ғылыми негізі. СПб. - 2000.
2. Дәрілік заттарға қатысты ұлттық саясатты талдау: бірлескен жоба ДДҰ // КФВ. - 1996. - №21.- С. 1

Керимбай А. А.
КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы
Научный руководитель: магистр естеств. наук Абдрасилова В. О.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ КОСМИЧЕСКИХ ЗАПУСКОВ НА ДИНАМИКУ МЕТЕОПАРАМЕТРОВ КОСМОДРОМА БАЙКОНУР

Целью исследования этой работы является определение степени влияния запусков ракет-носителей на изменение температуры, давления, облачности, скорости ветра на примере г. Байконур.

Длительное время воздействие запусков ракет-носителей на ближний космос находилось в "информационной тени". По мере увеличения запуска ракет, растет вероятность возникновения непредсказуемого состояния погоды. Более того, следует учитывать климатостабилизирующую роль озона, который приводит к повышению температуры стратосферы на эффективных высотах в 25-30 км и понижению температуры у поверхности Земли.

В широтах, где в основном находятся космодромы формируется большое количество тропических ураганов. Изменяются макротурбулентности верхней атмосферы, внутрисферный и межсферный перетоки, их динамика, влияющая на большое количество метео- и геофизических параметров [1].

Для проведения исследования были использованы данные по метеопараметрам GISMETEO.KZ. на те дни, когда проводились запуски ракет.

Космодром «Байконур» – первый и крупнейший в мире космодром [2]. Расположен на территории Казахстана, в Кызылординской области, занимает площадь 6717 км². По состоянию на 2015 год Байконур сохраняет лидирующее место в мире по числу запусков, в 2015 году было запущено 18 ракет-носителей (2 запуска потерпели неудачу).

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что влияние запуска ракет-носителей в Байконуре на изменение погоды, в частности облачности и скорости ветра наблюдается. Изменений температуры после запуска достаточно, в сравнении с нормой и отклонение составляет 6-7%. Давление после запуска ракет-носителей значительно меняется и отклонение от обычных лет составляет 15-17%. Однако, полученные вероятностные характеристики, не дают основания сделать вывод, что есть зависимость между запусками ракет-носителей и изменением погоды.

На основании результатов, полученных в исследовании можно заключить о том, что запуски ракет-носителей влияют на погоду. Таким образом, методом статистического анализа были получены следующие выводы:

- В 87% случаях после запуска ракеты-носителя изменяется температура.
- В 62% случаях после запуска ракеты-носителя изменяется давление.
- Погода изменялась в 19% случаях после запуска ракеты-носителя.
- В 81% случаях после запуска ракеты-носителя изменяется скорость ветра.

Литература:

1. Муса К.Ш., Айкешев Б.М., статья «Влияние запусков ракет-носителей с космодрома Байконур на окружающую среду и здоровье населения» - Астана, 2007.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki>

Толегенова А.М.
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, РК
Научный руководитель: проф.Нурмаганбетова М.О.

ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Современной жизни характерны экстремальные условия, поэтому к организму человека предъявляются высокие требования. Связано это не только с особенностями окружающей среды с неблагоприятной экологической обстановкой, но и с большинством факторов социальной, экономической, психологической природы и т.п. На сегодняшний момент стало очевидно, что в современном обществе любой человек испытывает на себе громадный объем неблагоприятных воздействий разного рода, что, безусловно, сказывается не только на его психологическом состоянии, но и на физическую активность.

Физическая культура человека является мощным средством физического совершенствования и оздоровления и ведет к социальной, трудовой и творческой активности. Физическая культура не только спорт, гимнастика, игры и туризм, но и включает в себя общественную и личную гигиену труда, быта, закаливание, правильный режим труда, отдыха и питания. Для сохранения и укрепления здоровья населения, предупреждения болезней и преждевременной старости необходимо сознательное, высококультурное поведение. Этим можно предупреждать различные заболевания и даже в некоторых случаях излечить болезнь и улучшить состояние организма. Ставится задача перед здравоохранением привлечь общество к физической культуре и спорту с целью сохранения и укрепления физического здоровья населения страны.

В ходе анкетирования было выявлено, что все опрошенные студенты занимаются физической культурой. Но разные группы студентов занимаются физической культурой в различных формах (утренняя зарядка, гимнастика, комплексы упражнений, бег, плавание, фитнес). Установлено, что 70% занимаются регулярно и 30% нерегулярно. На вопрос: "С какой целью вы занимаетесь физической культурой и спортом?" около 50% ответили "для здоровья", около 20% "для коррекции фигуры", около 25% "для поддержания фигуры", и около 5% "за кампанию".

Студенческий возраст - является важнейшим периодом в становлении человека, как личности, так и как члена общества. А ведь современное общество, в свою очередь, требует от человека немалых усилий для выживания и личностного роста в наших нелегких условиях. Студенты являются основой социального развития, а также будущим всей нации. Безусловно, что приведенные в данной статье материалы являются лишь малой частью проблем, стоящих сегодня перед физической культурой и спортом. Вместе с тем, очевидно, что развитие физической культуры и спорта на современном этапе является одной из наиболее актуальных проблем нашего общества. Физическая культура и спорт способствуют развитию общества в целом, как в плане физического воспитания, так и в духовного и интеллектуального развития всех его представителей.

*Жолаушыбекова А.Г., Аскамбаева Н.Н., Серикова Н.Н.
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, РК
Научный руководитель: Шонаева Г.А., д. м. н., профессор
Кафедра инфекционных и тропических болезней
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, РК*

УРОВЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЭХИНОКОККОЗУ

Введение. Эхинококкоз относится к тяжелым паразитарным заболеваниям, характеризуется длительным хроническим течением, тяжелой органной и системной патологией, приводящей к инвалидизации, а нередко – и к гибели больного. Эхинококкоз широко распространен во всем мире.

Эхинококкоз (ЭК) был известен еще в глубокой древности. Описание этого заболевания встречается в трудах Гиппократ, Галена. Античные ученые считали, что эхинококкоз представляет собой расширение лимфатических сосудов или серозные растяжения под названием «гидатиды» [1]. Возбудителем ЭК является цепень *Echinococcus granulosus*, который паразитирует в тонком кишечнике собак и других плотоядных животных (волк, лисица, рысь и др.). Промежуточные хозяева паразита – человек, сельскохозяйственные и другие животные (овцы, крупный рогатый скот, верблюды, лошади, северные олени, козы, свиньи, лоси), некоторые грызуны (белки, зайцы); в их организмах развивается личиночная стадия эхинококка в виде эхинококковых кист. Человек может заразиться, глядя собаку, употребляя в пищу контаминированные овощи, фрукты. Мясо, как фактор заражения, может встречаться среди лиц, занятых убоем скота. Кроме того, заражение возможно при обработке меха и шкур животных.

Попавшие в желудочно-кишечный тракт яйца эхинококка под воздействием протеолитических ферментов превращаются в шестикрючные личинки, которые проникают в кровеносные сосуды кишечной стенки и током крови заносятся в различные органы, наиболее часто – в печень и легкие. В органах из личинки развивается эхинококковая киста. Описаны локализации кист, особенно трудные для диагностики: головной и спинной мозг, позвоночник, кости, почки, мягкие ткани, щитовидная железа, средостение, сердце, плевра и диафрагма, селезенка, малый и большой сальник, тонкая и толстая кишка, органы малого таза и клетчатка, молочная железа и другие. Размеры кист варьируют от небольших (до 3-5 см) до огромных; так, описана эхинококковая киста печени, содержащая 47 литров жидкости и занимавшая всю брюшную полость [1].

Основное патологическое воздействие эхинококка на организм человека связано с сенсибилизирующим и механическим факторами. Постоянное аллергизирующее и токсическое действие продуктами жизнедеятельности паразита и одновременное механическое давление кисты приводит к развитию хронического воспалительного процесса в органе, где располагается киста. Иммуный ответ хозяина на развитие эхинококкового процесса различен. В начальной стадии происходит активация клеточных механизмов защиты, направленная на уничтожение паразита, что в некоторых случаях заканчивается гибелью пузыря с последующим обызвествлением. Со временем происходит постепенное нарастание иммунодефицита, что способствует прогрессированию процесса [2]. В экстремальных ситуациях (травма, разрыв, самопроизвольное вскрытие эхинококковой кисты) возможно развитие анафилактического шока. С момента заражения до времени установления диагноза проходит латентный период, в среднем, от 5 до 20 лет.

Актуальность. По данным ВОЗ, из 50 млн. человек, ежегодно умирающих в разных странах, более чем у 16 млн. причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания [3,4]. В последние десятилетия отмечается не только рост заболеваемости эхинококкозом среди сельского и городского населения, но и регистрируются случаи летального исхода в связи с поздней диагностикой, осложнениями, инвалидизирующими последствиями.

В большинстве развитых стран заболеваемость эхинококкозом имеет низкий уровень. В основном, болеют мигранты из эндемичных по эхинококкозу регионов [5].

E.granulosus имеет широкое распространение в странах Средиземноморья, России и Китае (в провинции Sichuan люди, болеющие эхинококкозом, составляли 2,1% в 1997-1998). Другой гиперэндемичный регион – Северная и Восточная Африка (более 3%), Северная Америка и Австралия. В Болгарии ежегодная заболеваемость эхинококкозом детей выросла с 0,7 на 100000 населения в 1971-1982 г.г. до 5,4 в 1995.

В Казахстане ежегодные хирургические случаи эхинококкоза регистрировались на уровне 1,4 на 100000 населения с 1988 г. до 1995 г., однако этот показатель увеличился до 5,9 на 100000 населения в 2000 г. [6]. Более того, с 1994 г. в Казахстане наблюдается непрерывный рост заболеваемости людей эхинококкозом: с 1,2 до 6,7 на 100 тыс.населения, то есть в 5,58 раза [7]. Алматинская область относится к регионам с повышенной заболеваемостью эхинококкозом. Однако, в силу ряда причин, в том числе, длительного латентного периода, неспецифической симптоматики на ранних стадиях болезни, отсутствия настороженности врачей общей сети, есть веские основания полагать, что официальная статистика по эхинококкозу в РК не отражает истинную распространенность заболевания (рисунок 1).

Данная патология, имея серьезные социальные и медицинские последствия, требует особого подхода к организации диагностических мероприятий и оказанию специализированной медицинской помощи.



Рисунок 1 - Заболеваемость людей эхинококкозом в Республике Казахстан за 1994-2014 гг. (на 100 тыс.населения)

Цель исследования: изучить уровень санитарной грамотности населения г.Алматы и Алматинской области по проблеме эхинококкоза.

Материалы и методы: С помощью оригинальной анкеты было опрошено 118 респондентов, из них 58 жителей города (1-я группа сравнения) и 60 сельских жителей (Алматинская область) (2-я группа сравнения). Анкета анонимная, содержит 13 вопросов. Принципом отбора респондентов был метод случайной выборки. Метод исследования – анонимное анкетирование. В конце интервью каждый респондент получал специально разработанную авторами памятку для населения «Профилактика эхинококкоза».

Результаты. В целом, среди опрошенных в возрастном аспекте, лица от 18 до 25 лет составили $23,7 \pm 3,9\%$; от 26 до 40 лет – $45,8 \pm 4,6\%$ и от 41 до 60 лет – $32,2 \pm 4,3\%$. Соотношение женщин и мужчин составило 1:0,88. Большинство респондентов в группах сравнения имели высшее образование – $59,3 \pm 4,5\%$.

Анализ опроса населения по проблеме эхинококкоза показал, что, в целом, преобладающее большинство ($73,3 \pm 4,1\%$) респондентов никогда не слышали о таком заболевании как «Эхинококкоз» или имеют о нем очень поверхностное представление. При этом среди городского населения удельный вес неинформированных/плохо информированных лиц составил $65,5 \pm 6,2\%$, а среди сельских жителей – $78,3 \pm 5,3\%$.

Среди относящих себя к информированной по эхинококкозу категории большинство как городских, так и сельских жителей впервые услышали об эхинококкозе от больных эхинококкозом родственников, знакомых (соответственно, $40,0\%$ и $53,8\%$).

Приоритетными среди возможных путей передачи инфекции жители города назвали: грязные руки (при работе в саду, контакте с землей), через рукопожатие – $20,7 \pm 5,3\%$; употребление недоваренного/недожаренного мяса – $17,2 \pm 5,0\%$; контакт с животными – $15,5 \pm 4,8\%$. Информированные респонденты из сельской местности ведущую роль отвели следующим факторам: грязные руки (при работе в саду, контакте с землей), через рукопожатие – $13,3 \pm 4,4\%$; контакт с животными – $11,7 \pm 4,2\%$. Не смогли ответить на данный вопрос в 1-ой и во 2-ой группах сравнения, соответственно $41,4 \pm 6,5\%$ и $78,3 \pm 5,3\%$.

В первой группе сравнения лишь треть опрошенных правильно указала орган преимущественного поражения («печень») – $31,0 \pm 6,1\%$; во второй группе на данный вопрос ответили всего $11,7 \pm 4,1\%$. Из 118 респондентов только 1 (городской житель) ответил правильно на вопрос о том, какие органы человека могут поражаться при эхинококкозе, указав все возможные из представленных вариантов (печень, легкие, почки, кости, кишечник).

Вопрос о лечебной тактике при эхинококкозе также вызвал затруднения среди наших респондентов. Так, не смогли ответить на данный вопрос $60,3 \pm 6,4\%$ жителей города и $78,3 \pm 5,3\%$ представителей сельской местности. Наиболее частым ответом в первой группе был «Применение лекарственных средств» ($22,4 \pm 5,5\%$) и «Оперативное лечение» ($8,6 \pm 3,7\%$). Респонденты 2-ой группы с одинаковой частотой указали в качестве ответов: «Применение лекарственных средств», «Оперативное лечение» и «Дегельминтизация собак» – $8,3 \pm 3,6\%$.

Среди наиболее предпочтительных путей получения информации о заболевании в обеих группах анкетированных большинство респондентов выбрали Интернет-ресурсы и возможность получения информации при беседе с врачом – соответственно, $43,1 \pm 6,5\%$ и $36,2 \pm 6,3\%$ в 1-ой группе и $55,0 \pm 6,4\%$ и $25,0 \pm 5,6\%$ во 2-ой группе. Наименее популярными в обеих группах оказались – медицинские буклеты, научная литература, газеты, журналы, телевидение, специальные приложения в телефонах (WhatsApp, Viber и др.).

На вопрос «Связана ли Ваша профессия с животноводством?» ожидаемо удельный вес среди жителей села оказался выше ($30,0 \pm 5,9\%$), в сравнении с респондентами из города ($6,9 \pm 3,3\%$). Положительный ответ о наличии домашних питомцев (собаки, кошки) дали только городские жители – $19,0 \pm 5,2\%$.

$13,8 \pm 4,5\%$ жителей города проводят убой скота в личных хозяйствах, тогда как на селе этим занимаются $30,0 \pm 5,9\%$ анкетированных лиц. В результате данного исследования выявлено, что $27,6 \pm 5,9\%$ анкетированных 1-ой группы скармливают продукты убоя скота (внутренности) собакам; среди респондентов села данная практика распространена в $15,0 \pm 4,6\%$ случаев. Опыт проведения дегельминтизации собак отметили $29,3 \pm 6,0\%$ опрошенных в 1-ой группе и лишь $1,7 \pm 1,7\%$ – во второй.

Интересен результат ответов на вопрос «Проживаете ли Вы близ пастбищ и скотобоев?», на который положительно ответили $13,8 \pm 4,5\%$ жителей города и лишь $3,3 \pm 2,3\%$ сельских жителей.

Практически одинаковый удельный вес лиц в обеих группах, положительно ответивших на вопрос «Были ли у Вас эпизоды употребления немытых овощей, фруктов, ягод?»: $67,2 \pm 6,2\%$ и $56,7 \pm 6,4\%$, в 1-ой и во 2-ой группах, соответственно.

Заключение. Обобщая вышеизложенное, следует признать, что осведомленность как городского (г.Алматы), так и сельского населения (Алматинская область) об эхинококкозе крайне низкая. Следует отметить, что большинство респондентов ($45,8\%$) – лица молодого возраста (от 26 до 40 лет).

Уровень знаний респондентов особенно низок по вопросам эпидемиологии, а также клиническим проявлениям заболевания. При этом анкетирование выявило довольно высокий процент рискованной практики поведения, как городского, так и сельского населения, в отношении реальной возможности заражения эхинококкозом (проведение убоя скота в личных хозяйствах, скармливание продуктов убоя скота (внутренности) собакам, отсутствие потоянной практики дегельминтизации собак; наличие эпизодов употребления немытых овощей, фруктов, ягод). Все это говорит об отсутствии настороженности у преобладающей части населения по поводу эхинококкоза. Наиболее предпочтительным способом получения информации о заболевании около половины респондентов назвали Интернет-ресурсы ($25-33\%$).

Очевидна необходимость активизации работы в плане санитарного просвещения населения по вопросам эхинококкоза, учитывая медико-социальную и экономическую составляющие заболевания, а также возможные исходы в виде инвалидизации и летальных случаев. При проведении профилактических мероприятий по повышению грамотности среди населения по эхинококкозу целесообразно учитывать предпочтения целевой группы относительно путей и способов получения информации.

Литература:

1. Дейнека И.Я. Эхинококкоз человека. – М.: Медицина, 1968. – 376 с.
2. Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Эхинококкозы: учеб. пособие. – Изд. 2-е, доп. и перер. – М.: РМАПО, 2004. – 38 с.
3. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: состояние проблемы // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – № 4. – С. 7–12.
4. Тихонова Е., Масленникова Н. Эхинококкозы // Медицинская газета. – 2014. – № 17. – С. 8–9.
5. T.Junghanss, A.Menezes da Silva, J.Horton, P.L.Chiodini, and E.Brunetti Clinical Management of Cystic Echinococcosis: State of the Art, Problems. //Am. J. Trop. Med. Hyg. - 79(3). – 2008. – P.301–311.
6. S.Gruttadauria Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. //World J. Gastroenterol., 2012. - 18(13). P.1448-1458.
7. Шайкенов Б.Ш., Торгерсон П.Р. Эхинококкоз в Центральной Азии: проблемы и решение. Цюрих, Алматы, 2004г. – 300 с.

Тленова С.Б

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, РК

Научный руководитель: проф. Нурмаганбетова М.О.

ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ

Важным приоритетом в политике Республики Казахстан является развитие отрасли здравоохранения как устойчивой и стабильной системы, которая призвана стать единой, развитой, социально-ориентированной системой. Основная задача здравоохранения: создать и обеспечить доступность, своевременность, качество оказания медицинской помощи населению. В своих посланиях глава государства Н. Назарбаев подчеркнул, что «...только здоровая нация может называться конкурентоспособной, ведь здоровье один из важнейших компонентов человеческого счастья и одно из ведущих условий успешного социального и экономического развития». Для укрепления здоровья, в современном мире, создают, так называемую, здоровьесберегающую образовательную технологию. Последнее призвана создать максимально возможные условия для сохранения, укрепления и развития духовного, эмоционального, интеллектуального, личностного и физического здоровья всех субъектов образования (учащихся, студентов, педагогов), отсюда следует, что забота о здоровье является неотъемлемой частью образовательного процесса. Здоровьесберегающие технологий подразделяются на медико-гигиенические, физические и психолого-педагогические. Причем, каждая из перечисленных групп имеет свои специфические

особенности. Например, во время обучения студенты находятся под действием стрессовых ситуаций отрицательно влияющих на их здоровье. Исследование ученых показало, что физически развитые и активные люди более легко переносят стрессовые напряжения, чем те люди, которые не занимаются спортом. Возникает необходимость усилить внимание на физическое воспитание студентов, которое лежит в основе здоровьесформирующей и здоровьесберегающей технологии. В соответствии с законами физиологии идет приспособление организма к восприятию различного рода динамических, статических, эмоционально-психологических нагрузок. Известно, что преобладание умственных нагрузок над физическими приводит к различным патологиям, таким как гиподинамия. Нарушаются функции организма, связанные с опорно-двигательным аппаратом, кровообращением, дыханием, пищеварением. Без физической нагрузки мышцы слабеют и постепенно атрофируются, а также уменьшается выносливость, нарушается нервно-рефлекторная связь, что приводит к расстройству деятельности нервной системы.

К здоровому образу жизни относится не только физическая активность, но и сбалансированный режим питания, и поэтому следует обратить внимание на рациональное питание студентов. Существуют определенные нормы поступления витаминов органических веществ, которые необходимы для здорового развития молодого поколения. Важным направлением является медико-гигиеническая технология, контролирующая и обеспечивающая гигиенические условия и относящиеся к здоровьесформирующей технологии. Организуют профилактические мероприятия в преддверии эпидемией (гриппа), а также другие проблемы связанные с оказанием медицинской службы.

В данной работе рассмотрены возможности и показаны необходимости использования здоровьесформирующих и здоровьесберегающих технологий. Эти технологии следует внести в систему здравоохранения для укрепления здоровья молодежи, ведь именно молодое поколение является движущей силой развитой страны.

*Нұрманова Г., Мұхамәди Б.
КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова, г. Алматы
Научный руководитель: Умирбекова З.К.*

ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА БИОСИСТЕМУ

Ионизирующее излучение является одним из видов электромагнитного излучения. В результате воздействия ионизирующих излучений на организм человека в тканях могут происходить сложные физические, химические и биохимические процессы. Ионизирующие излучения вызывают ионизацию атомов и молекул вещества, в результате чего молекулы и клетки ткани разрушаются.

При воздействии ионизирующих излучении (рентгеновское и гамма-излучение) взаимодействие фотонов приводит к образованию высокоактивных короткоживущих свободных радикалов, которые проникают в критические структуры клетки, такие как ДНК и, возможно, мембраны, и разрушают химические связи.

Радиочувствительность - понятия, характеризующие степень чувствительности биосистемы к воздействию ионизирующих излучений. Чем больше возникает изменений в ткани под влиянием радиации, тем ткань более радиочувствительна. Различные органы и ткани биологических систем также обладают разной радиочувствительностью. Наибольшей радиочувствительностью у человека обладают половые клетки и белые кровяные тельца (лейкоциты). Очень чувствительны к действию ионизирующей радиации костный мозг, селезенка и лимфатические узлы, т.е. органы кроветворения. Изучение деятельности физиологических систем, в частности, нервной, показало высокую чувствительность центральной нервной системы к действию даже малых доз радиации на организм. Костная и мышечная ткани являются наименее чувствительными к действию ионизирующей радиации.

В зависимости от вида излучений, дозы облучения и его условий возможны различные виды лучевого поражения. Воздействие ионизирующего излучения может повреждать клетки человеческого организма двумя способами. Один из них – генетические повреждения, которые изменяют гены и хромосомы. Они могут проявиться в виде генетических дефектов у потомков. Другой способ – соматические повреждения, которые наносят вред жертве в течение её жизни.

Примерами служат ожоги, некоторые виды лейкемии, выкидыши, глазные катаракты, а также раковые заболевания костей, щитовидной железы, молочной железы и лёгких.

Живые существа на воздействие излучений реагируют различно, причем развитие лучевых реакций во многом зависит от дозы излучений. Поэтому целесообразно различать: 1) воздействие малых доз, примерно до 10 рад; 2) воздействие средних доз, обычно применяемых с терапевтическими целями, которые граничат своим верхним пределом с воздействием высоких доз. Конечный результат облучения часто во многом зависит от мощности дозы, различных условий облучения и особенно от природы излучений.

Тяжесть заболеваний от влияния ионизирующих излучений и возможность более тяжелых отдаленных последствий требуют особого внимания к проведению профилактических мероприятий. Комплекс мероприятий по защите от действия ионизирующих излучений делится на два направления: меры защиты от внешнего облучения и меры профилактики внутреннего облучения.

Литература:

1. Ремизов А.Н., Потапенко А.Я., Максина А.Г. Медицинская и биологическая физика //М.:Дрофа, 2013.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki>.

*Мұрат Ж., Жаншаев Б.
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Жетекшісі: С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
оқытушысы Сериева Ж.А.*

ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН НЫҒАЙТУ

Бүгінгі таңда денсаулық көрсеткіштерін жақсарту үшін денсаулық сақтау жүйесін жетілдірудің мәні зор деген пікір көбірек басымдыққа ие болып келеді. Әрбір адамның денсаулығы оның толыққанды тіршілік етуін ғана емес, сонымен қатар оның мүмкіндіктерінің әлеуетін анықтайтын факторға айналып отыр. Халық денсаулығы жағдайының деңгейі өз кезегінде, елдің әлеуметтік-экономикалық, мәдени және индустриялық даму шамасын айқындайды. Медициналық көмек көрсетудің қолжетімділігін, уақтылылығын, сапасы мен сабақтастығын қамтамасыз етуге қызмет ететін бірыңғай дамыған, әлеуметтік бағдарланған жүйені білдіретін денсаулық сақтау саласы халық әл-ауқатының орнықты және тұрақты өсуі тұрғысынан алғанда республикадағы негізгі басымдықтардың бірі болып табылады.

Президент Н.Ә.Назарбаев «Жаңа әлемдегі жаңа Қазақстан» атты Қазақстан халқына Жолдауында еліміздің дамуының жаңа кезеңіндегі мемлекеттік саясаттың бір бағыты медициналық қызмет көрсету сапасын жақсарту және денсаулық сақтаудың жоғары технологиялық жүйесін дамыту болуы керек деп атап көрсетті. Медициналық қызметтердің сапасы кешенді ұғым болып табылады және ол көптеген көлемді себептерге байланысты, олардың ішінде медициналық ұйымдардың материалдық-техникалық жарақталуын, клиникалық мамандардың кәсіби деңгейін және оны арттыруға деген уәждемесінің болуын, медициналық көмекті ұйымдастыру мен көрсету үдерістерін басқарудың қазіргі заманғы технологияларын енгізуді, медициналық көмекке ақы төлеудің тиімді әдістерін енгізуді бөлек атап өткен жөн. Медициналық қызметтердің сапасын басқаруды жетілдіру Қазақстанның денсаулық сақтау саласын 2020 жылға дейін стратегиялық дамыту аясында маңызды орын алады. Қазақстан Республикасы халқы денсаулығының жай-күйі, санитарлық-эпидемиологиялық ахуал және денсаулық сақтау жүйесінің дамуы соңғы онжылдықта оң үрдістермен де, сол сияқты теріс үрдістермен де сипатталды.

Соңғы жылдары негізгі медициналық көрсеткіштерді — тууды, өлім-жітімді, өмір сүрудің орташа ұзақтығын тұрақтандыруға қол жеткізілді. Жұқпалы аурулармен ауыру төмендеді. Денсаулық

сақтау саласында бірқатар реформалар жүргізілді, олардың бір бөлігі табысты іске асырылды, басқалары өзінің қисынды жалғасына жетпеді. Соңғыларына міндетті медициналық сақтандыру жүйесін құруды, отбасылық медицина моделіне көшуге әрекеттенуді жатқызуға болады. Солардың арасынан саланың нормативтік құқықтық базасын құруды, денсаулық сақтауды қаржыландырудың елеулі ұлғаюын оң өзгерістер ретінде атап өткен жөн, бұл бірқатар қазіргі заманғы клиникалардың құрылысын жүзеге асыруға, медициналық ұйымдарға күрделі жөндеулер жүргізуге және олардың материалдық-техникалық жарактандырылуын жақсартуға, емдеу-диагностикалық процесіне жаңа медициналық технологиялар енгізуге мүмкіндік туғызды. Медициналық көмек көрсетудің сапасын жақсарту және оның қолжетімділігін арттыру нәтижесінде бірқатар жұқпалы және басқа да ауруларға қатысты халық денсаулығының жай-күйінде оң үрдістерге қол жеткізілді. Алайда республика халқының денсаулық жағдайы өлшемінің көптеген бөлігі қанағаттанғысыз болып отыр.

Қазақстанда соңғы жылдары белгілі бір медициналық-демографиялық өзгерістер болды. Республикада халықтың саны 2009 жылы 1999 жылмен салыстырғанда 49,6 мың адамға өсті және 2004 жылдың басында 14 951,2 мың адамды құрады.

2009 жылы бала туу көрсеткіші халықтың 1000 адамына шаққанда 17,2-ні құрады және 1999 жылмен салыстырғанда 1,2 есе өсті. Республикада бала туудың өсу үрдісі 1999 жылдан бастап байқалып отыр.

Соңғы 5 жыл ішінде халықтың табиғи өсімі 1000 адамға шаққанда 2009 жылы 6,7-ні құрай отырып, 1,6 есе өсті. 1999 жылдан бастап халықтың өлім-жітім коэффициентінің болмашы өсуі байқалады, ол 1000 адамға шаққанда 2009 жылы 1999 жылғы 9,7-ге қарағанда, 10,5-ті құрады. Соңғы 5 жыл ішіндегі ерлер мен әйелдер өлім-жітімінің неғұрлым үлкен жас мөлшері коэффициенті 70 және одан да астам жасқа сәйкес келеді, ол жас мөлшері тобын 1000 адамға шаққанда 2002 жылы тиісінше 104,51-ді және 79,98-ді құрады. Халықтың өлім-жітім құрылымында жүрек-қан тамыры, онкологиялық аурулар, жарақаттану жетекші орын алады. Өлім-жітім құрылымының көрсеткіштерін бұрмалау факторларының бірі — өлім себебін тиімді сараптау жүйесінің жоқтығы болып табылады.

Республика халқының болжамды орташа өмір сүру ұзақтығы соңғы 5 жыл ішінде тұрақтанды және 2009 жылдың соңына қарай 65,9 жасты: ерлерде — 60,5 жасты, әйелдерде — 71,5 жасты құрады.

Қазақстан Республикасы халқының жалпы науқастанушылық көрсеткіші серпінді өсті және 2009 жылы халықтың 100 мың адамына шаққанда 1999 жылғы 47972,8-ге қарағанда 56413,9-ды құрады.

Науқастану құрылымында халықтың 100 мың адамына шаққанда бірінші орынды — тыныс алу ағзаларының аурулары (22160,6), екінші орынды — жарақаттар мен уланулар (4003,7), үшінші орынды — несеп-жыныс жүйелерінің аурулары (3948,6), төртінші орынды — тері және тері асты клеткаларының аурулары (3847,0), одан соң ас қорыту ағзаларының аурулары (3688,7), көз және онымен байланысты аурулар (2748,2), жұқпалы және паразиттік аурулар (2482,1) алады. Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың арасында 2009 жылы бірінші орынды наркологиялық аурулар алды (халықтың 100 мың адамына шаққанда 424,4), ол бұл тізбеде өзге де аурулардың көрсеткішінен 4 есе және одан да асып түсті.

Республикада сәби өлім-жітімі көрсеткішінің азаю үрдісі бар, алайда, тұтастай алғанда, Еуропа елдерімен салыстырғанда айтарлықтай жоғары болып отыр және 2009 жылы 1000 тірі туғандарға шаққанда 15,3-ті құрады. Бұл ретте, осы көрсеткіштің ДДҰ-ның ұсынымдары ескерілмей есептелгендігін атап көрсеткен жөн.

Ана өлім-жітімі көрсеткішінің 1999 жылмен салыстырғанда 2009 жылы 100 мың тірі туғандарға шаққанда 65,3-тен 42,1-ге дейін азайғандығы байқалады. Республикада ана өлімі негізгі себептерінің бірі — әйелдер денсаулығы индексінің төмендігі болып табылады, ол 20-30%-ті құрайды.

Балалар денсаулығының жай-күйі алаңдатушылық туғызады. Балаларды жаппай алдын ала тексеру жүргізу екі баланың бірінің ауру екендігін көрсетті және ол сауықтыру терапиясына барабар алдын алу жұмыстарын, бірінші кезекте амбулаториялық-емханалық деңгейде ұйымдастыруды талап етеді. ДДҰ-ның ұсынымдарына сәйкес 5 жастағы балалар ауруының көбісін амбулаториялық жағдайда тиімді емдеуге болады, соған қарамастан Қазақстанда осы жастағы балалардың 60%-тен астамы стационарда емделеді. Ауруханаға балаларды жатқызу себептерінің бірі — дәрілік заттарға амбулаториялық деңгейде қолжетімділіктің төмендігі.

Әлеуметтік жағынан елеулі аурулардың жоғары көрсеткіштері сақталуда. Психикалық және наркологиялық аурулар, қант диабеті, өңеш-өкпе аурулары, жүрек-қан тамыры патологиясы, туберкулез, жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, қатерлі ісіктер елеулі проблема болып

табылады. Өкінішке қарай, бүгінгі таңда денсаулық сақтау аурулардың алдын алуға емес, емдеу сипатындағы шараларға көбірек бағдарланған, ал халықтың өзі денсаулығын сақтауға жеткілікті дәрежеде бағдарланбаған. Бұл туралы, атап айтқанда, асқынған нысандағы ісік аурулары анықталуының өсуі, сондай-ақ халықтың жүрек-қан тамыры ауруларынан қайтыс болуының жоғары көрсеткіші айғақтайды. ДДҰ деректері бойынша туберкулез ауруының көрсеткіші бойынша Қазақстан ТМД елдерінің арасында жетекші орын алып отыр: 1999 жылы 100 мың халыққа шаққанда — 141,0, ал 2009 жылы — 160,4.

АҚТК/ЖҚТБ-ның (ВИЧ/СПИД) пандемиясына байланысты Қазақстанда, соның ішінде пенитенциарлық мекемелер жүйесінде таралуы өрши түсуде. Осыған байланысты, республикада ЖҚТБ-ның індетіне қарсы іс-әрекет жөніндегі 2001-2005 жылдарға арналған бағдарлама қабылданып, іске асырылуда. Алайда, қабылданған шаралар әзірше індеттің қарқынын бәсеңдетуге ғана мүмкіндік берді.

Тұтастай алғанда қазақстандықтардың денсаулығы жай-күйінің қанағаттанғысыз болуына денсаулық сақтау жүйесінің алдын алудағы белсенділігінің әлсіздігі, халық тарапынан өзінің денсаулығына жауапкершіліктің жеткіліксіздігі, денсаулық сақтау мәселелерінде сектораралық өзара іс-қимылды тиімсіз жүргізу, сондай-ақ өтпелі кезеңнің әлеуметтік-экономикалық проблемалары себеп болды.

Денсаулық сақтаудың ұлттық жүйесін ұзақмерзімді жаңғырту аясында біз елдің барлық аумағында медициналық қызметтер сапасының бірыңғай стандарттарын енгізуге, сондай-ақ медицина мекемелерінің материалдық-техникалық жабдықталуын бірыңғайландыруға тиіспіз.

Негізгі басымдықтар:

- Сапалы және қолжетімді медициналық қызметтер көрсетумен қамтамасыз ету.
- Аурулар түрінің барынша кең спектрін диагностикалау және емдеумен қамтамасыз ету.
- Профилактикалық медицина аурудың алдын алудағы басты құралға айналуы тиіс. Халықпен ақпараттық-түсіндірмелік жұмыс жүргізуге баса ден қою.
- «Смарт-медицина», қашықтан профилактика және емдеу, «электрондық медицина» қызметтерін енгізу. Медицина қызметтерінің бұл жана түрлері біздікі сияқты аумағы үлкен, кең байтақ елде ерекше сұранысқа ие.
- Біз балаларымыздың денсаулығын қамтамасыз етуге жаңа тәсілдер енгізу мәселесімен жұмыс жүргізуіміз қажет. Барлық 16 жасқа дейінгі балаларды медициналық қызметтің барлық спектрімен қамту қажет деп ойлаймын. Оны ең төменгі өмір стандарттарына заңнамалық тұрғыдан бекіту қажет. Бұл қадам ұлт денсаулығын қамтамасыз етуде маңызды үлес болады.
- Медициналық білім беру жүйесін түбірімен жақсарту. Медициналық жоғары оқу орындары жүйесі мамандандырылған орта деңгейдегі білім беру мекемелері желісі арқылы нығайтылуы тиіс.



- Медициналық жоғары оқу орындары жұмысының тәжірибелік ғылыми-зерттеушілік бөлігіне басты маңыз беру. Адамзаттың жаңа білімдері мен технологиялық жетістіктерін шоғырландыратын жоғары оқу орындары болуы тиіс. Мысал ретінде, ірі және тиімділігі жоғары медициналық орталықтар болып саналатын АҚШ-тағы университеттік госпитальдерді келтіруге болады. Бұл бағытта да мемлекеттік-жекеменшік әріптестігін дамыту керек.

- Жеке медицинаның дамуына жағдай жасау. Барлық дамыған әлемде медициналық қызметтердің айтарлықтай бөлігін жеке сектор көрсетеді. Біз жеке ауруханалар мен емханаларға тезірек көшуге жағдай туғызуға тиіспіз.

- Заңнамалық деңгейде медициналық жоғары оқу орындары мен мекемелердің халықаралық аккредитациясын өткізуді бекіту.

Қазірге дейін ауылдағы медициналық қызметтердің сапасы жөнінде көп сын айтылады. Ал ауыл тұрғындары бізде бүкіл халықтың 43%-ын құрайды.

Денешынықтыру мен спорт мемлекеттің айрықша назарында болуы тиіс. Нақ сол саламатты өмір салты ұлт денсаулығының кілті болып саналады. Алайда елде барлығы үшін қолжетімді спорт нысандары, спорт құрал-жабдықтары жетіспейді. Осыған байланысты Үкімет және жергілікті органдар дене шынықтыруды, бұқаралық спортты дамыту және типтік жобадағы денешынықтыру-сауықтыру нысандары, соның ішінде, аула нысандары құрылысы бойынша шаралар қабылдау қажет.

Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесін енгізу нәтижесінің қол жетімділігінің тетігі мыналар болып табылатынын атап өту қажет:

-медициналық қызметті жеткізушілер үшін нақты экономикалық ынталар; -қабылданған шаралар нәтижесін бағалау үшін көрсеткіштер жүйесі және соңғы нәтиже бойынша медицина қызметкерлерінің еңбекақысын төлеу;

-республикалық және жергілікті бюджеттердің функциялық өкілеттіктерін нақты бөлу;

- денсаулық сақтау саласына инвестиция тарту;

-жеке және қоғамдық денсаулық үшін мемлекеттің, жұмыс берушінің және азаматтың ортақ жауапкершілігі теңгерімін белгілеу тетігін енгізу;

-сыбайлас жемқорлықтың түрлі элементтерін жоя отырып, ашықтық және бақылауға алу.

Бүгінгі таңда саланы дамытып отырған негізгі бағдарламалық құжаттар оларды әзірлеу сәтіндегі талаптарына барабар болған, алайда қазіргі уақытта олар экономикадағы, сол сияқты басқа да секторлардағы өзгерістер қарқынынан кейін қалып отыр. Осы құжаттарда белгіленген жекелеген іс-шаралар түпкілікті нәтижеге бағдарланбаған, ал құрылымдық қайта құрулар, соның ішінде қаржыландыру жүйесін өзгерту үнемі дәйекті сипатқа ие бола бермейді. Бүгінгі күні денсаулық сақтау жүйесінің жай-күйі қоғамды, мемлекетті және саланың өзін толық қанағаттандырады деп тұжырымдауға болмайды.

Жинақталған проблемалар денсаулық сақтау саласын басқару қағидаттарын түбегейлі қайта қарауды талап етеді. Мемлекет басшысының 2005 жылға арналған Жолдауында саланың басқару жүйесін, денсаулық сақтау ісін қаржыландыруды, ұсынылатын медициналық көмек беруді ұйымдастыруды, денсаулық сақтау жүйесінің нормативтік базасын, саланың статистикасы мен оны ақпараттандыруды, есептілікті оңтайландыруды жетілдіруге, сондай-ақ қаржы ресурстарын тиімді пайдалану мен сатып алуды міндетті түрде орталықсыздандыру бөлігінде байыпты өзгерістер жүргізу қажеттігі көрсетілген.

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасы туралы Қазақстан Республикасы Президентінің 2004 жылғы 13 қыркүйі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ісін реформалау мен дамытудың 2005-2010 жылдарға арналған бағдарламасы.
2. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Салауатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы.
3. Доскеева Г.Ж. Финансовый менеджмент (учебное пособие). – Алматы. -2002
4. Ковалев В.В. Введение в финансовый менеджмент. –М, 2001
5. Анализ зарубежного опыта реформы системы здравоохранения. //Материалы Межд.науч.-практ.конф. «Иновационные и информационные технологии в образовании» ТИ МКТУ. Тараз, 2009. – с.203-207.

Қалмет А. Қ., Әнтай А.Б.
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДА ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН НЫҒАЙТУ

Денсаулық сақтау және тұрғындардың денсаулығы-құрылымы, элементтері және қызметтері өзіне тән ерекшеліктерге ие болатын біртұтас көп өлшемді серпінді жүйе. Баршаға аян, биыл елімізде 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы аяқталады. Бүгінде осы бағдарламаның заңды жалғасы болып табылатын денсаулық сақтау саласын дамытудың жаңа «Денсаулық-2020» мемлекеттік бағдарламасы барлық медицина ұйымдарында талқылану үстінде. Мемлекеттік бағдарлама екі кезеңмен жүзеге асырылады. Біріншісі – 2016-2018, екіншісі 2019-2020 жылдарды қамтиды. Аталмыш жоба ағымдағы жылы өз бастауын алды. Қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінің дамуы қазіргі кездегі деңгеймен қатар алғашқы дәрігерлік көмектің жеке меншілік торабымен, салауатты өмір мәселелерінің орталықтарымен, жеке меншілік негізінде дәрігерлік транспорттың дамуымен, басқа елдерге шығаратын вакциналарды даярлайтын елімізде өндірістерді құруымен және де көптеген басқа түрлі кәсіпкерліктермен сипатталады. Бұл тұрғыда мемлекеттік денсаулық сақтау мен адамдардың денсаулығын нығайту саласындағы әлеуметтік саясат түрлі деңгейдегі басқаруды қоса алғанда, бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің іс-әрекетін түбегейлі түрде қайта құруды қажет етеді. Денсаулық сақтау саласына жалпы мемлекеттік кешендік мәселе ретінде қарау тұрғындардың денсаулығын бағыттарын дәрігерлік іс-шаралардан әлеуметтік, әлеуметтік-экономикалық, дәрігерлік-әлеуметтік және денсаулық сақтау жүйесінің өзіндегі мәселелерді шешудің жаңа әдістерін түбегейлі түрде өзгертеді.

Қазақстан Республикасының министрлігінің денсаулық сақтауды басқару ісін жетілдіру мақсатында қабылдаған шараларының бірі болып 2005 жылдан бастап денсаулық сақтау ұйымдарын қаржыландыру басқармасының жергілікті деңгейдегі қаржылық жауапкершілігін өзгерту ісі табылды. Бюджеттік кодекске сәйкес денсаулық сақтаудың аймақтық қаржыландырудың жүйесі бір буынды болып, денсаулық сақтауды қаржыландыру облыстық деңгейде орталықтандырылған, қалалық және аудандық бюджеттен қаржыландырудың күші жойылды. Бюджеттік қаржыландырудың жаңа тәртібінің артықшылықтары: ашықтылығы және қарапайымдылығы, бюджеттің бір деңгейінің жауапкершілігі. Әрине, саланы қаржыландырудың жаңа саласы тұтастай денсаулық саласына сөзсіз түрде өзінің жағымды әсерін тигізбек. Бюджеттік кодекстің денсаулық сақтауды дамыту үшін принципіалды мәнге ие бөлігі болып, бюджетаралық қатынастардың жаңаша тәртібімен түсімдер мен шығындарды бюджеттің түрлі деңгейлерінің арасында үлестірілуі табылды.

Әлбетте, бюджетаралық қатынастардың жаңа ұстамды денсаулық сақтау жүйесін тұрақты түрде қаржыландыруға арналған жағдайларды тудырады, бюджеттік субвенцияларды үлестіру кезінде үлкен әділеттілікті қажет етеді, мемлекеттік денсаулық сақтауды нарықтық өзгерістерді тереңдетуге арналған экономикалық-құқықтық өрісін кеңейтеді, жергілікті атқару мекемелерінің мемлекеттік денсаулық сақтау бағдарламаларын қалыптастыру мен орындауға деген жауапкершілігін арттырады.

Аймақтық денсаулық сақтауды басқарудың тиімділігін арттыру үшін оның жағдайын білумен қатар аурушаңдықты зерттеу мен терең түрдегі талдаудың деректеріне негізделі отырып жинақталған тәжірибені ескеру, денсаулық сақтауды дамытудың беталыстарын белгілеп, басқару органдарының жұмысына болжамдау мен келешекті жоспарлау әдістерін енгізу қажет.

Денсаулық сақтауды жүйе ретінде қарастыра отырып, түрлі ұйымдардың, мемлекеттік, қоғамдық ұйымдар мен тұрғындардың денсаулығын сақтау мен нығайту ісіндегі бірлігін қамтамасыз ету керек болады.

Тұрғындардың денсаулығын сақтаудың әрсалалық сипаттарымен, сондай - ақ әлеуметтік құрылымның құрамын анықтаудың қажеттілігі, олардың іс - әрекетімен өзара әрекеттесуінің түрлері мен әдістері, қоғамдық денсаулық сақтау жүйесінің қызмет етуінің интегралдық көрсеткіштерін әзірлеу, елдің тұрғын халқының денсаулығын сақтау мен дамытуға арналған кешенді әзірлемелерді кеңейту мен тереңдету және мемлекеттік, салалық, әлеуметтік- экономикалық және ғылыми - техникалық бағдарламаларды енгізуге байланысты.

Қазіргі жағдайларды тұрғындардың денсаулық сақтау мен денсаулық сақтау ресурстарын пайдалану тиімділігін арттырудың өзекті мәселелерін шешу үшін аталмыш саланы келешекті жоспарлаудың аса бір ұтымды түрін мақсаттық және көпмақсаттық бағдарламаларды әзірлеу және жүзеге асыру ісі өте маңызды болып келеді.

Әрине, кешендік - мақсаттық бағдарлама денсаулық сақтау саласындағы істердің бүкіл жағдайын түбегейлі түрде қайта құрудың стратегиялық бағыттарының бірін белгілейді. Және де айта кететін нәрсе, елдік денсаулық сақтау саласын дамыту жөніндегі мемлекеттік, аймақтық және аумақтық бағдарламалар арқылы жүзеге асырылатын болады. Аталмыш бағдарламаларға тұрғындардың денсаулық сақтау ісіне халықтың өмір сүруінің материалдық және мәдени деңгейін арттыруға, қоршаған ортаны қорғауға, адамдардың еңбек ету, тұрмыстық және демалу жағдайларын жақсартуға, сондай-ақ адам ағзасының денсаулық үшін қолайсыз факторлардың әсерінен төтеп беруіне және олардың пайда болуына ықпал ететін себептер мен жағдайларды жоюға арналған іс - шаралардың бүкіл кешені кіреді. Бұл дегеніміз, тұрғындардың денсаулығын нығайту жөніндегі мақсаттық кешенді бағдарламаларды әзірлеумен денсаулық сақтауды басқарудың бағдарламалық - мақсаттық әдісін енгізіп, дамыту қажет.

Осылайша, денсаулық сақтаудың іс - әрекеттеріне кез келген әкімшілік аймақтың, ең алдымен ауылдық аймақтық тұрғындары мен денсаулық сақтау саласын басқарудың негізі болып келетін тұрғындардың денсаулық сақтау жүйелерін дамыту мен жетілдірудің мақсаттық, кешендік, аймақтық - салалық бағдарламаларын әзілеу мен енгізу ісіне ерекше назар аудару қажет.

Медицина саласындағы көрнекті тұлға, профессор Айқан Ақанұлы:" Салауатты өмір салты ұстанымын жеткіншектер санасына ерте бастан сіңіру қажет" дейді, бірінші мәселе, ол, салауаттану пәнін оқыту, екінші мәселе -алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету ауқымында аурудың алдын алу, қағидаларын қолданысқа енгізу. Үшінші мәселе- мемлекеттік емес мекемелерді салауатты өмір салтын қалыптастыруға кеңінен қатыстыру, оларды, осы істердегі үлесін арттыру. Төртінші бағыт- салауатты өмір салтына, есірткілік заттарға қарсы насихатқа бұқаралық ақпарат құралдарын жүйелі және тиімді пайдалану.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәлімдеуінше денсаулықтың қалыптасуы 50-55 пайыз адамның өзіне,яғни,салауатты өмір салтын қалыптастыруына тікелей байланысты екендігі мәлім.Ал салауатты өмір салтын қалыптастыру үшін,әрине оның жолдарын білу қажет.Ең алдымен жаман әдеттерден арылып есірткі, темекі,маскүнемдік дерттерін салтқа айналдырмай, саналы түрде қорытынды шығару керек.

Денсаулық сақтау жүйесі бойынша Жапония-басқа ешбір мемлекетке ұқсамайтын,өз ерекшеліктерімен тартымды және экономикасы жоғары дамыған мемлекет. Қазақстанмен салыстырғанда Жапонияда адамдардың өмір сүру жасы әлдеқайда жоғары.

Жапонияда денсаулық ілімінің жаңа тың ағымының көшбасшыларының бірі-Кацузо Ниши сынды азамат болды. Кацузо Ниши адамның денсаулығынт 4 бірдей маңызы зор факторға байланыстырып қарастырады:

- 1.Терінің жайы
- 2.Тамақтың сапасы
- 3.Аяқ-қолдың хал-жайы
- 4.Адамның рухани күйі және ішкі сезімі

Бұл төрт фактор бүкіл дененің тіршілік қабілетін қамтамасыз етпекші ортақ мақсатта бір-бірімен бірлесіп әрекет жасайды.

Біздің елімізде халықтың денсаулығы ұлттық байлық ретінде саналып,мемлекетіміздің айрықша қамқорлығында. Қазіргі таңда денсаулық сақтау саласында көптеген оң өзгерістер болып жатқандығы мәлім.Әсіресе ана мен бала денсаулығына айрықша көңіл бөлініп келеді,ал біздің қарттарымызға да сондай айрықша көңіл бөлініп,гериатриялық орталықтар ашылса,оған мемлекет тарапынан көмек көрсетілсе,еліміздегі демографиялық ахуалдың жақсаруына өз септігін тигізері анық.

Гериатриялық медицина-бұл зейнеткерлік жастан аскандардың ауру-сырқаттарын зерттеп,оларға медициналық көмек көрсету жөніндегі әлі де болса жан-жақты көңіл бөлінбей келе жатқан медицина саласының бірі.

Біздің елімізде ерлер 63,ал әйелдер 58 жаста зейнеткер деп аталады.Соңғы жылдардағы мәліметтерге сүйенсек Қазақстан халқының орташа өмір сүру ұзақтығы 66,8 жас деп белгіленген.Нақты айтқанда,ерлерде -60,7 жасты,әйелдерде-71,1 жасты құрайды.Әрине бұл көрсеткіштермен көптеген елдердің соңында қалып қойғанымыз белгілі.Бірақ бұл көрсеткіш соңғы жылдары тұрақтанып,жақсарудың бар екендігін айтуға болады.

Академик И.И.Павловтың пайымдауынша, адам жасының ұзақтығы 100 жастан кем болмауы керек. Ағзаны сауықтыру туралы көп еңбектер жазып қалдырған Поль Брэгтің мынадай сөздері бар: «Денсаулық сатып алынбайды, оны сақтау үшін өзің тұрғылықты түрде қызмет жасап, өзіңнің

колыңмен жасауың керек. Әрбір адам 120 жыл, тіпті одан да көп жыл өмір сүруге құқығы бар, мен оған сенемін».

Кейбір елдердегі орташа өмір сүру ұзақтығының салыстырмалы кестесі			
Елдер	Барлығы	Оның ішінде	
		Ерлер	әйелдер
Қазақстан(1994)	66,8	60,7	71,1
Ресей(1991)	69,2	63,8	74,3
Беларусь(1995)	68,6	62,9	74,3
Әзірбайжан(1991)	71,1	67,0	74,8
Қырғызстан(1995)	66,0	61,4	70,8
Тәжікстан(1991)	69,4	66,8	71,9
Түркіменстан(1991)	66,4	62,9	69,7
Өзбекстан(1991)	69,3	66,1	72,4
Украина(1991)	70,5	65,6	74,9
Болгария(1990)	71,0	68,0	75,0
Венгрия(1990)	69,0	65,0	74,0
Ұлыбритания(1987)	75,0	71,0	78,0
Канада(1987)	76,0	73,0	80,0
Қытай(1981)	68,0	66,0	69,0
Монғолия(1988)	63,0	60,0	69,0
АҚШ(1989)	75,0	72,0	78,0
Жапония(1990)	79,0	76,0	82,0

Қазақстандықтар өмір сүру жасының ұзақтығы бойынша 96- орында тұр. Ал орташа ұзақтығы- 66,8.

ҚР Парламентінің кезекті отырыстарында денсаулық сақтау жүйесін дамыту туралы Сенат төрағасы Қ.К. Тоқаев : «Мемлекетіміздің ең қымбат қазынасы-адам,оның өмірі мен денсаулығы бүгінгі жетістіктердің негізі және табысты болашақтың кепілі. Денсаулық сақтау жүйесін дамытуға байланысты проблемалардың кең ауқымын ескере отырып, бұл саладағы мемлекеттік стратегияның бірқатар мәселелеріне тоқталғым келеді.

Президент Н.Назарбаев Қазақстан халқына Жолдауында халықтың саулығын сақтау жөніндегі мемлекеттік саясатты одан әрі жетілдірудің маңыздылығын атап өткен болатын. Қолда бар инфрақұрылымға медициналық қызметтердің сапасы мен ұйымдастырылуына ерекше көңіл бөлінді. Бұл кездейсоқ жағдай емес, өйткені денсаулық сақтауды жаңғырту-елдің әлеуметтік-экономикалық даму стратегиясын табысты іске асыру қажет. Халық денсаулығының жай-күйі мемлекеттің өз азаматтар алдындағы жауапкершілігінің деңгейін көрсетеді.

Бүгін ДСЖ халықаралық стандарттарға сәйкес медициналық қызметтер көрсету сапасын арттыруға, барлық деңгейде кадрлар әлеуетін күшейтуге бағытталған жаңа кезеңге аяқ басты. Қаржыландыру, бюджет қаражатын игеру мәселелерін қайта қараудың қажеттігі пісіп жетілді. Тұрғындар денсаулық сақтау мәселесі туралы тұрақты хабардар болуы тиіс.

Мемлекеттің ең маңызды міндеттерінің бірі – дүние жүзінің озық тәжірибиесін қолдана отырып, денсаулық сақтау органдарының жоғары медициналық технологиялар орталығын жасауына қолдау көрсету...»

Ұмытпаңыз, сіздің денсаулығыңыз- өз қолыңызда! Денсаулығыңызды шындап, мағыналы да, ұзақ өмір сүріңіз!

Өмірдегі ең маңыздысы-адамның ықылас- ниеті. Ниет болса, алынбайтын асу жоқ дейді. Денсаулығын шындап, мағыналы өмір сүргісі келетін әрбір адам, білімін жетілдіріп, алдына ізгі мақсаттар қойып, соны жүзеге асыруға ниет жасасын.

Денсаулықтарыңыз мықты, қадамдарыңыз шуақты болсын!

Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Қазақстанның ғылымы мен жоғарғы мектебі газеті.- Денсаулық сақтау жүйесі және халықтың денсаулығын нығайту жолдары -2007.-7 бет.
2. Денсаулық –байлық./Гүлжахан Ябек.-2011.-5 бет.
3. Саулық кілті өз қолыңда./Уатқан Жарқынбай.-2013.-231бет.

4. «Денсаулық сақтау жүйесін және халықтың денсаулығын қорғауды жетілдіру шаралары» жөнінде парламенттік тыңдау.-2008.-3 бет.

5. www.google.com.-"Денсаулық сақтаудың маңыздылығы"

Коскосиди Н., Курмашев Р.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Руководитель: доцент кафедры фармакологии, к.м.н. И.И.Ким

СКРИНИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ ВНОВЬ СИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Актуальность: одним из важнейших направлений в решении проблемы боли и поиска путей и средств обезболивания, является создание лекарственных препаратов, обладающих местноанестезирующим действием. В практической хирургии чаще используются методы проводниковой и инфильтрационной анестезии.

Цель исследования: изучение местноанестезирующей активности новых производных пиперидина (МAB-194 и МAB-195) на модели инфильтрационной анестезии.

Материал и методы исследования: определение местноанестезирующего эффекта с целью первичного скрининга было проведено согласно методикам, рекомендованным фармакологическим комитетом Республики Казахстан и Руководством по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ при инфильтрационной анестезии (по методу Бюльбринг-Уэйда на морских свинках).

Определялись: сила действия (глубина анестезии), длительность полной анестезии и общая продолжительность действия.

Результаты исследования.

Таблица - Активность МAB – 194, МAB – 195 и препаратов сравнения при инфильтрационной анестезии.

Соединение, препарат	0,25%							
	Индекс анестезии			Длительность полной анестезии мин.		Общая продолжительность действия мин.		
	M±m							
194 МAB-	35,1 7±0,3	>0,05 p_1 p_2 p_3 <0,001	31,6 6 ± 1,05	<0,001 p_1 p_2 p_3 <0,001	51,67 ± 1,58	<0,001 p_1 p_2 p_3 <0,001		
195 МAB-	35,8 3±0,17	<0,05 p_1 p_2 p_3 0,001	29,1 7±0,83	<0,001 p_1 p_2 p_3 <0,001	49,17 ±0,83	<0,001 p_1 p_2 p_3 <0,001		
Тримек аин	32,1±1,5			20,0±1,7		38,3±1,05		
Лидока ин	23,1±0,9			14,2±0,8		30,8±0,8		
Новока ин	25,0±1,0			10,0±1,2		29,1±1,5		

Примечания: p_1 - коэффициент корреляции по сравнению с тримекаином; p_2 - по сравнению с лидокаином; p_3 - по сравнению с новокаином.

При анализе экспериментальных данных, как видно из таблицы, сила анестезии МAB-194 была близка к таковой тримекаина, а МAB-195 превышает её.

Для суждения об активности при том или ином виде анестезии, большое значение имеет продолжительность полной анестезии и общая продолжительность действия. МАВ-194 и МАВ-195 в 0,25% концентрации действуют статистически достоверно продолжительнее всех препаратов сравнения, приготовленных в такой же концентрации, по длительности полной анестезии.

Соединение МАВ-194 превышает показатели эталонных препаратов и по параметру общей продолжительности действия: тримекаина в 1,35 раза; лидокаина - в 1,68 раза; и новокаина - в 1,78 раза.

Длительность действия МАВ-195 составляет 49,17 минуты, что в 1,28 раза продолжительнее, чем тримекаин; в 1,6 раза, чем лидокаин и в 1,69 раза, чем новокаин.

Заключение: оба соединения оказались активнее сравниваемых препаратов по всем параметрам и представляют интерес для дальнейшего исследования.

Құрманов Д.

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚҰМУ, Алматы, Қазақстан

Жетекшісі: Карлова Э. К., х.ғ.к. химия кафедрасы

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚҰМУ, Алматы, Қазақстан

МАЙЛАР. АДАМ АҒЗАСЫНА ПАЙДАЛЫ МА, ӘЛДЕ ЗИЯН БА?

XXI – ғасыр - озық технологиялар мен ғылымның жедел дамып жатқан шағы. Адамзаттың ақыл-ойы жетілген сайын күнделікті болып жатқан құбылыстарды жан-жағынан ашып түсіндіруге тырысады. Майлар тақырыбы да шетте қалған жоқ. Олардың адам ағзасына әкелетін зияны мен пайдасы жайлы даудамайлар әлі аяғын табар емес. Етті, майлы тағамдарды жеу қанына сіңген қазақ халқына, әсіресе жастарға, майлы тағамдар төңірегіндегі пікірталастар үлкен әсер етуде. Себебі, бұрыннан ішіп-жеп жүрген кәдімгі майдың өзінен қаншама зиянды заттарды табуда. Соның бірі - холестерин. Қазіргі таңда көптеген басылымдарда холестериннің зияны жайлы мағлұматтар көптеп кездеседі. Шынында да солай ма? Ағзадағы болып жатқан минерал алмасу, тері пигментациясы мен витаминдердің сіңірілуін қамтамасыз ететін бұл заттың пайдалы жақтары көп болғандықтан, одан мүлдем бас тарту мүмкін емес.

Май дегеніміз не? Бұл глицериннің күрделі эфирі мен май қышқылдарынан тұратын, жануарлар мен өсімдіктерде болатын заттар. Май қышқылдары, өз кезегінде, қаныққан және қанықпаған болып бөлінеді.

Қаныққан майлар ағзаға зиян, ол «зиянды» холестериннің мөлшерін көбейтеді деген қате ұғым көп адамдарда қалыптасып кеткен. Дегенмен, қазіргі таңдағы зерттеулер бұл ұғымды жоққа шығарады. Мәселен, пальмитин қышқылы ет тағамдарында көп болса, сүтте стеарин қышқылы көп. Егер адам көмірсуларды шектеп пайдаланса, бұл қышқылдар ағзадағы «зиянды» холестерин мөлшеріне әсер етпейтіндігі анықталған.

Арықтау, ашығу – бұл сөздер қазіргі қыздардың санасында әртүрлі қабылдануда. Менің тоқталатыным, шектен тыс арықтаудың немесе арықтықтың адамның (әсіресе әйелдердің) репродукциялық жүйесіне әсері. Арықтық қандай тұлғаларда көрініс береді? Біріншіден, әлеуметтік жағдайы төмен отбасыларында тұратын; екіншіден, әр түрлі зат алмасу ақаулықтарымен ауыратын адамдарда; үшіншіден, саналы түрде шектен тыс ашығуы. Майлардың алмастырылатын түрлерін ағза өзі синтездеп алуға қабілетті, ал алмастырылмайтын (линоль, линолен, арахидон май қышқылдары) май қышқылдарын тек тағаммен ғана қабылдайды. Ашығу ұзаққа созылған кезінде ағза тірі қалу үшін артық энергия шығынын қажет ететін процестерді тоқтатады. Қорексіз қалған репродукциялық жүйе мүшелерінің дистрофиясы байқалады. Басында қайтымды болғанымен, емделмеген жағдайда жыныс мүшелерінің толық деградациясына алып келеді. Әйелдердің бала сүйе алмай қалу қаупі күрт жоғарылайды. 10-18 жаста ашығудың зияны өте ауыр тиеді. Жас ағза жыныстық жетілуі үшін қажетті мөлшерде май болмаған жағдайда бұл процесті мүлдем тоқтатады. Сонымен қатар бел аймағында жиналған май құрсақ қуысы маңындағы мүшелер мен өте нәзік жыныс мүшелерін жаракаттардан, сілкінулерден сақтап тұрады, бүйректің түсуіне жол бермейді. Қалыпты жыныстық жетілу үшін қыз балалардың дене салмағының 15-17% май құрау керек. Өсу барысында күнделікті рационы әр түрлі тағамдардан тұратындай жағдай жасау керек.

Сөздің соңында айтарым, қалай біздің ата-бабаларымыз мықты ұрпақты дүниеге алып келген? Себебі, олар адам өміріндегі майлардың зияны мен пайдасын біле жүрген, әйел адамның денсаулығы – баланың денсаулығы екенін ешқашан ұмытпаған. Болашақ аналарымыздың денсаулығы - бүкіл ұлттың саулық кепілі.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Тюкавкина Н.А., Бауков Ю.И., “Биоорганическая химия“, Москва, 2008. -545б.
2. Р.Д.Асанбаева, М.И.Ильясова “Биологиялық маңызды органикалық қосылыстардың құрылысы мен реакциялық қабілеттілігінің теориялық негіздері”, Алматы, 2010.- 90б.
3. Шнайдер Н. А., Шаповалова Е. А. Липидный обмен: Введение. /Вестник клинической больницы, №3-1, том 1, 2014ж.

*Кобеков С. С., Адетбекова А.
КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова*

Научный руководитель: Рысбаева Ж.И., к.м.н., доцент

АНАЛИЗ ВИДОВОГО СОСТАВА АНАЭРОБНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА

Актуальность. Несмотря на успехи современной медицины, заболевания пародонта являются одной из основных проблем стоматологии из-за высокой частоты встречаемости и частых рецидивов. Среди населения детского возраста Кызылординский области распространенность заболевания достигает 87 %. В норме в полости рта обитают до 400 видов бактерий. При этом часть из них являются постоянной, часть попадают из окружающей среды вместе с воздухом, водой и пищей. Ткани пародонта являются благоприятной средой для анаэробной флоры. В последние годы достаточно часто оценивают роль анаэробных микроорганизмов в развитие пародонтита, однако этот вопрос изучен недостаточно. Это объясняется трудностями, связанными с обнаружением и выделением анаэробов, их идентификаций, а также вариабельностью патогенности этой группы микроорганизмов. Цель исследования Дать сравнительную оценку видового состава анаэробных микроорганизмов у детей с заболеваниями пародонта.

Материалы и методы. В микробиологическом обследовании приняло участие 50 детей с заболеваниями пародонта, обратившихся на прием в детскую стоматологическую поликлинику г. Кызылорда. У детей был изучен качественный и количественный состав анаэробной микрофлоры слизистой оболочки языка и щек, пародонтальных карманов. Забор материала со слизистых оболочек проводили стерильным ватным тампоном с площади 1см². До забора материала из пародонтального кармана проводилось удаление наддесневых отложений и, с помощью стерильных ватных тампонов, собирался материал. Ватные тампоны бумаги помещались в транспортные среды и доставлялись в микробиологическую лабораторию. Посев проводили на питательные среды Вильсона-Блера, а культивирование соответственно в анаэроstate. У выделенных штаммов микроорганизмов изучались морфологические, культуральные и биохимические признаки. По этим данным была проведена идентификация видов в соответствии с «Определителем бактерий Bergey».

Результаты исследования. Анализ данных исследования слизистых оболочек показал высокую частоту встречаемости анаэробных бактерий. Так, на поверхности языка выделялись: бактерии рода *Veillonellaspp.* у 55 %, *Peptostreptococcuspp.* – у 75 % наблюдаемых лиц, грамотрицательные анаэробные бактерии *Fusobacteriumsp.* – у 35%, грамположительные анаэробные палочки рода *Bacteroidesspp.* – у 30% детей. Реже встречались пигментообразующие бактериоиды *Prevotellaspp.* и *Porphyromonasspp.* у 15% и грамположительные микроорганизмы *Actinomycesspp.* у 10%. По сравнению со слизистой оболочкой языка на поверхностях щек прослеживается уменьшение видового разнообразия анаэробов. У 40 % исследуемых лиц на слизистой щек обнаруживались *Veillonellaspp.* и *Peptostreptococcuspp.*, 15 % *Fusobacteriumsp.*, в 25 % *Bacteroidesspp.* При изучении микрофлоры пародонтальных карманов у всех детей обнаруживались анаэробы. Наиболее часто, в 30 % случаев, в состав бактериальной флоры кармана входили пигментообразующие грамположительные палочки родов *Prevotella* и *Porphyromonasy*. В 25% наблюдений высевались *Actinomycesspp.* и *Veillonellaspp.*, в 20 % - *Peptostreptococcuspp.*, в 15 % - *Bacteroidesspp.*, и у 10 % больных – грамотрицательные *Fusobacteriumsp.* Вывод. В полости рта, при воспалительных

заболеваниях пародонта наблюдается нарастание разнообразия анаэробов. На поверхности языка анаэробные микроорганизмы прослеживаются в 2 раза чаще чем на слизистой щек. Это объясняется морфологическими особенностями строения языка, благодаря чему создаются анаэробные условия. Во всех образцах материала из пародонтальных карманов были обнаружены анаэробы, это доказывает роль этих микроорганизмов в патогенезе развития воспалительных явлений. Таким образом определив микробиоценоз полости рта можно предупредить развитие заболеваний пародонта, а так же оценить эффективность проведенного лечения.

Литература:

1. Игишева М.Ю., Дейнека Л.А., Копытов А.А., Борозенцева В.А Влияние глин на микрофлору ротовой полости Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Естественные науки. 2011. Т. 15. № 9-2 (104). С. 216-218.
2. Копытов А.А., Московская Н.Б. Воздействие продуктов быстрого приготовления на биоценоз зубодесневого кармана повреждённого пародонтологической терапией Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2011. Т. 14. № 10. С. 231-235.
3. Al-Harhi L.S., Cullinan M.P., Leichter J.W., Thomson W.M., 2014. Periodontal diseases in an Omani adult population: a preliminary study. Journal of Periodontology, 5 (85): 104-110.

Касим Р.

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г. Алматы, РК
Научные руководители: проф.Акышбаева К.С.,
магистр Смагул А.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ТРИХОМОНАДНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Тенденция роста асимптомных форм урогенитального трихомоноза, частоты осложнений со стороны репродуктивных органов, неизвестность многих аспектов нарушений сперматогенеза, влияющих на репродуктивную функцию все это обосновывает необходимость поиска адекватной экспериментальной модели УГТ. Отсутствие соответствующей экспериментальной модели ограничивают наши возможности для проведения стандартизированных, контролируемых исследований по изучению трансмиссии, патогенеза, иммунного ответа, терапии и разработке вакцин при трихомонадной инфекции.

Цель исследования: изучение действия *Trichomonas vaginalis* на сперматогенный эпителий половозрелых особей морских свинок в условиях острого и хронического опыта.

Материалы и методы. Опыты проведены на модели «Репродуктивная система (морские свинки)+*Trichomonas vaginalis*», моделирующей естественный ход инфекции. Были сформированы 2 группы животных: I — опытная (8 животных), II — контрольная (2 животных). На фоне снижения иммунного статуса (гидрокортизон 125мг/кг в/м 1 раз в течение двух дней) животным внутриуретрально вводили взвесь, содержащую $1 \cdot 10^6$ трихомонад на 0,5 мл питательной среды, животным контрольной группы - 0,5 мл среды. В условиях острого опыта животные были забиты на 9-й день (середина цикла сперматогенеза) - I опытная группа и на 30-й день (полный сперматогенный цикл) - II опытная группа. Животные контрольной группы были забиты в эти же сроки. Материал для гистологического исследования был подготовлен по общепринятой схеме.

Результаты. На экспериментальной модели «Репродуктивная система (морские свинки) + *Trichomonas vaginalis*», моделирующей естественный ход инфекции, показана стадийность и степень нарушений сперматогенеза в зависимости от длительности трихомонадной инфекции: в условиях острого опыта морфологические изменения соответствуют ранним изменениям воспалительного процесса; при хронической - нарушение стратификации слоев сперматогенного эпителия, дистрофия клеток, появление двуядерных клеток свидетельствует об аномальном цитокинезе с возможностью блокирования формирования зрелых сперматозоидов.

Галымбек Ж.М., Карибаев Д.Б., Карасаева Г.Е., Рахимова М.Д.
КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова
Научный руководитель: Кадырова Д. М.
доцент кафедры фармакологии, к.м.н.

ИЗУЧЕНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ПИПЕРИДИНА НА МОДЕЛИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ

Актуальность:

Одной из важнейших проблем хирургии является проблема местной анестезии, которая занимает большое место в анестезиологии. Дальнейшее совершенствование местной анестезии идет по пути синтеза и изыскания новых средств обезболивания.

Таким образом, получение местных анестетиков, активных при разных видах анестезии и мало токсичных, является актуальной задачей.

Цель исследования:

Изучение местноанестезирующей активности новых производных пиперидина МАВ-196, МАВ-198 (МАВ-местноанестезирующее вещество) при инфильтрационной анестезии.

Методы исследования:

Инфильтрационная анестезия определялась по методу Бюльбринг-Уэйда на морских свинках. Одно соединение проходило испытания на шести животных весом 200-250г. Были изучены глубина анестезии (максимальный индекс 36), длительность полной анестезии и общая продолжительность анестезии. Активность соединений сравнивалась с эталонными препаратами – тримекаином, лидокаином и новокаином в соответствующих концентрациях. Результаты исследований обработаны статистически.

Результаты исследований:

Анализ экспериментальных данных свидетельствует о том, что наибольшая активность из представленных соединений отмечена у вещества МАВ-196. МАВ-196 проявляет максимальный эффект по силе действия (индекс анестезии). По этому показателю оно статически достоверно превышает соответствующий параметр тримекаина в 1,1 раза; лидокаина в 1,6 раза и новокаина в 1,4 раза. Для суждения об активности местноанестезирующих веществ при том или ином виде анестезии, большое значение имеют как длительность полной анестезии, так и общая продолжительность эффекта. Данное соединение в 0,25% концентрации действует продолжительнее всех препаратов сравнения, как по длительности полной анестезии, так и по общей продолжительности действия.

Полная нечувствительность кожи морских свинок при введении МАВ-196 держится 56,67 минут, что 1,7 раза дольше, чем у тримекаина; в 2,4 раза – чем у лидокаина и 2,2 раза – чем у новокаина.

Общая продолжительность действия МАВ-196 больше в сравнении с тримекаином в 2 раза, с лидокаином и новокаином приблизительно – в 2,5 раза.

Меньшая местноанестезирующая активность отмечена у соединения под №198. Индекс анестезии его несколько больше, чем тримекаина и превышает этот показатель лидокаина и новокаина. Полная анестезия его соответствует таковой тримекаина, несколько выше, чем у лидокаина и превосходит новокаин в 2 раза.

По общей продолжительности действия МАВ-198 действует продолжительнее всех препаратов сравнения.

Заключение:

Таким образом, оба испытуемые соединения представляет интерес для дальнейшего изучения, поскольку превышают все параметры препаратов сравнения.

*Әбілхаир Жандос, Турганов Расул
С.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.
Ғылыми жетекшісі: Умирбекова З.К.*

ЗАМАНАУИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫҢ АДАМ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

Біздің өмірімізге заманауи оқыту технологияларының енуіне байланысты, ақпараттың көбін компьютерден, планшеттен, мобильді телефоннан алатынымыз анық. Соның салдарынан жыл сайын офтальмологиялық аурулар санының көбеюі тіркелуде. Ересек адамдар арасында көз ауруларының ішінен глаукома ауруы жиі кездесуде. Статистика бойынша глаукома ауруымен - 197 009 адам

диспансерлік тіркеуге алынған. Одан кейінгі көп тіркелген көз ауруы диабеттік ретинопатия (103580 адам ауырған), миопия ауруы (31747 адам ауырған), катаракта аурулары (21451 адам) тіркелген.

Ал көз ауруларының балалар арасында таралуынан ең үлкен пайыздық көрсеткішті - миопия ауруы алуға. 2010 жылдары бұл аурумен көбіне жасөспірімдер ауырғаны тіркелсе, қазіргі уақытта мектеп жасына дейінгі балалар арасында жиі кездесуде. Миопиямен ауратын балалар санының жылдан жылға көбеюі үлкен алаңдатушылық тудырып отыр.

Еңбек министрлігінің әлеуметтік қорғау Департаментінің статистикасы бойынша, әрбір оныншы жасөспірім жақыннан көргіштікпен ауырады. Ал Қазақстан көз аурулары институтының ғылыми зерттеулері бойынша бұл көрсеткіш соңғы 5 жыл ішінде шамамен 3 есеге көбейген.

Теледидардың, мобильді құрылғылардың экрандары минутына үлкен жиілікті тербеліс (1000 тербеліс) жарқыл береді. Ал бұл адамның көру функциясының бұзылуына әкеледі. Мобильді құрылғыларды ұзақ уақыт немесе жиі пайдаланудан көз жақыннан фокустелуге үйреніп алып, алыстағы заттарды көру қабылеті азая бастайды. Ал кішкентай балалардың көзінің бұлшық еттері әлі даму үстінде, сол себепті оларға планшет, телефондармен ойнау тіпті зиян. Миопияның үдеуі ақырын жүруі мүмкін, кейде миопия тоқтаусыз өршіп, ауыр түріне айналып кетеді және бірқатар асқинулар ере жүреді де, көру қабілеті едәуір нашарлайды.[3].

Статистикаға жүгінсек, балалар арасында көз ауруларымен 24261 адам тіркелсе, оның ішінде 78%-ы миопия ауруымен, 17% қылилық, 4% катаракта, 1% глаукомамен аурады.

Қазіргі таңда балалардың компьютерлік ойындарға әуестігі – біздің өміріміздегі ащы шындық болып отыр. Компьютерлік ойынды сағаттап ойнайтын немесе мультфильм көретін баланы тежеуге айла таппай, дәрменсіздік танытамыз. Ата-аналардың көпшілігі тіпті кішкентай балаларға да компьютерлік ойын қосып беруді әдетке айналдырған. Бала компьютермен, планшетпен ойнағанда ондағы жоғарғы жиілікті жарқылдау мен үнемі жақыннан қарау көзге кері әсер ететіні белгілі. Ал олардың шығаратын электромагнитті сәулесі әлі жас ағза үшін өте зиян. Ұзақ уақыт бойы бір қалыпта отыра беру баланың омыртқасының қисаюуына алып келеді, сонымен қатар баланың психикасы өзгеріп, компьютерге тәуелді бола бастайды.

Айтылған мәселелер бірден белгі бермей, біраз уақыт өткен соң байқалады. Сондықтан аурудың алдын алу шараларын жүргізу өте маңызды. Балаға компьютер мен теледидарға шектеу қойып, далада, табиғат аясында қимыл жасайтын ойындар ойнау баланың дұрыс дамуына негіз болады. Баласының денсаулығын қадағалау ата-ананың басты міндеттерінің бірі болып отыр.

Әдебиет:

1. Т.К.Ботабекова, Г.Кулкаева, Ж.К.Бурибаева, Д.Б.Абдрахимова. Глобальный план ВОЗ на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз» в Казахстане. КазНИИ глазных болезней.
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki>.

*Бижанова Ж.Г., Кошербаева Л.К., Рахметова К.У., Алжанов А., Елеманова М.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан*

ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РИСК ФАКТОРОВ У СТУДЕНТОВ КАЗАХСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Актуальность:

Активный образ жизни имеет множество положительных аспектов на здоровье человека, включая улучшение кровообращения в мозге человека, повышение умственной способности, и также спорт помогает поддерживать положительное отношение к жизни[1]. Известно, что ежедневные физические упражнения повышают самооценку студентов и снижают вероятность развития депрессии и других психических заболеваний [1]. В Казахстане, программы по формированию здорового образа жизни у населения страны начали функционировать в рамках реализации стратегического проекта «Казахстан 2030»[2]. В частности, программы по формированию и пропаганды здорового образа жизни среди граждан Казахстана нацелены на повышение информированности населения о поведенческих риск факторах, таких как малоподвижный образ жизни, курение, употребление алкоголя и наркотиков. Согласно данным ВОЗ, жители Казахстана в среднем употребляют 10,2-12,2 литра алкоголя на одного человека[3]. В добавок, часто употребляемым алкогольным напитком в Казахстане оказался «спирт»[3]. Хотя жители Казахстана употребляет меньшее количество алкоголя, чем жители Европы, частота последствий для здоровья,

включая цирроз печени и смертность связанная с употреблением алкоголя, у жителей Казахстана оказался высоким: 70,8% у мужчин и 65,6% у женщин [4]. Несмотря на обозначение цели «формирования здорового образа жизни у населения Казахстана» как приоритетного, было выявлено, что исследования на тем поведенческие риск факторы среди молодежи страны относительно мало. Поэтому, целью данного проекта являлось: выявление поведенческих риск факторов у студентов Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова (КазНМУ).

Методы и материалы исследования:

Данное исследование проводилось на базе кафедры Международного здравоохранения КазНМУ с сентября-по декабрь 2015 г. В исследовании участвовало 3601 респондент, учащиеся в КазНМУ с первого по пятый курс, специальности «Общая медицина». Из них респондентов мужского пола было- 1077 (30%), женского пола- 2524 (70%). Респондентов казахской национальности было- 3075 (85,4%), русской национальности- 138 (3,8%), и других национальностей- 388 (10,8%). Учащихся 1 курса было- 799 (22,2%), 2 курса - 848 (23,5%), 3 курса- 958 (26,6%), 4 курса- 783 (21,7%), и 5 курса- 213 (5,9%). Критериями включения в исследование являлось устное согласие респондентов на анонимный опрос. Опросник состоял из 30 вопросов, которые выявляли у студентов поведенческие риск факторы, такие как курение, употребление алкоголя, наркотиков, малоподвижный образ жизни. Полученные данные были введены в Excel и статистически обработаны с помощью программы R. Хи-квадрат был посчитан для всех групп респондентов.

Результаты исследования:

При анализе полученных данных было выявлено, большинство респондентов 2788 (77,4%) не занимаются физической активностью 30 минут и более в день, и лишь небольшое количество респондентов 813 (22,6%) занимаются ежедневной физической активностью (Таблица 1). В гендерном аспекте, примерно одинаковый процент мужчин (25,6%) и женщин (21,3%) занимаются ежедневной физической активностью. При делении респондентов по национальностям, статистически значимых результатов не выявлено. При делении по годам обучения было определено, что больше всего респондентов, занимающихся ежедневной физической активностью оказалось среди первокурсников и студентов 4 курса.

Таблица 1- Физическая активность среди студентов КазНМУ

	Ежедневная физическая активность (30 минут и более)		Pearson Chi Square
	Да	Нет	
n=3601	813 (22,6%)	2788 (77,4%)	
Пол			
Мужчины	276 (25,6%)	801 (74,4%)	8,176 (b)
Женщины	537 (21,3%)	1987 (78,7%)	
Национальность			
Казахи	697 (22,7%)	2378 (77,3%)	0,235 (a)
Русские	32 (23,2%)	106 (76,8%)	
Другие	84 (21,6%)	304 (78,4%)	
Курс			
I	197 (24,7%)	602 (75,3%)	10,090 (a)
II	198 (23,3%)	650 (76,7%)	
III	183 (19,1%)	775 (80,9%)	
IV	189 (24,1%)	594 (75,9%)	
V	46 (21,6%)	167 (78,4%)	

При рассмотрении данных по курению было выявлено, что 494 (13,7%) респондентов курят и 3107 (86,3%) опрошенных не курят (Таблица 2). В гендерном аспекте, больше мужчин 273 (25,3%), чем женщин 221 (8,8%), указали, что курят. При делении на национальности было определено, что по сравнению с русскими и другими национальностями, курящих респондентов было больше среди казахов 440 (14,3%). Также, при делении по годам обучения было выявлено, что больше всего курят респонденты 3 курсов 230 (24%) по сравнению с другими курсами.

Таблица 2 - Распространенность курения среди студентов КазНМУ

	Распространенность курения	

	Да	Нет	Pearson Square	Chi
n=3601	494 (13,7%)	3107 (86,3%)		
Пол				
Мужчины	273 (25,3%)	804 (74,7%)	175.578(b)	
Женщины	221 (8,8%)	2303 (91,2%)		
Национальность				
Казахи	440 (14,3%)	2635 (85,7%)	9.359(a)	
Русские	8 (5,8%)	130 (94,2%)		
Другие	46 (11,9%)	342 (88,1%)		
Курс				
I	57 (7,1%)	742 (92,9%)	125.574(a)	
II	96 (11,3%)	752 (88,7%)		
III	230 (24%)	728 (76%)		
IV	83 (10,6%)	700 (89,4%)		
V	28 (13,1%)	185 (86,9%)		

При анализе данных по распространенности употребления алкоголя среди студентов КазНМУ было выявлено, что 565 (16%) респондентов употребляют спиртные напитки и 2971 (84%) респондентов не употребляют алкоголь (Таблица 3). В гендерном аспекте было определено, что больше мужчин 343 (13,8%), чем женщин 222 (21,1%), употребляют спиртные напитки. В национальном аспекте, также больше казахов 518 (17,2%) употребляют алкоголь, чем другие национальности. Больше всего респонденты 3 курса - 48 (23,3%) и 5 курса - 48 (23,3%) указали, что употребляют алкоголь.

Таблица 3 - Распространенность употребления алкоголя среди студентов КазНМУ

	Распространенность употребления алкоголя		Pearson Square	Chi
	Да	Нет		
n=3536	565 (16%)	2971 (84%)		
Пол				
Мужчины	222 (21,1%)	831 (78,9%)	29.099(b)	
Женщины	343 (13,8%)	2140 (86,2%)		
Национальность				
Казахи	518 (17,2%)	2501 (82,8%)	22.491(a)	
Русские	16 (11,9%)	118 (88,1%)		
Другие	31 (8,1%)	352 (91,9%)		
Курс				
I	96 (12,2%)	692 (87,8%)	25.146(a)	
II	116 (14%)	713 (86%)		
III	179 (18,9%)	770 (81,9%)		
IV	126 (16,5%)	638 (83,5%)		
V	48 (23,3%)	158 (76,70%)		

При рассмотрении вопросов по распространенности употребления наркотиков среди студентов КазНМУ было выявлено, что 69 (1,9%) респондентов употребляют наркотики и 3532 (98,1%) респондентов ответили, что не употребляют (Таблица 4). В процентном соотношении было определено, больше респондентов мужского пола 28 (2,6%), чем женщин 41 (1,6%) употребляют вещества, входящие в группу наркотических средств. В национальном аспекте, в процентном соотношении, больше респондентов других национальностей 12 (3,1%) ответили, что употребляют наркотические средства. Но в количественном значении, больше казахов 54 (1,8%) указали, что употребляют наркотические средства. Также, было выявлено, что респонденты 3 курса 47 (4,9%) чаще употребляют наркотики, чем студенты других курсов.

Таблица 4 - Распространенность наркотиков среди студентов КазНМУ

	Распространенность наркотиков		Pearson Square	Chi
	Да	Нет		
n=3601	69 (1,9%)	3532 (98,1%)		
Пол				
Мужчины	28 (2,6%)	1049 (97,4%)	3.821(b)	
Женщины	41 (1,6%)	2483 (98,4%)		
Национальность				
Казахи	54 (1,8%)	3021 (98,2%)	3.326(a)	
Русские	7 (0,7%)	954 (99,3%)		
Другие	12 (3,1%)	376 (96,9%)		
Курс				
I	3 (0,4%)	796 (99,6%)	74.282(a)	
II	9 (1,1%)	839 (98,9%)		
III	47 (4,9%)	911 (95,1%)		
IV	2 (0,3%)	781 (99,7%)		
V	8 (3,8%)	205 (96,2%)		

Заключение:

По результатам исследования на тему «Выявление поведенческих риск факторов у студентов КазНМУ» были сделаны следующие выводы:

В целом, более 84% респондентов, учащиеся в КазНМУ, не имеют вредных привычек, то есть не курят, не употребляют алкоголь и наркотики. Однако, небольшой процент респондентов 22,6% занимаются ежедневной физической активностью.

В гендерном аспекте, больше студентов женского пола, чем мужского пола, ведут здоровый образ жизни, то есть не курят, не употребляют алкоголь и наркотики.

В национальном аспекте, больше казахов, чем русских и другие национальности, курят и употребляют алкоголь. В процентном соотношении, респондентов, ответивших, что употребляют наркотики, было больше среди других национальностей. Хотя в количественном значении, данный показатель был выше среди казахов.

При рассмотрении данных по годам обучения выявлено, что распространенность курения и употребления наркотиков была высокой среди респондентов 3 курса. А распространенность употребления алкоголя была высокой среди студентов 5 курса.

Использованная литература:

1. Klein, E., Hollingshead, A. Collaboration between Special and Physical Education. The Benefits of a Healthy Lifestyle for All Students. Teaching Exceptional Children, Vol. 47, No. 3, pp. 163–171. Copyright 2015 The Author(s). DOI: 10.1177/0040059914558945
2. Послание Президента Республики Казахстан Н.А.Назарбаева народу "Казахстан - 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев".
3. World Health Organization. Глобальный доклад на тему «алкоголь и здоровье». 2011, 85стр. ISBN 978 924 1564151. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf?ua=1
4. World Health Organization (2014). Карта мира по употреблению алкоголя. 2014, 202 стр. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1

*Бериккан А.М., Киябаев А.С.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Руководитель: Бармакова А.М.*

ст. преп. кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии КазНМУ

БАКТЕРИОНОСИТЕЛЬСТВО СТАФИЛОКОККОВ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ

Актуальность

В связи с частым выявлением внутрибольничных инфекций, увеличением заболеваемости населения разных возрастов, проблема сохранения здоровья представляет собой задачу, важную как в медицинском, так и в социальном плане [1]. Особого внимания заслуживает изучение здоровья студентов-медиков будущих медицинских работников страны. Состояния их здоровья вызывает серьезное беспокойство, в связи с их непростыми условиями проживания, длительностью и сложностью программ обучения. К тому же, и это немаловажно, тесный контакт обучающихся способствует передаче друг другу ряда инфекции, в том числе стафилококковых. Как свидетельствуют данные литературы [1,2,3] носительство стафилококков чрезвычайно распространено во всем мире. А человек – носитель *S. aureus* является источником стафилококковой инфекции. Медицинский работник, в этом плане, особенно опасен.

А также с каждым годом повышается резистентность бактерий к антибиотикам, что приводит к увеличению хронического носительства *S. aureus*, среди студентов-медиков, в результате чего при прохождении обучения на клинических кафедрах есть риск распространения внутрибольничных инфекций.

Цель работы

Исследовать микрофлору носа и зева студентов-медиков на *S. aureus* для последующей работы по выявлению уровня метициллинрезистентных штаммов стафилококка.

Задачи работы

1. Провести анкетирование.
2. Оценить здоровье студентов на основе полученных анкетных данных.
3. Определить носительство *S. aureus* в носу и зеве студентов.
4. Провести сравнительный анализ полученных данных на носительство с результатами 2013-2014 года.
5. Проследить динамику полученных результатов 2013-2014 и 2015-2016 годов.

Научная новизна

1. Впервые в 2013-2014 году была проведена научно-исследовательская работа по определению уровня стафилококконосительства среди студентов 2 курса. В данной работе авторы ставят целью проследить динамику стафилококконосительства среди студентов 2 курса 2013-2016 годов.

2. На основе сравнительного изучения содержания *S. aureus* в зеве и в носу студентов, анализа их анкетных данных была определена степень здоровья студентов-медиков.

Материалы и методы исследования.

Было обследовано 100 студентов - медиков 2 курсов разных факультетов: Общая медицина, Общественное здравоохранение, Медико-профилактическое дело, Стоматологический, Фармации в возрасте от 18 до 23 лет, у которых были выделены 19 штаммов *S. aureus*. Исследуемым материалом является мазок из зева и носа. Взятия материала из носа и зева производили стерильным ватным тампоном, смоченным в физиологическом растворе, который находился в стерильной пробирке, закрытой стерильным ватным колпаком. Сразу после взятия исследуемого материала тампон помещали в стерильную пробирку с 5,0 мл физиологического раствора и доставляли в бактериологическую лабораторию кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Казахского Национального медицинского университета. Бактериологический метод исследования проводили общепринятыми методами для выделения чистой культуры *S. aureus*.

Ход работы

Первоначально необходимо выявить стафилококк в материале из зева и носа, для этого производится культивирование бактерий на элективных и дифференциально-диагностических средах, т.о. производится выявление и дифференциация *S. aureus*.

Культуральный метод

Материал взятый из зева и носа посеваается на желточно-солевой агар и кровяной агар. Затем среды ставятся в термостат при температуре 37⁰С на 24 часа. На желточно-солевом агаре появятся гладкие, круглые, выпуклые, пигментированные колонии. На кровяном агаре будет замечен рост колоний с выраженной гемолитической активностью.

Определение гемолитической активности

Согласно исследованиям последних лет была выявлена значительная гемолитическая активность *S. aureus*, которая может служить для дифференцировки данного вида микроорганизмов. Однако было также выявлено наличие гемолитической активности у 60-70% *S. epidermidis*, что может вносить свои погрешности в диагностику *S. aureus*. т. е. определение гемолитической активности не может служить достоверным методом в дифференциальной диагностике золотистого стафилококка. Поэтому необходимы дополнительные методы исследований.

Определение лецитовителизной активности

Принцип. Хлористый натрий является селективным фактором, т.к. подавляет рост большинства представителей другой микрофлоры, главным образом, грамотрицательной. Одним из компонентов яичного желтка является лецитовителлин. Лецитовителлин является субстратом для фермента лецитовителлазы (лецитиназы), относящегося к группе липаз и продуцируемого некоторыми стафилококками. При расщеплении лецитовителлина вокруг лецитиназоположительной колонии на поверхности среды образуется радужный венчик. Добавление в среду молока путем сложных химических процессов стимулирует образование стафилококками золотистого или лимонно-желтого пигмента, относящегося к группе каротиноидов.

Ход исследования: для выявления лецитиназы достаточно инкубации посева в течение 18-24 часов при 37°C. Выявление пигмента у колоний в ряде случаев требует дополнительной инкубации в течение 18-24 часов при комнатной температуре. О наличии лецитиназы свидетельствует, как уже было отмечено, образование вокруг колонии радужного венчика. Наличие пигмента легко определяется на глаз. Как правило, штаммы *S. aureus* обладают лецитиназой и пигментом, а культуры двух других видов лишены их. Возможны, однако, исключения: некоторые штаммы *S. aureus* не имеют пигмента или лецитиназы.

Бактериоскопический (морфологический) метод

В мазках, окрашенных по Граму, стафилококки располагаются по одиночке, парами или в виде скоплений (виноградных гроздей) неправильной формы сине-фиолетового цвета (положительная окраска). Размеры микробных клеток у микрококков, как правило, больше (диаметр 0,5-3,5 мкм), чем у стафилококков (диаметр 0,5-1,5 мкм).

Выведение чистой культуры

Производится пересев культуры с чашек Петри на скошенный агар, который инкубируется в течение 18-24 часов при 37°C. Выросшие колонии используют для проверки биохимической, а также для оценки плазмокоагулазной и гиалуронидазной активности.

Биохимическая активность золотистого стафилококка

Определение ферментации глюкозы в анаэробных условиях. Стафилококки являются факультативными анаэробами. В связи с этим стафилококки способны расти и ферментировать глюкозу в анаэробных условиях. При ферментации глюкозы в анаэробных условиях образуется молочная кислота, в связи с чем среда закисляется и pH ее снижается. Закисление среды выявляется по изменению окраски индикатора, добавленного в среду.

Ход исследования: Суточную агаровую культуру исследуемого штамма с помощью бактериологической петли сеют в столбик среды уколом до дна пробирки, а затем на поверхность агара наливают 1,5 мл стерильного вазелинового масла для создания анаэробных условий. Посев инкубируют при 37°C в течение 5 суток, ежедневно регистрируя результаты. Реакция считается положительной, если происходит желтое окрашивание столбика среды, занимающее не менее 2/3 его высоты. Длительные сроки учета реакции представляют известные неудобства, поэтому на практике дальнейшую идентификацию стафилококков проводят, обычно не дожидаясь результатов анаэробной ферментации глюкозы. В этой связи результаты указанного теста как бы дополняют результаты других тестов, полученных на следующих этапах идентификации.

Также проводится оценка ферментативной активности в аэробных условиях по расширенному «цветному» ряду на среде Гисса. Происходит изменение цвета среды, что свидетельствует о расщеплении углеводов среды до кислоты: сахарозы, маннита, маннозы, трегалозы, лактозы, галактозы, фруктозы. Ксилозу, арабинозу, раффинозу и ксилит не ферментирует. Также не образует индол, но образует сероводород.

Плазмокоагулазная активность

Коагулазная проба является основным признаком, определяющим болезнетворность стафилококков, поэтому ее постановка требует к себе максимального внимания.

Испытуемые агаровые культуры стафилококков вносят петлей в плазму и хорошо перемешивают. В каждом опыте необходимо ставить контроль с культурами заведомо патогенных стафилококков, дающих коагулазную реакцию, и штаммами коагулазоотрицательных микроорганизмов. Пробирки с исследуемыми культурами выдерживают в термостате при 37°C в течение суток. Учет результатов проводится обязательно дважды: через 2—3 ч и 24 ч. Учитывают свертывание плазмы и образование сгустков. Обычно культуры, активно продуцирующие коагулазу, дают положительную реакцию уже через 2—3 ч, а если они обладают и выраженной фибринолитической активностью, то первоначально образовавшиеся сгустки могут подвергнуться расплавлению к концу суток. Слабокоагулирующие штаммы могут давать положительную реакцию в поздние сроки — к концу суток. Опыты, давшие сомнительный результат, необходимо повторить.

Стафилококки, дающие положительную коагулазную пробу, должны рассматриваться как потенциально патогенные, независимо от наличия или отсутствия у них гемолитических свойств и характера пигмента, их относят к виду *St. aureus* и в дальнейшем подвергают фаготипизации и проверке на чувствительность к антибиотикам.

Гиалуронидазная активность

Определение фермента гиалуронидазы осуществляется путем испытания культуры на субстрате, содержащем гиалуроновую кислоту. Все содержимое пробирок перемешивают, ставят сначала в термостат на 15 минут, затем на холод - на 5 минут и добавляют 2-3 капли 15% уксусной кислоты. Наличие гиалуронидазы у бактерий регистрируется по отсутствию сгустка в опытной пробе. В контрольной пробирке должен проявиться хороший сгусток за счет присутствия здесь цельной гиалуроновой кислоты.

Методы статистической обработки материала

Статистическая обработка материалов проводилась по И.П. Ашмарину, А.А. Воробьеву, В.Ф. Лакину [201], с определением средней арифметической (M), средней ошибки (m), коэффициента достоверности (P) на персональном компьютере с использованием пакета программ Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение.

Итоги проделанной работы:

По результатам анкетирования было отобрано 29 студентов-медиков, как часто болеющие студенты. У большинства из них имеются хронические заболевания верхних дыхательных путей. В последующем было установлено провести исследования, на наличие золотистого стафилококка. В результате исследования у 19 студентов, что составляет 64,28%, из них у 14,28% наблюдается носительство в носу и в зева, у некоторых студентов встречается носительство и в носу, и в зева.

На основе проведенных исследований нами доказано, что выше указанные студенты являются стафилококконосителями, так как у всех 19 студентов из зева и из носа на (КА и ЖСА) агарх культивировался золотистый стафилококк: на кровяном агаре колонии с гемолизом, на желточно-солевом агаре колонии с лимонно-золотым пигментом и с лицитиназой вокруг, в дальнейшем и биохимический анализ также подтвердил наличие золотистого стафилококка, расщеплением глюкозы до кислоты в аэробном и анаэробном условиях, кроме того также была определена положительная плазмокоагулазная и гиалуронидазная активность.

Важно предупредить развитие хронического носительства золотистого стафилококка во избежание его распространения студентами-медиками на клинических кафедрах, что может привести к развитию внутрибольничных инфекций.

Список литература:

1. Komolafe OO, James J, Kalongolera L, Makoka M. Bacteriology of burns at the Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. Burns 2003; 29 (3): 235-8.
2. Li TZ, Luo L, Xu YB et al. Clinical significance of the predominant bacterial strains on burn wound during early postburn stage. Zhonghua Shao Shang Za Zhi 2003; 19 (2): 71-4.
3. Centers for Disease Control and Prevention. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through June 2003, issued August 2003. Am J Infect Control 2003; 31: 481-98.
4. Володин Н.Н., Дягтерев Д.Н. Методологические аспекты лабораторной диагностики внутрибольничных инфекций у детей //Журнал Клиническая лабораторная диагностика. - 2003. - № 3.- 7-10.
5. Резидентное бактерионосительство *S. aureus* у жителей крупного промышленного города // Материалы 63-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых ВолГМУ. - Волгоград, 2005. – С. 84-85.
6. Sahebnaasagh R, Saderi H, Owlia P. Detection of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains from clinical samples in Tehran by detection of the *mecA* and *nuc* genes. The First Iranian International Congress of Medical Bacteriology; 4-7 September; Tabriz, Iran. 2011. 195 pp.
7. Kuo SC, Chiang MC, Lee WS, et al. (January 2012). "Comparison of microbiological and clinical characteristics based on SCCmec typing in patients with community-onset methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) bacteraemia". Int. J. Antimicrob. Agents 39 (1): 22-6.

*Жанарова А., Тоқмолдаева Ж.
Жетекшісі: С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ
Ұлттық Медициналық университетінің
оқытушысы Сериева Ж.А.*

ҚАЗАҚСТАН ЖАҒДАЙЫНДА ШАҒЫН ЖӘНЕ ОРТА БИЗНЕСТІҢ ДАМУЫ

Бизнес – бұл дербес, инициативалық, өзінің экономикалық жауапкершілігіне сүйене отырып іске асырылатын, өндіріспен, бөлумен, айырбастаумен, тұтынумен байланысты және жекелеген азаматтардың немесе олардың пайда немесе басқа да түрінде экономикалық табыс алуға бағытталған кез келген іс. «Бизнес» сөзі ағылшынның «businessy» деген сөзінен шыққан. Ағылшын тілінен аударғанда комерциалық қызмет, іс, шаруа, сондай-ақ тиісінше «бизнесмен» сөзі іскер адам, табыскер деген ұғымдарды білдіреді. [1]

Орта және шағын бизнестің даму мәселелері біздің еліміздің басшылығы үшін әрдайым басымдықты мәселе болып табылады. Мемлекет тарапынан қолға алынған, жеке кәсіпкерлікті қолдау шаралары ТМД елдерінің арасындағы ауқымы бойынша теңдесіз болып табылады. Елбасымыз өзінің Қазақстан халқына арнаған «Қазақстандық жол-2050: бір мақсат, бір мүдде, бір болашақ» атты жолдауында шағын және орта бизнестің дамуын- еліміздің экономикалық саясатының басымдықты бағыттарының біріне жатқызған. Шағын және орта бизнесті дамыту- Қазақстанның XXI ғасырдағы индустриалдық және әлеуметтік жанаруының басты құралы болып табылады. Біздің экономикамыздағы шағын және орта бизнестің үлесі қаншалықты көп болса- Қазақстанның дамуы да соншалықты тұрақты болады. [2]

Отандық шағын бизнестің белсенді дамуы 1992-1993 жылдары басталғанын еске салған президент Н.Ә. Назарбаев өткен он жылдың ішінде кәсіпкерлер қатары едәуір өскенін атап көрсетті. Тек қана сауда мен қызмет көрсету саласында шағын бизнестің 121 мыңнан астам нысаны келеді екен, 110 мыңнан аса шағын кәсіп орын ойдағыдай жұмыс істеуде. Шағын бизнес саласында миллионға жуық адам еңбек етеді. Олар өз отбасыларын асырап отыр, сенімді салық төлеушілер болып саналады. Қазіргі кезде шағын бизнес қана ел бюджетінің 11% қалыптастырады, оның ішінде ЖЖӨ-дегі үлесі 17% [3] құрап отыр.

Шағын және орта бизнес – нарықтық экономиканың маңызды элементтері, оларсыз мемлекет жан-жақты дами алмайды. Олар көп жағдайда экономикалық өзу қарқындарын ЖҰӨ-нің құрылымы мен сапасын анықтайды. Бұл секторлар өзінің мәні бойынша нарықтық инфрақұрылымын шешуші элементтері болып табылады. Американдық экономист И.Шумпетер *бизнесті өндірістің жер, еңбек және капиталдан кейінгі төртінші факторы ретінде қарастырады. Ол бұл жерде табыскерлік қасиеттерді, оған қатысушылардың белсенділігін өндірістің қозғаушы күші ретінде түсінеді.* Демек, бизнестің түпкі негізі және пайда болу тегі өндіріс болса, ал сол өндірістің қозғаушы күші бизнес болмақ. Ал Адам Смит табыскерліктен түскен пайданы *«жеке меншік иесі- бизнесменге, оның қым-қиғашпен коммерциалық идеяларын іс жүзіне асыру жолындағы тәуекелі үшін қоғамның берген ақысы»*- деп атады. Басқару саласындағы ірі маман Макс Вебер *бизнесті ойдың дәнін себуші* ретінде бағалаған. Белгілі ағылшын экономисі Джон Мейнард Кейнс *табыскердің бойында болуы тиіс төмендегідей негізгі қасиеттерді айтқан: абай болу, алдын ала болжай білу, есептей білу, өркениетке ұмтылу, тәуелсіздік, алдағы күнге сеніммен қарау, ұқыптылық, жиган ауқатын мұрагерлеріне қалдыру ниетінің болуын.*[4]

Қазақстандағы оперативтік талдаудың нәтижесі бойынша есеп берген шағын бизнес кәсіп орындары төрт топқа бөлінеді:

Шығындардың артуы және табыс салығының төмендеуі кәсіп орындардың дамуы мемлекеттің фискальдық қызметіне зиян келтіре отырып іске асудан, яғни Лаффер қисық сызығын ойық нүктесіне өтті (ауыл шаруашылығы, аңшылық, орман шаруашылығы, балық шаруашылығы, сусындар өндіру, тері өнімдер, аяқ киімдер өндірісі, ағаш өңдеу, мұнай өнімдері және құрылыс салалары).

Шығындардың азаюы және табыс салығының артуы (тау-кен өнеркәсібі, шикі мұнай мен табиғи газ өндіру, ет өндірісі, қағаз өндірісі, қаржы қызметі).

Шығындар мен салықтар көтеріледі (түрлі-түсті металл кенін өндіру, тоқыма өндірісі, сауда, автомобиль, тұрмыстық бұйымдар, әлеуметтік және жеке қызметтер көрсету)

Салықтар мен шығындар азаяды (көмір лигнит пен торф өндіру, өсімдік майлары өндірісі, ұн, дән, крахмал өнеркәсібі)[5]

Біздің Республикамыз үшін шағын бизнестің негезін қалау формаларының ішінде, жаңа бизнес құрудан басқа, франчайзинг пен жанұялық бизнес формалары ең өзекті деуге болады алғашты франчайзингтік келісім XIX ғ. Тігін машинасын өндіретін компания мен оның диллері

арасында жасалды. Екінші дүниежүзілік соғыстан кейін франчайзинг принциптері фармацевтикалық бизнес, бөлшек сауда және қонақ үй кешені саласында кең қолданыла бастады.

Қазіргі жағдайда нарықтық қатынастардың дамуы барысында тәуекел кәсіпкер қабілеттерінің бірі ғана емес, сонымен бірге оның тұрақты сипаттамасы. Ол табиғи- психологиялық сапаларымен байланысты. Шағын бизнесте тәуекелді үш негізгі категорияға біріктіруге болады:

Таза тәуекелдер. Егер олардың нәтижелері жоғалтулар болса немесе пайда табу мүмкіндігі де жоқ болса.

Алыпсатарлық тәуекел. Кәсіпкер ұтпайды да, ұтылмайды да.

Фундаменталды тәуекел. Егер тәуекел барлық компанияларға бірдей әсер етсе және даралық сипатта болмаса.



1-сурет. Шағын бизнестің негізін қалау жолдары. [6]

Қазақстанда адам саны аз кәсіпорындар, шағын кәсіпорнындар болып саналады. 2006 жылға дейін Қазақстан Республикасының Үкіметінің 1997 жылғы 8-сәуірдегі №499 қаулысына сәйкес шағын кәсіпорындарға жатқызу кезінде жұмыскерлер санына қатысты критерий өзгеше болады:

Өнеркәсіпте, құрылыста және шаруашылықта -50 адамға дейін;

Саудада және тәрмистық қызмет көрсетуде -30 адамға дейін;

Көлік және байланыста -25 адамға дейін;

Ғылымда және жаңартпашылық қызметте -20 адамға дейін жұмыс істейтін кәсіпорындар жатады.

Қазақстандағы шағын бизнесті дамыту мақсатында түрлі шаралар қолға алынуда. Олардың бірі «Шағын бизнесті қолдау орталықтары». Олар ел президентінің келесі жарлығы аясында құрылды: «Шағын кәсіпкерлікті жанжандыру және мемлекеттік қолдауды күшейту жөніндегі шаралар», «Шағын кәсіпкерлікті мемлекеттік қолдау».[7]

Орта бизнесті қолдауға арналған «Бәйтерек» холдингінің жаңа бағдарламасы еліміздің шикізаттық емес секторында бәсекеге қабілетті, экспортқа бағытталған орындар шоғырын қалыптастыруды көздеп отыр. Жұмысшылар саны 200 адамнан аспайтын кәсіпорындар орта бизнеске жатқызылады. Әзірге бағдарлама үш салада сынақ түрінде жүзеге асырылады. Компанияны дамытуға шикізаттық емес экспортты өсіруге, өнеркәсіптік өндірісті арттырып, агроөнеркәсіп кешені, машина жасау және құрылыс материалдарының өндірісіне көңіл бөлінуде. Бұл бағдарламаның жүзеге асырылуы үш бағыттан тұрады:

Бірінші бағыт бойынша, «Бәйтерек» холдингі компаниялар тобының құралдарын пайдалану арқылы қаржылық қолдау көрсету- тікелей несиелеу, банк аралық несиелеу, лизингтік мәмілелерді қаржыландыру, пайыздық үстемелерді субсидиялау, несиелерді кепілдендіру, экспорттық сақтандыру, экспортқа шығарар алдындағы қаржыландыру мен сауда операцияларын қаржыландыру, инновацияға гранттар бөлу көзделген.

Екінші бағыт бойынша консалтингтік көмек көрсетіледі, бағдарламаға қатысушы компаниялар басқару саласы бойынша әлемдік озық тәжірибелермен танысып, нақты көмектер алу мүмкіндігіне ие болады. Қажет болған жағдайда мамандарды арнайы оқыту да қолға алынады.

Үшінші бағыт- мемлекеттік органдар мен арадағы жұмысты жолға қою. Бағдарлама аясында компаниялардың жұмысына қатысты мәселелерді шешіп, әкімшілік кедергілерге жол бермеу үшін мемлекеттік органдармен тығыз қарым-қатынас орнату жоспарланып отыр.

Айта кетейік, бағдарлама тұжырымдамасы АҚШ, Франция, Германия, Сингапур, Малайзия, Жаңа Зеландия сияқты елдердің тәжірибелерін негізге ала отырып дайындалды. Мәселен,

Жаңа Зеландияда осындай бағдарламаға қатысушы компаниялардың экспортқа тауар шығаруы 25%-ға өскен. Ал Малайзияда орта деңгейдегі 50 компания қолдауға ие болып, олардың барлығы да өнімдерін сыртқы нарыққа шығаруға мүмкіндік алған. Біздің елде жаңа бағдарламаны жүзеге асыру арқылы өнім өндіру көлемін жыл сайын 10%-ға, экспорт көлемін 30%-ға арттыруды жоспарлап отыр. Егер бағдарлама ойдағыдай орындалып жатса, онда еліміздің жаңадан 20-30 компания пайда болмақ екен. Қазақстанда шағын және орта бизнесті қолдаудың мемлекеттік бағдарламасы шеңберінде бұқаралық ақпарат құралдары арқылы кәсіпкерлікті дәріптеу өзекті болып қала береді. Қоғамдық пікір тудыруда маңызды ыңпалы бар БАҚ отандық шағын бизнеске қатысты екіұшты көзқарас танытады. БАҚ-да шаруашылық қызметтің жеке түрлеріне қолдау көрсетіліп кенірек баяндалады немесе бизнесте сәтсіздікке ұшыраған кәсіпкерлердің беделін түсіру үшін науқан жүргізіледі. Сауалнама арқылы шағын кәсіпкерлердің 81%-ның БАҚ жұмысына көңілі толмайтындықтарын білдіруі кездейсоқ жайт емес. Қазіргі уақытта БАҚның шағын және орта кәсіпкерлік қызметінің әр қилы жақтарын әділ баяндағаны, оның мәселелеріне және оларды шешу жолдарына жеткілікті көңіл бөлгені аса маңызды. [8]

Шағын және орта бизнесті ірі бизнеспен салыстыру анализі [9]

	Критерий	Ірі бизнес	Шағын және орта бизнес
	Қызмет көрсету мен өндіріс салалары	Өнеркәсіп, отын-энергетикалық кешен, энергетика	Қызмет көрсету саласы сауда және қамтамасыз етуші өндіріс
	Шығарылатын өнім сипаты	Массалық өндіріс	Ұсақ сериялы немесе жеке өндіріс
	Жаңа енгізілімге деген қабілеттілік	Жаңа енгізілімге қабілеттілік аз	Ірілерге карағанда, жаңа енгізілімдер 24 есе көп
	Стратегияның өзгеруі	6-10 жыл	0.5-1 жыл
	Қызмет саласы	Ірі қалалар және өндіріс кешені	Үлкен және шағын қалаларда
	Бәсекелестік ортаны құру	Нарықтың елеулі бөлігін жаулап алу есебінен бәскекенің шектелуі	Бәсекелестік ортаның күшеюі
	Кәсіпорынды құру және тіркеу	Қаржылық шығындардың едеуір болуы және тіркеу процедурасының созылмалылығы	Бастапқы шығындардың және тіркеу талаптарының төмендігі
	Жаңа жұмыс орындарын құру	Жұмыс орындарын құру қарқыны анағұрлым төмен	Жұмыс орындары өте жылдам қарқынмен құрылуда
	Жұмыс күшін оңтайландыру мүмкіндігі	Жұмысшылардың тар көлемді мамн болғандығынан мүмкін емес	Жұмысшылардың жқғарғы дәрежеден ауыспалылығының арасында мүмкіндік мол
0	Басқару құрылымы	Көлемі үлкен басқару құрылымы	Басқарудағы икемділік, басқару аппараттарындағы жұмыскерлер саны ең төменгі
1	Басқару жүйесіндегі мүдделердің ұштастырылуы	Құрылтайшылар мен менеджерлер мүдделерінде қарама қайшылық болғандықтан ұштаспайды	Құрылтайшылар мен менеджерлер міндеттері бір адам үйлестіретіндіктен, басқару жүйесінде де мүдделер қарама қайшылығы болмайды

Нарықта негізінен миллиондаған айналымы бар корпорацияларға жол ашық, ал шағын және орта бизнес құрылымдарының құрылуына мүмкіндік аз деген пікірлер бар. Басты дәлел шағын фирмалардың жақсы жетілген ірі фирмалармен бәсекелесе алмауы. Шын мәнінде, шағын және орта бизнес бірнеше себептерге байланысты ірілермен сәтті бәсекелесе алады. Мысалға, ірі кәсіпорындар

стратегиясын өзгерту үшін бжыл қажет етеді, ал жаңа стратегия енгізу үшін 10жыл және одан да көп уақыт қажет етеді. Шағын фирмалар үшін 6 айдан 1жылға дейінгі уақыт айтарлықтай көп емес. Одан әрі, технологиялық жаңалықтар- бұл дәстүрлі түрде үлкен бизнес саласы деп саналатын, бірақ статистикаға қарасақ, 2-ші дүниежүзілік соғыстан кейін 4 радикалды технологиялық жаңартпашылықтардың 95% шағын бизнес саласынан келуде. Басқа қайнар көздердегі мәліметтер бойынша ірі фирмаларға қарағанда шағын фирмалар 24 есе көп жаңартпашылықтар мен ашылымдар жасауда. Сондықтан Еуропа Достастығында (ЕД) экономиканың жеке секторындағы 15.7 миллион кәсіпорындардың барлығы дерлік шағын және орта бизнес түрінде болуы кездейсоқтық болуы мүмкін емес. [9]

Қазақстандағы шағын және орта бизнесті SWOT (Strengths- күшті жағы,Weaknesses- әлсіз жағы,Opportunities- мүмкіндігі,Threats- қауіп) талдау:

Басым жаақтары:икемділіктің жоғарылығы, сұраныстың өзгеруіне жедел түрде бейімделуі, тұтынушыларға тауарлар мен қызметтерді жақындату, тұтынушымен жеке байланыста болу, олардың қызығушылығын есепке алу,басқарушыларды жоғары деңгейде ынталандыру, жаңа жұмысшылар орындарын ашу, жергілікті бюджет базасын тұрақтандыру.

Осал жақтары: кәсіпкерлікті қалыптастыруда бастапқы капитал мәселесі, кепілдікпен қамтамасыз етілген несие алу қиындығы, сыртқы орта туралы мәліметтердің жоқ болуы, өндірістік процестерді ресурспен қамтамасыз етілуінің жетіспеуі және оларға бағаның жоғарғы деңгейі, материалдық техникалық базаның нашар болуы және онымен қамтамасыз етуде маманданған қызметтің жоқ болуы.

Мүмкіндіктер: заңдылық базаны жетілдіру, салық салудың жеңілдетілген жүйесін енгізу, салалық бандарламаны дайындау, шағын жіне орта бизнесті қолдау инфрақұрылымын дамыту, франчайзингті дамыту, орта және ірі кәсіпорындар арасындағы байланыстарды петтеу, лизингтік қызмтін дамыту, шағын жіне орта бизнес өнімдеріне мемлекеттік сұраныс көлемін ұлғайту.

Қауіптер: орта жіне ірі отандық және шетелдік кәсіпорындар жағынан бәсекелестік, мемлекет органдарымен қарым қатынас мәселелері, бір жүйелі ақпараттық базаның жоқ болуы, жоғары деңгейдегі сатып алу қабілетінің болмауы, нарықта арзан импорттық өнімдердің көп болуы. [10]

Сонымен, шағын бизнес тек қана экономиканы жандандырушы фактор болып қана қоймай, сондай ақ оның экономикалық дағдарыстан шығуының алғашқы кезеңі ретінде де қарастырылады. Шағын фирмаларды көбірек құру- жұмыссыздық проблемасын жеңілдетуі, салыққа бәсекелі орта құрылуы, қаржы нарығын жандандыруы, ірі бизнестің дамуына бастама береді. Ал орта бизнес мемлекет тарапынан елеулі шығындарды талап етпестен «салауатты» бәсекелі ортаның қалыптасуына, нарықтық тепе-теңдіктің орналуына, жаңа жұмыс орындарының құрылуына, жағдайы орташа тұрғындар тобының қалыптасуына, тұрғындардың әр-түрлі қажеттіліктерін қанағаттандыруға жағдай жасайды, бұл- тұрақты экономикалық өсуді қамтамасыз етеді.

Шағын және орта бизнестің осы айтылған және айтылмаған жағдайларына байланысты дамуы республика экономикасын реформалаудың ерекше факторы және құрамдас бөлігі екедігін көрсетеді. Қазақстанда нарықтық экономиканың қалыптасуы көптеген шағын фирмалардың құрылуына негіз болды. Бұл процестің ақиқаттылығы көпшілікке белгілі, сондықтан шағын кәсіпорындар кең ауқымды назар аударатын объектіге айналады. Жалпы экономикалық көзқарас тұрғысынан шағын және орта бизнестің дамуы өндірісті мамандандыру өсімін, ғылыми-техникалық прогресті жеделдетуді, өнім өндіру мерзімін қысқартуды, шикізаттар мен дайын өнімдерді жеткізудің көлік шығындарын, жоғалтуларды азайту, еңбек және материал ресурстарын едәуір толық пайдалануды қамтамасыз етеді. Әйтсе де, Қазақстандағы шағын және орта бизнес едәуір қиындықтарды кезіктіруде және оларды жеңіп шығу үшін жүйелі жұмыс атқару қажет, ал бұл- ең алдымен, заңнаманы әрі қарай жетілдіру, қаржылай қолдау көрсету, аймақтық даму бағдарламаларының тиімділігін арттыру, әкімшілік кедергідерді жою және жемқорлықты жеңіп шығу, инновациялық әлеуетті арттыру, сондай-ақ, кәсіпкерлік білімді дамыту жөніндегі жұмыстар. [11]

Қолданылған әдебиеттер тізімі:

- 1) «Бизнесті бағалау» Асқарова Ж.А. 2010, 23-26 б.
- 2) <http://group-global.org/kk/publicaion/10083-shagyn-zhne-orta-biznes-kazakstan-respublikasynyn-ekonomikalyk-osuinin-factory>
- 3) Егемен Қазақстан 2012, №21-22 3-4 б.
- 4) <http://group-global.org/kk/publicaion/10083-shagyn-zhne-orta-biznes-kazakstan-respublikasynyn-ekonomikalyk-osuinin-factory>
- 5) Қазақстан Республикасы Білім және Ғылым министрлігінің ғылыми журналы, Ізденіс 2004 №1
- 6) «Шағын бизнес негіздері» М.Д. Каримова, Б.А.Бакирова 2014, 58-64 б.
- 7) Қазақстан Республикасы Білім және Ғылым министрлігінің ғылыми журналы, Ізденіс 2004 №1

- 8) Егемен Қазақстан 2015, 4 ақпан
- 9) Егемен Қазақстан 2012, №21-22, 3-4 б.
- 10) «Шағын бизнес негіздері» М.Д. Каримова, Б.А.Бакирова 2014, 102-118 б.
- 11) «Шағын бизнес негіздері» О.Сәбден, А.Тұрсынбаева, Г.Бодаубаева, Ж.Сәбденова, Д.Кангомакова 2014, 44-123 б.

Atkhamov A.A., Kodjamjarova A.S.
Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Almaty, Republic of Kazakhstan.
Scientific adviser: PhD, Senior Lecturer, Omyrzakov M.T.
“Pharmacist-toxicologist” module

INVESTIGATION OF ANTI-LEUKEMIC ACTIVITY OF SOME AROMATIC OXYBUTYNYL AMINE DERIVATIVES

Abstract. Twelve aromatic oxybutynylamine derivatives (**1-12**) were synthesized via Mannich reaction. All synthesized compounds were tested primarily for their anti-leukemic activity against leukemia K562 cells, in a concentration of 10 µg/ml.

Materials and methods. Human chronic leukemia 562 cells were purchased from American Type Culture Collection, Rockville MD, USA. Cell line was grown in suspension culture at 37 °C in RPMI-1640 medium supplemented with 10% non-dialysed fetal bovine serum (FBS), 2 mM L-glutamine, 100 units/mL of penicillin and 10 µg/mL of streptomycin.

For the cell growth inhibition assay, K562 cells were set up at 1×10^5 cells/well in Costar 24-well plates. Cell was allowed to grow undisturbed for 24 h before addition of "drugs". After 48 h incubation with drugs at 37 °C, viable cell counts were made by using the trypan blue exclusion method to assess cell viability Screen.

Chemistry. The Mannich bases (**1-12**) were prepared by following method: an equimolar amount of aromatic oxypopyne, paraformaldehyde, appropriate amine and catalytical amount of newly prepared copper(I) chloride was stirred in anhydrous dioxane at 60 °C for 4-6 hrs., then dioxane was distilled off. The residue was extracted with diethyl ether and purified with an alumina column. After evaporation of solvent all Mannich bases were obtained as oily products **1-12**. To obtain their water soluble form, diethyl ether saturated with hydrogen chloride was added dropwise to a solution of compounds in diethyl ether to pH 2. The mixture was stirred on a magnetic stirrer for 25—30 min. A precipitate was filtered off and washed with diethyl ether to obtain hydrochlorides (**1-12**)*HCl.

Results

and

discussion. Compound **9** showed the highest activity of 100% inhibition. Furthermore, compound **9** were showed an IC₅₀ value of 0.03 and 0.008 µg/ml against leukemia K562 and HL60 cells respectively, where IC₅₀ value of Taxol against both cells was 0.0023 µg/ml.

Conclusion. In summary, this study reports the synthesis of some acetylenic amines and their anti-leukemic activity. The biological assay results revealed that the naphthyloxypropargyltriazole derivative showed potent anti-cancer activity comparable with existing drug.

Арзымбет А.Е.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Научный руководитель: магистр естественных наук Ильясова Г.О.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ПРОБЛЕМА СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Сердечно – сосудистые заболевания, наравне с онкологическими заболеваниями и диабетом, прочно удерживают первенство среди самых распространенных и опасных болезней XX, а теперь уже и XXI века. Медицина будущего с полным основанием назовет XXI век «эпохой сердечно – сосудистых заболеваний». Одной из главных проблем среди всего человечества являются сердечно – сосудистые заболевания, как по распространенности, тяжести осложнений, так и моральному и материальному ущербу. Сердечно - сосудистые заболевания - группа заболеваний сердца и сосудов, включает артериальную гипертензию, ишемическую болезнь сердца (ИБС), цереброваскулярные заболевания (инсульт), болезни периферических сосудов, сердечную недостаточность, ревматизм, врожденные пороки сердца, кардиомиопатии.

Согласно данным ВОЗ, сердечно - сосудистые заболевания на сегодняшний день занимают пятое место в структуре мировой летальности, и, при сохранении современной тенденции, к 2020 году они выйдут на первое место. Уже сегодня ежегодно от сердечно -сосудистых заболеваний умирают более 17 миллионов человек. Наибольшее количество больных и умерших приходится на долю мужчин в возрасте от 35 до 65 лет. Если не изменить ситуацию, то к 2020 году данный показатель во всем мире достигнет 20 миллионов в год.

По данным ВОЗ анализ показателей смертности от ишемической болезни сердца по странам СНГ показало, что наиболее высокие уровни смертности регистрируются в Республике Молдова – 496,16 на 100 тыс. населения, затем по убыванию в Украине (491,91), Кыргызстане (444,59), Российской Федерации (359,33), Литве (313,91), Латвии (248,88), Эстонии (199,15), Румынии (187,19), Казахстане (181,32), Чехии (161,82), Болгарии (114,26). Анализ смертности от ишемической болезни сердца по Республике Казахстан за последние 10 лет показывает значительное снижение в 2,3 раза, в 2001 г. – 420,22 случая на 100тыс. населения и 2010 г. – 181,32 случая. Но, тем не менее, наиболее высокие уровни смертности от ИБС в 2011 году регистрируются в Акмолинской области с показателем 163,74 случая на 100 тыс. населения, при республиканском показателе – 100,27 случая. На втором месте Павлодарская область (158,18), на третьем В-Казахстанская область (155,17), далее Северо-Казахстанская (147,16) и Жамбылская (115,48) области. ИБС – далеко не гериастрическая проблема: люди молодого, трудоспособного, творчески активного возраста становятся ее жертвами, что нередко приводит к полной или частичной утрате их трудоспособности, снижая, таким образом, трудовой потенциал общества. Немаловажен факт снижения рождаемости в ряде регионов, что может явиться одним из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране.

Доказано, что прекращение употребления табака, уменьшение потребления соли, потребление фруктов и овощей, регулярная физическая активность и предотвращение вредного употребления алкоголя снижают риск развития сердечно - сосудистых заболеваний. Стремительно завоевывающая мир отношения к здоровому образу жизни поможет избавить XXI век от «эпохи сердечно – сосудистых заболеваний».

Литература:

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний трудоспособного населения России // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. – №3. – С. 12-13.
2. Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». – Астана: 2012 г.

*Альмуханова А.Б., Камалиев М.А., Кодасбаева А.Т.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Городской кардиологический центр г. Алматы*

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИСХОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

В 2015 г. в Республике Казахстан по данным ВОЗ доля смертности от болезней системы кровообращения составляет 54% [1]. По данным Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, кардиохирургическую помощь можно получить в 26 организациях

здравоохранения, действуют 22 кабинета для проведения коронароангиографии, работают 29 ангиографических установок [1]. В ряде исследований было показано, что социально-демографические характеристики тесно связаны с прогнозом течения сердечно-сосудистых заболеваний [4]. В частности, показана взаимосвязь выраженности клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний с возрастом, полом и социально-экономическим статусом пациентов, их совокупного влияния на продолжительность и качество жизни [4,5].

В г. Алматы экстренную высокоспециализированную кардиохирургическую помощь жителям города Алматы оказывают Городской кардиологический центр г. Алматы (ГКЦ), Центральная клиническая больница Управления Делами Президента Республики Казахстан (ЦКБ УДП РК) и Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней (НИИКиВБ).

С созданием таких центров обеспечена доступность населению основных современных экстренных терапевтических и интервенционных методов диагностики и лечения, а также всех основных видов неотложной высокотехнологической инвазивной помощи (эндоваскулярной, аритмологической, кардиохирургической) [2].

Во всех стационарах, оказывающие экстренную кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению г. Алматы с 2013-2015 гг. было проведено аортокоронарное шунтирование (АКШ) – 748. Демографическая характеристика контингента пациентов ГКЦ приведена в таблице.

Таблица. Возрастно-половая характеристика пациентов АКШ в 2013-2015 гг.

Возраст/ пол	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	всего
Мужчины	0,5	7,2	37,6	39,9	13,9	0,9	100
Женщины		1,6	14,2	51,4	31,7	1,1	100
Оба пола	0,5	5,9	32,1	42,6	17,9	1,0	100

Как видно на таблице, в контингенте больных преобладают мужчины: среди тех, кому сделано АКШ – 76,7%. Среди пациентов прооперированных АКШ больше мужчин возрастных групп 60-69 лет (39,9%) и 50-59 лет (37,6%) и женщин 60-69 лет (51,4%) и 70-79 лет (31,7%). Максимальный возраст среди прооперированных пациентов составил 84 года, минимальный 34, средний 62,01±8,35.

По национальному статусу наблюдается следующая характеристика: больший процент составляют казахи – 42,9%, затем русские – 40,3%, уйгуры – 8,2%, татары – 2,6%, корейцы – 1,7%, другие нации менее 1%.

Большая часть прооперированных пациентов были жители г. Алматы – 88,8%, из других регионов страны – 11,2%. Среди жителей г. Алматы большая часть прооперированных были жители Ауезовского района – 22,8%, Бостандыкского района – 18,2%, Алмалинского района – 18,0%, Медеуского района – 11,4%, Жетысуйского района – 11,2%, Турксибского района – 10,9%, Алатауского района – 5,8%, Наурызбайского района – 1,7%.

Основными показаниями для АКШ стали инфаркт миокарда как среди мужчин (61,6%), так и женщин (56,8%), а также нестабильная стенокардия – 38,2 и 43,2% соответственно. В целом доля пациентов с инфарктом миокарда среди всех прооперированных пациентов составила 60,5%. По глубине поражения инфаркт миокарда с зубцом Q составил 40,9%, без зубца Q – 59,1%. По срокам возникновения доля первичного инфаркта миокарда составила 65,8%, повторного - 34,2%. По локализации зоны повреждения: передний – 55,3%, задний – 27,4%, циркулярный – 17,3%.

Осложнения основного заболевания наблюдались в 10,6% случаях. Среди осложнений: рецидивирующее течение заболевания наблюдалось в 27,8% случаях, кардиогенный шок 24,0%, нарушение ритма и проводимости – 22,9%, фибрилляция желудочков – 13,2%, отек легких – 6,0%, кардиогенный шок и отек легких - 4,9%, синдром Дресслера – 1,2%.

Из сопутствующей патологии: артериальная гипертензия составила 89,4%, Сахарный диабет 2 типа – 23,7%, язвенная болезнь в стадии обострения – 4,5%, ожирение 9,0%, ХОБЛ – 3,4%, нарушение ритма и проводимости – 2,9%.

Оперированным пациентам, было сделано от 1 до 5 шунтов: наибольшая долю составили трехшунтовые операции – 42%, двухшунтовые – 33,2%, одношунтовые - 13,1%, четырехшунтовые – 11,2%, пятишунтовые – 0,5%.

Интраоперационные осложнения наблюдались в 2,7% случаев, послеоперационные осложнения 10,6%. Большая часть оперативных вмешательств проводилась без использования аппарата искусственного кровообращения – 64,2%, с использованием аппарата – 35,8%.

Как правило, пациенты поступают в стационары по скорой медицинской помощи (78,2%). Остальные пути поступления представлены организациями консультативно-диагностической помощи – 13,4%, самостоятельным обращением пациентов – 8,4%.

По социальному статусу наблюдалось следующее распределение пациентов: пенсионеры – 52,5%, рабочие – 10,4%, безработные – 19%, служащие – 8,8%, лица, инвалиды 2 и 3 группы по заболеваемости – 5,2%, занимающиеся индивидуальным трудом – 3,6%, домохозяйки – 0,5%.

Согласно анализа данных историй болезни среди жителей г. Алматы прикреплены к городским поликлиникам 93,2% пациентов, наблюдаются в городских поликлиниках – 69%.

Положительный эффект, проявлявшийся положительной динамикой (выздоровление, улучшение) наблюдался у 97% пациентов после АКШ.

Койко-день, которые пациенты провели в стационаре в среднем составило $16,15 \pm 6,04$, максимально – 62, минимально – 1.

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования, направленные на оценку взаимосвязи между клиническими характеристиками больных и степенью утраты трудоспособности после коронарного шунтирования, а также выживаемость пациентов после коронарного шунтирования.

Литература:

1. http://www.who.int/nmh/countries/kaz_en.pdf?ua=1
2. <http://www.mzs.gov.kz/node/315933>
3. Султанбеков Р.Т., Исабекова А.Х., Мусагалиева А.Т. Достижения и проблемы кардиологической службы Алматинской области // Терапевтический вестник. – 2012. – №1. – С. 7.
4. Mattioli AV, Bonatti S, Zennaro M, Mattioli G. The relationship between personality, socio-economic factors, acute life stress and the development, spontaneous conversion and recurrences of acute lone atrial fibrillation. *Eurpace* 2005;7(3):211-220.
5. Yancy CW, Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, Stough WG, Gheorghiu M, et al. Influence of patient age and sex on delivery of guideline-recommended heart failure care in the outpatient cardiology practice setting: findings from IMPROVE HF. *Am. Heart J* 2009;157(4):754-762.

Әбиев Д. Қ.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Ғылыми жетекші: техника ғылымдарының магистрі, аға оқытушы

Нуртаева Ф. Қ.

ҚАТЕРЛІ ІСІК ЖӘНЕ ПАЙДА БОЛУ СЕБЕПТЕРІ

Рак - эпителий тканінен өсетін қатерлі ісік. Рак - қазіргі кезде Жер бетіндегі барлық халықтар мен мемлекеттерді бірдей толғандырып отырған, түбелейлі шешімі табылмаған, өзінің күрделілігі менемдеудегі қиындығы жағынан медицинаның басты проблемасына айналып отырған ауру.

Бір мүшеде пайда болған ісіктің жасушасы бөлініп, қан мен лимфа арқылы бүкіл организмге тарайды. Сөйтіп сол жерде жаңадан қатерлі ісік немесе метастаз пайда болады. Метастаздардан рақтың барлық түрі туындайды, олардың біреулері ерте, біреулері кеш пайда болады. Рақтың басты қасиеттерінің бірі – оның қайталануы болып табылады. Кейде ісікті хирургиялық жолмен алып тастағаннан кейін немесе сәуле және химиотерапияның әсерімен жойылғаннан кейін ол арада біршама уақыт өткен соң да пайда бола береді. Ол түп-тамырымен толық алынбаған бұрынғы орында, сондай-ақ бұрын бйқалмаған, жасырын қалған метастаздың орнына пайда болуы мүмкін. Негізгі ісіктен бөлінген рак жасушалары ұзақ жылдар бойы өздерінің көбею қабілеттерін сақтайды әрі біраз жылдан соң (кейде 15-20 жылдан кейін) кез келген жаңа жерде қайтадан ісік пайда болуы ықтимал.

Қазақстандағы онкологиялық аурулардың статистикасы:

Соңғы 10 жылда Қазақстанда онкологиялық науқастардың саны артқан. Қатерлі ісікке шалдыққан науқастардың жыл сайынғы өсуі 5% құрайды. Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институтының мәліметтері бойынша 145 мың онкологиялық науқас диспансерлік есепке алынған, жыл сайын осы ауруға шалдыққан 32 мыңға жуық адам анықталады.

ДДҰ мәліметтері бойынша қатерлі ісіктен болатын өлім-жітім секілді көрсеткіштер бойынша Қазақстан ТМД бойынша жақын маңдағы көрші елдердің арасында алдыңғы орын алады: Ресей, Украина, Қырғызстан, Өзбекістан, Әзірбайжан.

Жыл сайын қатерлі ісіктен 17 мыңға жуық адам өлім-жітімге ұшырайды, олардың 42% - еңбекке қабілетті жастағы адамдар.

Қазақстанда қатерлі ісік түрлерінің таралуы

Қазақстан Республикасында онкологиялық аурулардың таралу дәрежесі бойынша:

- Қазір бірінші орында –сүт безінің, асқазанның қатерлі ісігі.
- Екінші орында – өкпенің және өңештің қатерлі ісігі.
- Одан кейін , жатырмойнының, ішектің қатерлі ісіктері.

Онкологиялық аурулар жөнінде аса қолайсыз жағдай келесі облыстарда орын алған:

- Солтүстік-Қазақстан облысы
- Павлодар облысы
- Шығыс-Қазақстан облысы

Ауруға азырақ шалдығу келесі облыстарда байқалады:

- Қазақстанның батыс облыстарында
- Оңтүстік –Қазақстан облысында.

Қазақстан денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің ресми статистикасы бойынша Қазақстандағы өлім-жітімнің жалпы құрылымында жыл сайынғы өлім-жітімнің саны бойынша ҚЖА (қан айналымы жүйесінің аурулары) кейін онкология екінші орынды алады.

Рустамова П.А.

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Научный руководитель проф. Нурмаганбетова М.О.

ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Важной проблемой в здравоохранении Казахстана является здоровье населения. Основной задачей здравоохранения является профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, смертность от которой составляет почти половину, а также снижение показателей по материнской и младенческой смертности. Известно, что проблема сердечно-сосудистых заболеваний в основном связана с малоподвижным образом жизни, с неправильным питанием и с вредными привычками (алкоголизм, курение, наркотики). Необходимо осознание самим населением важности собственного здоровья. В начале 90-х гг. в Казахстане величина коэффициента смертности составляла 7,7%, а в последующие годы - 10,4%.

Коэффициент смертности в странах Центральной Азии (на 1000 чел. нас.)

Страны	1990	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Казахстан	7,9	9,9	10,1	10,0	10,1	10,4	10,1	10,4
Кыргызстан	6,9	6,8	6,9	6,6	7,1	7,1	6,9	7,0
Таджикистан	6,2	4,2	4,7	5,1	4,8	5,1	4,4	
Узбекистан	6,1	5,3	5,5	5,3		..	..	..

Один из самых глобальных вопросов нашего современного здравоохранения является материнская смертность. В мире еженедельно около 900 женщин умирают от причин, связанных с родами и беременностью. Самые высокие показатели материнской смертности наблюдаются среди женщин, которые живут в сельских районах. Благодаря оказанной своевременной помощи можно спасти тысячи жизней женщин и новорожденных детей. Для Казахстана проблема младенческой смертности остается одной из важных. В последние годы наблюдается процесс сокращения числа младенческих смертей.

Коэффициенты младенческой смертности по странам Центральной Азии

Страны	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Казахстан	20,4	18,8	19,1	17,0	15,7	14,5	15,2
Кыргызстан	22,7	22,6	21,7	21,2	20,9	25,7	...
Таджикистан	40,0	40,0	...	...	...	...	...
Узбекистан	20,2	18,9	18,3	...	...	...	...

В настоящее время в Казахстане показатель младенческой смертности уменьшается, а рождаемость увеличивается. На показатель влияют воздействие социальных факторов, а также условия окружающей среды на здоровье населения. С этой целью ставится задача разработать профилактические меры по оздоровлению населения, совершенствовать медицинское обслуживание. Для достижения этой цели важно направить все имеющиеся ресурсы.

Mayank Kachhara
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Scientific supervisor: master of Engineering sciences,
senior teacher Nurtayeva Galiya

MODERN ISSUES OF PHSIOLOGY IN INDIA

When a person's body mass index (BMI) is above the normal range but below the threshold for obesity, he or she is termed as overweight (BMI = 25–29.9 kg/m²). Recently, the incidence of myocardial infarction has greatly increased among the young adults. This is mainly due to stress, sedentary lifestyle, and increased intake of junk foods. Reduced heart rate variability (HRV) is a sign of poor cardiac autonomic function. Obese individuals are known to have reduced HRV. However, there are not many studies that have explored the changes in HRV indices among the overweight individuals. Apparently healthy overweight men have reduced HRV, which may lead to increased cardiovascular morbidity and mortality in these individuals. Hence, emphasis must be placed on early adoption of lifestyle modifications to prevent the progress of impending alterations in cardiovascular status of these young adults. Worldwide the incidence of overweight and obesity is increasing at a faster rate. The imbalance between energy consumption and energy expenditure causes overweight and obesity.

People who are overweight today will become obese if they are not aware of the consequences of inappropriate weight gain. According to the World Health Organization (WHO), increased body mass index (BMI) is a major risk factor for most of the noncommunicable diseases such as diabetes; cardiovascular diseases; musculoskeletal disorders such as osteoarthritis; and carcinoma of colon, breast, and endometrium. An expert WHO consultation conducted in Asian population reported that the risk of diabetes and cardiovascular diseases occur in people whose BMI is lower than that of the cutoff value for overweight given by the WHO. Obesity, a major risk factor for many health-related disorders, is known to be associated with decreased cardiac autonomic functions.

Heart rate variability (HRV), a measure of the beat-to-beat variation in the RR intervals, is a simple and non-invasive method that helps to assess the cardiac autonomic status of the individuals. Obese individuals are known to have reduced HRV due to increased sympathetic activity and decreased parasympathetic activity. There was sympathetic over activity in obese men when compared with normal men. HRV indices such as RMSSD (root mean square of successive differences) and low-frequency (LF) values were negatively correlated with body fat mass and fat percentage. Although there is adequate data regarding the effect of obesity on HRV, knowledge regarding the changes in HRV among overweight individuals is very limited. Hence, in this study, the HRV indices were assessed in young adult men with BMI in the overweight range and compared with those of age-matched men with normal BMI.

RESULT

The mean age, BMI, and blood pressure measurements of the subjects in the test group and the control group are given in Table 1. The mean age of men in the test group and the control group is similar so that the variations in HRV are not due to difference in the ages. The mean BMI is significantly different in between the groups, which is the essential criteria for this study. Systolic blood pressure (SBP) is significantly higher in the overweight men with p-value of 0.010, though the absolute values of the mean

SBP does not fall in the range of hypertension. But the diastolic blood pressure (DBP) and mean arterial pressure values were similar in the test and the control groups.

Parameters	Control (normal BMI), N = 18 Mean (SD)	Test group (overweight), N = 18 Mean (SD)	p-value
Age (years)	26.52 (5.70)	26.72 (6.19)	0.368
BMI (kg/m ²)	21.86 (1.56)	26.98 (1.66)	<0.001*
SBP (mm Hg)	116.88 (8.2)	124.11 (7.8)	0.010*
DBP (mm Hg)	74.58 (6.51)	75.66 (7.94)	0.664
MAP (mm Hg)	88.82 (5.96)	91.81 (6.7)	0.173
Mean RR (ms)	793.06 (100.93)	858 (72.27)	0.043*
Mean HR (1/min)	77.91 (10.03)	71.34 (5.16)	0.029*

DISCUSSION

HRV analysis is emerging as an important investigation tool to assess the cardiac autonomic status of the individuals in various clinical conditions especially with regard to non communicable diseases. Reduced HRV clusters with other cardiovascular risk factors such as higher triglycerides and coronary artery calcification in young adults. Studies on obesity and HRV in young adults have shown that obese individuals have increased cardiac sympathetic activity, decreased parasympathetic activity, and reduced total HRV. In this study, we have tried to explore if the changes in HRV manifested in obese individuals are also present in overweight men. In this study, it was observed that the overweight men had significant changes in short-term HRV parameters when compared with their age-matched controls with normal BMI. Comparison of SBP and DBP of the test and the control group revealed a significantly high SBP among the test group individuals whereas there was no difference between the groups with respect to DBP. This finding is consistent with the study which has also reported a significant positive correlation of SBP with BMI. The significantly reduced RR intervals among the test group individuals indicate an increased cardiac sympathetic tone in these individuals.

CONCLUSION

Overweight individuals have altered cardiac autonomic status with reduced HRV. Hence, appropriate clinical investigations including HRV need to be done periodically in these individuals to prevent further derangement of the cardiac autonomic activity and future cardiovascular complications.

Кошкимбаева С. А

ТОО «Республиканский медицинский университет», г.Астана

УПРАВЛЕНИЕ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В конце XX века в теории и практике управления экономически развитых стран возникло новое направление - управление риском (рискменеджмент). Риск-менеджмент изучает влияние на различные сферы деятельности человека случайных событий, наносящих физический и моральный ущерб (1,2). Риск - это событие или группа случайных событий, наносящих ущерб объекту, обладающему данным риском. Случайность наступления события означает невозможность точно

определить время и место его возникновения. Объект может быть физическим (человек) или материальным (имущество), а также представлять имущественный интерес (нематериальное свойство объекта, например прибыль). Ущерб - ухудшение или потеря свойства объекта. Ущерб может быть выражен в натуральном виде (физический) или в стоимостном выражении (экономический). Большинство неблагоприятных событий обладают свойством вероятности их реализации. Вероятность события - это его математический признак, означающий возможность рассчитать частоту наступления события. Рискуются два свойства - вероятность и ущерб. Каждое неблагоприятное событие порождается некоторой совокупностью исходных причин (инцидентов). Цепочка последовательных шагов, ведущих от инцидента к конечному событию, называется сценарием. Зная вероятность возникновения исходных инцидентов и промежуточных шагов, можно рассчитать вероятность реализации данного сценария (1, 2, 3, 4)

Как экономическая категория риск представляет собой событие, которое может произойти. В случае свершения такого события возможны 3 экономических результата:

- отрицательный (проигрыш, ущерб, убыток);
- нулевой;
- положительный (выигрыш, выгода, прибыль).

Управление рисками (риск-менеджмент) - это система мер, целью которых является уменьшение повреждающего или уничтожающего воздействия опасности на здоровье, жизнь, имущественное, финансовое положение рискующего и т.д. Система управления в ситуациях риска содержит следующие основные элементы:

- выявление альтернатив риска, допущение его только в пределах социально, экономически и нравственно допустимого уровня;
- разработка конкретных рекомендаций, ориентированных на устранение или минимизацию возможных негативных последствий риска;
- создание специальных планов, позволяющих оптимальным образом действовать в критической ситуации людям, реализующим решения с риском или контролирующим этот процесс;
- подготовка и принятие нормативных актов, помогающих претворить в жизнь выбранную альтернативу;
- учет психологического и нравственного восприятия рискованных решений и программ и т.п (1, 2, 3).

Процесс управления риском состоит из следующих этапов:

- определение цели;
- выяснение риска;
- выбор методов управления риском;
- реализация управления риском;
- оценка результатов.

Приоритетом управления рисками в медицине является управление качеством лечебно-диагностического процесса. Главными инструментами риск-менеджмента в здравоохранении являются модули структурных стандартов КМП, а также модели конечных результатов труда. Издержки, связанные с дефектами КМП, могут быть сопряжены со случаями гражданско-правовой ответственности при предъявлении производителям медицинских услуг судебных исков от истцов (потерпевшей стороны).

В классификации по роду опасности выделяются следующие виды рисков:

- природные (не зависят от деятельности человека);
- антропогенные (техногенные), включая медицинские риски (порождены деятельностью человека);
- смешанные (события природного характера, но вызванные человеческой деятельностью).

В здравоохранении риски подразделяются на следующие группы:

1. Социально-политические риски.
2. Риски, связанные с управлением.
3. Профессиональные (медицинские) риски, связанные с гражданско-правовой ответственностью.

Управление риском - это многоступенчатый процесс, цель которого - уменьшить и компенсировать ущерб для объекта при наступлении неблагоприятных событий. Важно понимать, что минимизация ущерба и снижение риска - не одно и то же. Например, страхование, которое обеспечивает компенсацию ущерба, никак не снижает вероятность риска.

Основные этапы классического процесса управления риском: анализ риска (его выявление и оценка); выбор методов воздействия на риск и принятие решения; воздействие на риск (его снижение, сохранение, передача; контроль и корректировка результатов. Анализ риска - начальный этап; его цель - получение необходимой информации о структуре, свойствах объекта и прогнозируемых рисках. Собранной информации должно быть достаточно, чтобы принимать адекватные решения на последующих этапах. Анализ состоит из выявления рисков и их оценки. При выявлении рисков (качественная составляющая) определяются все риски, присущие исследуемой системе. Оценка - это количественное (количественная составляющая) описание рисков, в ходе которого определяются такие их характеристики, как вероятность и размер возможного ущерба. Выявление рисков и их оценка тесно взаимосвязаны, и не всегда представляется возможным разделить их на самостоятельные части общего процесса. Более того, анализ идет в двух противоположных направлениях - от оценки к выявлению, и наоборот. В 1-м случае уже имеются убытки и необходимо выявить причины; во 2-м - на основе анализа системы выявляются риски и возможные последствия (1, 4).

Следующий этап - выбор метода воздействия на риски с целью минимизации возможного ущерба. Как правило, каждый вид риска допускает 2-3 традиционных способа его уменьшения. Поэтому возникает проблема оценки сравнительной эффективности методов воздействия на риск для выбора наилучшего. После выбора оптимальных способов воздействия на конкретные риски появляется возможность сформировать общую стратегию управления всем комплексом рисков. Это этап принятия решений, когда определяются требуемые финансовые и трудовые ресурсы, происходят постановка и распределение задач среди менеджеров. Снижение риска подразумевает уменьшение либо размера возможного ущерба, либо вероятности наступления неблагоприятных событий. Чаще это достигается при помощи осуществления предупредительных организационно-технических мероприятий, под которыми понимаются различные способы усиления системы безопасности (обучение персонала, установка систем оповещения и т.д.). Сохранение риска не всегда означает отказ от любых действий. Организация может создать резервный фонд (фонды самострахования или фонды риска), из которых будет производиться компенсация убытков при наступлении неблагоприятных ситуаций. Такой метод управления рисками называется самострахованием. К мерам, осуществляемым при сохранении риска, могут быть также причислены получение кредитов и займов, получение государственных дотаций и т.д. Меры по передаче риска означают передачу ответственности за него третьим лицам при сохранении существующего уровня риска. К ним относятся страхование, а также различного рода финансовые гарантии, поручительства и т.п. Новизна и актуальность проблемы управления рисками определила необходимость подготовки не только специалистов в области анализа риска, управления риском и безопасностью, но и подготовку руководящих кадров по важнейшим вопросам теории и практики управления рисками.

Список литературы:

1. Управление и экономика здравоохранения: учебное пособие для вузов / Под ред. А.И. Вялкова.- 3-е издание. - 2009.
2. Организация стратегического управления в системе здравоохранения: учебн.-метод. пособие/Т.А.Сибурин. – М.: Агар,2008.- 178
3. Сибурин Т.А. Управление здравоохранением: о путях перехода к инновационно-стратегической модели развития // Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2007- №1.- С. 95-107, №2. – С. 63 – 69.
4. Винслав Ю.Б., Пехтерев В.В. Механизмы разработки и реализации комплексной системы стратегического анализа и управления конкурентоспособностью корпорации// Менеджмент и бизнес-администрирование. – 2010- №1.- С. 118-152.

Дуйсенова Г.М., Рахимбекова Д.К.

АО «Казахский медицинский университет непрерывного образования», г. Алматы

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ИХ ТРУДА

Медицинская помощь населению в сочетании с профилактической работой способствует сокращению потерь рабочего времени из-за болезней, формированию, укреплению и сохранению

здоровья граждан, что является, согласно Кодексу Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (глава 2 «Государственное регулирование и управление в области здравоохранения», статья 4 «Принципы государственной политики в области здравоохранения») одним из принципов государственной политики в области охраны здоровья граждан Республики Казахстан, а именно: «отнесения здоровья населения, безопасности, эффективности и качества ... к факторам обеспечения национальной безопасности», а также резервом увеличения материального производства и роста национального благосостояния [1,2].

Оказание населению современной, безопасной, качественной и эффективной медицинской помощи напрямую зависит от состояния здоровья работающих в отрасли здравоохранения медицинских работников. Их труд принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека и характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой. В сочетании с дежурствами, значительными нагрузками в течение рабочего дня, высок риск функционального напряжения сердечно-сосудистой, центральной нервной и других систем, что способствует развитию психологического напряжения и возникновению патологии [3,4].

Анализ научно-исследовательских работ, касающихся изучения состояния общественного здоровья медицинских работников, проводившихся в советский период и в настоящее время в Казахстане, показал, что для отрасли здравоохранения до сих пор не решены вопросы количественной интегральной оценки утомления и категорирования тяжести (напряженности) медицинского труда. В советские годы, а сейчас в Казахстане особенно, отсутствуют сведения о деятельности санитарно-эпидемиологических служб (находящихся в настоящее время на этапе реорганизации в связи с отнесением к Министерству национальной экономики Республики Казахстан) по контролю за условиями труда и охраной здоровья медицинского персонала.

Развитие многоукладности в казахстанском здравоохранении, участие частных клиник в государственном заказе, всё большая привлекательность их для пациентов, диктует необходимость выявления проблем, связанных с деятельностью врачей, работающих в государственных медицинских организациях страны, отток из которых стал значительным.

Поскольку имеется достаточно разработанный в предыдущие годы методический инструментарий по исследованию состояния общественного здоровья медицинских работников, это позволяет использовать его для решения исследовательского вопроса: «Каков уровень психоэмоционального статуса у врачей терапевтического профиля, работающих в государственных поликлиниках с учетом организации их труда?».

Социологическое исследование было проведено методом когортного одномоментного поперечного исследования путем анонимного анкетирования врачей терапевтического профиля государственных поликлиник г.Алматы. Разработанная программа исследования включала 4 этапа. Каждый этап предполагал использование определенных официальных, статистических, информационных материалов в отношении объектов и единиц исследования. В связи с этим был подобран и методический аппарат.

Исследование было проведено в поликлиниках города Алматы и охватило 179 врачей терапевтического профиля: терапевтов, педиатров, ВОП: по терапевтическому профилю было 43,4% врачей; педиатрическому – 39,5%, а ВОП всего было 17,1%. Женщин было больше (68,2%), чем мужчин (31,8%).

Из общего числа опрошенных работают на полную ставку 58,7% врачей; на 1, 25 ставки – 14,7%, на 1,5 ставки – 26,7%. Только 45,7% удовлетворены размером своей заработной платы. Размер «желаемой» месячной заработной платы варьировал от 100,0 до 200,0 тысяч тенге, составил в среднем 164,4 тыс. тенге.

Оценивая свое материальное положение, в основном врачами был выбран вариант «Деньги есть только на еду, необходимую одежду, изредка – на отдых» – 46,7%.

Анализ показал, что для врачей важны семейные ценности и традиции: и мужчины, и женщины поставили их на первое место - 34,4%; на втором месте - карьера (19,5%), на третьем – материальный достаток (16,9%), на четвертом – духовный и культурный рост (16,2%), на пятом – религия (13,0%). Причем, среди мужчин никто не отметил духовный/культурный рост или материальный достаток, но поставив на первое место карьерный рост. Помогают материально своим близким (родителям; детям, живущим отдельно и т.д.) 65,8% опрошенных; нуждаются и получают материальную поддержку 53,8%.

Оценили свой семейный микроклимат как «Благоприятный» - 67,5%; «Неблагоприятный» - 9,1%.

Из проблем образа жизни 37,7% врачей выделили употребление высококалорийной пищи, курение – 35,4% и малоподвижный образ жизни 29,5%. Более половины придерживаются трехкратного регулярного с употреблением горячей пищи питания - 47,9%. Причем больше среди ответивших было женщин. При этом среди мужчин больше было ответов «2 раза» – 42,9% и перекусывают в течение дня нерегулярно питаюсь 66,7% мужчин. В рационе питания преобладают мясо (27,5%), хлебобулочные изделия (22,2%), овощи/фрукты (21,5%), рыба (15,4%), молочные продукты (13,4%).

Всего четверть мужчин (25,0%) и 16,5% женщин читают часто. В возрастной группе 41-55 лет (41,8%); от 25 до 40 лет – 38,0% и старше 55 лет – 20,3% (причем ответов этой возрастной группы нет среди мужчин).

Врачи в возрасте от 41 до 55 лет чаще других возрастов посещают культурные мероприятия (театры, выставки, музеи, концерты и т.д.) - 40,5%; от 25 до 40 лет – 38,0% и старше 55 лет - 21,5%.

В основном свободное время врачи проводят дома – 37,3%, причем мужчины и женщины почти в равной степени (33,3 и 37,6% соответственно) или делают покупки (18,6%). 15,7% проводят досуг на природе, причем мужчины чаще (22,2%), чем женщины (15,1%). Занимаются самообразованием 9,8% и спортом – 7,8% (мужчины – 33,3% и женщины – почти в шесть раз реже – 5,4%).

считают, что имеют возможность для полноценного отдыха 31,2% врачей, не имеют - 39,0 и затруднились ответить - 29,9%. Чаще проводят отпуск дома – 46,5%, либо на даче/в саду – 18,6% и только 17,4% могут куда-то выехать или отправиться в путешествие (10,5%). 7,0% во время отпуска подрабатывают.

В основном врачи оценивают свое здоровье как «удовлетворительное» - 42,5%, «неудовлетворительное» - 12,5% и «отличное» - всего 2,5%. Поровну опрошенные имеют либо существенные проблемы со здоровьем, либо хорошее, имея незначительные отклонения.

Не имеют хронических заболеваний 63,4%, имеют их – 36,6%. В основном были отмечены хронические бронхиты, пиелонефриты, гастриты и холециститы. В старших возрастных группах – заболевания суставов.

Больше половины респондентов - 67,1% удовлетворены условиями труда. 32,9% - не удовлетворены, в первую очередь, недостаточной оснащенностью рабочего места мебелью, оборудованием; отсутствием возможности отдыха (комнаты отдыха и др.); обеспеченностью спецодеждой, средствами защиты.

Не испытывали дискомфорт на работе лишь 17,1% врачей. Из причин дискомфорта на работе отмечают нездоровую психологическую обстановку в коллективе 33,3%; страх возможной профессиональной ошибки (30,2%), испытывали напряжение из-за ответственности – 17,5%, опасности инфицирования - 9,5%. На поведение 9,5% врачей на работе влияли семейные проблемы.

Считают выбранную профессию престижной 48,7%, а 44,8% - ответили отрицательно или затруднились с оценкой.

Анализ психологического состояния опрошенных показал, что 29,5% могут охарактеризовать его как «душевный комфорт и гармония» или - как «позитивный оптимистичный настрой, спокойствие» - 37,2%. В то же время испытывают тревожность и напряжение 14,1%; скептически оценивают окружающий мир – 10,3%; находятся в состоянии «хронического стресса» 5,1% и «депрессии» 3,8%. Суммируя ответы, приходим к выводу, что 66,7% настроены позитивно, а негативно - 33,3%.

Считают, что профессиональных вредностей нет 30,1% врачей. Часто контактируют с источниками инфекции 15,7%; находятся в вынужденной позе, испытывая физические статистические нагрузки и поднимая тяжести - 9,6%. Имели высокие сверхнормативные нагрузки 4,8%. Частое эмоциональное напряжение отметили 26,5%.

Опрос по поводу врачебных ошибок (ВО) показал, что почти у трети (33,8%) были случаи ВО. Отмечали их у своих коллег 27,3% и 39,0% читали или слышали о них. При этом считают, что в основном причинами их является сложная, нестандартная ситуация, в которой работает врач, - 34,0%; низкая квалификация – 26,2%, невнимательность врачей – 22,7%, отсутствие достаточного времени для принятия правильного решения – 14,8% и физическое или психологическое нездоровье – 2,3%. 69,3% врачей никогда не участвовали ли в судебных разбирательствах по поводу ВО.

Выявлена фактическая переработка рабочего времени у врачей. Рабочая неделя фактически составляет от 36 до 40 часов у 37,8% врачей. Считают, что их рабочая неделя составляет от 40 до 45 часов фактически 43,2%. Работают более 45 часов 18,9%.

Было выявлено, что работа с документацией составляет у врача 53,2% от официального рабочего времени, тогда как общение с больным – 49,5%.

Проведенный анализ рабочей позы, в которой чаще всего работает врач, показал, что врачи сидя проводят 50,0% своего времени; стоя или в движении – 25,28%. Работа на вызовах занимает в среднем 36,37% и чуть больше - в поликлинике (40,87%).

Обслуживая вызовы к больным, в основном врачи вынуждены ходить по участку пешком (67,1%) или добираться на общественном транспорте (16,5%), а 8,2% - используют собственный транспорт и столько же врачей отметили, что поликлиника предоставляет специальный транспорт.

Не имели официальные производственные перерывы 80,0% респондентов. В течение рабочего дня только 15,3% врачей имеют перерыв на прием пищи. Никто не отметил наличие кратковременного отдыха. 2,4% имели перерыв длительностью от 10 до 20 минут в течение рабочего дня.

Таким образом, наше исследование показало наличие проблем в организации труда персонала, сохраняющиеся, по сути, еще с советских времен. Они, к сожалению, не устраняют негативных психо-эмоциональных особенностей труда врачей наиболее массового в здравоохранении- терапевтического профиля, в результате чего специалист испытывает большие нагрузки, приводящие в будущем к синдрому эмоционального профессионального выгорания. Сравнение наших результатов с исследованиями в этой области, проведенными ранее, позволяют сделать вывод о неэффективности менеджмента в амбулаторно-поликлинических организациях, где работают респонденты.

Литература:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 г. № 193-IV ЗРК (с изменениями и дополнениями от 19.03.2010 г.)

2. Куценко Г.И. Медико-социальное обоснование системы охраны здоровья врачей лечебно-профилактических учреждений на современном этапе // Автореф. дис. докт. мед. 14.00.33 - Общественное здоровье и здравоохранение. Москва, 1992, 40 с.

3. Измеров Н.Ф. Анализ влияния профессиональных факторов на здоровье медиков // Актовая Эрисмановская лекция «Труд и здоровье медиков». -М.: Реальное время, 2005. 40 с.

4. Измеров Н.Ф. и др. Характеристика профессиональных заболеваний кожи у медицинских работников // Материалы УШ Всерос. конгр. «Профессия и здоровье» (Москва, 25-27 ноября 2009 г.). -М., 2009. С. 200-202.

Илесбай Шокан
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Научный руководитель:
к.х.н. Нечипуренко Е.В., кафедра химии

КОМПЛЕКСНЫЕ СОЕДИНЕНИЕ ПЛАТИНЫ В ОНКОЛОГИИ

Онкологические заболевания являются одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире — в 2012 году произошло около 14 миллионов новых случаев заболевания и 8,2 миллиона случаев смерти, связанных с раком. {1}

Что касается ситуации в нашей стране, то ежегодно в РК диагностируются онкологические заболевания у 700-1200 человек. Смертность от рака в Казахстане занимает второе место в структуре смертности населения. По статистике, за год только в Казахстане о паллиативном диагнозе узнают около 80 человек ежедневно. {2}

На данный момент нет панацеи от раковых заболеваний. Специалисты видят большие перспективы в развитии клеточных технологий и молекулярно-генетических исследованиях.

На данный момент лечение рака держится на “трех китах”; это – химиотерапия, хирургия и лучевая терапия. Если перспективы в хирургии и лучевой терапии почти исчерпаны, то в лечении химиотерапией есть прогресс. Важнейшим открытием для химиотерапии в 1980-е годы явилось использование комплексных соединений платины, таких как цисплатин (ДДП) и карбоплатин, в лечении онкологических заболеваний. Препараты платины отличались более широким спектром действия по сравнению с цитостатиками, которые употреблялись ранее. Последующие рандомизированные наблюдения ученых позволили сделать вывод, что лечение, базирующиеся на ДДП, существенно повышает процент выживаемости и качество жизни пациентов, облегчает симптомы у большинства неоперабельных больных IV стадии. Например, при мелкоклеточном раке

легких применение цисплатина увеличило продолжительность жизни больных с 6 до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 14-18 месяцев.

Основным принципом действия цисплатина является угнетение пролиферации клеток опухоли, торможением синтеза, а также повреждением ДНК и хромосом (образованием делеций и др. aberrаций хромосом, анеуплоидией), усилением апоптоза. В начале цисплатин использовался только при лечении рака яичка, затем стал использоваться при раке мочевого пузыря, раке яичника, остеосаркоме детей, нейробластоме и т. д.

Однако препарат сильно нефротоксичен, и вопрос о снижении побочных эффектов остается актуальным. Другим недостатком препарата является встречающаяся иногда резистентность клеток опухоли, врожденная или приобретенная. Изучались различные возможности для преодоления лекарственной резистентности опухолей. Одним из вариантов являлось лечение, которое комбинировало цисплатин в малых дозах с препаратами, обладающими совершенно другим механизмом действия; возможно также введение препарата путем длительных инфузий. Еще один вариант комбинированной терапии - предлагалось использовать парадоксальное увеличение чувствительности к препаратам таксола цисплатин-резистентной опухоли.

Препараты платины (цисплатин, карбоплатин) несмотря на их недостатки до сих пор остаются основными компонентами большинства схем полихимиотерапии опухолей. {3}

Комплексные соединения платины не являются решением этой большой проблемы. Однако есть надежда, что изучение механизмов действия этих лекарственных препаратов позволит найти вещества с аналогичными противоопухолевыми свойствами, но без побочных эффектов.

Литература:

1. Рак информационная бюллетень №297 февраль 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ru/>
2. "Онкология в Казахстане: статистика, проблемы, лечение" - <http://vvision.kz/post/361082>
3. Л.Д. Яценко Роль препаратов платины в лечении злокачественных опухолей "Вісник проблем біології і медицини" выпуск № 1 / том 1 / 2014 106 страница <http://cyberleninka.ru/article/n/rol-preparatov-platiny-v-lechenii-zlokachestvennyh-opuholey>

Abdigaliyeva Sholpan

S.D. Asfendiyarov KazNMU, Almaty

Supervisor: Associated professor Aimakhanova A. Sh.

THE INFLUENCE OF GINGIVITIS ON EXUDATION SPEED

Gingivitis ("inflammation of the gumtissue") is a non-destructive periodontal disease. The most common form of gingivitis, and the most common form of periodontal disease overall, is in response to bacterial biofilms (also called plaque) adherent to tooth surfaces, termed *plaque-induced gingivitis*. Gingivitis is reversible with good oral hygiene. However in the absence of treatment, or if not controlled, gingivitis can progress to periodontitis - where the inflammation results in tissue destruction and alveolar boneresorption, which can ultimately lead to tooth loss.

While in some sites or individuals gingivitis never progresses to periodontitis, data indicate that periodontitis is always preceded by gingivitis.

The symptoms of gingivitis are somewhat non-specific and manifest in the gum tissue as classic signs of inflammation:

- * Swollen gums;
- * Bright red or purple gums ;
- * Gums that are tender or painful to the touch;
- * Bleeding gums or bleeding after brushing and flossing;
- * Bad breath(halitosis);

The focus of treatment is to remove plaque. Therapy is aimed at the reduction of oral bacteria, and may take the form of regular periodic visits to a dental professional together with adequate oral hygiene home care. Thus, several of the methods used in the prevention of gingivitis can also be used for the treatment of manifest gingivitis, such as scaling, root planning, curettage, mouth washes containing

chlorhexidine or hydrogen peroxide, and flossing. Interdental brushes also help remove any causative agents.

Student's t-test.

Assessment of the differences significance between mean values of independent samples (unpaired t-test).

Student's t-test aims to assess the differences in values \bar{x}_1 and \bar{x}_2 two samples X_1 and X_2 , which are normally distributed. One of the main advantages of this criterion is the wideness of its application. It can be used to compare means in dependent and independent samples and the sample sizes can be not equal.

Called independent sampling, in each of which there are a variety of objects, such as the first control group (healthy) and the second experimental group (patients receiving specific treatment).

a) In case of $n_1 = n_2 = n$, the formula for calculating the t-testis of the form:
$$t = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}{n}}}$$
,

the number of degrees of freedom $df = n - 1$.

b) In case of unequal numerical samples: $n_1 \neq n_2$,

$$t = \frac{|\bar{\sigma}_1 - \bar{\sigma}_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2(n_1 - 1) + \sigma_2^2(n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2} * \frac{(n_1 + n_2)}{n_1 n_2}}}$$
; the number of degrees of freedom $df = n_1 + n_2 - 2$.

Task. Exudation speed at children (ml/day):

Norm	,73	,75	,8	,82	,81	,86	,85	,79	,82	,78
Gingi										
vitis	,32	,8	,7	,4	,5	,49	,52			

Assuming that the samples are normally distributed, determine the statistical difference between two sample means.

H_0 -there is no difference between the rate of exudation speed at healthy and sick children (no statistical difference between two sample means).

H_1 -there is a difference in exudation speed at healthy and sick children, (there is a statistical difference between two sample means).

Calculate the mean of two samples:

$$\bar{x}_1 = \frac{0,73 + 0,75 + 0,8 + 0,82 + 0,81 + 0,86 + 0,85 + 0,79 + 0,82 + 0,78}{10} = 0,801$$

$$\bar{x}_2 = \frac{1,32 + 1,8 + 1,7 + 1,4 + 1,5 + 1,49 + 1,52}{7} = 1,53$$

$$D_1 = \sigma_1^2 = \frac{1}{n_1 - 1} \sum_{i=1}^{n_1} (x_{1i} - \bar{x}_1)^2 = \frac{1}{9} [(0,73 - 0,801)^2 + (0,75 - 0,801)^2 + (0,8 - 0,801)^2 + (0,82 - 0,801)^2 + (0,81 - 0,801)^2 + (0,86 - 0,801)^2 + (0,85 - 0,801)^2 + (0,79 - 0,801)^2 + (0,82 - 0,801)^2 + (0,78 - 0,801)^2] = 0,001654 \approx 0,002$$

$$D_2 = \sigma_2^2 = \frac{1}{n_2 - 1} \sum_{i=1}^{n_2} (x_{2i} - \bar{x}_2)^2 = \frac{1}{6} [(1,32 - 1,53)^2 + (1,8 - 1,53)^2 + (1,7 - 1,53)^2 + (1,4 - 1,53)^2 + (1,5 - 1,53)^2 + (1,49 - 1,53)^2 + (1,52 - 1,53)^2] = 0,001654 \approx 0,002$$

$$+ (1,5 - 1,53)^2 + (1,49 - 1,53)^2 + (1,52 - 1,53)^2] = 0,027567 \approx 0,028$$

Let find the t-test:

$$t_{\text{obs}} = \frac{|\bar{x}_1 - \bar{x}_2|}{\sqrt{\frac{\sigma_1^2(n_1 - 1) + \sigma_2^2(n_2 - 1)}{n_1 + n_2 - 2} * \frac{(n_1 + n_2)}{n_1 n_2}}} = \frac{|0,801 - 1,53|}{\sqrt{\frac{0,002(10 - 1) + 0,028(7 - 1)}{10 + 7 - 2} * \frac{(10 + 7)}{10 \cdot 7}}} = 13,28$$

$\alpha = 0,05$ and the degree of freedom $(n_1 - 1) + (n_2 - 1) = 15$ define the critical value $t_{\text{crit}} = 2,145$.

$t_{\text{obs}} > t_{\text{crit}}$ ($13,28 > 2,145$), that is, the null hypothesis is rejected.

Conclusion: Gingivitis can be prevented through regular oral hygiene that includes daily brushing and flossing. Hydrogen peroxide, saline, alcohol or chlorexidine mouth washes may also be employed. In a 2004 clinical study, the beneficial effect of hydrogen peroxide on gingivitis has been highlighted.

In normal distribution and $\alpha = 0,05$ (confidence level of $p = 0,95$), there is a statistical difference between the rate of exudation of healthy and sick children.

References:

1. Stanton A. Giantz / Primer of Biostatistics. Publisher: McGraw-Hill Education / Medical; 7 edition (December 9, 2011). 320 pages.
2. Melody S. Goodman, Ph.D. / Biostatistics Course Notes Graduate Program in Public Health / 2008. -267 p.

Zhakssygereyeva Akerke

S.D. Asfendiyarov KazNMU, Almaty

Supervisor: Associated professor Aimakhanova A. Sh.

THE INFLUENCE OF STOMATITIS ON LEVEL OF HEPARIN IN THE BLOOD

Stomatitis is inflammation of the mouth and lips. It refers to any inflammatory process affecting the mucous membranes of the mouth and lips, with or without oral ulceration.

In its widest meaning, stomatitis can have a multitude of different causes and appearances. Common causes include infections, nutritional deficiencies, allergic reactions, radiotherapy, and many others.

When inflammation of the gums and the mouth generally presents itself, sometimes the term *gingivostomatitis* is used, though this is also sometimes used as a synonym for herpetic gingivostomatitis.

Stomatitis is the most common lesion of the oral mucosa. It is believed that stomatitis occurs when, for reasons as yet unknown, the human immune system responds to the occurrence of molecules that can not recognize it. The appearance of such molecules provokes an attack lymphocytes of the immune system. "Attack" lymphocytes to these unidentified molecule leads to a mouth ulcer formations, which are called "stomatitis".

Task. Free heparin of blood:

Normal	,7	,9	,3	,6	,0	,7	,0	,5	,7	,6
Stomatitis	3,9	3,5	2,0	0,3	3,0	5,7	4,7			

Assuming that the sample does not obey normal distribution, determine the statistical difference between the samples.

The null hypothesis of free heparin in the blood of no more stomatitis patients than in healthy controls (no statistical difference between the two samples).

An alternative hypothesis is free heparin in the blood of patients stomatitis greater than in healthy (there is a statistical difference between the two samples).

U – criterion of Mann - Whitney.

The tests are intended to assess the differences between the two samples in terms of any quantitative measurement attribute, the allocation is different from the normal version. Moreover, it allows to detect small differences between samples (when $n_1, n_2 \geq 3$ or $n_1=2, n_2 \geq 5$) This method determines how little overlap (identical) values between two samples. The smaller overlapping values, the more likely that the differences are significant.

If U_{emp} lesser it is likely that the differences are significant.

Scheme of counting the Mann-Whitney test:

1. Create a table. (1 column - one comparison groups, column 2 - the second).
2. The option to rank values in both columns (as if working with a large sample).
3. Calculate the sum of ranks for the first and second columns separately. Check whether the total sum of the ranks with the calculated one.
4. The larger of the two rank sum.

5. Determination of the meaning of U_{emp} by the formula: $U = (n_1 \cdot n_2) + \frac{n_x(n_x + 1)}{2} - T_x$,

where n_1 - the number of variants in the sample 1; n_2 - the number of variants in the sample 2; T_x - most of the rank sum, n_x - the number of options in the group with a larger sum of ranks.

6. Determine the critical values U_{crit} by the spread sheet. If $U_{emp} > U_{crit}$, the null hypothesis is accepted. If $U_{emp} \leq U_{crit}$ null hypothesis is rejected.

The lower the value of U, the significance of differences above and the more confidence in rejecting the null hypothesis.

In our case:

Healthy people ($n_1 = 12$)			Unhealthy people ($n_2 = 12$)		
Free heparin	Serial number	R	Free heparin	Serial number	Ran k
5,7	7	6,	13,9	15	15
		5			
5,9	8	8	13,5	14	14
6,3	9	9	12,0	12	12
6,6	10	1	10,3	11	11
		0			
5,0	4	4	13,0	13	13
3,7	1	1	15,7	17	17
4,0	2	2	14,7	16	16
4,5	3	3			
5,7	6	6,			
		5			
5,6	5	5			
		$\Sigma =$			$\Sigma = 9$

$$\Sigma R = 55 + 98 = 153 \quad N = n_1 + n_2 = 10 + 7 = 17, \quad \frac{N(N+1)}{2} = \frac{17 \cdot 18}{2} = 153$$

$$\Sigma R = 153 = \frac{N(N+1)}{2}$$

The formula for calculating the criterion has the form: $U = (n_1 \cdot n_2) + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x$

$$U_{emp} = (10 \cdot 7) + \frac{7 \cdot (7 + 1)}{2} - 98 = 70 + 28 - 98 = 0 \quad U_{crit} = 17 (\alpha = 0,05)$$

In our case $U_{emp} < U_{crit}$ the null hypothesis is rejected and we can conclude about the reliability of the differences of free heparin in the blood of patients with stomatitis and healthy.

References:

1. Stanton A. Giantz / Primer of Biostatistics. Publisher: McGraw-Hill Education / Medical; 7 edition (December 9, 2011). 320 pages.
2. Melody S. Goodman, Ph.D./ Biostatistics Course Notes Graduate Program in Public Health/ 2008. -267 p.

Алимкул И.
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова
Научный руководитель: доцент Байдуллаева Г.Е.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАДОНА НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОБЪЕКТЫ

Интерес к радиологическому воздействию радона на население возник в начале 80-х годов прошлого столетия. Первые же исследования показали, что концентрация радона в воздухе жилых домов, особенно одноэтажных, часто превышает даже уровень предельно допустимых концентраций (ПДК), установленных для работников урановых рудников, где служба безопасности традиционно борется за снижение накопления радиологически опасных концентраций радона.

Целью настоящей работы явилось выявление медико-биологических последствий облучения радоном для жителей Жамбылского района Алматинской области и разработка обоснованных мер по противорадоной защите для случаев выявления превышений норматива по радону.

Для этого были поставлены следующие **задачи исследования:**

1. исследование радиологического воздействия радона на население.
2. Экспрессное измерение эквивалентной равновесной объемной активности (ЭРОА) радона, объемной активности (ОА) дочерних продуктов распада (ДПР) в воздухе помещений с помощью радиометра радона «РАМОН-02».
- 3) Интегральное измерение активности радона в воздухе жилых помещений с помощью диффузионных камер лабораторного комплекса SISTEMA RADOSYS RSV6.
4. Определение индивидуальных эффективных доз внутреннего облучения населения за счет изотопов радона и их короткоживущих дочерних продуктов в воздухе.
5. Выявление медико-биологических последствий облучения радоном и продуктами его распада.
6. Разработка обоснованных мер по противорадоной защите для случаев выявления превышений норматива по радону.

Методы исследования: аналитический, социологический, статистический, спектрометрический, радиометрический, микроскопический.

Результаты исследований.

Таблица 1. Экспрессные измерения ЭРОА радона с помощью прибора «Рамон-02»

№	Активность, Бк/м ³						
	Rn (эксп)	A	Ra	B	C	Ra (расч)	
1	72		125		66	41	62,76
2	60		120		56	31	53,28
3	62		119		76	32	63,87
4	160		190		145	118	139,61
5	110		160		101	71	95,9

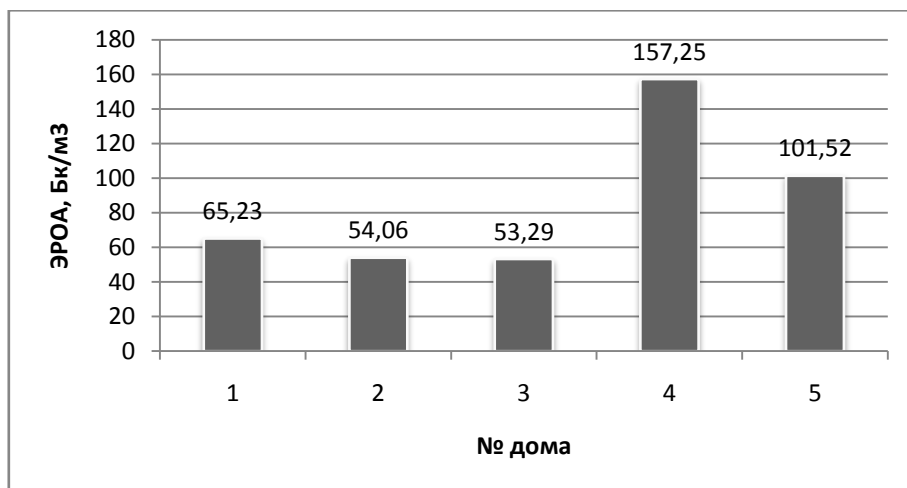


Рис. 1. Интегральные значения ЭРОА радона в воздухе помещений.

ЭРОА радона имеет высокую степень радоноопасности в домах № 4и №5. Это объясняется, особенностями строительных материалов. Скорость проникновения исходящего из земли радона в помещения фактически определяется толщиной и целостностью (т.е. количеством трещин и микротрещин) межэтажных перекрытий. Проникая через трещины и щели в фундаменте, полу и стенах, радон задерживается в помещениях.

Для определения медико-биологических последствий облучения радонотом и продуктами его распада был использован конверсионный множитель 0,061 мЗв/год на Бк/м³ продуктов распада радона. Таким образом, один Бк/м³ приводит к значению 0,061 мЗв ежегодного эффективного дозового эквивалента и оценка риска дает $0,061 \text{ мЗв/год} * 18 * 10^{-6} / \text{мЗв} = 1.1 * 10^{-6} / \text{год}$.

Таблица 2. Ежегодная и за все время жизни человека экспозиция, риск заболевания раком легких

Концентрация продуктов распада Р _{пв} помещения Бк/м³	Доза/год на человека (мЗв) ^a	За время жизни человека доза/чел. (мЗв) ^b	Жизненный риск (%) ^c	Случаи рака легких в год на 10 ⁶ человек ^d
65,23	3,98	238,74	0,43	71,62
54,06	3,30	197,86	0,36	59,36
53,29	3,25	195,04	0,35	58,51
157,25	9,59	575,54	1,04	172,66
101,52	6,19	371,56	0,67	111,47

^a используется UNSCEAR фактор дозовой конверсии 0,061 мЗв Бк год;

^b предполагается время жизни 60 лет; ^c временной фактор риска $6,6 * 10^{-5}$ на Бк/м³ экспозиции в продуктах распада; ^d основываясь на факторе риска для рака легких $18 * 10^{-6}$ мЗв.

Далее представлены официальные данные медицинской статистики на 100000 человек Жамбылского района.

Для анализа состояния антирадоновых мер в госучреждениях было проведено анкетирование по вопросам, разработанным авторами проекта.

В анкетировании принимало участие 100 человек. Результаты анкетирования позволили сделать вывод о том, что данное исследование является весьма актуальным и своевременным. Поэтому авторами проекта была создана разработка обоснованных мер по противорадоной защите для случаев выявления превышений норматива по радону.

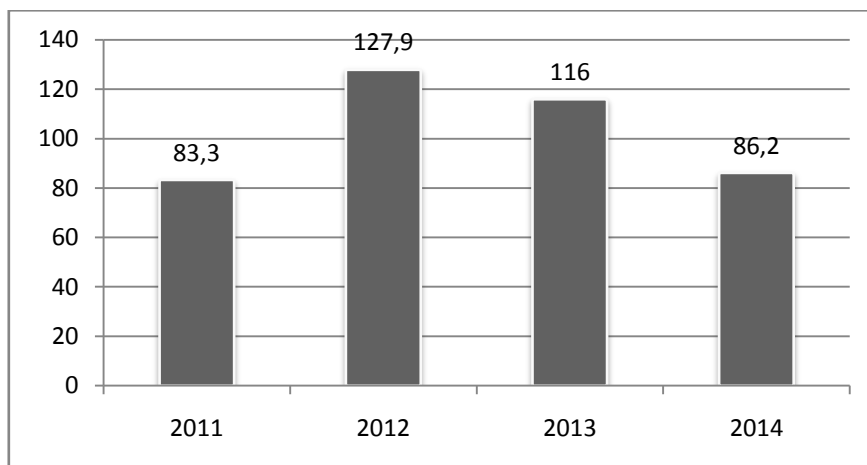


Рис.2. Количество раковых заболеваний на 100000 человек Жамбылского района.

Список использованной литературы:

1. Жуковский М.В., Яромошенко И.В. Радон: Измерение, дозы, оценка риска. Екатеринбург: УрО РАН ИПЭ, 1997. 231 с.
2. Крисюк Э.М. Радиационный фон помещений. М.: Энерго-атомиздат, 1989. 257 с.
3. Новиков Г.Ф. Радиометрическая разведка. Л.: Недра, 1989. 404 с.
4. Публикация 65 МКРЗ «Защита от радона-222 в жилых зданиях и на рабочих местах». М.: Энергоатомиздат, 1995. 78 с.
5. Радиация: Дозы, эффекты, риск: Пер. с англ. М.: Мир, 1988. 79 с.
6. Уткин В.И. Газовое дыхание Земли//Соросовский Образовательный Журнал. 1997. № 1. С.57-64.
7. Юркова И.А. Особенности изменения концентрации радона в воздухе в зависимости от типа вентиляции // Тр.конф.
8. Профессор И.Н.Бекман РАДОН: ВРАГ, ВРАЧ и ПОМОЩНИК. Курс лекций. Лекция 5. РАДОНовый РИСК.
9. Риск заболевания раком лёгких в связи с облучением дочерними продуктами распада радона внутри помещений: Публикация 50 МКРЗ: Пер. с англ. – М.: Энергоатомиздат, 1992.-112с.
10. Нормы Радиационной Безопасности-99.-М.: Энергоатомиздат, 1999.-105с.
11. Радон. Измерение объёмной активности интегральным трековым методом в производственных, жилых и общественных помещениях. Методика выполнения измерений МВИ 2.6.1.003-99. Москва, 1999г. 34 с.
12. Выборочное обследование жилых зданий для оценки доз облучения населения. Методические рекомендации. - М.: Минздрав России. Утв. 29.08.00 № 11-2/206-09.
13. Форма государственного статистического наблюдения № 4-ДОЗ. Инструкция по заполнению. - М.: Минздрав России. Утв . 28.11.01 № 11-2/283-09.

Елеусинова А.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Научный руководитель: доцент Аймаханова А.Ш.

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОДНОФАКТОРНОГО ДИСПЕРСИОННОГО АНАЛИЗА В ПАКЕТАХ ПРИКЛАДНЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛИЯНИЯ КУРЕНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Актуальность. В настоящее время потребность в применении статистики стало необходимостью. Математико-статистическое описание данных исследований и оценка значимости различия производных величин, характеризующих эффективность мероприятий и процедур, являются одним из основополагающих разделов многих наук, использующих методы математической статистики. Гибкий арсенал методов математической статистики позволяет выявить закономерности в потоках случайных событий, сделать выводы и прогнозы. На данный период скорость и качество получения и обработки информации стали важнейшим условием существования и прогресса всех отраслей научного творчества и практической деятельности. Специалистам, использующим методы математической статистики, особенно важно уметь интерпретировать результаты вычисления на компьютере, использовать пакет прикладных программ.

Цель - обучение теоретическим основам и формирование навыков применения методов статистической обработки в дисперсионном анализе.

Гипотеза исследования - с заданным уровнем доказательности подтвердить или отвергнуть гипотезы, выдвигаемые в ходе исследования при сравнении средних более чем двух групп. В центре внимания метода находится дисперсия, то есть мера изменчивости признаков.

В качестве **методического** инструментария в работе использованы современные статистические методы для обработки данных, компьютерные статистические программы: пакеты прикладных программ Statistica, Excel, SPSS.

Дисперсионный анализ - это анализ изменчивости признака под влиянием каких-либо контролируемых переменных факторов.

Нулевая гипотеза в дисперсионном анализе будет гласить, что средние величины исследуемого результативного признака во всех градациях одинаковы.

Альтернативная гипотеза будет утверждать, что средние величины результативного признака в разных градациях исследуемого фактора различны.

Базовая идея дисперсионного анализа заключается в разложении общей дисперсии изучаемых признаков на составляющие. Дисперсионный анализ является параметрическим методом и предполагает, что выборки извлечены из совокупности, распределенной по нормальному закону.

Пример: Влияние курения на заболеваемость дыхательных путей.

Среди взрослого населения определенной возрастной категории фиксировалось число заболеваний дыхательных путей за два года. Цель исследования статистическое доказательство влияния курения на заболеваемость органов дыхания. Случайным образом были отобраны 3 группы по 4 человека каждая, из них: I-группа-некурящие; II- стаж курильщика до 5 лет, III группа-стаж курильщика более 5 лет.

Таким образом, исследуемый фактор А-курение, уровни фактора, $A_1 A_2 A_3$ –стаж курильщика. Отклик на фактор курения –число заболеваний дыхательных путей. Были получены 12 значений количества заболеваний- это значения x_{ij} , где j-номер уровня фактора ($j=1,2,3$), i-номер элемента в соответствующей выборке, $i=1,2,3,4$:

$$\begin{bmatrix} x_{11} & x_{12} & x_{13} \\ x_{21} & x_{22} & x_{23} \\ x_{31} & x_{32} & x_{33} \\ x_{41} & x_{42} & x_{43} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 1 & 3 & 3 \\ 0 & 2 & 4 \\ 1 & 2 & 5 \\ 2 & 1 & 3 \end{bmatrix}$$

Предполагаем, что $\{x_{ij}\}$ выборка из нормальной генеральной совокупности.

Проведем дисперсионный анализ для установления влияния фактора курения на заболеваемость органов дыхания.

1. Формулируем гипотезы:

H_0 - курение не влияет на заболеваемость органов дыхания (групповые средние равны, реального влияния фактор не оказывает).

H_1 -курение существенно влияет на заболеваемость органов дыхания (групповые средние не равны, влияние фактора обусловлено).

Номер испытания	Уровень фактора		
	A_1	A_2	A_3
1	1	3	3
2	0	2	4
3	1	2	5
4	2	1	3

$$k=3, r=4, n=12$$

2. Для вычисления SS используем формулы.

$$T_1=1+0+1+2=4, T_2=3+2+2+1=8, T_3=3+4+5+3=15$$

$$T = \sum_{j=1}^k T_j = T_1 + T_2 + T_3 = 4 + 8 + 15 = 27, \sum_{j=1}^k T_j^2 = T_1^2 + T_2^2 + T_3^2 = 4^2 + 8^2 + 15^2 = 305$$

$$R_1=1^2+0^2+1^2+2^2=6, R_2=3^2+2^2+2^2+1^2=18, R_3=3^2+4^2+5^2+3^2=59, R=6+18+59=83$$

$$\text{Тогда } SS_{\text{общ}} = R - \frac{T^2}{n} = 83 - \frac{27^2}{12} = 22,25, \quad SS_{\text{факт}} = \frac{1}{r} \sum_{j=1}^k T_j^2 - \frac{T^2}{n} = \frac{1}{4} 305 - \frac{27^2}{12} = 15,5,$$

$$SS_{\text{ост}} = SS_{\text{общ}} - SS_{\text{факт}} = 22,25 - 15,5 = 6,75.$$

$$MS_{\text{факт}} = \frac{SS_{\text{факт}}}{k-1} = \frac{15,5}{3-1} = 7,75, \quad MS_{\text{ост}} = \frac{SS_{\text{ост}}}{k(r-1)} = \frac{6,75}{3(4-1)} = 0,75$$

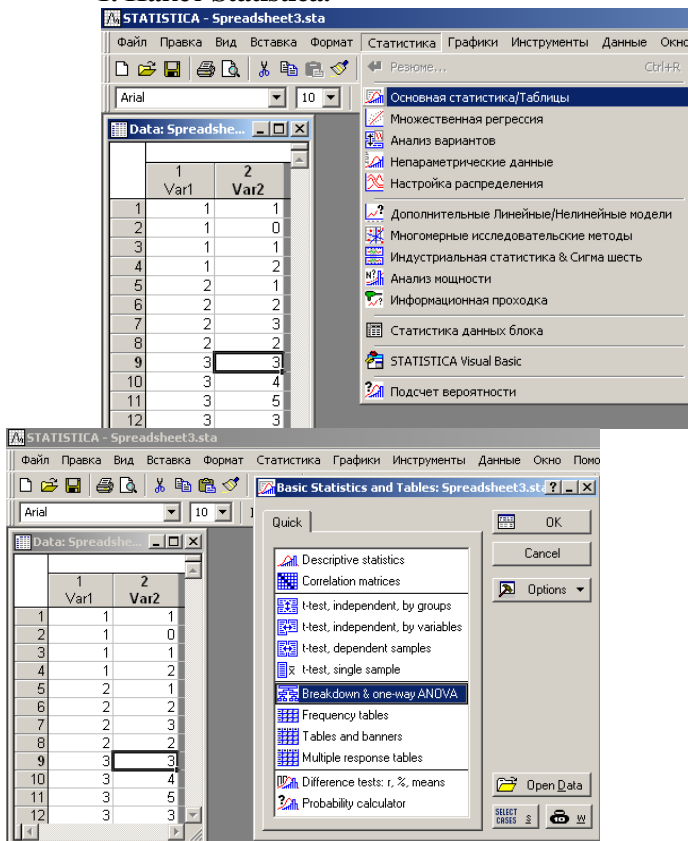
$$F = \frac{MS_{\text{факт}}}{MS_{\text{ост}}} = \frac{7,75}{0,75} \approx 10,33 \quad F_{\text{крит}}(0,05; 2; 9) = 4,26$$

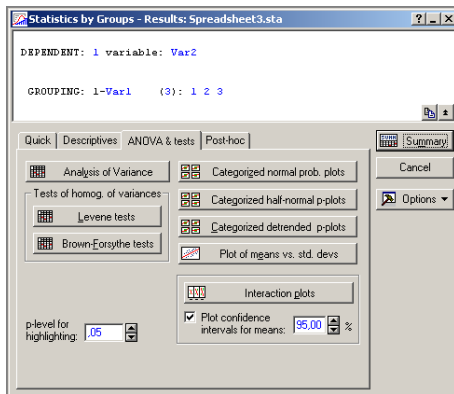
Число степеней свободы для $SS_{\text{общ}}$: $n-1=12-1=11$, $SS_{\text{факт}}$: $k-1=2$, $SS_{\text{ост}}$: $k(r-1)=3(4-1)=9$

Очевидно, что значения критерия $F_{\text{набл}}$, оказалось большим, чем $F_{\text{критическое}}$, как при уровне значимости $\alpha=0,05$, то есть наблюдаемое значение критерия попало в критическую область, и, следовательно, нулевую гипотезу о равенстве групповых средних нужно отвергнуть. *Вывод: фактор курения значимо влияет на заболеваемость дыхательных путей.*

Применение пакета прикладных программ в дисперсионном анализе

1. Пакет Statistica.



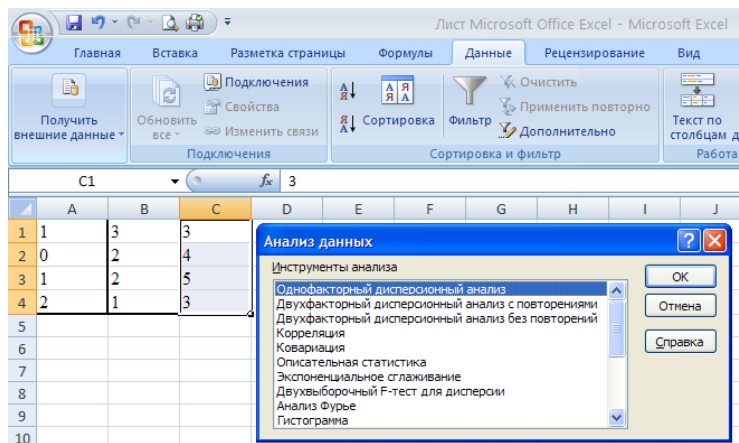
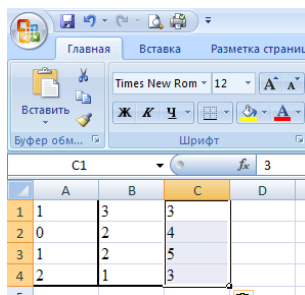


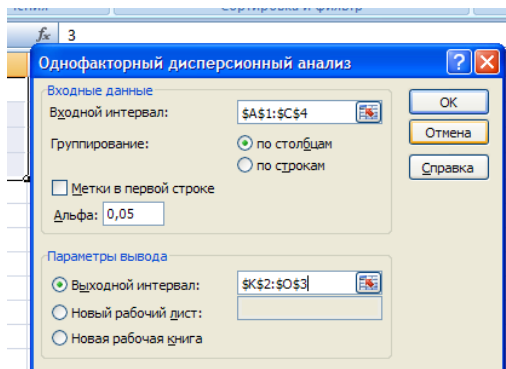
Analysis of Variance (Spreadsheet3.sta)
Marked effects are significant at $p < .05000$

Variable	SS Effect	df Effect	MS Effect	SS Error	df Error	MS Error	F	p
Var2	15,50000	2	7,750000	6,750000	9	0,750000	10,33333	0,004665

В таблице результатов для зависимой переменной приведен уровень значимости критерия Фишера – $p=0,004665$ (9 столбец), и в нашем случае, когда он меньше 0,05, можно, говорить о доказанности влияния рассматриваемого фактора на зависимую переменную, и, следовательно, нулевую гипотезу о равенстве групповых средних нужно отвергнуть. *Вывод: фактор курения значимо влияет на заболеваемость дыхательных путей.*

2. Пакет анализа в Exsel.





ИТОГИ				
Группы	Счет	Сумма	Среднее	Дисперсия
Столбец 1	4	4	1	0,66666667
Столбец 2	4	8	2	0,66666667
Столбец 3	4	15	3,75	0,91666667

Дисперсионный анализ						
Источник вариации	SS	df	MS	F	P-Значение	F критическое
Между группами	15,5	2	7,75	10,3333333	0,004665325	4,256494729
Внутри групп	6,75	9	0,75			
Итого	22,25	11				

В таблице результатов приведен уровень значимости критерия Фишера – $p=0,004665325$, и он меньше 0,05. Следовательно, можно говорить о доказанности влияния рассматриваемого фактора на зависимую переменную, и, следовательно, нулевую гипотезу о равенстве групповых средних нужно отвергнуть. *Вывод: фактор курения значимо влияет на заболеваемость дыхательных путей.*

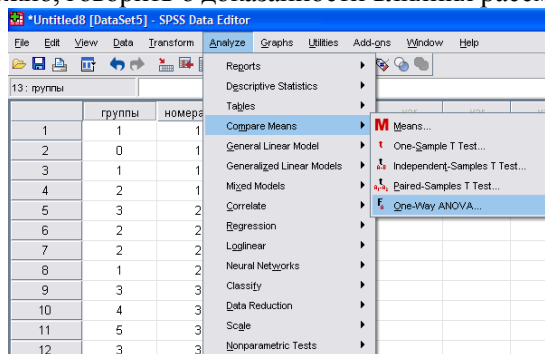
Пакет обработки и анализа данных SPSS

Пакет обработки и анализа социологических данных SPSS - Statistical Package for Social Science. Пакет содержит все основные разделы анализа данных, и во многих зарубежных и отечественных университетах является базовым для преподавания анализа данных студентам гуманитарного направления.

Дисперсионный анализ используется, когда необходимо оценить степень воздействия определенных факторов на измеряемые данные, понять существенно оно или нет.

Для запуска модуля однофакторного дисперсионного анализа пакета необходимо выбрать: Analyze → Compare Means → One-way ANOVA → Dependent list - группы (вводятся наблюдаемые значения), factor – номера групп (уровней) → ок.

Интерпретация результатов. В таблице результатов для каждой зависимой переменной приведен уровень значимости критерия Фишера - p-level (6 столбец), и в тех случаях, когда он меньше 0,05, можно говорить о доказанности влияния рассматриваемого фактора на зависимую переменную.



Oneway

[DataSet5]

ANOVA

VAR00001	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	15,500	2	7,750	10,333	,005
Within Groups	6,750	9	,750		
Total	22,250	11			

В таблице результатов для каждой зависимой переменной приведен уровень значимости критерия Фишера – $p=0,005$ (6 столбец), и в нашем случае, когда он меньше 0,05, можно говорить о доказанности влияния рассматриваемого фактора на зависимую переменную, и, следовательно, нулевую гипотезу о равенстве групповых средних нужно отвергнуть. *Вывод: фактор курения значимо влияет на заболеваемость дыхательных путей.*

Заключение

Экспериментальные исследования играют существенную роль во всех науках. При планировании и подведении результатов эксперимента существенную роль играют статистические

методы, которые дают возможность: компактно и информативно описывать результаты эксперимента; устанавливать степень достоверности сходства и различия исследуемых объектов на основании результатов измерений их показателей; анализировать наличие или отсутствие зависимости между различными показателями (явлениями); количественно описывать эти зависимости; выявлять информативные показатели; классифицировать изучаемые объекты и прогнозировать значения их показателей и характеристик, и др.

Литература:

1. Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии. М.: Медицина, 2000.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика – М.: Практика, 1999.
3. Боровиков В.П., Боровиков И.П. Statistica. Статистический анализ и обработка данных в среде Windows. –М.: Инф. издат. дом «Филин», 1997.

*Абдишарафова Д.
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Ғылыми жетекшісі: аға оқытушы,
пед.ғылым.магистрі Алмабаева Н.М.*

ҰЛТТЫҚ ОЙЫНДАР МЕН ДЕНСАУЛЫҚ

Қазақтың ұлттық ойындарының қоғамдық және әлеуметтік маңызы аса зор. Себебі ұлттық ойындар қазақ халқының ежелгі - мәдениеті мен өнерінің де ешкімнен кем болмағанын байқатады. Ұлттық ойындар атадан балаға, үлкеннен кішіге мұра болып жалғасып келеді. Ата – бабаларымыз ұлттық ойындар арқылы ұрпақтың мықты әрі жігерлі болып өсуіне ықпал етіп, олардың береке бірлігі мен ынтымағын жарастырып отырған.

Қазақ халқының Ұлттық спорты – халқымыздың өмірімен бірге дамып келе жатқан мәдени жетістіктерінің маңызды бір саласы. Оған жергілікті жерлерде: ауыл, аудан, облыс көлемінде ұйымдастырылған үйірмелер мен секциялар негіз болды. Ұлттық ойындар екі топқа бөлінеді: спорттық және ақыл ойға арналған. Спорттық ойындарға: қыз қуу, көкпар, ақсүйек, арқан тартыс, ал ақыл ойға арналған ойындарға тоғызқұмалақ, асық т.б. ойындары жатады. Ұлттық ойындардың мынадай да түрлері бар: «Тоғызқұмалақ», «Бәйге», «Асық», «Ақсүйек», «Арқан тарту», «Қыз қуу», «Көкпар», «Күміс алу», «Жамбы ату».

Қазақтың әдеп - ғұрпын, салт-дәстүрін, әдеп-дағдыларын жас ұрпақтың бойына сіңіру, ойын арқылы баланы нәресте шағынан бастап адалдыққа, батылдыққа, елін, жерін, тілін сүйе білуге, отаншылыққа, адамгершілікке, мейрімділікке, еңбектенуге тәрбиелеудің құралы ойын. Ойын үстінде бала дене қимылдары арқылы өзінің денсаулығын нығайтып, айналадағы заттар мен құбылыстардың сырын танып біледі, дағдысына үйренеді. Бұл ойындар баланың еңбекке деген қарым - қатынасы мен ойлау қабілеттерін арттырады және баланы шымыр да епті, зерек те алғыр, тапқыр да парасатты болып өсуге тәрбиелейді. Ғасырлар бойы ұрпақтан, ұрпаққа жалғасып, ұмытылмай келе жатқан ұлттық ойындарды бала жасына лайықтыларын таңдап алып пайдаланса, жастардың жетілуіне, ой танымын кеңейтуге, тапқырлыққа, ептілікке баулуға пайдасы зор.

Күрестің ұлттық түрі - қазақ күресі. Қазақ күресінің даму тарихы тереңде жатыр. Қазақ халқының өмір сүру салты көшпенді тұрмысқа бейімделгендіктен, күнделікті іс-әрекетінің өзі күрес.

Ұлттық спорт ойын түрлері көне заманнан осы заманға дейін халықпен бірге жасасып келеді. Ұлтымыздың асыл қазынасы болған ұлттық ойындарымызды жоғалтып алмай, ұрпақтан - ұрпаққа жетуін насихаттау, халқымыздың, баршамыздың міндетіміз деп білейік.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Сағындықов Е. Қазақтың ұлттық ойындары, Алматы, 1991ж.
2. Ғаббасов С. Халық педагогикасының негіздері, Алматы, 1995 ж.
3. Өтегенов Ж. Тәрбие түбі тектілік, Алматы, 2003ж.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Здоровый образ жизни - это концепция жизнедеятельности человека, направленная на улучшение и сохранение здоровья с помощью соответствующего питания, физической подготовки, морального настроя и отказа от вредных привычек. Здоровый образ жизни является предпосылкой для развития разных сторон жизнедеятельности человека, достижения им активного долголетия и полноценного выполнения социальных функций. Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья. Здоровый образ жизни - это активное участие в трудовой, общественной и семейно-бытовой формах жизнедеятельности человека.

Некоторые составляющие ЗОЖ:

питание: умеренное, соответствующее физиологическим особенностям

движение: физически активная жизнь, с учётом возрастных и физиологических особенностей;

отказ от вредных привычек:

С учетом указанных предпосылок, которым должна соответствовать здоровая жизнедеятельность человека, можно сформулировать *принципы* (организации и содержания) здорового образа жизни:

1. *Здоровья*: согласно второму закону термодинамики, система, предоставленная сама себе, движется в направлении от порядка к беспорядку. Для обеспечения здоровья необходимо, чтобы человек в своем поведении постоянно помнил, что крепкое и надежное здоровье является главным условием воплощения в жизнь.

2. *Комплексности*: нельзя сохранять здоровье по частям. Здоровье означает согласованное действие всех систем организма и личности, так что изменение в любом из них обязательно скажется на здоровье в целом.

При этом тренироваться должны: сердечно - сосудистая, пищеварительная, опорно-двигательная и дыхательная системы и т.п.

3. *Валеологического самообразования*: человек должен стать носителем идеи здоровья как основного жизненного приоритета эта проблема и является важнейшей задачей валеологического образования и самообразования (формируется определенная организация самосознания человека, ориентированного на понимание роли и места различных средств, методов и форм здорового образа жизни и на умение применить их в своей жизнедеятельности).

Таким образом, под здоровым образом жизни понимают типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека, которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций. Наиболее благоприятной почвой для оздоровления нации является социально-экономическая среда, где построение стиля и образа жизни зависит не только от личности, но и является государственной социальной политикой

Литература:

1. Изуткин Д. А. Формирование здорового образа жизни, 1984г.
2. Шухатович В. Р. Здоровый образ жизни - Мн.: Книжный Дом, 2003г.

РЕЛИГИЯ И ЗДОРОВЬЕ

Любые религиозные направления всегда уделяли большое внимание здоровью людей, лечению болезней. Первоначально болезни рассматривались как внешнее и враждебное человеку живое существо, проникающее в тело и вызывающее болезненное состояние. Беспомощность перед силами природы, непонимание окружающего мира привели к возникновению представлений о злых духах, вселяющихся в человека, и применению ряда магических средств и приёмов лечения (заклинания, заговоры, молитвы и др.), заключавших в себе зачатки психотерапии. Нельзя забывать, что до появления науки медицина развивалась только благодаря религии, знахарям, целителям. Некоторые достижения в этой области действительно принесли пользу человечеству, например употребление растений, обладающих нужными целебными свойствами.

Корни этого явления уходят далеко в первобытное прошлое (наши предки не осознавали причинно-следственной связи). Некоторые эффекты употребления растений в медицинских целях можно отнести на счет плацебо-эффекта, главного способа излечения, господствовавшего в западной «медицине» в течение двух тысяч лет.

Кроме этого произнесение молитв оказывают неоценимую помощь людям с повышенным кровяным давлением и диабетикам: за несколько минут снижается уровень холестерина в крови, а также нормализуются обменные процессы. Молиться особенно полезно тем (и за тех), кто по временам впадает в глубокую депрессию – разумеется, душевнобольным с прогрессирующим маниакально-депрессивным синдромом.

Возникновение религии связано с таким уровнем развития человеческого интеллекта, когда появляются зачатки теоретического мышления и возможность отрыва мысли от действительности. Общее понятие отделяется от обозначаемого им предмета, превращается в особое «существо», так что на основе отражения человеческим сознанием того, что есть, в нём могут появиться представления о том, чего в самой действительности нет. Эти возможности реализуются лишь в связи со всей совокупностью практической деятельности человека, его общественных отношений (социальные корни религии).

Несомненной пользой религии является то, что религии сами устанавливают правила, ассоциирующиеся со здоровым образом жизни: избегать курения и алкоголя, свинины, мяса хищников, например акул и львов (чем выше животное в пищевой цепочке, тем больше содержания токсинов в мясе), а также рискованного и неразумного поведения, например азартных игр. Да, вера убивает – и вера может излечить.

Литература:

1. Келлер, В. Библия как история [Текст] / В. Келлер. – М.: Крон-Пресс, 2008. – 344 с.
2. Климович, Л.И. Книга о Коране, его происхождении и мифологии [Текст] / Л.И. Климович. – М.: Политиздат, 2006. – 270 с.
3. <http://www.medcentre.com.ua/articles/Religiya-i-zdorove-11271>

Сакипова Ш
КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова
Научный руководитель доцент Адибаев Б.М.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ЭНЕРГИИ

В мире активно продолжаются дискуссии о нефти и альтернативных источниках энергии, в первую очередь речь идет о топливном этаноле, как о наиболее емком продукте.

Бензин - один из наиболее квалифицированных и дорогих энергоносителей. Для его получения используют сложный комплекс технологических процессов.

Что касается топливного этанола, данный научный проект в основном базируется на опыте таких стран как Бразилия и США, где этанол используется как топливо для автомобилей на протяжении десятилетий (1930-1970). Этанол (органическое химическое соединение т.е. сложное соединение в составе которого находятся водород, углерод и кислород) можно производить из любого источника, содержащего достаточное количество сахара или таких материалов как крахмал и целлюлоза, которые могут быть превращены в сахар. Биоэтанол – этанол высокой осушки,

производимый из растительных культур предназначенный в качестве растительной добавки к топливу.

Биоэтанол – легковоспламеняющаяся жидкость. Температура воспламенения 13⁰С. Температура самовоспламенения – 404⁰С. Температурные пределы взрываемости паров в воздухе: нижний - 11⁰ С, верхний 41⁰С.

Биоэтанол обладает наркотическим действием. При попадании вовнутрь возможно отравление. Обладает способностью проникать через поврежденную кожу. Кумулятивными свойствами не обладает. Меры первой помощи при отравлении: свежий воздух (можно дать кислород), покой, в случае необходимости - искусственного дыхания. При попадании продукта в глаза, промыть обильно теплой водой. По степени воздействия на организм человека он относится к 4-му классу опасности в соответствии с ГОСТ 12.01.007.

Гептил – входит в группу широко используемых в ракетной технике гидразиновых горючих (энергетически более эффективны по сравнению с углеводородным горючим): используется на отечественных ракетносителях (РН) "Космос", "Циклон", "Протон";

Воздействуя на людей, он поражает буквально все системы человека, начиная с того, что он является канцерогенным веществом, поражает иммунную систему, сердечно - сосудистую, лимфатическую, нервную систему, желудочно-кишечный тракт, печень, кожу, а также вызывает нарушение репродуктивной деятельности и появление врожденных уродств. По сути, любая часть организма человека поражается гептилом.

В Карагандинском государственном университете, определяют даже самые слабые следы опасных химических соединений в различных средах. Это означает, что анализы гептиловых проб можно производить дома, а не в России.

Таким образом, производство биоэтанола имеет большое значение для экологии и экономики нашего государства, позволяющее в значительной степени уменьшить загрязнение атмосферы парниковыми газами.

Литература:

1. Закон Республики Казахстан "О государственном регулировании производства и оборота биотоплива"
2. Аблаев А.Р. 3-й Международный Конгресс «Топливный биоэтанол — 2008» // М.: Транспорт на альтернативном топливе: Международный научно-технический журнал, 2008. — № 4.
3. Алейнов Д. Биотопливо альтернатива нефти и новый крупный потребитель // Химия и бизнес: Международный химический журнал, 2007. — № 7-8.

Тюенов Т.

*С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.*

ДӘРІЛІК КӨМЕК КӨРСЕТУ БОЙЫНША ДДҰ ҰСЫНЫСТАРЫ

Өзектілігі. Қазақстанның Республикасының заманауи жағдайларда дамуында хадықты дәрілік заттармен қамтамасыз ету тетіктері фармацевтикалық мекемелердің нарықтық қызметтерінің халықты әлеуметтік қорғауға бағытталған мемлекеттік реттеу шараларының ұштасуымен сипатталады/1, 2, 3/.

Зерттеу жұмысының мақсаты – ҚР дәрілік затпен қамтамасыз етудің даму ерекшеліктерін зерттеп талдау.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ әдістері, әлеуметтік-маркетингтік зерттеулер.

Нәтижелер мен талқылаулар. Сондықтан әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарды кепілдемелі көлемдегі дәрілік заттармен қамтамасыз ету қиын шешімді. Қазіргі таңда ҚР фармацевтикалық нарықтың әлеуметтік институтының құрылуы мен дамуындағы келесі маңызды кезеңдер айқындалды. Қазақстан Республикасында әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын

науқастарды дәрілік заттармен қамтамасыз етумен байланыста ауыртпалықтарды қазіргі таңда шектеулі бюджеттік қаржыландыру шарттарында, дәрілік заттарға баға орнату жүйесінің болмау жағдайларында, фармацевтикалық нарықта саны көп әрі бағасы қымбат дәрілік заттардың болуында шешуге тура келеді. Ондағы маңызды орынды денсаулықтары тұрақты немесе курстық медикаментозды емді қажет ететін, бірақ материалдық жағдайлары өмірлік маңызды және қажетті дәрілік затты алуға мүмкіндік бермейтін науқастар алады.

Дәрілік заттармен қамтамасыз ету ауырпалықтарын шешуде ДДҰ ресурстары шектеулі елдерге фармацевтикалық секторды («Ұлттық Дәрілік Саясатты») өндіруді және енгізуді ұсынады. Ұлттық Дәрілік саясаттың маңызды бөлшегі болып негізгі дәрілік препараттар тізімі болып табылады. Бұндай тізімге дәрілік препараттарды таңдау көрсеткіштеріне маңызды ауруларды емдеу және алдын алуда қолданылуы, дәлелденген тиімділік пен қауіпсіздігі, бұл препараттардың бағасы мен тиімділігі арасындағы арақатынастың ескерілуі жатады. Негізгі дәрілік заттар тізімі емдеусызбасының бағасын анықтаудың, дәрілік заттарға мұқтаждықтың, сонымен қатар оған енген препараттарды бақылайтын құжаттар мен ақпараттарды дайындаудың негізі болып табылады. ҚР ең жоғары деңгейде аурушандық көрсеткіші артып жатқан аурулар қатарына туберкулез, вирусты гепатит жатады. Бұл тенденция бірнеше жылдың барысында сақталып тұр. Жүргізілген зерттеу барысында әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастар ақы төлей алу қабілеті бар сұраныстар мен тұтынушылық артықшылықтарымен сипатталатынын ескердік. Ақы төлеуге қабілетті сұранысты анықтауда тұтынуға қажетті кіріс деңгейі маңызды.

Қазіргі таңда ҚР төмендегі сипаттамалар тән кезеңдерөткерілмеді:

1. Фармацевтикалық нарықтың әлеуметтік тетік ретіндегі нормалары және қағидаларымен байланысты үрдістерді құру мен беіту;
2. Айтылып отырған әлеуметтік институттың мүшелерін қамтитын жүйенің құрылуы, себебі осы тетікті құраушылардың барлығы өзара тығыз байланыста деп айтуға әлі ерте.

Қорытынды

1. Дәрілік заттармен қамту үрдісін зерттеу нарықтық жағдайларда дәрілік заттармен қамту үрдісі толықтай коммерцияланғанын көрсетті, ол өз кезегінде әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарға көрсетілетін дәрілік көмектің сапасына кері әсерін тигізеді.
2. ҚР бөліп сатушы дәріханалық ұйымдар мен дистрибьюторлық жүйелердің біркелкі дамып таралмауы дәрілік заттармен қамтамасыз етуге теріс әсер етеді. Республикада денсаулық сақтау ұйымдарының фармацевтикалық тармағында жүргізілген реформалардың нәтижесінде мемлекеттік дәріханалық ұйымдар аздаған көлемде қалды. Дистрибьюторлар отандық дәрілік заттарды таратуға экономикалық қызығушылық танытпайды, яғни бұл осы аурумен ауыратын науқастардың дәрілік заттарға қол жетімділігін төмендетеді.

Әдебиеттер:

1. Health Sectors Reforms: Key issues in less developed countries. – WHO. – 2005. – 32 p.
2. Antezana F.S., Velasques G. Health economics and health sectors reforms // WHO. – 2006. – 18 P.
3. Тельнова Е.А. Международный опыт организации лекарственного обеспечения льготной категории населения Фармация, - 2005. – №5 - с.45-47

Абыганиулы Р

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Научный руководитель – к.ф.н, доцент Сатаева Л.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Введение: Автоматизация деятельности медицинских учреждений достигается с помощью комплексной автоматизированной информационной системы – МИС. Она позволяет оптимизировать время принятия управленческих решений путем создания единого информационного пространства, контроля и управления качеством предоставляемой медицинской помощи, хранения и поиска информации.

Цель – анализ информатизации современного здравоохранения.

Методы – документальный анализ.

Результаты: Интенсивно развивающиеся в современном обществе информационные технологии привели к тому, что в настоящее время правительство стало уделять значительное внимание к проблеме модернизации информационных систем в здравоохранении.

Согласно статистическим данным, около 50% рабочего времени врача затрачивается на поиск необходимой информации, а введение документации занимает примерно 40% времени. Использование МИС позволяет сократить временные затраты на поиск информации в 4 раза, сократить время постановки диагноза на 20-30%, увеличить поток больных на 10-20%.

Преимуществами информатизации медицинских учреждений являются: уменьшение временных затрат, упрощение поиска справочных данных и работа с ними, увеличение скорости получения необходимых лечащему врачу данных, возможность доступа к истории болезни пациента. Тем самым происходит увеличение продуктивности лечения. Одними из основных проблем внедрения медицинских информационных систем представляются сложности в обеспечении лечебно-профилактических учреждений техническими специалистами, отсутствие целей внедрения и незаинтересованность руководителей ряда учреждений, недостаток финансирования. Можно выделить 5 уровней компьютеризации для МИС:

Автоматизированные медицинские записи, охватывающие регистрацию пациента, выписки, назначения, финансовые вопросы. Система компьютеризированной медицинской записи, которая индексирует, сканирует и запоминает в системах электронного хранения изображений не внесенные на предыдущем уровне данные.

Внедрение электронных медицинских записей, позволяющих принимать решения и участвовать в процессе объединения с экспертными системами.

Система электронных медицинских записей, содержащая информацию о здоровье пациента с различных медицинских учреждений.

Электронная запись о здоровье, содержащая информацию о здоровье пациента, полученную из неограниченных источников информации.

Вывод

Поскольку с помощью информационных технологий возможен рост эффективности управления и решение задач здравоохранения путем оперативного доступа к специализированным базам данных, необходимо увеличить внедрение ИТ. Тем не менее, существуют большие перспективы реализации ИТ в здравоохранении, обусловленные увеличением внимания и понимания руководителей в необходимости ИТ, как фактора, позволяющего увеличить эффективность работы в медучреждениях. К сожалению, уровень проникновения современных информационных технологий в медицинских учреждениях не везде одинаков.

Жумабаева Д.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.

ҚР ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ НАРЫҚТАҒЫ СҰРАНЫСТЫ ТАЛДАУ

Өзектілігі. Бүгінгі таңда ҚР фармацевтикалық нарығында сұраныстың тууы негізінен халықтың – ҚР оның негізгі субъектісінің, жергілікті халқы, 1990 жылдан бері төмендеп келе жатқан санына байланысты, негізінен миграциялық (көшіп қону) үрдістерінің артуына /1, 2, 3/.

Мақсаты – елдегі фармацевтикалық нарықтағы сұраныстың тууына әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштердің әсерін талдау.

Халық, науқастардың жиынтығы ретінде, **ең алдымен**, санының өзгеру сипатымен және жастық ерекшеігімен, **екіншіден**, оелдегі ауру құрылымымен және көлемімен сипатталады.

Фармацевтикалық нарықтың тереңдігіне әсерін тигізетін негізгі көрсеткіштер:

- демографиялық көрсеткіштер;
- аурушандық деңгейі;
- территориялық орналу көрсеткіші.

Елдің халық саны 2009 жылдың 1 қаңтарында 15219,3 мың адамды құрады, оның ішінде қалалықтар саны - 8696,5 мың. (57,1%), ауылдықтар саны - 6522,8 мың адам (42,9%).

ҚР соңғы ғалық санағы 2009 жылы жүргізілді. Барлық ТМД елдері үшін, соның ішіне ҚР қосқанда, өткен ғасырдың 90-шы жылдары кейінгі онжылдықтармен салыстырғанда айтарлықтай төмендей түсті. Қазақстанның ең ірі қаласы болып Алматы қалуда. 450 мың халқы бар қала қатарына Қарағанды, Шымкент, Тараз, Астана, Өскемен, Павлодар жатса; ал 300 мыңға дейін тұрғыны бар қалаларға Семей, Ақтөбе, Қостанай, Петропавл кірсе, 200 мыңды халық бар қалаларға Орал, Теміртау, Атырау, Қызылорда, Ақтау, Екібастұз, Көкшетау, Рудный жатады. Қалған қалалардың халық саны 100 мың адамнан. 9 кестеде ҚР халқының экономикалық құрылымының толқуы көрсетілген.

Сонымен, мемлекеттік мекемелердің зейнеткерлердің дәрілік заттарға мұқтаждығын қамтамасыз етуі кеңейтілді. Қазақстандағы еңбекке жарамды халықтың демографиялық көрсеткіштерінің ерекшелігі, балалар санының еңбекке жарамды халықтың үлкендерінен 2,5 есеге артық болуында (1 кесте).

Халықтың санының табиғи жолмен өсуі ҚР туу көрсеткішінің санының жоғары болуында. Бірақ ҚР туу көрсеткіші әр аймақта әр түрлі. Сонымен ол оңтүстік Қазақстантан облысында жоғары - 26,5, ал төмен көрсеткіш шығыс Қазақстан облысында - 12,2.

Қорытынды.

Халық санының табиғи жолмен өсуі отандық дәрілік заттар өндіру мен фармакологиялық нарыққа жалпы оң әсерін тигізеді.

Әдебиеттер:

1. Медик В.А. Пути совершенствования лекарственного обеспечения населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000.- №1.- С.45-47.
2. Просвещение населения по вопросам использования лекарств: растущая потребность // Монитор основных лекарств. – Женева: ВОЗ, 2011. - №2. – С. 1-16.
3. Правительство анализирует состояние фармацевтической отрасли республики // Фармация Казахстана. – 2003. - №4. – С.5-6.

Тюменов Т.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.

ДӘРІЛІК КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ САПА МЕН ӘЛЕУМЕТТІК

Кіріспе. Ел басы белгілегендей, жаңа нарықтық жағдайларда Қазақстандағы әлеуметтік саясаттың басты мақсаты халықтың тұрмыс деңгейінің тұрақтылығын арттырып, қоғамның төменгі дәрежеде қорғалған таптарына дағдарыс жағдайларының әсерін төмендету болып табылады. /1, 2/.

Мақсаты – дәрілік затпен қамтамасыз ету үрдісінің сапасына әлеуметтік көмек негізінің әсеріне талдау жасау.

Материалдар мен әдістер– әлеуметтік-экономикалық талдау.

Зерттеу нәтижелері. Еңбеақы беруді реформалау жолымен, жұмыссыздық деңгейі жоғары аймақтарда қоғамдық жұмыстарды көбейту арқылы халықты минималды жұмыспен қамтып, жеке еңбек ету, жеке меншік түріне байланыссыз экономикалық алға басу барысында барынша жоғары жалақы алу тетіктері құрылып, шаралар жасау арқылы кірісті қолдау жүйесінің құрылуы қажет екендігі көрсетілді. /1/.

Нақты жалақы индексі мен орташа айлық бөлінген жалақы сияқты экономикада жұмысбастылар саны да өсуде, ал ҚР жұмыссыздар саны тұрақты азаюда (ҚР халықты әлеуметтік қорғау мен еңбек Министерлігінің мәліметі бойынша, 2007 жыл желтоқсан айының соңында).

Тіркелген жұмыссыздар саны экономикалық белсенді халық санымен салыстырғанда 7,2 % құрайды. Жергілікті кескінде бұл көрсеткіш 9 аудандарда жоғары.

Жұмыссыздардың ең жоғары бөлігі Павлодар обылысы болса, ең төмені – Алматы обылысында. ҚР жыл сайын халықтың өмір сүруге қажетті орташа минималды саны өсуде, сонымен қатар орташа номиналды жалақы мен зейнетақының орташа көлемі жоғарылауда. Бірақ зейнетақының белгіленген орташа мөлшері халықтың өмір сүруге қажетті минимумынан аз ғана жоғары.

Нарықтағы дәрілік перпараттардың санының толқуынан халықты қорғаудың леуметтік-экономикалық тетіктердің бірі дәрілік заттар мен тегін және жеілдікпен беруді қамтамасыз ету. Қазақстанда әлеуметтік маңызды аурулармен ауыртаын науқастарға тегін және жеілдікпен дәрілік заттар беру ҚР ДМ 2005 жылдың 23 желтоқсанынан шыққан № 1 және 2 қосымшасы мен № 637 бұйрығы бойынша жүзеге асады. ҚР өмір сүріге қажетті еңбекақысы төмен халық саны азаюда. Бұл көрсеткіштің уақыт бара бара азаюы жағдайы жақсырақ үй шаруашылығы мүшелерінің кірісінің тұрақтану үрдісінің баяулағанын айқындады. Бұл жағдайы барынша жақсы халық кіріс көрсеткішінің 10 % мен жағдайы төмен халықтың кіріс көрсеткішінің 10 % қатынасын көрсететін көрсеткіштің 6,8 дейін төмендегенін дәлелдейді.

Қорытынды

Сонымен, зейнекерлердің әлеуметтік-экономикалық жағдайының еңбекке жарамды халықтан т-мен екендігі белгілі болды. Осыған орай зейнекерлердің қажетті дәрілік заттарды алуға мүмкіндігі шектелуде. Бірақ ҚР-да әлеуметтік-экономикалық жағдайдың көрісініс орташа есептегі жалақымен қарастырғандаықтан, жалпы халық кірісінің айырықша өзгергені белгіліазаматтардың әлеуметтік экономикалық жағдайы әр түрлі.

Әдебиеттер

1. Мошкова Л.В. Исследования по организационным вопросам в новых социально-экономических условиях // «Формирование приоритетов лекарственной политики»: Матер, докл. Росс. нац.конф.- М. - 1995.- С. 33-35.
2. Аканов А.А. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепции, проблемы и перспективы // Алматы, 2001, С.101.

Абдыганиұлы Р.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.

XXI ҒАСЫРДАҒЫ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ МАҢЫЗЫ

Қазақстан Республикасындағы қоғамдық денсаулық сақтау, өзге елдер сияқты халықтың денсаулығы мен жағдайын жақсартуға бағытталған.Қазақстан Республикасы Президентінің «Қазақстан Республикасында азаматтардың халық денсаулық жағдайын жақсарту жөнінде бірінші кезектегі шаралар туралы» (18.02.1998ж) жарлығына сәйкес «Халық денсаулығы» атты Мемлекеттік бағдарлама 1998 жылы 16 қараша күні қабылданды. Бұл бағдарлама Дүниежүзілік денсаулық қорғау ұйымының «XXI ғасырда барлығына денсаулық» атты негізгі принципке сәйкес. Бағдарламада денсаулық сақтау жүйесінің алдына мынадай негізгі міндеттер қойылған:

Халық денсаулығын қорғауды қамтамасыз ету;

Медициналық көмекті жоғары дәрежеде және азаматтардың бәрінің қолы жететіндей қамтамасыз ету;

Денсаулық сақтау жүйесін ұйымдастыруды, қаржыландыруды және тұрғындарға медициналық қызметті жетілдіру;

Қазіргі уақытта қоғамдық денсаулық сақтау жүйесіне халықтың қарым-қатынасы бір қалыпты емес. Жоғарыда айтылған екінші пункт, яғни - Медициналық көмекті жоғары дәрежеде және азаматтардың бәрінің қолы жететіндей қамтамасыз ету, бұдан халық арасында да дискуссия орнады. Халықтың жиі соқтығысатын өзекті мәселесі – науқастардың өздерінің ауыр халдеріне байланысты Мемлекеттік медицина мекемелерінде, яғни емханаларда тегін медициналық көмек алу мақсатында кезекте отыруға қиналғандықтан, ақылы жеке меншік емханаларына баруына тура келуі. Осы мәселені зерттей отырып, Қарағанды облысы, Қарағанды қаласында белгілі бір мемлекеттік емханасында (мекемені жариялауға тиым салды) сұхбат жүргізуге бел будым. Сұхбат нәтижесінде мен келесі нәтижелерге тоқтадым, яғни:

Тегін медициналық көмек алу үшін кезекте тұруға қарсы емес науқастар саны – 37%.

Дәрігерге ақысын төлеп, кезекте тұрмаймын деген науқастар саны – 45%.

Жауап беруге қиналамын – 18%.

Яғни, осыдан біз екі тұжырым жасаймыз. Біріншіден, «тегін медициналық көмектен бас тартпаймын бірақ кезекте отыра алмаймын» деген науқастар саны «тегін медициналық көмек алу үшін кезекте тұрамын басқа амал жоқ» деген науқастарға қарағанда саны байқалатындай жоғары. Екіншіден, халықтың жеке меншік емханаларына мемлекеттікке қарағанда сұранысы жоғарырақ. Бұл біздің басты мәселеміз.

Ресей Федерациясында «Артық емханалар жабу немесе сапалы медициналық қызмет үшін күрес» тақырыбына НСН (Национальная Служба Новостей) ұйымдастырған конференция өткізілді. Сол себепті науқастардан көп жағдайда: «Кезекте тұрғанша, дәрігерге ақша төлеп, кезексіз өткенім артық» деген сөздерді мен практикада көп естідім. Бірақ, егер адамдардың кезекте тұруға халі болмаса және ақылы жеке меншік дәрігерлеріне қаралуға да қаражаты болмаса, ондай жағдайда науқас не істеу қажет? Ол сол жағдайда не істей алады?».

Осы айтылған пікірлерді түйіндей отырып, «Еліміз тыныш, жағдайымыз жақсы, жыл сайын қоғамдық денсаулық сақтауға жеткілікті қаражат бөлінгенде, тегін медициналық көмек бар кезде неге, біз халық, тегін медициналық көмек алудың орнына, ақылы түрдегі медициналық көмек алуымыз қажет?» деген сұрақ халықты мазалайды.

Қазақстан 2013-2015 жыл аралығына Қоғамдық денсаулық сақтауға 1 трлн 157 млрд 3 млн теңге бөлді. Бірақ соған қарамастан дәрігерлерге деген шағым азаймады. 20% науқас жататын ауруханаларға 80% қаражат бөлеміз, 80% науқас медициналық көмек алу үшін баратын емханаға 20% қаражат бөлеміз. Осы мәселені бір жақты қылу үшін мен бұл жобада төмендегідей ұсыныстар жасағым келеді:

Ең алдымен қаражаттың үлкен бөлігін ауруханаларға емес, керісінше емханаларға бөлу қажет. Сонда ғана біз көптеген аурудың алдын аламыз, сонда ғана адамдар емханада емін алып, ауруханаға жатудың қажеттілігі туындамайды халық толық түрде тегін медициналық көмек алуға мүмкіндік алу үшін медициналық персоналдың санын (дәрігер, медбике) көбейту керек. Соның нәтижесінде адамдарға кезекте көп тұруға қажет болмайды. Халық арасында дискуссия жоғалып, халық жеке меншік емханаларына қаражат жұмсамайды.

«Главное красиво оформить бумагу» деп қазіргі кезде бекер айтпайды. Бұл айтылған сөздердің терең мағынасына үңілсек, істеген істен гөрі қағаз жүзіне әдемілеп түсірсе болғаны. Адамның денсаулығын жақсартуда сапасы жоқ қағаздардың қажеттілігі бар ма? Не көп? Қағаз көп! Не тапшы? Уақыт тапшы! Бір науқасқа көптеген қағаздар рәсімделеді, ал кезекте күтіп отырған науқастардың саны қанша. Сол себепті де жыл сайын әр емханаға, әр ауруханаға келетін тексеріс (республикалық, облыстық, қалалық және т.б) міндетті түрде бүкіл қағаз жөніндегі тәртіпке қарап, шын мәніндегі өзекті мәселелерге мән бермейді. Сол себепті тексерістерді науқастардың қабылдау сапасына жүргізу қажет.

Қорытындылай келе, жинақталған проблемалар қоғамдық денсаулық сақтау қағидаттарын түбегейлі қайта қарауды талап етеді. Мемлекет басшысының «Саламатты Қазақстан» бағдарламасында медицина саласын басқару, денсаулық сақтау ісін қаржыландыруды, медициналық көмек беруді ұйымдастыру қажеттілігі көрсетілген. Біз Қазақстан жастары міндетті түрде еліміздің жағдайын одан әрі қарай жақсы болуына және қазақ халқының денсаулығын жақсартуға үлесімізді қосуымыз қажет.

*Жумабаева Д.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

ИНТЕГРИРОВАННАЯ ЛОГИСТИКА В ЛЕКАРСТВЕННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ РК

Введение: Обострение конкуренции на внутреннем и мировом фармацевтических рынках и одновременное повышение внимания к проблеме лекарственной безопасности РК обуславливают необходимость активизации развития отечественной фармацевтической отрасли и перехода фармацевтических предприятий (ФП) на более совершенные технологии и инструменты управления комплексом основных и обеспечивающих потоковых процессов. Это требует внедрения новых систем управления ФП, которые бы позволили получить синергетический эффект не только благодаря оптимизации собственно производственной деятельности субъектов фармацевтического рынка (СФР), но и путем их сбалансированного взаимодействия с партнерами в фармацевтических цепях поставок (ФЦП). Именно таким эффективным инструментом управления деятельностью СФР является концепция интегрированной логистики, что подтверждает лучший мировой и отечественный опыт оптимизации потоковых процессов.

Концепция интегрированной логистики появилась в последние десятилетия и постепенно стала применяться для сквозного сбалансированного управления основными и сопутствующими потоками в интегрированной структуре фармацевтического бизнеса «разработка лекарственных средств (ЛС) → закупка активных фармацевтических ингредиентов (АФИ), основных веществ и вспомогательных материалов → производство ЛС → распределение → продажа, сервис → рециклинг фармацевтических отходов» с целью обеспечения и сохранения качества фармацевтической продукции на протяжении всей ФЦП, повышения эффективности использования ресурсов СФР и сокращения сквозных логистических затрат, повышения качества логистического обслуживания потребителей фармацевтической продукции и сохранения окружающей среды.

Как свидетельствует мировая практика, создание и функционирование интегрированных логистических систем способствует: повышению производительности труда логистического персонала на 30-40%; уменьшению стоимости и времени обработки заказов на 20-40%; сокращению времени выхода продукции на рынок на 15-30%; снижению затрат на закупку на 5-10%; уменьшению объемов запасов на 20-40%; сокращению производственных затрат на 10-15%; увеличению прибыли на 5-15%. Поэтому наиболее эффективными и конкурентоспособными в мире являются те ФП, которые активно внедряют технологии и инструментарий интегрированной логистики: Bayer AG, GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Sanofi-Aventis, Pfizer Inc. и др.

Целью данного исследования является обоснование целесообразности внедрения в практику управления СФР новейших подходов интегрированной логистики как современной концепции управления потоковыми процессами для оптимизации деятельности СФР, с одной стороны, и с целью повышения эффективности и доступности лекарственного обеспечения населения, с другой стороны.

Материалы и методы исследования: В процессе исследования использовались методы: абстрактно-логический; монографический и системного анализа, сравнений, экспертной оценки. Методологической и теоретической базой исследования являются научные специалистов в сфере фармацевтической логистики.

Результаты: Проведенные исследования показали, что современное состояние фармацевтической логистики в РК характеризуется такими особенностями: процесс движения фармацевтической продукции осуществляется не только в экономической, но и социальной среде: параметры потоковых процессов и методы их управления определяются специфическими особенностями ЛС; пространство движения ЛС носит интернациональный межгосударственный характер, что, в свою очередь, обуславливает значительную долю импортной продукции; на украинском фармацевтическом рынке процесс движения ЛС осуществляется в условиях мощной диверсификации фармацевтической продукции, движение многочисленных аналогов и модификаций отечественной и импортной фармацевтической продукции должно определяться не только коммерческими факторами, но и медицинскими показаниями; оптовые ФП создают собственные товаропроводящие (аптечные) сети для эффективной розничной реализации фармацевтической продукции; для организации процесса движения потоковых процессов формируется специализированная логистическая инфраструктура с учетом требований регламентации обращения ЛС; особое место занимает активная предварительная работа по установлению хозяйственных связей с поставщиками - обоснование выбора поставщиков, подготовка условий будущих деловых

переговоров; происходит оптимизация хозяйственных и структурных связей; постепенно развивается диспетчеризация прохождения потоковых процессов по всем звеньям ФЦП - от разработки ЛС и до конечных потребителей (пациентов) и др.

Следует отметить, что в процессе эволюции фармацевтической логистики непрерывно повышался уровень интеграции логистической деятельности СФР. При этом интеграция развивалась постепенно от инфраструктурной интеграции через организационную к информационной.

Обобщение результатов проведенных исследований, позволило определить причины, обуславливающие актуальность интеграции логистических процессов в фармацевтической отрасли: повышение скорости, интенсивности и сложности материальных, финансовых и информационных потоков в фармации, необходимость их синхронизации для повышения физической, ценовой и информационной доступности лекарственного обеспечения населения; внедрение процессных технологий управления и стандартов логистического обслуживания СФР с целью рационализации их деятельности и повышения конечного социально-экономического результата; повышенное внимание к вопросам экологии, логистике рециклинга с целью оптимизации процессов утилизации отходов фармацевтического производства, их обезвреживания и захоронения; необходимость использования современных технологий и инструментов защиты фармацевтической продукции от фальсификации; появление новых логистических концепций, которые активно внедряются в практику деятельности зарубежных и отечественных ФП и существенно повышают эффективность их деятельности и конкурентоспособности и т.д.

Выводы: Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют, что интегрированная логистика сегодня имеет особое значение для дальнейшего развития фармацевтической отрасли. Именно интегрированное управление потоковыми процессами позволит повысить прозрачность деятельности всех СФР и их инвестиционную привлекательность, будет способствовать комплексному управлению качеством, экологическими аспектами деятельности, рисками и безопасностью фармацевтического производства в соответствии с требованиями международных стандартов качества ISO и надлежащих практик.

Тюенов Т.

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ИНСТИТУТЫНҢ ОТАНДЫҚ ИННОВАЦИЯЛАРЫ

Өзектілігі. Дәрілік препараттарды өзіндік өндіру мен шығару маңыздылығы даусыз /1, 2, /.

Мақсаты – ҚР фармацевтикалық кәсіпорындарындағы инновациялық дәрілік заттарды өндіруді зерттеп талдау.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ.

Зерттеу нәтижелері. Біз жасаған талдау жұмыстары көрсеткендей, бүгінгі таңда қазақстандық фитохимия Институтымен 20 аса түпнұсқалық фитопрепараттар дайындалған.

Олардың алтауы өмірлік маңызы бар дәрілік заттар мен дезинфекциялық заттар қатарына енген. Қазақстандық химиктер мен фармакологтар жоғары ғылыми дәрежеге ие, ол өз кезегінде оларға жан жақты, сапасы мен тиімділігі жағынан жергілікті және халықаралық нарықтағы бәсекеге қабілетті препараттар шығаруға мүмкіндік береді. Қазақстанда Республикалық мақсатты ғылыми-техникалық «Медицинада, ауыл шаруашылығында және өндіріс орындарында биотехнология және гендік инженерия әдістерін қолдану» бағдарламасының барысында биотехнологиялық бағыттағы кәсіпорындарменен розеофунгин антибиотиктерін, ферментті препарат имозимді, дисбактериоз еміндегі бифидумбактерияларды өндіру құрылып, ұйымдастырылды. Шымкент қаласындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясында мия шөбінің тамыры негізінде жаңа кешенді препарат «Биаскин» өндірілді. Капсула түрінде ұсынылып отырған түрінің құрамы келесідей: биосластин, аскорбин қышқылы, крахмал. Бұл кешеннің бірегейлігі оның екі белсенді заттан тұратындығында – биосластин және аскорбин қышқылы, бұлар өз кезегінде антиоксидантты және гепатопротекторлық белсенділікті күшейтеді.

Кейбір қазақстандық зерттеушілер барлық қатерлі ісік жасушаларына тән маркер-ақуыздарға тән иммуноглобулиндер ала алды. Соның негізінде Нормоген препараты өндірілген. Ол клиникаға дейінгі тәжірибелермен расталған басқа да онкологиялық иммундық биологиялық заттармен

барынша артықшылығымен ерекшеленеді. Оңтүстік Қазақстандық фармацевтикалық Академия негізінде, сонымен қатар, Глицирразид В₆ препараты шығарылған, ол макрофагтармен даралап ұсталатын, лизосоматропты, макрофагтардың қызметтік әрекеттерін іске асыратын қасиетке ие декстрандық матрицадағы изониазидтің пролонгирленген түрінде рөл атқарады. Айтылып отырған препараттар алдыңғы қатарлы қазақстандық және ресейлік медицина орталықтарында клиникалық тәжірибелерден өткен. Олардың гинекологиялық, проктологиялық және урологиялық ауруларды емдеудегі қабынуға қарсы, спазмолитикалық, жараны жазушы және антисептикалық айқын әсері дәлелденген. Зерттеу жұмысы жыл сайын «Фирма «Қызылмай» ПК ғылыми әріптестері дәрілік шөптер, жемістер мен тамырлардан, балдан, гүл тозандары сияқты табиғи шикізаттардан түпнұсқалық патенттелген емдеу-профилактикалық заттарының 5-7 атаулысын өңдеп шығарды, мәселен: «Қызылмай-липофит», «Қызылмай прополиспен», «Қызылмай теңіз балдыры майымен», «Калефит», «Метрофит».

Қорытынды. Сонымен, біз жүргізген зерттеу жұмыстары әлеуметтік маңызды ауруларды емдеуге қажетті препараттарды өндіруге барынша болашағы зор іс шараларды айқындауға мүмкіндік берді. Оларға өзіндік түп нұсқалық фармацевтикалық өнім өндірумен айналысатын кәсіпорындар жатады: ҚР ҒБҰ Фитохимия Институты, Алматы қаласының «Фирма Қызыл-Май» ПК, Шымкент қаласының «Химфарм» АҚ, Алматы қаласының «Экафарм» СП ЖШС, Алматы қаласының «Глобалфарм» СП ЖШС, Павлодарлық ХФЗ, «Тес» ЖШС.

Әдебиеттер:

1. Аканов А.А. Стратегия развития здравоохранения РК до 2010 года // Фармация Казахстана. – 2003. - №1. – С.3-6.
2. Адекенов С.М. Современное состояние и перспективы производства отечественных фитопрепаратов и биотехнологической продукции для медицины // Фармация Казахстана. – 2003.

*Тұрсынбаева Б.Ш., Сапарбеков М.К., Адилова М.Т.
Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ*

ТҰРҒЫНДАРҒА ГИГИЕНАЛЫҚ БІЛІМ БЕРУДЕ ХАЛЫҚ ЕМШІСІ ӨТЕЙБОЙДАҚ ТІЛЕУҚАБЫЛҰЛЫНЫҢ РӨЛІ

Бүгінде халық емінде қолданылып отырған емдеуді табиғаттағы өсімдік пен жан-жануарлардың нәрінен іздеу және қолдану тарихтың терең тұйығынан басталған. Күні бүгінгі уақытқа дейін емшіліктің барлық дағдылары ұрпақтан ұрпаққа ауызша түрде жалғасын тауып келді.

Адамдар жан мен тән саулығын емдеуде, ел ішіндегі тәуіптен, баксы-балгерлерден көмек сұрады. Ал емшілер көмек қолын созған халықты өз тәжірибелеріне пайдаланды. Емшілік өніп-өсудің құралына жараған сайын, оған деген мұқтаждық күшейді.

Олардың мұндай әрекеттері болашақ ұрпаққа мұра болып жетуіне негіз болды. Мұндай ғылыми халық емінің дәстүрлі шипагерлік жүйесінің қалыптасуына XV ғасырда өмір сүрген, ғұлама шипагер Өтейбойдақ Тілеуқабылұлының білгірлігі мен біліктілігі үлкен қозғау салды. Өткен ғасырдың рұхани мұрасы, халқымызбен келер ұрпаққа өнегесінен із қалдырған халық емшісі Өтейбойдақ Тілеуқабылұлының емшілік еңбегі толассыз зерттеуді қажет ететін дүние болып табылады.

Қазақ халқының шипагерлік ілімін ғылыми жолмен дамытуда Ө.Тілеуқабылұлы дала зертханасы арқылы 1108 түрлі дәрі - дәрмек түрін 858 түрлі дәрілік өсімдік пен 318 жан-жануар мүшелері және 60-тан астам металл-металоидтар жасаған. Шипагер науқас адамдарға арнап 1050 түрлі шипалық емнің атауын, 4577 шипалық дәрілік емдік тізбесін (нақты – 13000 түрін) ұсынып, 430-дан аса адамның сыртқы және ішкі денесінің анатомиялық тұлғалық атауын жазып қалдырған екен, ол біріншіден, қазақ жерінде XV ғасырда-ақ фармакология ілімінің алдыңғы қатарда дамығандығын дәлелдесе, екіншіден, ғұламаның тұжырымдары оның өзіне дейінгі және бүгінгі шипагерлік ғылымнан алшақтығы

жоқтығын айқындайды. Үшіншіден, адам денсаулығын қорғау, сақтау, дамыту мен жақсартудың терең ілімдік жетістіктігін мәңгі өз ұлтына қалдыруы, қазақтың шипагерлік өнеріне жол салғандығын білдіреді.

Шипагер ғұлама аурудың пайда болуының басты себебі көзге көінбейтін ауру қоздыратын заттар (микробтар) деген болатын. Ол оба, алапес, сүзек, тәрізді қауіпті жұқпалардың өте қауіпті екендігін, ондай аурудан қорғанып, емделуі қажет екендігін айтқан болатын. Өтейбойдақ Тілеуқабылұлы қантышқақ ауруының себептерін сипаттап жазып, оны жұқпалы ауру ретінде атап көрсетіп, емдеу түрлерін нұсқаған. Ғұламаның атаулы дүрліктігерлік тәжірибесі қорасан шешекті зерттеуі болып табылады: 1446 жылы науқас адамның қорасан шешек көпіршігінен жағынды алып, тірі сиырдың ірінді жарасына жақты. (бұл тәжірибе ағылшын дәрігері Эдуард Женнердің ашқан жаңалығынан ертеде болған еді.)

Шипагерлік салада денсаулықты жақсартуда аурудың алдын алу бойынша жүргізілетін шараларды меңгеру, салауатты өмір сүруге жетудің үлгісі болмақ. Шипагердің негізгі мақсаты ұдайы емдеу ғана емес, халықты денсаулығын жақсарту тән мен жанды тазарту мәдениетімен оны тұрақты шұғылдануға үйрету, ол үшін толық жүйелі біліммен қаруландыруды басшылыққа алу қажет. Дәрісіз өмір сүру жолын үгіттеу бүгінде негізгі мәселеге айналды. Ғасырлар бойы халқы мен ұрпақтарының денінің сау, ақыл-есінің дұрыс, тұлғалық бітімінің қалыпты сұлу, өнерлі, қайсар болуына мән берген ата-бабаларымыз, денсаулықты жақсарту мен оның тазару мәдениетін дамытуға үлкен мән берді.

Шипагер Ө.Тілеуқабылұлының, ұлттық шипагерліктің өрісінің кендігі мен тарихының ұзақтығының айнадай жарқыраған жарқын көрсеткіші болары анық екендігін көрсетеді.

*Жанболатова Г., Сапарбеков М.К., Адилова М.Т.,
Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ*

ҚАЗАҚТЫҢ ИБН СИНАСЫ

(Халық емшісі Өтейбойдақ Тілеуқабылұлының емшілік өмірі)

*Іске аспады арманым, қараң қалды,
Шың басына шығарда арандалды.
Өтейбойдақ қойыпты атымды әкем,
Жаман ат, жаман ырым, мазамды алды.
Қалмады ұрпақ Өтейбойдақ аяңдалды.
Мені өшірмес «Шипагерлік баян» қалды...
(Өтейбойдақ Тілеуқабылұлы)*

Қазақтың алғашқы ибн-Синасы, шипагер бабамыз Өтейбойдақ Тілеуқабыл ұлы емшіліктің қыры мен сырына жастайынан қызығып, әрі оған құмар болып, ерте жасынан ақ меңгеріп өсті. Қазақ ханы әз Жәнібек ханның бұйырығымен әлемге әйгілі болған «Шипагерлік баян» кітабын хан ордасында 78 жасында бастап, 5000 беттік кітабын 85 жасында аяқтаған еді. Алайда Әз Жәнібек хан кезекті жаудың шабуылында қаза тапқаны себепті, бабамыздың бұл еңбегін көрмей кеткен еді. Шипагерлік баян кітабында емші өзінің емшілік жолын таңдауына әкесі Тілеуқабылдың әсері болғандығын жазады. «Қырықтың бірі – қызыр, жетінің бірі – әулие» деген әке өсиетін бұзбай, дәрілік мақсатта қырық бір шөптің қоспасы мен жеті шөптің басынан сырқатқа дәрулік болатын дәрісін жасағанын және емдік, дәрілік шөптерді қырық түрлі атаулы жер қыртысынан жинағанын жазған. Қазақ халқының шипагерлік ілімін ғылыми жолмен дамытуда Ө.Тілеуқабылұлы дала зертханасы арқылы 1108 түрлі дәрі - дәрмек түрін 858 түрлі дәрілік өсімдік пен 318 жан-жануар мүшелері және 60-тан астам металл-металлоидтар жасаған. Шипагер науқас адамдарға арнап 1050 түрлі шипалық емнің атауын, 4577 шипалық дәрілік емдік тізбесін (нақты – 13000 түрін) ұсынып, 430-дан аса адамның сыртқы және ішкі денесінің анатомиялық тұлғалық атауын жазып қалдырған екен. Бұл қазақ жерінде XV ғасырдың өзінде ақ фармакология ілімінің алдыңғы қатарда дамығандығын дәлелдесе, екіншіден, шипагер-ғұламаның тұжырымдары өзінің уақытындағы және бүгінгі күндегі шипагерлік ғылымның арасында ешқандай айырмашылықтың жоқтығын дәлелдеп отыр. Сонымен бірге, адамның денсаулығын нығайту, сақтау және қорғау барысында өзінің жазған

құны жетпес, бағалы, бүгінгі ұрпаққа мирас ретінде қалған «Шипагерлік баян» кітабында емшілік жолдың қыры мен сыры баяндалған, қазақтың шипагерлік өнеріне жол салғандығын білдіреді[2].

Халқымыздың емдік әдіс-тәсілдерін дамыту барысында шипагер бабамыздың өзінен бірнеше ғасырлар бұрында өмір сүрген атақты құламалардың еңбектерін пайдаланғандығы байқалады. Сөйтіп, медициналық, шипагерлік, философиялық, тарихи-этнографиялық, рухани-діни, әдеби, т.б. еңбектерді оқып, тұжырым жасап, өзінің емшілік тәжірибесінде қолданған. Осының нәтижесінде бабамыздың «қарауызген шипагер» атағын қазақ ханы әз Жәнібек ханның өзінен алған деседі. Ханның тарапынан қойылған сұрақтарға мүдірмей, білімділігінің арқасында жауап берген бабамызға «Жарайсың, Қарабас! Басың нағыз алтын бас, тілің нағыз гауһартас екен. Қарауызген шипагер екенсің» – деп бағасын алған екен.

Қазақтың ұлы ғұламасы, атақты шипагері Өтейбойдақ Тілеуқабылұлының емшілік жолындағы ауру-сырқауды емдеудің қыры мен сырлары бүге-шігесіне дейін баяндалған атақты еңбегі бүгінгі ұрпаққа баға жетпес құнды ұлы мұра болып қала бермек.

*Такебаева М.К., проф Сапарбеков М.К., ст прер Адилова М.Т.
Әл-Фараби атындағы ҚазҰУ*

СОВЕРШЕНСТВО ЗДОРОВЬЯ – ЭТО СЧАСТЬЕ

Цель настоящей работы является ознакомление студентов с философскими идеями аль-Фараби, для формирования профилактического подхода к проблеме укрепления здоровья отдельных людей и общества. Абу Наср Мухаммад ибн Тархан ибн Узлаг Аль-Фараби известен на мусульманском Востоке как «Второй учитель» (т.е. второй после Аристотеля) родился в г Фарабе в 870 г в тюркской семье. Руководимый жаждой знаний, Аль-Фараби в молодые годы отправляется в путешествие. Многие годы он проводит в Багдаде- политическом и культурном центре халифата. Здесь он основательно пополняет свои знания, входит в контакт с видными учеными и в скором времени довольно быстро занимает среди них главенствующее положение. С этого времени начинается его нравственно-интеллектуальное совершенствование, становление его как великого, восточного философа. Опираясь на политические и этические идеи греческих философов, прежде всего Платона и Аристотеля и используя социальные идеи Древнего Востока, аль-Фараби разработал ярко выраженную гуманистическую философию. Его гуманизм основан на бескомпромиссном признании абсолютной ценности человека как личности.

Счастье-это цель к которой стремиться каждый человек, ибо оно является неким совершенством. Известно, также высказывание аль-Фараби, что совершенство человека –это здоровье, если есть здоровье, то его следует сохранять, если нет то его следует приобрести. По мнению аль-Фараби, здоровье достигается путем соблюдения следующих мер: умеренной диеты, умеренном труде. Только в этом случае приобретается сила и хоршее состояние души, совершенствуется счастье. Философские высказывание аль-Фараби о здоровье, его настоятельном укреплении, как никогда сегодня актуальны в нашем обществе. По мере того как меняется человеческое общество меняются и проблемы здоровья. По данным ВОЗ (2012), к числу главных проблем стоящих перед общественным здравоохранением относятся: неравенства в отношении здоровья, экономический кризис, глобализация, миграция, урбанизация, ухудшение окружающей среды и изменение климата.

В настоящее время хронические заболевания, такие, как сердечно-сосудистые заболевания, онкологические, психические заболевания определяют в основном уровень заболеваемости и смертности в большинстве развитых странах. Сегодня главной причиной смертности является уже не инфекции, а такие заболевания, как инфаркт, инсульт, диабет, рак и т.д.

Эксперты ВОЗ прогнозируют, что к 2020 году появятся:

Болезни, связанные с образом жизни: заболевание системы кровообращения, онкологические болезни, травмы, отравления, несчастные случаи;

Болезни, связанные с рискованным поведением человека (ИППП, ВИЧ инфекция, наркомания);

Болезни, связанные с экологией (эколого-зависимые заболевания);

Болезни, связанные с миграцией, с социальными конфликтами;

Болезни, прежде не известные (например, ВИЧ/СПИД);

Особую тревогу вызывают: тенденция к распространению курения, злоупотребления овощей и фруктов (нерациональное питание), малоподвижный образ жизни (гиподинамия).

*Нурақынова С.Т.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

МОДЕРНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ КАЗАХСТАНА НА ОСНОВЕ СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ

Стратегические ориентиры на вхождение в число наиболее конкурентоспособных стран мира требуют от Казахстанской высшей школы модернизации системы образования и организации управления в том числе. Медицинские ВУЗы все в большей степени становятся субъектами рынка, а системы управления вузами отстают от этого процесса.

Основными проблемными зонами современного вузовского управления являются:

Неадаптированность структур управления вузом к изменившимся условиям;

ориентация на достижение целей и задач краткосрочного периода;

нечеткость управленческих процедур;

сосредоточенность на решении, преимущественно, внутренних задач, слабое взаимодействие с потребителями образовательных услуг по изучению их потребностей.

Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан разработана Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы, с целью укрепления здоровья населения, повышения эффективности системы управления и финансирования системы здравоохранения и рационального использования имеющихся ресурсов. Одной из важных задач, данной программы является **модернизация медицинского образования**, которая должна решаться совместно с задачами модернизации систем управления медицинских ВУЗов.

Дальнейшее развитие медицинского и сестринского образования будет предусматривать триединство клинической практики, медицинского образования и научной деятельности, которое обеспечит эффективное управление академическими и производственными процессами на основе единства стратегических целей и задач;

К сожалению, в Казахстане только один или несколько университетов являются предметом национальной гордости, только 6 государственных медицинских ВУЗов ежегодно выпускают от 3 до 5 тысяч специалистов, поэтому государство финансирует только эти вузы, создавая сложности для других учреждений высшего образования.

Научный и инновационный потенциал системы здравоохранения представлен 33 организациями, осуществляющими прикладные научные исследования в сфере медицины, в том числе 8 организациями медицинского образования, 20 научными организациями клинического профиля и 5 научными организациями неклинического профиля. Кадровый потенциал сферы медицинской науки и инноваций представлен 7929 специалистами **научного, педагогического и клинического** которые занимают 9121 должностных единиц (на 1 января 2015 года). Из них, доля занятых должностей профессорско-преподавательского состава составляет 54,5%, доля занятых должностей персонала научных подразделений – 8,1%, доля должностей клинического персонала – 33,4%. В организациях медицинской науки и образования работает 727 докторов наук, 2010 кандидатов наук и 66 докторов PhD.

Кроме того, руководители университетов обладают слабыми административными и финансовыми полномочиями для формулирования стратегии, многие преподаватели одновременно работают в разных университетах из-за финансовых причин (низкая заработная плата), частая смена ректоров порождает чувство нестабильности, прерывает стратегическое планирование, так как новое руководство предлагает новые идеи, в результате чего происходит задержка в реализации планирования.

В процесс управления медицинским образованием, включающим не только текущее операционное управление, но и этапы планирования образовательного процесса, определения

стратегии развития организации образования, оценки и контроля эффективности образовательных программ, вовлекаются как административные работники, так и профессорско-преподавательский состав вузов. Именно характер менеджмента на всех уровнях деятельности организации образования определяет и качество образовательного процесса и уровень профессионализма ППС и все другие аспекты функционирования системы медицинского образования

При этом руководство высших медицинских учебных заведений хорошо понимает важность улучшения лидерства и менеджмента в своих организациях, так как это содействует движению стратегических целей и задач во всех направлениях деятельности – преподавания, исследований и предоставления иных услуг.

Для повышения роста эффективности функционирования медицинских ВУЗов сегодня требуется создание новых систем управления, ориентированных на достижение стратегических целей и задач. Некоторые исследования показали, что стратегическое планирование, если оно правильно используется в управлении, приводит к значительному улучшению деятельности вуза. Другие исследования говорят о том, что возникает сопротивление, когда вуз проводит периодические изменения своей стратегии и, что это сопротивление вызывает несбалансированность новой стратегии и сложившихся возможностей управления.

Стратегическое управление вузом является объективно необходимой деятельностью в условиях рыночной экономики, позволяющей реализовать перспективные цели развития вуза на 5–10 лет и эффективно использовать ресурсы вуза для повышения его конкурентоспособности. Основные цели и критерии управления Вузом представлены в таблице 1.

Таблица 1. Цели и критерии управления вузом

Цели управления и их содержание	Критерии управления
1 Учебная цель Обеспечение роста образовательных услуг высокого качества на основе внедрения современных образовательных технологий, роста научной и педагогической квалификации преподавателей	1 Выручка от образовательных работ и услуг, тенге 2 Годовой прием студентов по направлениям и специальностям, чел. 3 Годовой выпуск бакалавров, специалистов и магистров, чел. 4 Среднегодовая численность студентов, чел. 5 Удельный вес студентов, сдавших сессию на «хорошо» и «отлично»
2 Методическая цель Унификация и стандартизация учебного процесса на основе ГОСО и разработка учебно-методических комплексов дисциплин	1 Количество учебно-методических комплексов (УМК), ед. 2 Уровень обеспечения дисциплин УМК, % 3 Количество учебно-методической литературы на 1 студ. 4 Объем библиотечного фонда вуза, ед. 5 Годовой объем издаваемой литературы, печ. л.
3 Научная цель Осуществление фундаментальных и прикладных исследований на основе роста научной квалификации сотрудников и студентов, увеличения объемов хоздоговорных НИР и консалтинга	1 Объем бюджетных и хоздоговорных НИР вуза, тенге. 2 Объем НИР в расчете на единицу ППС, тенге/чел. 3 Количество защищенных диссертаций, ед./чел. 4 Количество аспирантов, соискателей и докторантов, чел. 5 Удельный вес преподавателей, имеющих ученые степени и звания, %
Цели управления и их содержание	Критерии управления
4 Управленческая цель Обеспечение эффективности власти на основе делегирования полномочий, развития общественного самоуправления, демократизации управления с соблюдением высокой дисциплины и заботой об уровне	1 Затраты на управление, тьын/тенге. 2 Общая численность персонала вуза, чел. 3 средняя зарплата на 1 сотрудника, тенге/чел. 4 Текучесть персонала, %. 5 Производительность труда, тенге/чел.

жизни и условиях труда сотрудников	
5 Маркетинговая цель Обеспечение лидерства на рынке регионального образования по выбранным специальностям, числу студентов, видам консалтинговых услуг и качеству образовательных услуг	1 Затраты на маркетинг, тенге. 2 Удельный вес затрат на маркетинг в общей выручке вуза, %. 3 Удельный вес регионального рынка образования, %. 4 Количество филиалов и представительств, ед. 5 Удельный вес регионального рынка по направлениям и специальностям, %.
6 Экономическая цель Всемерное удовлетворение потребностей организаций и граждан в образовательных услугах с высоким качеством при минимальных затратах, достижение полного материального благосостояния преподавателей и сотрудников	1 Выручка от образовательных и научных услуг, тенге. 2 Объем бюджетного финансирования, тенге. 3 Балансовая прибыль, %. 4 Затраты на 1 тенге услуг, кол-во/тенге. 5 Общая сумма налогов.
7 Хозяйственная цель Качественная эксплуатация материально-технической базы вуза, обеспечение учебных площадей современным оборудованием, мебелью и компьютерной техникой, соблюдение чистоты и порядка в учебных аудиториях	1 Общая площадь учебных помещений, м2. 2 Учебные площади в расчете на 1 приведенного студента, м2/чел. 3 Стоимость основных производственных фондов, тенге. 4 Удельный вес затрат на основное оборудование и компьютерную технику, %. 5 Количество компьютерной техники, ед.
8 Ремонтно-строительная цель Развитие материально-технической базы вуза путем нового строительства, реконструкции и капитального ремонта зданий и сооружений	1 Объем ремонтно-строительных работ, тенге. 2 Ввод новых площадей и мощностей, ед. 3 Затраты на ремонтно-строительные работы, тенге. 4 Число субподрядных и обслуживающих организаций, ед. 5 Экономия материальных и технических ресурсов, тенге.

Типовой набор целей и критериев выведен в результате многократного «мозгового штурма», в котором участвовали свыше 100 экспертов из различных регионов России и Казахстана (табл. 1). Сущность адаптации заключается в анализе сформированных целей по макроподсистемам вуза и отборе наиболее значимых критериев управления, исходя из специфики вуза и состава применяемых конечных показателей образования и науки. Процесс планирования стратегии встречает ряд сложностей при его освоении. Основная трудность связана с тем, что процесс принятия предварительных решений находится в зависимости от структуры полномочий в организации. Новая стратегия, как правило, разрушает сложившийся в учебном заведении тип взаимоотношений и может войти в противоречие с политикой руководства. Другая существенная проблема заключается в том, что внедрение стратегического планирования приводит к конфликту между прежними видами деятельности (оперативным управлением), обеспечивающими получение прибыли, и новыми, несущими стратегические преимущества в будущем. В вузах на первых стадиях внедрения стратегического планирования нет соответствующей мотивации персонала, отсутствует достоверная информация о внешнем окружении вуза, а имеющейся статистики о вузах-конкурентах для разработки стратегии недостаточно.

Руководство ВУЗов может разработать отличную стратегию развития организации, направленную на внешних потребителей. Однако успех этой стратегии будет существенно зависеть от качества организационных мероприятий, потенциала управленческого персонала. Существующая модель менеджмента медицинских вузов не позволяет выпускать качественных специалистов, проводить научные исследования и оказывать клинические услуги.

Разработка эффективной модели управления медицинским вузом, позволит улучшить качество выпускников и поднять уровень исследований и конкурентоспособность предоставляемых медицинских услуг вузов.

Таким образом, исследование управления Вузом на основе стратегического планирования является актуальным, т.к. обеспечивает основу для управления членами вуза, как одна из магистральных линий развития управления, направленная на системное овладение управленческой практикой новых методов и инструментов, более сложных и открывающих новые возможности.

Список использованных источников:

1. Менеджмент, маркетинг и экономика образования: Учебное пособие/А.П. Егоршина, Н.Д.Никандрова. - Н.Новгород, 2004
2. Стратегический менеджмент. Основы стратегического управления. Учебник. М.А. Чернышев и др. Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. - 506 с.
3. Фатхутдинов Р.А. Разработка управленческого решения. – М.: Интел-синтез, 2009. – 344 с.
4. Каплан Р. Организация, ориентированная на стратегию. – М.: Олимп Бизнес, 2009. – 278 с.
5. Койков В.В. Косумов А.К. Ергалиева Ж.А. Менеджмент инновационной деятельности в системе здравоохранения: состояние и перспективы. //Менеджер здравоохранения, № 3 (4) 2012.

Уалиева А.Е.¹, Ошибаева А.Е.¹, Кайбуллаева Д.А.²
¹Высшая школа общественного здравоохранения
КазНУ им аль-Фараби
² НИИ Кардиологии и Внутренних Болезней

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

«Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК)» - общий термин, которым обозначают группу хронических болезней, характеризующихся деструктивным неспецифическим иммунным воспалением стенки кишки[1].

К этой группе заболеваний относят болезнь Крона (БК) и язвенный колит (ЯК). ВЗК характеризуются наличием воспалительно-деструктивных изменений в кишечнике и рецидивирующим течением. Развитие ЯК в основном начинается с прямой кишки и распространяется на все отделы толстой кишки и поражает в большей степени слизистую оболочку кишечника. БК может развиваться сегментарно во всех отделах пищеварительного канала и поражать все слои стенки кишечника [2].

Данные по заболеваемости и по распространенности по ВЗК в мире крайне противоречивы, в то же время во всех рассмотренных нами источниках говорится о более высокой распространенности данной патологии в странах Северной Европы и Северной Америки. С другой стороны наблюдается тенденция увеличения показателей заболеваемости и распространенности в азиатских странах и в странах Южной Америки.

Ниже приведены некоторые особенности распространения ВЗК среди так называемых стран Запада и Востока, озвученные в Практических рекомендациях Всемирной Гастроэнтерологической Организации:

Частота ЯК:

Возросла в западных странах после Второй Мировой Войны, в настоящее время снижается

Возросла в районах восточной Европы, Азии и развивающихся странах, где ранее была низкой

Частота БК:

< 1 случая на 100,000 населения (но, вероятно, возрастает) в Азии и Южной Америке

1 - 3 случая на 100,000 населения в южной Европе, Южной Африке

16 случаев на 100,000 населения в Новой Зеландии и Австралии, 14 – в Канаде

7 случаев на 100,000 населения в США (на основании данных, полученных при исследовании заболеваемости в Олмстед Каунти, штат Миннесота)

Преобладание БК представляется более высоким в городах по сравнению с сельской местностью и у более обеспеченных социальных слоев населения. В основном заболевание встречается у высоко обеспеченного социального класса, но со временем распространяется во всех социальных слоях.

Если люди мигрируют в развитые страны до подросткового периода и изначально принадлежат к популяции с низким риском развития БК, то впоследствии показывают более высокую частоту заболеваемости. Это частично верно и для первого поколения людей, родившихся в странах с высокой частотой заболеваемости БК [3].

В финальном отчете представленном Канадским фондом болезни Крона и язвенного колита даны другие цифры распространенности ВЗК. По их оценкам, в 2012 году в Канаде проживало 129 000 человек с БК и 104 000 с ЯК, в общем количестве 233 000 лиц с ВЗК, что составило 0,67% от всего населения Канады [4].

Такие высокие цифры распространенности ВЗК в Канаде Канадским фондом болезни Крона и язвенного колита были получены в ходе активного выявления лиц с данными заболеваниями. Таким образом, реальная распространенность этих заболеваний на самом деле выше показателей официальных источников.

Прирост заболеваемости для ЯК составляет 5-20 случаев в год, для БК — 5-15 случаев в год на 100 тыс. населения. Распространенность ЯК всегда превышает распространенность БК, хотя рост заболеваемости БК в последние 20 лет опережает рост ЯК, что можно объяснить не только истинным приростом заболеваемости, но и улучшением диагностики данной группы заболеваний благодаря разработке четких диагностических критериев [5].

В 30-50% случаев ВЗК начинается в детском возрасте. Преимущественно болезнь поражает лица молодого трудоспособного возраста (средний возраст заболевших — 20-40 лет), но может встречаться в любом возрасте. Между мужчинами и женщинами значительной разницы в частоте заболеваний не наблюдается, хотя принято считать, что БК чаще встречается у женщин, а ЯК у мужчин [6].

Уровень смертности от ВЗК зависит от своевременной диагностики и адекватности терапевтических подходов и составляет приблизительно 6 случаев на 1 миллион населения в США, странах Северной Европы и Великобритании, причем более высокий риск отмечается у лиц, перенесших колэктомия, и у лиц пожилого возраста [5].

Впервые проведенные эпидемиологические исследования в России были в Московской области, по данным которых следует, что распространенность ВЗК в европейской части России соответствует 20,4 на 100 тысяч населения для ЯК и 3,7 на 100 тысяч населения для БК [7]. В Республике Казахстан отсутствуют исследования эпидемиологического характера для данных патологий, а официальная статистика скудна. По данным медицинского портала для врачей и пациентов в РК заболеваемость БК составляет 2-3 человека на 100 тыс., а распространенность - 20-40 на 100 тыс. населения [8]. Эпидемиология ЯК в целом по Казахстану неизвестна [9].

Особенностью заболеваемости в России является трехкратное преобладание тяжелых осложненных форм ВЗК с высокой летальностью, что связано с поздней диагностикой, так, например, диагноз ЯК в течение первого года болезни устанавливают только в 25% случаев, в остальных случаях диагноз устанавливается на протяжении 3-12 лет от начала клинических симптомов. При установлении диагноза БК в период до трех лет частота осложнений составляет 55%, при более поздней диагностике — в 100% случаев. При поздней диагностике ЯК тяжелые осложнения развиваются в 29% случаев [10]. Ситуация по заболеваемости ВЗК, а так же ее особенности в РК не изучены, таким образом, назрела необходимость проведения эпидемиологического исследования по БК и ЯК в нашей стране.

Литература:

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с нем.—М.: Гэотар-Мед, 2001.— 528 с.
2. Best W.R., Beckett J.M., Singleton J.W. et al. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study // *Gastroenterol.*— 1976.— N 70.— P. 439—444.
3. Bernstein Ch.N. et al. Воспалительная болезнь кишечника: глобальные перспективы // *WGO Global Guidelines ВБК.* – 2009. – С.2-3.
4. Crohn's and Colitis Foundation of Canada. The impact of inflammatory bowel disease in Canada. – 2012. P. 26
5. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. — М.: Миклош, 2008. — 400 с.
6. Белоусова Е.А. Язвенный колит и болезнь Крона. — Тверь: Издательство «Триада», 2002. — 128 с.
7. Belousova E.A. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Russia // *Falk Symposium.* — 2006. — P. 31.
8. Интернет-ресурс http://medportal.kz/article/bolezn_krona_terminalnyy_regionarnyy_ileit_.html

9. Ф.К.Смаилова, Р.Х.Караев, Р.А.Дулазов, Х.В.Бакиров, Б.А.Сажанов. Опыт применения препарата инфликсимаб при неспецифическом язвенном колите: клиническое наблюдение // Вестник КазНМУ. – 2015. – №7. – С.22.
10. Никулина И.В., Златкина А.Р., Белоусова Е.А. и др. Оценка клинико-эпидемиологических показателей воспалительных заболеваний кишечника в Московской области // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1997. — № 2. — С. 67-71.

Табатчикова Н., Шынтасова Н
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Научные руководители: проф.Акышбаева К.С., к.м.н. Альменова Л.Т.

ПОПУЛЯЦИОННАЯ ЧАСТОТА АКНЕ СРЕДИ СТУДЕНТОВ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТАФИЛОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ИЗ АКНЕ-ЭЛЕМЕНТОВ

Здоровье студентов в настоящее время является предметом пристального внимания. На сегодняшний день возникло много вопросов, связанных с формированием новых подходов к укреплению здоровья студентов. От разрешения этой проблемы напрямую зависит будущее страны. Одними из показателей состояния здоровья студентов является кожная патология, среди которой особое место занимают акне. Сложные патогенетические механизмы развития акне (нарушение гормональной регуляции, процесса кератинизации, повышение активности сальных желез, наследственная предрасположенность и др.), частота тяжелых форм заболевания диктуют необходимость комплексных исследований. В первую очередь, акне характеризуется высокой частотой среди лиц молодого возраста.

В связи с вышеизложенным нами проведено пилотное исследование среди студентов младших курсов Казахского Национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова, основной целью которого было установить популяционную частоту акне, определение ведущего этиологического агента с характеристикой биологических свойств.

Всего проведено клинико-лабораторное обследование 154 студентов 2 курса общемедицинского факультета. Акне выявлена у 52, что составило 33,8%. Соотношение девочек к мальчикам составило 2:1, что согласуется с данными литературы о разрешении процесса к 20 годам у мальчиков. Анализ частоты перенесенных заболеваний показал определенную патогенетическую значимость данного фактора. Из 52 больных у 22 (42,3%) в анамнезе отмечены заболевания со стороны внутренних органов: верхних дыхательных путей (21,2%), болезнь Боткина (15,4%), заболевания ЖКТ (48,1%). Наследственная отягощенность отмечена у 16 (30,8%), в основном среди лиц 1 и 2 степени родства.

Результаты исследования свидетельствуют, что акне среди студентов протекает в более легкой форме. Акне vulgaris регистрировалась в 80,8% (у 42 из 52), акне conglobata – в 19,2% (у 10 из 52), что определяет большую значимость проведения в данной возрастной группе ранней преморбидной диагностики и профилактики. Локализация акне-элементов характеризовалась очагами поражений с многочисленными сальными железами (лицо, спина, грудь): у 42 (80,7%) – в области лба, у 28 (53,8%) – в области щек, у 20 (38,5%) – в области спины, у 14 (27,0%) – в области груди. Процесс носил распространенный характер у 53,8% больных с поражением кожи лица, спины и груди, у 46,2% - ограниченный с локализацией только на лице. Микробиологические исследования позволили установить, что ведущим этиологическим агентом являлись стафилококки, в основном *S.aureus*. Отмечена высокая степень бактериальной обсемененности очагов поражения ($3,6 \times 10^3$ КОЕ), более выраженная в очагах поражения на лице ($1,2 \times 10^4$). Все выделенные штаммы *S.aureus* обладали выраженными патогенными свойствами.

Таким образом, акне регистрируется у 1/3 студентов младших курсов медицинского университета с преобладанием лиц женского пола, легким течением с поражением кожи лица, спины, груди. Ведущим этиологическим агентом являются стафилококки с выраженными патогенными свойствами.

ОБЗОР УРОВНЯ ОСНАЩЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В статье главы государства «План нации – 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ» Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев одним из шагов для дальнейшего развития отметил шаг, касающийся важнейшего вопроса для развития системы здравоохранения нашей страны:

Создание Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг при Министерстве здравоохранения и социального развития. Главная цель - внедрение передовых стандартов медицинского обслуживания (протоколы лечения, подготовка кадров, лекарственное обеспечение, контроль качества и доступности) (г. Астана, 6 мая 2015 г.).

Реализация данного шага невозможна без адекватного оснащения организаций здравоохранения современной медицинской техникой, которая бы обеспечивала возможность проведения сложных операций с минимальными осложнениями для пациента.

Так, в Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы одним из приоритетных направлений является «Повышение эффективности оснащения и использования медицинского оборудования», в рамках которого предусмотрено проведение следующих комплексных мер:

1) совершенствование системы планирования потребности в медицинской технике, ремонте и техническом обслуживании.

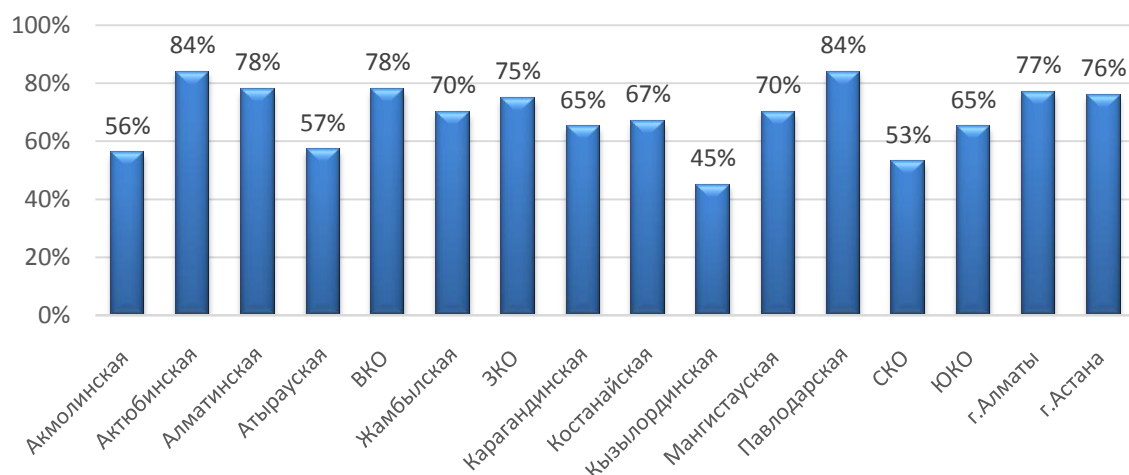
2) разработка программ оснащения организаций здравоохранения медицинским оборудованием путем централизованного закупа через единого дистрибьютора на основе государственно-частного партнерства.

3) популяризация лизинговых систем приобретения медицинской техники. При этом приоритет будет отдан механизму, работающему по принципу «buyback», который предусматривает закуп у производителя с условием выкупа (по остаточной стоимости) по истечении срока действия договора лизинга.

Несмотря на то, что в своем отчете за 2014 год эксперты Международного Банка Реконструкции и Развития (далее – МБРР) отмечают повышение доступности и качества лекарственных средств для населения, улучшение оснащения организаций здравоохранения медицинской техникой как успешно реализованную задачу, необходимо отметить, что на сегодняшний день остается еще достаточно высокая доля медицинских организаций, нуждающихся в оснащении медицинской техникой.

Так, согласно данным Министерства здравоохранения и социального развития РК, ни одна медицинская организация в Казахстане не оснащена на 100%. Средний уровень оснащенности по Республике Казахстан составляет 68,7%.

Рисунок 1. Оснащенность медицинской техникой



Источник: МЗ и СР РК, 2015 г.

При этом, уровень оснащенности Кызылординской области составляет менее 50%, а уровень оснащенности таких областей, как Акмолинская, СКО, Атырауская области составляют 56%, 53% и 57% соответственно. Такие показатели безусловно свидетельствуют о необходимости дооснащения этих регионов, по крайней мере до уровня других областей.

Кроме того, на степень оснащенности медицинских организаций влияет такой важнейший показатель, как степень износа медицинского оборудования. С учетом того, что современная медицинская техника развивается пропорционально уровню развития технологического прогресса, практически весь ассортимент медицинской техники представлен оборудованием, работающем на цифровой платформе, включая в состав программное обеспечение, которое необходимо обновлять по прошествии определенного времени. В частности для Эндовидеохирургических систем степень износа рассчитывается с учетом 20-25% в год, так как пакет программного обеспечения для данной техники устаревает уже через 2 года и необходимо устанавливать апгрейд системы, либо закупать новую технику.

Таблица 1. Показатели износа медицинской техники в разрезе стационара и организаций ПМСП

Уровень	Кол-во единиц техники	Первоначальная стоимость	% износа
Стационар	26 270	116 950 278	32%
ПМСП	51 611	133 083 075	37%
Всего:	77 881	250 033 353	35%

Источник: МЗиСР РК, 2015 г.

По итогам инвентаризации средний физический износ медицинской техники составляет 86,8 млрд. тенге, или 35%. Наибольший (выше среднереспубликанского - 35%) физический износ медицинской техники приходится на 7 областей Республики: Акмолинская 48%, Атырауская 42%, Восточно-Казахстанская 44%, Западно-Казахстанская 44%, Карагандинская 41%, Костанайская 42%, Мангистауская 52%, Северо-Казахстанская 42%. В табл. 1 также представлена информация по износу медицинской техники в разрезе стационара и ПМСП.

Согласно базе данных ТЭП (Технико – экономические показатели организаций здравоохранения) показатели оснащенности медицинских организаций медицинской техникой и изделиями медицинского назначения проведена выгрузка в разрезе регионов. В соответствии с этими данными средний показатель оснащенности по РК составляет 66,3% (таб. 3). При этом, как видно из таблицы, наименьший процент оснащенности по Кызылординской области, где этот показатель составляет менее 50 %. Наиболее оснащенными являются Актюбинская и Павлодарская области, где оснащенность медицинской техникой и изделиями медицинского назначения составляют более 80% (83,1 и 82,86%, соответственно). Стоит отметить, что даже в городах республиканского значения (Астана и Алматы) процент оснащенности медицинской техникой не достигает 100 % уровня, учитывая, что в них сосредоточена основная доля организаций здравоохранения, выполняющих высокоспециализированную медицинскую помощь и требующих наличия высококласного оборудования.

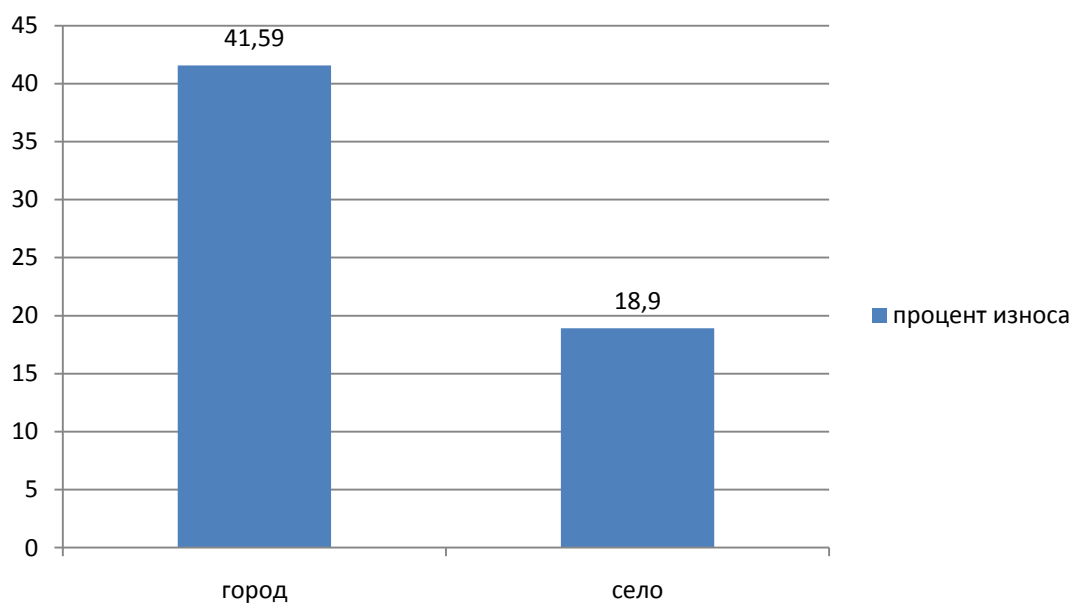
Таблица 2. Информация об оснащенности медицинской техникой и изделиями медицинского назначения

Наименование	Всего организ	Количество единиц			% оснащенности	% оснащенности без учета
		И мед.техники	Все	в		

	аций	орматив	го МТ в наличии в соответств ии с нормативо м	т.ч. без учета превышен ия норматива		изношенной МТ
А	1	2	3	4	5	6
Акмолинская область	598	199019	209875	111293	55,92	51,94
Актюбинская область	368	113394	124035	94877	83,67	83,1
Алматинская область	667	120397	200336	93843	77,94	75,33
Атырауская область	149	51544	46773	29140	56,53	51,99
Западно-Казахстанская область	416	154258	171487	116435	75,48	68,89
Жамбылская область	368	190117	460027	131655	69,25	67,67
Карагандинская область	270	172432	188053	114020	66,12	62,15
Костанайская область	491	188816	217313	127106	67,32	63,65
Кызылординская область	302	116374	142446	52207	44,86	43,8
Мангистауская область	68	36692	73236	25677	69,98	66,97
Южно-Казахстанская область	847	387716	418966	250014	64,48	63,27
Павлодарская область	359	167681	233603	141368	84,31	82,86
Северо-Казахстанская область	602	162156	145528	85654	52,82	51,93
Восточно-Казахстанская область	700	304271	322147	233735	76,82	75,76
Астана Г.А.	29	83059	94350	62617	75,39	72,93
Алматы Г.А.	60	144035	199094	111070	77,11	73,61
Итого :	6294	2591961	3247269	1780711	68,7	66,3

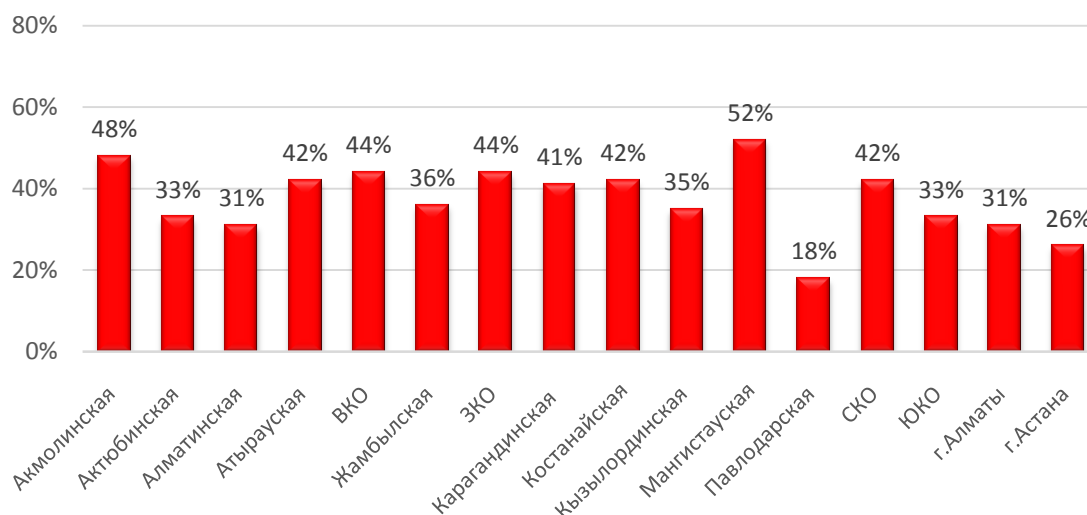
Источник: База данных ТЭП, 2015 г., МЗиСР РК

Рисунок 2. Показатели износа медицинской техники в разрезе уровня оказания медицинской помощи



На рисунке 2 представлен график с показателями износа в разрезе городских и сельских организаций здравоохранения. Процент износа медицинской техники в городских организациях значительно выше, чем в сельских больницах, что может быть обусловлено тем, что показатель оснащенности на селе гораздо ниже, чем в городе. Кроме того, это скорее всего связано с недостатком квалифицированных кадров на селе.

Рисунок 3. Износ медицинской техники (РК -35%) в разрезе регионов



Источник: АО «КазМедТех», 2015 г.

Если обратиться к правовой стороне регулирования вопросов закупа медицинской техники в Республике Казахстан, то на сегодняшний день актуальным документом является Постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи». Данный документ предусматривает проведение закупа медицинской техники организацией здравоохранения за счет имеющихся в его распоряжении денег в порядке и способами, установленными настоящими Правилами, либо приобретение единым дистрибьютором лекарственных средств, изделий медицинского назначения в порядке и способами, установленными настоящими Правилами, либо приобретение медицинской техники на условиях финансового лизинга. В лице Единого дистрибьютора выступает Министерство здравоохранения и социального развития РК, а организатором закупа является ТОО «СК Фармация».

Закуп медицинской техники осуществляется путем проведения стандартной процедуры на основе конкурса. При этом, процедура состоит из следующих этапов:

1. Организация тендера – на данном этапе происходит подача объявления о проведении конкурса, прием тендерных заявок от участников конкурса. Объявление публикуется не менее чем за 15 календарных дней до окончания приема тендерных заявок на двух языках (государственном и русском). Затем организатором закупок создается тендерная комиссия из числа представителей организатора закупа и заказчика медицинской техники. В зависимости от вида приобретения медицинской техники, представителями заказчика медицинской техники могут выступать сотрудники Министерства здравоохранения и социального развития РК, либо сотрудники АО «КазМедТех», если закуп производится на условиях финансового лизинга. Также на данном этапе возможен отзыв тендерной заявки участника конкурса по тем или иным причинам (отказ, внесение изменений в тендерную документацию).

2. Вскрытие конвертов с тендерной документацией и рассмотрение документов, а также оценка тендерной комиссией тендерной заявки. При этом потенциальные участники тендерной процедуры вправе присутствовать на процедуре вскрытия. После проведения оценки секретарем

комиссии составляется протокол вскрытия, который подписывается членами тендерной комиссии и вывешивается на официальном сайте организатора закупок.

3. Заключение договоров с победителем конкурса на поставку медицинской техники. При этом в договоре оговариваются условия доставки, сроки поставки, условия оплаты, конечный потребитель, условия сервисного обслуживания медицинской техники.

Таким образом, государственная политика охватывает полноценный и комплексный подход для увеличения уровня оснащенности медицинских организаций медицинской техникой путем внедрения и реализации разносторонних мер с участием государства и частных структур, а также внедрением эффективных механизмов приобретения медицинской техники с помощью альтернативных методов.

Стоит отметить, что принцип «buyback» является нововведением в нашей стране, и основан на положительном опыте зарубежных стран, который мы планируем развить на основе имеющейся системы финансового лизинга. Принцип «buyback» представляет собой один из механизмов финансового лизинга, который означает «обратный выкуп». То есть, при приобретении медицинской техники это оборудование может быть возвращено поставщику. При этом, залогом является сама приобретаемая техника, и такой способ дает возможность установления льготных отношений с лизингодателем.

Список использованной литературы:

1. Государственная программа развития системы здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық-2020» на 2016-2019 гг., 2015 г, Астана;
2. Принципы выбора подходящего поставщика медицинского оборудования, Баймагамбетов Т.М., 2014 год. Журнал «Главный врач»;
3. Save Money with Used and Refurbished Furniture and Equipment. Shahira Raineri, 2015, <http://operationstech.about.com>;
4. Modigliani F., Miller M. H. The Cost of Capital, Corporation Finance and the Theory of Investment // Amer. Econ. Rev. 1958. June. P. 261—297;
5. Modigliani F" Miller M. H. Taxes and the Cost of Capital: A Correction // Ibid. 1963. June. P. 433—443;
6. Miller M. H., Modigliani F. Dividend Policy, Growth and the Valuation of Shares // Journ. Business. 1961. Oct. P. 411—433;
7. Enforcement Priorities for Single-Use Devices Reprocessed by Third Parties and Hospitals. FDA U.S. Department of Health and Human Services: Food and Drug Administration Center for Devices and Radiological Health. August 2000. Источник: www.fda.gov;
8. Medical Device Regulation. Global overview and guiding principles. WHO. 2003;
9. www.rki.de;
10. Тематическое приложение к газете "Коммерсант" № 44, РФ, 2010;
11. <http://export.gov/kazakhstan/doingbusinessinkazakhstan/leadingsectorsinkazakhstan/medicalequipment/index.asp>.

МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫН ЗЕРДЕЛЕУ ЖӘНЕ КӘСІБИ КҮЙІНУІН БАҒАЛАУ

Денсаулық сақтау саласында жұмыс жасау – еңбекке қабілеттілікпен төзімділікті және жауапкершілікті жоғары деңгейде талап ететін, психологиялық жоспардың жүктеме дәрежесінің жоғарлығымен сипатталатын, адамның еңбек ету жолында кездесетін жауапты, аса күрделі жұмыстардың бірі. Халыққа медициналық көмектің дұрыс және тиімді көрсетілуі медицина қызметкерлерінің атқаратын жұмысына тікелей байланысты. Қазіргі таңда олардың өмір сапасының көрсеткіштерін зерделеу және кәсіби күйіну деңгейін бағалауарқылы медициналық көмекті ұйымдастыру және сапасын арттыру өзекті мәселелердің біріне айналып отыр [1].

ҚР Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі «Мейірбике ісін 2020 жылға дейін дамытудың кешенді жоспарын» бекітті, онда денсаулық сақтау жүйесіндегі мейірбике ісі мамандары үшін жаңа құзіреттіліктерді енгізу, мейірбикелердің өмір сүру сапасын жақсартуын арттыру, медициналық колледждерді дамыту және университеттерді мейірбике ісі реформасының қажеттілігіне қарай дамыту қарастырылған. Кешенді жоспарды дамыту халықаралық деңгейге бағытталған мейірбике ісінің жаңа үлгісін енгізуге көмектеседі және дәрігердің тең дәрежедегі серіктесі ретіндегі мамандардың тәуелсіз ролын қамтамасыз етеді [2].

Қазақстан тұрғындарының медициналық-демографиялық көрсеткішінің қолайсыздығы және аурушылық деңгейінің жоғары болуы барлық сатыдағы медициналық көмектің сапасы мен тиімділігін арттыруды қажет етеді. Бірақ мейірбикелердің жұмысының қарқындылығы, қаржымен қамтамасыз етудің төмендігіне қарамастан, медициналық көмек сапасына талаптың артуы орта буында медициналық персонал кадрларының ағымына, жоғары психикалық жүктеме «кәсіби күйіну» симптомдарының пайда болуы және олардың басқа жұмысқа ауысуына алып келеді. Өкінішке орай, бүгінгі күнге дейін орта буында медициналық персонал жұмысын ұйымдастырудың функционалдық талдау арқылы жүргізілген зерттеулер аз. Жұмыс сапасына және мейірбике ісі мамандарының психикалық жағдайына кәсіптік зиянды орындардың әсерін бағалайтын әлеуметтік психикалық зерттеулер жүргізу қажет [3].

Денсаулық сақтау саласында медициналық көмек сапасын жоғарлатпай медициналық ұйымдарды тиімді басқару мүмкін емес. Медициналық көмек сапасын жоғарлату үшін қаржыландыру, материалдық техникалық қамтамасыз ету, сонымен қатар модернизациялаудың ұйымдастырушылық әдістемелік сұрақтарын да қарастыру қажет. Медициналық еңбек мотивациясын жоғарлату маңызды сұрақтардың бірі болып табылады. ҚР медициналық кадрларды еңбектік ынталандыру маңызды мәселе ретінде қарастырылып отыр. Медицина кадрларының арасында кәсіби күйінудің айтарлықтай таралуы ынталандырудың төмендеуінің бірден бір факторы болып табылады.

Денсаулық сақтау саласында еңбекақы төлеудің жаңа жүйесіне өту негізінде мейірбикелерді материалдық ынталандыру жүйесін дамыту үшін жұмыс сапасын бағалаудың нәтижесін қолдануға болады. Медициналық көмек сапасын жоғарлату бойынша ынталандыру сапалы көрсеткіштерге байланысты - дифференцирленген еңбекақыға өту кезінде қалыптасады.

Орта медициналық қызметкерлердің жұмысын бағалауда теориялық талқылаулардың жеткіліксіздігі негізгі мәселелердің бірі болып табылатындығы айдан анық. Ал бұл басшыларға және нақты маман иелеріне персоналдардың қызметін анықтауға және бағалауға, кәсіби дамудағы және оқытудағы қажеттіліктерді анықтауға, сондай-ақ көрсетілетін медициналық көмек сапасын жоғарлатуға мүмкіндік беретін құралдардың бірі болып табылады.

Соныменқатар, медицина қызметкерлерінің денсаулығына әсерінететін факторлар кешені: химиялық агенттер (дәрі-дәрмек препараттары), психологиялық (микrokлиматтық жағдай), өндірістік (жүктемелердіңтең бөлінбеуі) және т.б.[4].

Психологиясаласы 30 жылдана сауақыт бойы эмоциональды күйіну синдромын (ЭКС) кәсіби қызметтіңатқарылуында кездесетін күйзелістердің зардабымен байланыстырып кеңінен зерттеп келеді.

Бұл мәселе медицина саласында аззерттелген. «Күйіну» синдромының қауіптілігіоның күннен күнге үдемелі өршіту сөтіндігі. Бұл үрдісті тоқтату қиынға соғады. Сондықтан медицина

қызметкерлерін дегі кәсіби күйіну синдромының қалыптасу ерешеліктерін білу олардың жұмыстарын оңтайландыру үшін аса қажет [5].

Мейірбикелер науқастармен және оның туыстарымен жақсы қарым-қатынаста орнатып, қиналғанда қасынан табылып, ішкі жан дүниесін түсініп, өзінің өмірінде болып жатқандай қабылдап, уайымдап, қайғырып көңіл күйін түсіретін эмоционалды жағдайларға жұмыс барысында жиі ұшырайды. Олар көп қайғылы оқиғаларға толы жағдайларды, күн сайын қайғырған адамдар тобымен бетпе бет кездеседі, үміт сыйлау, оларға психологиялық қолдау көрсету, шұғыл жағдайларға байланысты адам өміріне және денсаулығына қатысты бір уақытта шешім қабылдау, қорқыныш пен үрей дабылдарының жиі болуы, жұмыстағы шиеліністік жағдайлардың ұзақ уақытқа созылуы кәсіби күйіну санының артуына себеп болады. Кәсіби күйіну -қарқындылығы орташа кәсіби стресстердің ұзақ уақыт адам организміне әсер етуінен пайда болатын организм реакциясы. Бұл еңбек жолындағы адамдардың шиеленіскен жағдайларға психикалық және соматикалық реакцияларын білдіретін көпсалалы феномен. Эмоционалды ойлау қабілетінің әлсіреуі, физикалық жүктеме, жұмысқа деген қабілеттіліктің төмендеуі сияқты симптомдармен көрінетін эмоционалдылық, когнитивті және физикалық энергияны біртіндеп жоғалтатын үрдіс. Мексикалық зерттеушілер өз зерттеулерінде кәсіби күйінудің таралуы бойынша дәрігерлер арасында 41,4%, ал орта және кіші медицина қызметкерлері арасында 19,4% болғандығын көрсетті[6].

Өмір сапасымен кәсіби күйіну алдағы уақыттарда кең көлемде зерттелетін өзекті мәселенің бірі. Медицина саласының қызметкерлерінің жұмысының тиімді ұйымдастырылу халыққа көрсетілетін көмектің сапасын арттырады. Өмір сапасының төмен көрсеткіштерге ие болуы мен кәсіби күйінулердің зардабы халыққа медициналық көмектің дұрыс және уақытылы көрсетілмеуіне, күйзелістік жағдайларға ұшырауына, психологиялық көмекке жүгіну санының артуына, жұмыссыздық өршуіне әкеледі. Қандай жұмыс болса да төзімділікпен, шыдамдылық мол тәжірибені талап етеді. Сол себепті жұмыс жасауға ешқандай кедергісіз жағдай жасау, рухани және адамгершілік қасиеттерін арттырып, материалдық және моралдық қолдау көрсету жұмыс ұсынушы тарапынан дұрыс ұйымдастырылуы қажет.

Әдебиеттер:

1. Комисарова Е. М., Шпагина Л. А., Позднякова С. К. Характеристика липидного спектра крови и состояния сосудистотромбоцитарного гемостаза у медицинских работников с артериальной гипертензией // Медицина труда и промышленная экология. - 2010. - № 8. - С. 22-27.
2. 2016-2020 жж. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік «Денсаулық» бағдарламасы
3. Исаев Д.С., Третьякова С.Н., Надиров Ж.К., Игликова А.Э Системный подход в оценке ресурсного обеспечения медицинских организаций // Социальные и гуманитарные науки. – Бишкек, 2008. – № 1-2. – С. 212 – 214.
4. Александрова, С.Т., Бутенко, Т. В. (2010). Профессиональное выгорание и трудовая мотивация медицинских сестер. Журнал. Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Вольфсона № 3
5. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал.—2010.—Т. 22.—№ 1.—С. 90–101.
6. Кошкина О. П. Синдром "эмоционального выгорания" в профессиональной деятельности медицинской сестры // Главная медицинская сестра. - 2008. - № 6. - С. 68-86.

Төрегелдиев Қ.И

Қазақстан медицина университеті (ҚДСЖМ)

ИНТЕРДЕНТ МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖ СТУДЕНТТЕРІНІҢ АРАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУЫ ДЕНГЕЙІН АНЫҚТАУ

Қазіргі кездегі әлеуметтік-экономикалық жағдай, тіршілік деңгейінің құлдырауы және экологиялық қолайсыздық Қазақстан Республикасының бүкіл халқының, әсіресе, өскелең ұрпақтың денсаулығына кері әсерін тигізуде. Осы ретте, елбасымыз Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан – 2030» бағдарламасындағы ұзақ мерзімді басымдықтың бірі – «Мемлекетіміздегі азаматтарының денсаулығы, білімі мен әл ауқаты тармағында» және кезекті *Жолдауында денешынықтыру мен спортты дамытуға айрықша көңіл бөлу қажеттілігі көрсетілген*. Бүгінгі таңда өз тәуелсіздігін алған егеменді еліміз осы бағытта жалпы білім беретін орта мектепте жан-жақты, дамыған, денсаулығы мықты, салауатты өмір салтын мұрат тұтқан жеке тұлғаларды тәрбиелеу басты талап етіп қойылған. Себебі бұл топ – әлеуметті қорғалмаған болып саналады. Сонымен қатар

студенттер түрлі аурулар және мінез-құлық бойынша (жаңа ортаға, оқу процесіне икемдену, дене бітімінің физиологиялық және анатомиялық өзгерістері, психо-эмоциональді нагрузка, коммуникациялық, тұлға аралық қарым-қатынастар) қауіп-қатер топтарына жатады. Бұл категория адамдары ерекше көңіл бөлуді талап етеді. Оқу бағдарламаларының модернизациясы аясында студенттердің салауатты өмір сүру қағидаларына көп көңіл бөлінуде.

Біздің зерттеуіміздің басты мақсаты: жастар денсаулығының нашарлауы, олардың ағзаларының ауруға қарсы тұру қабілетінің әлсіздігі, азып-тозуы, тез шаршағыштығы, оқуға қабілеттілігінің төмен болуы сияқты көріністер. Біздің ойымызша: бұл мәселелердің барлығы жастар арасында тәрбие жұмыстарының, саламатты өмір сүруге бағытталған бағдарламалардың жұтандығының салдары екендігі даусыз.

Бүгінде білім беру мекемелерінің алдында тұрған міндеттердің бірі – жас ұрпақтың салауатты өмір сүруге көзқарасын қалыптастыру, олардың денсаулығын сақтауға, қоршаған ортаны таза ұстауға және жоғары, сапалы білім алып, сол білімді келешектегі өмірінде пайдалана білуге тәрбиелеу. Адамның ақыл-ой интелектісін оның білімділік деңгейінен байқауға болады. Білім – ақыл-ойдың бастапқы түрткісі және негізгі құралы, әрі көрсеткіші болғандықтан, әрбір адам салауатты өмір сүру үшін біріншіден ақыл-ойын жетілдіру керек; екіншіден материалдық жағдайын түзеуі тиіс, ол үшін адал еңбек етуі қажет.

Егемен елдің ертеңі – бүгінгі жас ұрпақ десек, олардың білімді де білікті, жоғары мәдениетті, парасат-пайымы мол, сапалы азамат болып жетілуі тәлім-тәрбие беретін ұстазға, ата-анаға, өскен ортасына байланысты. Сондықтан да білім саласын қазіргі заманның ұрпағын тәрбиелеуші орта ретінде оқушылардың бойына арнайы адамгершілік және мәдениеттілік күзінеттіліктерін қалыптастыру мен жандандыру күн тәртібіндегі басты мәселе.

Осы мәселе төңірегінде Интердент медициналық колледж «Мейірбике ісі» мамандығының студенттерінің арасында сауалнама жүргізілді. Сауалнама 1-ші және 4-ші курс студенттерінің арасында жүргізілді. Екі топқа да бірдей сауалнама құрастырылды. Мақсаты салауатты өмір сүру қағидалары бойынша қай топ арасында білім деңгейі жоғары және оған негіз болғаны.

Сауалнамаға қатысқандар 16-38 жас аралығындағы 88 студент, барлығының жынысы әйел. Сауалнаманың негізгі мақсаты студенттердің өз денсаулығын қаншалықты бағалайтыны, саламатты өмір сүру салтын қалыптастыруда ақпаратты қайдан алатыны және зиянды заттарға қатынасы.

Толығырақ айтатын болсақ: өз денсаулықтарыңды қалай бағалайсың деген сұраққа 80%- қанағаттанарлық, 15%- орташа, 5%- жауап беруге қиналамын деп жауап береді; қандай жағдайлар саламатты өмір сүруді қалыптастыруда әсер етеді- 89% -саламатты өмір сүру ұстанымдары (ішімдік ішпеу, нашақорлықтан аулақ болу, денешынықтырумен айналысу), 11%- жауап беруге қиналады; саламатты өмір сүру туралы ақпаратты қайдан аласыңдар- 78% - интернет желісі мен мектеп қабырғасындағы пәндерден, 12%- ата-ана мен достарынан, 20%- колледж қабырғасында алған пәндерден деген; өз денсаулығыңа дұрыс қарайсың ба - 88% -жеткілікті, 8%- орташа жеткілікті, 4%- жауап беруге қиналамын деп жауап берді.

Қорыта айтсақ, медицина колледжінің студенттері салауаттылық - ішімдіктен, есірткі, темекіден аулақ болу, дене және жан тазалығын сақтау, тіпті қарапайым түрде айтсақ адамның тамақтануымен дене тәрбиесіне де кіретін игі іс-әрекет. Өмір заңдылығы салауатсыздықты кешірмейді, кері қылықтар түбінде опық жегізеді. Жастардың, әсіресе болашақ медицина мамандарының салауаттылық өмірге ұмтылысы, зиянды әдеттерді жек көрушілігі олардың өзге адамдармен қарым-қатынасына яғни әлеуметтік орта алатын ролімен тығыз байланысты. Медицина қызметкерлері әрқашанда қоршаған ортасында саламаттылықтың қайнар көзі ретінде болады. Осы мәселені колледж қабырғасында анық түсінген болашақ мейірбикелер, кейін жұмыс орнында да салауатты өмір салтын қалыптастыруды ұстаным етеді.